INEI INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA
Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE)

Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil: Condicionantes Sociodemográficos e Implicancias para Políticas, Planes y Programas e Intervenciones

Lima, Octubre 2002

DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN

Econ. Mirlena Villacorta Olazabal
Directora Técnica del CIDE

Documento Elaborado por:

María Raguz

Se agradece la colaboración del Sr. José Oliden, quien participó como asistente en está investigación.
El INEI no se solidariza con las opiniones y conclusiones del autor.

Preparado	:	Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Impreso	:	Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI
Diagramación	:	Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI
Tiraje	:	000 Ejemplares
Domicilio	:	Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Orden de Impresión	:	Nº 000 -OTA-INEI
Depósito Legal Nº	:	150113-2002-0000

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática pone a disposición de las autoridades e Instituciones públicas y privadas y usuarios en general, la investigación: "Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: Condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones". El propósito de esta publicación es aportar estadísticas desagregadas y determinar las interacciones entre las variables de salud sexual y reproductiva, así como identificar predictores de la salud y el riesgo sexual y reproductivo de las adolescentes y jóvenes del Perú. El estudio ha sido elaborado tomando como base los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000.

Esta investigación ha sido realizada en el marco del Proyecto "Administración de Programas de Investigaciones de MACRO INTERNATIONAL Inc.", con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y bajo la Dirección Técnica del INEI, a través del Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). El objetivo es el de promover, apoyar y administrar las distintas investigaciones con un enfoque basado en la demanda; es decir, desde las necesidades de investigación de los distintos sectores sociales. El INEI espera como resultado de esta investigación, generar los insumos necesarios para instrumentar políticas y apoyar la gestión de los tomadores de decisión del país.

El INEI expresa su especial reconocimiento y agradecimiento a los docentes e investigadores de la Pontificia Universidad Católica del Perú y de la Universidad Cayetano Heredia, por su participación y contribución en cada uno de los hitos de control diseñados para la ejecución de las investigaciones, lo que nos ha permitido interactuar con la comunidad académica en un proceso con transparencia y rigor científico.

Lima, Octubre del 2002

Farid Matuk
Jefe del INEI

I N D I C E

RESUMEN EJECUTIVO 11

INTRODUCCIÓN 13

1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA 17

1.1. Planteamiento del Problema 17
1.2. Formulación del Problema 17
1.3. Sistematización del Problema 18

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 19

2.1. Objetivo General 19
2.2. Objetivos Específicos 19

3. MARCO TEÓRICO 21

3.1. Teorías relacionadas con el problema 21
3.2. Propósito de la Investigación y Uso de los Resultados 30
3.3. Significación de los Aportes 30

4. HIPÓTESIS 31

5. MÉTODOS Y ANÁLISIS DE CALIDAD DE DATOS 33

6. MEDICIONES, ANÁLISIS Y RESULTADOS 37

6.1. Mediciones 37

6.2. Análisis 38

6.2.1. Generalidades 38
6.2.2. Educación 40
6.2.2.1. Nivel Educativo 40
6.2.2.2. Alfabetismo 50
6.2.3. Acceso a Medios de Información 52
6.2.3.1. Acceso a medios: Distribución Muestral 52
6.2.3.2. Acceso a Medios, Brechas Urbano-Rurales y por Departamentos 53
6.2.3.3. Acceso a Medios y Regiones 54
6.2.3.4. Acceso a Medios, Educación y Alfabetismo 55
6.2.3.5. Acceso a Medios y Nupcialidad 56
6.2.4. Trabajo y Ocupaciones 57
6.2.4.1. Trabajo 57
6.2.4.2. Ocupaciones 60
6.2.5. Toma de Decisiones en el Hogar 62

6.2.6. Nupcialidad 62
6.2.6.1. Distribución Muestral 62
6.2.6.2. Nupcialidad y Regiones 63
6.2.6.3. Nupcialidad y Sexo del Jefe del Hogar 64
6.2.6.4. Nupcialidad y Esposo Viviendo en el Hogar 64
6.2.6.5. Nupcialidad y Etnicidad 64
6.2.6.6. Nupcialidad y Brechas Urbano-Rurales 65
6.2.6.7. Nupcialidad, Educación y Alfabetismo 65
6.2.7. Sexualidad 66
6.2.7.1. Actividad Sexual y Nupcialidad 66
6.2.7.2. Compañero Sexual 67
6.2.7.3. Edad de Primera Unión 70
6.2.7.4. Inicio Sexual 74
6.2.7.5. Justificación de Negación de Esposa a Relaciones Sexuales No Deseadas 79
6.2.7.6. Frecuencia de Actividad Sexual 79
6.2.8. Reproducción 81
6.2.8.1. Deseo de Hijos y Deseo de Embarazo Actual 81
6.2.8.2. Fecundidad Deseada y Observada 84
6.2.8.3. Número de Hijos 87
6.2.8.4. Embarazo y Maternidad Actual 92
6.2.8.5. Maternidad Temprana 98
6.2.8.6. Embarazos y Número de Hijos por Región 103
6.2.8.7. Maternidad, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 104
6.2.8.8. Intervalo Intergenésico 105
6.2.8.9. Terminación del Embarazo 105
6.2.9. Conocimientos Reproductivos y PF 107
6.2.9.1. Conocimiento del Ciclo Fértil y Región 107
6.2.9.2. Conocimiento del Ciclo Fértil por Educación y Alfabetismo 108
6.2.9.3. Conocimiento del Ciclo Fértil y Nupcialidad 109
6.2.9.4. Conocimiento del Ciclo Fértil, Brechas Regionales y Urbano - Rurales y Etnicidad 109
6.2.9.5. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en MEF, Adolescentes y Jóvenes 110
6.2.9.6. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos por Educación, Alfabetismo y Trabajo 112
6.2.9.7. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Nupcialidad 112
6.2.9.8. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Región 112
6.2.9.9. Conocimiento de Métodos Anticonceptivos, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 113
6.2.9.10. Conocimiento Detallado por Método 113
6.2.9.11. Conocimiento Detallado de Métodos por Educación y Alfabetismo 114

6.2.9.12. Conocimiento Detallado de Métodos y Nupcialidad 115
6.2.9.13. Conocimiento Detallado de Métodos y Región 116
6.2.9.14. Conocimiento Detallado de Métodos y Trabajo 116
6.2.9.15. Conocimiento Detallado de Métodos y Etnicidad 116
6.2.9.16. Conocimiento Detallado de Métodos y Brechas Urbano-Rurales 117
6.2.10. Uso Anticonceptivo 117
6.2.10.1. Alguna Vez Uso de Métodos y Edad 117
6.2.10.2. Alguna Vez Uso de Métodos por Educación, Alfabetismo y Trabajo 118
6.2.10.3. Alguna Vez Uso de Métodos y Nupcialidad 120
6.2.10.4. Alguna Vez Uso de Métodos por Región 120
6.2.10.5. Alguna Vez Uso de Métodos y Etnicidad 120
6.2.10.6. Alguna Vez Uso Detallado de Métodos y Edad ..... .120
6.2.10.7. Alguna Vez Uso Detallado de Métodos y Brechas Sociodemográficas 122
6.2.10.8. Uso Actual de Métodos y Edad 124
6.2.10.9. Uso Actual de Métodos por Educación, Alfabetismo y Trabajo 125
6.2.10.10. Uso Actual de Métodos y Nupcialidad 126
6.2.10.11. Uso Actual de Métodos, Región, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 126
6.2.10.12. Uso Actual Detallado de Métodos y Brechas Sociodemográficas 127
6.2.10.13. Métodos Más Usados y Brechas Sociodemográficas 128
6.2.10.14. Uso del Condón en la Última Relación Sexual y Brechas Sociodemográficas 129
6.2.10.15. Uso del Condón en Relación con Otra Pareja 130
6.2.10.16. Principales Proveedores 131
6.2.10.17. Fuentes por Edad 131
6.2.10.18. Fuentes según Educación, Alfabetismo y Trabajo 131
6.2.10.19. Fuentes y Nupcialidad 133
6.2.10.20. Fuentes y Región 133
6.2.10.21. Fuentes, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 134
6.2.10.22. Abandono de Métodos y Edad 134
6.2.10.23. Método Abandonado 134
6.2.10.24. Razones de Abandono 135
6.2.10.25. Razones de Abandono y Educación 136
6.2.10.26. Razones de Abandono y Alfabetismo 137
6.2.10.27. Razones de Abandono y Nupcialidad 137
6.2.10.28. Razones de Abandono y Región 138
6.2.10.29. Razones de Abandono, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 138

6.2.10.30. Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Nupcialidad 139
6.2.10.31. Método Anticonceptivo Detallado Abandonado, por Educación y Alfabetismo 139
6.2.10.32. Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Región 140
6.2.10.33. Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Brechas Urbano-Rurales 140
6.2.10.34. Intención de Uso Futuro y Edad 141
6.2.10.35. Intención de Uso Futuro y Nupcialidad 141
6.2.10.36. Intención de Uso Futuro por Educación, Alfabetismo y Trabajo 141
6.2.10.37. Intención de Uso Futuro y Región 142
6.2.10.38. Intención de Uso Futuro, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 142
6.2.10.39. Método Preferido a Futuro y Edad 143
6.2.10.40. Método Preferido a Futuro y Región 143
6.2.10.41. Método Preferido a Futuro, Educación y Trabajo 144
6.2.10.42. Método Preferido a Futuro y Alfabetismo 145
6.2.10.43. Método Preferido a Futuro y Nupcialidad 145
6.2.10.44. Método Preferido a Futuro Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad 145
6.2.10.45. Razones de No Uso de Métodos y Edad 146
6.2.10.46. Razones de No Uso de Métodos, por Educación, Alfabetismo y Trabajo 147
6.2.10.47. Razones de No Uso de Métodos y Nupcialidad 148
6.2.10.48. Razones de No Uso de Métodos, Región y Etnicidad 149
6.2.10.49. Razones de No Uso de Métodos y Brechas Urbano-Rurales 150
6.2.10.50. Visita a Centros de Salud y de Trabajadores de Planificación Familiar del MINSA 150
6.2.11. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA 151
6.2.11.1. Conocimiento de ITS, SIDA y Prevención 151
6.2.11.2. Conocimientos sobre Prevención del SIDA 154
6.2.11.3. Conocimiento sobre Proveedores de Condón 158
6.2.11.4. Prevalencia de ITS 161
6.2.12. Resultados para Sub Muestras Específicas 163
6.2.12.1. Adolescentes que son Madres, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 163
6.2.12.2. Adolescentes que fueron Madres antes de los 16 Años, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 164
6.2.12.3. Adolescentes Sexualmente Iniciadas antes de los 16 Años, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 164

6.2.12.4. Adolescentes que no Desean el Embarazo Actual y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 165
6.2.12.5. Adolescentes Sexualmente Iniciadas y no Unidas y cuyo Ideal Reproductivo es Ningún Hijo, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 166
6.2.12.6. Adolescentes Sexualmente Iniciadas y No Unidas que No Usaron Condón en su Ultima Relación Sexual y Región, Brechas Urbano Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 166
6.2.12.7. Adolescentes Sexualmente Iniciadas que han Descontinuado Métodos Anticonceptivos por Embarazo Deseado y No Deseado, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación 167
6.3. Resultados Integrados 168
6.3.1. Resultados Descriptivos y Cruce de Variables Socio-demográficas 168
6.3.2. Interacciones de Variables Sociodemográficas y de Salud Sexual y Reproductiva 175
6.3.2.1. Sexualidad 175
6.3.2.2. Reproducción 179
6.3.2.3. Anticoncepción 185
6.3.2.4. ITS/VIH-SIDA 197
6.3.3. Contrastación de Resultados con Hipótesis Exploratorias 200
6.4. Discusión y Conclusiones 200
6.4.1. Modelo de la Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes y Jóvenes y Predictores de Riesgo 201
6.4.1.1. Educación, Información y Trabajo, y Salud Sexual y Reproductiva 202
6.4.1.2. Inicio Sexual, Actividad Sexual y Unión, y Variables Sociodemográficas 204
6.4.1.3. Maternidad y Variables Sociodemográficas 207
6.4.1.4. Anticoncepción y Variables Sociodemográficas 210
6.4.1.5. ITS/VIH-SIDA y Variables Sociodemográficas 214
6.4.2. Recomendaciones y Sugerencias para la Acción 216

7. BIBLIOGRAFÍA 219

ANEXO No. 1
INFORME METODOLÓGICO 223

RESUMEN EJECUTIVO

Este es un estudio descriptivo-comparativo y predictivo en relación a la salud sexual y reproductiva y condiciones socio-demográficas de mujeres adolescentes y jóvenes en el Perú.

En base al análisis de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, incluyendo variables de edad, alfabetismo, educación, etnicidad, trabajo, ocupación, acceso a medios de comunicación, unión, región, brechas urbano-rurales, se describen y comparan tendencias y se determinan asociaciones entre variables que permiten diferenciar perfiles de riesgo y predictores en torno al inicio sexual, unión temprana, embarazo y maternidad y su ocurrencia temprana, embarazo no deseado, ideal de hijos, número de hijos, terminaciones del embarazo, conocimientos del ciclo fértil, conocimiento y uso anticonceptivos, descontinuación, intención de uso futuro, conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, prevención. Se verifica que son las adolescentes y jóvenes en mayor exclusión, es decir, las analfabetas, con menor educación, que no hablan español, rurales, en la Sierra y Selva, y en uniones de convivencia, las que presentan mayores riesgos; aunque hay, también, riesgos específicos para las adolescentes y jóvenes urbanas y de mayor educación.

Uno de los hallazgos más saltantes resultó de analizar datos sólo para las adolescentes y jóvenes sexualmente activas, lo que permitió redimensionar el problema del embarazo y maternidad adolescente y juvenil. Se encontró un 13,5% de embarazo adolescente y 9,8% juvenil; una maternidad adolescente (tener hijos vivos o muertos) de 47% y juvenil de 73%; un uso actual de métodos anticonceptivos, mayormente, modernos de 39% en adolescentes y 54% en jóvenes, pero con alta descontinuación de 63% en adolescentes y 81% en jóvenes usuarias, principalmente por embarazo y por efectos colaterales, lo que tiene importantes implicancias para la promoción y defensa de la salud sexual y reproductiva de estas poblaciones.

Estos resultados, al igual que el descubrir que un 76% de adolescentes y 75% de jóvenes tienen como ideal no tener ningún hijo, ilustran cómo, especialmente las adolescentes y jóvenes en mayor exclusión social están lejos de cumplir sus ideales reproductivos.

A ello se suma que, 64% de adolescentes embarazadas y 55% de jóvenes embarazadas no desean su embarazo actual, así como un alto porcentaje de terminaciones del embarazo que, probablemente involucren, en buena parte, terminaciones inducidas. Se presentan los principales resultados de manera gráfica y se facilita la lectura, bastante densa por el nivel de detalle analítico, con un resumen integrado de los principales resultados. Se identifican

grupos de adolescentes y jóvenes mujeres en mayores condiciones de vulnerabilidad en relación a inequidades sociales y exclusión, llegando a detallar a nivel de departamento, dónde se concentra más esta problemática. Se elabora y grafica un modelo de predicción de riesgo sexual y reproductivo a partir de condiciones sociodemográficas y se deriva sugerencias para políticas, planes, programas e intervenciones, subrayando la relación entre salud y desarrollo, y la necesidad de cerrar brechas de inequidad. Por limitaciones logísticas, no se llega a un modelo explicativo, pero quedan sentadas las bases para un análisis de regresión. Se sugiere la necesidad de investigación cualitativa para profundizar algunos de los hallazgos, así como la necesidad de una perspectiva transversal de género y un enfoque de derechos humanos y ejercicio de la ciudadanía.

I. INTRODUCCION

La presente investigación socio-demográfica busca desarrollar una mejor comprensión de la compleja realidad de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes, detallando tendencias e identificando predictores de riesgo a partir de variables socio-demográficas. Se trata de un enfoque de la salud sexual y reproductiva desde las Ciencias Sociales y Humanas, en especial, la Psicología, y se desarrolla un modelo de la realidad de la salud sexual y reproductiva de mujeres de 15 a 19 años y 20 a 24 años, en el país, basado en el análisis descriptivo-comparativo y correlacional[1/] de datos sociodemográficos y de salud de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Se derivan recomendaciones para la acción, contribuyendo con información valiosa para la toma de decisiones, tanto del sector estatal como del cooperante y de la sociedad civil, para el rediseño y puesta en marcha de políticas, programas, investigaciones de profundización y estrategias y acciones conducentes a mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil, en general, y de los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, en particular.

Tomando en cuenta una selección de variables sociodemográficas: edad, alfabetismo, nivel educativo, nupcialidad (unión), "urbanismo" (vivienda o zona rural o urbana), región, etnicidad (idioma o lengua), trabajo y ocupación, se determina, de manera desagregada, su relación con la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil a nivel nacional, regional e, incluso, por departamentos, para algunos análisis. Adicionalmente, se exploran las relaciones entre variables socio-demográficas entre sí y se hacen análisis para combinaciones mutivariadas. Se identifican patrones de interacción y predictores de riesgo, que derivan en un modelo de la salud sexual y reproductiva en torno al inicio sexual, deseo de embarazo, embarazo temprano, mater-nidad, fecundidad, actividad sexual, anticoncepción e ITS/VIH-SIDA. Se derivan lineamientos para estrategias de salud y desarrollo a nivel nacional, regional y local. Esta investigación se aboca a describir una realidad, revelando brechas y diversidad y acceder a una compresión de las múltiples interacciones entre variables socio-demográficas y de salud, profundizando en la situación de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y de las jóvenes.

El estudio parte de que diversas investigaciones con muestras nacionales

1/ Si bien no fue factible, por el estado de la cuestión y limitaciones logísticas, llegar a realizar un análisis estadístico de regresión para arribar a un modelo explicativo de la salud sexual y reproductiva, el análisis de tendencias estadísticas de Chi Cuadrado y de correlación Pearson R y Spearman, con un nivel de significación de 0.005, permitieron sentar las bases para un modelo predictivo de la salud sexual y reproductiva en relación a variables sociodemográficas, e identificar variables para un futuro análisis de regresión que permita un modelo explicativo.

o muestras puntuales y casos incidentales verifican un impacto diferencial sobre el riesgo sexual y reproductivo. El cual es entendido como inicio sexual temprano (antes de los 15 años), unión temprana, embarazo temprano, embarazo no deseado, aborto de alto riesgo, mortalidad materna adolescente y juvenil, VIH/SIDA y otras ITS, violencia de género, violación y abuso sexual, acoso sexual, prostitución forzada. Estos se asician a aspectos sexuales y reproductivos como el tener o no hijos, tener pareja estable, estar en unión, haberse iniciado sexualmente y ser o no "sexualmente activo", tener información y educación sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos y acceso a servicios de calidad. Igualmente, se aprecia que la desprotección anticonceptiva de adolescentes y jóvenes va de la mano con la desprotección sexual frente a ETS o que se asocia a violencia, a desinformación, a valores y temores y patrones culturales.

La Perspectiva de Género revela que mediatizan el comportamiento sexual y reproductivo variables socioculturales, el sistema de género, la discriminación social o legal por edad, condición social, orientación sexual, y otras inequidades sociales. Vemos que, en nuestro país, el embarazo planeado es una realidad de cerca de la mitad de las adolescentes madres, donde prevalece el deseo del embarazo, mientras que las adolescentes sexualmente activas pero no madres no desean, mayoritariamente, un embarazo a corto plazo. Tenemos, a nivel nacional, una descripción del problema, pero no una comprensión de su complejidad. De aquí partió la necesidad de esta investigación de profundización en el problema y su complejidad.

Aunque las políticas, planes y programas se planteen a nivel nacional, éstos no revelan suficientemente la importancia de la diversidad y las brechas existentes de modo que las acciones sean diferenciales y se priorice el trabajo con las y los adolescentes y jóvenes en mayor vulnerabilidad. La mayoría de la población, especialmente la juvenil, es urbana; sin embargo, los peores indicadores de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil se concentran en el área rural. Asimismo, las adolescentes y jóvenes en pobreza y extrema pobreza evidencian no sólo menor conocimiento sobre la sexualidad y la reproducción, sino que también se encuentran en mayor riesgo reproductivo y riesgo sexual con menor educación, información y acceso a servicios de salud. La mayor vulnerabilidad se encuentra también en jóvenes y, especialmente, en adolescentes, debido a su menor ejercicio de la ciudadanía y, particularmente, en mujeres debido a factores biológicos y, también, inequidades de género. En el campo de los derechos sexuales y reproductivos es claro que la situación social, económica y política de los adolescentes y jóvenes, en especial, mujeres, impacta fuertemente sobre el ejercicio de estos derechos.

Este estudio parte de la necesidad sentida de explotar más la riqueza de los datos de la ENDES 2000. En las publicaciones en base a las ENDES hasta ahora hechas, la mortalidad materna adolescente no se encuentra suficientemente desagregada; sabemos que es mayor en mujeres adolescentes que en jóvenes (a diferencia de otros países de la región), y que es mayor en rurales que urbanas o en las que tienen menor educación, pero no tenemos

un cruce de estas tres variables y otras relevantes. Es necesario evaluar estas variables en interacción y determinar su valor predictivo e impacto diferencial. También la fecundidad adolescente requiere de mayor desagregación y complejización; lo mismo el uso anticonceptivo (el cual, lamentablemente, no se registra en términos de efectivo, consistente, continuo). Tenemos una alta maternidad adolescente (no tan alta en la región pero sí en contraste con países en desarrollo), pero no sabemos qué tan alta es la terminación de los embarazos, especialmente por aborto inducido o infanticidio. Estos son algunos de los vacíos detectados que se requieren llenar para desarrollar mejores intervenciones en salud sexual y reproductiva.

También era necesario profundizar en el alto deseo de embarazo en las adolescentes que continuaron su maternidad, y entender por qué se da particularmente en las adolescentes rurales, en mayor pobreza, con menor educación y menores posibilidades de capacitación e inserción laboral y de desarrollo en equidad genérica. Muchos de los embarazos en esta población no sólo fueron deseados, sino planeados. Sin embargo, el deseo de embarazo es alto sólo en adolescentes madres y no así en adolescentes sexualmente activas que no están en unión. Además, faltan datos en relación al deseo de embarazo en las adolescentes que terminaron su embarazo. Se requería profundizar más en la complejidad de esta problemática para derivar mejores pautas de intervención. Para ello, la investigación cuantitativa podrá dar más luces, pero se requiere de investigación cualitativa para la comprensión cabal del problema.

Los datos de ENDES revelan que el uso anticonceptivo varía por edad, género, por nivel socioeconómico, por nivel educativo, por estado civil y pareja estable, por regiones y patrones culturales, por maternidad previa. Las adolescentes sin escolaridad o sólo con estudios primarios no saben dónde se proveen anti-conceptivos; lo mismo sucede con el doble de adolescentes rurales que de urbanas. Los controles prenatales, el parto hospitalario y la atención especializada del parto, los controles postnatales también varían en base a variables socio-demográficas. El aborto en condiciones de riesgo también refleja discriminación, redundando en una mortalidad materna mucho mayor en las adolescentes pobres, más aún cuando es mayor la probabilidad de subregistro.

El conocimiento de la prevención del VIH/ SIDA y otras ITS evidencia enormes brechas; por ejemplo, la gran mayoría de adolescentes no pobres ni siquiera ha oído hablar del SIDA y sabe que el condón es una protección, mientras que menos de la mitad de quienes no están en pobreza sabe que existe el SIDA. ¿Cómo hacer un análisis integral de esta problemática? ¿Qué interacciones y patrones subyacentes existen? ¿Cuáles son las raíces estructurales de la situación de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil? ¿Cómo entender mejor esta situación con los datos disponibles aun con sus limitaciones, por ejemplo, el no tener datos de adolescentes y jóvenes varones, o datos sobre deseo de embarazo en adolescentes que no terminaron ese embarazo, o una desagregación de la terminación que diferencie pérdida de hijo nacido muerto y de aborto inducido?

Algunas de estas preocupaciones se abordan en el presente estudio; por ejemplo, se re-analizan algunos datos sólo para adolescentes sexualmente iniciadas como una sub-muestra, para poder re-dimensionalizar los resultados, como el porcentaje de uso anticonceptivo o la maternidad adolescente en este grupo y no en la totalidad de la muestra adolescente.

El análisis secundario de las relaciones entre variables de salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y jóvenes recogidas en el Cuestionario de Vida de Mujeres de la ENDES 2000 fue visto como una herramienta útil para un mejor acercamiento a la descripción y comprensión de la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes y jóvenes en el país.

I. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La presente investigación se planteó recabar información que permita aportar a políticas, planes, programas e intervenciones en salud sexual y reproductiva de las adolescentes, re-analizando las estadísticas disponibles de la ENDES 2000, a fin de tener estadísticas nacionales de salud sexual y reproductiva más finamente desagregadas por una serie de variables sociodemográficas y por la interacción de estas variables con la interacción de variables de salud sexual y reproductiva.

Con la finalidad de elaborar un modelo predictivo de riesgo/resiliencia con sólida base empírica, se llevaron a cabo análisis para identificar interacciones y tendencias explicativas en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de la diversidad de adolescentes y jóvenes en el país. Creemos importante disponer de estadísticas nacionales suficientemente diversificadas que permitan calibrar mejor su real dimensión e importancia y sugerir pistas de acción. Ya en trabajos previos[2/] hemos podido sistematizar información sobre salud sexual y reproductiva adolescente revelando brechas existentes por educación, región, edad y otras variables, que resulta sumamente útil para los decisores de políticas y para acciones de "advocacy" (promoción y defensa pública) de los derechos sexuales y reproductivos adolescentes y juveniles. El revelar las brechas existentes con mayor precisión permitirá priorizar y focalizar esfuerzos diferenciales para sectores de adolescentes en mayor vulnerabilidad y generar mejores condiciones para un ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, indesligables de los derechos sociales, económicos y políticos.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la situación de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes en el país, teniendo en cuenta variables sociodemográficas de edad, escolaridad, alfabetismo, etnicidad, ocupación, trabajo, unión o nupcialidad[3/], etnicidad, urbanismo (área rural/urbana) y región, y la interacción entre estas variables?

2/ Raguz, M. Adolescent sexual and reproductive rights in Latin America. Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, 5, (2), 30-63, 2001; Raguz, M., Salud sexual y reproductiva, equidad de género, ciudadanía y desarrollo de las mujeres en contextos de pobreza, en publicación (M.P. Sánchez, Ed., Mujer y salud, Universidad Complutense de Madrid, 2002); Raguz, M., Situación de la Adolescencia y Juventud, I Conferencia Nacional de Salud del ForoSalud, en publicación, 2002.

3/ Originalmente se planteó incluir nivel socioeconómico y seguridad social, pero no existía la información disponible y el indicador de pobreza desarrollado por el INEI no resultaba suficientemente sensible para la población adolescente y juvenil del estudio.

1.3 Sistematización del Problema

- ¿Qué tendencias existen a nivel edad, alfabetismo, escolaridad, trabajo, ocupación, nupcialidad, urbanismo (urbano-rural), región y etnicidad en relación con los indicadores de salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil de las mujeres en el Perú?

- ¿Qué variables sociodemográficas en interacción se relacionan con la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes?

- ¿Cuáles son los predictores sociodemográficos de la salud sexual y reproductiva y sus riesgos en esta población?

- ¿Cómo se relacionan entre sí variables de salud sexual y reproductiva?

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1 Objetivo General

La investigación pretende aportar estadísticas desagregadas de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil, así como determinar la interacción al interior de variables de salud sexual y reproductiva y de éstas con variables sociodemográficas para derivar lineamientos de acción que respondan mejor a la diversidad de la realidad nacional de las adolescentes y jóvenes.

2.2 Objetivos Específicos

- Desagregar las estadísticas disponibles (ENDES 2000) de salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes y determinar tendencias, por edad cronológica, alfabetismo, nivel educativo, nupcialidad, trabajo, ocupación, "urbanismo" (Lima Metropolitana, otras ciudades grandes, resto urbano, rural), región (Lima Metropolitana, Costa sin Lima, Sierra, Selva Alta y Selva Baja) y etnicidad (Español, Quechua, Aymara, otras lenguas nativas).

- Determinar cruces, interacciones y predictores entre las variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y jóvenes.

- En base a los hallazgos, elaborar un Modelo Predictivo de la Salud Sexual y Reproductiva y sus Riesgos en mujeres adolescentes y jóvenes en el país.

- Derivar lineamientos para la investigación y la acción.

III. MARCO TEORICO

3.1 Teorías relacionadas con el problema

La ONG Redess Jóvenes ha realizado un diagnóstico de la situación de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil en el país[4/]. En dicho diagnóstico, se caracterizó la adolescencia desde un enfoque de derechos y ciudadanía y se reconoció su diversidad en función de importantes diferencias en función de inequidades sociales, económicas y de género y de diferencias culturales, existiendo grupos en mayor situación de vulnerabilidad que requieren de priorización y focalización, así como de estrategias para reducir las brechas existentes. En un contexto de pobreza, la falta de oportunidades de desarrollo, inequidad de género, violencia, restringido acceso a la información, educación y los servicios de salud necesarios para ejercitar el derecho a la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva, y centralización, debemos diseñar políticas integrales que promuevan el máximo posible de bienestar y desarrollo de las y los adolescentes. Para diseñar estas políticas, se requiere conocer la realidad.

Para 1999, el Instituto Nacional de Estadística e Informática reportaba que el 13% de la población peruana tenía entre 12 y 17 años. Más del 70% era población urbana y se concentraba en Lima Metropolitana (29,2%), habiendo un 22,2% en las grandes ciudades y otro 20,9% en el resto de ciudades, mientras que 27,7% se encontraba en zonas rurales. Iquitos tuvo el mayor crecimiento poblacional adolescente de 1993 a 1998, en Lima fue de 2,3% y en Cuzco fue 1,4%. En lo que concierne a la educación, la Encuesta Nacional de Hogares del 2000 revela que de cada mil adolescentes entre 10 y 14 años, 54 no saben leer ni escribir, lo que se agrava en las áreas rurales, donde 75% de los y las niños(as) son analfabetos(as). La zona rural concentra la mayor proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, sobre todo en la selva rural (22%). Sólo un 55% de los y las adolescentes de 12 a 16 años está en secundaria; el resto no estudia o está en primaria. De los que estudian muchos no terminarán, especialmente las mujeres; en el ámbito rural, una de cada cuatro niñas entre 12 y 17 años deja de estudiar. El trabajo infantil, la pubertad en las niñas (vergüenza, incomodidad por falta de servicios) y el embarazo temprano explican gran parte de esta situación. La tasa de inasistencia escolar en adolescentes de 12 a 16 años es de 7,9% en la zona urbana, siendo mayor en las mujeres (8,9 contra 6,7%); en la zona rural la inasistencia es

4/ Presentado en el Taller de Expertos "Revisión y Análisis de Bases Legales sobre Derechos Sexuales y Reproductivos de los y las Adolescentes en el Perú", el 23 de Agosto del 2001. Recoge, entre otras, recogen cifras del Balance del Plan Nacional de Acción por la Infancia 1990-2000 realizado por el GIN, con apoyo de UNICEF, Save The Children Suecia y Canadá y Novib, Holanda (Lima: GIN, 2001); y del Informe Regional de las Américas 1990-2000 (Lima: Promudeh, 2000).

de 20,2%, siempre mayor en las mujeres (23 contra 17,6%). Un 23% de las y los adolescentes no estudian ni trabajan. En cuanto al atraso escolar, entre adolescentes de 12 a 16 años es de 55,3%, mayor en los hombres (56,5 contra 54,1%). Se estima que dos millones de niños, niñas y adolescentes trabajan, muchos en situaciones de riesgo. Existe, también, el trabajo en el hogar.

El maltrato y violencia familiar siguen siendo problemas poco atendidos. No existen registros adecuados del maltrato, descuido, abuso sexual, violencia familiar, prostitución infantil, explotación. En cuanto a la explotación sexual, Radda Barnen y Acción por los Nilños han denunciado que muchas adolescentes en Yurimaguas, Iquitos, Tarapoto, Huánuco, Puno, Cajamarca, Huaral y Chimbote que son traídas a Lima bajo la modalidad de ofrecimiento de empleo, son víctimas de explotación sexual[5/] . En lo referente a maltrato y violencia familiar en el año 1999 el Instituto de Defensa Legal señala que se atendieron casi 2,215 denuncias de adolescentes mujeres y 824 de adolescentes hombres en Lima; asimismo, 7,624 denuncias por lesiones en adolescentes varones y 4473 en mujeres. En cuanto a víctimas de abuso sexual, el Instituto recepcionó, 4,648 denuncias de adolescentes mujeres y 399 de hombres. A ello, se suman las 156 denuncias de violación con lesiones en adolescentes mujeres y 7 en varones; asimismo, 155 denuncias de violación "contra-natura" en 155 adolescentes mujeres y 54 en varones. Por su parte, el Ministerio de Salud, a través del Sub-Programa de Salud Escolar y Adolescente, atendía con 383 servicios, de los cuales 81% eran diferenciados[6/]. Hoy, con la reforma del sector, estos servicios han desaparecido y se trabaja con adolescencia en el Programa Madre-Niño.

En lo que concierne, específicamente, a la salud sexual y reproductiva, partimos de la definición de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994[7/], que considera clave para el bienestar integral y el desarrollo, la salud sexual y reproductiva, es decir, gozar de una vida sexual sin riesgos y satisfactoria, y de la libertad y capacidad para reproducirse, lo que supone acceso universal a información, educación y servicios de atención integral de la salud. A ello, podemos agregar la erradicación de todas las formas de violencia y discriminación contra la niña, adolescente y mujer. Sin embargo, la responsabilidad del Gobierno y la sociedad civil de crear las condiciones que garanticen el derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes dista mucho de responder de manera efectiva a las necesidades y demandas de esta población. Requerimos, pues, conocer de manera lo más precisa posible cuál es la realidad de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes en el país.

5/ PROMUDEH, Lineamientos de Políticas de Adolescencia, documento de discusión, Lima, 2001.

6/ MINSA, Plan Nacional para la Atención Integral de Salud del Escolar y Adolescente 2001-2006, Lima, 2001.

7/ Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de setiembre de 1994. Nueva York: N.U.; UNFPA-Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD, Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Lima: UNFPA, 1999.

La sexualidad adolescente es vista como un problema en sí, los enfoques son más represivos y moralistas que formativos y subrayan más el tratamiento que la prevención, estando lejos de reconocer la salud sexual y reproductiva de las personas como un derecho a lo largo de su ciclo de vida y de reconocer en la juventud el derecho a la ciudadanía, la autodeterminación, la libertad en responsabilidad y no daño. Igualmente, la sexualidad se conceptúa como inextricablemente ligada a la reproducción, enfatizando acciones en relación a, por ejemplo, disminuir la mortalidad materna adolescente sin darle el debido peso a las raíces estructurales económicas, culturales, sociales, incluyendo la violencia, de las que un embarazo adolescente suele derivar. No se adopta un enfoque integral que permita ver que la violencia sexual, la discriminación de las minorías sexuales, las muertes por aborto inducido en condiciones de riesgo y clandestinidad, el embarazo temprano no deseado y la vulnerabilidad a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual no son problemas de salud pública que un Ministerio de Salud pueda resolver, sino que requiere de políticas y programas integrales que atraviesan los sectores de Salud, Educación, Mujer, Justicia, Trabajo y que requieren de trabajar no sólo con el o la joven o adolescente, sino con la familia, los educadores, los proveedores de salud, los pares, los medios de comunicación, la sociedad en pleno y, siempre, tomando en cuenta el interés superior del niño, niña y adolescente.

Las estadísticas de salud sexual y reproductiva reflejan un panorama que dista mucho del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las y los jóvenes y, en especial, las y los adolescentes[8/]:

- En la medida en que la mitad de la población peruana se encuentra en pobreza y un importante porcentaje, en pobreza extrema, ésta impacta más negativamente en la juventud, especialmente en las adolescentes y jóvenes de sectores rurales y urbano marginales, afectando su bienestar. Un aspecto crítico es la salud en torno a su sexualidad y reproducción, ya que, por ejemplo, un embarazo en la adolescencia puede truncar su educación, capacitación, ingreso futuro, estabilidad de pareja y desarrollo en general.
- Aunque la fecundidad adolescente en el país es mediana, comparando con otros países de la región, que varía entre 75 y 100 partos adolescentes de cada 1000 partos, el grupo adolescente es el único grupo etáreo en el país cuya fecundidad no ha disminuido en el país. A ello se suma que 39% de los hijos de madres adolescentes nacen fuera de unión; otro 17% es concebido fuera de unión pero llevan a unión o matrimonio; sólo 63% se conciben dentro de una unión, aunque ello no garantice estabilidad conyugal. Un 23% de las mujeres embarazadas o madres en el país son adolescentes.
- El inicio sexual ocurre a los 16,8 años promedio en hombres y 18,9 en mujeres, aunque con importantes diferencias urbano-rurales y por estrato socioeconómico. Como en toda América

8/ Raguz, M., 2001 op cit.

Latina, el inicio sexual temprano es más común en las adolescentes con menos de siete años de escolaridad que en las de mayor educación (43% vs 9%). Además, el inicio sexual antes de los 15 años es cinco veces más probable en adolescentes con menos de 7 años de educación escolar, siendo la educación un indicador del desarrollo. El inicio sexual es más reportado por adolescentes varones que por adolescentes mujeres (45% vs. 10%) y sube a 35% en las jóvenes de 20 a 24 años.

- Este inicio sexual suele asociarse a maternidad/paternidad adolescente y unión, cosa que no sucede en países desarrollados. Igualmente, aunque en países en desarrollo, como el Perú, los porcentajes de adolescentes sexualmente activos son mucho menores que en países desarrollados, esta menor actividad sexual se acompaña de altos porcentajes de maternidad/paternidad adolescente, cosa que no se da, en absoluto, en los países desarrollados. Ello se debe a un incipiente, inefectivo y discontinuo uso de métodos anticonceptivos; este bajo uso no se explica por desinformación, ya que existe un buen nivel de conocimiento de la existencia de métodos pero no de su uso, a lo que se suman temores y otros factores socioculturales que hacen que el método más usado sea el ritmo, aún cuando desconozcan el ciclo menstrual lo que es clave para su efectividad. Estudios cuantitativos y cualitativos con jóvenes de la Costa, Sierra y Selva peruana muestran el bajo uso del condón en el inicio sexual[9/].

- Podemos agregar que ser sexualmente iniciado no es lo mismo que ser sexualmente activo/a y que la frecuencia de actividad sexual adolescente no es comparable a la adulta y requiere de diferentes medidas de protección, ya que es usualmente casual, oportunista, esporádica, no planeada y con parejas simultáneas o sucesivas. Hay importantes diferencias genéricas y etáreas, ya que mientras 25% de los adolescentes peruanos afirma tener actividad sexual, sólo lo reporta un 3% de las adolescentes; lo mismo sucede en jóvenes, los varones reportando ser sexualmente activos en un 56% contra sólo un 11% de las jóvenes. Estas cifras pueden representar sesgos de deseabilidad social pero las brechas son consistentes entre países de la región y también se encuentran en estudios con muestras de escolares en Lima o estudios cualitativos con jóvenes de las tres regiones del Perú (Cáceres, 1999). Sin embargo, ser sexualmente activo no es lo mismo que actividad sexual frecuente; un estudio a nivel nacional evidenció que sólo un 10% de las y los adolescentes solteros había tenido actividad sexual coital en el último mes.

9/ Arias, R. y Aramburú, C.E., ***Sexualidad y salud reproductiva entre jóvenes andinos***, Lima: REDESS Jóvenes/ISRRA-Population Concern, 2002; Arias, R. y Aramburú, C.E. ***Ahora empiezo a alucinar,*** Lima: REDESS Jóvenes/Fundación Summit, 1999; Cáceres, C., Salazar, X., Rosasco, A.M., Fernández Dávila, P., ***Ser hombre en el Perú de hoy***, Lima: REDESS Jóvenes, UPCH, Population Concern y DFID, 2002; Cáceres, C., ***SIDA en el Perú***, Lima: UPCH/REDESS Jóvenes, 1998; Raguz, M. Riegos sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género, en: C. Cáceres (ed), ***Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva en los jóvenes en el Perú***, Lima: REDESS Jóvenes, 63-94.

- La protección anticonceptiva en adolescentes es muy baja, los y las adolescentes en unión presentando un mayor uso de anticoncepción moderna que en solteros y sexualmente activos (31% vs 20%). Sin embargo, el reporte de uso no significa uso efectivo, continuo y consistente. Las adolescentes se encuentran en mayor riesgo de embarazo no deseado que las mujeres adultas debido a su menor información, acceso a servicios y anticoncepción segura, y menor capacidad de negociar protección o tener o no actividad sexual, siendo más vulnerables a la violencia y a la presión de la pareja, por razones de identidades, roles y relaciones de género tradicionales, valores culturales de femineidad, maternidad, masculinidad, razones económicas y otras inequidades de género y sociales.
- Un 13,5% de adolescentes son madres o estén embarazadas (175,000), con marcadas brechas urbano-rurales, llegando a ser un 26% en adolescentes rurales, particularmente en la Selva, en Lima, un 7,6% de las adolescentes son madres o están embarazadas. Como sucede en todo el mundo, el embarazo temprano es más frecuente en adolescentes con menos de siete años de educación; con 3% de adolescentes madres que tienen educación superior, 9% con educación secundaria y 27% con sólo primaria. De todas las mujeres peruanas que tuvieron un embarazo temprano, sólo un 7% tenía educación superior, aunque no había diferencias entre las de educación primaria y secundaria completas.
- Cabe señalar que entre 30% y 40% de los embarazos adolescentes son no deseados y que la mortalidad de hijos de madres adolescentes en sus primeros cinco años de vida es mucho mayor que en madres jóvenes mayores de 20, muchas veces debido a negligencia en el cuidado.
- Aquellas adolescentes que son madres tienden a tener más hijos e hijos más seguidos que sus pares no madres, a tener menor educación, capacitación e ingreso en el futuro y a estar en uniones inestables, quedando en mayor desprotección legal y pasando a engrosar los hogares monoparentales dirigido por mujeres y en extrema pobreza. En América Latina, entre 20% y 40% de las mujeres se casan tempranamente, usualmente en asociación con un embarazo temprano y con inicio sexual temprano y desprotegido. En Perú sólo 7,5% de las madres adolescentes están casadas o en unión consensual. Podemos ver que el embarazo adolescente, en especial, el no deseado, impacta el bienestar, desarrollo u proyecto de vida del joven y, en especial, de la joven y afecta su medio familiar y a la sociedad en pleno. Un encuesta nacional a niños, niñas y adolescentes en el país reveló que 60% creía que el embarazo adolescente es la razón por la cual las adolescentes desertan su escolaridad. Cerca de un tercio de las deserciones escolares en las adolescentes se asocia con embarazo o unión.
- El embarazo temprano significa mayores riesgos prenatales, peri-natales y postnatales. Las complicaciones del embarazo son la causa más común de muerte en las adolescentes, especialmente en los países en desarrollo que concentran el 99% de las muertes maternas, muchas de ellas, prevenibles. Perú tiene una de las más

altas tasas de mortalidad materna en la región (después de Bolivia, en América del Sur) y, especialmente, de mortalidad materna adolescente, que, según las ENDES 2000 es de 21%. La mortalidad materna adolescente es el doble de la mortalidad materna en mujeres jóvenes de 20 a 24 años. Esta mortalidad materna se debe al escaso control prenatal, deficiencias nutricionales, obstrucciones del parto, hemorragias, infecciones post-parto (muchas asociadas a aborto inducido). Las adolescentes embarazadas, particularmente las más pobres, se encuentran en mayor riesgo de complicaciones del embarazo y, por ende, muerte o daño. Más de un tercio de las adolescentes madres reportan haber tenido el parto sin atención médica o de partera.

- Esta alta mortalidad tiene que ver con altas tasas de aborto en condiciones de alto riesgo, cuya tasa es, también, de las más altas de la región (estimaciones de 300 mil al año[10/]). En el Instituto Materno Perinatal se atendieron, en 1999, 424 complicaciones de aborto en adolescentes. Se cree que uno de cada tres abortos es en adolescentes. Se estima que 23 de cada 1000 adolescentes peruanas tiene un aborto cada año. Siendo ilegal, el aborto inducido tiende a ser de alto riesgo. El riesgo de muerte post aborto en América Latina es el doble del riesgo en Europa. Las adolescentes tienden a demorar más para inducir un aborto, aumentando significativamente sus riesgos, tienen menos recursos de información, menos recursos económicos y soporte social. Un estudio en la Maternidad de Lima mostró que las adolescentes que acudieron por aborto complicado no fueron ellas quienes decidieron interrumpir el embarazo sino que la decisión fue tomada por el padre o, en caso de tenerla, la pareja. Un estudio de la OMS mostró que en América Latina los abortos adolescentes se daban con una gestación más avanzada, de 4 ó 5 meses y una investigación de tesis mostró las técnicas de inducción de aborto más empleadas, visibilizando el alto riesgo. Las adolescentes recurren más a personal no especializado y técnicas riesgosas y demoran más en buscar ayuda para las complicaciones. Alrededor de la mitad de las complicaciones de aborto en el mundo se dan en adolescentes.
- Desconocemos estimados de infanticidio aunque sabemos que existe.
- La violencia contra la joven, adolescente y niña es muy generalizada en el país. Estudios puntuales muestran lo frecuente que son las violaciones sexuales, especialmente de niñas por parte de familiares o conocidos. Debemos señalar, sin embargo, que estudios como el de INNPARES muestran que también es importante la violación sexual de niños y adolescentes. Buena parte de los embarazos adolescentes es producto de la coerción, violencia o abuso sexual. Una cuarta parte de las 5,500 adolescentes embarazadas en la Maternidad de Lima en 1998 era por violación[11/]. En el mundo, entre 40 y 60% de los abusos sexuales son en adolescentes. A ello se suma la

10/ Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD, ***Algo más que palabras***. Lima: UNFPA, 2001; la investigadora Delicia Ferrando lo estima en más (presentación Aborto en el Perú, Comisión de Salud del Congreso, 2002).

11/ Mesa Tripartita, op cit Hoja Informativa Los y las adolescentes también tienen derechos.

explotación sexual y prostitución infantil y adolescente y otras formas de violencia, como el matrimonio temprano forzado.

- El VIH-SIDA se contagia, principalmente, en la adolescencia y juventud. El VIH en jóvenes de 20 a 24 es el que más ha aumentado (15%), indicando un contagio en la adolescencia. Sin embargo, en 1997 sólo una quinta parte de los servicios de salud detectaba y trataba las enfermedades de transmisión sexual y ofrecía protección con el preservativo. Un estudio con jóvenes de Costa, Sierra y Selva del país, encontró que 70% tenía actividad sexual y sólo 13% ha usado alguna vez el condón[12/], lo cual ni siquiera garantiza uso consistente, constante y efectivo. Cerca de un 60% de las infecciones VIH en el mundo en desarrollo se dan en la adolescencia y juventud; en Brasil y Honduras se ha visto llegar a 30% de infecciones en la adolescencia. Las adolescentes y mujeres están en mayor riesgo, tanto por factores económicos, sociales y culturales como biológicos. En cuanto a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual en general, se estima que la mitad de ellas ocurren en adolescentes y jóvenes. Uno de cada 20 adolescentes en el país tiene una infección de transmisión sexual[13/]. Tanto en mujeres como en hombres en el país, la distribución del SIDA entre 1983 y 2002 por edad es mucho mayor entre los de 25 a 29 años, lo que habla de una posible infección en la adolescencia[14/].
- Los programas y servicios de atención a la salud orientados hacia los y las jóvenes son aún insuficientes en su cobertura y calidad. Algunos factores que limitan el acceso a una salud de calidad son: desconocimiento de la oferta pública especializada, predominio de un enfoque asistencial en detrimento de los programas preventivos promocionales interdisciplinarios e intersectoriales, falta de una atención de calidad y confidencial de algunos profesionales de la salud, las inequidades de género, identidades y roles tradicionales y relaciones de desigualdad y poder dificultan la prevención en las jóvenes, baja asignación de presupuesto en los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes y baja cobertura de la seguridad social. Esta situación se dificulta más en los casos de jóvenes que se dedican a la prostitución, jóvenes sero-positivos, recluidos en prisión, consumidores de drogas y residentes en el ámbito rural.
- Algunos de los factores que vulneran el derecho a una sexualidad sana, plena y responsable son: la baja autoestima, la falta de un proyecto de vida y barreras para su realización, la tendencia al inicio temprano de una sexualidad activa bajo presión social o directamente forzadas, la falta de habilidades sociales en algunos jóvenes y capacidad de negociación con la pareja en la mujer, la deficiencia en las estrategias comunicacionales apropiadas que garanticen un conocimiento oportuno de las protecciones adecuadas y de las responsabilidades que conlleva el ejercicio de la sexualidad, la extendida imagen social que enfatiza los aspectos problemáticos de la sexualidad, los

12/ Cáceres, C., La re-configuración del universo sexual. Lima: REDESS Jóvenes, 1999.

13/ id

14/ MINSA, Situación de VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Trimestral, Abril 2002.

sistemas de género que conllevan identidades y roles tradicionales para mujeres y hombres, inequidades de género, violencia física, psicológica y sexual contra la niña adolescente y mujer, la exclusión del varón de las responsabilidades con su pareja, la discriminación de las orientaciones sexuales diferentes a las socialmente aceptadas, las dificultades de los menores de 18 años para acceder a información, educación y servicios integrales de atención de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos.

- Las complicaciones del embarazo adolescente, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA, ocupan los primeros lugares entre las causas de enfermedad y muerte de las mujeres en edad reproductiva, siendo las adolescentes y las jóvenes uno de los grupos más susceptibles, debido a su vulnerabilidad biológica y psico-social, a las inequidades económicas que enfrentan y a las condiciones socioculturales de su entorno, que se ven acentuadas cuando no hay un rol activo y responsable de los varones en el enfrentamiento de estas situaciones, debido entre otros aspectos, a su formación sexual inducida hacia patrones machistas, aún predominantes. En esta situación, la mayoría de jóvenes no conoce la existencia de servicios, desconfía de ellos, o tienen limitaciones socioculturales o económicas para acceder oportunamente a la atención por profesionales de la salud (prevención de embarazo no deseado, controles prenatales, prevención de ETS/VIH-SIDA, atención de la violencia contra la mujer).
- En resumen, existen barreras económicas, sociales, culturales y legales que obstaculizan el acceso de la juventud a información, educación y servicios que garanticen el ejercicio de sus derechos y el logro del máximo posible de bienestar en relación a su salud sexual y reproductiva.
- Los derechos sexuales y reproductivos difícilmente pueden ejercitarse cuando no se reconoce la condición ciudadana de la juventud.
- En el evento "Ahora es Cuándo"[15/], organizado por las ONGs REDESS Jóvenes, CEDRO y Transparencia antes de la Segunda Vuelta Electoral del 2001, los candidatos presidenciales Alejandro Toledo y Alan García, sus Vice Presidentes y sus equipos de Juventud presentaron sus propuestas electorales para las problemáticas de salud sexual y reproductiva. Las y los más de mil participantes hicieron sus preguntas por escrito, algunas siendo recogidas en paneles. Se visibilizaron las preocupaciones de las y los jóvenes con relación a la permanencia y ampliación de los programas de educación sexual, las limitaciones al acceso de la juventud a la planificación familiar, los derechos de las minorías sexuales, las esterilizaciones en la era fujimorista, la continuación de estudios de las madres adolescentes, el aborto clandestino, la violación sexual, la salud integral más allá de las infecciones de transmisión sexual, la autoestima, la falta de espacios recreativos y culturales que se asocian con actividad sexual temprana. El rico

15/ Redess Jóvenes**, Ahora es Cuándo. Respuestas a los derechos de las y los jóvenes**. Año 2,5, Mayo 2001, Lima.

material constituye una importante fuente directa de información para decisores políticos y para quienes trabajan con y por la juventud.

- El trabajo en salud sexual y reproductiva adolescente debe adoptar un enfoque de derechos humanos de los y las adolescentes y jóvenes, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y en los derechos ciudadanos y, también, una perspectiva transversal de género que asegure la promoción de la equidad y la erradicación de la violencia de género.

Dada su situación demográfica y social, la población juvenil continuará presionando y demandando servicios sociales de salud y educación principalmente, así como mantendrá su demanda por una mejor y mayor participación económica, política, social y cultural. De ahí, la preocupación por priorizar y ampliar las oportunidades de desarrollo social y personal de este grupo poblacional, garantizándoles la vigencia del ejercicio y goce de sus derechos. Los marcos internacionales de derechos humanos, infancia y juventud[16/] como la Convención del Niño, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -CIPD- de El Cairo 1994, la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995, Cairo+5, Beijing+5, el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Infancia y la Convención de los Derechos del Niño 1990, así como la Cumbre de la Infancia del 2002, enfatizan la responsabilidad de los gobiernos y la sociedad civil con relación a la salud integral, la participación ciudadana y el desarrollo de jóvenes y adolescentes. La salud integral supone un completo bienestar físico, mental y social y es un derecho humano reconocido para todas las personas, sin discriminación alguna.

Hoy, cuando el Perú se encuentra en transición democrática, estando en revisión la estructura gubernamental y propuestas de una política de juventud y una política de adolescentes (existiendo ya lineamientos de juventud y compromisos sobre infancia definida hasta los 18 años de edad, en las que se revela el tema de la salud sexual y reproductiva), así como la Ley de un Consejo Nacional de la Juventud que debe reglamentarse, contando con estructuras como el Comité Metropolitano de Juventudes, la Plataforma de Juventud, el ForoSalud con sus Mesas de Adolescencia y Juventud, Salud Sexual y Reproductiva, Derechos Humanos, Medicamentos, Nutrición y Descentralización, la Mesa Iniciativa por los Derechos de los Jóvenes, la Comisión Nacional por los Derechos de las Niñas, los Niños y los Adolescentes, la Red Nacional SIDA Perú, la Mesa por la Niña Rural, la Mesa de Vigilancia Ciudadana, la Plataforma de ONGs por la Juventud, y ONGs con experiencia de trabajo en adolescencia y juventud, nos encontramos en un momento clave para establecer las bases para el ejercicio de derechos por parte de la juventud y para el cumplimiento efectivo de una vigilancia ciudadana por parte de la sociedad civil, con activa participación juvenil. Para este trabajo y el trabajo del sector público e intersectorial es indispensable contar con

16/ Raguz, M. Los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes: Reconocimiento internacional en Cairo y Beijing, en: Beijing Más Cinco. Revista de REDESS Jóvenes, 1, (2), Setiembre 2000. 8:15.

una precisa descripción de la realidad de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil en el país. La presente investigación pretende contribuir a una mejor comprensión de esta realidad, que oriente la acción.

3.2 Propósito de la Investigación y Uso de los Resultados

El INEI, accediendo a un pedido de la Mesa Tripartita de Seguimiento al Cairo, ha empezado a trabajar más finamente la diferenciación etárea, diferenciando adolescencia de juventud y de MEF en general, lo mismo que indicadores de género de desarrollo del género, de potenciación del Género, y otros indicadores de salud sexual y reproductiva mucho más detallados. ENDES 2000 representa un importante avance en este sentido. Sin embargo, en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil, las ONGs y el sector público, así como el sector cooperante, sienten la necesidad de disponer de indicadores más precisos y complementarios. Para el diseño de políticas, planes, programas e intervenciones requerimos mayor claridad sobre la realidad de la salud sexual y reproductiva en el contexto de pobreza e inequidades sociales, incluyendo la inequidad de género y la violencia de género. Es también necesaria una mejor identificación de factores, predictores y tendencias relacionadas con la salud y los riesgos sexuales y reproductivos, para lo cual hay que ir más allá de quedarnos en lo descriptivo. De esta manera, la investigación obedece a una motivación de carácter práctico, ayudando a la toma de decisiones y brindando elementos para diseñar intervenciones y hacer "advocacy" (promoción y defensa pública de los derechos sexuales y reproductivos adolescentes y juveniles) para revisar políticas, planes y programas y orientar los esfuerzos.

3.3 Significación de los Aportes

Los aportes que esta investigación servirán para la toma de decisiones de decisores de políticas y programas a nivel nacional, regional y local. Significarán, también, un importante insumo para las organizaciones de la sociedad civil -ONGs, organizaciones y agrupaciones juveniles, universidades- para direccionar las acciones de investigación, información, educación y comunicación, las capacitaciones, los servicios privados de salud, y las acciones de promoción y defensa de los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, y de "advocacy" para ejercer influencia así como para ejercer la vigilancia ciudadana. En lo que concierne a los organismos de cooperación, la información ofrecida puede también llevar a revisar prioridades y reasignar recursos para fortalecer a las acciones en salud sexual y reproductiva del sector público y de la sociedad civil.

IV. HIPOTESIS

Para el presente estudio se han formulado las siguientes hipótesis exploratorias:

1. ¿Qué tendencias existen en los indicadores disponibles de salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes del Perú (ENDES 2000) a nivel edad, nupcialidad, alfabetismo, educación, etnicidad, trabajo, ocupación, "urbanismo" (urbana-rural), región, departamento?

2. ¿Qué interacciones existen entre las variables sociodemográficas disponibles y cómo se relacionan, incluso a nivel predictivo, con la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes en el país?

   Definiciones operacionales: se han empleando las definiciones operativas de la ENDES 2000 para las variables de salud sexual y reproductiva y las variables sociodemográficas

1/ INEI. Metodologías Estadísticas, Año 1-N°02 Metodología para la medición de la pobreza en el Perú.

V. METODO Y ANALISIS DE CALIDAD DE DATOS

Se trató de un estudio descriptivo-comparativo de las tendencias y de una exploración de los predictores sociodemográficos de la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y jóvenes, reanalizando los datos de las ENDES 2000, 1996 y 1991-92. Se accesó la base de datos del INEI y se revisó la calidad de los datos de las ENDES 2000, no habiendo inconsistencias. Se filtraron los datos y se trabajó con el SPSS las variables seleccionadas.

El procedimiento seguido fue el siguiente:

- Filtrado de la base de datos según la variable v015 (que indica que la encuesta realizada se llegó a completar en forma satisfactoria).
- Pesada de los datos por la variable v005 con el peso del INEI, donde Peso = v005/1000000.). Se tradujeron los nombres de las variables y las etiquetas al español.
- Se hizo un análisis de frecuencias.
- Se hizo un análisis integrado de datos con los cruces multivariados de variables necesarios para dar respuestas a las preguntas del estudio.
- En base a las tendencias y cruces se identificaron, mediante estadísticas de correlación (R de Pearson, Spearman), y un alto nivel de significación (n.s.= 0,005), los predictores socio-demográficos de riesgo sexual y reproductivo, definido como des-protección sexual (no uso de condón en la última relación con pareja no estable), embarazo actual no deseado, maternidad adolescente, maternidad temprana (antes de los 15 años), e inicio sexual temprano.
- Se diseñaron variables nuevas en base a selección de valores específicos de variables de salud y sociodemográficas (por ejemplo, adolescentes sexualmente iniciadas no unidas cuyo ideal reproductivo es ningún hijo) y se hicieron cruces con variables sociodemográficas seleccionadas en base a los análisis realizados.
- En base a los resultados se elaboró un modelo predictivo de salud y riesgos sexuales y reproductivos de las adolescentes y jóvenes en función de la diversidad de condiciones sociodemográficas.

Las variables fundamentales han sido:

1. Socio-demográficas:

- Edad (por grupos) código ENDES: v013
- Nivel Educativo detallado código ENDES: v149
- Estado Civil código ENDES: v501
- Región De Facto (Costa/Sierra/Selva) código ENDES: v101
- Región (Lima, Resto Costa, Sierra, Selva Alta, Selva Baja) código ENDES: v020
- Localidad (Departamentos) código ENDES: v024
- Sexo del jefe de familia código ENDES: v151

- Alfabetismo código ENDES: v155
- Etnicidad código ENDES: v131
- Lugar de Residencia (Lima,ciudades grandes, Resto urbano, rural) código ENDES: v0021
- Tipo de vivienda (urbana/rural) código ENDES: v140
- Frecuencia con que leen periódico o revista código ENDES: v157
- Frecuencia con que escuchan radio código ENDES: v158
- Frecuencia con que ven televisión código ENDES: v159
- Ocupación código ENDES: v717
- Trabajó en los últimos 12 meses código ENDES: v731
- Trabaja actualmente código ENDES: v714

Se empleó la muestra adolescente como central, empleando la muestra de jóvenes sólo para efectos comparativos. También se identificaron sub-muestras, por ejemplo, de adolescentes sexualmente iniciadas, y de cruces de variables, como adolescentes sexualmente iniciadas cuyo ideal reproductivo es ningún hijo. Se prefirió trabajar con la variable región de facto y no con región declarada. La variable años que vive en su residencia fue descartada, lo mismo que la temporalidad del empleo y contribución al gasto familiar. Las variables sobre medios de comunicación son tomadas en cuenta sólo para orientar en las intervenciones informativas y de sensibilización en temas y derechos reproductivos y sexuales.

2. De salud reproductiva:

2.1. Embarazo:

- Edad al primer nacimiento código ENDES: v212
- Actualmente Embarazada código ENDES: v213
- Duración de su embarazo código ENDES: v214
- Deseó el actual embarazo? código ENDES: v225
- Ha terminado alguna vez un embarazo? (Aborto, pérdida o nacido muerto) código ENDES: v228
- Mes (de gestación) en que acabó el embarazo código ENDES: v233
- Año en el que acabó el embarazo código ENDES: v230

2.2. Hijos:

- Número de hijos viviendo en casa
- menores (iguales) a 5 años código ENDES: v137
- Número de hijos en total (vivos y muertos) código ENDES: v201
- Número de hijos vivos código ENDES: v218
- Número de hijos vivos y embarazos código ENDES: v219
- Nacimientos en los últimos 3 años código ENDES: v238
- Nacimientos en los últimos 5 años código ENDES: v208
- Nacimientos el años pasado código ENDES: V209

2.3. Sexualidad:

- Edad del inicio Sexual código ENDES: v531
- Frecuencia del acto sexual (tiempo desde la última vez) código ENDES: v527
- Actividad sexual reciente código ENDES: V536
- Relación con última pareja código ENDES: V767A
- Edad en primera unión código ENDES: V511
- Edad en primera relación sexual código ENDES: V523

2.4. Conocimiento y uso de métodos:

- Conocimiento del ciclo de ovulación código ENDES: v217
- Conoce algún método código ENDES: v301
- Alguna vez ha usado algún método código ENDES: v302
- Tipo de método usado:Píldora código ENDES: v304A$01
- Tipo de método usado:DIU código ENDES: v304A$02
- Tipo de método usado:Inyección código ENDES: v304A$03
- Tipo de método usado:Diafragma código ENDES: v304A$04
- Tipo de método usado:Condón código ENDES: v304A$05
- Tipo de método usado:Esterilización femenina código ENDES: v304A$06
- Tipo de método usado:Esterilización masculina código ENDES: v304A$07
- Tipo de método usado:Ritmo código ENDES: v304A$08
- Tipo de método usado:Retiro código ENDES: v304A$09
- Tipo de método usado:Otros métodos código ENDES: v304A$10
- Tipo de método usado:Norplant/implantes código ENDES: v304A$11
- Tipo de método usado:Abstinencia total código ENDES: v304A$12
- Conoce el método:Píldora código ENDES: v304$01
- Conoce el método:DIU código ENDES: v304$02
- Conoce el método:Inyección código ENDES: v304$03
- Conoce el método:Diafragma código ENDES: v304$04
- Conoce el método:Condón código ENDES: v304$05
- Conoce el método:Esterilización femenina código ENDES: v304$06

- Conoce el método:Esterilización masculina código ENDES: v304$07
- Conoce el método:Ritmo código ENDES: v304$08
- Conoce el método:Retiro código ENDES: v304$09
- Conoce el método:Otros código ENDES: v304$10
- Conoce el método:Norplant o implantes código ENDES: v304$11
- Conoce el método:Abstinencia total código ENDES: v304$12
- Ha usado:Píldora código ENDES: v305$01
- Ha usado:DIU código ENDES: v305$02
- Ha usado:Inyección código ENDES: v305$03
- Ha usado:Diafragma código ENDES: v305$04
- Ha usado:Condón código ENDES: v305$05
- Ha usado:Esterilización femenina código ENDES: v305$06
- Ha usado:Esterilización masculina código ENDES: v305$07
- Ha usado:Ritmo código ENDES: v305$08
- Ha usado:Retiro código ENDES: v305$09
- Ha usado:Otros código ENDES: v305$10
- Ha usado:Norplant o implantes código ENDES: v305$11
- Ha usado:Abstinencia total código ENDES: v305$12
- Usa actualmente:Píldora código ENDES: v307$01
- Usa actualmente:DIU código ENDES: v307$02
- Usa actualmente:Inyección código ENDES: v307$03
- Usa actualmente:Diafragma código ENDES: v307$04
- Usa actualmente:condón código ENDES: v307$05
- Usa actualmente:Esterilización Femenina código ENDES: v307$06
- Usa actualmente:Esterilización Masculina código ENDES: v307$07
- Usa actualmente:Ritmo código ENDES: v307$08
- Usa actualmente:Retiro código ENDES: v307$09
- Usa actualmente:Otros Métodos código ENDES: v307$10
- Usa actualmente:Norplant o Implantes código ENDES: v307$11
- Usa actualmente:Abstinencia Total código ENDES: v307$12
- Hijos vivos al iniciar a usar el método código ENDES: v310
- Método anticonceptivo actual código ENDES: v312
- Uso actual de métodos anticonceptivos por tipo de método código ENDES: v313
- Año de inicio del método código ENDES: v316
- Edad de la esterilización código ENDES: v320
- Fuente de suministro de métodos actuales código ENDES: v326
- Método abandonado en los últimos 5 años código ENDES: v359
- Razón del abandono del método código ENDES: v360
- Intención de uso en el futuro código ENDES: v362
- Método preferido para uso futuro código ENDES: v363
- Principal razón para no usar un método código ENDES: v376
- Podría usar métodos si es casada código ENDES: v376A
- Fuente de conocimiento para cualquier método código ENDES: v379
- Fuente de conocimiento de algún método código ENDES: v380
- Se enteró sobre Planificación Familiar en Radio código ENDES: v384A
- Se enteró sobre Planificación Familiar en TV código ENDES: v384B
- Se enteró sobre Planificación Familiar en Periodico o revista código ENDES: v384C
- Fue visitada por un Trabajador de Planificación Familiar los últimos 12 meses código ENDES: v393
- Fuente para el método actual código ENDES: v3A07
- Razón de no uso: No casada código ENDES: v3A08A
- Razón de no uso: No tiene relaciones sexuales código ENDES: v3A08B
- Razón de no uso: Relaciones sexuales no frecuentes código ENDES: v3A08C
- Razón de no uso: Menospausia código ENDES: v3A08D
- Razón de no uso: Infecundidad código ENDES: v3A08E
- Razón de no uso: Postparto código ENDES: v3A08F
- Razón de no uso: Lactancia código ENDES: v3A08G
- Razón de no uso: Fatalística código ENDES: v3A08H
- Razón de no uso: Opuesta al uso código ENDES: v3A08I
- Razón de no uso: Esposo/Pareja código ENDES: v3A08J
- Razón de no uso: Otros se oponen código ENDES: v3A08K
- Razón de no uso: Prohibe la religión código ENDES: v3A08L
- Razón de no uso: No conoce métodos código ENDES: v3A08M
- Razón de no uso: No conoce fuentes de suministro código ENDES: v3A08N
- Razón de no uso: Problemas cardiacos código ENDES: v3A08O
- Razón de no uso: Temor a los efectos Secundarios código ENDES: v3A08P
- Razón de no uso: Difícil acceso código ENDES: v3A08Q
- Razón de no uso: Muy caro código ENDES: v3A08R
- Razón de no uso: Inconveniente de usar código ENDES: v3A08S
- Razón de no uso: Interfiere con el cuerpo código ENDES: v3A08T
- Razón de no uso: Esposo estéril código ENDES: v3A08U
- Alguna vez usó métodos código ENDES: V305

- Estado civil al esterilizarse código ENDES: V321
- Número de hijos al esterilizarse código ENDES: V322
- Visitó centro de salud en el último año código ENDES: V394

2.5. ITS-VIH/SIDA

- Aceptable hablar del SIDA código ENDES: V759
- Usó condón en la última relación código ENDES: V761
- Usó condón en sexo con otro hombre código ENDES: V761B
- Fuente de condón código ENDES: V762A-U
- ETS/HIV ultimo año código ENDES: V763A-G
- Razón uso condón en última relación código ENDES: V765A

El conocer métodos se detalló y se agrupó en métodos tradicionales y modernos. El uso se analizará en términos de uso actual por método y uso alguna vez. La fuente de provisión de métodos y las razones de no uso servirán para profundizar el análisis.

Se eliminaron del análisis las actitudes hacia enseñanza del SIDA a niños porque creemos se debió preguntar por enseñanza en la escuela y la familia; limitarse a niñez puede despertar una serie de prejuicios en la respondiente y no es claro de dónde provendría esa enseñanza; pero, sobre todo, no creemos sea un predictor de riesgo. Mantuvimos el hablar con esposo/a sobre SIDA porque alude a comunicación en la pareja y posible negociación; aunque hubiera sido mejor explorar con la pareja, no necesariamente el esposo/a, sobre todo en no unidas y jóvenes. No tomaremos en cuenta la variable que está bien hablar de SIDA y las fuentes de información y la razón de uso sólo servirán para el análisis descriptivo.

No hemos considerado para el análisis las variables de ENDES 2000 relativas a la violencia contra la mujer por la forma en que han sido planteados los reactivos, que no permiten ver riesgo personal.

Se realizó un análisis de frecuencias y cruces entre variables sociodemográficas y con variables de salud reproductiva y sexual para las adolescentes de 15 a 19 años y para las jóvenes de 20 a 24 años, haciendo también algunas comparaciones con todas las mujeres en edad fértil. Las interacciones encontradas permitieron delinear un modelo de riesgo sexual y reproductivo adolescente y juvenil.

VI. MEDICIONES, ANÁLISIS Y RESULTADOS

6.1 Mediciones

Se han realizado análisis descriptivo-comparativos y correlacionales de datos de las ENDES 2000 en lo referente a una selección de variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, éstas últimas sólo para efectos comparativos. Se ha trabajado con las siguientes variables:

- Socio-demográficas: V013 (edad adolescente, 15-19 años, y jove20-24 años, pero, además, se tomó cada edad cronológica por separado); V149 (educación), 155 (analfabetismo), 131 (etnia: Español, Quechua, Aymara, Lenguas Nativas),501 (estado civil), 140 (vivienda urbana/rural), 0034 (residencia: Lima Metropolitana, Grandes Ciudades, Resto Urbano, Rural, región (Costa -con y sin Lima-, Sierra, Selva -Selva Alta y Baja-), localidad (departamento), 717 (ocupación), trabaja actualmente, y, también, 157, 158 y 159 (acceso a medios: periódico y revistas, televisión, radio).

- Salud sexual y reproductiva:
  Embarazo: V214 y 213 (embarazo actual), 212 (edad primer embarazo), 225 (deseo de embarazo actual), 228, 233 y 230 (terminación de embarazo).
  Hijos/as: 219 (embarazos e hijos vivos), 201 (total hijos), 218 (hijos vivos), 137 (hijos menores de 5 años en hogar), 238, 208 y 209 (nacimientos en últimos años).
  Sexualidad: 531 (edad inicio sexual) y 527 (frecuencia de última actividad sexual), 523 (edad primera relación), 511 (edad primera unión), y 536 (actividad sexual reciente).
  Planificación Familiar: 217 (conocimiento ciclo fértil), 305 (usó métodos alguna vez), 304$01-12 (conocimiento por método), 316 (hijos al iniciar método), 307$01-12 (uso de método actual por método), 359 (abandono de método), 376 (razón de no uso), 320, 321 y 322 (edad, estado civil y número hijos al esterilizarse) y 394 (visitó centro salud). 362 y 363 (intención y preferencia de uso de métodos), 326, 379, 380, 384ª-C, 393 y 3ª07 (fuentes de suministro); 360 (razón de abandono), algunas de 3ª08ª-U (razón de no uso).
  ITS/VIH-SIDA: 761 y 761B (uso de condón), 763ª-G (infección ITS), 783 (conocimiento de otras ITS fuera del SIDA), 762ª-U (fuentes del condón para ITS) y 765ª (razón de uso de condón para ITS).

Se determinaron las tendencias con un análisis de frecuencias y porcentajes. Se cruzaron las variables seleccionadas de salud reproductiva con las variables sociodemográficas entre sí y con las variables de salud reproductiva siendo posible identificar tendencias y patrones y comparar mujeres adolescentes y jóvenes. Seguidamente, se establecieron las correlaciones significativas al 0.005 o menos con los coeficientes estadísticos de Pearson y Spearman, entre variables

sociodemográficas y de salud, específicamente para el grupo adolescente, para determinar predictores de salud y riesgo sexual y reproductivo. Dado el estado de la cuestión y limitaciones logísticas, particularmente, de tiempo pero, sobre todo, debido a la riqueza de la información encontrada, se priorizó el trabajo descriptivo-comparativo y predictivo- asociativo, y no fue posible llegar a hacer un análisis de regresión que permita el nivel explicativo. Sin embargo, analizar las tendencias e interacciones permitió elaborar un modelo predictivo de salud y riesgo sexual y reproductivo de las adolescentes y jóvenes, en función de variables sociodemográficas. Se derivan conclusiones y sugerencias prácticas para la acción, para el diseño de políticas, planes, programas e intervenciones en salud sexual y reproductiva y desarrollo adolescente y juvenil. Con ello se cumple el principal objetivo de este estudio, eminentemente práctico. Tratándose de un estudio con hipótesis exploratorias, a manera de preguntas, se dio respuesta a las preguntas planteadas. Estudios de profundización podrán elaborar sobre los hallazgos predictivos aquí encontrados y profundizarlos, para arribar a un modelo explicativo de la salud sexual y reproductiva.

6.2 Análisis

A través del estudio ha sido posible conocer mejor la realidad de las adolescentes en el país, tanto a nivel general como en lo relativo a su salud sexual y reproductiva.

6.2.1 Generalidades:

- Las adolescentes representaron cerca de una quinta parte (20,3%) de la población encuestada de mujeres en edad fértil -MEF- y las jóvenes de 20-24, casi otro tanto (17%). Las 5,645 adolescentes sobre las que se basan las ENDES 2000 tienen entre 15 y 19 años, contribuyendo cada uno de los grupos de edad de manera bastante homogénea, en alrededor de 21% (el grupo menos numeroso es el de los 19 años, constituyendo un 17,5% de la muestra).
- La mayoría -67%- de las adolescentes encuestadas eran urbanas, coincidiendo con el promedio de todas las mujeres en edad fértil (MEF). En las jóvenes, la mayoría eran urbanas (71,6%), buena parte de Lima Metropolitana (32,6%) y grandes ciudades (29,3%) y pocas, del resto urbano (9,7%), quedando un 28,4% de jóvenes rurales.
- Cabe señalar que la variable urbano/rural, que a no tener mejor término llamaremos urbanismo, se encontró, en un análisis con los datos de adolescentes, significativamente relacionada con la variable región, al 0,000. A nivel departamentos, se vio que en la Amazonía predominaron las adolescentes rurales (64%) y el resto eran de ciudades medianas o pequeñas. En Arequipa fueron, mayormente, de grandes ciudades fuera de Lima (74%). En Apurímac se trató, mayormente, de adolescentes rurales (65%), lo mismo que en Cajamarca (80%) y Huancavelica (70%). En Ica, por el contrario, una mayoría eran de grandes ciudades (58%) y en Lima, 90% eran de Lima Metropolitana, 3% de otras grandes ciudades y 2%, de ciudades medianas y pequeñas, con 5%, rurales. En Loreto un 60% fueron de grandes ciudades, subiendo a 69% en Madre de Dios y a 69% en Moquegua. En cambio en

Puno 58% eran rurales. En contraste, 90% en Tacna eran de grandes ciudades fuera de Lima, bajando a 57% en Tumbes y subiendo a 63% en Ucayali, donde un 30% eran rurales.

- Las adolescentes de la muestra que provenían de ciudades grandes fuera de Lima eran, básicamente, del resto de la Costa (49%) y, otras, de la Sierra (34%) con pocos casos proviniendo de la Selva, sobre todo, de la Selva Alta. Las adolescentes de ciudades medianas y pequeñas eran, usualmente, de la Costa (50%) y, menos, de la Sierra (31%), con pocos casos de la Selva. Las adolescentes rurales, en cambio, provenían en un 65% de casos, de la Sierra.
- La ENDES 2000 muestra que es en Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Huanuco y Cuzco donde se encuentra mayor proporción de mujeres sin escolaridad.
- En este estudio se encontró que el mayor analfabetismo en las adolescentes se da en Huanuco (12,3%), Apurímac (11,7%), Cajamarca (11%), Huancavelica (9%), Ancash (7%), La Libertad (4%), Cuzco, Junín, Ucayali y Amazonas (2%) y Puno (1%).
- Sin embargo, si no sólo tomamos en cuenta analfabetismo sino también el semi-alfabetismo, es decir, ser capaz únicamente de leer una oración, los departamentos con menor alfabetismo son Huancavelica (23%), Apurímac (17%), Huanuco (16%), Cajamarca (14%), Cuzco (12%) y Loreto (11%).
- En el caso de las jóvenes, el mayor analfabetismo se encontró en Huancavelica (39%), Huanuco (30%), Cajamarca (21%), Ancash (20%), Cuzco (18%), San Martín (15%) y Amazonas (13%).
- La mayoría de las adolescentes que participaron en las ENDES 2000 provenían de la Costa (63,2%), con algunas de la Sierra (27,8%) y, menos, de la Selva (9%), sin diferencias al interior de las edades del grupo adolescente. Las jóvenes también eran más de la Costa (66%; 33% de Lima y 25%, del resto) que de la Sierra (25%) o Selva (9%). Una mayoría de las jóvenes eran, también, de la Costa (66%), algunas provenían de la Sierra (25%) y pocas, de la Selva (9%; 4% de Selva Alta y 7% de Selva Baja).
- En el caso de las adolescentes, encontramos que en algunos departamentos las adolescentes tuvieron mayor participación que en otros, sobre todo en Lima, donde 32% de las mujeres encuestadas fueron adolescentes, seguida de Piura, La Libertad, Junín, Cajamarca, Lamba-yeque y Puno -entre 7% y 5% de la muestra total por departamento, bajando a entre 4 y 3% en Arequipa, Cuzco, Loreto y Ancash y siendo menor aún en el resto.
- En cuanto al lenguaje que manejan, un 92% de las adolescentes hablaba español (5,210 adolescentes), 6,6% hablaba quechua (372 adolescentes); 0,8%, aymara (43 adolescentes); y 0,3% otra lengua (17 adolescentes). No se apreciaron diferencias por edad al interior del grupo adolescente en este sentido. En las jóvenes un 92% hablaba español, 7% quechua, 0,7% aymara y 0,3%, otras lenguas. Cruzando por región, de las adolescentes de la Costa, 98% hablaban español, 2% quechua y 0.3%, otras lenguas. De las de la Sierra, 79% hablaban español, 19% quechua y 3%, aymara y otras lenguas. De las de la Selva, 96% hablaban español, 1% quechua, 3% otras lenguas.

- Se encuentran más adolescentes hablando Quechua en Cuzco (44%), Apurímac (42%) y Huancavelica (40%), seguidas de Ayacucho y Ancash (33%) y Puno (25%). Los pocos casos -41- que hablan Aymara se concentran en Puno (14%), Tacna (3%), Huanuco (0,6%) y Moquegua (0,4%). Las lenguas nativas se encuentran en Ucayali (12%), Loreto (3%) y Pasco (2%), siendo sólo 16 casos. Lima tenía los tres casos de adolescentes con lengua extranjera, que se eliminaron del análisis.
- En cuanto al jefe del hogar, se trata mayoritariamente de jefes hombres (81,3%) y no se aprecian diferencias por cada nivel de edad al interior del grupo adolescente. Tampoco hay diferencias entre Costa, Sierra y Selva, variando entre 81 y 84% su frecuencia. También en las jóvenes el jefe de hogar era, mayormente, hombre (81%) y se ve que hay más jefes del hogar mujer en las alfabetas (20%) y analfabetas (14%) que en las semi-alfabetas (9%).

6.2.2 Educación

6.2.2.1 Nivel Educativo

6.2.2.1.1 Distribución Muestral

- Un 22,7% de las adolescentes encuestadas tiene estudios secundarios e, incluso, un 5,8%, estudios superiores. Sólo un uno por ciento (58 casos) no tiene educación formal alguna, pero 8,9% tiene Primaria Incompleta, 11,3% Primaria Completa y 50,3% Secundaria Incompleta. No se puede especificar, con los datos disponibles, cuántas son desertoras.
- Un 31% de las jóvenes tienen estudios secundarios y 30% terminaron secundaria. Otro 39% está por debajo de lo esperado para su edad, de las cuales 15% tienen secundaria incompleta, 12% primaria completa, 11% primaria incompleta y 2% no tienen escolaridad.

6.2.2.1.2 Educación por Edad

- Ya dividiendo por edades al interior de la muestra adolescente, se aprecia que las adolescentes de 15 y 16 tiene, mayoritariamente, estudios secundarios incompletos y que un 23% de las de 15 años y 24% de las de 16 años están con retraso escolar, teniendo primaria completa o menos. Las de 17 mayormente tienen secundaria incompleta o completa, y las de 19 años, secundaria completa y algunas, estudios superiores, con un retraso escolar en 21% de las de 17 años, y 19% de las de 18 años y en las de 19 años, (Cuadro 6,1).

Cuadro 6.1. Nivel Educativo de Adolescentes por Edad (%)

EDAD	15	16	17	18	19	TOT
Sin educación	0,7	0,6	1,2	1,1	1,8	1,0
Primaria Incompleta	9,4	8,8	9.0	9,0	8,1	8,9
Primaria Completa	13,1	14,4	10,6	8,7	9,2	11,3
Secundaria Incompleta	76,2	68,8	46,3	33,3	19,3	50,3
Secundaria Completa	0,4	7,2	30,7	39,6	41,0	22,7
Estudios superiores	0,3	0,1	2,2	8,4	20,6	5,8

N= 5,645

- En contraste, y como es esperable, las mujeres jóvenes, de 20 a 24 años, tienen, mayormente, secundaria (29,8%) o estudios superiores (30,6%). Son menos que en las adolescentes las que tienen Secundaria Incompleta (14,8%) y casi igual las que tienen Primaria Completa (11,8%). Sin embargo, tienen porcentajes ligeramente más altos que las adolescentes en los niveles más bajos (Primaria Incompleta, 10,8; Sin educación, 2%). Tomando en cuenta lo esperado para su edad, ello significa que evidencian un retraso educativo en un 39% de las jóvenes y que, además, sólo un tercio ha accedido a educación superior. Cabe señalar que tanto en adolescentes como en mujeres jóvenes son menores los porcentajes de falta de escolaridad o primaria incompleta, siguiendo un patrón inverso de menor educación a mayor grupo generacional que se aprecia en todos los rangos de edad. Comparando con el resto de grupos de MEF, el grupo de mujeres de 45-49 años es el que peores indicadores registra, teniendo un porcentaje catorce veces más alto que las adolescentes de mujeres sin escolaridad, más que duplicando el porcentaje de mujeres con primaria incompleta; ello se refleja, también, en que la mediana de escolaridad para este grupo es de 5,7 años, mientras que en las adolescentes, todavía en formación, es de 8,7 y en las jóvenes, 10,4 años.

6.2.2.1.3 Educación por Regiones

- ENDES 2000 señala que la Sierra concentra la mayor falta de escolaridad, duplicando el porcentaje de la Selva, más que cuadruplicando el de la Costa sin incluir Lima, y siendo once veces mayor que el porcentaje en Lima, que es menor a 1%. Para las adolescentes se encuentra que, efectivamente, de la totalidad de adolescentes sin escolaridad, más de un 70% son de la Sierra y que más de la mitad de las que tienen Primaria incompleta son, también, de la Sierra. Las adolescentes que están estudiando secundaria son de Lima y las que tienen estudios superiores son, mayoritariamente, de la Costa, casi la mitad de ellas, de Lima (Cuadro 6,2).

Cuadro 6.2. Nivel Educativo de Adolescentes por Región (%)

EDAD	LIMA	RESTO COSTA	SIERRA	SELVA ALTA	SELVA BAJA
Sin educación	0,0	11,9	71,2	11,9	5,1
Primaria Incompleta	10,2	13,7	52,2	6,6	13,3
Primaria Completa	9,7	22,3	50,8	7,0	10,2
Secundaria Incompleta	30,8	27,0	30.1	4,9	7,2
Secundaria Completa	42,5	28,8	22,0	2,4	4,3
Estudios superiores	30,2	34,2	27,1	2,8	5,8

N= 5,645

- Una atingencia a la interpretación de estos resultados, particularmente en lo referente a las MEF y adolescentes de la Selva, es que son proporcionalmente menos casos en la muestra trabajada. La Costa tiene mayor peso en la muestra adolescente, constituyendo más del 60% de adolescentes de las ENDES. Un análisis desde la región permite apreciar mejor la realidad (Cuadro 6,3.a). De todas las adolescentes de la Sierra que participaron en las ENDES, sólo un 2,2% no tiene escolaridad, pero sigue siendo una proporción que duplica a la de la Costa o la Selva. A ello se agrega que cerca de un 16% de las adolescentes, tanto en la Sierra como en la Costa, tienen Primaria incompleta, casi el cuádruple que en la Costa. Asimismo, sólo tienen Primaria completa un 17% o 18% en ambas regiones, mientras que en la Costa esta proporción baja a menos de la mitad de ese porcentaje. Lo esperable, para la edad de las adolescentes, es estar terminando secundaria o empezando estudios superiores; a nivel estudios secundarios incompletos no hay mayores diferencias regionales pero si en secundaria completa o más, esta población es proporcionalmente el doble en la Costa que en la Sierra o Selva.

- Diferenciando más finamente la variable región para el grupo adolescente, tenemos un resultado similar aunque más preciso diferenciando Lima del resto de la Costa, y Selva Alta de Selva Baja (Cuadro 6.3.b.) El análisis correlacional encuentra que hay una asociación significativa al 0,000 entre región y educación.

Cuadro 6.3.a. Región según Nivel Educativo de Adolescentes (%)

REGIÓN	SIN ESC	PRIM INC	PRIM	SEC INC	SEC	SUP
Costa	0,5	4,8	7,7	52,6	27,7	6,7
Sierra	2,2	15,7	17,8	45,3	14,8	4,2
Selva	0,8	16,3	17,1	49,2	12,4	4,1

N= 5,645

Cuadro 6.3.b. Región Detallada, según Nivel Educativo de Adolescentes (%)

REGIÓN	SIN ESC	PRIM INC	PRIM	SEC INC	SEC	SUP
Lima	0,0	3,1	3,8	53,6	33,4	6,0
Resto de Costa	0,5	4,7	9,8	52,3	25,2	7,6
Sierra	2,2	15,1	17,4	45,6	15,1	4,7
Selva Alta	2,6	12,5	17,0	52,8	11,7	3,4
Selva Baja	0,7	16,2	15,7	49,5	13,3	4,6

N= 5,645

- En las jóvenes se encuentra en mismo patrón, con 63% de las jóvenes sin escolaridad siendo de la Sierra lo mismo que 45% de las que tienen primaria incompleta, con las adolescentes de la Costa representando la gran mayoría de las que tienen estudios secundarios completos o estudios superiores. Las jóvenes que tenían estudios superiores son, mayormente, costeñas (un 41% de Lima Metropolitana y 27% del resto de la Costa); 25% son de la Sierra y 7%, de la Selva. Con secundaria completa se tiene un 47% de Lima, 25% del resto de la Costa, 20% de la Sierra y 8% de la Selva. Con secundaria incompleta predominan las de la Costa (54%; 26% de Lima y 28%, resto de la Costa), con 31% en la Sierra y 15% en la Selva (especialmente, Selva Baja). Ya con primaria incompleta sólo se tiene que un 9% son de Lima, 25% del resto de la Costa, 45% de la Sierra y 21%, de la Selva. Las jóvenes con primaria incompleta son, en un 54%, de la Sierra, 26% de la Costa (Lima, 9%), y 20%, de la Selva. También las jóvenes sin escolaridad son, mayormente, de la Sierra (76%), con 15% de la Costa (6% en Lima), y 8% en la Selva.

6.2.2.1.4 Educación y Brechas Urbano-Rurales

- ENDES 2000 releva que, para las MEF, la menor educación se encuentra en el ámbito rural, con un promedio de 5,2 años de escolaridad, contra 10,3 en el urbano. Además, el porcentaje de MEF sin escolaridad es casi trece veces mayor en las zonas rurales y la primaria incompleta es más que cuatro veces mayor. Encontramos que las mujeres sin escolaridad se concentran en un 77,2% en las zonas rurales y 22,8% en las urbanas; que las mujeres en edad fértil que tienen Primaria se encuentran en un 57,6% en zonas rurales y 42,4%, urbanas. Que, por el contrario, las mujeres con educación Secundaria están, en un 81,9% en las urbes y 18,1%, en áreas rurales. Y que aquéllas con estudios superiores están en un 92,5% en zonas urbanas y sólo 7,5%, rurales. Esto puede explicarse, parcialmente, por los sesgos muestrales.
- En nuestro análisis se encuentra una asociación significativa entre educación y urbanismo (n.s.= 0,000), evidenciando que las adolescentes sin escolaridad, con primaria incompleta o con primaria completa son, mayormente, rurales, y que a partir de secundaria incompleta para arriba, son, mayormente, urbanas (Cuadro 6.4.a).

Cuadro 6.4a. Educación según Urbanismo en Adolescentes (%)

	URBANAS	RURALES
Sin escolaridad	16	84
Primaria incompleta	29	71
Primaria completa	36	64
Secundaria Incompleta	74	26
Secundaria completa	89	11
Superior	93	7

- Comparativamente, en las jóvenes, las que no tenían escolaridad provenían, principalmente, de zonas rurales (83%), lo mismo que las que tenían primaria incompleta (72%) o completa (64%). Sólo un 32% de las jóvenes con secundaria incompleta eran rurales; lo mismo, un 13% de las que tenían secundaria y 9% de las que tenían estudios superiores, provenían de ámbitos rurales.
- Se ve, además, que lo que predomina en el grupo adolescente en todas las zonas es la secundaria incompleta, pero que los niveles educativos más altos se restringen a los medios urbanos, sean éstos Lima, otras grandes ciudades o ciudades medianas o pequeñas (Cuadro 6.4b.). Las adolescentes urbanas que no tienen escolaridad se concentran más en ciudades grandes fuera de Lima que en ciudades medianas o pequeñas y que en Lima no se encuentra ningún caso. Llama también la atención que si bien las adolescentes urbanas con secundaria completa son, proporcionalmente, más de Lima que de otras ciudades, son las de ciudades grandes fuera de Lima las que concentran los estudios superiores. La variable urbanismo se asocia con escolaridad con un nivel de significancia del 0,000.

Cuadro 6.4b. Urbanismo y Educación en Adolescentes (%)

	SIN ESC	PRIM INC	PRIM	SEC INC	SEC	SUP
Lima Met.	0,0	3,1	3,8	53,6	33,4	6,0
Ciudades Grandes	0,4	3,7	6,9	51,6	27,4	10,2
Resto Urbano	0,5	5,4	8,3	57,6	22,3	6,0
Rural	2,9	20,7	23,9	42,9	8,4	1,3

6.2.2.1.5 Educación y Nupcialidad

- También cruzamos escolaridad por estado civil en las mujeres en edad fértil y vimos que las mujeres sin escolaridad son, básicamente, casadas (48,4%) o convivientes (32%), con pocas viudas o separadas (cerca de 5%) y ninguna divorciada, mientras que las MEF solteras sólo representaban el 8,7% sin escolaridad. Entre las que tenían estudios primarios la mayoría, también, eran o casadas (37,5%) o convivientes (34,9%), algunas separadas (6,5%) y viudas (2%), ninguna divorciada, y las solteras sólo constituían el 19,1%. Por el contrario, la educación secundaria caracterizaba a las solteras (45,3%) y, menos, a las convivientes (23,9%) y casadas (23,6%), con muy pocas separadas (6,2%) y casi ninguna viuda o divorciada. Finalmente, las MEF con estudios superiores eran, principalmente, mujeres solteras (44,9%) y, menos, casadas (35,1%), con algunas convivientes (11,7%) y separadas (6,8%) y casi ninguna divorciada o viuda.
- En el caso de las adolescentes, no pudo apreciarse un patrón definido, ya que la gran mayoría de las adolescentes (88,7%) eran solteras y las solteras eran siempre las que predominaban ya sea en los grupos sin escolaridad como

en los de secundaria o estudios superiores. Las solteras no llegaban ni a un dos por ciento de la muestra, igual que las separadas y las convivientes, ni a un 10%. Sin embargo, tomando como base el estado civil (Cuadro 6.5) si puede apreciarse que las solteras son las que mayores niveles educativos logran, siendo proporcionalmente más a partir de la secundaria incompleta para arriba. Sólo un 18% de las adolescentes solteras tiene primaria o menos, en contraste con 51% de las adolescentes casadas, 46% de las convivientes y 38% de las separadas. Igualmente, a niveles secundaria completa y superior predominan las solteras. Es pues, clara la relación entre estado civil y educación (n.s.= 0,000).

- También en las jóvenes las de mayor educación son las solteras, con casi la mitad teniendo estudios superiores (47%) y más de un tercio, secundaria completa (32%), mientras que un 68% de las separadas, 62% de las convivientes y 56% de las casadas tienen secundaria incompleta o menos.

Cuadro 6.5. Estado Civil y Nivel Educativo de Adolescentes (%)

EST CIVIL	SIN ESC	PRIM INC	PRIM	SEC INC	SEC	SUP	N
Solteras	0,8	7,3	10,0	52,2	23,3	6,4	5007
Casadas	3,3	16,7	30,0	32,2	15,6	2,2	90
Convivientes	3,2	21,9	21,3	35,3	17,8	0,4	493
Separadas	0,0	27,3	10,9	38,2	23,6	0,0	55
N	58	502	640	2837	1282	326	

N total = 5,645

6.2.2.1.6 Educación y Sexo del Jefe del Hogar

- No se encontró que el nivel educativo de las adolescentes varíe según si el jefe del hogar es hombre o mujer.

6.2.2.1.7 Educación y Etnicidad

- En cuanto a la etnicidad, medido a través del lenguaje que se habla, la muestra mostró el predominio del idioma Española (92%). Mientras que del total de adolescentes sin educación un 65% hablan Español y 36%, Quechua, del total con estudios superiores todas son Hispanohablantes. Los casos de Aymara-hablantes o con otras lenguas son muy escasos, siendo, de por si, un indicador de exclusión. Se encuentra que el porcentaje de adolescentes que habla Español disminuye conforme baja el nivel educativo y que la proporción de Quechua-hablantes es mucho mayor en los niveles de menor educación. El mismo patrón se encuentra en las jóvenes de 20 a 24 años.

6.2.2.1.8 Deserción escolar

- Un 25% de las mujeres en edad fértil habían desertado la escuela; las principales causas de abandono y ver si coinciden con las de las MEF en general, a saber, las razones económicas (necesitar dinero, no poder pagar pensión)[17/] y el matrimonio y embarazo o el cuidado

17/ Aquí hay un problema para categorizar las razones de abandono ya que el ítem"La familia necesitaba ayuda" no precisa si económica u otro tipo de apoyo.

de niños pequeños[18/], particularmente en las zonas urbanas, mientras que en las rurales se suma, además, la ayuda de las familias y el no querer estudiar.

- De las 2049 adolescentes -el 36% de la muestra total- que han abandonado los estudios formales, lo ha hecho un 34% para la escuela y 2%, para estudios superiores. Desagregando la deserción escolar, descontinuaron estudios un 23% de escolares de secundaria, un 24% de primaria ya completa, un 19% de primaria incompleta y 0,3% de las que no tenían escolaridad. Descontinuaron estudios superiores un 1% y no llegaron a este nivel un 32% de las que habían completado secundaria.
- Los departamentos donde mayor descontinuación hubo fueron: Lima (25%), Cajamarca (10%), Piura (8%) y Loreto (8%). Menor descontinuación hubo en Madre de Dios, Moquegua, Ancash, Ica, Tacna, Tumbes y Ucayali, pero a diferentes niveles de escolaridad.
- Las razones han sido:
  - Principalmente, por no tener dinero para pagar la pensión (20% de las deserciones), siendo esto más marcado en el caso de adolescentes de Lima Metropolitana (30% de deserción por no tener para la pensión) y otras ciudades grandes (26%) que del resto urbano (11%) o zonas rurales (13%). Lima Metropolitana (35%) y el resto de la Costa (34%) concentraron a las adolescentes que dieron esta razón de descontinuación, con algunas en la Sierra (22%) pero pocas de la Selva. Esta razón fue más esgrimida por adolescentes alfabetas (92% de las que desertaron por esta razón), y por las que tenían secundaria completa (50%) o primaria completa (22%) más que en otros niveles. Las solteras predominaban en este grupo (84%). Los departamentos donde más se concentró esta razón fueron Lima (29%), Piura (15%) y La Libertad (11%).
  - La segunda razón de deserción fue el embarazo (17% de las deserciones), lo que se dio tanto en adolescentes de Lima Metropolitana (35%) como de zonas rurales (35%), y menos en otras ciudades grandes (20%) o el resto urbano (10%). El urbanismo predijo deserción por embarazo (n.s.= 0,000)[19/]. El grupo estuvo conformado más por adolescentes de Lima Metropolitana (35%) y de la Sierra (30%), que del resto de la Costa (14%), la Selva Baja (16%) o la Selva Alta (5%). La región fue una variable predoctora de deserción por embarazo (n.s.=0,000). El grupo que dio esta razón fue, preponderantemente, de adolescentes alfabetas (92%) pero se dio en menos de un uno por ciento de las que tenían estudios superiores, aunque sí en 26% de las

18/ Este item tampoco aclara si es el cuidado de hermanos menores o de hijos.

19/ Debe tomarse en cuenta que se trató de 76 adolescentes de Lima Metropoltana desertoras por embarazo de un total de 503 adolescentes; de 77 adolescentes rurales de un total de 910; de 44 desertoras de otras grandes ciudades de un total de 449; de 22 adolescentes de ciudades medianas y pequeñas de un total de 187. Es decir, 219 adolescentes desertoras por embarazo, de un total de 2049 desertoras. Así, la deserción por embarazo fue la cuarta razón de mayor frecuencia, después de 747 caso por razones económicas (necesidad de dinero o falta de dinero para la pensión); 250 casos que no quería estudiar más o ya habían logrado lo suficiente; y 228 casos que tenían que ayudar en la chacra o negocios familiares.

que tenían secundaria y, sobre todo, en 49% de las que no completaron secundaria, bajando a 12% tanto en las que tenían primaria incompleta como incompleta y no dándose, evidentemente, en las que no tenían escolaridad. La descontinuación por embarazo se dio significativamente más (n.s. = 0,000) en adolescentes convivientes (53%) y solteras (29%), que separadas (9%) o casadas (8%). Los departamentos con mayor deserción por embarazo fueron: Lima (36%) y, mucho menos, Loreto (9%), Cuzco (5%), Piura (4%) y Ucayali (4%). Donde menos se dio fue en Tacna, Moquegua, Madre de Dios y Amazonas (menos del 1%). Nuevamente, esto no significa que en todos ellos no haya embarazo adolescente, sino que se confunde con zonas de baja escolaridad. El resto de departamentos fluctúa entre estos valores.

- La tercera razón más frecuente fue necesitar dinero (16%), principalmente en adolescentes de Lima Metropolitana (38%) y otras ciudades grandes (31%), más que en ámbitos rurales (23%) o resto urbano (8%). El grupo fue, predominantemente, de Lima Metropolitana (38%) y el resto de la Costa (26%), así como de la Sierra (24%). Aquí se trató, también, de adolescentes alfabetas (91%), principalmente, o con secundaria completa (39%) o incompleta (26%), más que en las que tenían primaria completa (19%) o incompleta (13%) y, obviamente, en aquéllas sin escolaridad (0%). Predominaron las solteras (85%) y se dio más en el departamento de Lima (39%) y, de lejos, Piura (8%).
- La cuarta razón de deserción fue no querer estudiar (12%), más frecuente en el ámbito rural (57%) que en Lima Metropolitana (16%) u otras grandes ciudades (18%) o resto urbano (10%). Este grupo estuvo compuesto más por adolescentes de la Sierra (41%) y del resto de la Costa fuera de Lima (28%), menos, de adolescentes de Lima (16%) y la Selva (15%). Esto se dio, mayoritariamente, en adolescentes alfabetas (82%) pero, también, en algunas semi-alfabetas (8%) y analfabetas (19%). Predominaron las solteras (75%) aunque hubieron algunas convivientes (19%). El departamento donde más se dio este motivo fue Lima (21%), seguido de Cajamarca (13%) y Junín (9%).
- La quinta razón fue que la familia necesitaba que trabaje en la chacra o negocios familiares (11%); aquí la mayoría de casos fueron adolescentes rurales (88%) con aislados casos de Lima (1%), otras ciudades grandes (5%) o resto urbano (5%). Predominaron adolescentes de la Sierra (81%), con algunas de la Selva Alta (9%) y Baja (5%) y menos del resto de regiones. Esta fue la razón de menos peso en las alfabetas (69%), pero si fue, de lejos, la más importante para las semi-alfabetas (15%) y la más importante para las anafabetas (16%), junto con el motivo de enfermedad (15%). Se trató, mayormente, de solteras (74%) y se dio más en Cajamarca (14%), Cuzco (13%) y Puno (13%).
- Otra razón esgrimida, pero con menor frecuencia, fue el haberse casado (4%), particularmente en el caso de las adolescentes con

secundaria incompleta (43% del total de deserciones por este motivo) y completa (26%), dándose menos en las que tenían primaria completa o incompleta (13% y 16%). Fue significativamente mayor (n.s.= 0,000) en adolescentes de la Sierra (39%) y la Costa fuera de Lima (29%), con 13% en la Selva Baja, 10% en la Alta y 8% en Lima. Se dio significativamente más (n.s.= 0,000) en las adolescentes rurales (60%), seguidas de las de ciudades medianas o pequeñas (17%). Se presentó más en convivientes (74%) que en casadas (22%) o separadas (4%) y predominó en Piura (13%), Lima (11%) y La Libertad (11%), así como en Cajamarca (8%) y San Martín (8%).

- También fueron motivos menos frecuentes de deserción o discontinuación, el tener que cuidar niños pequeños (4%), especialmente para adolescentes con primaria incompleta o completa y adolescentes de la Selva Alta; la lejanía de la escuela o falta de ella o de maestros (3%), particularmente para aquéllas con primaria completa (70%), especialmente en la Sierra; una enfermedad (3%), sobre todo en adolescentes con secundaria incompleta y con importante peso relativo también para las analfabetas, más en la Selva Alta; el no haber aprobado examen de ingreso (3%), exclusivamente para adolescentes que terminaron secundaria, en la Selva Alta y Lima; el haber estudiado ya suficiente (2%), sobre todo, para las que completaron estudios superiores (16%) pero, sorprendentemente, para las que terminaron secundaria (62%), e, incluso, las que tenían menos estudios, en la Costa salvo Lima; el no saber por qué desertó (0,2%), en adolescentes con secundaria completa, en Lima, además de otras variadas razones.
- En las jóvenes, un 69% habían descontinuado estudios. Constituían el grupo, en su mayor parte, jóvenes con secundaria completa (34%), que no pudieron continuar estudios superiores, y universitarias que descontinuaron (17%); a ello se suma la deserción escolar, mayormente de jóvenes con primaria, completa o incompleta. La discontinuación se dio más en los departamentos de Lima (30%), Piura (8%) y Ayacucho (6%).
- La principal razón de deserción en jóvenes mujeres fue por necesidad de dinero (23%). Esto se vio, principalmente, en jóvenes de Lima Metropolitana (43% de las que esgrimió esta razón) y el resto de la Costa (24%), así como de la Sierra (23%), menos en la Selva (9%), un poco más en la Selva Baja que en la Alta. La falta de dinero fue una razón de deserción especialmente para jóvenes con secundaria completa (46% de las que esgrimieron esta razón) y casi no tuvo peso en las jóvenes con primaria completa o menos escolaridad. Fue una razón dada, casi exclusivamente, por alfabetas (95%) y por jóvenes urbanas (81%), mayormente, solteras (53%) y convivientes (32%), más que las casadas (10%) o separadas (5%), y en jóvenes del departamento de Lima (45%).
- La segunda razón fue no poder pagar la pensión (19%), especialmente en la Costa (68%), y un poco más en la Sierra que en la Selva. También aquí

fueron las jóvenes con secundaria completa las que más constituyeron este grupo (49%), sin peso en las que no tenían escolaridad o las analfabetas o semi-alfabetas. La deserción por no poder pagar la pensión se dio algo más en jóvenes urbanas (85%) y en las solteras (47%) y convivientes (37%). Esto se vio más en jóvenes de Lima (34%) y Piura (14%).

- La tercera razón fue salir embarazada (14%), lo que se dio en un 35% de casos en jóvenes de Lima y 20% adicional, del resto de la Costa, en un 29% siendo jóvenes de la Sierra y 16%, de la Selva, sobre todo, Selva Baja (12%). Un 39% de las jóvenes que dieron este argumento de deserción tenían secundaria y 28% adicional, secundaria incompleta, con 14% de estudios superiores, siendo, por supuesto, alfabetas. Sólo 11% tenían primaria, 7% primaria incompleta y 0%, sin escolaridad. Se trataba más de jóvenes urbanas (68%) y en convivencia (61%), no difiriendo las solteras de las casadas o separadas. Cabe señalar que los departamentos que más registran descontinuación de estudios por embarazo en las jóvenes son Lima (38,5%), Loreto (7,5%), Junín o La Libertad (6%), Cuzco (5%), Lambayeque (4%), Arequipa (3,5%), Apurímac o Ica (3%) y el que menos lo reporta es Amazonas (0,4%).
- La cuarta razón de deserción fue ya haber estudiado suficiente o haberse graduado (9%), particularmente siendo jóvenes de Lima (30%) o el resto de la Costa (41%), seguida de la Sierra y con muy poca frecuencia en la Selva Alta o Baja. El 86% de las jóvenes que aludieron a este motivo tenían estudios superiores descontinuados. Se trataba de jóvenes urbanas (83%) y solteras (72%), en especial, de Lima (34%) y Piura (14%).
- Otro 8% de casos de deserción se debió a matrimonio, un 38% de ellos siendo de la Costa salvo Lima, 12% de Lima, 36% de la Sierra y 14%, de la Selva, sin diferencias por Selva Alta o Baja. Este grupo se debió, mayormente, a las jóvenes con secundaria completa (31%) o incompleta (30%), con 9% teniendo estudios superiores y sólo 17%, primaria completa, 12%, incompleta y 1%, sin escolaridad; un 95% eran alfabetas. Aquí no se vieron mayores diferencias entre jóvenes urbanas y rurales (55% eran urbanas), aunque, lógicamente, fue una respuesta dada sólo por las algunas vez unidas. Los departamentos donde mayor descontinuación de estudios por matrimonio en jóvenes se dio fue en Piura (15%), Lima (12%), Lambayeque (9%), La Libertad (7%), Cajamarca (6%), San Martín o Junín (5%), Ancash (4%), Amazonas o Cuzco (3%) y donde menos se dio, en un uno por ciento o menos, fue en Moquegua y Tacna, Pasco, Apurímac y Loreto.
- El tener que ayudar a la familia en la chacra o el negocio representó otro 8% de razones de deserción, pero especialmente debida a las jóvenes de la Sierra que constituyeron el 67% de estos casos. Esta respuesta fue dada por las jóvenes con primaria incompleta (44%) o completa (33%) y, menos, por jóvenes con secundaria incompleta (14%) o completa (10%), o estudios superiores (2%), pero no por jóvenes sin escolaridad. Sin embargo, la deserción por ayudar en la chacra o negocios familiares fue la razón que más frecuentemente se dio en

analfabetas y semi-alfabetas, aunque un 68% de las que lo argumentaron eran alfabetas. Esta razón fue más propia de las jóvenes rurales (77%), y más de las convivientes (42%) y solteras (34%) que de las casadas (20%) o solteras (4%). Esto se dio principalmente en Puno (11%), Cajamarca (9%), Cuzco o La Libertad (8%).

- También un 8% dijo haber desertado por no querer estudiar, siendo, principalmente, jóvenes de la Sierra (44%), y de la Costa (24% de la Costa menos Lima y 16% de Lima), teniendo poco peso en la Selva. Fue una respuesta de alfabetas en un 80% pero concentró a jóvenes de menores estudios (22% con secundaria incompleta, 30% con primaria, 29% con primaria incompleta, 1% sin escolaridad) que en aquéllas con secundaria (16%) o estudios superiores (1%). También ésta fue una razón de las jóvenes mayormente rurales (63%), y de las convivientes (38%) y solteras (34%) mucho más que las casadas o separadas. Ello ocurrió, principalmente, en Lima (19%) y Cajamarca (14%).
- Se puede agregar, además, que la deserción por no haber aprobado el examen de ingreso fue limitada a jóvenes que tenían educación secundaria y algunas con estudios superiores que, probablemente, quisieron transferirse, especialmente en Lima (46%) y Huanuco (17%), más en Lima Metropolitana (44%) y la Sierra (28%) y zonas urbanas, en Lima y grandes ciudades (76%), y en jóvenes solteras (72%). El que no haya escuela o quede muy lejos fue una razón dada por un grupo casi exclusivamente conformado por jóvenes con primaria (74%) y algunos con primaria incompleta. Se dio más en Cajamarca y Piura, y más en la Sierra (58%), en zonas rurales (83%), y en jóvenes en convivencia (53%) y solteras (29%).

6.2.2.2 Alfabetismo

6.2.2.2.1 Distribución Muestral

- Un 3,4% de las adolescentes no puede leer siquiera parte de una oración; un 2,4% adicional de adolescentes sólo lee parte de una oración. Lo mismo es cierto para las jóvenes en 5,1% y 3,9%, respectivamente. Va aumentando con los rangos de edad hasta un 15,1% de mujeres de 40-45 años que no lee en absoluto y 6,6% que lee sólo parte de una oración.

6.2.2.2.2 Alfabetismo y Edad

- Encontramos, además, que esto se repite en cada uno de los niveles de edad entre los 15 y 19 años, sin variaciones significativas, oscilando entre un 93,5% y un 95,7% el analfabetismo a los 15, 16, 17, 18 y 19 años.

6.2.2.2.3 Alfabetismo y Nivel Educativo

- Al cruzar nivel educativo con si la mujer puede leer, encontramos que un 92,9% de las mujeres sin escolaridad no pueden leer ni siquiera parte de una oración; 3,8% leer una parte de una oración; 3,3% pueden leer toda una oración. Incluso entre las que tienen Primaria, 13,6% no leen en absoluto; 15,6% leer parte; 70,8% leen una oración. Todas las que tienen Secundaria o más pueden leer una oración.

- Cruzando educación con analfabetismo en las adolescentes, se advierte que de los 58 casos sin educación, ninguna lee una oración completa, ni un dos por ciento llega a leer parte de una oración y el 98% no lee en absoluto. De los casi 500 casos con primaria incompleta, sólo 59% puede leer una oración, un 16% sólo la lee en parte y 25% no lee en absoluto. De las 631 adolescentes con primaria completa, un 91% lee una oración; 8% la lee parcialmente y 2%, no lee. El resto, con secundaria incompleta o más, pueden leer una oración. La correlación estadística entre alfabetismo y educación fue significativa (n.s. = 0,000).
- Desde la entrada del alfabetismo, se advierte que de las adolescentes que no leen en absoluto, la mayoría se encuentra estudiando primaria y algunas no tienen escolaridad. De las que sólo leen una parte de una oración, la mayoría de la muestra ENDES 2000 está estudiando primaria o ya la acabó, aunque haya un 5% estudiando Secundaria que no lo logra aún. Las que leen una oración completa son, mayormente, adolescentes estudiando secundaria y algunas que ya la terminaron o hasta tienen estudios superiores, y sólo un 15% con menos estudios puede hacerlo.
- En el caso de las jóvenes, de las que no leen, 57% tienen primaria incompleta y 39% no tienen escolaridad; incluso 5% -once casos- tienen primaria completa, lo que llama la atención. Las que pueden leer sólo parte de una oración tienen primaria incompleta (65%) o completa (34%), con un uno por ciento sin escolaridad. De las alfabetas, sólo un 0,1% -tres casos- no tienen escolaridad, 6% tienen primaria incompleta; once por ciento, completa, 16%, secundaria incompleta y el resto, mayores estudios.

6.2.2.2.4 Alfabetismo y Etnicidad

- Puede observarse, además, que aunque el limitado número de adolescentes en la muestra ENDES 2000 que hablen quechua o aymara imposibilita algunos análisis, es posible apreciar que un 94% de las alfabetas hablan español, habiendo mayores proporciones de quechua y aymara-hablantes entre las parcial o totalmente analfabetas que entre las alfabetas.

6.2.2.2.5 Alfabetismo y Nupcialidad

- Se aprecia una ligera tendencia de mayor alfabetismo en las adolescentes solteras que en todos los otros grupos por estado civil, y las adolescentes en convivencia, separadas y casadas son las de mayor analfabetismo total (7, 7 y 10%, respectivamente), en contraste con las solteras (2,6%). Llama la atención que, además, alrededor de un 7% de las separadas y convivientes no sean capaces de leer una oración completa.
- En las jóvenes también se encuentra que predomina el alfabetismo en las solteras (96%), mientras que las casadas y las convivientes tienden más a leer parcialmente o no leer una oración (85%). En las separadas, son pocos casos, pero un 92% son alfabetas.

6.2.2.2.6 Alfabetismo y Regiones

- En cuanto a diferencias regionales, el analfabetismo adolescente es mucho mayor en la Sierra y Selva, alrededor de 6%, que en la Costa (1,7%) y no pueden leer una oración completa

entre el 4 y el 5% de las adolescentes de esas dos regiones en contraste con sólo 1,1% en la Costa.

- Desde la entrada de las regiones, casi el 53% de las adolescentes que no pueden leer en la muestra de ENDES 2000 son de la Sierra; poco más de un tercio son de la Costa y casi 15%, de a Selva. Un patrón similar se aprecia en las adolescentes que leen sólo parte de una oración, 55% siendo de la Sierra, 29% de la Costa y 16%, de la Selva.
- En las jóvenes más de la mitad de las analfabetas y de las que lee parcialmente son de la Sierra y el 70% de las alfabetas son de la Costa. La Selva tiene muy pocos casos.

6.2.2.2.7 Alfabetismo y Brechas Urbano-Rurales

- En lo que concierne a las brechas urbano-rurales, se encuentra mayor analfabetismo en las adolescentes rurales ya que constituyen el 78% de este grupo, siendo sólo 16% las urbanas y 6% no declarando tipo de vivienda. También la mayoría de semi-alfabetas son rurales (64%) con menos casos urbanos (32%). En cambio, la mayor parte de las alfabetas son urbanas (70%) con menos casos rurales (27%).
- Desde la entrada del "urbanismo", el 98% de las adolescentes urbanas eran alfabetas, lo que se daba sólo en el 86% de las adolescentes rurales. Incluso diferenciando aún más, el 99% de Lima eran alfabetas, al igual que el 98% del resto de la Costa, y 96% del resto urbano. La asociación entre alfabetismo y urbanismo fue significativa al 0,000.
- En las jóvenes, el 78% de las analfabetas y el 73% de las semi-alfabetas son rurales y el 76% de las alfabetas son urbanas, especialmente de Lima (35%) y ciudades grandes (31%) y, poco, del resto urbano (19%).

6.2.2.2.8 Alfabetismo y Sexo del Jefe del Hogar

- No se encuentra que el que el jefe del hogar sea el padre o la madre se relacione con que la adolescente sea o no analfabeta. En las jóvenes si se ve que un 20% de las que son alfabetas tienen una jefa del hogar, lo mismo que 14% de las analfabetas, lo que se da sólo en un 9% de las semi-alfabetas.

6.2.3 Acceso a Medios de Información

Aunque esta variable no fue inicialmente contemplada para la investigación, pareció importante incluirla a nivel descriptivo, ya que es relevante para cuando se planeen intervenciones de sensibilización e información sobre salud sexual y reproductiva.

6.2.3.1 Acceso a Medios: Distribución Muestral

- Encontramos que muy pocas adolescentes y jóvenes leen diariamente un periódico o revista (14% las adolescentes y 27% las jóvenes); pero la mayoría escucha radio todos los días (70% y 67%, respectivamente) y ve televisión al menos una vez a la semana (alrededor de 62% en ambos grupos), lo que tiene implicancias para las campañas informativas, educativas y comunicacionales en salud sexual y reproductiva. En adolescentes no hay diferencias por edad en leer periódicos o revistas o en oír radio, o ver televisión. En jóvenes no hay diferencias por edad en el acceso a

periódico y revistas o en ver televisión. En cuanto a oír radio, las jóvenes de 22 años son las que más escuchan radio, sólo 2,5% nunca lo hace, y son las que lo escuchan con más frecuencia, diaria (67%); las jóvenes de 24 años son las que menos acceso tienen a radio, pero sólo un 5% nunca lo escucha.

6.2.3.2 Acceso a Medios, Brechas Urbano-Rurales y por Departamentos

- Esto se da más en zonas urbanas, donde 69,9% de las MEF escucha radio diariamente, en contraste con 54,6% de las rurales; 77,9% de las urbanas ve televisión semanalmente en comparación con 29,2% de las rurales; 34,3% de las MEF de zonas urbanas lee periódicos o revistas semanalmente contra sólo 6,8% de las rurales.
- En el caso de las adolescentes, un 19% no lee periódicos o revistas. En las jóvenes, un 15% no lee periódicos o revistas, 58% lo hace menos de una vez a la semana, 11% lo hace semanalmente y 17%, diariamente. Hay diferencias entre urbanas y rurales, ya que las adolescentes rurales no leen en un 32%, pero 59% lo leen aunque sea menos de una vez a la semana, pocas más; en cambio, sólo un 6% de las adolescentes urbanas no leen periódico y 63% lo hacen menos de una vez a la semana, 30% lo hacen más frecuentemente. Diferenciando Lima de otras grandes ciudades y del resto urbano se ve que en Lima Metropolitana hay ligeramente más acceso al periódico en las adolescentes, con 20% leyéndolo diariamente, 17% semanalmente, 59% menos que una vez a la semana y 4%, nunca. Sólo un 6% de las adolescentes de otras grandes ciudades no lee el periódico, 65% lo hace menos de una vez a la semana, 12% semanalmente y 16%, diariamente.
- En las jóvenes, sólo un 22% en Lima u otras ciudades grandes, 14% en el resto urbano y 5% en la zona rural, lee periódico o revistas diariamente. Incluso un 4% en Lima y grandes ciudades, 12% en el resto urbano y 39% en zonas rurales nunca lee el periódico. Lo más frecuente es leerlo menos de una vez a la semana.
- El radio es escuchado diariamente por un 74% de las adolescentes urbanas y 61% de las rurales, el resto tendiendo a oírlo menos de una vez a la semana y muy poco con otra frecuencia o a no oírlo en absoluto (1% de las rurales y 5% de las urbanas). Un 4% de las jóvenes no escucha radio, 29% lo hace menos de una vez a la semana, 2%, semanalmente, y 64%, diariamente. Diferenciando Lima de otras grandes ciudades y el resto urbano, un 73% de las adolescentes en Lima oye radio diariamente, 3%, semanalmente; 23% menos que eso y 0,7%, nunca. En las otras ciudades las cifras son similares; 74%, 3%, 21% y 1%. En el resto urbano, también: 75%, 0,9%, 23% y 1%.
- En jóvenes, un 65% en Lima y 71% tanto en otras grandes ciudades como en el resto urbano, escucha radio diariamente, lo que sólo llega al 55% en zonas rurales. Le sigue, en frecuencia, oír radio menos de una vez a la semana, especialmente en jóvenes rurales (36%). Incluso un 6% de rurales, y 2,5% en las zonas urbanas, incluida Lima, no escucha radio nunca.
- En cuanto a la televisión, mientras un 74% de las adolescentes urbanas la ven diariamente y 2% no la ve nunca, sólo

un 31% de las rurales ve televisión diario, 38% la ve menos de una vez a la semana y 29%, nunca. Un 11% de las jóvenes no ve televisión, 25% lo hace menos de una vez a la semana, 2% lo hace semanalmente y 61%, diariamente. Diferenciando Lima de otras ciudades, las adolescentes de Lima Metropolitana ven televisión diariamente en un 77% de casos, 3% ve semanalmente, 19% menos que eso, y 0,7%, nunca. En otras grandes ciudades hay ligeros cambios: 71%, 2%, 23% y 3%, bastante similar al resto urbano: 73%, 2%, 22%, y 3%.

- En jóvenes, un 74% en Lima, 73% en otras grandes ciudades y 70% en el resto urbano, ve televisión diariamente, cosa que sólo hace un 30% de las jóvenes rurales, las cuales en un 35% ven menos de una vez a la semana y 34%, nunca ven televisión, comparadas a 3% el grandes ciudades y resto urbano y 1% en Lima.
- Se aprecian importantes diferencias por departamento. En adolescentes, un 46% en Cajamarca, 31% en Huancavelica, 30% en Cuzco, 29% en Puno o en Apurímac y 27% en Amazonas nunca lee periódicos o revistas, en comparación con sólo 3% en Arequipa, Ica o San Martín, 4% en Lima u 8% en Junín o Piura. En jóvenes, un 51% en Cajamarca, 40% en Amazonas o en Huancavelica y 38% en Puno, nunca lee periódicos o revistas. En contraste, esto sólo sucede en un 3,5% de jóvenes en Lima, 4% en Ica, 5% en Lambayeque o en Junín y 9% en Arequipa.
- Igualmente, en lo que respecta a escuchar radio, las brechas no son tan marcadas pero existen, con 8% de adolescentes en Apurímac o Madre de Dios que nunca accedan este medio, lo mismo que 7% en Huancavelica o Loreto y 6% en Huanuco o Ancash, mientras que éste es el caso de menos del uno por ciento en Arequipa, Ica, Junín o San Martín, del 1% en Lima, del 2% en Amazonas, Cajamarca, Cuzco, Tacna, Tumbes o Ucayali y del 3% en La Libertad. En jóvenes, un 11% en Huancavelica, 10% en Madre de Dios, 9% en Ayacucho, y 7% en Piura, Apurímac o Huancavelica nunca escuchan este medio, en comparación con 1% en Lambayeque, 2% en Tacna, San Martín o Junín, 2,8% en Lima, 6% en La Libertad o Huancayo.
- El ver televisión es algo que nunca hacen el 34% de adolescentes en Huanuco o Puno y 28% en Cajamarca, en comparación con ninguna adolescente en Tumbes, un 1% en Ica, 1,6% en Lima, 4% en San Martín y 5% en Arequipa, Lambayeque o Tacna. Un 41% de jóvenes en Puno, 35% en Ayacucho y Huancavelica, 28% en Cajamarca, 26% en Cuzco y 25% en Ancash, nunca ven televisión, en contraste con 0% en Tumbes, 1,8% en Lima, 2% en Ica y Lambayeque, 3% en Arequipa y 4% en Moquegua y Tacna.

6.2.3.3 Acceso a Medios y Regiones

- En Sierra y Selva alrededor de 28% de las MEF no accesan a ninguno de estos medios periódicamente, contra 11,7% en la Costa, salvo Lima, y 6% en Lima Metropolitana. También se aprecia que en MEF sin educación un 57,5% no tienen este acceso lo mismo que 32,3% de mujeres sólo con Primaria.
- La mayoría de adolescentes de la Costa y Selva (68%) y buena parte de la Sierra (58%) y Lima Metropolitana (59%), leen el periódico o revistas menos de una vez a la semana. Lo hacen diario

más en Lima (20%) y resto de la Costa (16%), que en la Selva Baja (11%), Sierra (8%) o Selva Alta (4%). No lo hacen nunca un 27% de la Sierra, 24% de la Selva Alta, 13% de la Selva Baja, 6% de la Costa y 4% de Lima. La gran mayoría de adolescentes de Lima (73%), la Costa (72%), Selva Alta (72%), y Sierra (69%) escuchan radio diariamente, con sólo una ligera mayoría en el caso de la Selva Baja (55%). No escuchan radio en absoluto muy pocos casos, especialmente en Lima (0,7%), siendo las que menos escuchan algunas adolescentes de la Selva Baja (4%). Tienen acceso diario a la televisión el 77% de adolescentes de Lima y 73% de la Costa, pero sólo el 49% en Selva Baja, 47% en Selva Alta y 42% en la Sierra. No ven nunca televisión menos de uno por ciento en Lima, un 4% en la Costa, 10% en la Selva Baja, 17% en la Selva Alta y 23% en la Sierra.

- En jóvenes, entre un 64 y 67% de las jóvenes de Lima, resto de la Costa, Sierra y Selva Alta escucha radio diariamente, aunque esto se da sólo en un 55% de las jóvenes de Selva Baja donde 36% sólo escucha radio menos de una vez a la semana. Cabe señalar que un 3% en la Costa no escucha radio, siendo 5% en la Sierra y 4% en la Selva. La televisión es vista diariamente por un 73% de Lima y el resto de la Costa, mientras que esto lo hace un 49% de las de la Selva Alta, 45% de la Selva Baja y 43% de la Sierra. En la Selva Alta y Baja entre un tercio y 40% ve televisión menos de una vez a la semana e, incluso, un 13% en la Selva Baja y 17% en la Alta nunca ve televisión. El periódico o revistas son mucho menos accesadas, con un 31% de jóvenes en la Sierra, 26% en la Selva Alta, 16% en Selva Baja, 3% en Lima y 7% en el resto de la Costa, que nunca los leen. El resto, mayormente lo leen menos de una vez a la semana (57% en Lima, 64% en el resto de la Costa, 50% en la Sierra, 64% en la Selva Alta o Baja).

6.2.3.4 Acceso a Medios, Educación y Alfabetismo

- Las brechas en el acceso a medios, sobre todo, periódicos o revistas y televisión, son muy grandes dependiendo del nivel educativo alcanzado y del alfabetismo. Así un 97% de las adolescentes sin escolaridad no accedan a medios masivos impresos, comparadas a 56% de las que tienen primaria incompleta, 24% con primaria, 8% con secundaria incompleta, 3% con secundaria y 2% con estudios superiores. De las que si acceden, mayormente lo hacen menos de una vez a la semana, aunque hay mayores porcentajes que leen periódicos semanalmente en el caso de las que tienen secundaria incompleta (10%), completa (17%) o superior (19%), y es en estos niveles mayores que se dan más los casos que leen diariamente (7% primaria, 14% secundaria incompleta, 17% completa, 27%, estudios superiores).
- También en cuanto a ver televisión, son menos las de mayor educación las que no acceden a este medio, un 1% de las que tiene estudios superiores, 2% con secundaria, 6% con secundaria incompleta, contra 24% en las que tienen primaria, 39% en las que no la completaron y 56% en las que no fueron a la escuela. De las que si acceden a la televisión, entre 34 y 37% de las de menores estudios la ven menos de una vez a la semana, en

comparación con entre 22 y 24% de las que tienen secundaria incompleta o más. Ven televisión diariamente un 74% de las que tiene estudios superiores, 72% de las que tienen secundaria, 67% las que no completaron, contra 38% en las que tienen primaria, 23% en quienes no la completaron y 10% de las que no tienen escolaridad.

- Son más las adolescentes sin escolaridad o con menos educación las que no tienen acceso a radio (17% de las que no fueron al colegio, 7% de las que no terminaron primaria, 4% de las que acabaron, 2% de las que tienen secundaria incompleta, 0,8% de las que terminaron secundaria y 0,9% de las que hicieron estudios superiores).
- Ninguna adolescente analfabeta accesa a periódicos o revistas, lo mismo que un 47% de las semi-alfabetas y sólo 10% de las que saben leer. Del resto, la mayoría lee periódicos menos de una vez a la semana, y las pocas que lo hacen más frecuentemente son las alfabetas (25%) contra 6% de las semi-alfabetas y ninguna analfabeta.
- El no acceso a la televisión también es mayor en las menos letradas (48% de las analfabetas y 36% de las semi-alfabetas, contra 8% de las que leen). Cerca de un 36% de las menos letradas y 26% de las alfabetas ve televisión menos de una vez a la semana. Pocos casos ven semanalmente (2% de las analfabetas y alfabetas y 0,8% de las semi-alfabetas), pero un 64% de las que leen ven televisión diario, contra 29% de las semi-alfabetas y 13% de las analfabetas.
- En las jóvenes, las analfabetas, por supuesto, no leen; las semi-alfabetas no leen periódicos o revistas en un 43% de casos y 51% lo hace menos de una vez a la semana; sólo un 9% de las alfabetas no lee medios, 62% haciéndolo menos de una vez a la semana y sólo 18%, diariamente. Un 67% de las alfabetas escucha radio diariamente, 28% lo hace menos de una vez a la semana y 3% no escucha radio. En las semi-alfabetas, escuchan radio diariamente un 46%, 40% lo hace menos de una vez a la semana y 9%, nunca. Las analfabetas escuchan radio diario en un 34% de casos, 41% lo hacen menos de una vez a la semana y 18%, nunca. La mitad de las jóvenes analfabetas nunca ve televisión, lo mismo que 41% de las semi-alfabetas, contra 8% de las alfabetas. Un 34% de las analfabetas y 37% de las semi-alfabetas y 24% de las alfabetas ve televisión menos de una vez a la semana. Muy pocas (3% o menos) ven televisión varias veces a la semana. Lo más frecuente es ver diariamente, en las alfabetas (65%), lo que sólo se da en un 21% de las semi-alfabetas y 15% de las analfabetas.

6.2.3.5 Acceso a Medios y Nupcialidad

- Se advierten diferencias a nivel estado civil en el acceso a medios. Las adolescentes solteras y las separadas leen más el periódico o revistas que las unidas, ya que mientras un 35% de las casadas y 29% de las convivientes nunca lee estos medios, esto sólo sucede en 14% de las solteras y 18% de las separadas; además, las solteras leen más frecuentemente, un 14% diariamente y 11%, semanalmente, mucho mas que las alguna vez unidas. Las jóvenes solteras leen más el periódico o revistas que las separadas, ya que 93% de aquéllas leen comparadas a 86% de las

separadas y, sobre todo, leen más que las casadas (73%) y convivientes (75%). Además, un 22% de las solteras ve diariamente televisión, el doble que las alguna vez unidas.

- Hay ciertas diferencias entre adolescentes en su acceso al radio dependiendo de su estado civil, ya que 2% de las solteras y 3% de las casadas nunca escuchan radio, comparadas a 5% de las convivientes y 7% de las separadas. Donde más se aprecian diferencias es en que las solteras escuchan radio diariamente en un 72% de casos, lo que se da en entre 53% y 61% de las alguna vez unidas, las que tienden más a oír con una frecuencia de menos de una vez a la semana. Aunque las jóvenes no difieren por estado civil en la proporción total que escucha radio, las jóvenes solteras y separadas son las que más escuchan radio diariamente -70% y 64%, respectivamente- en comparación con las convivientes y casadas (58% y 55%).
- Únicamente un 9% de las adolescentes solteras nunca ve televisión, lo que es el caso de 18% de las separadas, 19% de las convivientes y 26% de las casadas. Mientras un 63% de las adolescentes ve televisión de manera cotidiana, sólo lo hacen un 42% de las casadas, 44% de las convivientes y 51% de las separadas. Las jóvenes no unidas ven más la televisión que las no unidas. Un 6% de las solteras y 9% de las separadas nunca accesa este medio, en comparación con alrededor de 18% de las unidas. También las no unidas ve más televisión de manera diaria (65% y 62%), que las casadas y convivientes (54% y 56%).

6.2.4. Trabajo y Ocupaciones

6.2.4.1. Trabajo

6.2.4.1.1. Distribución Muestral

- Limitando el análisis al último año, un 56% de las adolescentes no trabaja ni trabajó, 11% trabajó pero ya no lo hace y 33% está trabajando. Por departamentos, se aprecia mayor trabajo de las adolescentes en Lambayeque (30%) y Lima (27%), bajando sensiblemente en Piura (8%), Cuzco (7%), Cajamarca (6%), Puno (5%), Ancash y Arequipa (4%), Lambayeque (3%) y a menos aún en el resto.
- Un 35% de las jóvenes no trabajó este último año ni está trabajando, 13% trabajó pero ha descontinuado y 51% está trabajando. Esto se da más en Lima (36%), Piura (6%), Puno (6%), Cuzco (5%), Junín (6%) y La Libertad (6%).

6.2.4.1.2 Trabajo y Edad

- El porcentaje de adolescentes que trabaja aumenta con la edad. Así, no trabajan un 67% de las de 15 años; 61% de las de 16 años; 54% las de 17 años; 48% las de 18 años y 45% las de 19 años. Del 44,3% de adolescentes que sí trabajan, un 11,5% trabajó en el último año y 32,8% está trabajando actualmente. En cuanto al 11% que trabajó en el último año, este porcentaje varía entre 11 y 13% al interior de los grupos de edad entre 16 y 19 años, con una tendencia inestable a aumentar con los años, pero en las adolescentes de 15 años sólo un 9% ha trabajado percibiendo un ingreso. Del 33% que está trabajando actualmente, la variación va de 24% en las de 15 años y 27% en las de 16, a 32% en las de 17 años, 40% en las de 18 y 42% en las de 19, aumentado consistentemente con la edad.

- En jóvenes, no trabaja un 40% de las de 21 años pero es algo menor el porcentaje en las demás edades (35% de las de 20 y 22 años, 33% de las de 23 años y 32% de las de 24 años). Han trabajado en el último año un 14% de las de 20 y 21 años, 16% de las de 22 años y 12% de las de 23 y 24 años. Están trabajando algo más las mayores, 56% de las de 24 años, 55% de las de 23 años, 49% de las de 21 años y 46% de las de 22 años, pero 51% de las de 20 años trabajan.

6.2.4.1.3. Trabajo y Educación

- Al cruzar trabajo con educación, puede verse a menor nivel educativo logrado se tiende más a trabajar en el agro, lo que caracteriza a las mujeres sin educación (68,3% de ellas se dedica a esta ocupación) o con primaria (51,1%; el resto dedicándose, sobre todo, a ventas y servicios y un poco a trabajo doméstico), similar al patrón de las mujeres con 5 hijos o más. Así, un 58% de las adolescentes sin escolaridad y alrededor de un 52% de las que están estudiando o ya terminaron primaria, están trabajando. En cambio, sólo trabajan un 25% de las que estudian secundaria, 35% de las que la terminaron y 22% de las que tienen estudios superiores. En cuanto al trabajo en el último año, se encuentra que, efectivamente, se encuentran trabajando entre 50 y 60% de las adolescentes de los menores niveles educativos, a diferencia de entre 22 y 35% de las adolescentes que están en secundaria o alcanzan un nivel mayor.
- En lo que se refiere a las jóvenes, han trabajado en el último año o están trabajando algo más las jóvenes de mayores niveles educativos, salvo por las que tienen estudios superiores que, al igual que las jóvenes sin escolaridad, han trabajado en alrededor del 62% de casos, en contraste con las que tienen secundaria incompleta o completa, donde el trabajo fue en alrededor del 68%. Más en detalle, las jóvenes sin escolaridad trabajan actualmente en un 51% y han trabajado un 11% adicional; las que tienen estudios superiores están trabajando en un 47% de casos y lo ha hecho un 14% adicional. Las que tienen primaria incompleta o completa están trabajando en alrededor de 56% y han trabajado alrededor del 10%. Las jóvenes con secundaria incompleta está trabajando un 55% y ha trabajado otro 14%; en las que culminaron secundaria está trabajando la mitad y lo ha hecho un 17%.
- Cruzando trabajo con analfabetismo, se observa que las adolescentes que no leen o, en especial, las que sólo leen parte de una oración, tienden más a estar trabajando que a no hacerlo (53,5% y 67,7%). Lo inverso sucede en las que son alfabetas, muy pocas trabajando en la actualidad (31%).
- En jóvenes, las semi-alfabetas son las que más tienen a trabajar, un 61% está trabajando, 9% más trabajó en el último año y sólo 29% no trabajó. Las analfabetas trabajan en un 57% y trabajaron en un 10% y no trabajaron un 33%. Las alfabetas están trabajando la mitad de ellas, trabajó u 14% y no trabajó el 36%.

6.2.4.1.4 Trabajo y Región

- Un 41% de las adolescentes de la Costa, 39% de la Selva y 64% de la Sierra trabajan o trabajaron el año anterior. No hay mayores diferencias por región en qué proporción, por

región, trabajó el año anterior (entre 11 y 13%). Sin embargo, si hay diferencias en el trabajo actual, con 44% de las adolescentes de la Sierra y 40% de las de la Selva Alta que están trabajando actualmente, en comparación con 29% en Lima, 23% en el resto de la Costa, y 23% en la Selva Baja.

- En jóvenes, no se ven mayores diferencias por región en cuanto al trabajo actual pero si se aprecia que más adolescentes de la Selva no han trabajado ni trabaja. Así, las jóvenes de la Sierra están trabajando en un 58% de casos y trabajaron 10% más, quedando un 32% que no trabajó. En la Costa, trabaja un 50%, ha trabajado 15% y no trabajó un 35%. En la Selva, está trabajando el 51%, ha trabajado el 12% y no ha trabajado un 43%.

6.2.4.1.5 Trabajo y Brechas Urbano-Rurales

- En MEF, en general, es claro que la mujer rural se dedica más al agro (61,5%) que la urbana (3,9%).
- Un 45% de las adolescentes rurales trabajan en la actualidad (al momento de ENDES 2000), en comparación con 29% de las adolescentes de Lima Metropolitana trabajan, 27% de las de otras ciudades grandes y 24% del resto urbano. En el caso de las jóvenes, un 50% de las urbanas y 45% de las rurales trabaja en la actualidad.

6.2.4.1.6 Trabajo y Etnicidad

- Más proporción de adolescentes que hablan aymara y quechua trabajan en la actualidad -86% y 69%, respectivamente- que de las que hablan español (30%), y otras lenguas (25%).
- En el caso de las jóvenes, se ven importantes brechas, ya que las que hablan quechua y aymara son las que más trabajan o trabajaron (96% y 81%, respectivamente), contra 63% en las que hablan español y otras lenguas. Más en detalle, un 93% de las que hablan otras lenguas, trabajan y 3% ha trabajado; 74% de las que hablan aymara están trabajando y 7% ha trabajado. En cambio, 57% de las que hablan otras lenguas trabajan y 7% adicional ha trabajado; 49% de las que hablan español está trabajando y 14% ha trabajado.

6.2.4.1.7 Trabajo y Nupcialidad

- El estado civil no se relaciona significativamente (al 0,000 de n.s.) con nupcialidad. Sin embargo, se aprecia que del 56% de adolescentes que no trabaja ni ha trabajado en el último año, se observan diferencias entre solteras y convivientes (ambas con un 56% que no ha trabajado) respecto de las casadas, donde es mayor la proporción que no trabajan (64%) y de las separadas, donde es mucho menor el caso de las que no trabajan (34%). De las que han trabajado en el último año pero no actualmente, un 11,5% de las adolescentes, se aprecia que las que menos lo han hecho son las casadas (3%), seguidas de las solteras (11%) y convivientes (13%), en contraste con 25% de las separadas. De las que están trabajando en la actualidad, un 33% de las adolescentes, es menor el caso de las solteras, casadas y convivientes (32%) que de las separadas (40%).
- En el caso de las jóvenes, las que más trabajan o han trabajado son las separadas (79%) y las solteras (70%), en comparación con las unidas (58%

de las casadas y 56% de las convivientes). Esto se desagrega en que 62% de las solteras está trabajando y 16% ha trabajado; 56% de las solteras está trabajando y 14%, trabajó; 47% de las casadas está trabajando y 11% lo hizo; y 43% de las convivientes está trabajando y 13%, trabajó.

6.2.4.2 Ocupaciones

6.2.4.2.1 Distribución Muestral

- En cuanto a las ocupaciones, de las 5644 adolescentes que respondieron, un 44% trabaja o trabajó en el último año, generalmente en auto o hetero-empleo agropecuario en tierras de la familia, propias o de otros (12,8%), en ventas (12%) y en trabajos en el hogar y oficios domésticos (no se diferenció en la medición) (11%), sin diferencias notorias por edad. Un tres por ciento está en trabajos manuales calificados; dos por ciento son técnicas, empleadas y profesionales; dos por ciento son oficinistas; otro tanto, está en servicios; menos de un uno por ciento se encuentra en trabajos manuales no calificados.
- En el caso de las jóvenes, un 65% trabaja, especialmente en ventas (18%) y el agro (13%), así como en oficios domésticos (10%), como profesional, técnica o administradora (9%), o como secretaria (7%), con algunas pocas en trabajos manuales calificados (4%), en servicios (2%) o en trabajos manuales no calificados (0,3%).

6.2.4.2.2 Ocupación y Educación

- Explorando la relación entre ocupación y nivel educativo en cada grupo de edad adolescente, aparecen interesantes patrones. Por ejemplo, en las adolescentes sin escolaridad o con primaria completa o incompleta hay más adolescentes que trabajan, mayormente, en el sector agro-pecuario. Así, en las adolescentes sin escolaridad que trabajan, un 50% está en el sector agropecuario; 10% en ocupaciones domésticas en el hogar y 2%, en ventas. En las adolescentes con primaria incompleta un 37% está en ocupaciones en el agro, 15% en ocupaciones domésticas; 4% en ventas y un porcentaje igual en ocupaciones manuales calificadas, y menos de 1% en cada una del resto de posibles ocupaciones. En las adolescentes con primaria completa que trabajan, un 32% está en el agro, 18% en roles domésticos, 4% en trabajos manuales calificados, y uno por ciento en servicios. En las adolescentes con secundaria incompleta que trabajan, 11% está en ventas, 10% en trabajo doméstico, 9% en el agro, 3% en trabajos manuales calificados, 2% en servicios. Las que completaron secundaria que trabajan, en un 18% están en ventas, 10% en trabajos domésticos, 4% son secretarias, otro tanto está en trabajos manuales calificados y, lo mismo, en trabajos técnicos o profesionales, y 3% está en el agro o, igual, en servicios, con 1% en trabajos manuales no calificados. Las adolescentes con estudios superiores que trabajan en un 13% están en el agro, 12% en ventas, 11% en trabajos domésticos, 3% en trabajos manuales calificados, dos por ciento son oficinistas, otro tanto son técnicas o profesionales.
- En el caso de las jóvenes, las que no tienen escolaridad no trabajan en un 40% y el resto se encuentra, mayoritariamente, en el agro (52%). Un 36% de las que tienen primaria

incompleta no trabaja y 42% está en el agro. Otro 36% de las que culminaron primaria no trabaja y 34% está en el agro y 13%, en trabajos domésticos. Un 32% de las que tienen secundaria incompleta no trabajan y 22% está en ventas, 18% en trabajos domésticos y 15%, en el agro. El 33% de las que tienen secundaria no trabajan y 27% está en ventas, con 10% en oficios domésticos y otro tanto, en servicios. El 39% de las jóvenes con estudios superiores no trabaja y 23% está en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas, 14% está en ventas, 12%, en servicios.

6.2.4.2.3 Ocupación y Alfabetismo

- Se aprecia que las adolescentes alfabetas trabajan principalmente en el agro, oficios domésticos en el hogar y ventas (33% entre los tres por igual), mientras que las que leen parcialmente o no leen están concentradas en el trabajo en tierras (42 y 46%, respectivamente).
- En el caso de las jóvenes, el 33% de las analfabetas no trabajan y 52% está en el agro, el resto, en oficios domésticos. El 29% de las semi-alfabetas no trabaja y 46% está en el agro, el resto, en oficios domésticos. El 36% de las alfabetas no trabaja y 19% está en ventas, un 10% en trabajos profesionales, técnicos o administrativos, otro tanto, en oficios domésticos, otro 10% se encuentra trabajando en el agro y 7%, en trabajos de oficina o secretariales.

6.2.4.2.4 Ocupación y Regiones

- Diferenciando por región, las adolescentes de la Costa trabajan, principalmente en ventas (13%) y en ocupaciones domésticas (12%), con 6% en el agro; sólo hay un 2% en ocupaciones técnicas o profesionales. Las adolescentes de la Sierra trabajan, principalmente, en el agro (9%), con un 10% en ventas y otro tanto, en trabajo doméstico. Las adolescentes de la Selva tienen ocupaciones domésticas (13%), en el agro (12%) o en ventas (9%).
- En el caso de las jóvenes, un 35% de las jóvenes de la Costa no trabaja y 19% está en ventas, con un 12% en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas y otro tanto, en oficios domésticos y 9%, en ocupaciones de oficina. El 32% de las jóvenes de la Sierra no trabaja y 30% está en el agro, con 16% adicional, en ventas. Un 43% de las jóvenes de la Selva no trabaja, 21% está en el agro y 15%, en ventas.

6.2.4.2.5. Ocupación y Nupcialidad

- Relacionando estado civil con ocupación, se advierte que de las adolescentes solteras que trabajan, un 36% se concentra en trabajos domésticos, de ventas o en el agro. De las casadas que trabajan, casi la mitad (22%) está en el agro. Lo mismo, de las convivientes que trabajan, 24% están concentradas en el agro y 11%, en ventas. En cambio, de las separadas que trabajan, 22% se encuentra en el sector ventas, 14% en trabajos domésticos y 9%, en servicios.
- En el caso de las jóvenes, un 30% de las solteras no trabaja, un 19% está en ventas, 14% está en trabajos profesionales, técnicos o administrativos, 12% en trabajos de oficina, y otro tanto, en oficios domésticos. Un 42% de las jóvenes casadas no trabaja, y 25% lo hace en el agro, y 15%, en ventas. El 44% de

las convivientes no trabaja, 20% está en el agro, 16%, en ventas y 7%, en oficios domésticos. Un 21% de las jóvenes separadas no trabaja, 22% está en ventas, 20% en oficios domésticos, y 14%, en el agro.

6.2.4.2.6 Ocupación y Brechas Urbano-Rurales

- Un 56% de las adolescentes de Lima Metropolitana no trabaja y 15% lo hace en servicios mientras otro tanto lo hace en el agro, con sólo 4% en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas. En otras grandes ciudades un 61% de las adolescentes no trabaja y 16% está en el agro, con 13%, en servicios, sólo 2% en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas. En el resto urbano, 65% de las adolescentes no trabajan y 12% está en el agro, 10% en servicios y únicamente un 0,6% está en ocupaciones técnicas, profesionales o administrativas. En localidades rurales un 47% de las adolescentes no trabaja y 38% están en el agro, 6% en servicios y sólo 0,6% está en ocupaciones profesionales.
- En el caso de las jóvenes, 28% de las que viven en Lima Metropolitana no trabajan, 20% haciéndolo en el agro y 15% están en oficios domésticos, pero 16% están en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas y 12%, en empleos de oficina. En otras grandes ciudades un 39% de las jóvenes no trabajan, 25% está en ventas y 10% en ocupaciones profesionales, con otro tanto en oficios domésticos. En el resto urbano no trabaja un 43% de las jóvenes y 18% está en ventas y 14%, en oficios domésticos, con sólo 7% en ocupaciones profesionales. En localidades rurales un 37% de las jóvenes no trabaja y 43% está en el agro y 8%, en ventas; sólo 2% está en ocupaciones profesionales.

6.2.5 Toma de decisiones en el Hogar

Esta variable se incorpora al análisis en la medida en que permite acercarse a la autodeterminación y capacidad de negociación de protección en situaciones de diferencias de poder, como es el hogar. Los hallazgos son los siguientes:

- Sobre la administración de recursos, preferimos no dar mucha confianza a datos cuantitativos sobre toma de decisiones en el hogar, ya que estudios representativos triangulando técnicas cuantitativas y cualitativas muestran la poca validez de respuestas como el acuerdo en la pareja o quién de los dos decide finalmente[20/].
- Sin embargo, podemos resaltar que las adolescentes representan el grupo que menos poder de decisión tienen en el hogar (38,4%), las jóvenes teniendo un 12%, de 4 a 12 veces menos que los otros grupos. Además, las adolescentes son el grupo con un sensiblemente menor porcentaje de poder de decisión en el hogar en relación al cuidado de su salud (44,3%) comparadas a 72,6% en las jóvenes y porcentajes mayores del 80% en el resto.

6.2.6 Nupcialidad

6.2.6.1. Distribución Muestral

- En cuanto a nupcialidad, se aprecia que 88,7% de las adolescentes encuestadas son solteras, pero un 8,7% conviven, 1,6% está casadas, 1% está

16/ Raguz y Gárate, op cit.

separada y no hay viudas. Evidentemente, a mayor edad, mayor número de casadas, convivientes y separadas, y menor número de solteras.

- Por su parte, las jóvenes son solteras en un 52,9% de los casos pero 30,3% conviven 11,2% están casadas, 5,3% son separadas, no hay divorciadas y 0,2% es viuda.

6.2.6.2 Nupcialidad y Regiones

- En las MEF en general, hay más solteras entre las mujeres urbanas y más casadas y convivientes entre las rurales. En Lima Metropolitana hay mucho mayor porcentaje de solteras (42,3%); en el resto de la Costa hay ligeramente más solteras que casadas (37,9 y 32,7%); en la Sierra hay más casadas, seguidas de solteras (34,5 y 31,5%); en la Selva predominan las convivientes (38,6%).
- Un cruce entre región y estado civil comprueba lo anteriormente dicho, pues de todas las adolescentes de la Costa un 92% son solteras, 6% conviven; 1% están casadas y otro tanto, separadas. De las adolescentes de la Sierra, un 86% son solteras; 12% conviven; 2% están casadas y 0,6%, separadas. De las de la Selva, 75% son solteras, 19% están conviviendo, 3% están casadas y otro tanto, separadas.
- Un análisis más detallado de la variable región (Cuadro 6.5b.) muestra que en todas las regiones las adolescentes solteras predominan, pero en la Costa hay mucho menos adolescentes en convivencia que en la Sierra y, sobre todo, que en la selva, particularmente en la Selva Baja, donde llegan a ser el 21%. La asociación entre nupcialidad (o unión) y región detallada alcanza un nivel de significancia del 0,000.

Cuadro 6.5b. Región Detallada, según Nupcialidad de Adolescentes (%)

REGIÓN	SOLTERAS	CONVIVIENTES	CASADAS	SEPARADAS
Lima	93,8	5,0	0,4	0,9
Resto de Costa	91,1	6,3	1,6	1,0
Sierra	86,5	10,4	2,3	0,7
Selva Alta	81,9	14,7	2,6	0,8
Selva Baja	74,4	20,5	2,4	2,7

N= 5,645

- Desde la entrada de nupcialidad, las solteras de la muestra eran, mayormente, de Lima Metropolitana (30%) y el resto de la Costa (27%) o de la Sierra (32%), con pocos casos de la Selva. Las convivientes eran de la Sierra (40%), de la Costa sin Lima (19%) o de Lima (16%) y de la Selva Baja (17%). Las casadas eran de la Sierra (48%) y, menos, de la Costa fuera de Lima (27%), con menos casos en la Selva Baja (11%), Alta (8%) o en Lima (7%). Las separadas venían de todas las regiones menos de la Selva Alta, donde eran poco casos. Un análisis de correlaciones mostró que unión y región estaban significativamente asociadas (n.s.= 0,000).
- En el caso de las jóvenes, las de la Costa son, mayormente, solteras (60%), una cuarta parte son convivientes, sólo 9% son casadas y 6%, separadas. Las jóvenes de la Sierra son, principalmente, solteras (42%) o

convivientes (37%), con sólo 17% de casadas y 4% de separadas. Las jóvenes de la Selva son, en un 47% de casos, convivientes, y un tercio son solteras, con sólo 15% de casadas y 7% de separadas.

6.2.6.3 Nupcialidad y Sexo del Jefe del Hogar

- En las adolescentes solteras, lo mismo que en las casadas y convivientes, predominan mayoritariamente hogares con un jefe de hogar hombre, mientras que en las separadas este predominio es menos marcado, habiendo un 38% de ellas en hogares dirigidos por mujeres, quizás ellas mismas, en algunos casos.
- En el caso de las jóvenes, el jefe de hogar es hombre en la gran mayoría de jóvenes casadas, probablemente refiriéndose a la pareja; en las convivientes es, también, el hombre (87%). En las solteras se trata de un jefe de hogar masculino, aunque hay un 24% que es mujer. En las separadas sólo en un 62% es hombre, lo que significa que aquí hay más hogares dirigidos por mujeres, en muchos casos, probablemente, las jóvenes mismas.

6.2.6.4 Nupcialidad y Esposo Viviendo en el Hogar

- No hay diferencias entre regiones en las adolescentes en lo que se refiere a si los esposos viven en el hogar, variando entre 94 y 96%.
- En cuanto a las 583 adolescentes en unión consensual o matrimonio, el 94,7% manifiesta que el esposo o concubino vive con ellas. Es el caso de las 29 adolescentes de 15 años, de un 97,5% de las 81 adolescentes de 16 años, de un 96,4% de las 110 adolescentes de 17 años, de un 91,7% de las 169 adolescentes de 18 años y de un 94,3% de las 194 adolescentes de 19 años que están en unión. No hay mayores diferencias entre uniones consensuales y uniones matrimoniales; todas las casadas tienen al marido viviendo en el hogar en comparación con 93,9% de las convivientes. Comparando los diferentes niveles educativos de las adolescentes en cada uno de sus grupos de edad, no se observan diferencias entre ellas en lo que concierne a esposo en el hogar. Tampoco hay diferencias a nivel analfabetismo.
- En el caso de las jóvenes, no se ven diferencias regionales en cuanto a si el esposo vive en el hogar, lo que se da en un 94% de jóvenes tanto en la Costa como en la Sierra y 97% en la Selva.

6.2.6.5 Nupcialidad y Etnicidad

- Sobre la etnicidad, se asoció significativamente con unión (n.s.= 0,000), ya que aunque en todos los grupos predominaba hablar el Español, había más solteras que hablaban Español que en los demás grupos de nupcialidad. Así, mientras que 93% de las solteras hablaban Español, con 6% hablando Quechua y pocas, otras lenguas, esto bajaba a 83% de casadas que hablaban Español y 17%, Quechua; 85% de las convivientes hablaba Español y 14%, Quechua, además de algunos casos de Aymara y otras lenguas nativas, y en las separadas un 82% hablaba Español y 18%, Quechua.
- En el caso de las jóvenes, también siendo mayormente español el lenguaje, no se podían establecer relaciones con nupcialidad, pero se

aprecia que las que hablaban esta lengua eran, en más de la mitad de los casos (55%), solteras; un tercio eran convivientes y pocas, casadas (10%) o separadas. En cambio, las quechua-hablantes eran, mayormente, convivientes (45%), el resto siendo ya sea casadas o solteras, con pocos casos de separadas. En las jóvenes que hablan aymara, un 39% eran convivientes, poco más de un tercio (32%) eran casadas y una cuarta parte, solteras, con pocas separadas. Las pocas jóvenes que hablaban otras lenguas eran, en su gran mayoría (79%), convivientes y el resto, casadas, con pocas solteras (7%) y ninguna separada.

6.2.6.6 Nupcialidad y Brechas Urbano-Rurales

- En adolescentes sólo el 28% de las solteras y el 32% de las separadas eran rurales, en comparación con un 52% en las convivientes y 70% en las casadas. La asociación entre variables era significativa al 0,000. Diferenciando más, se observa que las solteras urbanas son de Lima y otras ciudades grandes a partes iguales (30%), pero no de ciudades pequeñas (12%). Las convivientes urbanas son más de ciudades grandes fuera de Lima (20%) que de Lima (16%) y se dan menos en ciudades pequeñas (11%). Las separadas urbanas provienen, por igual, de Lima y otras ciudades grandes (26%, cada una) pero menos, de ciudades pequeñas (17%).
- Desde la entrada de "urbanismo", en Lima Metropolitana el 94% eran solteras, lo que bajaba a 92% en las grandes ciudades fuera de Lima, 89% en las ciudades medianas y pequeñas y a 80% en zonas rurales. Justamente, en las zonas rurales un 15% de las adolescentes estaban en convivencia, 4% eran casadas y 1%, separadas. Estas cifras bajaban a 8% de convivencia en ciudades pequeñas, 6% en ciudades grandes fuera de Lima y 5% en Lima. Igualmente, las adolescentes casadas eran menos en las ciudades pequeñas (1,5%) y en ciudades grandes fuera de Lima (0,8%), bajando a 0,4% en Lima. Finalmente, en las separadas no se veían mayores diferencias, bordeando el 1% en todos los casos. Aquí también, evidentemente, la asociación entre variables alcanzaba el 0,000 de significancia.
- En jóvenes, sólo el 17% de las solteras eran rurales, lo mismo que el 22% de las separadas, subiendo a 41% en las convivientes y 44% en las casadas.

6.2.6.7 Nupcialidad, Educación y Alfabetismo

- En las adolescentes, un 4% eran analfabetas, constituyendo sólo el 3% de las solteras, subiendo a 7% en las separadas y casadas y a 10% en las convivientes. Eran semi-alfabetas el 7% de las separadas, 6% de las convivientes, 3% de las casadas y 2% de las solteras. Así, eran alfabetas más las solteras (95%) y casadas (90%) que las separadas (86%) y que las convivientes (84%). La asociación entre unión o nupcialidad y alfabetismo fue significativa (n.s.= 0,000).
- En las jóvenes, del 5% de analfabetas, la mayor parte eran las casadas (9%) y convivientes (8%), con menos frecuencia de separadas (4%) y solteras (3%). Lo mismo se aprecia para las semi-alfabetas (7% de convivientes, 6% de casadas, 4% de separadas y 2% de solteras). De esta manera, un

96% de las solteras y 92% de las separadas eran alfabetas, en comparación con 85% tanto de las convivientes como las casadas.

- En cuanto al nivel educativo, un 52% de las solteras tiene secundaria incompleta; 23% la ha completado y 6% tiene estudios superiores. Las separadas son el siguiente grupo, por estado civil, que tiene mayor educación, ya que aunque un 38% no ha completado secundaria, otro 24% si lo ha hecho, aunque ninguna tiene estudios superiores. Entre casadas y convivientes el patrón es parecido, con 35% de las convivientes con secundaria incompleta y 35% en las casadas; con 18% de las convivientes con secundaria completa y 16% en las casadas, pero éstas últimas tienen un 2% de adolescentes con estudios superiores. Además se aprecia un menor nivel educativo en las convivientes también porque un 22% tiene primaria incompleta y 21%, completa, mientras que las casadas tienen un 30% de primaria completa y 17% de incompleta. A ello se agrega el 3% en ambos grupos, de adolescentes sin escolaridad, que en las separadas baja a 1% y en las solteras, a 0,8%. Nupcialidad y educación correlacionaron significativamente (n.s.= 0,000).
- Desde la entrada de educación, el 99% de las adolescentes con estudios superiores era soltera, bajando a 91% en las que tenían secundaria completa, 92% en las que no acabaron secundaria, 78% en las que sólo completaron primaria, 72% a las que tienen primaria incompleta y 67% en las que no tienen escolaridad. En las casadas y convivientes el patrón es a la inversa, disminuyendo el número a mayores niveles educativos. Así, sólo 0,6% de las que tienen estudios superiores son casadas y, otro tanto, son convivientes. En patrón es muy marcado en las convivientes, más aún que en las casadas, pues un 21% de las que tienen primaria incompleta son convivientes (contra 3% de casadas) y un 28% de las que no tienen escolaridad son convivientes (contra 5% casadas).
- En las jóvenes lo mismo, del 2% que es analfabeta esto se da sólo en un 1% de las solteras y separadas, subiendo a 3% en las convivientes y 4% las casadas. Un 30% tiene secundaria completa, especialmente las solteras (32%), con el resto teniendo entre 25 y 28% de jóvenes con secundaria. Otro 31% tiene estudios superiores, pero ello se debe, básicamente, a las jóvenes solteras (47%) y menos, a las casadas (41%), separadas (43%) y convivientes (38%).

6.2.7 Sexualidad

6.2.7.1 Actividad Sexual y Nupcialidad

- De las 5645 adolescentes, 4388 -el 78%- no tienen experiencia sexual, especialmente las menores, 93% de las de 15 años, 87% de las de 16 años, 78% de las de 17 años, 64% de las de 18 años y 62% de las de 19 años. Un 8% no son están unidas ni tienen actividad sexual actualmente, es decir, 438 adolescentes, particularmente las mayores, 12% de las de 19 años, 14% de las de 17 años, 7% de las de 16 años, 4% de las de 16 años y 3% de las de 15 años. Un 4% son sexualmente activas y no están unidas, siendo 237 adolescentes, usualmente las mayores: 6% de 19 años, 7% de 18 años, 5% de 16 años, 2% de 16

años y 2% de 15 años. Un 10,3% están actualmente en unión, en particular, convivencia, siendo 582 adolescentes, mayormente las mayores: 20% de las de 19 años, 15% de las de 18 años, 10% de las de 17 años, 6% de las de 16 años y 2% de las de 15 años.

- Comparando con las jóvenes de 20 a 24 años, en éstas hay mucho mayor frecuencia de actividad sexual ya que un 65,8% era sexualmente activa.

6.2.7.2 Compañero Sexual

6.2.7.2.1 Compañero Sexual, Última Pareja Sexual y Nupcialidad

- ENDES 2000 muestra que la mayoría de adolescentes no unidas no tiene compañero sexual (94,4%), un 1,5% si lo tiene, y 3% tiene pareja ocasional. En las alguna vez unidas el porcentaje es menor de 1%. Se encuentra que todas las adolescentes casadas y casi todas las convivientes tuvieron como pareja sexual a su esposo o conviviente; un 62% de las separadas tuvo su última relación sexual con su esposo o conviviente y 29%, con un novio o enamorado, con algunas teniendo otra pareja diferente. Un 93% de las solteras tuvo su última relación con un novio o enamorado.
- Según ENDES, las jóvenes no unidas no tienen compañero (78,9%), salvo algunas (6,3%) y otras que tienen compañero ocasional (5,3%). De las unidas, 93,3% tiene compañero regular.
- En las adolescentes, la nupcialidad predijo última pareja sexual (n.s. = 0,000), con las casadas teniendo al esposo, las convivientes en un 99,6% de casos, al conviviente; las separadas, en un 62% de casos, al ex esposo y 24%, a un enamorado; y las solteras, a un enamorado o novio (93%).

6.2.7.2.2 Última Pareja Sexual y Edad

- La edad no predijo última pareja sexual, pero la última pareja sexual de las adolescentes ha sido, en un 58% de casos, el esposo o conviviente, esto para un 64% de las adolescentes de 19 años, 60% de las de 16 años, 55% de las de 17 años, 52% de las de 18 años, y 41% de las de 15 años con actividad sexual. Otro 34% ha tenido, como última pareja sexual, a un novio (40%), en un 54% de las de 15 años, 46% de las de 18 años, 42% de las de 17 años, 36% de las de 16 años y 33% de las de 19 años. Algunas pocas han tenido relaciones con una amistad, un conocido casual, un enamorado, un pariente u otra persona.
- En el caso de las jóvenes, un 75% de las jóvenes afirman que su última pareja sexual ha sido su marido o conviviente; 16% señala al enamorado, 6% al novio, 0,4% indica que fue un amigo y 0,2%, un conocido casual, con 3% dando otras figuras. Se aprecia que en todos los grupos de edad éste es el patrón que prevalece, pero en las de 23 y 24 años se tiende algo más a haber tenido como pareja al esposo y algo menos que en el resto, a un enamorado; en las de 20, 21 y 22 años, sigue siendo más frecuente el esposo o conviviente pero aumenta la frecuencia de novios.

6.2.7.2.3 Última Pareja Sexual, Educación y Trabajo

- La educación no tuvo valor predictivo, pero la mayoría de adolescentes sin escolaridad ha tenido su última relación sexual con su esposo o conviviente (73%) o con un enamorado o novio. También las adolescentes con primaria incompleta tuvieron como última pareja a su esposo o conviviente (71%)

o un novio o enamorado (25%), aunque 4% tuvo otras parejas. Lo mismo, las adolescentes con primaria tuvieron sexo con su esposo o conviviente (66%) o un novio o enamorado (32%), pocas con otras figuras. Un 52% de las adolescentes con secundaria incompleta tuvieron como última pareja a su esposo o conviviente y 43%, al novio. La mitad de las adolescentes con secundaria lo hicieron con el esposo o conviviente y 48%, con un novio. En cambio, las adolescentes con estudios superiores tuvieron como última pareja sexual a un novio o enamorado (92%), con sólo 8% teniendo esposo o conviviente como pareja sexual.

- En el caso de las jóvenes, en las que tienen secundaria incompleta o menor educación, la gran mayoría (entre 82% y 94%), ha tenido su última relación sexual con el esposo o conviviente; entre 4% y 9% de estas jóvenes tuvieron como pareja a un enamorado; las que tienen secundaria incompleta o completa tienden más a relaciones con un novio (4,5%), que las de menor escolaridad (1%); muy pocas tuvieron como última pareja a un amigo o conocido casual; por igual tuvieron otro tipo de pareja. En cambio, las jóvenes con secundaria tuvieron, en un 70%, como última pareja al esposo o conviviente y para un 21% fue un enamorado, no difiriendo respeto de otras parejas de las de menor nivel educativo. Por su parte, las jóvenes con estudios superiores mostró un patrón muy distinto a todas, pues sólo 47% tuvo como pareja al esposo o enamorado y un alto 34% tuvo de pareja a un enamorado y 15%, un novio, no difiriendo en las otras parejas.
- El trabajo no tuvo valor predictivo.

6.2.7.2.4 Última Pareja Sexual y Alfabetismo

- Aunque sin valor predictivo del alfabetismo, las adolescentes analfabetas tuvieron su última relación sexual en un 73% con su esposo o conviviente y en 23%, con un novio o enamorado. Las que leen parcialmente lo hicieron con sus esposos o convivientes en un 68% de casos y con un novio en un 26%. Las alfabetas en un 54% tuvieron sexo con el esposo o conviviente y un 43% lo tuvo con un novio o enamorado.
- En el caso de las jóvenes, las analfabetas y semi-alfabetas tienden a haber tenido como última pareja sexual a un esposo o conviviente (93%) y, pocas, a un enamorado (5%), con menor frecuencia de 1% en las demás posibles parejas. En cambio, las alfabetas, si bien una mayoría (77%) tuvo como pareja al esposo o conviviente, sube a 17% las que tuvieron un enamorado y 6%, las que tuvieron un novio como última pareja sexual e, incluso, 3% tuvo otro tipo de pareja fuera de conocido casual o amigo.

6.2.7.2.5 Última Pareja Sexual, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- El urbanismo tuvo valor predictivo respecto de la última pareja sexual (n.s.=0,000). Las adolescentes rurales tendieron más a tener su última relación sexual con el esposo o conviviente (70%) o con un amigo al que quieren (22%), algunas lo hicieron con un novio (7%) y muy pocas, con un pariente (2%) o amigo cualquiera (1%) y ninguna con un conocido casual. Por otro lado, las adolescentes urbanas tendieron, casi por igual, ha haber tenido como última pareja

sexual a un esposo/conviviente (46%) o enamorado (43%), sólo 6% lo hizo con un enamorado, pocas con un conocido o pariente (0,2%, en cada caso) y ninguna con un amigo. En ciudades grandes se ve que el patrón es similar a Lima (42% con esposo/ conviviente; 46% con enamorado; 9% con novio; 0,4% con conocido).

- En las jóvenes, las de zonas rurales tienden mucho más a haber tenido como última pareja al esposo o conviviente (90%), pocas, a un enamorado (6%) o novio (2%) y, menos, a otra figura. En cambio, en las jóvenes urbanas, si bien es más frecuente como pareja un esposo o enamorado, aumenta la frecuencia de novios (62% en Lima, 68% en otras ciudades grandes y 76% en el resto urbano) y, sobre todo, de enamorados (25% en Lima, 19% en otras grandes ciudades y 4% en el resto urbano), con algunos casos de otras figuras (4%).
- La etnicidad no tuvo valor predictivo respecto de la última pareja sexual.

6.2.7.2.6 Última Pareja Sexual y Regiones

- Diferenciando por regiones, que tiende a tener un valor predictivo (n.s = 0,05), en Lima se vio que un 45% de las adolescentes tuvo como última pareja sexual a su esposo/conviviente y, otro tanto, a un amigo a quien se quiere, 5% lo hizo con su novio. En el resto de la Costa, fuera de Lima, sube a 57% el porcentaje de adolescentes que tuvo como último compañero a su esposo/conviviente, un 31% lo hizo con un enamorado y 10%, con un novio, con sólo 0,5% teniendo sexo con un pariente. En la Sierra prevalece el esposo/conviviente (64%), con una parte teniendo relaciones con un enamorado (27%), 7% con un novio y sólo 0,8%, con un amigo. En la Selva Alta la última pareja sexual fue el esposo/conviviente para un 58% de las adolescentes, y un amigo enamorado para un 33% o, mucho menos, un novio (5%) o amigo (3%). En la Selva Baja un 54% tuvo sexo últimamente con el esposo/ conviviente, 30% lo hizo con un enamorado, sólo 4% con un novio y apenas un 0,5% con un amigo.
- En jóvenes, es en la Selva Alta (85%) y la Sierra (82%) donde más se tiende a haber tenido la última relación con el esposo o conviviente, con cerca de 11% de casos habiendo sido enamorados (10% en Sierra y 11% en Selva Alta), siendo menos frecuente un novio (5% en la Sierra y 2% en la Selva Alta), y aún menos frecuente, otra pareja. En la Selva Baja un 74% tuvo como pareja al esposo o conviviente, 20% fueron enamorados, 2% novios, 3%, otras figuras (fuera de amigos o conocidos casuales, los cuales no llegaron al uno por ciento). En Lima Metropolitana, un 62% solamente tuvo como pareja sexual al esposo o conviviente, 25% fue con un enamorado, 8% con un novio, 1% con un amigo, menos de eso, con un conocido, y 4%, con otra figura. En el resto de la Costa aumenta más que en Lima la frecuencia de parejas esposos o convivientes (78%) y disminuyen los enamorados (13%) y novios (6%), con aislados casos teniendo un amigo o conocido casual y 3%, otras figuras.

6.2.7.3 Edad de Primera Unión

6.2.7.3.1 Edad de Primera Unión por Departamentos

- Teniendo en consideración tanto el número de uniones adolescentes como las uniones tempranas se han identificado los departamentos con indicadores más saltantes. Los que mayor número detentan, de las 634 uniones adolescentes existentes (al margen de la población del departamento), son: Lima (107), Loreto (63), Cajamarca (58), Piura (43), Cuzco (33), La Libertad (31), Lambayeque (29), Puno (29), San Martín (26), Huanuco (25), Ancash (22), los demás teniendo 16 o menos uniones. En estos 11 departamentos, de los 23 existentes, se concentra el 73,5% de las uniones adolescentes.
- En muchos de ellos coincide la mayor proporción de uniones tempranas. Liderados por San Martín (38%), seguido de Loreto (35%) y Cajamarca (33%). Faltaría, en esta lista, Amazonas, que aunque sólo tiene 14 uniones adolescentes, son, en un 36%, uniones tempranas. Sigue Huanuco (28%), bajando a 17% en Lambayeque, 13% en La Libertad, 13,1% en Lima, 12% en Cuzco, 10% en Puno, 9% en Ancash y 0% en Piura. No hay otros departamentos con uniones antes de los 15 años. En el caso de Piura, llama la atención que es el departamento que tiene alto número de uniones adolescentes, pero concentradas entre los 15 y 17 años y, sobre todo, teniendo los más altos porcentajes de unión adolescente entre los 18 y 19 años (27%), seguida de Ancash con 23% y ya bajando a 21% en Cuzco, 20% en Huancavelica y 17% o menos en el resto. En el caso de Lima, que tiene el mayor número de uniones adolescentes, se puede agregar que hay 13% de uniones tempranas, 69% de uniones entre 15 y 17 años y 18% de uniones entre los 18 y 19 años.
- En el caso de las jóvenes, las uniones tempranas, antes de los 15 años, se dan particularmente en Ucayali (19%) y San Martín (18%), seguidas de Amazonas (13%), Cajamarca (13%), Loreto (13%), Madre de Dios (12,5%). Huanuco (12%), La Libertad (11%) y Cerro de Pasco (10%).

6.2.7.3.2 Edad de Primera Unión y Edad Actual

- ENDES 2000 afirma que la edad de primera unión para las adolescentes fue los 15 años para el 2,1%. En las jóvenes, 33,6% se unió a los 20 años; 18,7% a los 18 años y 3,4% a los 15 años. Comparando con los otros grupos etáreos se aprecia que en las adolescentes y jóvenes es menor el unirse tempranamente; por ejemplo, en mujeres de 45-49 años, 4,2% se unió a los 15 años y 24,6% a los 18 años.
- En el análisis por edades dentro del grupo adolescente, observamos que 641 adolescentes reportaron haberse unido alguna vez y la edad primera de unión fue entre los 15 y 17 años para un 65% de casos. Pero un 17% de las adolescentes alguna vez unidas lo hizo antes de los 15 años. Sólo 18% se unió después de los 17 años (Cuadro 6,6). De todas las uniones, un 18,6% ocurrió antes de los 15 años. Estos 119 casos constituyen el 2% de la totalidad de adolescentes. Las uniones tempranas en las adolescentes alguna vez unidas se dieron, principalmente, en las adolescentes de 15 años, quienes en un 75% de los casos se unión antes de tener 15 años, ya que las de 16 años y 17 años, por ejemplo, se unieron antes de los 15 sólo en un 24% de casos.

- En las jóvenes, 2230 se habían unido alguna vez, es decir, un 47%. De ellas, 164 lo hicieron entre los 10 y 14 años por primera vez, es decir, el 7,3% de las uniones (y el 3% de la totalidad de jóvenes). Otras 724 jóvenes se unieron por primera vez entre los 15 y 17 años, lo que representa el 32,5% de las uniones (y el 15% de la totalidad de jóvenes). Entre los 18 y 19 se unieron 602 jóvenes, el 31,5% de las uniones (y el 13% de la totalidad de jóvenes). El resto fue a edades mayores, siendo el 28,7% de las primeras uniones.

Cuadro 6.6. Edad de Primera Unión Adolescente (%)

EDAD	15	16	17	18	19	%	TOT
11	9,4	3,5	0,0	0,3	0,0	1,1	7
12	0,0	0,0	2,5	0,5	0,5	0,8	5
13	9,4	5,9	5,8	2,7	3,7	4,4	28
14	56,3	15,3	15,8	5,9	8,3	12,3	79
15	25,0	43,5	19,2	13,3	8,3	17,3	111
16	0,0	31,8	37,5	28,7	19,0	26,1	167
17	0,0	0,0	19,2	36,2	22,2	21,7	139
18	0,0	0,0	0,0	12,2	24,1	13,9	75
19	0,0	0,0	0,0	0,0	13,9	4,7	30
N	32	85	120	188	216	100,0	641

6.2.7.3.3 Edad de Primera Unión, Educación y Alfabetismo

- Asociando edad de primera unión con nivel educativo en base a los datos de 635 adolescentes en unión, encontramos una relación significativa (n.s.= 0,000). A mayor nivel educativo, especialmente a partir de primaria incompleta, se tiende a una unión más tardía. En las adolescentes con primaria incompleta la unión se da, mayormente, entre los 14 y 16 años. Las que tienen primaria se unen entre los 15 y 16. Aquéllas con secundaria incompleta lo hacen entre los 15 y 17. Adolescentes con secundaria se unen entre los 16 y 18 años. Las que tienen estudios superiores tienden a unirse entre los 17 y 19. Sin embargo, las adolescentes sin escolaridad se unen entre los 16 y 18 (Cuadro 6,7).
- Sin embargo, las escasas uniones a los 11 ó 12 años ocurren, únicamente, en las adolescentes sin educación o con primaria incompleta; las contadas uniones que se dieron a los 14 años prácticamente no se dan en adolescentes con secundaria completa y no existen casos en las que tienen educación superior, siendo las que tienen primaria incompleta las que más presentan unión a esta edad. La unión a los 15 años caracteriza más a las adolescentes con primaria incompleta o completa y secundaria incompleta, con escasos casos a mayor nivel, ninguno con educación superior. La unión a los 16 años se da en todos los niveles educativos, menos en adolescentes con estudios superiores,

y predominan las adolescentes con secundaria incompleta, donde podríamos esperar deserción escolar por embarazo. La unión a los 18 o 19 años ocurre con más frecuencia en adolescentes con secundaria completa y estudios superiores, evidenciando un inicio más tardío.

- En otras palabras, la mayor unión temprana se da en las adolescentes con primaria incompleta (35%), con primaria (23%) y sin escolaridad (23%), en contraste con las de secundaria incompleta (12%), completa (2%) o con estudios superiores (0%).
- En cuanto a las jóvenes, las que no tenían escolaridad fueron las que más se unieron tempranamente (25%), seguidas de las que tenían primaria incompleta (14%) y completa (10%) y, al igual que las adolescentes, siendo menor en las de mayores niveles educativos: secundaria incompleta (7%), completa (2%) y superior (2%). Entre los 15 y 17 años se unieron, también, porcentajes mucho más altos de jóvenes sin escolaridad (31%), con primaria incompleta (48%) o completa (40%) o con secundaria incompleta (40%), en comparación con las jóvenes con más educación, ya sea secundaria completa (22%) o estudios superiores (10%). Entre los 18 y 19 años se unieron, sobre todo, las de más educación, más las que tenían secundaria incompleta (37%) o completa (36%), salvo las de educación superior (26%), las que se unieron en un porcentaje parecido a las que no tenían escolaridad (25%) o sólo tenían primaria incompleta (23%). Ya entre los 20 y 24 años se unieron más las que tenían educación superior (64%) o secundaria (40%), bajando en los otros niveles a 10% en las de secundaria incompleta, 19% en primaria completa, y 18% en las que no tenían escolaridad. Es claro que, como en las adolescentes, a mayor educación, menor unión temprana.
- Asociando analfabetismo con edad de primera unión, se aprecia que las adolescentes que no leen ni siquiera parcialmente una oración tienden a unirse a los 16 años y las alfabetas, entre los 16 y 17. Además, se observa que un 36% de las que no pueden leer una oración y un 25% de las que no leen en absoluto, tienden a unirse antes de los 15 años, en comparación con un 16% de alfabetas.
- Las jóvenes analfabetas y parcialmente analfabetas tuvieron más uniones tempranas (16% y 13%) que las

Cuadro 6.7. Educación y Edad de Primera Unión Adolescente (%)

EDUC	11	12	13	14	15	16	17	18	19	N
Sin educación	5,6	0,0	5,6	11,4	0,0	27,8	16,7	22,2	11,1	18
Primaria inc.	3,6	2,9	8,0	20,3	20,3	23,2	10,9	8,7	2,2	138
Primaria	0,0	0,0	8,0	15,3	20,4	26,3	16,8	8,0	5,1	137
Secundaria inc.	0,0	0,0	2,2	11,2	22,8	31,3	22,8	7,6	2,2	224
Secundaria	0,0	0,0	0,0	1,7	2,6	20,0	39,1	26,1	10,4	115
Superior	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	3
%	0,9	0,6	4,4	12,3	17,3	26,1	21,7	11,8	4,7	
N	6	4	28	78	110	166	138	75	30	635

alfabetas (6%), y también más uniones entre los 15 y 17 años (43% ambas contra 32%). Entre los 18 y 19 años se unieron tanto las parcialmente analfabetas como las alfabetas (31% y 32%), algo más que las analfabetas (26%). Ya la unión a partir de los 20 años es más frecuente en las alfabetas (29%) que en las menor literacidad (15 y 13%).

6.2.7.3.4 Edad de Primera Unión y Nupcialidad

- Asociando estado civil con edad de primera unión en base a los datos de 637 adolescentes unidas, encontramos que buena parte de las adolescentes casadas tendieron a unirse un año antes que las adolescentes que conviven o están separadas, es decir, a los 15 años (Cuadro 6,8). Sin embargo, también cabe notar que alrededor de un 34% de las adolescentes convivientes y separadas tuvo uniones tempranas, antes de los 15 años, en contraste con un 15% de las casadas.
- En las jóvenes, también las convivientes y separadas tendieron, ligeramente, a más uniones tempranas (7% contra 5%). Entre los 15 y 17 se unieron un 42% de las convivientes, más que el 35% de las casadas y 33% de las separadas. Entre los 18 y 19 años se unieron, también, más jóvenes separadas (33%) y convivientes (31%) que casadas (28%). El resto, se unió a los 20 años o más.

Cuadro 6.8. Estado Civil y Edad de Primera Unión Adolescente (%)

EST CIVIL	11	12	13	14	15	16	17	18	19	N
Casada	1,1	0,0	5,5	8,8	26,4	26,4	18,7	8,8	4,4	91
Conviviente	1,0	0,8	3,5	13,0	16,5	26,6	21,5	11,8	5,3	492
Separada	0,0	0,0	11,1	11,1	11,1	22,2	27,8	16,7	0,0	54
N	6	4	28	78	111	167	138	75	30	637

6.2.7.3.5 Edad de Primera Unión y Regiones

- Es muy significativa la asociación entre región y edad de primera unión (n.s. = 0,000); es mayor la proporción de adolescentes de la Sierra (19%) y, en especial, de la Selva (33%) que tienden a unirse más antes de los 15 años, que de adolescentes de la Costa (11%) (Cuadro 6,9). Inversamente, entre los 15 y 17 años se unen más las de la Costa (73%), seguidas de la Sierra (61%) y Selva (57%). En la Sierra y Selva la mayoría de adolescentes se une a los 16 años y en la Costa, entre los 16 y 17 años. Entre los 18 y 19 se dan más las uniones adolescentes en la Costa (16%) y Sierra (13%) más que en la Selva (6%).
- En las jóvenes también se encuentra más uniones tempranas que tardías en la Selva (15%) que en la Sierra (7%) o Costa (5%). Entre los 15 y 17 hay más uniones también en jóvenes de la Selva (32%) que en la Sierra (29%) o Costa (27%). Entre los 18 y 19 años se unieron menos en la Selva (24%) que en la Sierra (34%) o Costa (32%). El resto, se unió a una edad de 20 años o más.

Cuadro 6.9. Región y Edad de Primera Unión Adolescente (%)

EST CIVIL	11	12	13	14	15	16	17	18	19	N
Costa	1,1	0,0	2,5	7,0	16,2	26,8	29,9	12,3	4,2	284
Sierra	0,4	1,3	2,7	14,6	18,6	25,7	16,8	14,2	5,8	226
Selva	2,3	0,8	10,9	19,5	18,8	25,8	12,5	5,5	3,9	128
N	7	4	27	78	112	167	139	74	30	638

6.2.7.3.6 Edad de Primera Unión y Brechas Urbano-Rurales

- La asociación entre edad de primera unión y urbanismo es significativa (n.s.= 0,000). Se encuentra que en las adolescentes rurales hay mayor proporción de uniones tempranas (23%), que en las de Lima (11,9%), otras ciudades grandes (13%) o el resto urbano (15%). Menos adolescentes rurales unidas tienden a unirse entre los 15 y 17 años (63%) que en ciudades grandes (67%), el resto urbano (69%) o Lima Metropolitana (72%). También menos adolescentes rurales unidas tienden a unirse entre los 18 y 19 años (15%), que en Lima (16%), el resto urbano (16%) u otras ciudades grandes (18%).
- En el caso de las jóvenes, tuvieron unión temprana un 5% de las urbanas y 10% de las rurales. Se unieron entre los 15 y 17 años un 41% de las rurales y 26% de las urbanas. Entre los 18 y 19 años se unieron un 33% de las urbanas y 29% de las rurales. Las uniones en las jóvenes adultas, entre 20 y 24 años fue de 34% en las urbanas y 19% en las rurales.

6.2.7.4 Inicio Sexual

6.2.7.4.1 Distribución Muestral

- Según las ENDES 2000, de la muestra total de mujeres encuestadas encontramos un 25,6% dice no tener experiencia sexual; del resto, 13,2% no está en unión y no es sexualmente activa; 5% no está en unión pero si es sexualmente activa y 56% están en unión. En nuestro análisis coincidimos en que el inicio sexual es reportado por un 74,4% de las MEF. Desagregando por edad de inicio se aprecia se concentra en el rango de 15 a 19 años (42,7%) e, incluso, se da en un 7,4% de las mujeres antes de los 15 años. Un 17% de las mujeres se inició entre los 20 y 24 años, bajando a menos de 5% en el rango 25 a 29 años y a uno por ciento en los rangos mayores.
- Encontramos que, de las 5644 adolescentes, un 77,8% reporta no haberse iniciado sexualmente (Cuadro 6.10). Un 33% de las jóvenes dice no haberse iniciado.

6.2.7.4.2 Edad de Inicio Sexual y Edad

- Del 22,2% de adolescentes con inicio sexual, la mayor parte tienen entre 17 y19 años. Se han iniciado el 33% de las adolescentes de 19 años de la muestra total, el 36% de las de 18 años, el 22% de las de 17 años; el 13% de las de 16 años y el 7% de las de 15 años.
- Ampliando los reportes de ENDES 2000, el inicio sexual temprano, antes de los quince años, en las adolescentes se da en un 6% de la totalidad de adolescentes, sexualmente iniciadas o no.

- Se aprecia, incluso, un 0,1% de inicios antes de los 11 años en toda la muestra adolescente, correspondiendo a tres casos de inicio a los siete años, uno a los ocho años y dos, a los 10 años, todo ellos reportados por adolescentes de 15 años de edad actual (Cuadro 6,10). Un 5% de todas las adolescentes se inició entre los 11 y 14 años, siendo diez casos de inicio a los 11 años y veinte a los 12 años; 55 a los 13 años y 190 casos a los 14 años, y son reportados por adolescentes de todos los grupos de edad. A ello se suma un 15% de adolescentes de toda la muestra iniciadas entre los 15 y 17 años y un 2% de adolescentes que se iniciaron entre los 18 y 19 años de edad.

- A modo de comparación, encontramos un 67% de jóvenes que son sexualmente iniciadas. Ello corresponde a 48% de las de 20 años, 55% de las de 21 años, 66% de las de 22 años, 72% de las de 23 años y 78% de las de 24 años. Incluye, además, un 1,2% de uniones en la primera relación sexual que se da, sin mayores diferencias, en cada nivel de edad.

- Tomando como base sólo a las adolescentes sexualmente iniciadas (22%), el inicio sexual antes de los 15 años se está dando en casi un tercio de todos los inicios (27%) adolescentes y un 67% adicional es entre los 15 y 17 años. Ello implica un 94% de inicios sexuales en niñez y la adolescencia temprana y media, antes de cumplir los 18 años, la mayoría de edad en el país. Este es un vacío importante en el reporte de ENDES 2000 que era importante precisar, pues sólo aludía a menos de la mitad de las adolescentes con inicio temprano.
- En las jóvenes, se aprecia que el 67% de inicio sexual se da en la niñez en un 0,1% (7 a 10 años), en la pubertad se da en un 6,2% (11 a 14 años); en la adolescencia media, se da en un 26,4% (15 a 17 años); en la adolescencia tardía o adultez joven, en un 20% (18 y 19 años); en jóvenes se da en un 12,9% (20 a 24 años).
- Para efectos de comparación con las adolescentes, restringimos el análisis de los datos de las jóvenes a las iniciadas antes de los 20 años. Pudo verse que el inicio sexual temprano correspondió a un 6,3%, pero esto es sobre la base de jóvenes que se siguieron iniciando después de los 19 años en un 13% de casos.

Cuadro 6.10. Edad y Edad de Inicio Sexual Adolescente (%)

EDAD	15	16	17	18	19	%
No inicio	93,1	87,1	77,9	64,4	62,6	77,8
7-10	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
11-14	5,1	5,2	5,2	4,2	4,5	5,0
15-17	1,4	7,4	16,6	27,6	23,6	14,8
18-19	0,0	0,0	0,0	3,3	8,1	2,1
N	*1192*	*1241*	*1102*	*1120*	*989*	*5644*

6.2.7.4.3 Edad de Inicio Sexual, Educación y Trabajo

- En cuanto al nivel educativo, se asocia significativamente con edad de inicio sexual (n.s.= 0,000), habiendo menor inicio sexual en las de mayor educación (Cuadro 6,11), contrastando un 85% de adolescentes con estudios superiores que no se ha iniciado, con 47% de las que no tienen escolaridad.
- Comparando con las jóvenes, no se han iniciado un 58% de las jóvenes que tienen estudios superiores, 36% de las que tienen secundaria, 14% de aquéllas con secundaria incompleta y 18% de las que tienen primaria, así como 12% de las que tienen primaria incompleta y 17% de las que no tienen educación formal. Igual que en las adolescentes, hay una tendencia a más inicio a menor educación.
- Se aprecia, además, que altos porcentajes de las adolescentes sin educación, con primaria incompleta y completa se inician antes de los 18 años, incluso habiendo porcentajes relativamente altos de inicio antes de los 15 años, con un 24% en las que no tienen escolaridad, 16% en las que tienen primaria incompleta, 21% en las que tienen primaria, y bajando a 3% y menos en los otros niveles.
- En las jóvenes se encuentra un 19% de inicio sexual antes de los 15 años en las que no tienen escolaridad o tienen primaria incompleta, bajando a alrededor de 12% en las que tienen primaria o secundaria incompleta, y a 2% en las que tienen secundaria y 1% en las que tienen superior. Puede verse que se da, también, mayor inicio sexual temprano a menor educación.
- Aquí podemos agregar que el trabajo, una variable que no tuvo mucho valor predictivo respecto de la salud sexual y reproductiva, se asoció con edad de la primera unión (n.s.= 001), con las adolescentes que trabajan tendiendo más al inicio sexual que las que no, aunque no se asociase con edad de primera unión, probablemente porque no se asociaba, tampoco, con deseo de embarazo actual, con embarazos o con número de hijos vivos. Más bien, si se relacionaba con tiempo de gestación, lo que es esperable.

Cuadro 6.11. Educación y Edad de Inicio Sexual Adolescente (%)

EDUC	7-10	11-14	15-17	18-19	Tot. Inic.	Tot. No Inic.
Sin educación	0,0	23,8	22,1	6,8	52,7	47,3
Primaria inc.	0,2	15,6	23,6	3,0	42,4	57,6
Primaria	0,3	21,1	19,7	2,4	34,5	65,6
Secundaria inc.	0,1	3,4	12,1	1,0	16,8	83,2
Secundaria	0,1	1,3	15,1	3,7	20,6	79,4
Superior	0,0	1,3	11,1	3,4	14,8	85,2

6.2.7.4.4 Edad de Inicio Sexual y Nupcialidad

- No sólo hay menos inicio sexual en las solteras, lo que es esperable, sino que la tendencia al inicio temprano es significativamente menor. Las adolescentes solteras mayormente no se han iniciado sexualmente (87,6%). Un 2,8% de ellas se inició antes de los 15 años, en contraste con 25% de las casadas y 22,1% de las convivientes y 27,2% de las separadas. Entre los 15 y 17 años se han iniciado un 8,3% de las solteras; 44,5% de las casadas; 67,7% de las convivientes; y 43,7% de las separadas. Entre los 18 y 19 años se iniciaron un 1,4% de las solteras; 10% de las casadas; 7,5% de las convivientes y 3,6% de las separadas.
- En el caso de las jóvenes, las alguna vez unidas tuvieron más inicio temprano que las solteras, un 9% las casadas, 12% las convivientes y 14% las separadas, con menos de 2% de inicio temprano en las solteras. Las casadas se iniciaron entre los 15 y 17 años en un 44%, las convivientes en un 46% y las separadas, en un 40% y las solteras sólo en un 9%. Ya entre los 18 y 19 años se iniciaron un 22% de las casadas, 28% de las convivientes y otro tanto, de las separadas y sólo 14% de las solteras. Menos separadas que unidas e, incluso, que las solteras, se iniciaron tardíamente, en un 8%, contra 10% de las solteras, 12% de las convivientes y 18% de las casadas.

6.2.7.4.5 Edad de Inicio Sexual y Región

- La actividad sexual reportada en mujeres en general y teniendo en cuenta las regiones muestra que las mujeres que nunca han tenido actividad sexual (coital) resultan más características de la Costa (28,5%) y de la Sierra (22,2%) que de la Selva (13,1%). Encontramos, así, en nuestro análisis pequeñas variaciones respecto de los resultados reportados por ENDES 2000.
- Con la muestra total de mujeres en edad fértil, cruzando edad de inicio sexual con región, observamos que en las tres regiones predominó el inicio entre los 15 y 19 años, sobre todo en la Selva (54,8%) y Sierra (49,2%) y, menos, en la Costa (38,6%). Cerca de un 19% de las mujeres de la Costa se iniciaron entre los 20 y 24 años, lo mismo que casi 14% de la Sierra y sólo 10% de la Selva. El inicio temprano, antes de los 15 años, se dio, especialmente, en la Selva (18,7%), siendo de casi 10% en la Sierra y poco más de 5% en la Costa. En cuanto a las mujeres sin experiencia sexual, fue más frecuente en las de la Costa (28,5%) y Sierra (22,2%) que en la Selva (13,1%).
- En el caso de las adolescentes, la asociación entre región y edad de inicio sexual es altamente significativa (N= 0,000). Observamos que se repite el patrón regional: más adolescentes no se han iniciado sexualmente en Lima Metropolitana (85,2%) y el resto de la Costa (83,7%) que en la Sierra (75,2%) y, sobre todo, que en la Selva, tanto la Selva Baja (64,6%) como, y en especial, la Selva Alta (47,8%).
- El mismo patrón se encuentra en las jóvenes de 20 a 24 años, con 41% de la Costa no iniciadas sexualmente, en contraste con 25% de la Sierra y 9% de la Selva.
- En la muestra de adolescentes vemos que el inicio antes de los 15 años es de 17,3% en las adolescentes en la

Selva, 5,8% en la Sierra y 3% en la Costa. Entre los 15 y 17 años se inician el 11,4% de adolescentes de la Costa, 17,5% de la Sierra y 29.9% de la Selva. Entre los 18 y 19 años se da en 2,0% de adolescentes de la Costa, 2,2% de la Sierra y lo mismo, de la Selva.

- También en las jóvenes se aprecia un mayor inicio sexual temprano en la Selva (20,2%), seguida de la Sierra (7,6%) y la Costa (4,3%).

6.2.7.4.6 Edad de Inicio Sexual y Alfabetismo

- También hay variaciones relacionadas con el analfabetismo. Mientras que se han iniciado sexualmente 20,6% de las adolescentes alfabetas, esto sube a 47,4% en las que leen parcialmente una oración y a 50,3% en las que no leen. Un 4,6% de las alfabetas se inicia antes de los 15 años, en contraste con 15,8% de las parcialmente analfabetas y 16,2% de las analfabetas. Entre los 15 y 17 años se inician 14% de las alfabetas, 20,3% de las que leen parte de una oración y 23,3% de las que no leen Entre los 17 y 18 años se inician un 2% de las alfabetas, 4,6% de las que leen parcialmente y 3,7% de las que no.
- En las jóvenes se encontró mayor inicio sexual en las analfabetas (86%) y semi-alfabetas (87%) que en las alfabetas (64%). Se aprecia, al igual que en las adolescentes, más inicio sexual temprano en las analfabetas (18%) y semi-alfabetas (19%) que en las alfabetas (5%). Y también mayor inicio sexual entre los 15 y 17 años en las analfabetas y semi-alfabetas (42%) que en las alfabetas (8%). Igualmente, hay más inicio sexual entre los 18 y 19 años en las analfabetas y semi-alfabetas (42%) que en las alfabetas (25%). Inversamente, hay más inicio entre los 18 y 19 años en las alfabetas (12%) que en las parcialmente alfabetas (6%) y analfabetas (5%).

6.2.7.4.7 Edad de Inicio Sexual y Brechas Urbano-Rurales

- Un 77,8% de las adolescentes no se ha iniciado sexualmente, según reportan. Hay un mayor porcentaje de adolescentes no iniciadas en Lima (85%), seguidas de las que viven en otras grandes ciudades (80%) y en el resto urbano (79%), que en las adolescentes de zonas rurales (68%). La asociación entre urbanismo y edad de inicio sexual es altamente significativa (n.s.= 0,000).
- El inicio sexual temprano, antes de los 15 años, se da en un 5,2% de todas las adolescentes, pero esto se debe, en especial, a las que viven en zonas rurales, donde 9% tuvo un inicio temprano, en contraste con 4% de las grandes ciudades u otro tanto, del resto urbano, o 3% de Lima. Un 14,9% se inició entre los 15 y 17 años, pero ello responde a un sesgo de las adolescentes rurales, ya que 20% de ellas tuvo su primera experiencia sexual en ese rango de edad, en comparación con 15% del resto urbano, 14% de las grandes ciudades y 10% de Lima. Sólo un 2,1% de las adolescentes se inició entre los 18 y 19 años, un 3% de las ciudades grandes y 2% de Lima y el resto urbano.
- En el caso de las jóvenes, no se han iniciado sexualmente el 41% de las urbanas y el 19% de las rurales. El inicio sexual temprano se da en un 4% de las urbanas y 13% de las rurales. Entre los 15 y 17 años se iniciaron un 21% de las urbanas y 39% de las rurales. Entre los 18 y 19 años se dio

el inicio sexual de 21% de las urbanas y 19% de las rurales. Ya en jóvenes adultas, de 20 a 24 años el inicio fue de 13% en las urbanas y 10% en las rurales.

6.2.7.5 Justificación de Negación de Esposa a Relaciones Sexuales no Deseadas

- Podemos agregar que el grupo adolescente es el que menos justifica que la esposa se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo (hubiera sido interesante indagar por pareja sexual, no solamente esposo), no estando de acuerdo con ninguna razón un 5,7%, el doble que las jóvenes y más alto incluso que el rango de mujeres entre 44 y 49 años (3,6%). Además, tienen cerca de seis puntos porcentuales de diferencia con el resto de grupos en cada una de las posibles justificaciones.
- En las MEF en general, son las mujeres de la Sierra las que menos justifican esta negativa, lo mismo que las mujeres rurales y las mujeres sin educación.

6.2.7.6 Frecuencia de Actividad Sexual

6.2.7.6.1 Distribución Muestral

- Aquí se entendió frecuencia de actividad sexual como el tiempo transcurrido desde la última relación sexual. Del 22,3% de adolescentes "sexualmente activas", lo más frecuente es haber tenido relaciones sexuales hace dos a siete días (6,5%) o hasta hace un mes (4,4%). Más de un mes a seis meses corresponde a un 3,3% de estas adolescentes; de seis meses a un año son 3,5% y más de un año, 2,4%. Por otra parte, un 2,2% ha tenido sexo el día anterior. Tomando en cuenta las edades dentro del grupo adolescente, en las de 16 y 17 años lo más frecuente es sexo hace dos a siete días y hasta un mes. En las de 15 años es entre dos días a seis meses. En cambio, en las de 18 años y 19 años es dos días a una semana.
- En las jóvenes un 35% ha tenido relaciones recientes y otro 10%, hace menos de un mes, bajando a entre 6 y 8% las que han tenido relaciones hace más tiempo.

6.2.7.6.2 Frecuencia de Actividad Sexual, Educación y Alfabetismo

- La frecuencia de la actividad sexual está asociada a nivel educativo (n.s.= 0,000), con actividad más reciente en las de menor nivel educativo. En adolescentes sin escolaridad prima haber tenido sexo desde hace un día a una semana; en las que tienen primaria incompleta más común es de dos días a un mes; las que tienen primaria completa es dos a siete días; las que tienen secundaria incompleta o completa, entre dos días y un mes; las que tienen estudios superiores, entre un mes a seis meses.
- En las jóvenes, la mitad de las adolescentes sin escolaridad han tenido sexo reciente, lo mismo que 63% de las que tienen primaria incompleta, bajando a 46% en las que tienen primaria completa o secundaria incompleta, a 35% en las que culminaron secundaria y 18% en las de estudios superiores. Aquí también mayor frecuencia de actividad sexual a menor educación.
- En cuanto al analfabetismo, hay una asociación significativa con frecuencia de actividad sexual (n.s.= 0,000). Las adolescentes que no pueden leer tienden a haber tenido su última relación sexual entre hace dos días y

un mes; las que leen una oración parcialmente, hace dos días a una semana, y las que leen sin problema, igual.

- En las jóvenes, aunque predomina la actividad sexual reciente, se da en mayor porcentaje en las analfabetas y parcialmente alfabetas (alrededor del 50%) que en las alfabetas (33%).

6.2.7.6.3 Frecuencia de Actividad Sexual y Regiones

- Qué tan reciente ha sido la última relación sexual depende de las regiones (n.s. = 0,000). En el último mes previo a la encuesta se encuentra que un 61,2% reporta haber tenido actividad sexual, algo más en la Selva (64,2%) que en la Costa (58,5%) y, sobre todo, que en la Sierra (54%).
- En adolescentes de la Costa, la frecuencia sexual desde la última vez que predomina es desde hace dos días a una semana o hasta un mes (8,2%); en la Sierra es de dos días a una semana (7,9%) y en la Selva, de dos días a hasta un mes (24,2%).
- En las jóvenes de las tres regiones predomina la actividad sexual reciente, de hace menos de una semana, pero es más marcado en la Selva (60%), que en la Sierra (40%) o Costa (30%).
- También observamos que un 13,1% de todas las mujeres en edad fértil con experiencia sexual no ha tenido relaciones sexuales hace seis meses o más, sin diferencias importantes entre regiones.

6.2.7.6.4 Frecuencia de Actividad Sexual y Nupcialidad

- En cuanto al estado civil, las adolescentes solteras y sexualmente activas no muestran un patrón fijo, variando desde un día a más de un año en su última relación sexual. En las casadas y convivientes es de un día a una semana; en las separadas, de seis meses a más de un año.
- En las jóvenes solteras un 65% no había tenido relaciones, un 1% había tenido hacía menos de una semana; 6% hacía una semana y otro tanto, de una semana a un mes, otro tanto, entre un mes y seis, y otro igual, entre seis meses y un año y 10% hacía más de un año. En las casadas, 76% había tenido relaciones hacía poco tiempo, y 12% hacía entre una semana y un mes, 8% hacía uno a seis meses, 2% hacia de seis meses a un año y 1%, hacía más de un año.

6.2.7.6.5 Frecuencia de Actividad Sexual y Brechas Urbano-Rurales

- En cuanto a frecuencia de actividad sexual adolescente, hay una notoria brecha urbano-rural (n.s. = 0,000) específicamente en la actividad reciente, de menos de una semana, siendo bastante más alta en las adolescentes rurales (14% de toda la población adolescente), en comparación con 8% en el resto urbano, 7% en grandes ciudades y 4% en Lima. Debe señalarse que para adolescentes tanto rurales como urbanas lo más frecuente es haber tenido sexo recientemente, pero la brecha se explica por la mucho mayor proporción de adolescentes rurales sexualmente iniciadas.
- En el caso de las jóvenes, tanto urbanas como rurales tienden a haber tenido relaciones sexuales en los días antes de la encuesta, pero más las rurales (46% contra 31%). No difieren en otras posibles frecuencias de actividad sexual, aunque siempre el número es ligeramente mayor en las rurales.

6.2.8 Reproducción

6.2.8.1 Deseo de Hijos y Deseo de Embarazo Actual

6.2.8.1.1 Distribución Muestral

- En el contexto de la salud sexual y reproductiva, la sexualidad -por lo general- no tiene una intención reproductiva, sino que median el afecto, placer, presión, sumisión a la pareja o al rol tradicional, temor, violencia y otras variables. El que existe una sexualidad no reproductiva se ve claramente en el hecho de que casi 75% de las 27,081 mujeres encuestadas tienen actividad sexual cuando un 77% de ellas no ha deseado un hijo en los últimos tres años.
- En cuanto al deseo de los hijos en los últimos cinco años, ENDES 2000 encuentra que sólo 57% de las mujeres en edad fértil que eran madres deseaban el primer hijo, 51% deseaba al segundo hijo; 41% deseaba al tercer hijo y sólo 26% al cuarto hijo o más. Al primero y segundo la mayoría lo quería después; al tercero y cuarto la mayoría no lo quería más. En mujeres que fueron madres antes de los 20 años un 44% lo deseaba entonces; 42% lo hubiera preferido después y 13% no lo deseaba. En mujeres que fueron madres entre los 20 y 24 años, 47% lo quería entonces, 34% lo hubiese preferido después y 19% no lo quería.

6.2.8.1.2 Deseo de Hijos en los Últimos Cinco Años y Regiones

- Observamos que el deseo de un hijo se da en un 39% de las mujeres en edad fértil, especialmente en la costa (43%) y selva (39%), más que en la sierra (31%).
- Según ENDES, del casi 33% de las MEF con intención reproductiva en los últimos tres años, la mayoría deseaba un hijo (20,6%), sobre todo en la Sierra y la Selva (poco más del 26%) y algo menos en la Costa (17,5%). Sólo un 2% quería dos hijos (3% en Sierra y Selva, 1,5% en la Costa). Ninguna quería tres o más hijos en los últimos tres años.

6.2.8.1.3 Deseo de Hijos y Nupcialidad

- ENDES 2000 reporta que 67% de las MEF en unión no desea más hijos, estando un 13% de ellas, esterilizadas (de éstas, 0,1% son adolescentes y 1%, jóvenes).
- A mayor edad, menos deseo de hijos. Un 31% de las adolescentes unidas no quiere más hijos, lo mismo que 40% de las jóvenes.
- En cuanto a las mujeres unidas que si desean hijos, constituyen un 9% las que quieren un hijo pronto. Este es el caso solo para 6% de las adolescentes unidas y 8% de las jóvenes unidas.
- Un 19% de las MEF en unión quieren hijos más tarde, en dos años o más, particularmente las adolescentes (60%) y jóvenes (49%). Un 0,3% de las MEF unidas quieren un hijo pero no saben cuando; otro 1% está indecisa y 2% son infértiles.

6.2.8.1.4 Distribución Muestral de Deseo de Embarazo Actual

- Un 61% del total de las mujeres en edad fértil embarazadas manifestaron no desear un embarazo en este momento; de ellas, 28% no quería más hijos y 33% hubiera preferido que venga después.
- De las 164 adolescentes embarazadas al momento de la encuesta, un 36% deseaba el embarazo actual, 50% lo hubiera preferido más adelante y 14% no quería hijos.

- De las 303 jóvenes embarazadas en las ENDES 2000, un 45% deseaba su actual embarazo, 42% lo hubiera preferido después y 13% no quería hijos o más hijos.

6.2.8.1.5 Deseo de Embarazo Actual y Edad

- Se advierten diferencias por edad, con la mayoría de las de 16 años y gran parte de las de 15 años que hubieran preferido esperar, mientras que las adolescentes de 17 años tienden un poco más a desear el embarazo que a haberlo postergado, con las de 18 años estando divididas entre estas dos posibilidades y las de 19 años, tendiendo más a preferir que hubiese ocurrido después. Hay un patrón creciente por edad de no desear un hijo o más hijos (Cuadro 6,12a).

Cuadro 6.12a. Edad de Adolescente y Deseo del Embarazo Actual (%)

EDAD	15	16	17	18	19	Tot
Si desea	36,8	17,9	46,4	41,3	34,9	35,5
Prefería después	57,9	75,0	35,7	43,5	44,2	51,2
No más hijos	5,3	7,1	17,9	15,2	20,9	13,3
N	19	28	28	46	23	144

6.2.8.1.6 Deseo de Embarazo Actual, Alfabetismo y Educación

- Explorando si el ser alfabeta afecta el deseo de embarazo actual en las adolescentes gestantes, no se encuentra una asociación significativa (al 0,000 postulado), quizás porque en los tres grupos predomine que hubieran querido esperar. Sin embargo, se aprecian tendencias, ya que la mitad de las alfabetas hubiera preferido esperar, un 37% si desea el embarazo y sólo 14% no desea más hijos. En cambio, entre las que sólo leen una oración, si bien también la mitad hubiera preferido esperar, un tercio no quería hijos y únicamente 20% deseaba el embarazo. En las iletradas es mayor el porcentaje aún de las que hubieran preferido esperar, llegando a 64%, pero el resto, 36%, si desea el hijo, ninguna no deseando ni ahora ni después.
- En las jóvenes, las alfabetas deseaban menos su embarazo (43%) que las que leen parcialmente (56%) o no leen (59%). Las jóvenes alfabetas que no deseaban el embarazo tendían más a haber preferido esperar (44%) que las parcialmente alfabetas (31%) o las analfabetas (21%). Las alfabetas y las parcialmente alfabetas no diferían en no desear más hijos (13% y 12%), pero en las analfabetas esto era mayor (21%).
- No se aprecian diferencias altamente significativas por educación, probablemente por predominar el haber preferido un embarazo después. Sin embargo, hay importantes tendencias. La única adolescente sin educación y embarazada hubiera preferido la gestación más adelante. De las 30 adolescentes con primaria incompleta embarazadas al momento de la encuesta, un 57% la hubiera

preferido más adelante y 7% no quería hijos; sólo 37% deseaba el embarazo actual. De las 31 gestantes con primaria completa, 52% deseaba el embarazo, 29% lo hubiera preferido después y 7% no quería hijos. De las 64 adolescentes embarazadas que tenían secundaria incompleta, 58% hubieran preferido postergar ese embarazo y 12% adicional, no quería hijos; sólo 30% lo deseaba. De las 34 adolescentes gestantes con secundaria completa, la mitad hubiera postergado y 12% no quería hijos; sólo 38% quería el embarazo. De las seis adolescentes con estudios superiores la mitad no quería hijos y 17% hubiera querido esperar, con sólo 33% deseando el embarazo actual. Puede apreciarse que sólo en el caso de las adolescentes con primaria incompleta la mitad cumplía sus intenciones reproductivas y en el resto, eran mucho menos. Pero no se aprecia una relación directa o inversa entre deseo de embarazo actual y nivel educativo, sino una relación más compleja.

- En el caso de las jóvenes si se ve que, salvo por las que no tienen escolaridad, las de menor nivel educativo están más lejos aún de cumplir sus intenciones reproductivas, con cerca del 60% teniendo una gestación que hubieran preferido tener después o no tener, mientras que la mitad de las que tenían secundaria o estudios superiores deseaban su embarazo. En las adolescentes sin escolaridad un 57% deseaba su embarazo, aunque un tercio adicional la hubiera querido después y el resto, era un embarazo rechazado.

6.2.8.1.7 Deseo de Embarazo Actual y Nupcialidad

- De las 165 adolescentes que estaban gestando al momento de la encuesta, 117 eran convivientes, 33 eran solteras, cuatro eran separadas y sólo una era casada.
- La mayoría de las adolescentes solteras (61%) hubiera preferido esperar y 24% no quería hijos, sólo 15% estaba deseosa de ese embarazo. El mismo patrón, aún más marcado, se encuentra en las adolescentes separadas, 75% no deseando la gestación en ese momento y 25% no deseando más hijos, ninguna queriendo el embarazo actual. En las adolescentes en convivencia se encuentran divididas entre si deseaban la gestación actual (41%) o la hubieran preferido después (46%), muy pocas no queriendo hijos (13%). La única adolescente casada que estaba gestando si estaba deseosa del embarazo.
- Esto significa un embarazo que se hubiera preferido no tener en la totalidad de separadas, 85% de las solteras y 59% de las convivientes, con una sola casada y que estaba cumpliendo su intención reproductiva.
- En las jóvenes, las solteras y las separadas deseaban menos el embarazo actual que las casadas y convivientes, aunque en ningún tipo de nupcialidad se cumplían las intenciones reproductivas ni siquiera la mitad de las jóvenes. Así, 72% de las separadas, 65% de las solteras, 58% de las casadas y 51% de las convivientes no deseaban el embarazo en ese momento y algunas, no querían hijos en absoluto.

6.2.8.1.8 Deseo de Embarazo Actual y Región

- El preferir no haberse embarazado caracteriza más a las MEF de la Sierra (39%) y Selva (35%) que de la Costa (22%). Las mujeres que hubiesen preferido el embarazo más adelante son más en la Costa (35%), que en la Sierra (30%) y Selva (26%).
- Tampoco la asociación entre región y embarazo actual es altamente significativa, pero en la Selva y en la Costa se aprecia un mayor deseo del embarazo actual en las adolescentes (41 y 39%, respectivamente), que en la Sierra (29%). Sin embargo, otra parte igual o mayor de adolescentes hubiera preferido esperar (46% en la Costa y 41% en la Selva), sobre todo, en la Sierra (61%). No deseaban más hijos un 19% en la Selva, 16% en la Costa y 10% en la Sierra.
- Ello implica que hubieran preferido no haberse embarazado 62% de adolescentes de la Costa, 59% de la Selva y 51% de la Sierra.
- En las jóvenes no deseaba el embarazo actual 55% en la Costa, 56% en la Sierra y 54% en la Selva.

6.2.8.1.9 Deseo de Embarazo Actual, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- Auque no se trate de una asociación altamente significativa entre urbanismo y deseo del embarazo actual, el deseo de embarazo actual fue mayor en las adolescentes rurales (40%) que en las de Lima (35%), grandes ciudades (32%) o, sobre todo, del resto urbano (28%). Justamente, la mayoría del resto urbano hubiera preferido esperar (61%), lo mismo que alrededor de la mitad de las adolescentes de ciudades grandes (52%) y Lima (50%), con sólo un 45% de las rurales con esta preferencia. No se aprecian diferencias entre las adolescentes rurales, de Lima o de grandes ciudades en el no deseo de un hijo (15%), mientras que son algo menos las adolescentes del resto urbano que no quieren hijos o más hijos (11%).
- En el caso de las jóvenes, no hay diferencias en el deseo del embarazo actual que se dio en el 45% de las jóvenes, tanto urbanas como rurales. Las urbanas hubieran preferido esperar más que las rurales (46% y 37%) y las rurales no querían más hijos en mayor proporción (18% contra 9%).
- La etnicidad no se relacionó con el deseo del embarazo actual, probablemente porque no había casos de adolescentes gestantes entre las que hablaban Aymara o lenguas nativas, pero si se aprecian tendencias, pues mientras 13% de las adolescentes gestantes que hablaban Español no deseaban la gestación actual, esto subía a 21% en las Quechua-hablantes.

6.2.8.2 Fecundidad Deseada y Observada

6.2.8.2.1 Distribución Muestral

- Según ENDES, la TGF es de 2,9 para las MEF, habiendo disminuido en comparación con 1996, que era de 3,5. Entre departamentos, la TGF más alta se encuentra en Huancavelica (6,1), donde las mujeres entre 40 y 49 años han tenido un promedio de siete hijos nacidos vivos. Le siguen Apurímac, con 4,2 de TGF y 6,3 hijos promedio; Ayacucho con 4,2 de TGF y seis hijos promedio, así como Huanuco, con 4,3 de TGF y 5,8 hijos promedio. Hay otros departamentos con menores TGF pero más hijos nacidos vivos promedio en mujeres mayores, como Pasco y Loreto.

- En las adolescentes no se apreció una asociación altamente significativa entre estado civil (unión) y deseo de hijos.

6.2.8.2.2 Número Ideal de Hijos y Fecundidad por Educación

- Las MEF sin educación tienen una TGF de 5,1 (6,7 en las de 40-45); las que tienen Primaria tienen una TGF de 4 (5,5, en mayores); las que tienen secundaria su TGF es de sólo 2,4 (3,4 en mayores) y las de estudios superiores es 1,8 (2,2 en mayores). Las mujeres sin educación deseaban tres hijos y tuvieron un promedio de 5,1; las mujeres con primaria querían 2,3 y tuvieron 4,1; las mujeres con secundaria querían 1,7 y tuvieron 2,4 y las de estudios superiores, 1,5 y tuvieron 1,8.
- Según ENDES, las adolescentes sin educación y con primaria desean un promedio ideal de 1,9 hijos; las que tienen secundaria, 2,1 y las que tienen estudios superiores, 2,2. En las jóvenes se encuentra que desean, idealmente, entre uno y tres hijos, mayormente, dos; las unidas tienen 1,39 hijos en promedio.
- Cabe indicar que, en realidad, para la gran mayoría de adolescentes y de jóvenes, lo ideal es ningún hijo. Así, 76% de las adolescentes tiene como ideal, ningún hijo, 13% habla de dos hijos, 5% de uno y 4%, de tres, con 0,5% señalando cuatro hijos y menos del 0,5%, más. En Lima un 78% de las adolescentes habla de ningún hijo, 13% de dos, 4% de uno y otro tanto, de tres hijos. Los únicos departamentos con menos del 70% con un ideal de ningún hijo son: Cajamarca, con 52% (7% señala un hijo, 28%, dos, 6%, tres y 3%, cuatro hijos); Ucayali, con 60% (7% uno, 28% dos, 5% tres); La Libertad, con 65% (5% uno, 16% dos y 4%, tres); Loreto, con 66% (6% uno, 19% dos y 7%, tres); Moquegua, con 67% (7% uno, 20% dos y 3% tres); Tacna, con 68% (6% uno, 24% dos y 2%, tres); y Ayacucho, con 68% (9% uno, 17% dos y 3%, tres hijos como ideal).
- En jóvenes, 75% afirma que lo ideal es no tener hijos, 13% señala dos como el número ideal, 5% hablan de un hijo y otro tanto, de tres hijos; un 1% cree que cuatro es lo ideal y menos del 0,5% hablan de cinco o de más. En Lima un 74% de las jóvenes tiene el ideal de ningún hijo, 14% dice que dos hijos, 5%, uno, 4%, tres, 1%, cuatro y menos del 0,5%, más. Los departamentos donde varía el patrón son: Cajamarca, donde sólo 53% tiene el ideal de ningún hijo (con 5% hablando de uno, 23%, de dos); Ucayali, donde 57% señala el ideal de ningún hijo (5%, uno, 32%, dos y 5%, tres hijos); Tacna, donde 64% tiene como ideal ningún hijo (9%, uno, 16%, dos y 11%, tres); y Madre de Dios, donde 67% señala el ideal de ningún hijo (8%, uno, 17%, dos y 8%, tres). En los demás departamentos es mayoritario el ideal de ningún hijo.

6.2.8.2.3 Número Ideal de Hijos y Fecundidad por Región

- En Lima y la Costa las MEF querían alrededor de 1,5 hijos y tuvieron 2,2; en la Selva y Sierra, alrededor de 2,2, y tuvieron 3,7. En Lima Metropolitana la TGF es 2,0 y son 3,1 hijos promedio; el resto de la Costa es 2,4 de TGF y 4,2 hijos promedio; en la Sierra la TGF es 3,7 y 5,4 hijos promedio; y en la Selva, la TGF es 3,8 y 5,9 hijos promedio.

- Es muy significativa la asociación entre número ideal de hijos y región en las adolescentes (n.s.= 0,000). Un 77% de adolescentes de Lima y 80% del resto de la Costa, al igual que 74% de la Sierra, 71% de la Selva Alta y 68% de la Selva Baja, consideran lo ideal no tener hijos (Cuadro 6.12b). Del resto, lo más frecuente es señalar dos hijos como lo ideal, algo más en la Selva Baja (18%) que en Selva Alta (15%), Lima (14%) y el resto de la Costa (11%).
- Comparando los reportes de hijos y de hijos vivos e hijos muertos en adolescentes, se ve que se trata de muerte del segundo hijo en dos adolescentes de ciudades grandes fuera de Lima, de tres muertes del segundo nacimiento y una muerte de un primer nacimiento en adolescentes del resto urbano, y nueve muertes del primer hijo, seis muertes de un segundo hijo, una muerte del tercer hijo y una muerte de un cuarto hijo en adolescentes rurales. No se reportan muertes de adolescentes madres de Lima.
- Un 75% de las jóvenes consideraba ideal no tener hijos, 79% en la Costa fuera de Lima, 75% en Lima, 76% en la Sierra y 70% en la Selva Alta, bajando a 68% en la Selva Baja. Un 13% estimaba en dos el número ideal de hijos, 18% en la Selva Baja, 14% en Lima, 13% en la Selva Alta, 12% en la Sierra y 9% en el resto de la Costa. El 5% de las jóvenes decía que su ideal de hijos era uno, sin mayores diferencias regionales y otro 5% hablaba de tres hijos como ideal, algo más en la Selva Alta (8%). Un 0,9% adicional hablaba de cuatro hijos, en todas las regiones; 0,3% de cinco hijos, ligeramente más en la Selva Baja (1%) y 0,1%, de seis hijos, casos aislados de Lima.

Cuadro 6.12b. Ideal Reproductivo y Región, en Adolescentes (%)

NO. IDEAL DE HIJOS	0	1	2	3	4	5	6	12	N/R
Lima Metropolitana	77,4	4,5	13,8	4,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2
Resto de la Costa	80,4	3,4	10,7	4,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,8
Sierra	74,1	6,3	12,4	3,1	0,9	0,3	0,1	0,1	2,8
Selva Alta	71,3	6,8	14,7	4,2	1,9	0,0	0,0	0,0	1,1
Selva Baja	68,5	5,8	18,2	6,5	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2
Media	76,1	5,0	12,9	3,9	0,5	0,2	0,0	0,0	1,3
N	4298	282	728	219	31	14	2	1	71

N= 5646

6.2.8.2.4 Número Ideal de Hijos y Fecundidad por Brechas Urbano-Rurales

- Según las ENDES, la TGF en mujeres urbanas es de 2,2 y rurales, 4,3. Las urbanas tienen un promedio de 3,6 hijos nacidos vivos y las rurales, 6,3. Las urbanas están actualmente embarazadas en un 3,8% y las rurales en un 5,4%. ENDES 2000 reporta que la TGF deseada en el área urbana y la observada en los últimos tres años evidenciaban brechas en el área urbana (1,5 versus 2,2) y, sobre todo, en la rural (2,5 y 4,3). En las adolescentes se encuentra que el número ideal de hijos es 2,1 en el área urbana y 2,0 en la rural, variando entre 1,8 y 2,3 según el departamento.

- Se encuentra una asociación altamente significativa entre urbanismo y número ideal de hijos (n.s.= 0,000). Un 78% de las adolescentes consideraba ideal no tener hijos, ligeramente menos las adolescentes rurales (72%) que las de Lima y resto urbano (77%), así como las de otras ciudades grandes (79%). Un 13% de las adolescentes consideraba que dos hijos o hijas es lo ideal, sin mayores variaciones urbano-rurales (12% de las adolescentes de las grandes ciudades, 13% de las adolescentes rurales o del resto urbano, y 14% de las de Lima). Otro 5% prefería un solo hijo, más las adolescentes rurales (6%) que las urbanas (4% del resto urbano y 4,5% de las de Lima y otras grandes ciudades). Un 4% adicional señalaba como ideal tres hijos, tanto las rurales (4%) como las de Lima o el resto urbano (4%) o de otras ciudades (3,5%). Menos de uno por ciento de las 5643 adolescentes creía ideal tener cinco hijos (1% de las rurales y del resto urbano, 0,3 y 0,2% de las de ciudades grandes y Lima). Seis hijos fue el ideal sólo para un 0,2% de casos, sin diferencias urbano-rurales y hubo un caso de una adolescente rural que manifestó que doce hijos era lo ideal.
- En las jóvenes, el 76% de las urbanas y el 72% de las rurales consideraba ideal no tener hijos; entre 12 y 13% estimaba en dos el ideal de hijos; 4% de las urbanas y 8% de las rurales mencionaba tres hijos; entre 4 y 5% en ambos grupos hablaba de un hijo como ideal; el 1% señalaba cuatro hijos y menos del 1%, en ambos grupos, hablaba de cinco hijos o más. No se aprecian, pues, mayores diferencias regionales. Haciendo una diferenciación más fina se tiene que 75% de las jóvenes de Lima Metropolitana, 79% de las de otras ciudades grandes 75% del resto urbano y 72% de las jóvenes rurales consideran que no tener hijos es lo ideal. Tener dos hijos como ideal caracteriza a 14% de las jóvenes de Lima, 11% de las de otras grandes ciudades y 12% del resto urbano, lo mismo que rurales. Tres hijos es el ideal de 7% de las jóvenes rurales, 5% de las del resto urbano, 4% de Lima Metropolitana y 3% de otras grandes ciudades. Un hijo es el ideal de 6% de las jóvenes rurales, lo mismo que del resto urbano, y de 4% de Lima y de otras grandes ciudades. Cuatro hijos es el ideal de un 1% en cada tipo de vivienda; 5%, de menos del 0,5% en cada categoría; 6 hijos es el ideal de seis jóvenes en Lima, el 0,4% y una joven de una ciudad grande (0,1%) habla de nueve hijos.

6.2.8.3 Número de Hijos

- En las adolescentes se encontró que tienen hijos vivos el 10,3%; teniendo un el 9,3% de las adolescentes; dios hijos vivos, el 0,9%; tres hijos vivos el 0,1% (Cuadro 6.13a). Se trata de 580 adolescentes madres, de un total de 5,645.
- En el caso de las 4,740 jóvenes, tienen hijos vivos el 47,4% tiene hijos vivos, es decir, 28,8% tiene uno, 13,8% tiene dos, 4,1% tiene tres; 0,5% tiene cuatro y 0,2%, cinco hijos vivos.
- Las adolescentes en unión no tenían hijos en poco más de una tercera parte, pero un 58% tenía un hijo; 9%, dos y menos del 1%, tres o cuatro hijos. En cuanto a las jóvenes unidas, un 11% no tenía hijos vivos, 47% tenía un hijo, casi la tercera parte, dos hijos; un 10%, tres hijos; 2% cuatro hijos y menos del 1%, cinco hijos.

Cuadro 6. 13a. Porcentajes de Mujeres Adolescentes y Jóvenes, Unidas o No, según Número de Hijos Vivos

	Ninguno	1	2	3	4	5
EDAD:						
Adolescentes	89,7	9,3	0,9	0,1	0,0	0,0
Jóvenes	52,6	28,8	13,8	4,1	0,5	0,2
EDAD x UNION:						
Adolescentes Unidas	32,2	58,0	9,0	0,6	0,1	0,0
Jóvenes Unidas	11,3	47,0	29,4	9,8	2,0	0,6

6.2.8.3.1 Número de Hijos Vivos y Edad

- En las adolescentes se advierten brechas por edad, con las de 15 años mayormente no teniendo hijos vivos, las de 16 y 17 años ya teniendo algunos casos, algunas hasta con dos hijos. A los 18 y 19 años ya es alrededor del 20% de adolescentes que tienen hijos vivos, algunas hasta tres hijos (Cuadro 6.13b). También en jóvenes, que casi en un 53% de casos no tenían hijos vivos, se aprecia mayor maternidad a mayor edad.

Cuadro 6.13b. Porcentajes de Mujeres Adolescentes y Jóvenes, por edades, según Número de Hijos Vivos

	Ninguno	1	2	3	4	5
Adolescentes						
15	99,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
16	95,4	4,3	0,2	0,0	0,0	0,0
17	90,8	8,4	0,8	0,0	0,0	0,0
18	82,7	16,1	1,2	0,1	0,0	0,0
19	78,2	18,8	2,6	0,4	0,0	0,0
Promedio	*89,7*	*9,3*	*0,9*	*0,1*	*0,0*	*0,0*
Jóvenes						
20	67,1	24,9	7,3	0,6	0,0	0,0
21	60,5	27,8	9,5	2,0	0,1	0,0
22	53,0	28,3	13,5	4,8	0,4	0,0
23	45,3	30,2	17,7	5,7	0,6	0,4
24	36,4	33,1	21,1	7,5	1,4	0,4
Promedio	*52,6*	*28,8*	*13,8*	*4,1*	*0,5*	*0,2*

6.2.8.3.2 Número de Hijos Vivos, Alfabetismo y Educación

- La proporción de adolescentes alfabetas con un hijo o hija (10%) es casi la tercera parte que en las parcial o totalmente analfabetas (27,5%). Y mientras sólo un uno por ciento de alfabetas tiene dos hijos, esto sube a 7,5% en los otros grupos. No difieren en tres hijos, ya que son porcentajes mínimos.
- En el caso de las jóvenes, también se ven brechas por analfabetismo. Del 79% de analfabetas que tiene hijos, un 3,4% tienen un hijo, 29% tiene dos, 13% tiene tres, 2% tiene cuatro y otro tanto tiene cinco hijos. De las parcialmente alfabetas, del 75% que es madre, 34% tiene un hijo, 29% tiene dos, 10% tiene tres y 2% tiene cuatro. Del 43% de jóvenes alfabetas que son madres, un 28% tiene un hijo,

12% dos, 3% tres, 0,3% cuatro y 0,1%, cinco. Se aprecia no sólo menor maternidad adolescente en las alfabetas sino tienden a menos hijos.

- La educación se asoció significativamente a número de hijos vivos o muertos, a número de hijos vivos, a número de hijos más embarazos, a número de nacimientos en los últimos cinco años, y a embarazos actuales en adolescentes (n.s.= 0,000), de modo que a menor educación, mayor número de hijos o embarazos. Un 32% de las adolescentes sin escolaridad tiene hijos vivos, comparadas a 2% de las que tienen estudios superiores.
- Un 76% de las jóvenes sin escolaridad tiene hijos vivos, al igual que 78% de las que tienen primaria incompleta, 71% de las que completaron primaria y 70% de las que no terminaron secundaria, en comparación con 44% de las que tienen secundaria y 18% de las que siguieron estudios superiores. Es más, tienen un hijo entre 30% y 43% de las jóvenes con secundaria o menos, y sólo 16% de las que hicieron estudios superiores. Igualmente, tienen dos hijos entre 22 y 32% de las que tienen secundaria incompleta o menos y sólo 10% de las que culminaron secundaria y 2% de las de estudios superiores. Tienen tres hijos entre 11 y 12% de las que tienen primaria o menos, bajando a 6% en las de secundaria incompleta, uno por ciento en las de secundaria y 0.4% en las de superior. Entre uno y tres por ciento de las que tienen primaria o menos tienen cuatro hijos, no dándose esto en niveles mayores, y entre uno y dos por ciento de las que tienen primaria incompleta o no tienen escolaridad tienen cinco hijos, con 0,2% en las que culminaron primaria y cero por ciento en el resto. Es muy claro que a menor escolaridad, mayor maternidad y número de hijos.

6.2.8.3.3 Número de Hijos Vivos y Región

- En cuanto a nacimientos en el último año, 4% de las adolescentes de la Costa, 7% de la Sierra y 12% de la Selva tuvieron un hijo.
- En jóvenes, muchas más jóvenes de la Selva son madres (70% de la Selva Baja y 68% de la Selva Alta), que las de la Sierra (54%) y, en especial, que en la Costa (33% en Lima y 45% en el resto de la Costa). Sin embargo, casi un tercio tiene un hijo, un 36% en la Selva, 32% en la Sierra, 23% en Lima y 29% en el resto de la Costa. Es más, un 14% tiene dos hijos, sobre todo en la Selva (22%) y Sierra (18%), con sólo 8% en Lima y 12% en el resto de la Costa. Incluso un 4% tiene tres hijos, sobre todo en la Selva (9%), más que en la Sierra (5%), Lima (1%) y resto de la Costa (4%). También algunas tienen cuatro hijos (0,05%) o hasta cinco (0,1%), sin diferencias regionales.

6.2.8.3.4 Número de Hijos Vivos o Muertos

- Al momento de la encuesta, un promedio de 10,7% de las adolescentes había tenido hijos, ya sea vivos o muertos. Sin embargo, los porcentajes son más altos en las adolescentes mayores: 22% en las de 19 años y 18% en las de 18 años; bajando a 10% en las de 17 años; 5% en las de 16 años y 1% en las de 15 años. Un 9,5% de todas las adolescentes había tenido un hijo, vivo o que murió, especialmente las

mayores; 18,5% de las de 19 años, 17% de las de 18 años, 9% de las de 17 años, 4% de las de 16 años y 1% de las de 15 años.

- Un 1% de todas las adolescentes tenía dos hijos, vivos o muertos, especialmente las adolescentes de 19 años, con 3%, ya que en las de 18 años el porcentaje es 1% y en las menores, es 0,8%; 0,3% y 0%, respectivamente. Un 0,1% de las adolescentes tenía tres hijos vivos o muertos, particularmente, un 0,4% de adolescentes de 19 años, que no se da en el resto de edades. Casi ninguna adolescente tenía 4 o más hijos vivos o muertos, sólo un 0.1%, en las adolescentes de 18 años.
- En las jóvenes, un 47% era madre de, al menos, un hijo vivo o muerto; un 29% tenía un hijo vivo e igual porcentaje, vivo o muerto. Un 14% tenía dos hijos, tanto vivos como vivos o muertos, un 4% tenía tres hijos vivos y 4,5%, hijos vivos o muertos; 0,5% tenía cuatro hijos vivos y 0,9%, vivos o muertos; 0,2% tenía cinco hijos vivos o, también vivos o muertos; prácticamente no habían madres de seis hijos o más.
- Se apreció una asociación muy significativa (n.s.= 0,000) entre número de hijos y unión. Las adolescentes solteras tenían menos hijos, las convivientes, más.
- El porcentaje de adolescentes sin hijos vivos o muertos en las letradas es mucho mayor que en las que leen sólo parcialmente una oración o no leen (91% contra 68%), con mucho menores porcentajes que tienen un hijo (8% contra 27% en las otras). El porcentaje de uno o dos hijos vivos es menor en las adolescentes letradas. La asociación entre alfabetismo y número de hijos vivos o muertos es muy significativa (n.s.= 0,000).
- Igualmente significativa es la asociación entre urbanismo y número de hijos vivos, así como número de hijos vivos y embarazos (N= 0,000). Un 93% de las adolescentes urbanas no tenía hijos, sea vivos o muertos, lo mismo que sólo 81% de las rurales. Mientras que 6% de las urbanas tenía un hijo, vivo o muerto, éste era el caso de 16% de las adolescentes rurales. Un 2% de las adolescentes rurales tenía dos hijos, entre vivos y muertos, lo que bajaba a 0,6% en las urbanas. Incluso un 0,2% de rurales tenía tres hijos y 0,1%, cuatro, entre vivos y muertos.
- Igualmente, fue altamente significativa la asociación entre región y número de hijos vivos o muertos (n.s.= 0,000), con adolescentes de la Selva, seguida de la Sierra, teniendo más hijos que en la Costa.
- Se advirtió, también, una relación significativa (n.s.= 0,000) son etnicidad, pues las adolescentes que hablaban Español tendían a tener menos hijos, vivos o muertos, que las que hablaban Quechua, Aymara u otras lenguas nativas.
- En cuanto a los hijos vivos o muertos en las jóvenes, y comparando con los datos de hijos vivos, se encuentra que es, justamente, en las analfabetas y semi-alfabetas donde se han dado más hijos muertos. Así, aumenta en tres puntos porcentuales las jóvenes analfabetas con un hijo vivo o muerto, y en dos y medio puntos porcentuales las que tienen cuatro hijos, con algún caso aislado de cinco hijos. En las semi-alfabetas hay un aumento de 1% en las que tienen tres hijos y en las que tienen cuatro hijos. En las alfabetas hay

un aumento de 1% en las que tienen tres hijos.

- En lo que concierne a número de hijos ya sea vivos o muertos, también el número es mayor a menor escolaridad, siendo altamente significativa la asociación de variables (n.s.= 0,000), con 29% de adolescentes sin escolaridad habiendo tenido un hijo, en comparación con 2% de las que tienen estudios superiores. Tomando en cuenta los hijos vivos y muertos tenidos por las adolescentes, el patrón por nupcialidad es muy similar al de hijos vivos. En jóvenes sucede lo mismo.

6.2.8.3.5 Nacimientos en los últimos cinco años

- En los últimos cinco años, habían tenido un hijo el 9,5% de las adolescentes, en especial las mayores: 19% de las de 19 años; 17% de las de 18 años; 9% de las de 17 años; 4% de las de 16 años y 1% de las de 15 años. Habían tenido dos hijos un 1% de las adolescentes: 3,5% de las de 19 años; 1% de las de 18 años; 0,8% de las de 17 años ; 0,3% de las de 16 años y ninguna de 15 años. Habían tenido tres hijos un 0,1% de las adolescentes: 0,2% de las de 19 años; 0,1% de las de 18 años y ninguna de 17 años o menos. Habían dado a luz el año anterior a la ENDES 2000, un 6% de las adolescentes, siempre más las mayores: 10% de las de 19 años y 18 años; 6% de las de 17 años; 3,5% de las de 16 años y 0,9% de las de 15 años.
- Las adolescentes alfabetas evidencian menos nacimientos en los últimos tres años, en los últimos cinco años y también en el año anterior a la encuesta (5% contra 13% en las parcialmente letradas y 19% en las iletradas), con una asociación entre variables altamente significativa (n.s.= 0,000). Más adolescentes sin escolaridad han tenido un nacimiento el año anterior a la encuesta o en los últimos cinco años que las adolescentes con primaria y, sobre todo, con secundaria, aunque sea incompleta. A partir de este nivel, los porcentajes de duplican o triplican, siendo un punto de quiebre. La brecha entre estudios superiores y sin escolaridad es inmensa, el porcentaje de nacimientos en los últimos cinco años es 14 veces menor (2,5% contra 28,8%) (Cuadro 6,14); el porcentaje de nacimientos el año anterior es 25 veces menor (0,9% contra 25%).

Cuadro 6.14. Educación y Embarazos en los Últimos Cinco Años (%)

No. HIJOS	0	1	2	3	N
Sin escol.	62,7	28,8	8,5	0,0	59
Prim inc	73,7	22,5	3,2	0,6	502
Prim	80,0	16,6	3,4	0,0	640
Sec inc	92,8	6,7	0,5	0,0	2838
Sec	91,7	8,0	0,4	0,0	1282
Sup	97,5	2,5	0,0	0,0	326
%	89,4	9,5	1,1	0,1	
N	5046	535	63	3	5647

- El patrón por nupcialidad en adolescentes es similar al de hijos vivos en lo que concierne a nacimientos en los últimos cinco años.
- En el caso de las jóvenes, no han tenido hijos en los últimos cinco años un 55% de ellas, con 32% siendo madres de un hijo, 12% de dos y 1% de tres. El no haber tenido hijos en el último quinquenio y tener un menor número de hijos es más marcado en las menores, en las que tienen mayor escolaridad. Por ejemplo, 82% de las que tienen estudios superiores y 58% de las que culminaron secundaria no tienen hijos, en contraste con 29% de las que no fueron a la escuela y 24% de las que no terminaron primaria; sólo 15% de las que tienen estudios superiores tienen un hijo, en contraste con 34% o más en el resto de jóvenes; sólo dos por ciento de las que tienen estudios secundarios y 7% de las que tienen secundaria tuvieron dos hijos o más en contraste con 19% o más en los otros niveles. Las alfabetas tuvieron menor maternidad (42%) que las semi-alfabetas y analfabetas (74%); un tercio de las alfabetas tenía un hijo y 1% adicional, dos hijos, en contraste con alrededor de 41% de las semi y analfabetas con un hijo, y 4% de las semi-alfabetas con tres o más hijos, lo mismo que 7% de las analfabetas. Las alguna vez unidas tuvieron más hijos o fueron madres en mayor proporción que las solteras, aunque un 10% de solteras tuvo hijos en los últimos cinco años, 9% teniendo un hijo y uno por ciento, dos hijos. Las jóvenes de la Costa tuvieron menor maternidad y número de hijos en el último quinquenio (38% de maternidad), con menos de un tercio teniendo un hijo; 8%, dos hijos y uno por ciento, tres hijos, que las jóvenes de la Sierra (57% de maternidad, 36% con un hijo, 18% con dos hijos, 3% con tres hijos y casos aislados con cuatro hijos) y, sobre todo, que las jóvenes de la Selva (66% de maternidad, con 45% con un hijo, 19% con dos hijos,, 1% con tres hijos). En cuanto al sexo del jefe del hogar, se ve que hay mayor maternidad en las que tienen un hombre como jefe del hogar (47% contra 35%) y que duplican los porcentajes que tienen hijos, pero aquí resulta difícil deslindar si el jefe del hogar hombre es el padre o la pareja en las alguna vez unidas y si el jefe de hogar mujer no es la madre sino ellas mismas.
- No se encontró asociación entre número de nacimientos en los últimos cinco años y departamentos del país.

6.2.8.4 Embarazo y Maternidad Actual

6.2.8.4.1 Distribución Muestral de Actualmente Gestantes o Madres y Edad

- Un 4% de las mujeres en edad fértil encuestadas estaba embarazada al momento de la encuesta, con una amplia dispersión de tiempo de gestación. Estaban gestando un 4% de mujeres en edad fértil en la Costa, 5% en la Sierra y 6% en la Selva.
- En las adolescentes encuestadas, sexualmente activas o no, un 2,9% (166 de 5644 adolescentes) estaba gestando, lo que representa el 13% de las adolescentes sexualmente iniciadas. Sumadas al 10,6% que ya son madres (604 casos; que constituyen el 47,3% de las sexualmente iniciadas) totalizan un 13,5% de adolescentes madres o gestantes en la actualidad (Cuadro 6,15). En otras palabras, más de la mitad de las adolescentes sexualmente

iniciadas son madres o están embarazadas. Como se yuxtaponen embarazo y maternidad, estimamos en alrededor de 53% la maternidad adolescente en las que ya tuvieron vida sexual. Teniendo en cuenta la edad de las adolescentes gestantes, son 21 adolescentes de 15 años, 29 de 16 años, 29 de 17 años, 46 de 18 años y 43 de 19 años. Se daba más el embarazo actual en las de mayor edad; así, estaban gestando un 4% de las de 19 años; 4% de las de 18 años; 2,5% de las de 17 años; 2% de las de 16 años y 2% de las de 15 años. El tiempo de gestación variaba, en todos los grupos de edad, entre un mes y nueve meses.

- En las jóvenes, 6,4% estaban gestando (305 casos; 9,8% de las sexualmente iniciadas) y 48,0% ya eran madres (73,1% de las sexualmente iniciadas). Esto totaliza un 54,4% de maternidad juvenil menos los casos en que son madres y están gestando. En el caso de las jóvenes ya iniciadas sexualmente, ello representa alrededor de un 80% de madres o gestantes. Se ve que a menor edad, menor maternidad o gestación actual en las jóvenes, pues 37% de las de 20 años son madres, comparadas a 43% en las de 21 años, 49% en las de 22 años, 58% en las de 23 años y 65% en las de 24 años.

6.2.8.4.2 Brechas Sociodemográficas

- Se encontraban embarazadas al momento de la encuesta el 0,7% de las adolescentes solteras, el 12% de las casadas, el 24% de las convivientes y el 6% de las separadas. Había significativamente (n.s.=0,000) más embarazo en las adolescentes de mayor edad. En el Cuadro 6,15 se aprecian otras brechas, además de la edad, respecto de la maternidad y el embarazo actual en adolescentes.
- El alfabetismo se asoció con embarazo actual (n.s.= 0,000). De las alfabetas, estaba gestando un 3%; lo mismo que 7,5% de las 133 parcialmente alfabetas y 6% de las 189 analfabetas. Por ende, no están gestando un 97% de las adolescentes letradas, en contraste con 93% de las parcialmente letradas o 94% de las iletradas.
- Analizando el valor predictivo de la educación, se encuentra que es significativo (n.s.=0,000) y que a mayor educación, menor embarazo actual, salvo por el caso de las adolescentes sin escolaridad, donde es mínimo el porcentaje (1,7%), primero, por lo reducido de las frecuencias pero también, probablemente porque se encuentran en menor exposición a situaciones de riesgo y actividad sexual que las que asisten a escuelas, sobre todo, en el caso de adolescentes rurales que no asisten a la escuela por ayudar en la chacra o con los hermanos. En las adolescentes que tienen primaria incompleta se observa un porcentaje relativamente alto de embarazo actual, de 6% y en las que tienen primaria es de 5%, bajando a 3% en las de secundaria incompleta y a entre dos y tres en las de mayores niveles educativos[21/].
- La etnicidad se asoció con embarazo actual (n.s.= 0,004), en la medida en que las Quechua-hablantes estaban gestando en un 7,5% de casos, en contraste con 2,6% de las Hispano-hablantes.
- Analizando el valor de la región como predictora de embarazo actual, se encontró significativa (n.s.= 0,000),

16/ Raguz, M. Los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes: Reconocimiento internacional en Cairo y Beijing, en: Beijing Más Cinco. Revista de REDESS Jóvenes, 1, (2), Setiembre 2000. 8:15.

con 6,3% de embarazo actual en adolescentes de la Selva Baja, 4,5% en la Selva Alta, 3,3% en la Sierra, 2,4% en Lima Metropolitana 1,9% en el resto de la Costa.

- En el caso de las jóvenes también se apreció una tendencia a mayor embarazo actual en las analfabetas, con 10% de las analfabetas y 9% de las semi-alfabetas estando embarazadas, contra 6% de las alfabetas. También en las jóvenes se vio que a mayor educación, menos embarazo actual. Sabían que estaban gestando un 14% de las jóvenes sin escolaridad, 10% de las que tenían primaria incompleta y 8% que la habían completado así como 9% de las que tenían secundaria incompleta, en contraste con 6% de las que tenían secundaria completa y 3% de las que tenían estudios superiores. Las jóvenes de la Selva y Sierra estaban gestando en mayor proporción que las de la Costa (7,9%, 7,5% y 5,9%, respectivamente). Las jóvenes casadas eran las que más estaban embarazadas (15%), seguidas de las convivientes (13%), con pocas jóvenes separadas gestando (5%) y, menos aún, las solteras (1%), como es esperable.

Cuadro 6.15. Características de la Fecundidad Adolescente

	Madres	Embarazo	Total	#
EDAD:				
15	1,0	1,5	2,5	1,191
16	4,7	2,0	6,7	1,242
17	9,6	2,2	11,8	1,103
18	18,2	3,2	21,4	1,119
19	22,3	3,0	25,3	989
Total	10,6	2,9	13,5	5644
AREA:				
Urbana	6,9	2,2	9,2	3,926
Rural	19,2	2,5	21,7	1,719
DEPARTAMENTO:				
Loreto	26,6	7,8	34,4	196
Ucayali	23,6	3,4	27,0	88
Amazonas	20,1	6,4	26,5	68
Huancavelica	20,0	4,9	24,9	78
Madre de Dios	19,2	4,3	23,6	13
Lima	6,2	2,3	8,4	1,807
Piura	7,0	2,7	9,7	419
La Libertad	7,9	1,7	9,6	317
Junín	9,2	1,2	10,4	304
Cajamarca	17,2	1,6	18,7	303
Puno	9,9	2,1	12,0	266
Cuzco	15,6	1,6	17,2	235
Arequipa	8,1	1,4	9,5	225
REGIÓN:				
Lima Met.	5,7	2,4	8,1	1,629
Resto Costa	7,5	1,8	9,3	1,465
Sierra	13,5	2,0	15,5	1,873
Selva	21,5	4,1	25,7	678
URBANIZACIÓN:				
Lima Met	5,7	2,4	8,1	1,629
Otras ciudades	6,9	2,0	8,9	1,643
Resto urbano	10,0	2,4	12,4	654
Rural	19,2	2,5	21,7	1,719
EDUCACIÓN:				
Sin educación	36,9	0,0	36.9	58
Primaria	22,9	3,6	26,4	1,141
Secundaria	7,6	2,1	9,6	4,120
Superior	2,4	1,7	4,1	326
Total 2000	10,7	2,3	13,0	5,645
Total 1996	10,9	2,5	13,4	6,138

Nota.- debe tenerse en cuenta la diferencia numérica en las muestras

6.2.8.4.3 Número de Hijos Vivos o en Gestación y Edad

- En el Cuadro 6,16 se aprecia que 11% de las adolescentes tienen un hijo o gestan por primera vez, y un 1,4% tiene dos hijos o tiene uno y está gestando el segundo, mientras que un 0,5% tiene ya tres hijos o tiene dos y está gestando el tercero.
- En el caso de las jóvenes, estaban gestando o eran madres un 50%, un 29% tenía o esperaba un hijo; 15% tenía dos o estaba gestando el segundo; 5% tenía tres o estaba gestando el tercero; y 0,2% tenía cuatro o estaba gestando el cuarto hijo.

Cuadro 6.16. Edad de Adolescente y Número de Hijos Vivos o En Gestación (%)

EDAD	15	16	17	18	19	%	N
Sin hijos	97,5	93,4	88,6	79,5	75,1	87,4	4931
1	2,4	6,2	10,4	18,5	20,5	11,2	631
2	0,1	0,4	1,0	2,0	3,9	1,4	78
3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5	5

6.2.8.4.4 Número de Hijos Vivos o en Gestación y Alfabetismo

- La maternidad o gestación actual es mayor en las adolescentes analfabetas (81%) y parcialmente alfabetas (73%) que en las alfabetas (47%). Las analfabetas eran madres o gestantes de un hijo en un 32%, de dos en un 30%, de tres en un 2,5%, de cuatro en un 1,3% y de cinco en un 0,4%. Las semi-alfabetas eran madres o estaban gestando un hijo en un 30%, dos en un 32%, tres en un 2,1%, cuatro en un 0,5%. Las alfabetas eran madres o estaban gestando un hijo en un 29%, dos en un 14%, tres en un 4%, cuatro en un 0,1%. Se ve que aunque en las analfabetas hay más casos, aunque pocos, gestando o madres de un tercer hijo, son mucho menos las que tienen dos hijos, sin diferir tanto de las semi-alfabetas o analfabetas respecto de un hijo o gestación.
- En el caso de las jóvenes, estaban gestando o eran madres un 81% de las analfabetas, 76% de las semi-alfabetas y 43% de las alfabetas, siendo claro que a mayor literacidad, menor maternidad juvenil.

6.2.8.4.5 Número de Hijos Vivos o en Gestación y Educación

- Las adolescentes de menor escolaridad tienden más a tener hijos y embarazos, con alrededor de 32% de adolescentes sin escolaridad o con primaria incompleta y 22% de las que completaron primaria, habiendo tenido embarazos o partos, en contraste con cerca de 10% en las que tienen secundaria completa o no, y 4% de las de estudios superiores (Cuadro 6,17). La relación entre variables fue muy significativa (n.s. = 0,000).
- A menor educación, mayor maternidad o gestación también en las jóvenes, pues 80% de las jóvenes que no tienen escolaridad y 81% de las que tienen primaria incompleta son madres o están

gestando. Ello baja a 73% en las que tienen primaria, 74% en las que tienen secundaria incompleta, 67% en las que tienen secundaria y 21% en las que tienen estudios superiores. Además, un 28% de las que no tienen escolaridad tienen un hijo o lo están esperando, 33% adicional tiene dos, 15% tres, 1% cuatro, 2% cinco y 1%, seis hijos. En las jóvenes con primaria incompleta 30% tiene o espera un hijo, 31% dos, 15% tres, 4% cuatro, 1% cinco. Las que tienen primaria tienen o esperan un hijo en un 34%, 25% tiene dos, 12% tres, 1% cuatro y 0,2%, cinco. Las que tienen secundaria incompleta tienen o esperan un hijo en un 41%, 26% dos, 6% tres, 0,4% cuatro. Las que tienen secundaria tienen o esperan un hijo en un 33%, 12% dos, 1% tres, 0,1% cuatro. Las que tienen estudios superiores sólo esperan o tienen un hijo 17%, 3% dos, 0,4% tres. Se ve que no sólo hay menor maternidad en este grupo sino que tienen menos hijos.

- Igual que en las adolescentes, las jóvenes que tienen menor escolaridad tienen más hijos o están gestando. Así, 80% de las jóvenes sin escolaridad son madres o están gestando, un 28% tiene un hijo, 33% tiene dos, 15% tiene tres, 1% tiene cuatro hijos, 2% tienen cinco hijos y 1%, seis hijos. Las que tienen primaria incompleta son madres o están gestando en un 81%, un tercio teniendo un hijo, 31% teniendo dos, 15% teniendo tres, 4% con cuatro hijos y 1%, cinco. Las jóvenes con primaria son madres o están gestando en un 73%, 34% de ellas teniendo un hijo, 25%, dos hijos, 12%, tres hijos, 1% con cuatro hijos y 0,2%, con cinco hijos. Un 26% de las que tienen secundaria incompleta son madres o están gestando, con 41% teniendo un hijo, 26% teniendo dos, 6% con tres hijos y 0,4%, con cuatro hijos. De las jóvenes con secundaria, son madres o gestan un 47%, un 33% de ellas tienen un hijo o lo están esperando, 12% tienen dos, 1% con tres y 0,1%, cuatro. Aquéllas con estudios superiores son madres o están gestando en un 21% de casos, 17% teniendo o esperando un hijo, 3% dos y 0,4%, tres hijos. No sólo es menor la maternidad sino que es menor el número de hijos.

Cuadro 6.17. Educación y Embarazos o Hijos en Adolescentes (%)

No. HIJOS/EMB	SIN HIJOS	1	2	3	N
Sin escol.	67,2	25,9	6,9	0,0	58
Prim inc	70,3	24,6	4,6	0,6	524
Prim	77,7	18,1	3,9	0,3	640
Sec inc	91,0	8,3	0,7	0,0	2837
Sec	89,5	10,0	0,5	0,0	1282
Sup	96,0	4,0	0,0	0,0	362
%	87,3	11,2	1,4	0,1	
N	4930	630	79	5	5644

6.2.8.4.6 Número de Hijos Vivos o en Gestación y Región

- En todas las mujeres en edad fértil, un 77% de las mujeres encuestadas no han sido madres en los últimos tres años. El 23% de maternidades corresponde a un hijo, especialmente en sierra y selva (alrededor de 26%) y, menos, en la costa (17,5%). El resto, 2% de maternidades corresponde a dos hijos, más en Sierra y Selva (3%) que en la Costa (1,5%).
- En cuanto al número de hijos vivos, un 35% no tiene hijos vivos, en especial, en la Costa (39%), cerca de 30% en la Sierra y 26% en la Selva. La mayoría tiene entre uno y dos hijos; 16% un hijo; otro tanto, dos; 12%, tres hijos, sin marcadas diferencias entre regiones. Las diferencias se aprecian a partir de tres hijos: un 8% de mujeres tiene cuatro hijos pero esto es especialmente cierto en la Sierra y Selva (9 y 10%, respectivamente) y menos en la Costa (7%). Un 5% tiene cinco hijos pero también aquí esto es más característico de Sierra y Selva (7%) que de la Costa (4%). Un 7% de mujeres en edad fértil tiene seis o más hijos y, nuevamente aquí, esto se da en la Sierra y Selva (12%) pero poco en la Costa (5%).
- En las adolescentes, se encontró una alta significación de la asociación entre región y número de hijos vivos o en gestación (n.s.= 0,000), con más hijos en la Selva y Sierra que en la Costa. En las adolescentes de la Costa alrededor de un 7% son madres o están gestando (6% en Lima), contra 13% en la Sierra, 18% en la Selva Alta y 22% en la Selva Baja. Se ve que no sólo hay mayor maternidad actual, sino que más adolescentes de la Sierra y, sobre todo, de la Selva, en especial, de la Selva Baja, están esperando o ya tienen un hijo o dos. Así, 18,4% en la Selva Baja tienen o esperan un hijo; un 3,4% adicional, el segundo y 0,2%, tres hijos. En la Selva Alta, tienen o esperan un hijo 15,9% de las adolescentes; 1,9% adicional, dos hijos y 0,4%, tres. En la Sierra son 11,5% para un hijo; 1,1% para dos y 0,4%, tres. En cambio, en la Costa, fuera de Lima, es 7% un hijo, 0,3% dos hijos y 0,1%, tres; en Lima es 5,3% un hijo, 0,4% dos y ninguna, tres hijos.
- Más jóvenes de la Selva (72%) y Sierra (62%) son madres o están gestando que en la Costa (33%). También es mayor la maternidad o embarazo de un hijo en la Selva (36%) y Sierra (32%) que en la Costa (27%). Lo mismo, hay menos madres jóvenes o gestantes de dos hijos en la Costa (12%) que en la Selva o Sierra (alrededor de 23%) y es en la Selva, en particular, donde más tienen tres hijos o esperan el tercero (10%), en comparación con la Sierra (6%) y, sobre todo, con la Costa (3%). Son pocas jóvenes las que tienen más de tres hijos, por lo que aquí ya no se aprecian diferencias regionales.

6.2.8.4.7 Número de Hijos Vivos o en Gestación y Nupcialidad

- En cuanto al estado civil, es claro que la maternidad en las adolescentes solteras es mucho menor que en los otros grupos y que donde mayor maternidad hay es en las separadas y convivientes. Sólo un 3% de las adolescentes solteras ha estado embarazada o tenido un hijo, en comparación con 76% de las casadas, 66% de las convivientes y 78% de las separadas. Sólo un 0,1% de aquéllas ha tenido dos hijos, en comparación

con 14% de las casadas, 12% de las convivientes y 2% de las separadas. Ninguna adolescente soltera tiene tres hijos, lo que sucede en 1% de las casadas, 1% de las convivientes y 0% de las separadas.

- Sólo un 12% de las jóvenes casadas son madres o están gestando, en comparación con 94% de las casadas, 92% de las convivientes, y 92% de las separadas. Las solteras tienen un hijo o lo están gestando en un 11%, lo que sube a 13% en las casadas, mientras que esto se da en 59% de las separadas, 50% de las convivientes. Un 1% de las solteras es madre de dos hijos o gesta el segundo, en comparación con 23% de las separadas, 31% de las convivientes y 37% de las casadas. Sólo un 0,1% de las solteras tiene tres hijos o gesta el tercero, mientras ello se da en 9% de las separadas, 10% de las convivientes y 11% de las casadas. Ninguna soltera tiene cuatro o más hijos, lo que se da en un 0,7% de las separadas, 1% de las convivientes y 3% de las casadas (1% con cuatro y 0,3% con cinco hijos nacidos o el quinto por nacer).

6.2.8.4.8 Número de Hijos Vivos o en Gestación, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- El pertenecer a zonas urbanas o rurales se asocia significativamente con el número de hijos vivos o en gestación (n.s.= 0,000), con mayor maternidad en zonas rurales (21% contra 9%). Haciendo un análisis más desagregado a nivel urbano, se tiene que sigue siendo un predictor significativo (n.s.= 0,005). En adolescentes, las de Lima Metropolitana no tienen hijos ni están gestando en un 92% de los casos, con 8% teniendo o esperando uno y, menos del 0,5%, dos. Las de las grandes ciudades también no son madres en un 91% de los casos, y 8% tienen un hijo, con un 1% teniendo dos. En el resto urbano ya baja a 88% el porcentaje de adolescentes que no son madres, con 11% teniendo un hijo y 0,6%, dos. Ya en localidades rurales la maternidad es mayor, con sólo 79% de adolescentes que no son madres, 18% teniendo un hijo y 3%, dos, además de un 0,2% teniendo tres hijos.
- En jóvenes, un 65% de las de Lima Metropolitana no son madres, 24% tiene o espera un hijo, 10% dos, y 1%, tres. Las de grandes ciudades no son madres en un 56% de casos, 29% tiene un hijo, 11% dos, 3% tres y 0,3%, cuatro hijos. En el resto urbano baja a 46% el porcentaje de jóvenes que no es madre, 32% tiene un hijo, 15% dos, 6% tres y 0,2% cuatro. Ya en jóvenes rurales aumenta más considerablemente la maternidad, con sólo 28% de jóvenes que no son madres, 33% teniendo un hijo, 26% dos, 10% tres, 2% cuatro, 0,6% cinco y 0,1% seis.
- La etnicidad se relaciona, también significativamente (n.s.= 0,000), con el número de hijos vivos o en espera, siendo mayor en la Selva y Sierra que en la Costa.

6.2.8.5 Maternidad Temprana

6.2.8.5.1 Maternidad Temprana y Edad

- Según ENDES, un 0,8% de las adolescentes fue madre antes de los 15, 6,8% entre los 15 y 17 años; 3% entre los 18 y los 19 años. Un 52% de las jóvenes no es madre; de las que si, un 1,6% lo fue antes de los 15 años; 12,6% fue madre entre los 15 y 17 años; 16% entre los 18 y 19 años; 13% entre los 20 y 21 años; 5% entre

los 22 y 24 años. Puede apreciarse, comparando con los otros grupos etáreos, que hay un aumento de la maternidad temprana en las mayores. Por ejemplo, entre las de 40-45 años, 1,7% fue madre antes de los 15; 16% entre los 15 y 17; 17% entre los 18 y 19 años.

- En nuestro análisis encontramos un porcentaje ligeramente mayor de maternidad temprana en adolescentes ya que, de las 4,989 adolescentes que respondieron la pregunta, sexualmente activas o no, un 0,9% fue madre por primera vez antes de los 15 años, siendo 45 casos. Dos adolescentes de 16 años y otra de 18 que fueron madres primíparas a los 12 años. Dos adolescentes de 16 años y tres de 17 años que fueron madres a los 13 años. Seis adolescentes de 15 años, seis de 16 años, once adolescentes de 17 años, 18 adolescentes de 18 años y seis adolescentes de 19 años que fueron madres por primera vez a los 14 años. Un 8% de todas las adolescentes fue madre por primera vez entre los 15 y 17 años, sumando 385 casos. Un 1,6% fue madre a los 15 años, con 75 adolescentes. Un 3% lo fue a los 16 años, siendo 136 adolescentes, y 3% de las adolescentes fue madre a los 17 años, siendo 170 adolescentes. Un 3,4% de todas las adolescentes fueron madres por primera vez entre los 18 y 19 años, un 2,8% a los 18 años (139 casos) y 0,6%, a los 19 años (31 casos).
- En el caso de las jóvenes, un 2% fue madre tempranamente -entre los 12 y 14 años- y 15% lo fue entre los 15 y 17 años. Un 19% lo fue entre los 18 y 19 años. Ya en la juventud adulta fueron madres un 22%, entre los 20 y 24 años.

6.2.8.5.2 Edad de Primer Parto y Primer Nacimiento y Alfabetismo

- Se encuentra mayor porcentaje de primer nacimiento antes de los 15 años en las adolescentes parcial o totalmente iletradas, aunque mayor en las que leen parte de una oración (13,5%) que en las que no (5%), lo que podría apuntar a menor control parental, por ejemplo, por el mismo hecho de trasladarse a la escuela. En las letradas es de sólo 0,7%. También se aprecia que en las adolescentes letradas el porcentaje de maternidad a partir de los 15 años y hasta los 19 es consistentemente menor que en las de menor literalidad en todas las edades. La asociación entre edad al primer nacimiento y alfabetismo fue muy significativa (n.s.= 0,000).
- En el caso de las jóvenes, no habían sido madres mucho más las alfabetas (45%) que las analfabetas (14%) y semi-alfabetas (15%). El embarazo temprano se dio en un 5%, especialmente en las de menor alfabetismo (7% de las analfabetas, 5% de las semi-alfabetas y 1,5% de las alfabetas). Otro 11% fue madre entre los 15 y 17 años, más las de mayor analfabetismo (27% de las analfabetas y 33% de las semi-alfabetas) que las alfabetas (14%). Entre los 18 y 19 años fueron madres un 19%, también más las de mayor analfabetismo (34% de las analfabetas y 24% de las semi-alfabetas) que las alfabetas (18%). Ya entre los 20 y 24 años fueron madres un 21% de las jóvenes.
- También en las jóvenes hay más primeros nacimientos tempranos en las de menor literacidad, con 7% de las analfabetas habiendo tenido su primer hijo antes de los 15 años, lo mismo que 5% de las semi-alfabetas, bajando

sensiblemente a 1,5% en las analfabetas. En las jóvenes semi-alfabetas predominan los primeros partos entre los 15 y 17 años (33%), seguidas de las analfabetas (27%) mientras que sólo se da en las alfabetas en un 14%. Lo mismo, en aquéllas es mayor el primer nacimiento entre los 18 y 19 años (34% en las analfabetas, 24% en las semi-alfabetas y 18% en las alfabetas). Consistentemente, las alfabetas tuvieron maternidades más tardías, a partir de los 20 años (26%), seguidas de las semi-alfabetas (23%) y las analfabetas (17%).

6.2.8.5.3 Edad al Primer Nacimiento, Alfabetismo y Educación

- La maternidad en términos de embarazos que se completan dando a luz, es mayor en las jóvenes semi-alfabetas y analfabetas (85%) que en las alfabetas (59%). Los embarazos tempranos son más frecuentes en las analfabetas (7%) y semi-alfabetas (5%) que en las alfabetas (1,5%); entre los 15 y 17 años se embarazan más las semi-alfabetas (33%) y las analfabetas (27%), lo que sólo se da en un 13% de las alfabetas. También entre los 18 y 19 años se embarazan más las analfabetas (34%) y semi-analfabetas (23%) que las alfabetas (18%). Ya entre los 20 y 24 años se embarazan más las alfabetas (26%) y semi-alfabetas (23%) que las analfabetas (17%).
- En cuanto a la edad de la adolescente en el primer nacimiento de un hijo o hija y su nivel educativo, la asociación entre variables fue significativa (n.s. = 0,000), con menor edad al primer nacimiento en las de menor educación. Las adolescentes que no tienen escolaridad tienden a ser madres sobre todo a los 16 años (10%). Las que tienen primaria incompleta lo son a los 16 o 17 años (8% y 9%). Las que tienen primaria, a los 17 años (6%) y las que tienen secundaria incompleta, también (3%). Las que tienen secundaria lo son usualmente a los 18 años (4%) y las que tienen estudios superiores, a los 18 (2%).
- No sólo se advierte una maternidad más tardía en las adolescentes con mayor educación, sino menores porcentajes de maternidad. El primer parto antes de los 15 años es mucho mayor en adolescentes sin escolaridad (8%) que en el resto, especialmente las que tienen estudios superiores (0%). También es más frecuente el primer parto en las adolescentes sin escolaridad ya sea entre los 16 y 17 años como entre los 18 y 19 años (Cuadro 6,18).

Cuadro 6.18. Educación y Partos Adolescentes (%)

Edad en Primer Parto	12-14	15-17	18-19
Sin escol.	8,0	14,0	22,0
Prim inc	4,0	22,2	5,6
Prim	5,0	16,4	4,0
Sec inc	0,3	5,5	2,1
Sec	0,1	4,8	4,7
Sup	0,0	0,0	2,5

- En el caso de las jóvenes, un 89% de las solteras no había estado embarazada, en contraste con 12% de las convivientes, 8% de las casadas y 8% de las separadas. El 10% de las solteras tenían un hijo, 1% tenía dos hijos y 0,1% tenía tres o estaba esperando el tercero. Las convivientes tenían un hijo en un 48% de casos, otro 28% tenía dos, 9% tres hijos, 2% cuatro, 0,4% cinco y 0,1%, seis hijos. Las casadas tenían un hijo en 45% de ellas, el 32% tenía dos hijos, 10% tenía tres, 2% ya tenía cuatro hijos y 1%, cinco. Las jóvenes separadas tenían un hijo en un 57% de casos, 25% tenía dos, 7%, tres, 2% tenía cuatro y 0,4%, cinco hijos.
- A partir de ello, y teniendo en cuenta los hijos vivos así como los hijos vivos y muertos tenidos, se observa que las todos los embarazos de las jóvenes culminaron en hijos vivos, salvo en el caso de las convivientes y separadas. Algunos embarazos en jóvenes convivientes no culminaron, siendo una diferencia de dos puntos porcentuales en las que tenían el primer hijo, tres puntos porcentuales en las que tenían uno y gestaban otro, y un punto porcentual en las que tenían tres o gestaban el tercero. Lo mismo se vio en jóvenes separadas, con dos puntos porcentuales de diferencia entre embarazos y partos en el primer hijo, segundo hijo y tercer hijo, además de un 0,4% que no tuvo el sexto hijo.
- En las jóvenes, un 2% tuvo maternidades tempranas, antes de los 15 años, especialmente las de menor escolaridad (6% en jóvenes con primaria incompleta, 5% en las que no tenían escolaridad y 4% en las que tenían primaria), en contraste con 2% en las que tenían secundaria incompleta o más (2% en las de secundaria incompleta, 0,5% en las de secundaria y 0,1% en las de estudios superiores). También se vio que del 15% de maternidades entre los 15 y 17 años, la mayor proporción se da en las de menor escolaridad, con 29% en las de primaria incompleta, 28% en las de primaria y 24% en las que no tenía escolaridad, e, incluso 30% en las que tienen secundaria incompleta. En cambio, sólo 10% de las que tenían secundaria y 1% de las que tenían estudios superiores habían sido madres por primera vez entre los 15 y 17 años.
- Igualmente, es mayor la maternidad primera entre los 18 y 19 años en las de menor educación, con 33% de maternidad en este rango de edad en las jóvenes sin escolaridad, 28% en las que no completaron primaria, 24% en las que si, 17% en las que no completaron secundaria, 21% en las que si y sólo 7% en las que tenían estudios superiores. Un 22% de las jóvenes fue madre ya en la juventud adulta, entre los 20 y 24 años, aquí si dándose más primeros partos en las de mayores niveles educativos, salvo por las que tienen educación superior, que siguen teniendo el menor porcentaje en todos los rangos de edad (16% contra entre 19% de menor escolaridad a 27% en las que tienen secundaria completa).

6.2.8.5.4 Edad al Primer Nacimiento y Nupcialidad

- En cuanto a los nacimientos en el último año, sólo un 1,7% de las adolescentes solteras había sido madre, comparadas a 39% de las casadas, 38% de las convivientes y 27% de las separadas.

- Las adolescentes casadas y convivientes tuvieron su primer parto entre los 16 y 18 años; las separadas, a los 17. Los embarazos antes de los 15 años fueron más frecuentes en las separadas (12%) que en las convivientes (6,8%) y las casadas (5,7%) y, sobre todo, que las solteras (0,3%). Un 34% de las casadas, 35% de las convivientes y 26% de las separadas fue madre entre los 15 y 17 años, comparadas a 2% de las solteras. Entre los 18 y 19 años fueron madres el 50% de las casadas, el 59% de las convivientes y el 63% de las separadas, en comparación con 1,9% de las solteras.
- En el caso de las jóvenes solteras, del 15% que fueron madres, sólo un 0,6% había tenido un embarazo temprano, un 3% fue madre entre los 15 y 17 años, 5% lo fue entre los 18 y 19, y 6%, entre los 20 y 24 años. Las casadas y convivientes mostraban porcentajes similares de maternidad temprana (3%), de maternidad entre los 15 y 17 años (alrededor de 25%), entre los18 y 19 años (33%) y entre los 20 y 24 años (alrededor de 37%). Las jóvenes separadas también tenían un 28% de maternidad entre los 15 y 17 años y 35% entre los 18 y 19, pero diferían ligeramente en la maternidad después de los 20 años, siendo algo menor (31%), a la par que la maternidad temprana era la más alta de todos los grupos (6%), dándose el parto usualmente entre los 13 y 14 años en ese rango.

6.2.8.5.5 Edad al Primer Nacimiento, Región y Brechas Urbano-Rurales

- En cuanto a la edad de las mujeres en edad fértil cuando tuvieron su primer hijo nacido vivo, del 72% que son madres un 30% lo fueron entre los 15 y 19 años, especialmente en la Selva (51%) y Sierra (37%) y menos en la Costa (25%). Incluso un 1,7% fue madre antes de los 15 años, sobre todo en la Selva (4%) más que en la Sierra (2%) o Costa (1%). Un 27% fue madre por primera vez entre los 20 y 24 años (alrededor de 28% en Costa y Sierra y 23% en la Selva). Casi un 10% fue madre recién entre los 25 y 30 años, sobre todo en la Costa (11%) y Sierra (7%) y menos en la Selva (5%). Un 3% de las mujeres fue madre primeriza entre los 30 y 40 años, más en la Costa y Sierra que en la Selva. Casi ninguna mujer tuvo su primer hijo después de los 40 años.
- Teniendo en cuenta las regiones, no son madres un 94% de las adolescentes de Lima y 92% del resto urbano, en contraste con 86% de la Sierra, 81% de la Selva Alta y 77% de la Selva Baja.
- La edad del primer nacimiento en adolescentes se asoció significativamente a región (n.s.= 0,000) y suele ser menor en la Costa, entre los 16 y 18 años, siendo entre los 15 y 18 en la Sierra y entre los 15 y 16 en la Selva. Cabe indicar que es en la Selva Baja y en la Selva Alta, seguidas de la Sierra, donde se da una menor edad de la madre adolescente. Un 0,5% de primeros partos en la Costa ocurre antes de los 15 años, subiendo a 1% en la Sierra y a 4% en la Selva. Entre los 15 y 17 años ocurren los primeros partos en un 5% de las adolescentes de la Costa, 11% en la Sierra y 22% en la Selva. Los primeros partos entre los 18 y 19 años se dan en un 3% de adolescentes de la Costa, 4% de la Sierra y 5% de la Selva.
- La asociación entre etnicidad y edad al primer nacimiento fue muy significativa (n.s.= 0,000), con las adolescentes que hablan Quechua, Aymara y otras lenguas nativas siendo menores en su primera maternidad que las Hispano-hablantes.

- De las 3,757 jóvenes, 1,577 -es decir, un 42%- no eran madres. Del 58% restante había sido madre antes de los 15 años en un 3% de casos, especialmente en la Selva (5%), seguida de la Costa (2%) y Sierra (1%).
- Un 15% de las maternidades en las jóvenes fue entre los 15 y 17 años, especialmente en la Selva (36%) y Sierra (20%), seguida de la Costa (11%). Un 19% de las maternidades en jóvenes habían sido entre los 18 y 19 años, especialmente en la Selva (27%) y Sierra (25%), más que en la Costa (16%). El resto de jóvenes, 22%, habían sido madres a los 20 años o más, especialmente en la Sierra (24%), algo menos en la Costa y Selva (21%).
- La asociación entre edad del primer nacimiento y urbanismo también resultó altamente significativa (n.s.= 0,000), con maternidades más tempranas en adolescentes rurales que en urbanas de Lima, grandes, medianas y pequeñas ciudades.

6.2.8.6 Embarazos y Número de Hijos por Región

- Un 35,4% de las MEFs encuestadas no tiene hijos, especialmente en la costa (39%), siendo 30% en la Sierra y 26% en la Selva. De las que son madres y sin diferencias regionales notorias, alrededor de 16% tiene un hijo y otro tanto, dos hijos. Alrededor de un 12% tiene tres hijos; cerca de 8% tiene 4 hijos; poco más del 5% tiene 5 hijos y 7%, seis o más hijos. Encontramos inconsistencia en los resultados según los reactivos ya que otros análisis mostraban un 28% que no ha tenido hijos, especialmente en la Costa (327%), menos en la Sierra (24%) y mucho menos en la Selva (15%).
- Se encontraban embarazadas al momento de la ENDES 2000 un 2% de las adolescentes en la Costa, 3% en la Sierra y 6% en la Selva; en promedio.
- Cruzando fecundidad y maternidad con región, se encuentra que las adolescentes de la Selva tienden más a haber tenido embarazos (28%) que las de la Sierra (15%) o Costa (9%). Muchas más adolescentes han tenido un hijo o dos hijos en la Selva que en la Sierra y, sobre todo, que en la Costa (Cuadro 6,19).
- El mismo patrón se encuentra en el número de hijos vivos y muertos. Un 7% de las adolescentes de la Costa ha tenido un hijo, vivo o muerto, comparado con 12% en la Sierra y 18% en la Selva. Un 0,4% en la Costa y 1,6% en la Costa han tenido dos hijos, en comparación con 4% en la Selva. Ni un uno por ciento ha tenido tres o cuatro hijos. Porcentajes muy similares se encuentran respecto de hijos vivos.

Cuadro 6.19. Región y Número de Embarazos Adolescentes (%)

No. Embarazos	0	1	2	3	N
Costa	90,7	8,8	0,5	0,0	3566
Sierra	84,6	12,7	2,6	0,1	1570
Selva	72,5	23,0	4,1	0,4	509
%	87,3	11,2	1,4	0,1	
N	4930	631	79	5	5645

- En los tres últimos años y en los cinco últimos años los porcentajes son casi iguales para el número de hijos vivos y muertos en las adolescentes, con 93% de las adolescentes de la Costa, 86% de la Sierra y 77% de la Selva no teniendo hijos vivos o muertos. Un 7% en la Costa tiene un hijo vivo o muerto, comparado con 12% en la Sierra y 18% en la Selva. Sólo 0,4% en la Costa y 1,6% en la Sierra tiene dos, mientras que en la Selva es 4%. Casi ninguna adolescente tiene tres o cuatro hijos, vivos o muertos.
- Un 93% de las adolescentes de la Costa no tenía hijos vivos, 7% tenía un hijo y 0,4%, dos. Un 86% de adolescentes de la Sierra no tenía hijos, 12% tenía un hijo, 1,6% tenía dos hijos, 0,1%, tres hijos y 0,1%, cuatro hijos. Un 77% de adolescentes de la Selva no tenía hijos, 18% tenía uno, 4,3% tenía dos, y 0,4 tenía tres.
- En lo últimos cinco años un 89% de las adolescentes no había tenido hijos nacidos, un 9,5% había tenido un nacimiento, mucho más en la Selva (18%) y Sierra (13%), que en la Costa. Otro 1,1% había tenido dos nacimientos, más en la Selva (4,3%) que en la Sierra (1,5%) y, sobre todo, que en la Costa (0,4%). Incluso un 0,2% de la Selva y 0,1% de la Sierra había tenido tres nacimientos.
- En el caso de las jóvenes, estaban gestando un 8% de jóvenes de la Selva, 7,5% de la Sierra y 6% de la Costa. Un 72% de las jóvenes de la Selva habían sido madres, 36% habiendo estado embarazadas de un hijo, 24% de dos, 10% de tres, 2% de cuatro, 0,7% de cinco y 0,2% había tenido seis embarazos. En la Sierra habían tenido embarazos un 62% de las jóvenes, 32% uno, 22% dos, 6% tres, y 0,3% cuatro embarazos. En la Costa sólo 43% había estado embarazada, 27% una vez, 12% dos, 3% tres, 0,2% cuatro y 0,1%, cinco veces.
- Habían tenido más hijos las jóvenes de la Selva que de la Sierra o Costa, repitiéndose el mayor porcentaje en la Selva que en las otras regiones tanto para las jóvenes que tenían un hijo, como dos, tres o más. Un 36% de las jóvenes de la Selva tenían un hijo, 22% dos, 9% tres, 2% cuatro y 0,7%, cinco hijos vivos. Las jóvenes de la Sierra tenían un hijo en un 32% de casos, 20% dos, 5% tres, 1% cuatro y 0,3%, cinco. En la Costa un 27% de las jóvenes tenía un hijo, 10% dos, 3% tres y 0,1%, cuatro. No sólo había menor maternidad sino menor número de hijos en la Costa. No se ven mayores diferencias entre hijos vivos e hijos vivos y muertos, con variaciones de dos puntos porcentuales sólo en jóvenes de la Sierra y de la Selva.
- Del 48% de jóvenes de la Costa que eran madres, 28% había tenido un hijo en los últimos cinco años, 28% dos, 8% tres y 0,8%, cuatro. Del 57% de jóvenes de la Sierra que habían sido madres, 36% había tenido un hijo en el último quinquenio, 18% dos, 3% tres y 0,1%, cuatro. Del 64% de jóvenes de la Selva que había sido madre, un 45% había tenido un hijo en los últimos años, 19% dos y 1%, tres.

6.2.8.7 Maternidad, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- Las adolescentes que viven en zonas urbanas no han tenido hijos en un 93% de casos, sólo 6% ha tenido un hijo y apenas 0,5%, dos, en los últimos cinco años. Las adolescentes de zonas rurales

no han sido madres en un 81%, con 16% teniendo un hijo y 2%, dos hijos y 0,1%, tres hijos.

- Teniendo en cuenta la localidad urbana o rural, se aprecia que si bien el promedio de adolescentes sin hijos vivos es de 89,7%, ello se debe a la menor proporción de adolescentes rurales que no son madres (82%) en comparación con un 90% en el resto urbano, 93% en grandes ciudades y 94% en Lima. Un 9% tiene un hijo, pero esto sube a 15,9% en las localidades rurales, y baja a 9% en el resto urbano, 6% en ciudades grandes y 5% en Lima. Un 0,9% tiene dos hijos, pero se trata de 2% en adolescentes rurales, y entre 0,3 y 0,4% en las urbanas. Un 0,2% tiene tres hijos, pero se debe al 0,1% de adolescentes rurales pues ninguna urbana tiene más de dos hijos.
- Teniendo en consideración no sólo los hijos vivos sino los muertos, baja a 89,3% el porcentaje de no madres, particularmente porque disminuye a 80,8% el porcentaje de madres rurales y a 89,9% el de madres del resto urbano. Aumenta a 9,5% el porcentaje de madres adolescentes con un hijo vivo o muerto, sobre todo porque en las rurales sube a 16,6%, ya que aumenta en las de resto urbano sólo un 0,1%. El porcentaje con dos hijos sube a 1,1% al aumentar a 2,4% las rurales y a 0,8% las del resto urbano. También se da un caso de adolescente rural que tiene cuatro hijos, vivos y muertos.
- En el caso de las jóvenes, un 61% de las urbanas y 30% de las rurales no han sido madres. Más rurales que urbanas tienen un hijo (34% contra 27%), o dos hijos (25% contra 9%), o tres hijos (8% contra 2%) o cuatro hijos (2% contra 0%) e, incluso, hay casos rurales con cinco hijos (0,5%).

6.2.8.8 Intervalo Intergenésico

- El intervalo inter-genésico en las MEF es de 48 meses o más; un 96% de las mujeres adolescentes tiene intervalos muy cortos, más que cualquier otro grupo; en las jóvenes es un 78%; en las mayores de 30 años baja a 57%. La mediana de intervalo en adolescentes es de 24,7 meses, en jóvenes, 31 meses, en mayores de 30, es de 41,4 meses.

6.2.8.9 Terminación del Embarazo

- Aunque se indague por terminación del embarazo englobando aborto, pérdida y nacido muerto, lo que dificulta diferenciar aborto inducido de aborto espontáneo, se aprecia que de 3,837 mujeres en edad fértil alguna vez embarazadas un tercio -1,326- reportan terminación de gestación, siendo un 14% de la muestra total.

6.2.8.9.1 Terminación del Embarazo en MEF y Región

- El porcentaje de terminaciones en MEF es mayor en la Selva, 21%, que en Costa, 14%, y Sierra, 12%. Analizando el mes de terminación de embarazo y la región, sale un patrón muy interesante por lo que graficamos los resultados (Cuadro 6.20).

  Puede apreciarse que la mayor parte de las terminaciones de embarazos se dan en los primeros tres meses (76%), sea por aborto espontáneo o inducido. Esto se da, especialmente, en el segundo mes de gestación en las tres regiones. La terminación en el primer trimestre es más frecuente en la Costa

(79%) y la Selva (78%) que en la Sierra (66%). En el último trimestre apenas llegan a 5% los embarazos interrumpidos pero esto se da sobre todo en la Sierra (13%) en el último mes.

Habría que profundizar en las causas de estas cifras, relacionándolas con controles prenatales, parto no institucional y nacidos muertos (cuidando de diferenciar nacido muerto de infanticidio, una práctica para regular fecundidad en ámbitos sobre todo rurales), complicaciones obstétricas, trabajo de riesgo en el último trimestre, acceso a PAE y otras variables.

Estudios cualitativos de profundización podrían mostrar si en el primer trimestre lo que más se da es abortos inducidos (ya que las cifras largamente exceden la esperada para abortos espontáneos) y en el último trimestre serían abortos espontáneos y nacidos muertos. El hecho de que las terminaciones sean predominantemente en los primeros tres meses es importante para políticas y programas de maternidad segura y saludable y el tratamiento humanitario del aborto de alto riesgo.

Las estadísticas de terminaciones de 1966 al 2000 muestran cambios drásticos, ya que hasta los años 85 pasan de ser casi 0% a 4, 5, 6% y más. ¿Qué marcos legales, de políticas y normativos, qué cambios en los programas del MINSA, qué intervenciones de ONGs tuvieron lugar en ese punto de quiebre?

Cuadro 6.20. Mes de terminación de embarazo en MEF según región (%)

REGION	1	2	3	4	5	6	7	8	9
COSTA	19,5	35,9	23,7	6,5	5,7	2,0	2,3	1,6	2,7
SIERRA	14,3	28,6	23,3	9,0	2,3	3,7	1,0	5,3	12,6
SELVA	19,0	35,1	23,8	6,5	4,8	1,8	3,0	0,6	5,4
TOTAL	18,3	34,2	23,6	7,1	4,8	2,3	2,1	2,3	5,3

6.2.8.9.2 Terminación del Embarazo en Adolescentes

- En cuanto a las adolescentes y teniendo en cuenta la edad de la terminación, se aprecia que los abortos, pérdidas y nacidos muertos de mujeres adolescentes se reportan más en las de 19 años (4%) y las de 18 años (1,5%), disminuyendo a 0,8% en las de 17 años, 0,5% en las de 16 años y 0,2% en las de 15 años, lo cual es esperable.
- Estas cifras son mayores en las adolescentes convivientes y separadas (7%) que en las casadas (4%) y, sobre todo, que en las solteras (0,5%).
- No se aprecian diferencias significativas por nivel educativo. Tampoco por alfabetismo. Sin embargo, las adolescentes analfabetas son las que más pérdidas, abortos y nacidos muertos presentan (3%), en contraste con las que leen parcialmente (1,5%) o leen una oración (1%). Tampoco llega a tener significancia la asociación entre educación y mes de terminación del embarazo.
- Aunque no alcanzan significancia, tienden a ser mayores las cifras en las adolescentes de la Selva (3%) que en las de la Costa (1,4%) o Sierra (0,5%).

Lo que si tiende a ser significativo, aunque no a los niveles que este estudio demanda (n.s.= 0,05) es el mes en que se termina el embarazo, pues es más tardío en la Selva y Sierra.

- En cuanto a brechas urbano-rurales, no se aprecian diferencias significativas en las adolescentes, con un 1% de terminaciones en Lima Metropolitana, grandes ciudades, el resto urbano o localidades rurales.
- Por etnicidad, no hay asociación entre lengua hablada y terminación del embarazo, pero puede deberse al reducido número de casos, ya que se trata de 65 Hispanohablantes (de una muestra de 5,210) y 3 Quechua-hablantes (de una muestra de 372). En este reducido número se advierte que las Quechua-hablantes, presentan un 33% de terminaciones en el octavo mes de gestación, contra ningún caso en las Hispano-hablantes.

6.2.8.9.3 Terminación del Embarazo en Jóvenes

- En las jóvenes se observa que 284 de las 4739 jóvenes terminaron un embarazo, es decir, 6%.
- Esto se dio más en las de 23 y 24 años (8%) que en las menores (4% a 5%); más en las que tenían primaria incompleta, completa o secundaria completa o incompleta (8%) que en las que no tenían escolaridad (3%) o tenían estudios superiores (2%); más en las parcialmente alfabetas (7%) y semi-alfabetas (6%) que en las analfabetas (4%); más en las casadas o convivientes (11%) y separadas (10%) que en las solteras (1%); y más en la Selva (12%) que en la Costa o Sierra (5%).
- Al igual que en las adolescentes, no se advierten brechas urbano-rurales en las jóvenes, con 6% de terminaciones en Lima Metropolitana, 7% en otras grandes ciudades, 6% en el resto urbano y 5% en localidades rurales.

6.2.9 Conocimientos Reproductivos y PF

6.2.9.1 Conocimiento del Ciclo Fértil y Región

- En lo que concierne al conocimiento de su ciclo fértil, sólo un 36% de las mujeres en edad fértil lo puede identificar, sin diferencias regionales (39% en la Selva; 37% en la Costa y 31% en la Sierra).
- En el caso de las adolescentes, sólo un 23% reconoce que es a mitad del ciclo fértil. Por regiones, se advierte que en la Sierra es donde menos conocen las adolescentes su ciclo fértil, pero también son más concientes de su desconocimiento. Diferenciando por edad se advierte mayor conocimiento en las mayores, variando de 16% a 30% (Cuadro 6,21). Un 39% reporta no saber cuándo es su ciclo fértil, pero otro 37% cree saber pero está equivocado, lo que representa un importante riesgo reproductivo, dando respuestas erradas (por ejemplo, fertilidad antes, durante o después de la menstruación, en cualquier momento).

Cuadro 6.21. Conocimiento del Ciclo Fértil y Edad (%)

EDAD	15	16	17	18	19	TOT
Conocimiento adecuado	16,1	20,0	24,3	28,1	29,8	23,3
Sabe que no sabe	45,5	43,3	36,3	35,7	34,0	39,2
Cree saber pero equivocada	38,4	36,7	39,4	36,2	36,2	37,5

- En las jóvenes, un 37% conoce el ciclo fértil, sin diferencias por edad, pero sólo 28% reconocen no saber, estando aún en mayor riesgo potencial de embarazo no deseado el 35% que cree saber pero está errada.

6.2.9.2 Conocimiento del Ciclo Fértil por Educación y Alfabetismo

- A mayor educación, más conocimiento del ciclo fértil en las adolescentes (n.s.= 0,000). Teniendo en cuenta el nivel educativo, se aprecia que hay enormes brechas en el conocimiento del ciclo fértil, con más de la mitad de las adolescentes con estudios superiores y un 38% de las que tienen secundaria completa teniendo información correcta, bajando a casi la mitad en las que tienen secundaria incompleta y a 10% o menos en las de menor nivel educativo. A ello se suman porcentajes que van de 26 a 40% de adolescentes que cree saber y está equivocada (Cuadro 6,22).
- Son las adolescentes alfabetas las que más saben del ciclo fértil y las más concientes de no saberlo, ya que las analfabetas y las que sólo leen parte de una oración creen, en un 38%, que lo pueden identificar pero están equivocadas. Las brechas educativas en las jóvenes también son muy grandes, con un 57% de jóvenes con estudios superiores lo mismo que 40% de las que tienen estudios secundarios conocen el ciclo fértil, pero esto solo llega a un 24% en las que tienen

Cuadro 6.22. Conocimiento del Ciclo Fértil y Variables Sociodemográficas (%)

	Sabe	No sabe	Cree Saber
Educación			
Sin escolaridad	0,0	74,1	25,9
Primaria Incompleta	4,0	66,5	29,5
Primaria Completa	10,3	57,5	32,2
Secundaria Incompleta	20,9	38,2	40,9
Secundaria Completa	36,4	25,5	38,1
Estudios Superiores	52,1	18,4	29,5
Alfabetismo			
No lee	1,6	70,0	28,4
Lee parte	4,5	57,5	38,0
Lee	24,6	37,6	37,8
Nupcialidad			
Solteras	22,5	39,1	38,4
Casadas	15,7	40,4	43,9
Convivientes	23,4	41,9	34,7
Separadas	16,1	23,2	60,7
Región			
Costa	23,9	36,5	39,6
Sierra	19,9	48,9	31,2
Selva	29,5	29,3	41,2
Urbanismo			
Lima Metropolitana	23,3	27,7	49,0
Otras Ciudades Grandes	31,3	35,6	33,1
Resto Urbano	26,0	41,4	32,6
Rural	14,7	52,8	32,5

secundaria incompleta, 18% en las que tienen primaria, 15% en las que tienen primaria incompleta y 6% en las que no tienen escolaridad. Por otro lado, reconocen su desconocimiento mucho más las que no tienen estudios (72%) y las que tienen primaria completa o incompleta (alrededor de 46%), lo que se da solo en un tercio de las que tienen secundaria incompleta, un cuarto de las que tienen secundaria y 13% de las que tienen estudios superiores. De ahí que exista un riesgo potencial especialmente en las que tienen secundaria incompleta que creen saber pero están equivocadas (44%), lo mismo que 37% de las que tienen primaria completa o incompleta, 36% de las que tienen secundaria y 30% de las que tienen superior, siendo menor el riesgo potencial, en este sentido, en las que no tienen escolaridad (22%).

- En cuanto al analfabetismo, también se asocia significativamente con conocimiento del ciclo fértil (n.s.= 0,000). Se ve que las adolescentes analfabetas conocen menos el ciclo fértil (8% contra 10% en las parcialmente alfabetas y 12% en las alfabetas), pero son, también, las analfabetas las más concientes de su desconocimiento (57% contra 46% en las que leen sólo una oración y 26% en las que leen fluido). Esto pone en mayor riesgo potencial a las alfabetas (62%), seguidas de las parcialmente alfabetas (43%) y las analfabetas (35%).
- En jóvenes se aprecia mayor conocimiento del ciclo fértil en las alfabetas (39% contra 17% en las semi-alfabetas y 8% en las alfabetas), pero son, también, las analfabetas, las que están en mayor riesgo al creer saber y estar equivocadas en un 83%, en comparación con alrededor de 36% en loas semi-alfabetas y alfabetas.

6.2.9.3 Conocimiento del Ciclo Fértil y Nupcialidad

- Las adolescentes en convivencia y solteras conocen más el ciclo fértil que las casadas o separadas. Son estas últimas las que más creen estar bien informadas aunque estén mal informadas.
- En las jóvenes solteras es donde mayor conocimiento se da del ciclo fértil (41%) contra 35% de las casadas y 31% de las convivientes y separadas. Saben que no conocen el ciclo entre 23 y 28% de las jóvenes, excepto las convivientes, donde sube a 32%. Creen saber y no saben en especial las separadas (46%), seguidas de las casadas y convivientes (37%) y solteras (33%).

6.2.9.4 Conocimiento del Ciclo Fértil, Brechas Regionales y Urbano-Rurales y Etnicidad

- En cuanto a brechas urbano-rurales, se observa que, aunque no es significativa la asociación entre variables, las adolescentes de zonas rurales tienden a un menor conocimiento del ciclo fértil (15%) que en Lima (23%), otras ciudades grandes o, sobre todo, ciudades pequeñas (31%). Un indicador de riesgo potencial de embarazo no deseado es el que caracteriza, más bien, a las adolescentes de Lima, ya que casi la mitad de ellas cree saber identificar el ciclo fértil y está equivocada, lo que se da en poco más de un tercio en las otras localidades.
- Las jóvenes urbanas conocen el ciclo fértil en un 12,6% de casos; las rurales,

en un 10,3%; sin embargo, nuevamente, las diferencias son en las que creen que saben y están equivocadas, ya que un 42% de las jóvenes rurales reconoce no saber, lo que deja un 48% de casos que creen saber y están equivocadas y en riesgo potencial, lo que en el caso de las jóvenes urbanas, dado que 23% reconoce no saber, implica un 65% de casos de creencias equivocadas.

- La asociación entre conocimiento del ciclo fértil y región si es significativa (n.s.= 0,000). Sin embargo, las diferencias por región en la correcta identificación del ciclo fértil se deben a las adolescentes de la Selva Baja, que son quienes mejor lo identifican (31%), seguidas de la Selva Alta (27%), mientras que en la Costa sin Lima y en Lima es menor (24 y 23%, respectivamente), así como en la Sierra (20%). Por otro lado, el mayor riesgo por creer saber y estar equivocada se encuentra en Lima Metropolitana (49%) y en la Selva Baja (40%), lo que sólo llega a entre 32% y 35% en los otros grupos.
- Más jóvenes de la Sierra reconocen no saber (35% contra 26% de las de la Costa y 21% de las de la Selva), de modo que el mayor riesgo potencial está en las de la Selva (41%), seguidas de la Costa (37%) y Sierra (30%).
- La etnicidad también se asocia significativamente con conocimiento del ciclo fértil (n.s.= 0,000). Las adolescentes que hablan Aymara son las que mayor desconocimiento evidencian (70%), seguidas de las Quechua-hablantes (57%) las de lenguas nativas (47%), con las que hablan Español teniendo el menor desconocimiento (38%).

6.2.9.5 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en MEF, Adolescentes y Jóvenes

- Sobre el conocimiento -nombrar un método- nuestros resultados difieren de los publicados de las ENDES 2000. Según ENDES 2000 97% conoce métodos modernos, en mujeres unidas sube a 98% y en sexualmente activas, 99,6%. En las no sexualmente activas baja a 97% y en las sin experiencia sexual es menor aún: 95%. Según nuestro análisis, un 89% conoce (nombra) métodos modernos de planificación familiar, menos de un 1% nombra sólo métodos folklóricos y otro tanto, métodos tradicionales y 10% no conoce método alguno por nombre.
- Según ENDES 2000, el conocimiento de métodos modernos en mujeres en edad fértil es mayor en el área urbana: 99,8% comparado a 96% en la rural. El mayor conocimiento se da en Ica, Junín, Tacna, Lima, Tumbes y San Martín, de prácticamente 100%. En la Costa y Lima es más del 99%; en la Selva, 98% y en la Sierra, 96%. Las MEF sin educación pueden nombrar al menos un método moderno en un 91%, subiendo a 97,5% en mujeres con Primaria; y prácticamente 100% en Secundaria y Superior.
- Según nuestro análisis, cruzando conocimiento con unión y actividad sexual, se aprecia que encuentra que 90,5% de las mujeres en unión conoce métodos modernos; 96% de mujeres sexualmente activas pero no unidas también los conoce. Un 88% de mujeres no unidas y no sexualmente activas puede nombrarlos al igual que 83% de las mujeres sin experiencia sexual. La dificultad estriba en que nombrar un método no garantiza conocimiento real y, mucho menos,

uso efectivo, continuo y consistente entre parejas.

- Según ENDES 2000, 97% de las adolescentes y 98% de las jóvenes conoce métodos modernos. Según nuestro análisis, el conocimiento es menor, ya que sólo un 81% de las adolescentes conoce algún método moderno (Cuadro 6,23). La asociación entre edad y conocimiento de métodos es significativa (n.s.= 0,000). Diferenciando por edad, se tiene que el mayor desconocimiento de métodos se da en las adolescentes de 15 y 16 años, en alrededor de un 22%, mientras que baja a 15% en las de 17 y 18 años y a 11% en las de 19 años. Diferenciando por método, un 17% de las adolescentes no conoce ningún método, un 81% conoce algún método moderno, 1% conoce algún método tradicional y 0,8% conoce algún método tradicional.
- En las jóvenes se encuentra un 8% que no conoce métodos, 0,4% conoce métodos folklóricos y 0,6%, tradicionales, y 91% conoce métodos modernos, ligeramente más las de mayor edad (92%) contra un 87% en las de 20 años.

Cuadro 6. 23. Conocimiento de Métodos, por Tipo de Método y Variables Sociodemográficas (%)

	ninguno	Folk	Trad	Mod	N
Edad					
15	23,9	1,0	0,8	74,3	
16	20,0	0,6	0,6	78,7	
17	16,4	0,9	1,5	81,1	
18	14,0	0,5	0,8	84,6	
19	11,3	0,8	1,1	86,8	
Total	*17,4*	*0,8*	*1,0*	*80,8*	
N	*984*	*45*	*52*	*4563*	*5644*
Educación					
Sin educación	67,2	0,0	0,0	32,8	
Primaria Incomp.	52,1	2,4	1,0	44,5	
Primaria	45,6	1,2	1,9	51,3	
Secundaria Inc.	12,4	0,7	0,7	86,2	
Secundaria	2,7	0,4	1,2	95,8	
Superior	1,5	0,0	0,9	97,5	*5647*
Alfabetismo					
No	64,0	1,6	0,0	34,4	
Parcialmente	51,9	2,3	3,8	42,1	
Lee	14,8	0,7	0,9	83,5	*5633*
Nupcialidad					
Solteras	17,7	0,8	0,9	80,6	
Casadas	18,2	0,0	0,0	81,8	
Convivientes	15,6	1,4	1,0	81,9	
Separadas	9,3	0,0	0,0	90,7	*5643*
Región					
Costa	11,1	0,1	0,5	88,2	
Sierra	33,1	2,0	2,0	62,8	
Selva	13,6	1,6	0,4	84,5	*5645*
Área					
Lima Metropolit.	5,8	0,0	0,5	93,7	
Ciudades Grandes	7,8	0,2	1,0	90,9	
Resto Urbano	11,9	0,5	0,8	86,9	
Rural	39,7	2,2	1,3	56,8	*5644*

6.2.9.6 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos por Educación, Alfabetismo y Trabajo

- Se aprecian grandes brechas por nivel educativo (n.s. = 0,000), con las adolescentes sin escolaridad no conociendo ningún método en un 67% de casos, lo mismo que alrededor de la mitad de las que tienen primaria incompleta o completa, bajando sensiblemente el desconocimiento a partir de secundaria incompleta (12%) y hasta 1% en las que tienen educación superior. Las diferencias por educación en el conocimiento de métodos folklóricos y tradicionales no son grandes, pero si en lo que concierne a métodos modernos, que van desde un conocimiento de 33% en las que no tienen educación a 97% en las que tienen educación superior.
- Se advierte que hay más conocimientos a mayor educación de las jóvenes, con 0,2% de las que tiene estudios superiores no conociendo métodos, 3% de las que tienen secundaria, 7% de las que tienen secundaria incompleta, 22% de las que tienen primaria y 27% de las que tienen primaria incompleta, contra 44% de las que no tienen escolaridad. Las diferencias son, básicamente, en los métodos modernos, variando de 99%, 97% y 93% en los niveles más altos, a 77% y 70% en las que tienen primaria completa e incompleta y bajando a 54% en las que no tienen escolaridad.
- Se advierten enormes brechas por alfabetismo (n.s.= 0,000), ya que sólo un 15% de las adolescentes que pueden leer no conocen métodos anticonceptivos, en contraste con la mitad de las semi-alfabetas y más de un 60% de las analfabetas. Estas dos últimas conocen más que las alfabetas de métodos folklóricos y las semi-alfabetas conocen más que el resto de métodos tradicionales, pero las alfabetas (83%) duplican en conocimientos a las semi-alfabetas (42%) y más que duplican a las analfabetas (34%) en lo que concierne a conocimiento de métodos modernos.
- Las jóvenes analfabetas muestran un mayor desconocimiento (41%) que las parcialmente alfabetas (30%) y, sobre todo, que las alfabetas (5%); en lo que concierne a métodos modernos las diferencias son de 94% contra 68% y 55% en las analfabetas.
- En cuanto al trabajo, es significativa su asociación con conocimiento de métodos (n. s.= 0,000), siendo mayor el conocimiento en las adolescentes que trabajan (26,9%) que en las que no (12,7%).

6.2.9.7 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Nupcialidad

- En cuanto al estado civil, no se encontró una asociación significativa, pero se ve que las que mas conocimiento de métodos tienen son las separadas, en casi 10%, pero aumentando el desconocimiento de métodos a 16% en las convivientes y a 18% en las casadas y solteras. Las diferencias se deben, en especial, a brechas en el conocimiento de métodos modernos.
- En las jóvenes no se ven diferencias en conocimiento de métodos modernos a nivel nupcialidad, variando entre 89% y 93% (91% las solteras).

6.2.9.8 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y Región

- Se comprobó una asociación significativa entre región y conocimiento de métodos anticonceptivos (n.s.= 0,000). Son las adolescentes de la Sierra donde mayor desconocimiento existe, llegando a 33%, mientras que

en la Selva es de 14% y en la Costa, 11%. Nuevamente, el desconocimiento es, sobre todo, en torno a los métodos modernos, con un 88% de conocimiento en la Costa, 84% en la Selva y 63% en la Sierra.

- Las jóvenes de la Sierra tienen menos conocimiento de métodos modernos (80%) que las de la Costa y Selva (94%), y también se ve un menor conocimiento de métodos folklóricos en la Costa, pero en porcentajes menores al 1%.

6.2.9.9 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- La asociación entre conocimiento de métodos y urbanismo es altamente significativa (n.s.= 0,000). Las adolescentes de Lima Metropolitana conocen, en un 94% de casos, los métodos modernos, lo mismo que el 91% de las adolescentes de otras grandes ciudades, en contraste con 87% en el resto urbano y, sobre todo, con el 57% en localidades rurales. No hay mayores diferencias respecto de los métodos tradicionales y folklóricos. Esto determina que sólo un 6% de las adolescentes de Lima y 8% en grandes ciudades, así como 12% en el resto urbano, no conozca ningún método, marcadamente menos que el caso de las adolescentes rurales que en un 40% no conocen métodos.
- En jóvenes se repite este patrón, con 97% de las de Lima Metropolitana y las grandes ciudades conociendo métodos modernos, lo mismo que 94% del resto urbano, en fuerte contraste con sólo 76% de las jóvenes rurales. Como las adolescentes, las jóvenes no difieren por variables urbano-rurales en su conocimiento de métodos folklóricos o tradicionales. Esto hace que sólo un 2% de las jóvenes de Lima Metropolitana y grandes ciudades desconozca métodos, subiendo ligeramente a 6% en el resto urbano pero siendo mucho mayor en el caso de las jóvenes rurales, llegando a 22%.
- También hay una asociación entre etnicidad y conocimiento de métodos (n.s.= 0,000).

6.2.9.10 Conocimiento Detallado por Método

- En lo referente a cuánto conocen las adolescentes cada uno de los métodos, se encuentran grandes brechas por edad, escolaridad y demás variables sociodemográficas estudiadas (Cuadro 6,24). En general, las adolescentes menores muestran menor conocimiento de cada uno de los métodos.
- Algunos métodos, como la píldora, el condón y el inyectable son más conocidos por las adolescentes (sólo los desconocen entre 11 y 14% de las adolescentes. También una mayoría conoce los inyectables, el DIU y la esterilización femenina (sólo entre 14 y 17% no los conoce). Por otro lado, un 26% no conoce el ritmo, 34%, la esterilización masculina y 62%, el retiro.
- En el caso de las jóvenes, también las mayores conocen más cada uno de los métodos. Los métodos más conocidos, fueron, también, el inyectable (84%) y la píldora (82%), seguidos del DIU (76%), la esterilización femenina (74%), el condón (72%), el ritmo (63%), la esterilización masculina (56%) y el retiro (46%).

Cuadro 6. 24. Desconocimiento de Métodos Anticonceptivos y Variables Sociodemográficas (%)

	Píldora	Condón	DIU	Ritmo	Retiro	Iny	EsF	EsM
Edad								
15	16,9	14,4	24,9	34,5	72,6	18,4	22,9	42,8
16	12,8	13,9	19,2	30,2	68,5	14,8	20,7	37,4
17	12,0	11,9	16,3	24,7	61,1	14,6	16,3	35,6
18	7,9	9,0	14,1	22,3	57,0	11,8	14,5	29,8
19	6,5	8,1	10,4	18,7	51,8	10,4	12,2	25,1
Total	*11,2*	*11,5*	*17,0*	*26,1*	*62,2*	*14,0*	*17,3*	*34,1*
Educación								
Sin escolaridad	50,7	77,5	65,9	84,7	94,7	48,2	61,9	85,3
Primaria Inc.	36,8	45,9	52,2	68,8	88,3	38,6	52,5	75,1
Primaria	28,1	34,9	38,5	55,1	82,0	26,6	40,0	65,0
Secundaria Inc	8,3	5,4	13,8	22,7	83,1	10,4	13,5	33,5
Secundaria	1,1	0,4	2,6	7,3	47,9	7,1	3,9	11,1
Superior	0,4	0,0	1,2	0,0	0,0	5,8	1,5	4,9
Alfabetismo								
No lee	48,8	62,6	63,9	27,3	89,7	46,8	12,2	78,6
Lee parte	35,3	42,1	49,1	78,4	88,4	34,8	29,7	73,2
Lee	9,4	9,0	14,8	61,2	61,1	12,4	18,0	32,0
Nupcialidad								
Solteras	11,7	11,2	17,4	2,6	35,1	15,2	17,0	33,8
Casadas	12,2	18,2	13,7	0,0	63,0	5,1	23,0	34,5
Convivientes	9,6	14,6	17,0	25,7	72,2	6,4	21,5	41,7
Viudas*	0	100,00	0,0	29,9	60,1	0,0	100,0	0,0
Separadas	4,7	7,7	11,9	32,8	100,00	4,1	25,8	34,0
Región								
Costa	7,5	6,8	11,0	30,7	47,5	11,6	59,6	28,3
Sierra	21,5	23,7	29,3	21,1	55,8	21,8	54,2	47,6
Selva	7,7	8,2	23,8	38,3	78,8	8,4	15,1	38,0
Área								
Lima Metropolitana	4,1	2,1	7,6	16,2	44,7	9,5	7,8	20,7
Grandes Ciudades	4,9	3,2	11,3	16,4	60,1	9,4	11,5	28,2
Resto Urbano	7,4	6,6	13,2	24,1	67,5	10,0	14,7	32,7
Rural	26,0	30,6	33,7	46,7	80,5	24,7	33,8	54,4
Trabajo								
No	8,1	7,9	13,8	23.6	60,8	11,5	13,8	30,0
Si	18,0	19,1	24,2	22,6	66,5	19,3	25,2	43,5
Etnicidad								
Español	9,2	9,1	14,8	34,3	60,9	12,6	15,0	32,2
Quechua	39,9	43,5	47,9	24,1	85,9	35,2	48,6	62,8
Aymara	27,9	28,6	37,2	58,2	85,1	17,5	47,0	59,0
Otra	27,2	29,2	53,4	26,8	74,3	17,4	49,0	65,8

Nota.- Aquí desconocimiento se refiere a no dar el nombre ni reconocerlo al ser nombrado

6.2.9.11 Conocimiento Detallado de Métodos por Educación y Alfabetismo

- A nivel educación, se advierte que en todos los métodos el desconocimiento es mayor en las adolescentes de menos educación, ya que casi todas las adolescentes con estudios superiores conocen todos y cada uno de los métodos, lo mismo que las adolescentes con secundaria, salvo por el método del retiro que casi la mitad lo desconoce y la esterilización masculina, que un 11% desconoce. Las adolescentes que no tienen escolaridad desconocen los inyectables en un 48%, la píldora en la mitad de los casos, la esterilización femenina en un 62%, el DIU en un 66%, el condón en un 77%, el ritmo y la esterilización masculina en un 85% y el retiro en un 95%. No se preguntó por el diafragma, la jalea y óvulos, implantes u otros métodos.

- Las brechas entre las jóvenes sin escolaridad y las que tienen estudios superiores son enormes, yendo de 37% a 0,1% en el caso de la píldora, de 45% a 0,3% en el caso del DIU, de 31% a 3% en el inyectable, de 59% a 0% en el condón (28% en las que tienen primaria incompleta, 17% en las de primaria, 5% en las de secundaria incompleta y 0,7% en las de secundaria). Incluso en los métodos menos conocidos persisten grande brechas, con 85% de las que no tienen escolaridad no conociendo el retiro, contra 27% de las que tienen estudios superiores, siendo las diferencias en lo que concierne al ritmo de 75 a 2%; en la esterilización masculina de 69 a 3% y en la femenina, de 45 a 0,9%.
- En la misma línea, las adolescentes capaces de leer tienen un desconocimiento de la píldora y el condón en un 9% de casos, aumentando este desconocimiento en las que leen parcialmente a 35 y 42%, respectivamente y llegando, en las analfabetas, a 49 y 63%. Sobre el DIU la tendencia es similar, pero menos marcada. El retiro es muy poco conocido aún en las alfabetas, con un 61% de desconocimiento que aumenta a 90% en las analfabetas. El único método más conocido por las analfabetas es el ritmo, con sólo 27% que no lo conoce, en comparación con 78% de las parcialmente alfabetas y 61% de las alfabetas. Esto es particularmente preocupante en el contexto del poco conocimiento del ciclo fértil que tienen las analfabetas (2%). Sin embargo, las adolescentes con menor educación conocen más los inyectables y la esterilización femenina y masculina.
- En cuanto al alfabetismo, mientras que un 3% de jóvenes capaces de leer desconoce la píldora, el desconocimiento sube a 21% en las semi-alfabetas y 31% en las analfabetas. Sólo 4,5% de las alfabetas no conoce el DIU, pero éste es el caso de 28% de las semi-alfabetas y 41% de las analfabetas. Otro 4,5% de las alfabetas desconoce el inyectable, pero ello aumenta a 20% en las semi-alfabetas y 25% en las analfabetas. Un 4% de las alfabetas no conoce el condón, lo que se da en un 29% de las semi-alfabetas y 50% de las analfabetas. Un 6% de las alfabetas desconoce la esterilización femenina, subiendo a 33% en las semi-alfabetas y 40% en las analfabetas. Un 18% de las alfabetas no sabe de la esterilización masculina, aumentando a 52% en las semi-alfabetas y 61% en las analfabetas. Un 13% de las alfabetas no ha oído del ritmo, lo que sucede en 41% de las semi-alfabetas y 58% de las analfabetas. Un 41% de las alfabetas no sabe lo que es el retiro, subiendo a 75% en las semi-alfabetas y 77% en las analfabetas.

6.2.9.12 Conocimiento Detallado de Métodos y Nupcialidad

- En el caso de la nupcialidad también se ve que las adolescentes separadas son las que menor desconocimiento tienen de la píldora, el condón y el DIU, sin mayores diferencias entre casadas, solteras y convivientes. Sólo un 12% de las solteras no conoce de la píldora; 11% no sabe del condón y 17%, del DIU.
- Por otro lado, casi todas las solteras y casadas conocen el ritmo, lo mismo que una mayoría de las casadas y convivientes, alrededor del 70%. También la gran mayoría de solteras conoce el retiro, pero esto se da en

sólo cerca de la tercera parte de las casadas y convivientes. Las solteras conocen más los inyectables que las demás, pero conocen menos de la esterilización femenina.

- En el caso de las jóvenes, el estado civil no evidenció grandes diferencias en el conocimiento de la píldora; las separadas conocían un poco más que el resto el DIU, las alguna vez unidas conocían ligeramente más que las solteras el inyectable; las no unidas conocían más el condón que las casadas y convivientes, pero un 90% o más conocía estos métodos. Las casadas y convivientes conocían menos la esterilización femenina, especialmente más que las separadas. Las solteras conocían más la esterilización masculina y el ritmo que las alguna vez unidas. Salvo por el retiro, todos los grupos conocían en un 75% o más los métodos, pero en el caso del retiro, un 36% de las separadas no lo conoce, subiendo el desconocimiento a cerca de 44% en las convivientes y solteras y a 51% en las casadas.

6.2.9.13 Conocimiento Detallado de Métodos y Región

- Las adolescentes de la Sierra conocen mucho menos -alrededor de 22%- que las de la Costa y Selva los métodos de la píldora y el condón, ya que sólo un siete a ocho por ciento de estas los desconocen. En el caso del DIU, un 24% de la Selva y 29% de la Sierra no lo conoce, en contraste con 11% en la Costa. En cambio, las adolescentes de la Sierra conocen más que en las otras regiones el método del ritmo, en un 21% contra de 31 a 38% en Costa y Selva, aún cuando sean, justamente, las de la Sierra, las que menos conocen el ciclo fértil. Respecto del retiro, hay poco conocimiento, especialmente en la Selva y Sierra. Las adolescentes de la Costa conocen menos los inyectables y la esterilización.
- En el caso de las jóvenes, las de la Costa lo que menos conocían era el retiro (37% de desconocimiento), seguido de la esterilización masculina (17%) y el ritmo (13%), el resto siendo porcentajes más bajos (6% o menos). En la Selva las jóvenes conocen menos el retiro (46%) y la esterilización masculina (22%), seguida del ritmo (15%); un 9% no conocía la esterilización femenina ni el DIU y entre 3 y 4% no conocía el condón, el inyectable y la píldora. Las jóvenes de la Sierra desconocían más el retiro (61%) y la esterilización masculina (32%), seguida del ritmo (26%), la esterilización masculina (17%) y el condón (16%). Al DIU lo desconoce un 14% y la píldora y el inyectable, ceca de un 11%.

6.2.9.14 Conocimiento Detallado de Métodos y Trabajo

- Las adolescentes que trabajan tienen un mayor desconocimiento de la píldora, el condón, el DIU y la esterilización femenina y masculina, sin diferir en los demás métodos.
- En el caso de las jóvenes, no se ven mayores diferencias por trabajo.

6.2.9.15 Conocimiento Detallado de Métodos y Etnicidad

- Las adolescentes que hablan español evidencian mucho mayor conocimiento de todos los métodos, salvo el ritmo y el retiro. Las quechua-hablantes son las que más desconocen los métodos, seguidas de las aymaras, especialmente la esterilización masculina y el retiro.

- En el caso de las jóvenes se aprecian grandes diferencias por etnicidad, con mucho mayor conocimiento de cada uno de los métodos por parte de las jóvenes que hablan español, ya que si bien 41% no conocía el retiro, esto subía a cerca de 78% en las quechua y aymara hablantes y a 86% en las que hablan otras lenguas. Igualmente, un 19% no conocía la esterilización masculina, pero en las quechua y aymara hablantes era alrededor de 47% y en las de otras lenguas, 59%. Un 14% no conocía el ritmo, en comparación con 21% de las aymara-hablantes, y cerca de 44% de las quechua-hablantes y las que hablan otras lenguas. En la esterilización femenina, la brecha era también grande, de 7% en las que hablan español hasta 47% en las que hablan otras lenguas. Mientras sólo 5% de las de lengua española no conocían el DIU, esto subía a 49% en las que hablan otras lenguas. El condón lo desconocía un 5% de las que hablan español contra 20% de las aymara-hablantes, 26% de las de otras lenguas y hasta 32% en las quechua-hablantes. Respecto de la píldora las brechas son menores pero existen, de 4% a 29% en las de otras lenguas.

6.2.9.16 Conocimiento Detallado de Métodos y Brechas Urbano-Rurales

- En las adolescentes se aprecia que las de localidades rurales tienen diez veces menos conocimiento del condón que las de Lima Metropolitana y otras grandes ciudades, cinco veces más desconocimiento de la píldora, tres veces más desconocimiento del DIU y de la esterilización femenina y del ritmo, dos veces más desconocimiento del inyectable y la esterilización masculina, y una vez y media menos conocimiento del retiro.
- En las jóvenes rurales es ocho veces menor el conocimiento del DIU, siete veces menor el conocimiento de la píldora, seis veces menor el conocimiento del inyectable, cinco veces menor el conocimiento de le esterilización femenina y el ritmo, cuatro veces menor el conocimiento del condón y la esterilización masculina, dos veces menor el conocimiento del retiro y una vez y media menor el conocimiento del Norplant.

6.2.10 Uso Anticonceptivo

6.2.10.1 Alguna Vez Uso de Métodos y Edad

- Tomando como base la totalidad de las adolescentes, no sólo las sexualmente activas, un 86% nunca ha usado métodos, un 10% ha usado alguna vez métodos modernos, 4% usó métodos tradicionales y 0,2%, folklóricos.
- Tomando como base a las 1,275 adolescentes sexualmente iniciadas, un 63% ha usado, alguna vez, protección anticonceptiva y, de ellas, un 71% ha usado, alguna vez, métodos modernos.
- Se advierten diferencias por edad (Cuadro 6,25), siendo muy significativa la asociación entre edad y alguna vez uso (n.s. = 0,000). El no uso predomina en las menores y disminuye con la edad de 97% en las de 15 años a 73% en las de 19 años. No hay diferencias etáreas en el uso de métodos folklóricos, pero son muy pocos casos. El uso de métodos tradicionales es algo mayor en las adolescentes de 17, 18 y 19 años, y bastante mayor en el caso de los métodos modernos, pero esto es algo estrechamente ligado con el que las mayores tienden a ser

sexualmente iniciadas y activas más que las menores.

- En las jóvenes, un 46% nunca ha usado métodos, 0,3% ha usado alguna vez métodos folklóricos, 9% ha usado métodos tradicionales y 44% ha usado métodos modernos. Tomando en consideración que 3,111 jóvenes reportaron haberse iniciado sexualmente, esto significa que un 81% ha usado métodos alguna vez y, de ellas, un 83% ha empleado métodos modernos.
- Las que menos uso alguna vez tienen de métodos en general son las menores de toda la muestra de jóvenes (alrededor de 58% en las de 20 y 21 años, bajando a 45% en las de 22 años, y a alrededor de 35% en las de 23 y 24 años). Las diferencias etáreas se dan en torno a los métodos modernos, con 35% de alguna vez uso en las de 20 y 21 años, 44% en las de 22 años, 53% en las de 23 años, 56% en las de 24 años.

Cuadro 6.25. Alguna Vez Uso de Métodos y Edad, Educación, Analfabetismo, Estado Civil, Región, Brechas Urbano-Rurales (%)

	Nunca	Folklórico	Tradicional	Moderno	N
Edad					
15	97,4	0,3	1,1	1,3	
16	93,2	0,3	1,7	4,7	
17	86,1	0,0	5,0	8,9	
18	76,1	0,4	6,7	16,9	
19	73,4	0,2	5,7	20,7	
Total	*85,8*	*0,2*	*3,9*	*10,0*	
N	*4897*	*13*	*220*	*566*	*5646*
Educación					
Sin escolaridad	75,9	0,0	0,0	24,1	
Primaria Inc.	78,6	0,6	4,6	16,2	
Primaria	80,0	0,3	5,6	14,1	
Secundaria Inc.	89,1	0,2	3,4	7,3	
Secundaria	84,0	0,1	4,2	11,7	
Superior	89,0	0,0	3,4	7,7	*5646*
Alfabetismo					
No lee	76,8	1,1	3,7	18,4	
Lee parte	76,7	0,0	6,0	17,3	
Lee	86,4	0,2	3,9	9,6	*5634*
Nupcialidad					
Solteras	93,1	0,2	2,6	4,1	
Casadas	26,7	1,1	15,6	56,7	
Convivientes	28,7	0,6	15,2	55,5	
Separadas	32,7	0,0	3,6	63,6	*5644*
Región					
Costa	88,8	0,1	2,8	8,3	
Sierra	85,4	0,3	4,7	9,6	
Selva	66,7	1,0	9,0	23,3	*5647*

6.2.10.2 Alguna Vez Uso de Métodos por Educación, Alfabetismo y Trabajo

- La educación se asocia significativamente con uso, alguna vez, de métodos (n.s.= 0,000). Se aprecia que hay importantes brechas en el haber usado, alguna vez, métodos anticonceptivos, especialmente las adolescentes con mayor escolaridad, lo contrario de lo esperado. Sin embargo, no es un patrón claro, pues en métodos folklóricos no hay diferencias, en tradicionales no hay uso por parte de las adolescentes sin escolaridad, siendo el mayor uso en las que tienen primaria completa e incompleta. En cuanto al uso de

métodos modernos, es mucho mayor en las que no tienen escolaridad (24%) y las que tienen primaria incompleta o completa (15%), bajando en el resto y, siendo sólo de 8% en las que tienen superior.

- Las brechas por alguna vez uso en las jóvenes no varían consistentemente con la menor escolaridad, siendo el uso de 55% en las que no tienen educación formal, bajando a 35% y 41% en las que tienen primaria incompleta y completa, respectivamente; bajando más a 29% en las que tienen secundaria incompleta, para luego subir a 45% en las que tienen secundaria y 62% en las que tienen estudios superiores. El uso de métodos tradicionales muestra pequeñas brechas, que van de 8% de uso en las que no tienen escolaridad lo mismo que las que tienen secundaria o estudios superiores, subiendo a alrededor de 11% en las que tienen secundaria incompleta o primaria completa y a 13% en las que tienen primaria incompleta. Las mayores diferencias se advierten en el uso alguna vez de métodos modernos, siendo de 30% en las que tienen estudios superiores, 36% en las que no tienen escolaridad, alrededor de 48% en las que tienen primaria completa o secundaria completa, 51% en las que tienen primaria incompleta y 61% en las que tienen secundaria incompleta.
- Se ve, pues, que no hay una relación directa entre alguna vez uso de métodos y escolaridad, las que más han usado métodos son las jóvenes con secundaria incompleta (65%), usando predominantemente, métodos modernos, seguidas de las de primaria incompleta, que también tienden en la mitad de casos, a métodos modernos. Les siguen las jóvenes con primaria completa y secundaria incompleta y casi la mitad de ellas usaron métodos modernos. En cambio, las de mayor escolaridad son las que menos usaron métodos alguna vez (38% de las que tienen estudios superiores), y sólo poco menos de un tercio empleó métodos modernos, siendo el menor porcentaje de todos los grupos.
- En cuanto al analfabetismo en adolescentes, también se trata de una asociación significativa (n.s.= 0,000). Más alfabetas que analfabetas totales o parciales no han usado nunca un anticonceptivo, con marcadas diferencias en el uso, alguna vez, de métodos modernos (10% contra alrededor de 18%).
- Las semi-alfabetas son las que más han usado alguna vez métodos, especialmente, modernos, en un 50%, contra 41% en las analfabetas y 44% en las alfabetas, y son las que menos han usado métodos tradicionales y folklóricos. Tanto las jóvenes analfabetas como las que leen fluidamente tienen mayor no uso de métodos (alrededor de 47%) que las parcialmente alfabetas (34%), evidenciando diferencias en todos los métodos. Así, un 2% de las analfabetas usa métodos folklóricos, lo que no se da en las parcialmente alfabetas, y en sólo 0,2% de las alfabetas; un 16% de las parcialmente alfabetas usa métodos folklóricos lo mismo que 11% de las analfabetas y sólo 8% de las alfabetas; pero mientras que 44% de las alfabetas y 41% de las analfabetas usó, alguna vez, métodos modernos, lo hizo 50% de las parcialmente alfabetas.

- Se vio una tendencia en las jóvenes que trabajan a más uso de métodos que en las que no trabajan y a tender al uso de métodos modernos, pero también tienden más al uso de métodos tradicionales, lo que determina que las que no trabajan tengan mayor porcentaje de uso de métodos modernos. No hay una altamente significativa asociación entre trabajo y alguna vez uso de métodos, según los criterios de rigurosidad planteados, pero llega a niveles de significación de 0,05 con Pearson y 0,027 con Spearman, con tendencia a mayor uso en las que trabajan.

6.2.10.3 Alguna Vez Uso de Métodos y Nupcialidad

- La nupcialidad se asocia con uso de métodos alguna vez (n.s.= 0,000). Las adolescentes solteras son las que, mayoritariamente, no ha usado métodos nunca (93%), mientras que la mayoría de las separadas y, sobre todo, de las casadas y convivientes si ha probado algún método, en especial, métodos modernos, en cerca de un 56% de las unidas y 64% de las alguna vez unidas.
- Las brechas en uso alguna vez son muy grandes en lo que concierne a nupcialidad en las jóvenes, con un 76% de solteras que nunca ha usado métodos, bajando a 18% en las separadas, 14% en las casadas y 12% en las convivientes. Aquí se aprecian diferencias en el uso de métodos tradicionales, que van de 7% en las solteras a 10% en las convivientes, 11% en las separadas y 14% en las casadas. Sin embargo, más acentuadas son las brechas en métodos modernos, con 16% de alguna vez uso en jóvenes solteras, 71% en casadas y separadas y 78% en las convivientes.

6.2.10.4 Alguna Vez Uso de Métodos por Región

- También el uso de métodos varía dependiendo de la región (n.s.= 0,000). Las adolescentes de la Selva son las que más han probado algún método, con sólo 67% nunca habiendo usado métodos en contraste con 85% o más en las otras regiones. Aquí se ve que las diferencias se debe a mucho mayor uso de métodos modernos en la Selva (23% contra alrededor de 9% en Sierra y Costa) y de métodos tradicionales (9% contra 5% en la Sierra y 3% en la Costa).
- Las jóvenes variaron dependiendo de las regiones, en la Costa, un 49% ha usado métodos, y 42% empleó métodos modernos; en las de la Sierra, un 56% ha usado métodos, 41% empleó modernos; en las de la Selva, 83% empleó métodos, 69%, modernos.

6.2.10.5 Alguna Vez Uso de Métodos y Etnicidad

- Salvo por las jóvenes con lenguas nativas que usaron métodos en un 73% de casos, las jóvenes que hablaban español, quechua o aymara no variaron mucho en el uso, alguna vez, de métodos, en alrededor de 45%, aunque si se vea que las hispanohablantes (45%) hicieron más uso de métodos modernos que las que hablan quechua o aymara (34%). No se encontró una asociación significativa entre etnicidad y uso, alguna vez, de métodos.

6.2.10.6 Alguna Vez Uso Detallado de Métodos y Edad

- Los métodos más usados, alguna vez, han sido métodos que las ENDES clasificaron como "otros", ni modernos ni los conocidos métodos tradicionales

y folklóricos, lo que plantea la necesidad de explorar más estos datos. Un 11% de todas las adolescentes los empleó, seguidos del retiro y el ritmo (8%), y, en menor proporción, del inyectable (6%), el condón (5%), la píldora (3%) y el DIU (0,6%), con casi nulo o nulo uso de la esterilización femenina, diafragma, Norplant, lactancia y la esterilización masculina (Cuadro 6,26).

- En las jóvenes, de las 3,694 respondientes, lo que más se usó alguna vez fueron el ritmo (30%), el inyectable (28%), el retiro (25%), el condón (20%), la píldora (18%) y el DIU (9%).

Cuadro 6.26. Uso Alguna Vez de Métodos y Edad, Educación, Analfabetismo, Estado Civil, Región y Brechas Urbano-Rurales (%)

	Píld	DIU	Iny	Cond	Ritm	Retir	Otros
Edad							
15	0,3	0,0	0,6	0,4	1,9	1,6	8,5
16	2,7	0,2	2,6	2,2	2,8	4,4	8,8
17	2,7	0,3	5,3	4,1	7,2	10,7	5,8
18	4,4	1,0	9,7	8,3	13,1	14,2	13,6
19	6,9	1,7	12,1	9,9	14,4	9,9	17,4
Total	*3,4*	*0,6*	*6,1*	*5,0*	*8,0*	*8,0*	*10,82*
Educación							
Sin escolaridad	19,3	0,0	29,9	0,0	4,7	0,0	0,0
Primaria Inc.	9,0	0,5	18,9	5,0	20,5	20,6	17,3
Primaria	6,2	1,4	12,2	5,7	15,8	15,9	25,7
Secundaria Inc.	2,8	0,4	4,0	3,5	5,8	7,6	9,7
Secundaria	2,2	0,9	5,0	6,8	8,4	8,9	3,2
Superior	0,9	0,1	0,8	7,1	7,7	6,4	3,7
Alfabetismo							
No lee	14,9	0,0	23,7	3,3	14,3	22,3	32,9
Lee parte	6,1	0,6	22,1	5,6	22,5	25,4	18,4
Lee	3,1	0,0	5,2	4,9	7,7	8,5	10,1
Nupcialidad							
Solteras	1,1	0,0	1,2	3,2	4,6	5,6	6,6
Casadas	32,8	6,0	37,3	25,7	34.5	21,0	51,9
Convivientes	19,2	5,7	38,9	16,8	38,4	33,2	32,0
Separadas	14,3	0,7	49,2	19,8	25,5	34,2	20,2
Región							
Costa	2,2	0,5	4,6	4,3	5,2	6,8	6,8
Sierra	3,2	0,9	5,9	5,3	11,2	13,6	9,9
Selva	11,8	0,3	14,5	8,0	20,0	15,7	19,7
Àrea							
Lima Metropolitana	1,8	0,7	4,4	4,4	4,3	6,9	18,4
Grandes Ciudades	3,2	0,4	4,5	5,7	8,5	9,5	18,4
Resto Urbano	2,7	0,5	5,0	5,6	7,9	9,9	5,6
Rural	5,6	0,8	9,8	9,9	12,4	11,5	57,5
Trabajo							
No	3,6	0,6	5,7	4,1	6,6	7,4	8,0
Si	3,4	0,7	6,4	6,7	11,1	11,9	14,6
Etnicidad							
Español	3,4	0,6	5,9	4,9	7,4	8,7	9,4
Quechua	1,8	0,9	7,5	4,1	19,7	11,4	17,5
Aymara	1,2	0,0	1,1	6,0	8,0	0,0	0,0
Otro	22,9	0,0	18,2	16,2	21,3	20,0	61,0

6.2.10.7 Alguna Vez Uso Detallado de Métodos y Brechas Sociodemográficas

- Se advierten enormes brechas por variables sociodemográficas dentro del uso de cada método. En el caso de la píldora, la han usado alguna vez más adolescentes mayores, sin escolaridad, analfabetas, casadas, rurales, de la Selva y que hablan otras lenguas fuera de las más usuales. En el caso del DIU, la han usado mayores, con primaria, casadas o convivientes, sin diferencias por trabajo, región o lengua. En cuanto al inyectable, lo usaron más las adolescentes mayores, sin escolaridad o con primaria incompleta, analfabetas o parcialmente alfabetas, casadas y convivientes, rurales, de la Selva, y que hablan otras lenguas nativas. El condón es más frecuente en adolescentes mayores, con secundaria o superior, que leen total o parcialmente, casadas o separadas, que trabajan, rurales, de la Selva y con otras lenguas nativas. El ritmo y el retiro han sido más usados por adolescentes mayores, casadas o convivientes, con primaria incompleta o completa, que leen parcialmente o son analfabetas, que hablan quechua u otras lenguas nativas, rurales, de la Selva y, menos, Sierra. Una mayoría de adolescentes rurales ha usado otros métodos de los usualmente contemplados por las ENDES.
- En jóvenes se encuentra que el ritmo es especialmente usado, alguna vez, por las de 22 a 24 años (36%, en comparación con 25% en las menores); por las de menor escolaridad (59% de las jóvenes sin escolaridad, 43% en las que no culminaron primaria, 38% en las que si, 34% en las que no culminaron secundaria, 30% en las que si, y 24% en las que hicieron estudios superiores); por las alguna vez unidas (59% de las casadas, 45% de las convivientes y 42% de las separadas, en comparación con 18% de las solteras); por las jóvenes de la Selva (46%) y Sierra (41%) más que la Costa (25%); por jóvenes rurales (41%) más que urbanas de Lima Metropolitana (24%), de otras grandes ciudades (32%), o del resto urbano (27%); por las analfabetas y semi-alfabetas (46%) más que las alfabetas (30%); y por las jóvenes que hablan lenguas nativas (66%) o quechua (56%) más que por las que hablan español (48%) o aymara (41%).
- El inyectable es más usado por las jóvenes mayores (35% en las de 23 y 24 años, 29% en las de 22 años y 22% en las menores); más en las jóvenes con escolaridad intermedia (entre 40% y 44%) que en las que no tenían escolaridad (34%) o tenían estudios superiores (30%); más por las alguna vez unidas (55% de las convivientes, 53% de las separadas y 49% de las casadas, contra 5% de las solteras); más por las jóvenes de la Selva (49%, en comparación con 27% en la Sierra y 26% en la Costa); por las rurales (35%) más que por las urbanas (Lima Metropolitana 25%, otras grandes ciudades 25% o resto urbano 29%); más por las semi-alfabetas (51%, en comparación con 37% de las analfabetas y 27% de las alfabetas); y más por las jóvenes que hablan lenguas nativas (55%, en contraste con 29% en las que hablan quechua, 28% para las que hablan español, y 22% para las que hablan aymara). No hay diferencias por trabajo.
- El retiro mostró una tendencia a ser más usado por las jóvenes mayores (32% de las de 24 años, 29% de las

de 23 años) y menos por las de 21 años (17%), con uso intermedio por las de 20 y 22 años (23%). Fue más usado alguna vez por las jóvenes de menor escolaridad (35% de las que tenían primaria incompleta o menos), aunque, también, por las de secundaria incompleta (31%), bajando a 28% en las de secundaria, 25% en las de primaria y, sobre todo, a 19% en las de estudios superiores. Lo usaron más las alguna vez unidas (38% de casadas y convivientes y 35% de las separadas, contra 14% en las solteras). Se empleó más en la Sierra (32%) que en la Selva (28%) o, sobre todo, Costa (23%), sin diferencias entre urbanas (25%) y rurales (27%). El retiro lo probaron alguna vez más las jóvenes semi-alfabetas (38%) que las analfabetas (28%) o alfabetas (25%). Las jóvenes que hablan quechua (38%) emplearon alguna vez el retiro más que las que hablan aymara o español (25%), o lenguas nativas (8%). No hay diferencias entre las que trabajan o no.

- El condón lo usaron, especialmente, las jóvenes mayores (24% contra 18%), las de mayor escolaridad (25% en las de secundaria, 22% para estudios superiores, 20% para secundaria incompleta, 13% para primaria incompleta, 10% para primaria y 6% para sin escolaridad). Fue mas usado por las alguna vez unidas (31% de las separadas, 29% de casadas o convivientes y 12% de las solteras). Hubo ligero mayor uso en la Costa y Selva (21%) que en la Sierra (17%). Fue más usado por las urbanas (23%) que por las rurales (10%). Las alfabetas (21%) lo usaron más que las semi-alfabetas (10%) y analfabetas (6%). Lo usaron más las jóvenes que hablan español (21%), que las que hablan aymara (11%), quechua (7%) o lenguas nativas (3%). No hay diferencias por trabajo.
- La píldora fue usada, alguna vez, sobre todo, por las jóvenes mayores (23%, en comparación con 19% en las de 22 años y 13% en las menores); por las jóvenes con primaria incompleta (34%) y secundaria incompleta (28%), más que por las que no tenían escolaridad o tenían primaria completa (22%) o estudios superiores (20%). Las analfabetas y semi-alfabetas (24%) usaron la píldora más que las alfabetas (18%). Las jóvenes de la Selva (46%) la usaron mucho más que las de la Costa (17%) o Sierra (13%). No hubo mayores diferencias entre urbanas y rurales (17% en Lima Metropolitana, 19% en otras grandes ciudades, 23% en el resto urbano y 18% en zonas rurales). Las que hablan lenguas nativas (31%) la emplearon mucho más que las hispanohablantes (19%) y, sobre todo, que las quechuahablantes (8%) o aymarahablantes (5%).
- El DIU lo usaron, alguna vez, más las mayores (13%, en comparación con 10% en las de 22 años y 5% en las menores). Se vio que las jóvenes con estudios superiores (4%) son las que menos emplearon el DIU, lo mismo que las que tenían primaria (9%), dándose por igual en el resto (12%). Lo usaron más las alguna vez unidas (19% de las convivientes, 17% de las casadas y 16% de las separadas contra 1% de las solteras). Lo probaron más en la Costa (10%) que en la Sierra (7%) o Selva (5%). No hubo brechas urbano-rurales (10% en Lima Metropolitana, 9% en otras grandes ciudades y en el resto urbano y 8% en zonas rurales). Las analfabetas y semi-alfabetas (10%) usaron el DIU más que

las alfabetas (1%), lo mismo que las hispanohablantes (9%) y quechua-hablantes (8%) probaron el DIU más que las aymarahablantes (4%) o las de lenguas nativas.

- Sobresale un 2% de uso de Norplant en jóvenes con primaria incompleta o completa, un 4% de esterilización masculina en jóvenes sin escolaridad y 2% de las quechuahablantes; un 4% de esterilización femenina en jóvenes sin escolaridad, con 10% en las aymara-hablantes, 2% en las quechua-hablantes, comparadas a 0,3% en las hispanohablantes. No hubo diferencias urbano-rurales (0,4% en zona urbana y 0,6% en rural).

6.2.10.8 Uso Actual de Métodos y Edad

- Teniendo en cuenta el uso de métodos en la actualidad, por parte de la totalidad de adolescentes, los porcentajes varían ligeramente respecto del cuadro anterior, habiendo una disminución en el uso, con seis puntos porcentuales menos, especialmente en el uso de métodos modernos (Cuadro 6,27). La asociación entre edad y uso actual de métodos es significativa (n.s.= 0,000).
- Se aprecia que un 91% de todas las adolescentes no usa métodos en la actualidad. Esto se da más en las adolescentes de menor edad, 99% de las de 15 años, 96% de las de 16 años, 91% de las de 17 años, bajando a 86% en las de 18 años y 82% en las de 19 años. Ello se debe a un mayor uso de métodos tradicionales en las de mayor edad pero, sobre todo, a un mayor uso de métodos modernos, que aumenta de 0,4% en las de 15 años a 9% en las de 18 años y 12% en las de 19 años.
- En cuanto a las jóvenes, no usan actualmente método alguno un 64% de la totalidad de jóvenes; un 0,2% de la muestra total usa métodos folklóricos, 8% emplea métodos tradicionales y sólo 27% recurre actualmente a métodos modernos.
- El uso actual es menor en las de 20 y 21 años (alrededor de 72% de todas las adolescentes no usan métodos), bajando a 60% el no uso en las jóvenes de 22 y 23 años y a 57% en las de 24 años. El uso de métodos tradicionales no varía con el edad de manera uniforme pero el de métodos modernos si aumenta con la edad, de 19% en las de 20, a 23% en las de 21 años, a 29% en las de 22 años, a 33% en las de 23 años y 23% en las de 24 años.
- Un 65% de todas las jóvenes, sexualmente activas o no, no usa actualmente métodos anticonceptivos modernos, tradicionales o folklóricos. Hay mayor falta de uso actual en las solteras (88%) y separadas (68%) que en las unidas (39% de las casadas y 33% de las convivientes). Las alfabetas (65%) y analfabetas (62%) tienen mayor falta de uso que las semi-alfabetas (58%). Aquéllas con estudios superiores (77%) y las sin escolaridad (72%) usan menos métodos que las que tienen primaria completa (56%) o incompleta (60%), o secundaria incompleta (52%) o incompleta (63%). Las jóvenes de la Costa (68%) usan menos métodos que en la Sierra (62%) o, sobre todo, que en la Selva (47%).

Cuadro 6. 27. Uso Actual de Métodos y Edad, Educación, Analfabetismo, Estado Civil, Región y Brechas Urbano-Rurales (%)

	No Uso Actual	Folklórico	Tradicional	Moderno	N
Edad					
15	98,9	0,3	0,4	0,4	
16	95,7	0,2	1,1	3,1	
17	90,9	0,0	4,4	4,7	
18	86,3	0,4	4,5	8,8	
19	82,3	0,4	4,8	12,5	
Total	*91,2*	*0,2*	*2,9*	*5,6*	
N	*5148*	*14*	*164*	*317*	*5643*
Educación					
Sin escolaridad	77,6	0,0	0,0	22,4	
Primaria Inc.	86,5	0,4	2,4	10,6	
Primaria	84,7	0,8	4,7	10,0	
Secundaria Inc.	93,3	0,3	2,5	3,9	
Secundaria	91,3	0,0	3,0	5,7	
Superior	94,8	0,0	4,3	1,2	*5646*
Alfabetismo					
No lee	83,2	0,5	2,1	14,2	
Lee parte	82,7	0,0	3,0	14,3	
Lee	9,7	0,2	2,9	5,1	*5835*
Nupcialidad					
Solteras	96,3	0,2	2,0	1,5	
Casadas	38,9	2,2	12,2	46,7	
Convivientes	49,9	0,2	11,0	38,9	
Separadas	74,5	0,0	1,8	23,6	*5647*
Región					
Costa	93,8	0,2	2,0	4,0	
Sierra	89,4	0,3	3,9	6,4	
Selva	78,8	0,6	6,1	14,5	*5646*

6.2.10.9 Uso Actual de Métodos por Educación, Alfabetismo y Trabajo

- La educación se asocia significativamente con el uso actual de métodos (n.s.= 0,000), habiendo mayor uso actual en las adolescentes con menor escolaridad, pues mientras 95% de las que tienen estudios superiores y alrededor de 92% de las que tienen secundaria completa o incompleta no usan métodos actualmente, incluyendo sexualmente activas y no sexualmente activas, esto se da sólo en alrededor de 85% de las que tienen estudios primarios, completos o no y baja a 78% en las que no tienen escolaridad. Las de primaria incompleta y las que tienen estudios superiores son las que más usan métodos tradicionales.
- Las diferencias más notorias son en relación al uso de métodos modernos, pues las adolescentes sin escolaridad reportan usarlos en un 22% de casos, contra 10% de las que tienen primaria incompleta o completa y entre 4 y 6% e las que tienen secundaria completa o no, y a únicamente un 1% en las que tienen estudios superiores. Este es un resultado que no se esperaba.
- Hay una asociación entre alfabetismo y uso actual de métodos (n.s.= 0,003). Las adolescentes alfabetas evidencian un menor uso actual que las parcial o totalmente analfabetas, especialmente en lo que concierne a uso actual de métodos modernos (5% contra 14%).
- También el uso de métodos en la actualidad en las jóvenes muestra un patrón irregular respecto de la educación, con los porcentajes más

altos de no uso encontrándose en los extremos educativos: 77% en las jóvenes con estudios superiores y 71% en aquéllas sin escolaridad, 60% en las que tienen primaria completa, 55% en primaria incompleta y 52% en secundaria completa. Las jóvenes que más usan métodos tradicionales son las de primaria incompleta y completa y secundaria incompleta (10%) y las que menos, las que no tienen escolaridad (5%), con las de niveles superiores teniendo uso intermedio (7%). Los métodos modernos son usados más por las jóvenes con secundaria (39%), bajando en otros niveles a 33% (primaria incompleta), 30% (primaria completa y estudios superiores) y siendo el más bajo uso en las que no tienen escolaridad (24%).

- Hay un ligero mayor uso de métodos en las jóvenes parcialmente analfabetas (58% de no uso contra 62% en las analfabetas y 65% en las alfabetas), que también se repite en el uso de métodos modernos (33% contra 27% en las analfabetas y alfabetas).
- No se encontró una asociación significativa con trabajo.

6.2.10.10 Uso Actual de Métodos y Nupcialidad

- La nupcialidad fue un predictor válido (n.s.= 0,000). Las adolescentes que más usan métodos en la actualidad son las casadas (60%) y convivientes (50%), en contraste con las separadas (36%) y, en especial, las solteras (4%). Las diferencias se deben a un mayor uso de métodos tradicionales y, con mucho mayor frecuencia, de métodos modernos, que se da en 48% de las casadas y apenas en un 1% de las solteras.
- Las jóvenes solteras son las que menos uso hacen de métodos actualmente (87%), básicamente por estar menos en unión que el resto, lo mismo que las separadas (68%), seguidas de las casadas (40%) y convivientes (33%). Son las unidas las que más usan métodos tradicionales, en alrededor de 13%, mientras que en solteras y separadas es de cerca de 5%. Son las solteras las que menos usan métodos modernos (8%), en contraste con las separadas (29%) y, sobre todo, con las casadas (46%) y convivientes (54%), pero aquí solteras incluye a unidas y no unidas así como a sexualmente iniciadas y no iniciadas.

6.2.10.11 Uso Actual de Métodos, Región, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- También es significativa la asociación entre región y uso actual de métodos (n.s.= 0,000). Las adolescentes de la Selva son quienes más uso actual de métodos presentan (21%), dándose menos en la Sierra (11%) y, particularmente, en la Costa (6%). Ello se debe a mayor uso de métodos tradicionales y, sobre todo, de métodos modernos, que llega a 14% en la Selva mientras que bordea el 5% en las otras regiones.
- Las jóvenes de la Costa son las que mayor no uso actual presentan (68%), seguidas de las de la Sierra (62%) y, en particular, de la Selva (47%). Son las de Sierra y Selva donde mayor uso de métodos tradicionales hay (alrededor del 11%), en comparación con la Costa (6%). Es en la Selva donde más jóvenes usan métodos modernos (42%) en contraste con Costa y Sierra (cerca de 26%).
- El urbanismo se asoció significativamente con uso actual de métodos (n.s.= 0,000), siendo menor en

adolescentes urbanas. También la etnicidad tuvo un valor predictivo (n.s.= 0,000).

6.2.10.12 Uso Actual Detallado de Métodos y Brechas Sociodemográficas

- Ya teniendo en cuenta el uso actual, método por método, encontramos una asociación significativa con edad (n.s.= 0,000). Del total de las 5,642 adolescentes, un 91%, es decir, 5,148, no usan un método, especialmente las de 15, 16 y 17 años, las de mayor escolaridad y las alfabetas, las solteras y, algo menos, las separadas, las de la Costa y, algo menos, las de la Sierra, y las adolescentes urbanas, especialmente en Lima Metropolitana (Cuadro 6,28).
- Puede verse que 3% usa el inyectable, 2% el ritmo, 1% la píldora, 0,9% el condón, 0,8% el retiro, 0,4% el DIU, 0,1% la lactancia materna, 0,1% las espumas, jaleas y óvulos, ninguna la esterilización femenina o masculina, el Norplant o el diafragma, y 0,3%, otros métodos.
- Si se recalculan los datos sólo para las adolescentes sexualmente iniciadas (N=1,275), puede verse que, de éstas, 488, es decir, un 38%, usan algún método en la actualidad, mayormente el inyectable (14%) y el ritmo (9,1%), seguidos de la píldora (5%), el condón (3,8%), el retiro (3,7%) y el DIU (1,6%). Un 62% están potencialmente desprotegidas.

Cuadro 6.28. Uso Detallado Actual de Métodos Anticonceptivos y Variables Sociodemográficas (%)

	0	Píl.	DIU	Iny	Con	Ritm	Ret	Otro	N
Edad									
15	99,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,4	0,0	0,3	
16	95,6	0,9	0,2	1,6	0,3	0,7	0,5	0,2	
17	91,0	0,9	0,2	2,8	0,7	2,8	1,5	0,0	
18	86,2	1,1	0,8	5,4	1,3	3,2	1,2	0,4	
19	82,5	2,7	0,7	6,4	2,1	3,5	1,1	0,4	
Total	*91,2*	*1,1*	*0,4*	*3,1*	*0,9*	*2,1*	*0,8*	*0,2*	
N	*5148*	*61*	*20*	*176*	*49*	*116*	*47*	*14*	*5642*
Educación									
Sin Esc	77,6	6,9	0,0	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Primaria Inc	86,5	2,4	0,2	7,8	0,4	1,8	0,6	0,4	
Primaria	84,7	2,5	0,6	5,8	0,8	3,4	1,1	0,8	
Secund. Inc.	93,3	0,8	0,2	2,1	0,6	1,7	0,8	0,3	
Secundaria	91,3	0,6	0,6	2,6	1,9	2,0	0,9	0,0	
Superior	94,8	0,0	0,0	0,3	0,3	3,1	1,2	0,0	*5646*
Alfabetismo									
No lee	82,7	4,7	0,0	7,9	0,5	1,6	1,0	0,5	
Lee parte	82,1	2,2	0,0	9,7	1,5	3,0	0,0	0,0	
Lee	91,7	0,9	0,4	2,8	0,9	2,1	0,9	0,2	*5637*
Nupcialidad									
Solteras	96,3	0,2	0,0	0,5	0,6	1,3	0,7	0,2	
Casadas	39,3	14,6	2,2	23,6	6,7	10,1	1,1	2,2	
Convivientes	50,0	7,5	3,5	23,8	2,4	8,3	2,6	0,2	
Separadas	75,9	1,9	0,0	20,4	0,0	0,0	1,9	0,0	*5643*
Región									
Costa	93,8	0,5	0,3	2,3	0,7	1,1	0,9	0,2	
Sierra	89,2	1,1	0,5	3,4	1,1	3,1	0,8	0,3	
Selva	79,0	4,7	0,2	8,3	1,0	5,3	0,8	0,6	*5647*
Área									
Lima Met.	94,8	0,0	0,4	1,5	0,9	0,7	1,4	0,4	
Ciudades Gr.	91,7	1,1	0,3	2,7	1,0	2,1	0,6	0,1	
Resto Urbano	91,4	1,1	0,3	3,2	1,1	2,9	0,8	0,0	
Rural	87,6	2,1	0,4	4,9	0,7	3,0	0,6	0,5	*5644*

- De las 4,740 jóvenes, el 36% usa métodos. Se aprecia mayor uso actual en las jóvenes rurales (40%), con 18% de uso del inyectable, 9% de uso del ritmo, 4% de uso de la píldora, 3% del DIU, 2% del condón y otro 2%, del retiro, 0,5% de uso de la amenorrea por lactancia, 0,4% de uso de la esterilización femenina, otro tanto, de óvulos, jaleas o espuma, 0,1% de esterilización masculina, 01% de Norplant y 0,1% de otros métodos.
- De las 3,111 jóvenes sexualmente iniciadas, se protegen 1,620, un 52%, principalmente con el inyectable (20%) y, menos, el ritmo (10%), la píldora (8%), el DIU (6%), el condón (5%) y el retiro (1%).
- Predicen significativamente (n.s. = 0,000) el uso actual de métodos, por tipo de método, variables como el nivel educativo, analfabetismo, la unión, la región, el urbanismo, y la etnicidad evidencia una tendencia a la significación (n.s. = 0,013).

6.2.10.13 Métodos Más Usados y Brechas Sociodemográficas

- Los métodos más usados en la actualidad por las adolescentes sexualmente activas son los inyectables y el ritmo y, menos, la píldora, el condón y el DIU. El 3% del total de adolescentes, sexualmente activas o no, usa inyectables, en especial, las de mayor edad, las de menor escolaridad y mayor analfabetismo, las casadas y convivientes y las que viven en la Selva. Se advierte mayor uso en las adolescentes del resto urbano, más que en grandes ciudades o zonas rurales, pero, sobre todo, más que en Lima Metropolitana. Un 2% usa la abstinencia periódica o ritmo, sobre todo las mayores, las de mayor escolaridad, las que leen parcialmente, las casadas y convivientes y las de la Selva. Este método es muy usado en el resto urbano y en zonas rurales más que en grandes ciudades o, sobre todo, en Lima Metropolitana. Un 1% de adolescentes usa la píldora, particularmente las de 19 años, las que no tienen escolaridad, las total o parcialmente analfabetas, las casadas y convivientes, y las adolescentes de la Selva. Este método lo usa buena parte de las adolescentes rurales, mucho más que las urbanas de grandes ciudades y el resto urbano y sobre todo, que las de Lima. El 0,9% usa condón, sobre todo, las mayores, las que tienen secundaria completa, y las casadas. No hay diferencias entre urbanas y rurales. Otro 0,8% usa el retiro, más las de 17 años para arriba, sin diferencias por escolaridad, y sobre todo, las convivientes y separadas. Es bastante más usado por las adolescentes rurales que las urbanas, sobre todo, que las adolescentes de grandes ciudades fuera de Lima.
- Lo más usado actualmente por las jóvenes es el inyectable (13%), seguido de la abstinencia periódica (6%), la píldora (5%), el DIU (4%), el condón (3%) y el retiro (2%). El inyectable es empleado por las jóvenes de menor escolaridad (entre 17 y 20%), bajando en las de niveles altos (2% en las de educación superior). Es más usado por las jóvenes en unión (28% de las convivientes contra 2% de las solteras) y por las semi-alfabetas, particularmente en la Selva (23%). Las jóvenes del resto urbano y de Lima lo usan más que las de otras grandes ciudades y de zonas rurales. La abstinencia periódica es el método usado con más frecuencia por las

jóvenes con primaria incompleta o completa y secundaria incompleta, por las analfabetas, las unidas, y más en la Sierra y Selva (alrededor de 10%), de zonas rurales y, menos, de grandes ciudades fuera de Lima. La píldora es empleada por jóvenes de escolaridad intermedia, sin diferencias por analfabetismo, pero más en las unidas y en la Selva (13%). La usan más las jóvenes del resto urbano que de otras zonas urbanas o rurales. El DIU lo usan más las jóvenes con secundaria incompleta o completa, las alfabetas, las alguna vez unidas más que las solteras, y las que viven en la Costa, sin diferencias urbano-rurales. El condón tiene escaso uso en jóvenes con primaria incompleta o menos (menos de 1%), en las separadas y en la Selva; lo usan más las jóvenes de zonas urbanas que de las rurales; es más usado por las alfabetas (4%). El retiro es la protección empleada más por las de mayor educación, mayor alfabetismo, las unidas y las de la Costa y Sierra, sin diferencias urbano-rurales.

6.2.10.14 Uso del Condón en la Última Relación Sexual y Brechas Sociodemográficas

- Aunque esta pregunta se insertó en ENDES en el contexto de SIDA, el condón ofrece doble protección, sexual y reproductiva. Como se aprecia en el Cuadro 6,29, un 8% de las adolescentes sexualmente activas ha usado condón en su última relación, es decir, 86 de las 1,082 adolescentes sexualmente activas que respondieron esta pregunta. No se diferencia razón de uso, es decir, si se usó como protección sexual, anticonceptiva, o como doble protección. Salvo el mínimo uso en las de 15 años, no hay diferencias por edad, no habiendo una asociación significativa.
- La menor educación se asocia significativamente (n.s.= 0,000) con menor uso, en especial en las que no tienen escolaridad o tienen primaria incompleta o completa, subiendo a 10% o más en las de secundaria incompleta o mayor nivel. También a mayor alfabetismo, mayor uso de condón, siendo una relación significativa (n.s.= 0,007). Las adolescentes solteras usan mucho más el condón que las demás. No se observan diferencias significativas entre regiones. A nivel urbano-rural, alcanzó valor predictivo (n.s.= 0,000); son más las adolescentes sexualmente activas de las zonas urbanas que rurales las que han hecho uso de condón en su última relación sexual, ya que 10% de adolescentes de Lima, 11% de las de otras grandes ciudades, 12% del resto urbano lo han hecho, en contraste con el 3% de las de zonas rurales. Esto es doblemente preocupante, ya que son numéricamente más las adolescentes rurales que las urbanas que tienen actividad sexual (474 adolescentes rurales, 273 de ciudades grandes, 213 de Lima y 121 del resto urbano). En cuanto a etnicidad, no predice uso de condón.
- En el caso de las jóvenes, de 2712 sexualmente activas que respondieron esta pregunta, sólo 274, es decir, un 10%, empleó condón en su última relación sexual, sin diferencias por edad, aunque con una tendencia a menor uso en las de 21 años (6%). Las jóvenes urbanas usaron más el condón que las rurales (14% contra 3%), especialmente en Lima Metropolitana (16,4%) más que en ciudades

grandes o el resto urbano (12,4% y 12,1%). En Lima se usó más el condón que en el resto de la Costa (9%), la Selva Alta (9%), la Sierra (8%) o, sobre todo, la Selva Baja (5,6%). Las jóvenes que hablan español son las que más usaron condón (11%), seguidas d un 2% en las quechua-hablantes sin uso alguno en el resto. No se ven diferencias por trabajo. Hubo mayor uso en las alfabetas (11% contra 1%) y en jóvenes de mayor nivel educativo (21% en las de estudios superiores, 12% en las que tienen secundaria, 8% en las de secundaria incompleta, bajando a 5% o menos en los otros niveles, incluso 0% en las sin escolaridad).

Cuadro 6. 29. Uso de Condón en Última Relación y Variables Sociodemográficas (%)

	Uso en última relación	N Sex Activa
Edad		
15	3,0	67
16	7,9	140
17	8,2	207
18	7,5	345
19	9,3	323
Total	7,9	1082
Educación		
Sin escolaridad	0,0	27
Primaria Incompleta	1,6	184
Primaria Completa	3,0	201
Secundaria Incompleta	9,3	409
Secundaria Completa	15,3	222
Estudios Superiores	12,8	39
Alfabetismo		
No lee	1,2	81
Lee parte	3,6	56
Lee	8,8	944
Nupcialidad		
Solteras	14,4	457
Casadas	4,5	89
Convivientes	3,1	490
Separadas	0,0	45
Región		
Costa	8,0	512
Sierra	7,4	352
Selva	8,3	217
Área		
Lima	10,3	213
Otras Ciudades Grandes	11,4	273
Resto Urbano	12,4	121
Rural	3,6	474

6.2.10.15 Uso del Condón en Relación con Otra Pareja

- A ello se puede agregar que un 16% de las 25 adolescentes con pareja estable usó condón en su relación con otro hombre, en particular, las adolescentes de 19 años y algunas de 16 años, sin que el nivel educativo tenga un efecto, pero son pocos casos. Todas las que usaron fueron solteras. Aunque hubo menos casos en la Sierra, ellas usaron más que las de la Costa y la Selva. Mayormente las alfabetas usaron condón con otra pareja, pero

en las de menor alfabetismo hubo muy pocos casos.

- De las 32 jóvenes que tuvieron sexo con otra pareja, sólo 15, un 47%, usaron condón. En las jóvenes el mayor uso de condón con la última pareja sexual se dio en solteras (23%) y separadas (12%), llegando a sólo 6% en las unidas. El uso del condón con otra pareja fuera de la última fue mayor en las separadas (68%) y solteras (48%), no usándolo el único caso de joven conviviente con otra relación, y no reportándose casos de casadas con una segunda pareja sexual.

6.2.10.16 Principales Proveedores

- La principal fuente de acceso a métodos anticonceptivos que estaban usando las adolescentes fue la posta de salud (36%), seguida de hospitales (21%) y centros de salud (21%), seguidos de farmacias (11%) con 2% o menos obteniendo métodos de proveedores del MINSA, de ESSALUD o de sus policlínicos, de campañas del gobierno, clínicas privadas, ONGs, familia y amigos u otras fuentes.
- En el caso de las jóvenes, lo más conocido es, también, la posta (32%), seguida de centros de salud (25%) y hospitales del MINSA (21%). Mucho menos se conoce la farmacia o botica (9%) y tienen dos por ciento o menos de conocimiento como proveedor las otras fuentes.

6.2.10.17 Fuentes por Edad

- No se encontró una asociación significativa con edad en las adolescentes. Sin embargo, hay tendencias a diferencias por edad, pues las cuatro adolescentes de 15 años que usaban métodos los han accesado en un hospital, un centro de salud, de un proveedor del MINSA y de una posta. Las 37 adolescentes de 16 años que han accesado a métodos lo han hecho, en más la mitad de casos en una posta y, algunas en centros de salud u hospitales (un 20%), con casos aislados recurriendo a farmacias, ONGs o amistades y pareja. Las 52 adolescentes de 17 años que usaban métodos los obtuvieron, casi en la mitad de casos, también en postas, algunas en hospitales y centros de salud (38%), unas pocas de familiares y casos aislados de amigos o pareja u otras fuentes.
- Las 98 adolescentes de 18 años que usaban métodos los consiguieron en postas u hospitales (55%) y, ligeramente menos, en centros de salud (21%), con algunas yendo a farmacias y casos aislados recurriendo a un proveedor, a un policlínico de ESSALUD, amigos o pareja, en una campaña del gobierno y otras fuentes. Las 120 adolescentes de 19 años que empleaban métodos los consiguieron, en más de una tercera parte, en una posta, un 46% en hospitales y centros de salud, algunas en la farmacia, y casos aislados en clínicas privadas, ESSALUD, de un amigo o pareja u otras fuentes.

6.2.10.18 Fuentes según Educación, Alfabetismo y Trabajo

- La educación no se asoció con fuentes específicas pero se aprecian tendencias a diferencias según educación en las 315 adolescentes que usaban métodos. Las adolescentes sin escolaridad fueron, mayoritariamente, a una posta (75%), un 17% adicional yendo a centros de salud y 8%, a hospitales del MINSA. Las adolescentes con primaria incompleta fueron,

también, mayormente a postas (58%), con un 21% yendo a centros de salud, 11% a hospitales y casos aislados (2%) consiguiéndolos de un proveedor, un amigo o pariente, en una feria de salud o de otra fuente. Las adolescentes con primaria completa tendieron a conseguir métodos, igualmente, en postas (48%), centros de salud (22%), hospitales (12%), de un proveedor (6%) o, menos, de un trabajador de ESSALUD, una feria o una ONG.

- En adolescentes con secundaria incompleta se empieza a ver un patrón diferente, proveyéndose de métodos de una posta (30%), un hospital público(28%) o un centro de salud (24%), con un 6% consiguiendo métodos de amigos o familiares y pocas, de otra fuente. Las adolescentes con secundaria obtuvieron los suministros principalmente de un hospital público (29%), de un centro de salud (18%) o de una posta (14%), con algunas yendo a un policlínico de ESSALUD (4%) o a una clínica privada (4%), o recurriendo a un amigo o familiar (3%). Por su parte, las que tienen estudios superiores en la mitad de casos obtuvieron métodos de un centro de salud, el resto proveyéndose de un trabajador de campo de ESSALUD o en una clínica privada, a partes iguales.
- En el caso de las jóvenes, por educación, las que no tienen escolaridad refieren, mayoritariamente, como fuente de métodos a las postas (42%), el resto hablando de hospitales (29%) y, poco menos, los centros (25%). Un 60% de las jóvenes con primaria incompleta señala como fuente a la posta, con 33% hablando de centros, y, pocas, de hospitales. En las jóvenes con primaria completa o secundaria incompleta también predomina la mención a la posta (44% y 39%), seguida de centros de salud (33% en las que tienen primaria y 26% en las que tienen secundaria incompleta). Para estos niveles educativos la farmacia casi no es mencionada (0% en las sin escuela, 2& en primaria incompleta, 4% en primaria y 6% en secundaria incompleta. Es, recién, en los más altos niveles educativos que la posta deja de ser el principal proveedor. En las jóvenes con secundaria el acceso a métodos se hace en hospitales (29%) o centros de salud (28%) o, menos, en postas (20%) y la farmacia (10%). Las que tienen estudios superiores se proveen de métodos en cualquiera de las tres fuentes, por igual pero, además, mencionan la farmacia o botica mucho más que los otros grupos (21%).
- En cuanto al analfabetismo, tampoco predice fuentes de provisión anticonceptiva, pero las adolescentes que no pueden leer saben que los métodos se consiguen en postas (64%), el resto mencionando hospitales del MINSA y centros de salud. Las semi-alfabetas también tendieron más a mencionar las postas (47%), el resto dividiéndose entre las otras dos fuentes, salvo un 6% que nombra a las farmacias. Las adolescentes alfabetas señalan las postas en un 33%, los hospitales en un 23% y los centros de salud en un 22%, además de las farmacias, en 12%.
- Las jóvenes semi-alfabetas y analfabetas refieren más a la posta (64% y 58%) que las alfabetas (29%). No hay mayores diferencias en cuanto al centro de salud, con 25% en las alfabetas, 23% en las semi-alfabetas y

21% en las analfabetas. Tanto las alfabetas como las analfabetas señalan, casi por igual, a los hospitales del MINSA (21% y 18%, respectivamente), más que las semi-alfabetas (11%). La farmacia o botica fue nombrada por las alfabetas (10%), pero no por el resto.

- El trabajo no tuvo valor predictivo de fuentes de métodos.

6.2.10.19 Fuentes y Nupcialidad

- En cuanto a la nupcialidad, se vieron importantes diferencias, siendo un predictor válido (n.s-= 0,000). Las adolescentes separadas accesaban métodos en hospitales en la mitad de casos, el resto dividiéndose entre centros de salud y postas. Las convivientes acudían, en un 42%, a postas, el resto dividiéndose entre hospitales y postas, 3% a farmacias y casos aislados van a otras fuentes. Las casadas mayormente iban a postas (42%) y un 27% va a centros de salud, 15% acudían a farmacias, 5% a un proveedor del MINSA, otro tanto a ESSALUD o, igual, a un amigo o pariente y sólo 2% va a hospitales. Las solteras, en cambio, mayormente acudían a una farmacia (29%), a un hospital del MINSA (22%) o a una posta (21%), con 7% yendo a un amigo o pariente, 4% a un policlínico de ESSALUD y casos aislados a una clínica privada, ONG u otra fuente.
- En el caso de las jóvenes, las solteras mencionaron, sobre todo, las farmacias (33%) y hospitales del MINSA (19%), seguidas de postas (15%) y centros de salud (9%). Las casadas señalaron tanto los centros de salud (32%) como las postas (31%), seguidas de los hospitales (14%)). Las convivientes mencionaron más a las postas (37%), seguidas de los centros de salud (27%) y hospitales (23%). Las separadas privilegiaron los hospitales (31%), seguidos de los centros de salud y postas (24% y 23%). En las unidas y alguna vez unidas las farmacias no fueron relevantes (alrededor de 5%).

6.2.10.20 Fuentes y Región

- Teniendo en cuenta las regiones, aunque no tuvo valor predictivo, se ve que las adolescentes de la Sierra iban, mayormente, a postas (37%) y menos, a hospitales y centros (23 cada uno), con 5% accediendo a métodos en ONGs y 3%, cada uno, de proveedores del MINSA, ESSALUD, u otros, con casos aislados acudiendo a ferias o farmacias y a amistades o familiares. En la Selva, un 52% de las mujeres adolescentes recurría a postas, 18% a centros y 16% a hospitales públicos, 7% a ONGs, 3% a otras fuentes, 2% a proveedores del MINSA. En la Costa, las adolescentes se proveían de métodos en postas (25%), hospitales (24%) y centros de salud (23%), así como ONGs (17%), con 3% yendo a otras fuentes y otro tanto, a farmacias; 2% yendo a policlínicos de ESSALUD y 1% a sus proveedores.
- En las jóvenes se encuentra que las de la Sierra y Selva van, mayoritariamente, a postas (41%) para proveerse de anticoncepción, con alrededor de 22% de uso de hospitales y centros de salud, y muy pocas accediendo a farmacias (8% en la Sierra y 5% en la Selva). Por el contrario, en jóvenes de la Costa se ve que un 27% va a postas, 26% a centros de salud, 20% a hospitales del MINSA y 10% a farmacias, el resto dividiéndose entre un buen número adicional de fuentes.

6.2.10.21 Fuentes, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- Aunque el "urbanismo" no tuvo valor predictivo, se apreciaron importantes tendencias. Las adolescentes de Lima Metropolitana acuden a hospitales (49%) y farmacias (31), con pocas yendo a centros y postas (7% en cada caso) o a clínicas privadas (8%); las adolescentes de otras grandes ciudades se proveen de anticonceptivos en hospitales (26%), centros de salud (25%) y postas (26%), con algunas más yendo a farmacias (11%); las adolescentes del resto urbano van, preferentemente, a centros de salud (36%) y hospitales (23%), algunas yendo a postas (18%) o farmacias (10%); las adolescentes rurales se proveen en postas (58%), o, menos, centros de salud (20%), con algunas accesando métodos en hospitales (9%), farmacias (4%) o de trabajadores de planificación familiar del MINSA (4%).
- Las jóvenes de Lima Metropolitana obtienen métodos anticonceptivos de hospitales (24%), centros de salud y postas (23%, cada uno) y de farmacias (13%). El patrón en jóvenes de otras grandes ciudades es similar a Lima. Las jóvenes del resto urbano, en cambio, se proveen mayormente en centros de salud (42%), seguidos de postas (20%), hospitales (15%) y farmacias (10%). En contraste, las jóvenes rurales acuden a postas (54%) y, menos, a centros de salud (21%), hospitales (14%) o farmacias (2%).
- La etnicidad no evidenció valor predictivo.

6.2.10.22 Abandono de Métodos y Edad

- No se encuentra una asociación significativa entre edad y abandono de métodos. De las 494 adolescentes que han usado métodos alguna vez, se han descontinuado o cambiado de método en los últimos cinco años 458 métodos; 16 abandonos han sido en adolescentes de 15 años, 43 de 16 años, 74 de 17 años, 162 de 18 años y otro tanto, de 19 años (se trata de abandonos, pudiendo ser múltiples en una sola adolescente).
- De las 799 jóvenes que han usado métodos alguna vez, se reportan 1,902 abandonos de método.

6.2.10.23 Método Abandonado

- La mayor descontinuación en adolescentes se da en el uso de la abstinencia periódica o ritmo, en un 26% de casos, con una gran diferencia por edad, ya que las de 16 años para arriba descontinúan este método en un 24 a 27%, mientras que en las de 15 años es un 42%, probablemente asociado en buena medida con inicio sexual.
- El segundo método de mayor descontinuación es el condón, en un 22% de casos y con diferencias por edad, con sólo 10% de discontinuación en las de 15 años, 19% en las de 19 años, 21% en las de 16 años, 24% en las de 17 años y 26% en las de 18 años.
- Los inyectables son el tercer método más frecuentemente discontinuado, con 19% de casos y variaciones por edad: 11% en las de 16 años, 19% en las de 18 años y 21% en las de 15, 17 y 19 años.
- Luego sigue la píldora, con 16% de descontinuación, 23% en las de 16 años, 16% en las de 19 años, 15% en las de 18 y 17 años y 10% en las de 15 años.
- El retiro tiene un 10% de descontinuación, especialmente en las adoles-

centes de 16 y 17 años (13 a 14%), más que en las mayores (alrededor de 9%), no teniendo abandono en las de 15 años.

- La lactancia tiene 2% de abandono, a varias edades, desde los 16 años.
- Los óvulos, jaleas, espumas tienen otro 2% de abandono, pero en adolescentes de 15 años sube a 16%, siendo cero o uno, hasta dos por ciento, en el resto de edades.
- El DIU tiene un 1% de abandono pero se limita a descontinuación en adolescentes de 19 años (3%).
- En el caso de las jóvenes, 25% abandonaron la abstinencia; 24%, el inyectable; 17%, la píldora; 10%, el condón; 6%, el retiro y otro tanto, el DIU; 3%, la amenorrea por lactancia; 2% los óvulos, jaleas y espumas, y 1%, el Norplant.
- La educación, como predictor, tendió hacia la significación (n.s.= 0,05). No resultaron predictores la región, el "urbanismo", el analfabetismo, la etnicidad o el trabajo

6.2.10.24 Razones de abandono

- Las razones de abandono de métodos en las adolescentes son varias y varían también con la edad. Éstas son:
  - La principal razón de abandono es por embarazo, en un 23% de casos, que salvo por las adolescentes de 15 años, donde el porcentaje es 19%, tiende a ser más frecuente a menor edad: 20% en las de 19 años, 23% en las de 18 años, 24% en las de 17 años y 28% en las de 16 años.
  - La segunda causa de abandono de métodos son los efectos colaterales en un 18% de casos, que aumentan con la edad, de 0% en las de 15 años a 14% en las de 16 años, 15% en las de 17 años, 18% en las de 18 años y 23% en las de 19 años.
  - La tercera razón de discontinuación es el sexo infrecuente o la falta de pareja, en un 15% de casos, con un patrón tipo curvo por edad, siendo de 12% en las de 15 años, 9% en las de 16 años, 20% en las de 17 años, 17% en las de 18 años y 12% en las de 19 años.
  - La cuarta razón es abandono por desear un embarazo, que se dio en un 11% (51 adolescentes), menos en las de 15 años (6%) y más en las de 17 años (10%), 18 años (11%), 16 años (12%) y 19 años (12%).
  - La quinta razón fue querer un método más efectivo (8%), sin un patrón por edad aunque siendo más frecuente en las de 19 años y las de 16 años (alrededor de 10%).
  - Una sexta razón fue la separación marital (7%), especialmente alta en las de 15 años (19%) y siendo entre 8 y 10% en las otras edades, salvo a los 19 años, donde bajaba a 3%.
  - La séptima razón más frecuente fue la inconveniencia del uso (7%), especialmente por parte de las adolescentes de 15 años (19%) y, menos, las de 19 años (10%), bajando a 7% en las de 16 y 17 años y 2% en las de 18 años.
  - El resto de razones tuvieron frecuencias de 3% o menos, involucrando falta de acceso, oposición del esposo, temores vinculados con la salud, no sabe por qué abandonó, o no ser infértil.
- Profundizando en el no uso porque no se es casada, se vio que no se asoció significativamente con edad, etnicidad, región, educación, alfabetismo, trabajo o unión.

- En las jóvenes las principales razones son: efectos colaterales (25%, mayor en las mayores), el embarazo (21%, ligeramente mayor en las mayores), y el deseo de embarazo (15%, sobre todo en las de 21 y 23 años). Les siguen la búsqueda de un método más efectivo (10%, especialmente en las de 21 años), y sexo infrecuente o no pareja estable (10%), sobre todo en las de 20 años. La separación de la pareja tiene menos peso (6%, que se da, sobre todo, en las de 22 años, en un 12%). Otras razones tienen porcentajes de 2% o menos.
- La edad, el trabajo, el analfabetismo, la educación, no se asociaron significativamente con razones de abandono, pero se encontraron interesantes tendencias.

6.2.10.25 Razones de Abandono y Educación

- Teniendo en cuenta la escolaridad, se ve que las razones varían. Se encuentra una tendencia a asociación significativa entre educación y razones de abandono (n.s.= 0,015). En las adolescentes sin escolaridad, el abandono de métodos es por efectos colaterales (67%) o querer un método más efectivo. En cambio, en las que tienen primaria incompleta, el abandono es por embarazo, siendo el grupo educativo que más frecuentemente da esta razón (33%), a lo que se suman un 14% de deseo de hijos y un 22% de efectos colaterales. Las adolescentes con primaria tienen un patrón similar, pero menos marcado, ya que un 25% descontinúa por embarazo y 14% por deseo de hijos, y 25% por efectos colaterales.
- En adolescentes con secundaria incompleta, baja el porcentaje de embarazo como causa de descontinuación (19%) y es menor el deseo de hijos (7%), así como efectos colaterales (18%), pero aparecen con algún peso, otras causas, como sexo infrecuente (14%) y 10% de separaciones, inconveniencia de uso (11%), y la búsqueda de métodos más efectivos (8%).
- Las adolescentes con secundaria también abandonan métodos por embarazo (23%), por deseo de hijos (15%), por sexo infrecuente (17%), a lo que se suma 8% de separaciones, daños colaterales (16%) y 7% de búsqueda de métodos más efectivos. En las de estudios superiores el patrón es similar, con 29% de embarazos, 15% de deseo de hijos, 17% de sexo infrecuente y 8% de separaciones, 9% de efectos colaterales y 14% de búsqueda de métodos más efectivos, a lo que se suma 10% de abandono por uso inconveniente.
- En el caso de las jóvenes, las que no tienen escolaridad son las que más abandonaron (44%) por la razón de embarazo, bajando a 26% en las que tienen primaria incompleta y hasta 18% en las que tienen educación superior. Los efectos colaterales fueron la segunda razón de importancia en todos los grupos salvo en las jóvenes que no tienen escolaridad; se dio, especialmente, en las que tienen primaria incompleta o completa (31% y 30%), bajando a entre 26% y 21% a mayor educación. En cambio, las jóvenes sin escolaridad sólo manifestaron efectos colaterales en un 12% de casos. Más bien, en este grupo primó el deseo de embarazo (24%), seguidas de las que tienen primaria completa (19%) e incompleta (17%) y bajando hasta 11% en las de estudios

superiores. Sólo en las que no tienen escolaridad fue muy alto el desear un método más efectivo (20%). En las que tienen estudios superiores también tuvo peso lo infrecuente del sexo o no tener pareja estable (18%) o el haberse separado (13%).

6.2.10.26 Razones de Abandono y Alfabetismo

- En cuanto al analfabetismo, no predice abandono. En términos de tendencias, las adolescentes que no pueden leer abandonaron métodos principalmente por efectos colaterales (33%), por deseo de embarazo (20%) o por haberse embarazado (20%), con algunas refiriendo sexo infrecuente, oposición del esposo o inconvenientes de uso, en iguales porcentajes (7% cada una). Las semi-alfabetas abandonaron, básicamente, por embarazo (31%), aunque también por sexo infrecuente, efectos colaterales o deseo de un método más efectivo, en proporciones iguales (19%); sólo 6% tenían problemas de acceso a métodos y otro 6%, deseaban un embarazo. En las alfabetas también el embarazo es una importante razón de abandono (23%), lo mismo que los efectos colaterales (18%) y el sexo infrecuente (15%); además, un 11% deseaba embarazarse, 7% se separó del esposo, otro tanto encontraba inconvenientes de uso o, lo mismo, de efectividad y 3% tenía problemas de acceso.
- También las jóvenes analfabetas abandonaron métodos por haberse embarazado (37%), por desear un embarazo (23%) o por efectos colaterales (20%), con algunas buscando un método más efectivo (11%). Las semi-alfabetas siguieron un patrón similar, abandonando por embarazo (27%), deseo de embarazo (20%), efectos colaterales (19%), o problemas de efectividad (11%). Las alfabetas abandonaron métodos más por efectos colaterales (25%), seguidos de embarazo (20%), deseo de embarazo (14%), sexo infrecuente (11%) y problemas de efectividad (19%).

6.2.10.27 Razones de Abandono y Nupcialidad

- La nupcialidad predice razones de abandono (n.s.= 0,000). Las adolescentes separadas abandonaron métodos principalmente por embarazo en un 23%, por efectos colaterales en un 20%, por la separación misma en 17%, y sexo infrecuente (10%), y 7% querían un hijo.
- Las solteras que abandonaron se embarazaron en un 20%, 3% quería un hijo, 32% descontinuó por sexo infrecuente, 14% se separó de su pareja, 10% tuvo efectos colaterales y 6% los hallaba de uso inconveniente, 4% buscaba algo más efectivo.
- Las convivientes abandonaron el método por embarazo (25%), por desear un hijo (20%), por efectos colaterales (24%) y por querer métodos más efectivos (12%). Las casadas descontinuaron el métodos por embarazo (31%) o deseo de un hijo (11%), pero, principalmente, por efectos colaterales (40%).
- En el caso de las jóvenes, un 28% de las casadas, 26% de las separadas, 19% de las convivientes y 17% de las solteras abandonaron métodos por haberse embarazado. El deseo de embarazo fue una razón de abandono especialmente en las casadas (23%) y convivientes (17%). Los efectos

colaterales fueron un importante motivo para las convivientes (33%) y casadas (24%), menos en las separadas (17%) y muy poco en las solteras (11%). Querer un método más efectivo fue una razón de peso para las convivientes (12%) y solteras (11%). Sexo infrecuente o falta de pareja estable fue muy importante para las solteras (30%) y algunas separadas (12%).

6.2.10.28 Razones de Abandono y Región

- La región no llega a predecir muy significativamente razones de abandono, alcanzando una significación de 0,020. Como tendencias, en la Costa la descontinuación de métodos en adolescentes fue por embarazo (21%) y deseo de hijos (12%), efectos colaterales (18%), sexo infrecuente (14%) y separación (9%), un 7% buscando métodos más efectivos.
- El la Sierra las adolescentes dejaron el método por embarazo (27%), deseo de hijos (9%), por efectos colaterales (14%), sexo infrecuente (14%) y separación (5%), y para buscar métodos más efectivos (12%).
- En la Selva, las adolescentes descontinuaron uso por embarazo (26%) y deseo de hijos (10%), por efectos colaterales (19%), por sexo infrecuente (15%) y separación (7%), un 7% buscando métodos más efectivos.
- En el caso de las jóvenes, las de la Costa abandonaron métodos por efectos colaterales (26%), por embarazo (18%) o por deseo de embarazo (14%) y, algo menos, por querer un método más efectivo (11%) o por tener sexo infrecuentemente (11%). Las de la Sierra abandonaron métodos por salir embarazadas (28%) o desear un embarazo (18%), o por los efectos colaterales (19%). Las de la Selva descontinuaron métodos por los efectos colaterales (33%), por embarazo (21%) y por deseo de embarazo (15%).

6.2.10.29 Razones de Abandono, Brechas Urbano- Rurales y Etnicidad

- La asociación entre urbanismo y razones de abandono fue altamente significativa (n.s.= 0,000). Las adolescentes de Lima Metropolitana discontinuaron uso anticonceptivo por efectos colaterales (18%) y sexo infrecuente (16%), así como por separación de la pareja (14%), y por embarazo (14%) o por deseo de embarazo (10%). Las jóvenes de otras grandes ciudades abandonaron métodos principalmente por embarazo (24%), aunque también por sexo infrecuente (18%), efectos colaterales (16%), por querer un método más efectivo (15%), con sólo un 7% deseando un embarazo. Las adolescentes del resto urbano descontinuaron uso básicamente por embarazo (30%) o por deseo de embarazo (16%), con otras, debido a sexo infrecuente (18%). En el caso de las adolescentes rurales, se presenta, también, un abandono por embarazo (29%), y un deseo de embarazo (13%) pero, también, la razón de efectos colaterales (25%).
- Las jóvenes de Lima Metropolitana, grandes ciudades y el resto urbano evidenciaron un patrón similar en torno a las razones de abandono de métodos. Un 24% abandonó por los efectos colaterales, sin diferir de las rurales (26%). Un 18% de las jóvenes urbanas

abandonó métodos por embarazo (17% en Lima, 20% en grandes ciudades y 17% en el resto urbano), pero en las rurales se trató de un 29% de adolescentes. El deseo del embarazo como motivo de abandono de métodos se dio más en las jóvenes rurales (19%) y del resto urbano (17%) que en las de Lima (12%) u otras ciudades grandes (14%). El tener sexo infrecuente o pareja que no está presente fue la razón para abandono más en las urbanas (Lima, 14%; otras ciudades grandes, 11%; resto urbano, 9%) que en las rurales (6%). El querer un método más efectivo fue una razón de discontinuación de uso más usual en jóvenes urbanas (11%) que rurales (8%).

- La etnicidad no predice razones de abandono de métodos.

6.2.10.30 Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Nupcialidad

- La nupcialidad no predijo qué método se abandona, pero hay interesantes tendencias. Las solteras abandonaron en los últimos cinco años, principalmente, el condón (35%) y la abstinencia periódica (28%), seguidos del retiro (14%), la píldora (12%) y el inyectable (8%), además de óvulos (2%). Las separadas abandonaron el inyectable (52%), seguido del condón (19%), la abstinencia periódica (10%), óvulos (10%), la píldora (7%) y el retiro (3%).
- Las unidas abandonaron, en el caso de las convivientes, la abstinencia periódica (27%) y el inyectable (26%), seguidos de la píldora (18%), el condón (12%), el retiro (8%), la lactancia (2%) y óvulos (1%). Las casadas, por su parte, descontinuaron la píldora (36%) y la abstinencia periódica (30%), así como el inyectable (21%), seguidos del condón (10%) y el retiro (3%).
- En el caso de las jóvenes, las solteras abandonaron, principalmente, el condón (34%) y la abstinencia (32%), seguidos, de lejos, de la píldora y el inyectable (11%, cada uno) y el retiro (9%). Las casadas abandonaron, sobre todo, la abstinencia (29%) y el inyectable (24%), seguidos de la píldora (16%) y el condón (13%). Las convivientes abandonaron el inyectable (27%) y la píldora y abstinencia (21%, cada uno), seguido del condón (10%). Las separadas abandonaron el inyectable (36%) y la abstinencia (24%), seguidos de la píldora (16%) y el condón (12%).

6.2.10.31 Método Anticonceptivo Detallado Abandonado, por Educación y Alfabetismo

- La escolaridad no predijo método abandonado. Sin embargo, se apreció que en las adolescentes sin escolaridad, la mitad abandonó el inyectable y el resto, a partes iguales, la píldora y la amenorrea por lactancia. Las adolescentes con primaria incompleta dejaron, mayormente, el inyectable (32%), la abstinencia periódica (29%) y la píldora (23%), algunas el retiro (6%), los óvulos y jaleas (5%) y el condón (3%). Las que tenían primaria dejaron el inyectable (28%) y la abstinencia periódica (27%), el condón (16%), la píldora (14%) y el retiro (9%), fuera de otros casos aislados.
- En adolescentes con secundaria incompleta el método más abandonado fue el condón (23%) junto con la abstinencia periódica (23%) y la píldora (21%), los inyectables (15%) y el retiro

(12%). Las adolescentes con secundaria abandonaron la abstinencia (33%), el condón (26%) y el inyectable (17%), con un 10% de abandono del retiro, 7% de la píldora 3% del DIU y otro tanto, de óvulos. Las adolescentes con estudios superiores descontinuaron, principalmente, el condón (58%), la abstinencia periódica (17%) y la píldora (12%), con un 4%, por igual, de abandono del inyectable, el retiro y la lactancia.

- En el caso de las jóvenes, las analfabetas abandonaron tanto la abstinencia como los inyectables (24%), lo mismo que las alfabetas (25% la abstinencia y 23%, los inyectables) e, igual pero en porcentajes mayores, las semi-alfabetas (32% y 30%). Las analfabetas abandonaron, también, aunque en menor medida, la píldora (18%); las semi-alfabetas, el retiro (15%) y la píldora (12%), y las alfabetas, el condón y la píldora (17%). En cuanto a niveles de escolaridad, las jóvenes sin escolaridad abandonaron, en casi un tercio de casos, la abstinencia y otro tanto, la píldora. También un tercio de las jóvenes con primaria incompleta abandonaron la abstinencia y otro tanto, el inyectable. Un 34% de las jóvenes con primaria abandonaron el inyectable y 21%, la abstinencia. Alrededor del 26% de las jóvenes con secundaria incompleta abandonaron la abstinencia y el inyectable y 20%, la píldora. En las que terminaron secundaria alrededor del 22% abandonó el inyectable, la abstinencia o el condón. De las que tienen estudios superiores, un tercio abandonó la abstinencia y 26%, el condón.

6.2.10.32 Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Región

- Las adolescentes de la Costa abandonaron, principalmente, la abstinencia (25%), el retiro (22%), el condón (20%) y la píldora (14%). Las de la Sierra, descontinuaron el uso del retiro (37%), la abstinencia (24%), el condón (14%) y la píldora (11%). Las de la Selva, dejaron el retiro (28%), la píldora (23%), el condón (21%) y la abstinencia (14%).
- En el caso de las jóvenes, las de la Costa abandonaron el inyectable (24%), la abstinencia (21%), el condón (20%) y la píldora (16%) y, con menor frecuencia, el DIU (7%), y otros métodos (menos del 5%). Las de la Sierra abandonaron, principalmente, la abstinencia (37), la píldora (11%) y el condón (10%), y, menos, el retiro (8%), con otros métodos teniendo 5% de abandono. Las jóvenes de la Selva abandonaron la píldora (29%), el inyectable (25%), la abstinencia (25%) y el condón (9%), con otros métodos con poca frecuencia.

6.2.10.33 Método Anticonceptivo Detallado Abandonado y Brechas Urbano-Rurales

- Las adolescentes de Lima Metropolitana abandonaron, sobre todo, el condón (25%) y el inyectable (23%), seguidos del retiro (17%), el ritmo (15%) y la píldora (14%). Las de otras grandes ciudades descontinuaron el ritmo y el retiro (33%, cada uno) y, en menor escala, el condón (26%) y la píldora (14%). Las adolescentes del resto urbano abandonaron el condón (34%), el ritmo y el retiro (25%) y la píldora (16%). Las adolescentes rurales dejaron de usar el ritmo y el retiro (32%, cada uno), el inyectable (26%),

la píldora (21%) y, menos, el condón (11%).

- Las jóvenes de Lima Metropolitana descontinuaron uso del condón (26%), el inyectable (23%), el ritmo (18%) y la píldora (16%). Las de otras grandes ciudades dejaron de usar el ritmo (26%), el inyectable (22%) y, menos, el condón y la píldora (17%, cada una). Las jóvenes del resto urbano abandonaron el inyectable (26%, el ritmo (22%), la píldora (20%) y, menos, el condón (12%). Finalmente, las jóvenes rurales descontinuaron uso del ritmo (34%), el inyectable (26%) y la píldora (17%).

6.2.10.34 Intención de Uso Futuro y Edad

- De todas las 5142 adolescentes que nunca han usado métodos, sexualmente activas o no, un 5% afirma que no usaría, con diferencias significativas por edad (n. s.= 0,000) y una mayor tendencia a no uso en las menores (6 y 5%) que en las mayores (4%). Otro 8% no sabe si usaría métodos, con las de 15 años siendo las que más están en duda (11%) contra 8% en las de 16 y 17 años y entre 6 y 5% en las mayores. Ello significa, entonces, un 86,9% de adolescentes con intención de uso, más las mayores (91% las de 19 años, 90% las de 18 años) que las menores (86% las de 17 y 16 años y 83% las de 15 años).
- En el caso de las jóvenes, un 90% tiene intención de uso futuro de métodos, 4% está en duda y 6% se opone, sin diferencias por edad.

6.2.10.35 Intención de Uso Futuro y Nupcialidad

- Teniendo en cuenta el estado civil, no es una variable predictora pero se aprecia que las adolescentes separadas son las que mayor intención de uso futuro tienen (90%), seguidas de las solteras y convivientes (87%), y quienes menos proclives son, son las casadas (71%). Se aprecia, además, que son, precisamente, las casadas, las que no sólo no saben si usarían métodos (11%) sino que definitivamente no usarían en un 17%. En las convivientes es menor la duda (5%) pero es alta la oposición (9%). En cambio, las separadas más tienden a dudar que a oponerse (7% y 2%), lo mismo que las solteras (8% y 5%).
- En el caso de las jóvenes, las separadas son las que mayor intención de uso tienen (94%), junto con las solteras (90%). Un 5% en cada caso, se opone, el resto, estando indecisas. En cambio, en las unidas, sobre todo en las casadas, es menor la intención de uso. Un 83% de las casadas usaría métodos, 3% no sabe, pero un alto 14% se opone al uso. Las convivientes tienen un 87% de intención de uso, 5% dudan y 8% se oponen.

6.2.10.36 Intención de Uso Futuro, por Educación, Alfabetismo y Trabajo

- La intención de uso futuro aumenta significativamente (n.s.= 0,000) a mayores niveles educativos, de 54% en las que no tienen escolaridad, a 67% en las de primaria incompleta, a 74% en las que tienen primaria y 88% en las de secundaria incompleta, a 95% en las que tienen secundaria y 96% en las de estudios superiores. En todos los niveles, las que no se manifiestan proclives al uso futuro están más en duda que opuestas, pero hay mayores porcentajes de oposición en las adolescentes con menos estudios (alrededor de 13% contra entre 4 y

1% en los niveles educativos más altos).

- En el caso de las jóvenes, es también el caso que a mayor escolaridad, mayor predisposición positiva al uso de métodos. Un 97% de las jóvenes con estudios superiores, 93% de las que tienen secundaria y 90% de las que tienen secundaria incompleta son favorables. Esto baja a 75% en las que tienen primaria, 73% en las de primaria incompleta y 62% en las que no tienen escolaridad. Cabe indicar que, además, a menor escolaridad, mayor oposición, ya que se oponen a usar métodos en el futuro un 18% de las que no han ido a la escuela, 17% de las que no terminaron primaria, 14% de las que sólo hicieron primaria, bajando a 6% en las que tienen secundaria incompleta, 4% en las que terminaron secundaria y 2% en las que alcanzaron estudios superiores.
- El analfabetismo predice intención de uso futuro de métodos (n.s.= 0,000). Las adolescentes analfabetas en un 58% tienen intención de uso futuro de métodos, 25% están en duda y 16% se oponen. Las semi-alfabetas están favorables en un 66%, en duda un 19% y se opone un 14%. Las alfabetas usarían métodos en un 88%, están en duda 7% y se opone 6%. Se ve que hay mayor predisposición favorable en las alfabetas.
- En cuanto a las jóvenes, las alfabetas son, de lejos, más favorables al uso futuro de métodos (91%), con sólo 5% de oposición; en cambio, las analfabetas sólo en un 67% usarían métodos, el resto dudando u oponiéndose, por igual. Las menos favorables son las semi-alfabetas, ya que sólo 67% usarían métodos, pero 22% se oponen y sólo 10% dudan.
- El trabajo fue una variable predoctora de intención de uso futuro.

6.2.10.37 Intención de Uso Futuro y Región

- La región constituye un predictor fiable de intención de uso futuro de métodos (n.s.= 0,000). La intención de uso es más favorable en adolescentes de la Costa y Selva (89%) que las de la Sierra (80%), más que por oponerse al uso, por el alto porcentaje de éstas que no sabe si usaría o no métodos en un futuro (13%).
- En el caso de las jóvenes, las jóvenes de la Selva (92%) y Costa (91%) son las más favorables al uso futuro que las de la Sierra (83%), donde hay el doble de oposición (10%) y de duda (7%).

6.2.10.38 Intención de Uso Futuro, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- También el urbanismo predice intención de uso futuro de métodos (n.s.= 0,000). La gran mayoría de adolescentes, tanto urbanas como rurales, manifestaron su intención de uso de métodos en el futuro, pero se aprecia que la intención fue más fuerte en las urbanas (91%) que en las rurales (76%). Además, las rurales que no manifestaron intención de uso, se polarizaban entre oposición y duda, mientras que las urbanas predominaba la duda sobre el rechazo. El mismo patrón se encontró en las jóvenes, con las urbanas teniendo en un 93% de intención de uso, siendo 74% en las rurales y existiendo en éstas últimas, la polarización duda-oposición.
- La etnicidad predice intención de uso futuro de métodos.

6.2.10.39 Método Preferido a Futuro y Edad

La edad no tiene valor predictivo. Descriptivamente, los métodos que preferirían usar las que son favorables a la anticoncepción (4465 adolescentes), son:

- Mayoritariamente se prefirió la píldora (26%, 1145 adolescentes), particularmente las menores: entre 28 y 29% de las de 15 y 16 años, 30% de las de 17 años, 22% de las de 18 años y 18% de las de 19 años. Otro importante porcentaje prefiere los inyectables (19%, 867 adolescentes), principal-mente las mayores: 22% de las de 19 y 18 años, 20% de las de 17 años y 18% de las de 16 y 15 años.
- Un alto 19%, 853 adolescentes, no saben qué método preferiría usar, sin tendencias por edad; así, no saben 23% de las de 15 años, 18% de las de 16 y 17 años, 17% de las de 18 años y 19% de las de 19 años. Un 11% prefiere la abstinencia periódica, 484 adolescentes, particularmente las mayores: 14% de las de 19 y 18 años, 11% de las de 17 años, 10% de las de 16 años y 7% de las de 15 años.
- Un 10%, 475 adolescentes, preferiría el DIU, sin diferencias por edad (de 9 a 12%). Un 9% usaría el condón, 384 adolescentes, ligeramente más las de 19 años (12%) que las de 16 años (9%), 15 y 18 años (8%) y 17 años (7%).Las AQV son preferidas por sólo un 2%, sin diferencias por edad, lo mismo que el Norplant. Casi un 1% preferiría jaleas, óvulos o espumas; y menos del 1%, el retiro, la lactancia, o la esterilizaron femenina o masculina.

En el caso de las jóvenes, un 17% no sabe qué método preferiría, especialmente las de 20 a 22 años. Las preferencias son:

- El método preferido es el inyectable (27%), sobre todo en las de 24 años (33%), las de 23 años o las de 20 años (29%).
- Le sigue la píldora (18%), sobre todo escogida por las de 21 años (20%), 23 años (19%) y 20 años (18%).
- Luego, la preferencia es la abstinencia periódica o ritmo (12%), que es preferido por las de 21 años (15%) y 22 años (14%), bajando ligeramente en las mayores a 13% y 12%, pero siendo especialmente bajo en las de 20 años (8%).
- Sigue el DIU (10%), sin mayores diferencias por edad.
- Finalmente está el condón (8%) bajando de 9% en las menores a 7% en las mayores.
- La esterilización femenina y el Norplant sólo serían usados por un 3%, especialmente las mayores, y el retiro, por 0,4%, sin diferencias por edad.

6.2.10.40 Método Preferido a Futuro y Región

- Aunque la región no tiene valor predictivo, los métodos más preferidos para uso futuro en las adolescentes de la Costa son la píldora (27%), los inyectables (17%) y el DIU (13%); sólo 10% usaría la abstinencia periódica, 9%, el condón, 2% el Norplant, 1% los óvulos y jaleas, ninguna el retiro. Un 2% habla de esterilización femenina y otro tanto, de amenorrea por lactancia. Preocupa el 18% que no sabe. En la Sierra, las adolescentes prefieren los inyectables (21%) y la píldora (19%), seguida de la abstinencia periódica (14%). El condón es sólo mencionado por un 7%, y el DIU, por 6%. Un 3% preferiría la esterilización femenina. Es muy alto el porcentaje que no sabe (26%). En la

Selva, la preferencia adolescente es la píldora (35%) y el inyectable (33%), con 8% hablando del condón, 6% de la abstinencia periódica, 4% del DIU. Aquí baja a 10% el porcentaje que no sabe qué preferiría usar.

- En el caso de las jóvenes, en la Costa se prefería las inyectables (24%) y la píldora (20%), con entre 12 y 10% de preferencia por el DIU, la abstinencia periódica y el condón; un 16% no sabía. En la Selva, las jóvenes preferían, en su mayoría, el inyectable (46%) y otras señalaban la píldora (25%); sólo 7% señalaba la abstinencia y 10% no sabía su preferencia. En la Sierra un 33% señalaba el inyectable, 17% la abstinencia y 20% no sabía su preferencia.

6.2.10.41 Método Preferido a Futuro, Educación y Trabajo

- La educación se asocia de manera altamente significativa con método preferido a futuro (n.s. = 0,000). En las adolescentes sin escolaridad predomina un no saber qué método preferirían usar a futuro (67%), pero lo más frecuente es el inyectable (17%), seguido de la píldora (8%), el DIU (4%) y la abstinencia periódica (4%), no teniendo preferencia ningún otro método. En las adolescentes con primaria incompleta un 36% no sabe, 29% prefiere el inyectable y 18%, la píldora; 5% habla del DIU y 2%, del condón, con otras preferencias aisladas. Un 28% de las adolescentes con primaria no saben su preferencia, 31% señalan el inyectable, 22% la píldora, 7% la abstinencia periódica, 4% el DIU y 3%, el condón y 2%, la esterilización femenina. Aunque un 18% de las adolescentes con secundaria incompleta no define su preferencia, un 29% nombra a la píldora, 17% al inyectable, 13% al DIU, 10% a la abstinencia periódica y 8%, al condón, con 2% señalando la esterilización femenina. Las que tienen secundaria dudan en un 15%, el resto definiendo la píldora con un 23%, el inyectable con 20%, la abstinencia periódica con 14%, el condón con 12%, el DIU con 10%, además de 3% el Norplant y 2%, la esterilización femenina. En adolescentes con estudios superiores un 12% no sabe qué preferiría, 22% escoge la píldora, 20% la abstinencia periódica, 15% el condón, 14% el inyectable, 12% el DIU, con 2% señalando el Norplant y 1%, la esterilización femenina.
- En el caso de las jóvenes, las que no tienen escolaridad señalan, en un 43%, el inyectable, un 7% habla de esterilización femenina, 36% no sabe. Las que tienen primaria incompleta señalan, también, el inyectable (43%), un 12% apunta a la píldora y 10%, a la abstinencia periódica, y 21% no sabe. Las que tienen primaria escogen, igualmente, el inyectable (36%), 15% habla de la píldora, 27% no sabe. Las que no completaron secundaria eligen, nuevamente, el inyectable (37%) y 17% agrega la píldora, con 13% que no sabe. Las que tienen secundaria siguen prefiriendo el inyectable (26%), pero aparecen varias elecciones más con algún peso, como la píldora (17%), el DIU (12%), el condón (10%), con sólo 17% sin preferencia. Y las que tienen estudios superiores se diluyeron aún más entre la píldora (22%), el inyectable (20%), la abstinencia periódica (10%), el condón (9%), con sólo 13% sin saber su preferencia.
- El trabajo resultó una variable predoctora de método preferido a futuro (n.s. = 0,001).

6.2.10.42 Método Preferido a Futuro y Alfabetismo

- El alfabetismo predice método preferido a futuro. Las adolescentes analfabetas prefieren el inyectable (40%), algunas señalan la píldora (17%), 4% el DIU, 2% la abstinencia y 40% no sabe. Las semi-alfabetas en un 18% señalan el inyectable y en 15%, la píldora; 8% señalan la abstinencia y 7%, el DIU, un 44% sin método definido. Las alfabetas prefieren, en vez, la píldora (26%) y el inyectable (19%), pero 11% señalan el DIU y otro tanto, la abstinencia, y 9% eligen el condón, con sólo11% no sabiendo.
- En lo que concierne a las jóvenes, las analfabetas no se decidían en un 26%, un 48% prefería el inyectable y 13%, la píldora. Las semi-alfabetas no se decidían en un 23%, un 36% escogiendo el inyectable, 18% la abstinencia periódica y 11%, la píldora. Las alfabetas no se definían en un 16%, 24% prefería el inyectable, 19% la píldora, 12% la abstinencia, 10% el DIU y 9%, el condón.

6.2.10.43 Método Preferido a Futuro y Nupcialidad

- La nupcialidad no es predoctora de método preferido a futuro. Las adolescentes solteras tienden a preferir la píldora (26%) y, en menor grado, el inyectable (18%) y el DIU (11%), con 9% prefiriendo el condón y 19% no sabiendo qué prefiere. Las casadas prefieren el inyectable (52%), mucho menos, la abstinencia (16%), el DIU (12%) y la píldora (8%), un 12% no teniendo preferencia. Las convivientes prefieren, también, el inyectable (39%) y, menos, la píldora (19%), la abstinencia (8%) y el DIU (6%), un 19% no sabiendo. Las separadas en un 45% señalan el inyectable y, menos, la píldora (21%) y el DIU (16%), y 5%, la abstinencia, un 8% no teniendo preferencia.
- En las jóvenes, las solteras eligen una diversidad de métodos. Así, un 18% no sabe qué prefiere, 22% señala el inyectable, 20% la píldora, 13% la abstinencia, 10% el condón, 9% el DIU. Las casadas no se definen en un 15%, pero 36% escoge el DIU y 15%, la abstinencia periódica y 11%, el DIU. Las convivientes no se definen en un 13%, con 44% prefiriendo el inyectable y 11% la píldora y, otro tanto, el DIU. Las separadas son las menos indefinidas, un 10%, escogiendo el inyectable en un 46% y 25% adicional, la píldora. Teniendo en cuenta la doble protección del condón, debe notarse que en las unidas un 6% o menos emplea este método.

6.2.10.44 Método Preferido a Futuro, Brechas Urbano-Rurales y Etnicidad

- El urbanismo predice método preferido a futuro (n.s.=0,000). En las adolescentes urbanas y rurales lo preferido es la píldora, ligeramente más en las urbanas de Lima Metropolitana (30%) que en las de otras grandes ciudades y el resto urbano (25%) y bastante más que en las rurales (20%). También hay consenso en cuanto al inyectable como segunda preferencia, pero aquí es más marcado en las rurales (25%) que en las de Lima (16%) y de otras ciudades o el resto urbano (19%). Empatan en las adolescentes como tercera y cuarta preferencia el ritmo y el DIU, pero el DIU es la elección de las urbanas, no

de las rurales. El condón es elegido en quinto lugar, pero con menor fuerza por las rurales (4%), siendo más la elección de las de Lima (12%) que la de las urbanas de grandes ciudades o del resto urbano (8%). Más bien, son las rurales, precisamente, las que menos saben qué método preferirían (28%), más que las del resto urbano (24%) pero, sobre todo, que las de grandes ciudades (19%) y Lima (10%).

- En las jóvenes, para tanto urbanas como rurales la principal preferencia es el inyectable, con más fuerza en las rurales (36%) que en las urbanas (25%). La segunda elección es la píldora, pero más en las urbanas y, en especial, las de Lima Metropolitana (23%). El ritmo es la tercera elección, algo menos en las de Lima y del resto urbano. La cuarta elección es el DIU, pero sólo por las urbanas. El condón es una preferencia sólo para las jóvenes de Lima (15%), bajando en las de grandes ciudades (7%) y el resto urbano (4%) y, sobre todo, en las rurales (1%).
- La etnicidad resultó un predictor válido de método preferido a futuro (n.s.= 0,000).

6.2.10.45 Razones de No Uso de Métodos y Edad

Aunque la edad no resultó una variable predoctora, se observa que de 665 adolescentes que explicitaron la razón por la que no usaban métodos, se encontró que:

- La principal razón fue que no estaban casadas (34%), especialmente las menores (40% de las de 16 años y 38% de las de 15 años), bajando en los otros grupos (30% de las de 17 años, 28% de las de 18 años y 25% de las de 19 años).
- La segunda razón más frecuente de no uso fue no conocer métodos (16%), en un 16% de las de 15, 16 y 17 años, 22% de las de 18 años y 8% de las de 19 años.
- Un 14% no podía explicitar la razón de no uso, sin grandes variaciones por edad.
- La cuarta razón fue sexo poco frecuente o no tener pareja estable, en un 12%, con variaciones por edades: 12% de las de 15, 16 y 17 años, 8% de las de 18 años y 20% de las de 19 años.
- Un 9% aludió a temor a efectos colaterales, principalmente en las mayores: 13% las de 18 años, entre 10 y 9% en las de 19, 17 y 16 años, y sólo 5% en las de 15.
- Un 6% habló su propia oposición al uso de métodos, subiendo a 9% en las de 19 años, 7% en las de 17 años, bajando a entre 6 y 5% en las de 15 y 18 años y a 3% en las de 16 años.
- Sólo un 2% esgrimió razones religiosas, aunque subiendo a 7% en las de 19 años, para bajar a 3% en las de 17 años, 2% en las de 18 y 16 años y 1% en las de 15 años.
- Otras razones tuvieron una frecuencia menor, como no ser fecunda, oposición del esposo, no conocer fuentes de acceso o no tener acceso, preocupaciones por la salud, que interfieren con el cuerpo, etc.

- Preguntando directamente a las 223 adolescentes que manifestaban no usar por no ser casadas, si podrían usar métodos si lo fueran, un 26% dijo que no, sin diferencias por edad, y un 37% adicional, no sabía, quedando sólo 37% que contestó que si era una posibilidad.
- En el caso de las jóvenes, las principales razones de no uso fueron

el no ser casadas (22%) y los efectos colaterales (18%), así como no conocer métodos (15%), el oponerse personalmente al uso (9%) y el sexo infrecuente o no tener pareja estable (7%), con poco peso de infecundidad, o querer más hijos (3%, cada una), oposición del esposo, prohibiciones religiosas, razones de salud o que los métodos interfieren con el cuerpo (2%, cada una), o la infertilidad del esposo (1%).

- En las que se opusieron por no ser casadas, si lo fueran, usarían métodos un 45%, no lo haría un 31% y está indecisa, 24%. La oposición es especialmente fuerte en las de 20 años (46%) y las de 22 años (38%); la aceptación es muy alta en las de 21 años (78%) y 24 años (67%). Por otro lado, la aceptación era mayor en las que no tenían escolaridad, tenían primaria completa, secundaria incompleta o estudios superiores. Las alfabetas en más de la mitad de casos eran favorables, en contraste con 12% o menos en las de menor literacidad. Las jóvenes de la Selva mostraron ligeramente más aceptación, especialmente, que las de la Costa. Las que no trabajan fueron doblemente más favorables que las que si y las hispanohablantes casi duplicaron a las quechuahablantes en esta disposición favorable.

6.2.10.46 Razones de No Uso de Métodos, por Educación, Alfabetismo y Trabajo

- Teniendo en cuenta la escolaridad, aunque no tuvo valor predictivo, se vio que:
  - En adolescentes sin educación formal, las razones más frecuentes fueron no estar casadas (25%), no conocer métodos (25%), o no pudieron dar una razón (20%), y 15% afirmó tener sexo infrecuente o no tener pareja estable; un 5% afirmó que ella misma se oponía al uso y otro tanto, dijo que su pareja se oponía, con 5% temiendo efectos colaterales.
  - Las adolescentes con primaria incompleta apelaron más a no estar casadas (36%) y a no conocer métodos (24%), a lo que se agregó sexo infrecuente (12%) y no saber la razón (10%), con menor frecuencia de efectos colaterales (5%), de propia oposición (4%), y 1% de oposición de la pareja.
  - Las adolescentes con primaria tuvieron un patrón bastante similar; un 34% esgrimió no estar casada, 21% dijo no conocer métodos, 14% no podía explicar la razón, 12% alegaba sexo infrecuente, 6% temía efectos colaterales, 4% se oponía y 2% afirmaba que su pareja se oponía.
  - Las adolescentes con secundaria incompleta en un 36% hablaron de no ser casadas, 15% no podía explicar su razón, 12% dijo no conocer métodos y otro tanto, tener sexo infrecuente, 11% temía efectos colaterales y 5% se oponía personalmente al uso.
  - Las que tenían secundaria seguían dando la razón de no ser casadas como la principal (32%), pero un alto 18% no podía explicar su razón, y 16% se oponía al uso, con un 12% aduciendo sexo infrecuente y otro tanto, temiendo efectos colaterales; un 5% adicional decía no conocer métodos.
  - Las adolescentes con estudios superiores eran las que menos

alegaban el no uso de métodos por no estar casadas, pero seguía siendo una razón importante (20%), al igual que el sexo infrecuente o la propia oposición, con iguales porcentajes, y menos temiendo efectos colaterales (10%); sin embargo, llama la atención que 30% no pueda explicar su razón de no uso.

- En el caso de las jóvenes, en todos los niveles educativos una importante razón de no uso es no ser casada, algo menos en las de estudios superiores y las que no tienen escolaridad. Así, el 36% de las que tienen primaria incompleta, 34% de las que tienen primaria y 35% de las que tienen secundaria incompleta aluden a esta razón, bajando a 25% en las que no fueron a la escuela y a 20% en las de nivel superior. En las de menor educación tiene peso, también, el no conocer métodos, 25% de las que no tienen escolaridad, 24% en primaria incompleta y 21% en las de primaria, bajando a 12% en secundaria incompleta, 5% en secundaria y 0% en superior. El temor a efectos laterales se da en algunas jóvenes, sobre todo en las de mayor escolaridad, 11% en secundaria incompleta, 12% en secundaria y 10% en superior, en contraste con 5 y 6% en las de menores niveles. La oposición de la pareja tiene pequeño peso en las que no tienen escolaridad (5%), y la oposición religiosa es un factor para algunos casos con secundaria (5%). Llama la atención el que un tercio de las jóvenes con estudios superiores y 20% de las que no tienen escolaridad no diera explicación alguna, bajando de 17% a 10% en los niveles intermedios.
- Teniendo en cuenta el analfabetismo, aunque tampoco tuvo un valor predictivo, se apreció que las adolescentes analfabetas no usaban métodos porque no los conocían (31%) o porque no estaban casadas (23%) y, menos, por no tener pareja estable o sexo frecuente (14%) o temer efectos colaterales (6%). Las semi-alfabetas daban mucho más peso a no estar casadas (44%), siendo menos las que no conocían métodos (29%), algunas no teniendo pareja (12%) y pocas temiendo efectos colaterales (3%). En las alfabetas el no uso se debió, principalmente, a no estar casadas (35%) y, mucho menos, a desconocimiento (13%), sexo infrecuente (12%) o temores (9%).
- En el caso de las jóvenes, las analfabetas no usaban métodos principalmente por desconocimiento (26%), por no ser casadas (16%), por los efectos colaterales (14%) o por oposición del esposo (10%). Las semi-alfabetas no usaban métodos generalmente por no ser casadas (26%), por desconocimiento (20%), por los efectos colaterales (11%) o por oponerse al uso (11%). Las alfabetas no usaban métodos mayormente por no ser casadas (23%), por los efectos colaterales (20%) y por desconocimiento (12%).
- En jóvenes se vio que no habían diferencias entre las que trabajaban. En adolescentes no resultó una variable con valor predictivo.

6.2.10.47 Razones de No Uso de Métodos y Nupcialidad

- En cuanto a nupcialidad, no tuvo valor predictivo. Se vieron algunas diferencias en las razones de abandono de las adolescentes. El no ser casada fue

una razón en las no unidas, un 37% de las solteras y un 33% de las separadas. En estos grupos el sexo infrecuente fue otra razón (13% en ambos). Pero la razón más importante en las separadas fue no conocer métodos (67%), mientras que en las solteras se dio en un 15%, siendo tan importante como no saber la razón de no uso (14%). Un 8% adicional de las solteras temía efectos colaterales. Ninguna separada dejó de tener una explicación. Ninguna otra razón tuvo peso en las no unidas.

- En las unidas, la razón más frecuente en las convivientes del no uso de métodos fue el no conocerlos (30%), sumada a la propia oposición (24%) y la de la pareja (15%) y a temer efectos colaterales (18%); 9% no sabe por qué no usa. En las casadas, las razones, con igual peso (20%), eran querer hijos, no conocer métodos o temer sus efectos; otro 10% por igual se oponen ellas mismas, o sus parejas, o la religión y otro tanto, no sabe la razón.
- En el caso de las jóvenes, las solteras no usan métodos principalmente porque no están casadas (32%), con algún peso del desconocimiento de métodos (16%), por sus efectos colaterales (11%), por tener sexo infrecuentemente (9%), o por oponerse (8%). En las casadas, las principales razones son los efectos colaterales (29%) y el desconocimiento (23%), aunque la infecundidad propia o de la pareja también tiene algún peso (15%), lo mismo que oponerse ella (14%) o su esposo (9%) y por el deseo de hijos (12%). En las convivientes un 34% no usa métodos por los efectos colaterales, otro 19%, por infecundidad propia o de la pareja y 12%, por desconocimiento; para algunas se da la oposición (8%) o la de su pareja (9%) y un 8% desea hijos. En las separadas, la principal razón de no uso es no ser casada (46%) y los efectos colaterales también son importantes para un 36%.

6.2.10.48 Razones de No Uso de Métodos, Región y Etnicidad

- La región tuvo un alto valor predictivo (n.s.= 0,001). Tanto en Costa como en Sierra o Selva el no ser casada (30 a 35%) es la principal razón de no uso de métodos en adolescentes y en las tres regiones fue importante no conocer métodos (14 a 17%). En la Costa fue menos usual el alegato de sexo infrecuente y en la Sierra no tuvo peso la oposición de la pareja. El temer efectos colaterales fue más importante en la Costa.
- En el caso de las jóvenes, las de la Costa no usan métodos porque no son casadas (25%), por los efectos colaterales (15%) o por desconocimiento (14%). Las de la Sierra no usan particularmente por los efectos colaterales (24%), el no ser casadas (19%), el desconocimiento (18%) y el sexo infrecuente (10%). En la Selva, las jóvenes no usan métodos tanto por no ser casadas como por ser infértiles, por efectos colaterales y razones de salud o porque interfieren con el cuerpo (13%, cada una). Las razones religiosas son algo más notorias en la Selva, lo mismo que el deseo de hijos y el no conocer fuentes proveedoras, pero no llegan al 10%.
- La etnicidad no logró un valor predictivo en las adolescentes. En jóvenes, para las hispanohablantes el no ser casada fue la razón de más peso (25%), seguida del temor a efectos colaterales (17%), a lo que se suma un 10% que no conoce métodos; las quechuahablantes, por su parte,

esgrimieron principalmente que no conocían métodos (34%), temor a efectos colaterales (23%) y el no ser casadas (13%). Las aymarahablantes dieron igual peso (25%) a no ser casadas, no conocer métodos, temer efectos y tener sexo infrecuente.

6.2.10.49 Razones de No Uso de Métodos y Brechas Urbano-Rurales

- La principal razón de no uso de métodos en todas las adolescentes, tanto urbano como rurales pero, especialmente en las primeras (58% contra 47%), es el no tener sexo. La segunda razón fue el no estar casada, especialmente en las de Lima Metropolitana (52%) más que en el resto de urbanas (42%) y en las rurales (40%). En adolescentes rurales tuvo alguna importancia el estar lactando o en post-parto (4%).
- En las jóvenes se repiten estas dos razones pero las frecuencias son menores. El no tener sexo es la razón de más peso, más en jóvenes de Lima Metropolitana (39%) y de grandes ciudades (34%) que en el resto urbano (28%) o, sobre todo, en las jóvenes rurales (18%). El no estar casada tuvo, también, más peso en las jóvenes de Lima Metropolitana (33%), más que en las de grandes ciudades y el resto urbano (25%) y, en especial, más que en las jóvenes rurales (14%). En las jóvenes rurales tiene algún peso el estar lactando o en post-parto (9%) y el no conocer métodos (3%) o temer sus efectos secundarios (3%).

6.2.10.50 Visita a Centros de Salud y de Trabajadores de Planificación Familiar del MINSA

- Un 31% de las 5645 adolescentes, es decir, 1743, manifestó haber visitado un centro de salud en los últimos doce meses, sin diferencias por edad.
- La educación se asoció con visita a centros (n.s.= 0,000). Se apreció que eran más frecuentes estas visitas a centros en las adolescentes con mayor educación, 36% en las que tenían estudios superiores o secundaria y 30% en las de secundaria incompleta, en comparación con 24% en las que tenían primaria, 23% en las que no habían terminado primaria y 20% en las adolescentes sin escolaridad. Se advirtió más frecuencia de visitas en las unidas y alguna vez unidas (entre 46 y 49%) que en las solteras (29%).
- La región no fue un predictor fuerte pues ligeramente más adolescentes de la Costa y Selva van a centros de salud que las de la Sierra (32% contra 27%). Pero las adolescentes urbanas mostraron mayor asistencia a centros (35% en las de Lima Metropolitana, 31% en las de grandes ciudades y 34% en la del resto urbano, contra 25% en las rurales).
- En adolescentes resultaron predictores, también, el analfabetismo, la unión, la etnicidad y el urbanismo. El trabajo no tuvo valor predictivo.
- En el caso de las jóvenes, un 43% ha visitado un centro de salud en el último año, más las de la Costa (46%) que las de la Sierra (39%) o Selva (33%); más las unidas, casadas (49%) y convivientes (41%), así como las separadas (41%), que las solteras (39%). Han visitado un centro más las alfabetas (44%) que las semi-alfabetas (33%) o analfabetas (29%), y más las de mayor educativo, un 51% de las que tenían educación superior, 44% de las que completaron secundaria, 39% de las que no lo hicieron, 34% de las que terminaron primaria, 35% de las que no lo hicieron, y 33% de

las que no fueron a la escuela. Las jóvenes urbanas, en especial las de Lima Metropolitana (51%) pero, también, las de grandes ciudades (42%) y el resto urbano (40%), visitaron más los centros de salud que las rurales (36%)

- Un 6% de las adolescentes, es decir, 348 adolescentes, manifestó haber sido visitada por un proveedor de salud del área de Planificación Familiar, sin mayores diferencias por edad (entre 6 y 7%), salvo por las de 19 años que sólo fueron visitadas en un 4% de casos.
- La educación fue un predictor (n.s.= 0,000). Se observa que sólo 5% de las adolescentes sin escolaridad recibieron visitas, en contraste con alrededor de 10% de las que tenían primaria incompleta o completa, pero las visitas fueron casi igual o menos frecuentes en las de mayor educación (7% en las de secundaria incompleta, 3% en las de secundaria, 2% en las que tenían educación superior).
- También la unión tuvo carácter predictivo (n.s.= 0,000). Las casadas y convivientes recibieron más visitas (14 y 11%) que las no unidas, solteras y separadas (6 y 7%).
- Más adolescentes de la Sierra y Selva han sido visitadas para planificación familiar que las de la Costa (10% contra 4%). La región fue un predictor válido (n.s.=0,000). También el "urbanismo" se asoció significativamente con visita de un trabajador de PF (n.s.= 0,000). Las adolescentes rurales (10%) fueron más visitadas que las de Lima (3%), grandes ciudades (7%) o el resto urbano (10%). Fueron visitadas por un trabajador de salud un 9% de las jóvenes, en especial, las de la Selva (15%) y Sierra (14%) contra 7% en la Costa; las casadas (16%), convivientes (14%) y separadas (13%), más que las solteras (4%); las semi-alfabetas (22%) y analfabetas (15%) más que las alfabetas (8%), a pesar que el analfabetismo no fue un predictor; y las de menor escolaridad (18% de las que no terminaron primaria, 16% de las que si 12% de las que no tienen escolaridad, 11% de las que tienen secundaria incompleta, 8% de las que terminaron y 4% de las que tienen estudios superiores). Las rurales fueron más visitadas (18%) que las del resto urbano (10%), grandes ciudades (7%) o Lima Metropolitana (4%). La etnicidad no tuvo valor predictivo; el trabajo si.

6.2.11 Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

6.2.11.1 Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, y Prevención SIDA

Se preguntó a todas las adolescentes si habían escuchado hablar de enfermedades de transmisión sexual, del SIDA y de formas de prevenirlo, así como si creen que una persona saludable puede infectarse. Según se aprecia en el Cuadro 6,30, donde se consigna el desconocimiento de las ITS y el SIDA y su prevención. Se tiene que:

- Un 12% de adolescentes, sin diferencias por edad, que no resultó predoctora, no había oído hablar de las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo las de menor escolaridad, un significativo predictor (n.s.= 0,000), llegando a 84% en las que no tienen educación formal y a más del 50% en las de primaria incompleta y 37% de las que sólo tienen primaria, para bajar a 4% o menos en los otros niveles.

- La unión también resultó predictora (n.s.= 0,000). Alrededor de un 27% de las casadas y convivientes no ha escuchado de las ITS, en contraste con 10% de las solteras o separadas. Se aprecian brechas regionales, también con valor predictivo (n.s.= 0,000), con 27% de las adolescentes de la Sierra ignorando sobre las ITS en comparación con 10% en la Selva y 5% en la Costa.
- Asimismo, el urbanismo predijo el haber oído de ITS (n.s.= 0,000). Las adolescentes rurales no han oído de ITS en un 33% de casos, en comparación con 5% del resto urbano, 3% de ciudades grandes y 2% de Lima (Cuadro 6.30).
- Un 11% de las jóvenes, sin diferencias por edad, no había oído de las enfermedades de transmisión sexual. Sabían menos de las ETS las jóvenes rurales (34%) que las urbanas (2,4%) y las de la Sierra (27%) que las de la Selva Alta (12%), Baja (9%), el resto de la Costa (6%) y, sobre todo, que las de Lima Metropolitana (1,1%). No se ven diferencias por edad pero si por educación, con brechas del 75% de desconocimiento en las adolescentes sin escolaridad a 46% en las que tienen primaria incompleta, 28% en las que completaron primaria, 7% en las que no terminaron secundaria, 1% en las que si y 0.2% en las que tuvieron estudios superiores. Un 8% de las solteras y separadas no sabe esto, menos que las unidas (18%).
- Otro 12% de las adolescentes no ha oído hablar del SIDA, sin diferencias por edad, que no tuvo valor predictivo. La educación si, con grandes brechas educativas, con 88% de las adolescentes sin escolaridad ignorando sobre el tema, lo mismo que 53% de las que no han completado primaria y 39% de las que si, bajando a 4% y hasta a 0% en las de mayor educación.
- La unión también tuvo valor predictivo (n.s.= 0,000). Las adolescentes casadas y convivientes son las que más desconocen del SIDA (30% y 26%), en contraste con las separadas y solteras (alrededor de 10%).
- La región fue otra variable predictora (n.s.= 0,000). Las adolescentes que menos conocen de la existencia del SIDA son las adolescentes de la Sierra (27%), contra 11% en la Selva y 5% en la Costa.
- El urbanismo también tuvo valor predictivo (n.s.= 0,000). Las adolescentes rurales no han oído del SIDA en un 34% de casos, en comparación con 5% del resto urbano, 3% de ciudades grandes y 2% de Lima.
- Un 12% de las jóvenes no había oído del SIDA. Esto se daba, particularmente, en las jóvenes rurales (35%) en contraste con las urbanas (3%), sobre todo las de la Sierra (28%) que las de la Selva Alta (13%), la Baja (11%), el resto de la Costa (6%) y, sobre todo, que las de Lima Metropolitana (1%). Nuevamente, no se ven diferencias por edad pero si por educación, con brechas del 77% de desconocimiento en las adolescentes sin escolaridad a 47% en las que tienen primaria incompleta, 29% en las que completaron primaria, 8% en las que no terminaron secundaria, 1% en las que si y 0.2% en las que tuvieron estudios superiores. Las brechas entre solteras y separadas respecto de las unidas van desde un 8% a un 18% de desconocimiento.

- Sólo un 10% de las adolescentes manifiesta no haber oído sobre prevención del SIDA, sin diferencias por edad, pero si por educación (n.s.= 0,000), dándose en un 62% de las adolescentes sin escolaridad y 40% de las que tienen primaria incompleta. La unión también fue un predictor (n.s.= 0,000); no habían oído de la prevención más las adolescentes casadas (24%).
- La región y el urbanismo fueron predictores (n.s.= 0,000), habiendo oído menos de la prevención las adolescentes de la Sierra y Selva y las adolescentes rurales, donde un 44% no conocía del tema, en comparación con 8% en Lima. Por ejemplo, un 20% de ellas está convencida de que una persona sana no está en riesgo de contagio; esto se da en todas las adolescentes sin escolaridad y más de la mitad de las que tienen primaria incompleta, en casi la mitad de las que tienen primaria y en un 36% de las que tienen secundaria incompleta. Igualmente, lo creen así un 29% de las adolescentes en convivencia y 25% de las casadas.
- Las adolescentes si saben que los besos y la picadura de mosquito no contagian SIDA, aunque con algún desconocimiento en las que tienen primaria incompleta o completa.

Cuadro 6. 30a. Desconocimiento de ITS, SIDA, Prevención y Contagio SIDA y Variables Sociodemográficas en Adolescentes (%)

	ITS	SIDA	Prevención	Contagio
Edad				
15	12,0	12,2	11,0	23,1
16	13,5	13,8	11,2	20,2
17	12,9	13,4	8,1	18,1
18	11,0	11,4	9,7	21,5
19	10,1	10,6	10,1	15,5
Total	*12,0*	*12,4*	*9,8*	*19,7*
N	*676*	*698*	*484*	*974*
N TOTAL	*5643*	*5644*	*4995*	*4944*
Educación				
Sin escolaridad	84,5	87,9	62,5	100,0
Primaria Incompleta	52,2	53,5	39,7	55,0
Primaria Completa	37,2	38,6	26,7	46,8
Secundaria Incompleta	4,1	4,3	8,4	19,1
Secundaria Completa	0,9	0,9	3,9	9,7
Estudios Superiores	0,0	0,0	1,5	3,7
Nupcialidad				
Solteras	10,4	10,8	8,8	18,8
Casadas	28,1	30,0	23,8	25,4
Convivientes	25,2	26,0	18,4	29,2
Separadas	9,3	10,9	16,3	16,3
Región				
Costa	5,4	5,5	7,1	13,9
Sierra	26,7	27,0	15,0	36,1
Selva	9,8	11,0	16,4	22,8
Área				
Lima	1,9	1,9	5,3	8,3
Ciudades Grandes	2,9	3,2	6,5	13,6
Resto Urbano	5,4	5,4	8,4	21,2
Rural	32,4	33,8	21,5	43,6

- Un 10% de las jóvenes no había oído de formas de prevención del SIDA. Esto se daba, en especial, en las jóvenes rurales (7%) más que las urbanas (2%), y más en las de la Selva Alta (8,5%) que en las de la Selva Baja o Sierra (4%), el resto de la Costa (3%) o Lima (1,6%). Nuevamente aquí no hay diferencias por edad en las jóvenes pero si por escolaridad, con brechas del 59% en las que no han ido a la escuela a 0% en las que tienen estudios superiores. Cerca del 8% de las solteras y separadas no maneja esta información, en comparación con alrededor del 18% de las unidas.
- Un 17% de las jóvenes creía que una persona sana no podía infectarse. Esto, mayormente, en jóvenes rurales (21%) más que urbanas (6%), y en jóvenes de la Selva Alta (17%), la Sierra (15%) y la Selva Baja (14%), más que del resto de la Costa (7%) o Lima (4,8%). No hubo diferencias por edad pero sí por escolaridad, de 45% en las que no fueron a la escuela a 10% en las que tienen secundaria y 6% en las de estudios superiores. Un 11% de las solteras y 20% de las separadas no saben que la persona sana puede contagiarse pero esto sube a 25% en las convivientes y 28% en las casadas.
- Los departamentos donde menos adolescentes han escuchado de las ETS y del SIDA son los siguientes:

Cuadro 6.30.b. Adolescentes que no han oído de las ITS y el SIDA, por Departamentos de mayor Frecuencia (%)

Departamento	%
No ha oído de ITS	
Cajamarca	42,2
Huancavelica	41,3
Puno	30,8
Huanuco	29,7
Apurímac	28,3
Cuzco	27,4
Ancash	22,7
No ha oído del SIDA	
Cajamarca	43,9
Huancavelica	42,7
Apurímac	32,8
Puno	31,8
Huanuco	29,9
Cuzco	27,4
Ancash	23,1
Ayacucho	19,6

6.2.11.2 Conocimientos sobre Prevención del SIDA

- En cuanto a los conocimientos sobre formas específicas de prevención del SIDA (Cuadro 6,31), se encuentra que sólo un 16% de las adolescentes, sin diferencias por edad, sabe que la abstinencia total es una forma de prevenir el SIDA, con enormes brechas educativas, ya que entre 18 y 19% de las de mayor educación tiene este conocimiento, en comparación con 5 a 8% de las que tienen primaria y 1% de las que no tienen escolaridad. Las

alfabetas tienen más esta información. Las solteras y separadas están más informadas (17%) que las casadas y convivientes (entre 8 y 6%).

- Las adolescentes de Lima Metropolitana y la Selva Baja son las que más saben de la prevención del SIDA mediante abstinencia, en un 20%, seguida de las del resto de la Costa y Selva Alta; las que menos saben son las de la Sierra (12%). Los departamentos donde más se conoce esto son, en especial, Tumbes (45), seguido de Tacna (27%), Loreto (26%), Arequipa (21%) y Lima (19%). Donde menos del 6% lo sabe es en Cajamarca y, sobre todo, Apurímac. Las adolescentes de Lima y de ciudades grandes saben de esta vía de prevención en cerca de un 20% de casos, más que en el resto urbano y, sobre todo, que en zonas rurales (10%).
- Las adolescentes que hablan español y las que no trabajan están más informadas.

Cuadro 6. 31. Conocimientos sobre Formas de Prevenir el SIDA y Variables Sociodemográficas (%)

	ABSTINENCIA	CONDÓN	TENER UNA PAREJA
Edad			
15	17,9	29,3	17,7
16	15,5	25,8	18,0
17	15,1	25,2	23,2
18	14,9	33,8	19,0
19	16,5	36,3	22,4
Total	*16,0*	*30,1*	*20,1*
Educación			
Sin escolaridad	1,2	0,0	0,0
Primaria Incompleta	5,3	4,1	4,7
Primaria Completa	7,7	9,7	8,5
Secundaria Incompleta	18,4	31,0	21,2
Secundaria Completa	18,8	42,7	26,1
Estudios Superiores	19,1	53,8	34,1
Alfabetismo			
No lee	2,5	0,6	2,1
Lee parte	16,9	2,4	7,1
Lee	16,9	31,6	20,9
Nupcialidad			
Solteras	17,1	30,5	20,5
Casadas	8,2	20,6	11,6
Convivientes	6,0	25,1	16,2
Separadas	17,7	24,8	13,9
Región Desagregada			
Lima	20,0	36,9	22,8
Resto Costa	15,7	36,4	22,9
Sierra	11,8	16,6	15,0
Selva Alta	16,1	29,4	22,5
Selva Baja	19,8	39,0	18,4
Trabajo			
No	14,2	33,7	22,1
Si	16,8	22,1	15,4
Área			
Lima	20,0	36,9	22,8
Otras Ciudades Grandes	18,9	37,8	25,7
Resto Urbano	14,3	36,8	20,7
Rural	10,0	13,0	11,4
Etnicidad			
Español	16,8	32,1	20,9
Quechua	0,0	2,5	8,6
Aymara	0,0	2,1	10,2
Otro	0,0	9,0	4,3

- En las jóvenes cerca de un 12% sabe que la abstinencia previene del SIDA, ligeramente más las de menor edad pero bastante más las de mayor educación (con brechas de 0% de conocimiento en las que no fueron a la escuela, alrededor de 6% en las que tuvieron primaria completa o no, subiendo a 15% en las que tienen secundaria incompleta, 11% completa y 16%, superior). A nivel analfabetismo las brechas van de 1% a 12%. Por trabajo no hay diferencias. Las solteras (15%) y separadas (10%) saben más que las unidas (7%). Las jóvenes de la Selva (17%) saben más de la abstinencia que las de la Costa (13%) y, sobre todo, la Sierra (6,5%). Las hispanohablantes saben más (12%9 que el resto de jóvenes (2% las que hablan quechua, 0%, aymara, y 3%, otras lenguas).
- En cuanto al conocimiento de que el condón es una forma de prevenir el SIDA, sólo un 30% de adolescentes maneja esta información, más las adolescentes mayores, en alrededor de 35%, que las menores, alrededor de 25%, salvo por las de 15 años que llegan a 29%. Las alfabetas y las de mayor educación dominan más este conocimiento. Las de la Selva Baja (39%) y Lima Metropolitana (37%) así como el resto de la Costa (36%) conocen más esta información que las de la Selva Alta y, sobre todo, que las de la Sierra (29%). Alrededor de un 38% de adolescentes de Lima, otras ciudades y el resto urbano conocen de esta protección, lo que sólo se da en un 13% de las rurales. Los departamentos de mayor conocimiento son Madre de Dios y Tacna, donde la mitad de las adolescentes maneja esta información, seguidos de 46% en Ica, 44% en Tumbes, 41% en Loreto, y 38% tanto en San Martín como en Lima. Donde menos se conoce es en Cajamarca (9%) y Huancavelica (6%). Lo mismo, las que más saben del condón como prevención son las adolescentes que hablan español, las que no trabajan y las solteras tienen mejor conocimiento, pero en las solteras, por ejemplo, apenas es la tercera parte. Ninguna de las adolescentes sin escolaridad y menos del 10% de las que tienen primaria completa o incompleta lo saben, en contraste con 54% de las que tienen estudios superiores.
- En las jóvenes, sin diferencias por edad, un 39% sabe que el condón ofrece protección, siendo el conocimiento el doble en Costa (45%) y Selva (42%) que en la Sierra (21%), y existiendo enormes brechas educativas que van de un 3% de conocimiento en jóvenes sin escolaridad, a 7% en las que tienen primaria incompleta, a 17% en las que tienen primaria, a 33% en las que tienen secundaria incompleta, a 45% en las que tienen secundaria, a 57% en las que tienen estudios superiores. Las alfabetas saben esto en un 42% en contraste con las analfabetas (2%) y semi-alfabetas (10%). Las que no trabajan tienden a saber más (42% contra 35%); las hispanohablantes son las que más dominan esta información (41% contra 3% en las que hablan quechua, 4%, aymara, 0% otras lenguas).
- Un 20% de las adolescentes y 27% de las jóvenes está al tanto que la monogamia es una relativa protección contra el SIDA. En las adolescentes esto se da más en ciudades grandes (26%) y Lima (23%) y el resto urbano (21%)

que en la Sierra (11%). Las adolescentes de Lima y el resto de la Costa conocen de la monogamia como reducción de riesgos en un 23%, seguidas de las de la Selva Alta (22%), pero esto es menos conocido por las adolescentes de la Selva Baja (18%) y, en especial, por las de la Sierra (15%). Lima Metropolitana y otras ciudades grandes tienen más adolescentes que saben de la monogamia como forma de protección (23% y 26%, respectivamente), con 21% de conocimiento el resto urbano y con menos conocimiento en las adolescentes rurales (11%). En los departamentos donde se da más esta información es en Tacna (38%) e Ica (34%), seguidos de San Martín y Madre de Dios (27%) y Junín (26%). Donde menos se conoce es en Apurímac (9%) y Cajamarca (7%). En Lima Departamento es 17%. Los riesgos del sexo comercial son poco conocidos por adolescentes y jóvenes. En cuanto a los departamentos donde más saben de este riesgo las adolescentes, se tiene: San Martín (13%), Tumbes (12%), Lambayeque (11%) e Ica (10%), Lima teniendo solo 6,8% de este conocimiento, menos del 10%, como el resto de departamentos.

- Las jóvenes, en un 39%, saben de la protección ofrecida por el condón, sin mayores diferencias etáreas (38% las menores, 40% las de 22 y 23 años, y 38% las de 24 años), en las jóvenes con mayores estudios (57% de las que tienen estudios superiores, 45% con secundaria, 33% con secundaria incompleta, 17% con primaria, 7% con primaria incompleta, y 3% sin escolaridad); en las alfabetas (42% contra 10% en las semi-alfabetas y 2% en las analfabetas). Las solteras (45%) y separadas (35%) saben más que las convivientes (31%) y casadas (28%). Las que no trabajan saben algo más que las que si (42% contra 35%). Las de zonas urbanas saben más del condón para prevenir el SIDA que las rurales (15%), especialmente en Lima Metropolitana (52%), más que en otras grandes ciudades (44%) y el resto urbano (43%). Las jóvenes de Lima (52%), del resto de la Costa (40%) y las de la Selva Baja (43%) saben más que las de la Selva Alta (34%) y la Sierra (22%). Las hispanohablantes (41%) saben más que las que hablan quechua (3%), aymara (4%) o lenguas nativas (0%).
- En las jóvenes el conocimiento de la fidelidad como prevención del SIDA se da en un 26%, más en las de mayor edad (29% contra 24%), en las de mayor escolaridad (2% en las jóvenes sin escolaridad, 9% con primaria incompleta, 11% con primaria completa, 18% con secundaria incompleta, subiendo a 32% en las de secundaria y 38% en estudios superiores); en las alfabetas (28%) más que en las semi-alfabetas o analfabetas (10% y 5%); en las solteras (29%) y casadas (29%) algo más que en las convivientes y separadas (22%); en las jóvenes de la Selva Baja (20%) mucho más que en la Selva Alta (6%), la Sierra (8%), Lima Metropolitana (14%) o el resto de la Costa (11%), y más en zonas urbanas (14% en grandes ciudades fuera de Lima y 10% en el resto urbano) que en zonas rurales (7%). Las quechuablantes e hispanohablantes conocen más de la monogamia (28% y 26%, respectivamente), pero es menos conocida en las que hablan lenguas

nativas (16%) o aymara (8%). No hay diferencias por trabajo.

- Un 12% de las jóvenes sabe que la abstinencia protege del VIH/SIDA, algo más las menores (13% contra 10%) y las que tienen mayores estudios (16% de las de estudios superiores, 15% de las de secundaria incompleta, 11% con secundaria, bajando a 6% en las de primaria, 5% primaria incompleta y 0% en las sin escolaridad). Las alfabetas (13%) saben de esto más que las semialfabetas y analfabetas (5% y 1%). No hay diferencias por trabajo. Las solteras (15%) saben más que las alguna vez unidas (10% las separadas, 7% las casadas o convivientes). Las de Lima Metropolitana (14%) y el resto de a Costa (11%) saben más que las de la Sierra (8%) y Selva Alta (6%), pero son largamente superadas por las de la selva Baja (20%). Las de grandes ciudades fuera de Lima (14%) y el resto urbano (10%) saben más que las rurales (7%). Las hispanohablantes y quechuahablantes (12%) saben más que las que hablan aymara (0%) u otras lenguas nativas (3%).
- ENDES 2000 preguntó por prevención a través de "evitar relaciones con prostitutas y homosexuales", muy pocas adolescentes y jóvenes sabían de esta protección o la consideraron como formas de prevención.[22/]

6.2.11.3 Conocimiento sobre Proveedores de Condón

- Los lugares de provisión de condones más conocidos por las adolescentes son, principalmente, la farmacia o botica, seguidos de las postas, los centros de salud y hospitales del MINSA (Cuadro 6,32).
- La farmacia o botica es, definitivamente, el lugar más mencionado, por un 52% de las adolescentes, más las mayores (58%), pero no bajando del 46% en las menores. Sin embargo, se aprecian importantes brechas respecto de otras variables.
- Mientras que un 76% o más de las adolescentes con secundaria completa o estudios superiores sabe que la farmacia vende condones, esto sólo lo conocen 8% o menos de las adolescentes con primaria incompleta o sin escolaridad. Más de la mitad de las alfabetas tienen este conocimiento, contra 10% o menos de las que no leen ni una oración. Más de la mitad de las adolescentes solteras y casi otro tanto de las separadas comparte este conocimiento, cosa que se da en un tercio o menos de las unidas. Las adolescentes de la Costa saben que las farmacias ofrecen condones mucho más que en la Sierra y Selva. Las que no trabajan tienden ligeramente más a conocer esto. Más de la mitad de las adolescentes que hablan español saben que hay condones en las farmacias, lo que se da en 5% de las que hablan quechua, aymara u otras lenguas.
- La posta de salud es el segundo lugar conocido para provisión de condones, especialmente por las adolescentes mayores, las alfabetas y de mayor educación, las unidas y alguna vez unidas, las adolescentes de la Selva y quienes hablan aymara u otras lenguas fuera del quechua o español.

22/ Creemos importante cuestionar este indicador, por consideraciones éticas (discriminación) y técnicas (implica cuestionable categoría de grupos y no conductas de riesgo).

Cuadro 6.32. Conocimientos sobre dónde conseguir condón y Variables Sociodemográficas (%)

	FARMACIA	POSTA	CENTRO SALUD	HOSPITAL MINSA
Edad				
15	46,8	19,1	19,9	17,4
16	46,3	22,2	20,4	18,3
17	50,2	26,6	23,1	21,9
18	57,4	26,7	21,4	22,3
19	58,0	27,6	21,2	24,3
Total	*51,7*	*24,4*	*21,1*	*20,8*
Educación				
Sin escolaridad	1,2	6,6	1,2	3,1
Primaria Incompleta	8,3	17,7	9,5	6,6
Primaria Completa	15,0	22,7	10,1	11,6
Secundaria Incompleta	54,2	24,1	23,5	20,9
Secundaria Completa	75,8	28,4	26,2	26,8
Estudios Superiores	78,7	25,4	28,2	37,0
Alfabetismo				
No lee	1,8	12,1	5,0	3,9
Lee parte	8,9	18,5	8,4	5,0
Lee	54,3	24,8	22,3	21,7
Nupcialidad				
Solteras	54,2	22,8	21,3	21,1
Casadas	30,3	32,2	24,1	5,3
Convivientes	28,4	34,2	20,4	19,8
Separadas	42,3	43,7	33,2	16,9
Región				
Costa	64,5	21,0	21,0	18,2
Sierra	27,5	19,0	19,0	21,3
Selva	34,0	31,7	31,7	35,8
Región Desglosada				
Lima Metropolitana	79,8	23,3	20,9	19,1
Resto Costa	57,2	20,4	22,5	18,2
Sierra	27,9	25,5	18,8	18,4
Selva Alta	37,7	23,8	19,8	25,3
Selva Baja	34,5	36,2	32,1	42,4
Trabajo				
No	56,4	24,8	22,4	22,2
Si	41,5	23,1	19,2	17,5
Área				
Lima	79,8	23,3	20,9	19,1
Otras Ciudades Grandes	62,7	22,5	22,8	33,1
Resto Urbano	47,8	18,7	31,1	24,2
Rural	15,2	28,8	16,9	8,8
Etnicidad				
Español	55,2	24,3	22,0	21,8
Quechua	5,3	21,3	12,2	5,1
Aymara	5,1	35,0	29,0	19,3
Otro	4,8	31,1	2,3	0,0

Nota.- Porcentajes de 2% o menos en otras fuentes.

- La tercera fuente de condones es el centro de salud o un hospital del MINSA (21%). El centro de salud es más conocido por las separadas, las adolescentes de la Selva, las que tienen más educación y son alfabetas, las que hablan aymara o español. El hospital del MINSA, como proveedor de condones, es más conocido por las mayores, las de mayor educación y alfabetas, las solteras, las de la Selva y quienes hablan español o aymara.
- Las adolescentes de Lima mencionan como fuente del condón preferentemente a las farmacias o boticas en un 80% de casos, un 63% de las adolescentes de otras grandes ciudades también señala esta fuente, pero esto

baja a 48% en el resto urbano y sólo a 15% en las adolescentes rurales. Le sigue en frecuencia de mención la posta de salud, con un 23% de adolescentes de Lima y de ciudades grandes, bajando a 19% en el resto urbano y subiendo a 29% en las rurales. Los centros de salud son mencionados más por las adolescentes del resto urbano (31%), de grandes ciudades (23%) y de Lima (21%), bajando a 17% en las rurales. Los hospitales del MINSA son nombrados por un 33% en grandes ciudades, 24% en el resto urbano y 19% en Lima, bajando a 9% en adolescentes rurales.

- En la Costa, fuera de Lima, un 57% señala la farmacia o botica como proveedor de condón, bajando a 38% en la Selva Alta y 34% en la Baja, y a sólo 28% en la Sierra. La posta es mencionada por 36% de las adolescentes de la Selva Baja, 25% de la Sierra, 24% de la Selva Alta y 20% por la Costa, sin contar Lima. Los hospitales del MINSA son reconocidos como proveedores por un 42% de las adolescentes de la Selva Baja, 25% de la Selva Alta, y 18% tanto de la Sierra como de la Costa, fuera de Lima. Los centros de salud del MINSA son señalados por un 32% de las adolescentes de la Selva Baja, 22% en la Costa fuera de Lima, 20% en la Selva Alta y 19% en la Sierra. Otras fuentes tienen muy poca frecuencia de mención, los hospitales de ESSALUD teniendo menos del 10% salvo por 11% en las adolescentes de la Selva Baja; los policlínicos de ESSALUD no llegan ni a 5% de las adolescentes, los supermercados tampoco llegan a un 5%, las clínicas privadas a un 3%, los doctores privados, trabajadores del MINSA o de ONGs, las amistades y familiares y las iglesias tampoco son señaladas como fuentes de condones ni por un 1%.
- En el caso de las jóvenes, sin diferencias por edad, la farmacia o botica es la principal fuente de condón para las urbanas (88% en Lima Metropolitana, 70% en otras ciudades grandes, 58% en el resto urbano), pero no para las rurales (16%). Igualmente, en el resto de la Costa, fuera de Lima, es el principal proveedor (62%), no así en la Sierra (35%), Selva Alta (34%) o Selva Baja (40%). Se ve que hay departamentos donde sobresale la farmacia como fuente de condón, como es el caso de Lima (84%), Ica (74%), Tacna (71%), Lambayeque (61%) y La Libertad (60%). Las jóvenes solteras definitivamente prefieren las farmacias (71%), aunque también es la elección de algo más de la mitad de las separadas y de alrededor del 45% de las unidas. Es preferida por las jóvenes alfabetas (64%), las hispano-hablantes y las de mayor escolaridad (82% de las que tienen estudios superiores y 75% de las que tienen secundaria, y algo más de la mitad de las que tienen secundaria incompleta). No hay diferencias en la elección de fuentes proveedoras de condón entre las jóvenes que trabajan o no, ni por edades.
- Las postas de salud son, también, importantes proveedores, especialmente para jóvenes de la Selva Baja (48%), Selva Alta (41%) y Sierra (35%), no tanto en Lima (22%) o el resto de la Costa (26%). Las postas son proveedoras para jóvenes rurales (40%) mucho más que urbanas (22% Lima, 31% grandes ciudades, 22% resto urbano). Se ve, por ejemplo, que en Ucayali son una importante fuente

de condón (63%) en contraste con departamentos como Tacna (14%). No difieren por edad en esta preferencia, pero son más señaladas por las jóvenes analfabetas y semi-alfabetas, por las jóvenes sin escolaridad o con primaria incompleta o completa, por las jóvenes quechua- y aymara-hablantes, así como quienes hablan otras lenguas nativas, por una importante parte de las separadas y convivientes y un tercio de casadas, no así por las solteras.

- También son importantes proveedores los centros de salud del MINSA, pero para las jóvenes urbanas (30% en grandes ciudades, 37% en el resto urbano) aunque no en Lima (24%) ni en jóvenes rurales (22%). Los centros de salud son importantes para jóvenes de la Selva Baja (32%) y del resto de la Costa sin Lima (30%), no tanto para jóvenes de Lima (24%), la Sierra (25%) o la Selva Alta (21%). Estos centros son frecuentes proveedores en Moquegua (80%) en contraste con Madre de Dios (6%). Estos centros de salud son más nombrados por las jóvenes con mayores estudios, las separadas, las alfabetas.
- Otra fuente a la que se recurre son los hospitales del MINSA, especialmente las jóvenes de grandes ciudades (38%) pero no Lima (18%) ni el resto urbano (26%) y, mucho menos, las jóvenes rurales (12%). Es más frecuente que sean un proveedor en la Selva Baja (42%) que en otras regiones (24% en Selva Alta y Sierra, 23% en el resto de la Costa y 18% en Lima). En departamentos como Loreto (56%), Madre de Dios (46%), Pasco (44%) y Tumbes (42%) juegan un rol destacado, no así en Moquegua (6%) o Lambayeque (3%). Los hospitales son más nombrados por las jóvenes alfabetas, con mayores estudios, separadas.
- Otros proveedores potenciales no son empleados ni por un 5% de las jóvenes, salvo el caso de policlínicos de ESSALUD en Arequipa, Moquegua (11%) y, sobre todo, Ica (15%).

6.2.11.4 Prevalencia de ITS

- En lo referente a ITS, el último año saben que han tenido una ITS, 0,1% de todas las adolescentes, cuatro casos. Hay diferencias por edad, más las mayores. No hay diferencias entre las que trabajan y las que no, ni entre las alfabetas y las analfabetas o a nivel educativo o por etnicidad. Tampoco hay diferencias urbano-rurales, aún separando Lima de otras grandes ciudades y del resto urbano, pero se advierte una mayor tendencia en la Selva Baja (0,7%) que en la Costa sin Lima (0,3%), la Sierra (0,2%), Lima (0%) o la Selva Alta (0%), aunque son muy pocos casos. Las solteras presentan menos ITS que las alguna vez unidas, siendo la unión un predictor confiable (n.s.= 0,000).
- Han tenido llagas genitales un 2,8%, es decir, 35 casos de 1248 adolescentes, algo más, aunque no significativamente, las de menor educación. El alfabetismo si resulta un predictor (n.s.= 0,000), con las adolescentes que leen parcialmente teniendo más llagas o úlceras (7,8% contra 3,2% las analfabetas y 2,3% las alfabetas; n.s.= 0,002), así como las adolescentes separadas (n.s.= 0,000), sin diferencias por trabajo o etnicidad.
- No hay diferencias regionales o urbano-rurales significativas, pero se ve que en el resto urbano (3,7%) y Lima (3,3%) es algo mayor que en zonas rurales (2,6%) y en otras ciudades

grandes (2,1%). Los departamentos donde más llagas genitales se reportan en las adolescentes, aunque sin valor predictivo, son: Lima (8 casos), Cusco (6), Cajamarca (5), Lambayeque (3), Arequipa e Ica (2 casos, cada una).

- Han tenido descensos un 20%, o sea 247 de 1248 adolescentes, sin diferencia por edad ni educación, aunque se vean más en las de mayor educación y en las alfabetas (20,8% contra 13,7% en las analfabetas y 10,9% en las semi-alfabetas), donde hay tendencia a valor predictivo (n.s.= 0,011). Aunque no sea predictiva, hay tendencia a diferencias por unión, dándose más en adolescentes separadas y solteras, y, también sin valor predictivo, en las que trabajan (24% contra 17%).
- Hay diferencias por urbanización y región, pero sin que sean predictivas, reportándose más descensos en adolescentes urbanas (26%) que rurales (14%); se dan más en Lima y grandes ciudades (26% cada una) que en el resto urbano (19%) y zonas rurales (14%). Así, se tiene que los departamentos de mayor prevalencia son: Lima (67 casos), Cusco (26), Loreto (19), Junín (15), Huanuco (13), Arequipa (11) y San Martín (10).
- En el caso de las jóvenes, un 2% manifestó haber tenido una enfermedad (infección) de transmisión sexual; un 3% tuvo llagas genitales; 23%, sin diferencias por edad, tuvieron descenso. Hay mayor reporte de ITS en las analfabetas (4,8%) y semi-alfabetas (4,5%) que en las alfabetas (2%); son más reportadas por jóvenes separadas (5%) y convivientes (3,5%) que por casadas (2%) o solteras (1%), y por las jóvenes de escolaridad intermedia, con primaria o con secundaria incompleta (4%) más que los extremos educativos. No hay diferencias por trabajo. En Lima Metropolitana (3%) hay más reporte de ITS, seguida del resto de la Costa y de la Selva Baja (2%), más que en la Sierra o Selva Alta (1%). Después de Lima, las zonas rurales y las grandes ciudades tienen más reporte que el resto urbano. Los departamentos donde mayor porcentaje de jóvenes reporta una ITS en el último año son: Tumbes (6,5% de las sexualmente activas), Huancavelica (5%), Ayacucho (4%), Huanuco (3%), Lima (2,3%), Ucayali (2,2%).
- Ya concretamente en lo que concierne a llagas o úlceras genitales y descensos en las jóvenes, se encuentra un mayor reporte en jóvenes urbanas que rurales (3,4% contra 2,3% para llagas y 25,5% contra 18,1% para descensos). En cuanto a las llagas, las reportan más las analfabetas (5%) que las alfabetas o semi-alfabetas, dándose más en jóvenes sin escolaridad (7%) y con secundaria incompleta (4%) que en otros grupos educativos, y más en las separadas (5%) que en convivientes o casadas (3%) o, sobre todo, que en las solteras (2%). Es en el resto de la Costa sin Lima (4%) y en la Selva Alta (3,4%) donde más se reportan, seguidas de Lima (3%), la Sierra (2%) y, en último ligar, la Selva Baja (1,3%). Se reportan más en las grandes ciudades fuera de Lima (3,8%) que en Lima (3%), el resto urbano (2,8%) o zonas rurales (2,3%). Los departamentos de mayor reporte son: Huanuco (6,6%), La Libertad, Lambayeque, Moquegua o Tumbes (5%), Ica (3,6%), Cajamarca (3,5%), Lima, Cusco, San Martín o Tacna (3%).
- En cuanto a los descensos, se dan más -o son más reconocidas y reportadas-

en jóvenes alfabetas (24%) y semi-alfabetas (22%9 que en analfabetas (17%); en las que tienen estudios superiores (30%) o secundaria completa (26%) o incompleta (20%), que en menores niveles (18%). Son más reportados por jóvenes solteras (26%) y casadas (24%) que por convivientes o separadas (21%). Las jóvenes de la Selva Alta son las que más los reportan (29%), seguidas de Lima Metropolitana (24%) y la Selva Baja (24%), de la Sierra (23%) y, menos, del resto de la Costa (19%). Se da más en las grandes ciudades fuera de Lima (28%), seguidas de Lima, el resto urbano (22%) y las zonas rurales (19%). Los departamentos de mayor reporte son: Tumbes (45%), Cusco (40%), Ica (39%), Junín (34%), San Martín (31%), Pasco (30%), Madre de Dios (27%); Puno (26%), Moquegua (25%) y Lima, Tacna o Loreto (24%).

6.2.12 Resultados para Sub-Muestras Específicas

6.2.12.1 Adolescentes que son Madres por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Las adolescentes madres mayormente se encontraron en la Sierra (41% de casos) y eran rurales o urbanas, alfabetas (83%), tenían secundaria incompleta (34%) o primaria, ya sea incompleta (22%) o completa (21%), y se encontraban en convivencia (54%) o eran solteras (27%)[23/], (Cuadro 6.33).

Cuadro 6. 33. Adolescentes que son Madres, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Unión	Alfabetismo	Educación
Sierra	Rural	Convivientes	Alfabetas	Secundaria Incompleta
41,1 (238)	54,1 (313)	54,2 (313)	83,2 (481)	34,5 (200)
Resto Costa	Otras Grandes Ciudades	Solteras	Analfabetas	Primaria Incompleta
18,7 (108)	19,2 (111)	27,3 (158)	9,9 (57)	22,1 (128)
Selva Baja	Lima Met.	Casadas	Semialfabetas	Primaria Completa
15,7 (91)	16,1 (93)	11,6 (67)	6,9 (40)	20,7 (120)
Lima Metropolitana	Resto Urbano	Separadas		Secundaria Completa
16,1 (93)	10,7 (62)	6,9 (40)		18,0 (104)
Selva Alta				Sin escolaridad
15,7 (91)				3,3, (19)
				Superior
				1,4 (8)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

23/ Debe cuidarse no olvidar que los números de las submuestras son diferentes.

6.2.12.2 Adolescentes que fueron Madres antes de los 16 Años, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Las adolescentes que fueron madres antes de los 16 años mayormente se encontraron en la Selva (44%), especialmente Selva Baja, y eran rurales (59%), alfabetas (78%), tenían primaria completa (37%) o incompleta (31%), y se encontraban en convivencia (48%), (Cuadro 6.34).

Cuadro 6. 34. Adolescentes que fueron Madres antes de los 16 Años, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Unión	Alfabetismo	Educación
Sierra	Rural	Convivientes	Alfabetas	Primaria Completa
37,7 (47)	59,5 (75)	48,0 (61)	78,0 (99)	37,0 (47)
Selva Baja	Otras Grandes Ciudades	Solteras	Semialfabetas	Primaria Incompleta
31,0 (39)	23,0 (29)	33,1 (42)	11,8 (15)	30,7 (39)
Selva Alta	Lima Met.	Casadas	Analfabetas	Secundaria Incompleta
13,5 (17)	8,7 (11)	11,8 (15)	10,2 (13)	26,8 (34)
Resto de la Costa	Resto Urbano	Separadas		Sin escolaridad
9,5 (12)	8,7 (11)	7,1 (9)		18,0 (104)
Lima Met.				Secundaria Completa
8,7 (11)				2,4 (3)
				Superior
				0,0 (0)

***Nota*.- Entre paréntesis, frecuencias.**

6.2.12.3 Adolescentes Sexualmente Iniciadas antes de los 16 Años y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Las adolescentes iniciadas sexualmente mayormente se encontraron en la Sierra (36%) y Selva (32%), especialmente, Selva Baja, y eran tanto rurales como urbanas, alfabetas (84%), tenían secundaria incompleta (40%), eran solteras (47%), (Cuadro 6.35).

Cuadro 6. 35. Adolescentes Sexualmente Iniciadas antes de los 16 Años, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Unión	Alfabetismo	Educación
Sierra	Rural	Convivientes	Alfabetas	Secundaria Incompleta
36,0 (210)	49,7 (290)	54,2 (313)	83,9 (489)	40,2 (235)
Selva Baja	Otras Grandes Ciudades	Solteras	Analfabetas	Primaria Incompleta
22,6 (132)	19,2 (111)	23,2 (135)	9,4 (55)	24,3 (142)
Lima Metropolitana	Lima Met.	Casadas	Semialfabetas	Primaria Completa
17,8 (104)	16,1 (93)	7,7 (45)	6,7 (39)	21,2 (124)
Resto de Costa	Resto Urbano	Separadas		Secundaria Completa
13,7 (80)	10,7 (62)	4,6 (27)		9,1 (53)
Selva Alta				Sin escolaridad
9,8 (57)				3,4, (20)
				Superior
				1,7 10)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

6.2.12.4 Adolescentes que No Desean el Embarazo Actual y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Las adolescentes que estaban gestando un embarazo que no deseaban eran 105 casos, constituyendo el 1,9% de todas las adolescentes. Mayormente se encontraron en la Sierra (41%) y la Costa (40%), especialmente Lima, y eran urbanas (61%), especialmente de Lima y otras grandes ciudades, alfabetas (86%), tenían secundaria incompleta (43%), y estaban en convivencia (66%), (Cuadro 6.36).

Cuadro 6. 36. Adolescentes que no Desean el Embarazo Actual, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Unión	Alfabetismo	Educación
Sierra	Rural	Convivientes	Alfabetas	Secundaria Incompleta
41,0 (43)	39,0 (41)	65,7 (69)	85,7 (90)	42,9 (45)
Lima Metropolitana	Otras Grandes Ciudades	Solteras	Semialfabetas	Secundaria Completa
23,8 (25)	25,7 (27)	26,7 (28)	7,6 (8)	20,0 (21)
Resto de la Costa	Lima Met.	Casadas	Analfabetas	Primaria Incompleta
15,2 (16)	23,8 (25)	4,8 (5)	6,7 (7)	18,1 (19)
Selva Baja	Resto Urbano	Separadas		Primaria Completa
14,3 (15)	11,4 (12)	2,9 (3)		14,3 (15)
Selva Alta				Superior
5,7 (6)				3,8 (20)
				Sin Educación
				1,0 (1)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

6.2.12.5 Adolescentes Sexualmente Iniciadas y No Unidas y cuyo Ideal Reproductivo es Ningún Hijo, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Un 5,8% de todas las adolescentes sexualmente iniciadas y que no estaban en unión, es decir, solteras o separadas, no deseaban hijos en su ciclo de vida, siendo 326 casos. Mayormente se encontraron en la Sierra (38%) y la Costa (35%), especialmente Lima, y eran urbanas (62%), sobre todo, de ciudades grandes fuera de Lima, alfabetas (88%), y tenían secundaria incompleta (42%), (Cuadro 6.37).

Cuadro 6. 37. Adolescentes Sexualmente Iniciadas, No Unidas, que no Desean Hijos Nunca, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Alfabetismo	Educación
Sierra	Rural	Alfabetas	Secundaria Incompleta
38,0 (124)	38,2 (125)	87,7 (285)	41,7 (136)
Lima Metropolitana	Otras Grandes Ciudades	Analfabetas	Secundaria Completa
19,9 (65)	32,4 (106)	8,6 (28)	18,7 (61)
Selva Baja	Lima Met.	Semialfabetas	Primaria Completa
17,5 (57)	19,9 (65)	3,7 (12)	16,3 (53)
Resto de la Costa	Resto Urbano		Primaria Incompleta
16,0 (52)	9,5 (31)		14,1 (46)
Selva Alta			Superior
8,6 (28)			6,7 (22)
			Sin Educación
			2,5 (8)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

6.2.12.6 Adolescentes Sexualmente Iniciadas y No Unidas que No Usaron Condón en su última Relación Sexual, y Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Un 3,5% de todas las adolescentes sexualmente iniciadas y que no estaban en unión, es decir, solteras o separadas, no usaron condón en su última relación sexual, siendo 196 casos. Mayormente eran urbanas (70%), más de ciudades grandes y Lima, y se encontraron en la Costa (46%), siendo alfabetas (89%) y más las que tenían secundaria incompleta (31%) o completa (24%), y eran predominantemente solteras (92%) más que separadas (Cuadro 6.38).

Cuadro 6. 38. Adolescentes Sexualmente Iniciadas, No Unidas, que no Usaron Condón en su última Relación, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Alfabetismo y Educación (%)

Región	Urbanismo	Unión	Alfabetismo	Educación
Sierra	Otras Ciudades Grandes	Solteras	Alfabetas	Secundaria Incompleta
27,7 (54)	33,2 (65)	92,3 (181)	89,2 (174)	30,6 (60)
Lima Metropolitana	Rural	Separadas	Analfabetas	Secundaria Completa
23,1 (45)	30,1 (59)	7,7 (15)	5,6 (11)	24,0 (47)
Resto Urbano	Lima Met.		Semialfabetas	Primaria Completa
23,1 (45)	23,0 (45)		5,1 (10)	13,3 (26)
Selva Baja	Resto Urbano			Primaria Incompleta
19,0 (37)	13,8 (27)			13,3 (26)
Selva Alta				Superior
7,2 (14)				9,7, (19)
				Sin Escolaridad
				1,5 (3)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

6.2.12.7 Adolescentes Sexualmente Iniciadas que han Descontinuado Métodos Anticonceptivos por Embarazo Deseado y No Deseado, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Unión, Alfabetismo y Educación

- Un 2,1% de todas las adolescentes sexualmente iniciadas descontinuaron uso de métodos anticonceptivos por haber salido embarazadas o por deseo de un embarazo, siendo 121 casos (Cuadro 6.39), pero especialmente por embarazo no deseado. Se aprecia que las adolescentes de Lima que descontinuaron uso de métodos fue mucho más por un deseo de embarazo que por un embarazo no deseado, mientras que en el resto de las regiones y en otras zonas urbanas o rurales, predominó el embarazo no deseado. Cabe notar que hubo pocos casos de adolescentes rurales con descontinuación por embarazo. Las semialfabetas, aunque fueron en número reducido, también descontinuaron más por el embarazo indeseado que deseado; hubo pocos casos de analfabetas que descontinuaron y, en las alfabetas, hubo descontinuación tanto por embarazo deseado como indeseado. En adolescentes con escolaridad intermedia primó el embarazo no deseado como razón de abandono de métodos, con pocos casos de descontinuación por embarazo en los extremos educativos. En las adolescentes solteras y casadas primó el deseo del embarazo, mientras que en las convivientes sucedió lo contrario; en las separadas se dieron pocos casos.

Cuadro 6. 39. Adolescentes Sexualmente Iniciadas que Descontinuaron Métodos por Embarazo, por Región, Brechas Urbano-Rurales, Alfabetismo y Educación (%)

	Quería Embarazo	Salió Embarazada	%
Lima Met	70,0 (14)	30,0 (6)	16,5 (20)
Resto Costa	47,1 (16)	52,9 (18)	28,1 (34)
Sierra	18,9 (7)	81,1 (30)	30,6 (37)
Selva Alta	40,0 (4)	60,0 (6)	8,3 (10)
Selva Baja	35,0 (7)	65,0 (13)	16,5 (20)
Promedio/Total	*39,7 (48)*	*60,3 (73)*	*100,0 (121)*
Lima Met	70,0 (14)	30,0 (6)	16,5 (20)
Otras Ciudades G.	32,3 (10)	67,7 (21)	25,6 (31)
Resto Urbano	40,0 (8)	60,0 (12)	16,5 (20)
Rural	32 (1)	68,0 (3)	4,1 (5)
Analfabeta	60,0 (3)	40,0 (2)	4,2 (5)
Semialfabeta	20,0 (1)	80,0 (4)	4,2 (5)
Alfabetas	40,4 (44)	59,6 (65)	91,6 (109)
Sin Escolaridad	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Primaria Inc.	36,4 (8)	63,6 (14)	18,5 (22)
Primaria	34,8 (8)	65,2 (15)	19,3 (23)
Secundaria Inc.	34,4 (11)	65,6 (21)	26,9 (32)
Secundaria	48,8 (20)	51,2 (21)	34,4 (41)
Superior	0,0 (0)	100,0 (1)	0,8 (1)
Soltera	71,4 (10)	28,6 (4)	11,8 (14)
Separada	50,0 (1)	50,0 (1)	1,7 (2)
Conviviente	55,7 (49)	44,3 (39)	73,4 (88)
Casada	73,3 (11)	26,7 (4)	12,6 (15)

Nota.- Entre paréntesis, frecuencias.

6.3 Resultados Integrados

Los principales resultados fueron los siguientes:

6.3.1 Resultados Descriptivos y Cruce de Variables Sociodemográficas

1) Aunque las adolescentes de las ENDES 2000 constituían un 20% de las mujeres en edad fértil encuestadas, la gran mayoría eran urbanas (67%) y de la Costa (62%), y hababan español, sólo un siete por ciento, quechua y menos, otras lenguas. Provenían de hogares mayormente liderados por jefes hombres, sin diferencias regionales, aunque casi un 20% eran jefas del hogar mujeres. Las jóvenes evidenciaron tendencias similares. Tanto adolescentes como jóvenes eran mayoritariamente urbanas (72%) y de la Costa (66%). Un 92% hablaba español, 7% quechua y 1%, aymara y otras lenguas. Provenían de hogares liderados por hombres en un 81% de casos.
2) Se encuentra que alrededor de un 22% de las adolescentes, sin mayores diferencias por edad, tienen un menor nivel educativo del esperado para su edad cronológica. La mediana de años de escolaridad en este grupo, aún en formación, es de 8,7 años. Comparando con las jóvenes, el retraso es menos acentuado, ya que en éstas llega a 39%, y que, aunque son mayores, tienen una mediana de 10,4 años de escolaridad, a lo que se

suma que sólo un tercio ha accedido a estudios superiores. Sin embargo, los logros educativos de jóvenes y adolescentes son mayores que en los otros grupos de mujeres en edad fértil, en especial, las de 45 a 49 años, que tienen una mediana de 5,7 años de escolaridad. La proporción de adolescentes sin escolaridad en la Sierra es de dos por ciento, pero duplica a las de la Costa y Selva; la proporción con primaria incompleta es de 16% en la Sierra y duplica a la Selva y cuadriplica a la Costa. La proporción de primaria completa es de 17% en la Sierra y en la Selva, más que duplicando a la Costa. Ello evidencia un mucho mayor retraso escolar en cada nivel en la Sierra que en la Costa y Selva, siendo la Costa donde se concentran los mayores niveles educativos. El mismo patrón se encuentra en las jóvenes de 20 a 24 años. Las brechas urbano-rurales en la escolaridad son enormes, tanto en adolescentes como en jóvenes. Un 78% de las adolescentes sin escolaridad son rurales; lo mismo, un 69% de las adolescentes con primaria incompleta y 61% con primaria, mientras que 72% de las que tienen secundaria incompleta, 87% de las que tienen secundaria y 91% de las que tienen estudios superiores, son urbanas. En las jóvenes sucede lo mismo, con 83% de las que no tienen escolaridad siendo rurales, al igual que 72% de las que tienen primaria incompleta y 64% de las que sólo completaron primaria.

3) La educación y el alfabetismo están relacionados, aunque no sean lo mismo, y se encuentran asociados, lo que no necesariamente supone causalidad, con otras variables sociodemográficas. Así, hay menor educación escolar y mayor analfabetismo en las adoles-centes casadas y convivientes que en las solteras, aunque a nivel estudios superiores no haya una diferencia, sólo una tendencia, quizás por el reducido número de casos. Se observa esto en todos los niveles educativos y, también, en el retraso escolar global, ya que éste se da en más de la mitad de las casadas, más del 45% de las convi-vientes y 40% de las separadas, contra sólo 18% de las solteras. El mismo patrón se encuentra en las jóvenes. Un 6% de las adolescentes no leen en absoluto o no pueden leer una oración completa; en las jóvenes se encuentra un 9% de analfabetismo total o parcial. Esto es más frecuente en adolescentes sin escolaridad o con primaria incompleta o aún completa, siendo mayor el analfabetismo en las adolescentes convivientes y separadas y en las casadas que en las solteras, y en la Sierra y Selva más que en la Costa. En cuanto a brechas urbano-rurales, hay más analfabetas y semi-alfabetas rurales y más alfabetas urbanas. El mayor analfabetismo se encontró, para las adolescentes, en Huanuco (13%), Cajamarca (11%) y Huancavelica (9%). En las jóvenes, se encontraron porcentajes de analfa-betismo mucho más altos que en adolescentes en varios departamentos, como Huancavelica (39%), Huanuco (30%), Cajamarca (21%), Ancash (20%) y Cuzco (18%). El que el jefe del hogar sea hombre o mujer no parece afectar ni el nivel educativo ni el alfabetismo de las adolescentes. En las jóvenes si se aprecia una relación entre

variables, pues más jóvenes alfabetas tienen hogares liderados por mujeres (20%). Esta es una variable difícil de interpretar, pues puede tratarse de las mismas jóvenes y los jefes varones pueden ser sus padres o parejas.

4) Han descontinuado estudios un 36% de las adolescentes, habiendo descon-tinuado estudios escolares un 34% y universitarios, un 2%. La principal razón de deserción para un 20% de las adolescentes es no tener para pagar la pensión, especialmente las urbanas, de Lima y ciudades grandes, de la Costa, las alfabetas, con secundaria o primaria completas, solteras, sobre todo, en Lima. La segunda razón es el embarazo, para un 17% de las deser-toras, tanto en Lima Metropolitana (35%) como en zonas rurales (35%), dándose algo menos en otras grandes ciudades (20%) y en el resto urbano (10%); se da en Lima y en la Sierra, en las convivientes y solteras, alfabetas, con secundaria incompleta, sobre todo en el departamento de Lima. La tercera razón, dada por un 16%, es necesitar dinero, en general, sobre todo para las adolescentes de Lima y grandes ciudades, de la Costa, solteras, alfa-betas, con secundaria completa o incompleta, sobre todo en Lima. Otro 12% alude a no querer estudiar, sobre todo, las adolescentes rurales que desertaron, alfabetas, solteras, de la Sierra pero, también, del departamento de Lima. Un 11% adicional habla de tener que ayudar en la chacra y negocios familiares, mayormente siendo rurales, de la Sierra, alfabetas (aunque es la primera razón de las analfabetas e importante para las semi-alfabetas), sobre todo en Cajamarca. Un 4% de adolescentes descontinuó estudios por el matrimonio, siendo adolescentes con secundaria completa o incompleta, convivientes, de la Sierra y de la Costa, siendo más común en Piura, La Libertad y Lima.

5) Descontinuaron estudios un 69% de las jóvenes, más de la mitad, fue descontinuación de estudios univer-sitarios; el resto, escolares, mayor-mente en primaria. Las principales razones de descontinuar estudios son, en jóvenes, el necesitar dinero (23%), sobre todo en Lima, en jóvenes urbanas, alfabetas, con secundaria, solteras y convivientes. También, el no tener para pagar la pensión (19%), especialmente en las jóvenes de mayor nivel educativo, particularmente las que tienen secundaria completa, alfabetas, urbanas, sobre todo, de la Costa, incluyendo Lima, en convi-vientes y solteras. El quedar emba-razada fue la tercera razón más frecuente de deserción escolar (14%), principalmente para jóvenes de mayor educación, con secundaria completa e incompleta, alfabetas, urbanas, mayormente, de Lima (35%) y del resto de la Costa (20%), aunque se de, también, en casi un tercio de las jóvenes de la Sierra, y sobre todo, en convivientes y en el departamento de Lima. Una cuarta razón fue el creer que se ha estudiado suficiente (9%), pero ésta fue una razón más urbana, sobre todo, de Lima (30%) y el resto de la Costa, de jóvenes solteras, alfabetas, con estudios superiores, que no alude a deserción escolar propiamente dicha, mayormente en Lima. La quinta razón es el matrimonio (8%), una razón tanto urbana como rural, más de la Costa

(38%), aunque se dé en un 36% de la Sierra y poco en la Selva, de las adolescentes alguna vez unidas, alfabetas, generalmente con estudios secundarios completos o incompletos, particularmente en Piura y Lima. La sexta razón fue ayudar a la familia en la chacra o negocios (8%), una razón eminentemente rural, en especial, en la Sierra, de jóvenes en convivencia o solteras, mayormente alfabetas pero siendo la razón que más mencionan las jóvenes semi-alfabetas y alfabetas, con primaria incompleta o completa. La séptima razón fue no querer estudiar, también una respuesta de jóvenes rurales, de la Sierra, en convivencia o solteras, con primaria completa o incompleta, alfabetas.

6) El medio al que mayor frecuencia de acceso tienen las adolescentes es la radio, siendo escuchado cotidianamente por una mayoría de adolescentes (70%) y jóvenes (67%), casi todas habiendo oido radio al menos alguna vez. En cambio alrededor un 5% de adolescentes rurales nunca ha oído radio, y, sobre todo, en adolescentes de la Selva y jóvenes de la Sierra (26%), y en las analfabetas (17% de las adolescentes y 18% de las jóvenes). El radio es más escuchado por las adolescentes sin diferencia por edad, especialmente las solteras, de los departamentos de Arequipa, Ica, Junín, Lima y San Martín, de Amazonas, Cajamarca, Cuzco, Tacna, Tumbes y Ucayali, y de La Libertad (97% o más). Donde menos lo escuchan es en Apurímac, Madre de Dios, Loreto, Huancavelica, Huanuco y Ancash, entre 94 y 92%. Las jóvenes de 22 años y las solteras y separadas, son las que más escuchan radio, especialmente en los departamentos de Lambayeque, Lima (97%), San Martín, Tacna y Junín, en contraste con Ancash, Madre de Dios o Ayacucho, donde cerca de 10% nunca ha oído radio. Un segundo medio de comunicación importante es la televisión. Menos de un uno por ciento de adolescentes nunca ha visto televisión, independientemente de la edad, pero esto sube a 39% en adolescentes rurales y a 56% de las adolescentes sin escolaridad. Las solteras tienen más acceso que las alguna vez unidas. Más de un 60% de adolescentes ve televisión al menos una vez a la semana. Se ve más televisión en Tumbes, Ica, Lima (98%), San Martín, Arequipa, Lambayeque y Tacna, en un 95% o más de casos, que en departamentos como Huanuco y Puno, donde 34% nunca ve televisión lo mismo que 28% de adolescentes en Cajamarca. En jóvenes menos de un 2% nunca ha visto televisión pero ello se da en un 34% de jóvenes rurales y 50% de las jóvenes sin escolaridad, sin mayores diferencias regionales (3% en Costa a 5% en Selva). La televisión es más accesada por jóvenes de 21 o 22 años, solteras y separadas más que las unidas, en Tumbes, Lima (98%), Ica o Lamba-yeque, en contraste con Puno, Huancavelica o Ayacucho, donde entre 60 y 65% de jóvenes no ve televisión nunca. Un tercer medio es el periódico o revistas, pero 19% de las adolescentes y 15% de las jóvenes nunca leen estos medios impresos. Esta falta de acceso es mayor en las rurales (32% de las adolescentes rurales y 39% de las jóvenes rurales), y en adolescentes de la Sierra y Selva (27% de las

adolescentes de la Sierra, 24% de las de la Selva Baja y 13% de las de la Selva Alta), brechas regionales que no se observan en las jóvenes. Evidentemente, las adolescentes (97%) y jóvenes (100%) analfabetas prácticamente no acceden a medios impresos. El periódico y las revistas son leídos más y con más frecuencia cotidiana por las jóvenes solteras que por las alguna vez unidas, sin diferencias por edad, y sobre todo, en Lima (97%), Tacna, Lambayeque, Junín, Ica y Arequipa, en contraste con Amazonas, Huancavelica y Puno, donde alrededor de un 60% no lee estos medios.

7) Un 56% de las adolescentes no ha trabajado en el último año ni lo hacen en la actualidad, especialmente las menores, de 15 y 16 años. De las que si trabajan, un tercio lo hacía en la actualidad y cerca de un 11% lo ha hecho el último año pero no estaba trabajando al momento de la encuesta, en ambos casos trabajando más las de 17 años para arriba (por ejemplo, llegando a un 41% de trabajo actual). El trabajo adolescente es mayor en las adolescentes con menor nivel educativo, sin escolaridad o con primaria incompleta o completa, donde entre 52 y 58% trabaja, contra las que tienen o están estudiando secundaria, donde entre 22 y 35% lo hace. Por otro lado, se ve que las que estudian estudios superiores trabajan en mayor proporción que las que sólo terminaron secundaria, pudiendo concluirse que hay más trabajo adolescente a menor nivel educativo escolar pero no nivel educativo en general. Esto va de la mano con el alfabetismo. Las adolescentes analfabetas trabajan en un 68% de casos, lo mismo que un 53% de las parcialmente analfabetas, contra un tercio de las alfabetas. A ello se suma que las adolescentes de la Sierra trabajan en mayor proporción que las de la Costa y Selva, sin diferencias etáreas, con una diferencia de 20 puntos porcentuales o más. Las quechua-hablantes y aymara-hablantes trabajan más que las adolescentes que hablan español. A nivel urbano-rural, trabajan en la actualidad más las adolescentes rurales (45%) que las urbanas (26%), con 28% de adolescentes de Lima y grandes ciudades que trabajan y 24% en el resto urbano. Las adolescentes separadas son las que más trabajan por un ingreso, y las solteras y convivientes, las que menos lo hacen, y las adolescentes separadas son las que se encontraban trabajando en la actualidad mucho más que todos los otros grupos. En las jóvenes, está trabajando un 65%; trabajan o han trabajado el último año mayormente las de mayor edad, las de mayores niveles educativos, salvo por las que tienen estudios superiores, donde, al igual que en las que no tienen escolaridad, es menor el porcentaje. Asimismo, trabajan o han trabajado recientemente más las jóvenes separadas y solteras, las semi-alfabetas, las de la Sierra, y las que hablan quechua o aymara. La mitad de las jóvenes urbanas y 45% de las rurales trabaja en la actualidad, especialmente en Lima, que concentra más de una tercera parte, y algunas también en Piura, Puno, Cuzco, Junín y La Libertad.

8) La mayoría de adolescentes se encuentra trabajando en ocupaciones

en el agro, en ventas o en trabajos y oficios en el hogar, sin diferencias por edad. La educación tiene asociación con el tipo de ocupación desempeñada, con las adolescentes sin escolaridad estando, en la mitad de casos, en ocupaciones en el agro, lo mismo que un 37% de las que tienen primaria incompleta y 32% de las que tienen primaria. En cambio, la mayoría de adolescentes con secundaria incompleta se encuentra en ventas, oficios en el hogar o el agro; las que tienen secundaria están en ventas y, menos, en oficios domésticos. Llama la atención que las adolescentes con estudios superiores que trabajan lo hagan en oficios domésticos y ventas o en el agro, en igual proporción, pero puede verse una tendencia a menores ocupaciones a menor nivel educativo escolar. También las adolescentes analfabetas se concentran en el agro, mientras que las alfabetas están en el agro, en ventas o en oficios en el hogar. Se advierten diferencias regionales, con las adolescentes de la Costa estando más involucradas en ventas y oficios domésticos, las de la Sierra en el agro, ventas y oficios domésticos, y las de la Selva en oficios domésticos y el agro, menos, en ventas. Más adolescentes rurales (53%) que urbanas trabajan, aunque la diferencia es menor en respecto de las adoles-centes urbanas de Lima Metropolitana (44%) que con las de otras ciudades grandes (39%) y del resto urbano (35%). La diferencia principal radica en el trabajo en el agro, mayoritariamente rural (38%, en contraste con 15% en Lima Metropolitana, 12% en el resto urbano y menos aún, en otras ciudades grandes). Además, hay más adoles-centes en ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas y hay trabajos clericales en Lima Metropolitana y las grandes ciudades, que generan mayor ingreso, estabilidad y beneficios laborales. Finalmente, se aprecia que la nupcialidad se asocia con tipo de ocupación, con las solteras estando en oficios domésticos, ventas y agro; las casadas, la mitad de ellas se dedica a ocupaciones en el agro; las convi-vientes también trabajan más en el agro y las separadas, en cambio, en ventas.

9) Las jóvenes trabajan en ventas, el agro, oficios domésticos, ocupaciones profesionales, técnicas o administrativas y clericales. Aunque no difieren en el porcentaje que trabaja, las de menor escolaridad trabajan en el agro (52% de las que no tienen escolaridad, 42% de las que tienen primaria incompleta y 34% de las que tienen primaria, contra 15% o menos en los mayores niveles educativos). En las de escolaridad intermedia, disminuye el trabajo en el agro y aumentan oficios domésticos y ventas. Las de mayor escolaridad se dedican a las ventas y servicios y, en el caso de las de estudios superiores, a ocupaciones profe-sionales, técnicas y administrativas, que son su principal ocupación. Las jóvenes analfabetas y semi-alfabetas trabajan en el agro (52% y 46%, respec-tivamente) y en oficios domésticos; las alfabetas trabajan en ventas, ocupaciones profesionales, ocupa-ciones clericales y sólo 7% están en el agro. Las de la Selva (24%) y, en especial, la Sierra (30%), trabajan en el agro y, mucho

menos, en ventas; las de la Costa, en ventas, ocupaciones profesionales, oficios domésticos y puestos clericales; ninguna, en el agro. Las unidas están, mayormente, en el agro (20% de las convivientes y 25% de las casadas) y, mucho menos, en ventas; las separadas, en ventas, oficios domésticos y, menos, en el agro (14%); las solteras, en ventas, ocupaciones profesionales y clericales y oficios domésticos; ninguna en el agro. En jóvenes se advierte que son, más bien, las jóvenes urbanas de Lima Metropolitana las que más trabajan, más que las rurales y más que las urbanas de otras grandes ciudades y el resto urbano. Sin embargo, al igual que en las adolescentes, el trabajo rural se centra en el agro (43%), mientras que el urbano es más diversificado y a pesar de que algunas jóvenes de Lima trabajan en el agro (0,3%), son éstas las que más cubren el trabajo profesional, técnico administrativo y las ocupaciones clericales, en contraste con el resto de adolescentes urbanas, concentradas en ventas y oficios domésticos, además de algunas en ocupaciones profesionales.

10) Casi un 90% de las adolescentes son solteras, y hay más convivencia (8,7%) que matrimonio (1,6%%), con un uno por ciento de separaciones, sin diferencias etáreas. Hay mayor proporción de solteras en la Costa, y mayor convivencia en la Selva (19%) que en la Sierra (12%) pero, sobre todo, que en la Costa (6%). Son pocas las casadas, pero se dan más en la Selva y Sierra (entre 3% y 2%) que en la Costa (1%). Un 70% de las casadas y 52% de las convivientes son rurales, en comparación con 32% de las separadas y 28% de las solteras. Aunque el sexo del jefe del hogar no discrimina entre los tipos de nupcialidad, se ve que en las separadas hay un alto porcentaje de hogares liderados por mujeres (38%), quizás en alguna medida, ellas mismas. A esto se suma que un 95% de adolescentes en unión tienen a la pareja viviendo en el hogar, sin diferencias entre casadas y convivientes, pero debe tomarse en cuenta que son uniones bastante recientes.

11) En las jóvenes, un 53% son solteras, 30% están en convivencia, sólo 11% están casadas y 5% son separadas. En la Costa, las jóvenes tienden más a ser solteras (60%), aunque una cuarta parte está en convivencia, con pocas casadas y menos, separadas. En la Sierra se tiende a ser soltera (41%) o, algo menos, a estar en convivencia (37%), con pocas casadas y, menos, separadas. En la Selva las jóvenes, en casi la mitad de casos (47%) son convivientes y un tercio son solteras, con pocos casos de casadas y, menos, separadas. Un 44% de las casadas y 41% de las convivientes son rurales, en comparación con 22% de las separadas y 17% de las solteras. Se aprecia que las que hablan español son, mayormente, solteras, las que hablan quechua, aymara u otras lenguas nativas, eran, principalmente, convivientes. En jóvenes casadas y convivientes predomina el jefe de hogar hombre; en las que no están en unión se aprecia que hay un número importante de hogares liderados por mujeres (35% en las separadas y 24% en las solteras). No

hay diferencias regionales en lo que concierne a si el esposo vive en el hogar.

6.3.2 Interacciones de Variables Sociodemográficas y de Salud Sexual y Reproductiva

6.3.2.1 Sexualidad

1) Un 78% de las adolescentes no se ha iniciado sexualmente, en especial, las menores (cerca de 90% o más). Del 22% de adolescentes sexualmente iniciadas, 10% está en unión, más en convivencia (8,7%) que en matrimonio (1,6%); 8% ha descontinuado la actividad sexual, y sólo 4% es sexualmente activa y no está en unión.
2) El 22% de las adolescentes se ha iniciado sexualmente, especialmente las que tienen entre 18 y 19 años (35%), menos las de 17 (22%), 16 (13%) o 15 años (7%). Predomina el inicio sexual cuando las adolescentes tenían entre 15 y 17 años, con algunos inicios a edades mayores y un 5% de inicios tempranos.
3) Aunque las jóvenes tienen mayor proporción de inicio sexual (67%), se ve que las adolescentes se han iniciado tempranamente más que lo que hicieron las jóvenes. Un uno por ciento de los inicios sexuales coincidió con unión. Se vio mayor inicio sexual en las jóvenes mayores, con 78% de inicios tempranos en las de 24 años, contra 48% en las de 20 años. Se vio, también, que hubo un 6% de inicios sexuales antes de los 15 años en las jóvenes, (incluso 0,1% de inicios entre los 7 y 10 años). Predominó el inicio entre los 15 y 17 años (26%), seguido de entre los 18 y 19 años (20%), con sólo 13% de inicios después de los 20 años. Se observa mayor inicio sexual en las jóvenes rurales (13% contra 4% en urbanas).
4) El inicio sexual es más frecuente en las adolescentes de menor nivel educativo, variando desde 53% en las que no tienen escolaridad a 15% en las que tienen estudios superiores. Este patrón se repite en las jóvenes de 20 a 24 años. También hay un inicio sexual temprano más frecuente en los menores niveles educativos, desde 24% de las adolescentes sin escolaridad y 16% en las que tienen primaria incompleta a sólo 3% en los niveles más altos; similar patrón se encuentra en las jóvenes. El inicio sexual fue más común también en las jóvenes de menor escolaridad, sobre todo, en aquéllas con primaria incompleta (58%), más aún que en aquéllas sin escolaridad, y notoriamente más que en las de estudios superiores (12%). También se observan brechas educativas en cuanto al inicio sexual temprano, que van de 1% en jóvenes con estudios superiores a 19% en las que no tienen escolaridad o no han completado primaria.
5) El inicio sexual es más frecuente en las adolescentes analfabetas y parcialmente alfabetas (49%) que en las que pueden leer (21%). También en jóvenes hay mucho mayor inicio sexual en las analfabetas y semi-alfabetas (86%) que en alfabetas (64%). Igualmente, es mayor el inicio sexual temprano en las jóvenes analfabetas y semi-alfabetas (18%) que en las alfabetas (5%): también en aquéllas es mayor el inicio sexual entre los 15 y 17 años (44% contra 21%) y entre los 18 y 19 años (42%

contra 25%), con las alfabetas tendiendo más que el resto al inicio después de los 20 años (12%).

6) Hay mayor inicio sexual en adolescentes de la Selva (49%) que en la Sierra (28%) y, sobre todo, que en la Costa (14%); lo mismo se encuentra en jóvenes. El inicio sexual temprano es más común en la Selva (17%) que en la Sierra o Costa (5%); esto se ve, igualmente, en la jóvenes de 20 a 24 años. También el inicio sexual entre los 15 y 17 años es más alto en la Selva (30%) que en la Sierra (17%) o en la Costa (11%), lo que se da, asimismo, en las jóvenes. Ya en el inicio a edades mayores no se aprecian diferencias entre regiones (2%). El inicio sexual de las jóvenes se da más en la Selva (91%) que en la Sierra (75%) y, sobre todo, que en la Costa (59%). Lo mismo, el inicio sexual temprano se da más en jóvenes de la Selva (20%), que en la Sierra (7%) o Costa (4%).
7) El inicio sexual de las adolescentes es proporcionalmente menor en Lima Metropolitana (15%) y otras ciudades grandes (20%) y el resto urbano (21%), que en zonas rurales (32%). El inicio sexual temprano se da más en zonas rurales (9%), más que duplicando o hasta triplicando a Lima Metropolitana y, en general, las zonas urbanas. También en adolescentes rurales hay más inicio entre los 15 y 17 años que después. Las jóvenes rurales tienden más al inicio sexual (81%) que las urbanas (59%) y, también, al inicio sexual temprano (13 contra 4%), al inicio entre los 15 y 17 años (39% contra 21%), y al inicio a edades más tardías.
8) Las adolescentes solteras son las de menor inicio sexual, lo que es entendible, pero también tienen menor inicio sexual temprano (3%) que las separadas y casadas (26%) y las convivientes (22%). Este patrón se repite en todos los niveles de edad.
9) Las jóvenes separadas y convivientes se iniciaron más tempranamente -en alrededor del 13% de casos- que las casadas (9%) y, sobre todo, que las solteras (2%). Las solteras tendieron más a iniciarse entre los 18 y 19 años mientras que alrededor de la mitad de las casadas, convivientes y separadas lo hizo entre los 15 y 17 años. El inicio sexual temprano es más frecuente en las jóvenes alguna vez unidas (14% en las separadas, 12% en las convivientes y 9% en las casadas), que en las solteras (2%). Las brechas por nupcialidad son muy marcadas en el inicio sexual entre los 15 y 17 años, llegando a entre 40 y 45% en las alguna vez unidas contra 9% en las solteras; y también duplicando los porcentajes en lo que concierne a inicios entre los 18 y 19 años (entre 22 y 28% en las alguna vez unidas y 14% en las solteras). Incluso el inicio después de los 20 años es ligeramente más alto en las casadas y convivientes (12 y 18%, respectivamente) que en las solteras (10%) y, también, que en las separadas (8%).
10) Se advierte, además, que son las adolescentes el grupo etáreo de mujeres en edad fértil que menos justifican el que la mujer se oponga a tener relaciones sexuales con su esposo.
11) Haciendo un análisis sólo con adolescentes sexualmente iniciadas antes de los 16 años, se observa que, mayormente, son de la Sierra (36%) y Selva (32%), sobre todo, Selva Baja,

aunque se trata tanto de adolescentes urbanas como rurales. La mayoría son alfabetas (84%), buena parte tienen secundaria incompleta (40%) o con primaria incompleta o completa (45%), y poco más de la mitad están en convivencia.

12) Un 22% de las adolescentes son sexualmente activas y 61% de ellas reporta haber tenido relaciones sexuales a lo largo del mes previo a la encuesta; lo más usual es haber tenido relaciones entre hace una semana y un mes. Hay mayor frecuencia de actividad sexual en las adolescentes mayores, de 18 y 19 años, habiendo tenido relaciones el día anterior a la encuesta o hasta hacía una semana antes, mientras que las adolescentes de 16 y 17 años reportaba más el haber tenido relaciones desde hacía días o hasta hacía un mes y las de 15 años, de días a seis meses.
13) La frecuencia de actividad sexual es mayor en las adolescentes sin escolaridad o con primaria completa más que incompleta. Las adolescentes con educación superior son las que menos frecuencia evidencian, variando su actividad entre uno a seis meses. No se ve una relación entre alfabetismo y frecuencia de actividad sexual, ya que mientras las alfabetas reportan relaciones sexuales de hace una semana o menos, en las analfabetas y analfabetas parciales varían de días a un mes. En las jóvenes solteras (ya que hay más jóvenes unidas que en el grupo adolescente) si se aprecia claramente que tanto a mayor alfabetismo como educación, hay menor frecuencia de actividad sexual. No se encuentra un patrón diferenciado en la frecuencia de actividad sexual por estado civil ni en adolescentes ni en jóvenes.
14) En la Selva se aprecia una tendencia a mayor actividad sexual adolescente (64%) que en Costa o Sierra (56%) pero es en la Sierra donde la actividad sexual es más frecuente, siendo lo usual haber tenido relaciones sexuales en la última semana y no de días a un mes, como se encuentra en la Costa y Selva. En las jóvenes solteras la actividad sexual es reciente en las tres regiones, pero con mayores porcentajes en la Selva, seguida de la Sierra.
15) Hay mayor proporción de actividad sexual reciente en las adolescentes rurales (14%) que urbanas (8% en grandes ciudades y el resto urbano y 4% en Lima Metropolitana), aunque todas tienden a tener actividad sexual reciente, del día anterior a la encuesta a menos de una semana antes.
16) El último compañero sexual suele haber sido el esposo o conviviente para un 58% de las adolescentes, bastante más en las adolescentes de menor escolaridad, las analfabetas o semi-analfabetas, las rurales, las de la Sierra, Selva y Costa fuera de Lima, las casadas y convivientes. Otra buena parte de las adolescentes tuvo su última relación con un enamorado, más las de mayor escolaridad, alfabetas, urbanas, de Lima y grandes ciudades, y adoles-centes solteras. En jóvenes, un 75% ha tenido como última pareja sexual al esposo o conviviente, pero esto se da más en las mayores, las que tienen secundaria incompleta o menor nivel educativo, las analfabetas y semi-alfabetas, las casadas, convivientes y. aunque menos, las separadas, las jóvenes de la Sierra y Selva Alta, y las de zonas

rurales. Un 16% de las jóvenes tuvo como última pareja sexual a un enamorado, especialmente las de menor edad, las que tienen secundaria o, sobre todo, estudios superiores, las alfabetas, las solteras, las de Lima Metropolitana y la Selva Baja, y las urbanas. Llama la atención que un 29% de las separadas haya tenido como última pareja sexual a alguien que no era ni el esposo o conviviente, ni un enamorado o novio, ni un amigo o conocido casual.

17) La gran mayoría de las adolescentes que no están en unión no tiene compañero sexual. Un 79% de las jóvenes que no están en unión no tienen compañero sexual; un 93% de las que están unidas tienen un compañero sexual estable.
18) La edad de la primera unión en adolescentes fue antes de los 18 años para un 82% de casos, de los cuales fueron uniones tempranas, antes de los 15 años, en un 17% de las alguna vez unidas. Ello constituye el 2% de todas las adolescentes de la muestra. Además, se encuentran casos de uniones muy tempranas, desde los once años. Un 65% de las alguna vez unidas se unieron entre los 15 y 17 años.
19) Diferenciando por edades, se aprecia que son las adolescentes de 15 años las que más se han unido tempranamente, en un 75%, mucho más que el 24% de las de 16 o 17 años y que el 9% de las de 18 años o el 12% del de las de 19 años. En las jóvenes se encuentra que 2,230 se han unido alguna vez, casi un 40% antes de los 18 años; de ellas, 7% se inició tempranamente. Un 31% adicional lo hizo entre los 18 y 19 años y el resto, después.
20) A menor educación, mayor unión temprana, salvo por las adolescentes sin escolaridad, que tienen, en general, a una unión a los 16 años, como otros grupos de más escolaridad, pero en ellas se dan todos los casos de uniones a los 11 y 12 años. Las adolescentes con secundaria completa o estudios superiores evidencian, mayoritariamente, no haberse unido tempranamente.
21) Once departamentos concentran más del 70% de las uniones adolescentes, al margen de su población, en especial, Lima, Loreto, Cajamarca y Piura. Los departamentos en los que es más alta la proporción de uniones tempranas son: San Martín, Loreto y Cajamarca, además de Amazonas, pero aquí el número de uniones adolescentes no es tan alto.
22) En el caso de las jóvenes, 2,230 se han unido alguna vez; ello representa el 47% de la totalidad. Casi un 40% se unió antes de los 18 años y 7% se inició tempranamente, lo que constituye el 3% de la totalidad de adolescentes. Un 41% está actualmente en unión, con 30% en convivencia y 11%, casadas.
23) De todas las uniones juveniles, un 7% ocurrieron antes de los 15 años, 32% entre los 15 y 17 años, otro 32% entre los 18 y 19 años, y 29% entre los 20 y 24 años. Fue más frecuente la unión temprana en las jóvenes con menor escolaridad, variando entre 25% en las que no tenían educación y 2% en las de estudios superiores. Lo mismo, la unión entre los 15 y 17 años fue más frecuente en jóvenes de menor escolaridad, variando entre 48% en las que tenían primaria incompleta, 40% en las de primaria

o secundaria incompleta, y 31% en las que no tenían escolaridad, a 1% en las que tenían estudios superiores. Inversamente, las de mayor nivel de estudios tendían a iniciarse después de los 20 años.

24) Hay más unión temprana en las jóvenes analfabetas y parcialmente alfabetas que en las que leen más allá de una oración. Las brechas aparecen en lo que se refiere a unión entre los 15 y 17 años, llegando al 43% en las jóvenes analfabetas y semi-alfabetas.
25) Se dan más uniones tempranas en las adolescentes rurales (23%) que en las urbanas (13%).
26) De las jóvenes que se han unido alguna vez, se trata más de las que actualmente están en convivencia, más que casadas o separadas. La unión a los 15 años es más frecuente en las adolescentes casadas, con las convivientes y separadas habiendo tendido a unirse más hacia los 16 y 17 años, pero en estas últimas es que se ve mayor unión temprana, antes de los 15 años, llegando a más de un tercio de casos (34%), en comparación con 15% en las casadas.
27) La unión entre los 15 y 17 años es mayor en la Selva (32%). Las uniones a los 16 años son más frecuentes en la Sierra y Selva, mientras que en la Costa es más frecuente la unión a los 16 y 17 años, pero grandes brechas se advierten en relación a unión temprana, con un 33% de casos en la Selva, en contraste con 19% en la Sierra y 11% en la Costa. En general, las uniones tempranas se dan más en la Selva y las tardías, en la Costa y Sierra.
28) También la unión entre los 15 y 17 años es mayor en las jóvenes rurales (41%). Además, se dan más uniones tempranas en las jóvenes rurales (10% contra 5%).
29) Las uniones tempranas, antes de los 15 años, en las jóvenes, prevalecen en los departamentos de Ucayali (19%), San Martín (18%), y Amazonas, Cajamarca, Loreto y Madre de Dios (13%).

6.3.2.2 Reproducción

30) La gran mayoría de mujeres en edad fértil son sexualmente activas pero no predomina el deseo de un hijo, especialmente en la Sierra y Selva (alrededor de un 70%) y, menos, en la Costa (57%). Del 23% que sí quiere hijos, la gran mayoría desea sólo un hijo en los próximos tres años, especialmente las mujeres jóvenes adultas. De las mujeres en edad fértil en unión, casadas o convivientes, un 67% no quiere más hijos ya y 13% de ellas se han esterilizado. El que las mujeres no logran sus intenciones reproductivas se aprecia más claramente a partir del tercer hijo, ya que un 43% de las mujeres no querían el primer hijo que tuvieron, 49% no quería el segundo hijo, 59% no quería el tercer hijo y 74% no deseaba el cuarto. Las mujeres que fueron madres en la adolescencia referían en un 44% haber deseado el hijo o hija, con la mayoría habiéndolo preferido después (42%) o nunca (13%). En las que fueron madres entre los 20 y 24 años aumentaba ligeramente el deseo de hijos a 47%, pero seguía prevaleciendo no haberlo deseado, sobre todo, en ese Las mujeres en edad fértil urbanas tenían, como ideal, 1,5 hijos pero tenían una tasa global de fecundidad de 2,2 y 3,8 hijos nacidos vivos promedio y 3,8% estaban

embarazadas. Las mujeres rurales tenían un ideal de 2,2 hijos pero su TGF era 4,3 y tenían, en promedio, 6,3 hijos nacidos vivos, estando embarazadas un 5,4%. En algunos departamentos las cifras eran más altas, en Huancavelica llegando a un promedio de 7 hijos nacidos vivos en mujeres de 40 a 45 años. Las mujeres sin educación tenían la más alta TGF, especialmente las mayores, llegando a 5,1 en las que no tenían escolaridad y bajando a 1,8 en las que tenían estudios superiores. Las mujeres sin educación o con primaria tenían dos hijos más que los deseados y las que tenían estudios superiores tenían una tasa observada similar a la ideal. En la Costa el ideal era 1,6 y lo real, 2,3 hijos; en la Sierra y Selva lo ideal era 2,2 hijos y lo real, 3,7.

31) Una tercera parte de las mujeres en edad fértil fueron madres en la adolescencia, especialmente las mayores y más en la Selva (51%), que en la Sierra (37%) y, sobre todo, que en la Costa (25%). Las mujeres en edad fértil estaban embarazadas al momento de la encuesta en un 4%, con tendencias a la diferencia en la Selva, Sierra y Costa (6%, 5% y 4%).

32) En el caso de las adolescentes que estaban embarazadas durante la ENDES 2000, un 64% no deseaba el embarazo en ese momento, manifestando que lo hubiera preferido después (50%) y, algunas (14%), no queriendo hijos. El no deseo del embarazo actual era especialmente marcado en las adolescentes de 16 años (82%), pero no se apreciaba un patrón definido por edad. El no deseo del embarazo actual era más frecuente en adolescentes que sólo podían leer parcialmente una oración (80%) que en las alfabetas (63%) o las analfabetas (64%). Aunque no había un patrón consistente según nivel educativo, las adolescentes embarazadas con primaria incompleta eran las que más rechazaban el embarazo actual. Un 85% de las solteras gestantes no deseaba el embarazo, lo que bajaba a 59% en las convivientes, y sólo había una casada embarazada, que quería el embarazo. No había diferencias por región pero si urbano-rurales, con 72% de adolescentes de ciudades medianas y pequeñas que no estaban cumpliendo su intención reproductiva, lo mismo que 65% en Lima Metropolitana y 60% en las de zonas rurales.

33) Haciendo un análisis sólo para las adolescentes gestantes que no habían deseado el embarazo actual, se ve que la mayoría provenía de la Sierra (41%) o de la Costa (40%), especialmente, de Lima. Eran mayormente adolescentes urbanas (61%) de Lima y otras grandes ciudades más que de ciudades medianas o pequeñas. La gran mayoría eran alfabetas (86%), tendiendo más a tener secundaria incompleta (43%) y a estar en convivencia (66%).

34) En las jóvenes, un 55% no deseaba el embarazo actual, más prefiriendo que hubiera sido después (42%) que no tener hijos. Salvo por las que no tenían escolaridad, las de menor educación tenían menor cumplimiento de sus deseos reproductivos. Las alfabetas no deseaban el embarazo (57%) en mayor grado que las semi-alfabetas o analfabetas. Las separadas gestantes eran las que menos querían ese embarazo (72%).

No difirieron por región ni por brechas urbano-rurales, pero mientras las urbanas tendían a preferir que el embarazo hubiese sido después, las rurales no querían hijos en absoluto.

35) Cabe resaltar que un 76% de las adolescentes manifestaba que lo ideal era no tener hijos y 13% hablaba de dos hijos como ideal y otro 5%, de un hijo solamente, con un promedio de 2,2, sin mayores diferencias por nivel educativo, urbano-rurales. Se determinaron algunas diferencias por departamento (en Cajamarca y Ucayali era menor el porcentaje de adolescentes que tenía el ideal de ningún hijo, 50% y 60%, respectivamente, y La Libertad, Loreto, Moquegua, Ayacucho y Tacna, donde variaba entre 65% y 68%). Igualmente, se comprobaron con diferencias regionales; no querían hijos 68% en Selva Baja contra 71% en Selva Alta, 74% en Sierra, 77% en Lima y 80% en resto de la Costa; el ideal era dos hijos promedio, algo más en la Selva. Las adolescentes de Lima Metropolitana y el resto urbano en un 77% de casos consideraba ideal no tener hijos, lo mismo que el 79% de las adolescentes de otras grandes ciudades, pero esto bajaba a 72% en las rurales. Aunque no diferían en la mayoría de sus otras preferencias, fueron las rurales las que más consideraron cinco como un número ideal de hijos.

36) Haciendo un análisis sólo de las adolescentes sexualmente iniciadas y que no están en unión, cuyo ideal reproductivo es ningún hijo, que eran el 6% de la población adolescente total, se vio que la mayor parte estaba constituida por adolescentes urbanas, especialmente de ciudades grandes fuera de Lima (62%), tanto de la Costa (35%) como de la Sierra (38%), mayormente alfabetas (88%) y con secundaria incompleta (42%).

37) Lo real era que ya un 10.6% de todas las adolescentes había sido madre y un 2.9% adicional estaba gestando, dando un 13,5% de maternidad adolescente, con lo que probablemente excederían su ideal reproductivo. Esto significa que un 13% estaban gestando y 47% eran ya madres, totalizando un 60% de maternidad adolescente en las que tienen inicio sexual. Se aprecia que la maternidad, entendida como tener hijos, vivos o muertos, es mayor en las adolescentes de mayor edad, llegando a 22% en la totalidad de adolescentes de 19 años, 18% en las de 18 años, 10% en las de 17 años, y bajando a 5% en las de 16 años y 1% en las de 15. Un 10% tenía hijos sobrevivientes, mayormente uno (9%), pero en algunos casos, dos (2%), y en casos aislados, de tres a cinco (0,1%). Tenían hijos vivos más las adolescentes mayores que las menores: un 18% de las de 19 años, 17% de las de 18 años, 9% de las de 17 años, 4% de las de 16 y 1% de las de 15 años. En total, 13,5% de las adolescentes era madre o estaba embarazada y tenía, mayormente, un hijo o hija o era primigesta. Del 13% de adolescentes embarazadas o madres, la gran mayoría había tenido su primer hijo entre los 15 y 17 años (8%), con pocos casos entre los 18 y 19 (3%) y menos aún, antes de los 15 años (0,8%).

38) Las brechas urbano-rurales son muy grandes. Un 21% de la totalidad de adolescentes rurales tenía hijos vivos

o estaba gestando, 18% de ellas tenía o gestaba un hijo, 3% dos hijos y 0,2%, tres hijos. De las adolescentes urbanas, cabe diferenciar las de Lima y otras grandes ciudades del resto urbano. En el resto urbano un 12% eran madre o estaban embarazadas, el 11% tenía ya un hijo o lo estaba gestando y 0,6%, dos. En grandes ciudades un 9% era madre o gestante y en Lima Metropolitana era 8%; en ambas zonas un 8% tenía un hijo vivo o lo gestaba, y un 1% en las grandes ciudades y menos del 0,5% en Lima Metropolitana, tenían dos hijos vivos o tenían un hijo y esperaban el segundo.

39) Las adolescentes de la Selva y Sierra son las que mayor proporción de maternidad adolescente presentan, seguidas de Lima y el resto de la Costa. A ello se agrega que las adolescentes de la Selva, sobre todo, de la Selva Baja, tienen más hijos y están gestando o tienen hijos vivos en mayor número que las de la Sierra o, especialmente, la Costa. Así, son madres o están gestando un 22% de adolescentes de la Selva Baja, 18% de la Selva Alta, 13% de la Sierra, 6% en Lima y 7% en el resto de la Costa. No sólo es mayor la maternidad en Selva y Sierra sino que tienen más hijos.

40) El embarazo actual en adolescentes es mayor en la Selva (6%) que en la Sierra (3%) que en la Costa (2%), Igualmente, la proporción de adolescentes que han sido madres es mayor en la Selva (28%) que en la Sierra (15%) y, sobre todo, que en la Costa (9%). Lo mismo, las que son madres en la actualidad es más alto en la Selva (23%) que en la Sierra (14%) y, sobre todo, que en la Costa (7%). Las adolescentes de la Selva tienen más hijos vivos, más hijos nacidos vivos y muertos, o sobrevivientes, nacidos en los últimos cinco años o nacidos el año anterior a la ENDES. También, los partos adolescentes en la Selva son cuatro veces mayores en la Selva y dos veces mayores en la Sierra, que en la Costa. Finalmente, hay más embarazos tempranos, antes de los 15 años, en la Selva y tienden a ser madres un año cronológico antes que las de la Sierra y Costa.

41) Las adolescentes separadas y las casadas tienen mayor proporción de maternidad adolescente, alrededor de 77%, que las convivientes, con 66%, en comparación con sólo 3% en las solteras. La maternidad temprana es más común en las adolescentes separadas (12%) que en las convivientes y casadas (alrededor de 7%), pero, sobre todo, que las solteras (0%). Las alguna vez unidas presentan más maternidad entre los 15 y 16 años que las solteras. El embarazo adolescente es mayor en las convivientes (24%) y casadas (12%) que en las separadas (6%) y solteras (0,7%). La mayoría de adolescentes que estaban gestando o eran madres eran convivientes, con, también, varias adolescentes solteras y algunas separadas, sólo un caso siendo casada. Las casadas deseaban el embarazo, pero ninguna separada lo deseaba, lo mismo que 85% de las solteras y el 59% de las convivientes gestantes. En las jóvenes, las solteras y casadas estaban aún más lejos que las unidas de cumplir sus deseos reproductivos.

42) Se advierte que las adolescentes analfabetas o que no leen una oración

completa tienen más hijos nacidos vivos y/o muertos, mayor número de hijos en todos los niveles de edad, y más maternidad temprana (13,5% en analfabetas, 5,2% en parcialmente alfabetas y 0,7% en alfabetas). Las de menor educación y las analfabetas y semi-alfabetas tendían más a la maternidad adolescente. A menor nivel educativo, mayor embarazo, maternidad más temprana y mayor maternidad adolescente; por ejemplo, 32% de adolescentes sin escolaridad eran madres, contra 22% de las que tenían primaria, 10% con secundaria y 4% con superior. La proporción de adolescentes que habían sido madres el año anterior a las ENDES era 25 veces mayor en las que no tenían escolaridad que en las de educación superior y la proporción de maternidad en los últimos cinco años era 4 veces mayor. Las adolescentes con menor educación tendían a tener el primer hijo a los 16 años, en comparación con los 18 años en las de educación superior.

43) Los intervalos intergenésicos en las adolescentes son más cortos que en las jóvenes y mujeres mayores, de aproximadamente 24,7 meses promedio.

44) Haciendo un análisis de qué tipo de adolescentes resultaron madres, se encuentra que son más de la Sierra (41%), tanto urbanas como rurales, alfabetas (83%), con secundaria incompleta (34%) o, menos, con primaria incompleta (22%) o completa (21%). Más de la mitad de los casos están en convivencia (54%) y otras, son solteras (27%), más que casadas o separadas.

45) Para las que fueron madres antes de los 16 años, se encuentra que provienen más de la Selva (44%), especialmente, de la Selva Baja, que son rurales (59%), alfabetas (78%), con primaria completa (37%) o incompleta (31%), y que están en convivencia (48%) más que casadas, solteras o separadas.

46) En jóvenes no se vieron diferencias regionales en cuanto al deseo del embarazo actual. En jóvenes, también la gran mayoría (75%) tenía como ideal no tener hijos, con un 13% hablando de dos y 5%, de un hijo como ideal, con las mismas leves diferencias regionales entre Selva (69%) y el resto de regiones, llegando a 79% en Lima, Lo mismo que las adolescentes, el siguiente ideal reproductivo era dos hijos en un 12,5% de casos, especialmente por las jóvenes de la Selva Baja. El ideal de ningún hijo era menor en los departamentos de Cajamarca (53%) y Ucayali (57%), Tacna y Madre de Dios (64% y 67%). Las jóvenes de grandes ciudades sostuvieron, en un 79% de casos, que lo ideal era no tener hijos, lo mismo que 75% de las jóvenes de Lima Metropolitana y del resto urbano, pero esto bajaba a 72% en las rurales, y aunque no diferían en la mayoría de sus otras preferencias, fueron más las rurales las que pensaban que tres era el número ideal de hijos.

47) Lo real era que un 6,4% de la totalidad de jóvenes estaba gestando y 48% ya era madre, sumando un 54% de maternidad juvenil en estas mujeres de 20 a 24 años. Esto implica un 9,8% de gestantes entre las sexualmente iniciadas y un 73% que ya son madres, sumando un 83% de maternidad juvenil en las sexual-

mente activas o iniciadas. Este 48% de todas las jóvenes que ya es madre se desdobla en 29% teniendo un hijo, 14% teniendo dos hijos, 4% con tres hijos y 0.01%, más. Esto se daba más en las mayores y en las unidas, donde 89% tenía hijos vivos, 47% teniendo uno, un tercio teniendo dos hijos y 12%, más, especialmente las mayores.

48) Del 54% de madres o embarazadas, casi un tercio estando gestando el primer hijo o ya teniendo un hijo, otro 15% teniendo dos o esperando el segundo, 5%, tres y 0,2%, más hijos.

49) Se vio mayor embarazo o maternidad actual en las jóvenes de menor escolaridad, analfabetas y semi-alfabetas y en jóvenes de la Selva y rurales. Asimismo, las jóvenes casadas y convivientes presentaban más un embarazo o maternidad actual. Tenían más hijos vivos las jóvenes analfabetas y semi-alfabetas, duplicando a las alfabetas; lo mismo, las jóvenes de menor escolaridad y de la Selva. Se aprecian, al respecto, enormes brechas urbano-rurales. Un 72% de las jóvenes rurales ya son madres o están embarazadas, con 33% teniendo un hijo o estando en espera, 26% teniendo dos hijos vivos o esperando el segundo, 10% con tres hijos, 2% con cuatro, 0,6% con cinco y 0,1% con seis hijos. En contraste, las jóvenes del resto urbano eran madre o gestantes en un 54% de casos, 32% tenían o gestaban un hijo, 15% dos, 6% tres y 0,2%, cuatro. Las proporciones bajan enormemente a 46% de maternidad juvenil en las grandes ciudades y, sobre todo, a 35% en Lima Metropolitana. En las grandes ciudades un 29% de jóvenes tenía o esperaba un hijo, 11% dos, 3% tres y 0,3%, cuatro. En Lima Metropolitana un 24% tenía o esperaba un hijo, 10% dos, 1% tres y ninguna, cuatro hijos.

50) La maternidad temprana era más usual en analfabetas y semi-alfabetas, siendo también mayor la maternidad en estas jóvenes en los otros rangos de edad antes de los 20 años, mientras las alfabetas tendían a maternidades a partir de los 20 años. Un 5,7% de las adolescentes había tenido un hijo l año anterior a la encuesta, sobre todo las adolescentes de 19 y 18 años (10%), bajando a 6% en las de 17 años y 3% o menos en edades menores. Se encontraban embarazadas un 3% de las adolescentes, más las de 19 y 18 años (4%) que las de menor edad (2%), teniendo de un mes a nueve meses de gestación.

51) En los últimos cinco años se ve mayor maternidad y número de hijos en las jóvenes mayores, en las de mayor analfabetismo duplicando las cifras y en las de menor educación, con brechas de 18% de maternidad en jóvenes con estudios superiores a 71% en las que no tenían escolaridad. Igualmente, en las alguna vez unidas (un 9% de solteras tuvo un hijo y 1%, dos, contra una maternidad de 83% o más en el resto), en las jóvenes de la Selva más que en las de la Sierra y, sobre todo, más que en las de la Costa (64%, 57% y 38%).

52) Un tercio de las mujeres en edad fértil han tenido pérdidas, abortos o hijos nacidos muertos, siendo el 14% de la muestra total de mujeres. Se da más en la Selva. Esto ocurre en la gran mayoría de casos, en el primer trimestre de gestación (76%), especialmente en el segundo mes,

en todas las regiones. Sólo un 5% ocurre en el último trimestre, lo que puede estar indicando más abortos a inicios de la gestación. Este 5% de pérdidas en el último trimestre se da más en la Sierra, duplicando a la Selva y siendo seis veces mayor que en la Costa. En las adolescentes de 15 a 19 años se aprecia que se dieron un 1% de terminaciones. Las cifras varían entre 0,5% o menos en las de 16 o 15 años, subiendo a 0,8% en las de 17 años y a 1,5% en las de 18 años, para aumentar notablemente a 4,0% en las de 19 años. Las adolescentes en convivencia y separadas presentan mayores frecuencias que las casadas, duplicándolas y siendo siete veces más que en las solteras. Las adolescentes no varían en sus cifras de terminación de embarazos dependiendo del nivel educativo aunque si se aprecia una gran brecha por analfabetismo, las adolescentes analfabetas duplicando a las alfabetas. En la Selva las cifras son mayores que en la Costa y, sobre todo, que en la Sierra. No hay diferencias a nivel urbano-rural ni diferenciando Lima Metropolitana de grandes ciudades o el resto urbano. En cuanto a las jóvenes, hubo un 6% de terminaciones, sobre todo en las mayores, las de la Selva, las casadas, convivientes o separadas, las parcialmente alfabetas y alfabetas, y las que tenían primaria o secundaria completas o incompletas son las que más han terminado un embarazo. No hay diferencias a nivel urbano-rural.

6.3.2.3 Anticoncepción

1) El conocimiento del ciclo fértil es muy escaso, con sólo un 23% de las adolescentes siendo capaces de identificarlo correctamente, en especial, las adolescentes mayores, alfabetas, urbanas, con mayor educación, de la Selva y Costa y las convivientes y solteras. Las brechas son muy grandes, variando de 16% de conocimiento en las de 15 años a 30% en las de 19 años; de 0% en las adolescentes sin escolaridad a 10% en las que tienen primaria, a más de 50% en las que tienen educación superior; de 2% en las analfabetas a 25% en las alfabetas. Las adolescentes rurales conocen menos el ciclo fértil, en un 15% de casos, en comparación con 23% en Lima Metropolitana y el resto urbano y 31% en las grandes ciudades. Otro hallazgo importante es que hay un alto porcentaje de adolescentes (37%), que creen saber cuándo es su ciclo fértil pero están equivocadas, lo que las coloca, potencialmente, en alto riesgo de embarazo no deseado. Este es el caso, principalmente, de las adolescentes alfabetas, en las que tienen secundaria completa o incompleta, en las adolescentes de la Costa, en especial, Lima, y la Selva, y las separadas y solteras.
2) En las jóvenes, un 37% conoce el ciclo y 35% están equivocadas, Hay riesgos diferenciales, ya que el conocimiento del ciclo es menor en las de menor escolaridad pero, a la vez, éstas son más concientes de su menor conocimiento, mientras que, por ejemplo, un 44% de las jóvenes que tienen secundaria incompleta tienen creencias erróneas. Igual, las solteras tienen más conocimiento y las separadas, aunque su conocimiento no es tan pobre, tienen mayor riesgo por tener conocimientos errados un 46%. Las jóvenes

de la Selva, en un 41%, tienen creencias equivocadas y también en la Costa hay un importante creer saber y estar equivocada. En las alfabetas hay mayor conocimiento y en las analfabetas, mayores creencias equivocadas (83%). El conocimiento del ciclo fértil es similar en jóvenes rurales y urbanas pero más jóvenes urbanas están equivocadas, un 65%, en comparación con 48% en las rurales, colocándolas en mayor riesgo potencial de un embarazo no deseado.

3) El 81% de las adolescentes conoce al menos un método anticonceptivo moderno; muy pocas conocen métodos folklóricos (1%) o tradicionales (0,8%). El desconocimiento de métodos, en general, es mayor en las adolescentes menores (22% de desconocimiento en las de 15 años contra 11% en las de 19 años). También es mayor el desconocimiento de métodos en las de menor educación, siendo de 67% en las que no tienen escolaridad en contraste con 3% o menos en las que tienen secundaria o superior. Las alfabetas duplican a las menos letradas en el conocimiento de métodos modernos (83%, contra 42% y 34% en los menores niveles). En las adolescentes de la Sierra hay mayor desconocimiento (33%), en comparación con la Selva (14%) o Costa (11%). Las adolescentes separadas fueron las que menor desconocimiento mostraron (9%), en contraste con los otros grupos (alrededor de 17%). No se aprecian diferencias en el conocimiento de métodos, específicamente, métodos modernos, entre adolescentes de Lima Metropolitana y grandes ciudades (97%), siendo ligeramente mayor que en el resto urbano (94%), pero si se ve una enorme brecha respecto de las adolescentes rurales (76%).

4) Ya diferenciando por métodos, se advierte que los más conocidos son la píldora, el condón y los inyectables, con sólo alrededor de un 14% de las adolescentes que no sabía de su existencia. El desconocimiento aumenta a 17% en relación a los inyectables y el DIU, pero un 26% no conoce el ritmo, 34% no sabe de la esterilización femenina y 62% desconoce el retiro.

5) Se aprecian marcadas brechas, con mayor desconocimiento en las adolescentes menores, para cada uno de los métodos, y en las adolescentes con menor educación. Así, para la píldora la brecha entre adolescentes sin escolaridad y con estudios superiores es de 51/0; con relación al condón es 77/0; el DIU tiene una brecha 70/1; el ritmo, 85/0; el retiro, 95/0; el inyectable, 48/6; la esterilización femenina, 62/1, y la esterilización masculina, 85/5.

6) Las adolescentes solteras conocen el retiro mucho más que el resto, no difiriendo respecto de otros métodos. En las jóvenes si se ve mucho menor desconocimiento en las solteras. Las adolescentes que trabajan conocen menos de anticoncepción que las que no trabajan, salvo por el retiro, donde no difieren; en las jóvenes el trabajo no discrimina cuánto conocen de cada método. A nivel regional, las adolescentes de la Sierra conocen más el ritmo que las de la Costa y Selva, pero conocen menos de la píldora y el condón. Las adolescentes de la Costa conocen más el DIU, el retiro

y la esterilización masculina que en las otras regiones. La Selva conoce más la esterilización femenina. Las adolescentes que hablan español conocen más todos los métodos salvo el ritmo; las que tienen lenguas quechua o aymara desconocen más el retiro y la esterilización masculina y tienen mayor desconocimiento de cada método, especialmente las quechua-hablantes. Las brechas urbano-rurales son notorias; por ejemplo, las adolescentes urbanas conocen en una proporción seis veces mayor la existencia del método del condón, cinco veces más, la píldora y tres veces más, el DIU, la esterilización femenina y el ritmo.

7) En jóvenes, un 92% conoce la existencia de algún método, siendo menor el conocimiento en las de menor educación, las analfabetas y semi-alfabetas y las jóvenes de la Sierra. Un 91% conoce métodos modernos, sin diferencias por estado civil, pero siendo menor el conocimiento en las menores, las de menor educación (con brechas que van desde 54% a 99%), en las analfabetas y semi-alfabetas (con brechas que van de 5% a 41%) y en la Sierra (80%, llegando a 94% en otras regiones). Las jóvenes de Lima Metropolitana (94%) y de grandes ciudades (91%) evidencian una tendencia a mayor conocimiento de métodos modernos que las del resto urbano (87%), pero difieren significativamente de las jóvenes rurales (57%). Los métodos más conocidos son el inyectable (84%), seguido de la píldora, el DIU, la esterilización femenina y el condón (este último con 72%), con algún conocimiento del ritmo (63%), la esterilización masculina (56%) y el retiro (46%) y, menos, de otros métodos. Se aprecian enormes brechas educativas, que van, por ejemplo, de 0% de conocimiento de la píldora en las jóvenes sin escolaridad a 37% en las que tienen estudios superiores; o de 3% a 31% en el inyectable, de 0% a 59% en el condón, de 0 a 85% en el retiro, o de 2 a 75% en el ritmo. Las analfabetas y semi-alfabetas si demuestran saber más de métodos tradicionales. Las casadas son las que menos conocen el retiro o la esterilización masculina. Las que hablan español conocen más los diferentes métodos. No hay diferencias entre las que trabajan o no. En las tres regiones los métodos menos conocidos son el retiro, la esterilización y el ritmo, pero con diferencias entre regiones. Las brechas urbano-rurales son enormes, ya que, por ejemplo, se conoce el DIU en una proporción ocho veces mayor en las jóvenes urbanas, siete veces mayor en lo que concierne a la píldora y seis veces mayor en lo relativo al inyectable.

8) El uso actual de métodos anticonceptivos se da en un 9% de la totalidad de adolescentes, tratándose más de métodos modernos (6%) y tradicionales (3%) que de métodos folklóricos (0,2%). Esto representa algún tipo de protección en 39% de las adoles-centes sexualmente activas, dejando a 61% en potencial riesgo; un 63% del uso es de métodos modernos. El uso actual de métodos es mayor en las adoles-centes de mayor edad, con menos escolaridad, analfabetas o parcialmente alfabetas, casadas o convi-

vientes, de la Selva. En el caso de los métodos modernos, el uso es mayor en las adolescentes mayores, con menos escolaridad, analfabetas o parcialmente alfabetas, unidas o alguna vez unidas, y de la Selva. Respecto de los métodos folklóricos, no hay diferencias por variables sociodemográficas, salvo que el uso es mayor en las adolescentes casadas. En cuanto a los métodos tradicionales, los usan más las mayores, quienes tienen ya sea primaria completa o estudios superiores, las casadas o convivientes y las de la Selva.

9) Son las adolescentes mayores, con menor escolaridad y hasta analfabetas (salvo el caso del condón), casadas o convivientes, de la Selva y, a veces, Sierra, que hablan otras lenguas fuera del quechua o aymara, las que mayor uso han hecho de métodos. Para la totalidad de adolescentes, un 9% usa actualmente métodos. Lo más usado es el inyectable (3,), seguido del ritmo (2%) y la píldora (1%), el condón (1%) y el retiro (1%) y, casi nulos, la lactancia materna y otros métodos. El inyectable es usado más por las adolescentes mayores, con menos escolaridad, analfabetas, casadas o convivientes, en la Selva. Lo emplean más las adolescentes rurales (5%) y del resto urbano y grandes ciudades (3%), que en Lima Metropolitana (1,5%). El ritmo lo utilizan las adolescentes mayores y con mayor escolaridad o las parcialmente analfabetas, las casadas, las de la Selva, y rurales y del resto urbano (3%) más que en grandes ciudades (2%) o Lima Metropolitana (0,7%). La píldora es empleada por adolescentes mayores, sin escolaridad, analfabetas o parcialmente alfabetas, casadas, de la Selva, de zonas rurales (2%) más que en el resto urbano y grandes ciudades (1%), y Lima Metropolitana (0%). El condón lo emplean más las mayores, con secundaria completa y las casadas, sin diferencias urbano-rurales (1%). El retiro es más usado por las adolescentes en convivencia y separadas y por adolescentes de Lima (1,4%) más que en grandes ciudades (0,6%), el resto urbano (0,8%) y zonas rurales (9,8%).

10) En las jóvenes, 54% de las sexualmente activas usa métodos. Ello constituye un 36% de la totalidad de jóvenes; lo más usado es el inyectable (13%), seguido del ritmo (6%) y la píldora (5%), el DIU (4%), el condón (3%), el retiro (2%) y, casi nulos, la lactancia materna y otros métodos. El uso aumenta con la edad, habiendo patrones complejos en relación a educación, con las que tienen secundaria completa siendo las que más usan métodos modernos y las que no tienen escolaridad, las que menos usan, con las solteras teniendo menor uso de métodos en general y modernos en particular, sobre todo por no estar en unión, con las parcialmente alfabetas evidenciando más uso de métodos modernos y con más uso en la Selva.

11) El inyectable es, definitivamente, el método de mayor uso actual, empleado por un 20% de las jóvenes sexualmente iniciadas, seguido del ritmo, usado por el 10%, la píldora, para un 8%, el DIU para un 6%, el condón para un 5%, y el retiro para un 1%. Para la totalidad de jóvenes, un 13% usa el inyectable, especialmente las jóvenes casadas o convivientes (28% contra 2% en

solteras), las jóvenes de la Selva (23%), y las jóvenes con menor escolaridad (variando de 20% en las jóvenes sin escolaridad a 2% en las que tienen estudios superiores). Se usa más en zonas rurales (57%) que en ciudades grandes o el resto urbano (48%) o en Lima Metropolitana (42%). Le sigue al inyectable la abstinencia periódica o ritmo (6%), predominando en jóvenes con primaria incompleta o completa y secundaria incompleta, analfabetas, en unión y de la Sierra o Selva, y en ámbitos rurales (35%) y del resto urbano (33%) más que en grandes ciudades (27%) o Lima Metropolitana (18%). El tercer método más usado por las jóvenes es la píldora (5%), básicamente por jóvenes con escolaridad intermedia, en unión y de la Selva. La usan más las jóvenes del resto urbano (35%) y Lima Metropolitana (33%) que en otras grandes ciudades (27%) o zonas rurales (28%). El cuarto método es el DIU (4%), más frecuente en jóvenes con secundaria completa, alfabetas, alguna vez unidas y de la Costa. Se emplea más en Lima Metropolitana (56%) que en zonas rurales (46%), que en grandes ciudades (42%) o el resto urbano (43%). El quinto método usado es el condón (3%), más empleado por las jóvenes alfabetas, con primaria completa o más, de la Costa o Sierra, unidas o solteras, más que separadas, Se usa más en zona rurales (21%) y grandes ciudades (21%) que en el resto urbano (19%) o Lima Metropolitana (15%). El sexto método usado es el retiro (2%), por las de mayor educación, alfabetas, en unión, de la Costa o Sierra. Es mucho más usado en zonas rurales (31%) que en Lima Metropolitana (17%), grandes ciudades (18%) o el resto urbano (5%).

12) En lo que concierne a métodos alguna vez usados, un 63% de las adolescentes sexualmente iniciadas se ha protegido alguna vez, lo que supone el 14% de todas las adolescentes (10% de todas las adolescentes usó métodos modernos, 4%, tradicionales y 0,2%, folklóricos). Las brechas sociodemográficas se dan en torno solamente a los métodos modernos, siendo menos usados por las adolescentes solteras, de mayor educación, alfabetas, de la Costa o Sierra y más usados por las adolescentes con primaria completa o secundaria incompleta, semi-alfabetas, de la Selva.
13) En jóvenes, un 81% de las sexualmente activas ha usado métodos alguna vez, lo que significa el 54% de todas las jóvenes. La falta de uso se da, especialmente, en las menores, (42%), las jóvenes sin escolaridad (55%) o con estudios superiores (62%), las solteras (76%), las de la Costa (51%) y Sierra (44%), en contraste con apenas 17% en la Selva; las alfabetas y analfabetas, y las que hablan lenguas no nativas, pues las que tienen lenguas nativas han usado métodos en un 73%.
14) Un 44% de las jóvenes ha usado métodos modernos, sobre todo, las mayores, con secundaria incompleta, semi-alfabetas, alguna vez unidas, de la Selva, y que hablan lenguas nativas o español. Un 9%, de las jóvenes ha usado métodos tradicionales, más las que tienen escolaridad intermedia, las analfabetas, las que de Sierra, con lengua aymara, y las alguna vez

unidas. Un 0,3% de las jóvenes usó métodos folklóricos, sin diferencias sociodemográficas salvo por la lengua, ya que un 10% de las aymarahablantes usó estos métodos, cosa que no llega ni a 1% de los demás grupos étnicos. El método específico que más frecuentemente usaron las jóvenes alguna vez fue, en especial, el ritmo (30%), en especial, por las mayores, las de menor escolaridad (llegando a un 59% en las jóvenes sin escolaridad y 43% en las de primaria incompleta y bajando hasta 24% en las de estudios superiores), las alguna vez unidas, las analfabetas y semi-alfabetas, las jóvenes que hablan quechua o lenguas nativas, en la Selva y Sierra, sin diferencias por trabajo. Otro método usado alguna vez fue el inyectable (28%), particularmente por las jóvenes mayores, de escolaridad intermedia, semi-alfabetas, con lenguas nativas, de la Selva, alguna vez unidas. Un tercer método alguna vez probado fue el retiro (25%), más por las jóvenes de menor escolaridad, semi-alfabetas, quechuahablantes, de la Sierra y las alguna vez unidas, También se probaron la píldora (18%) y el DIU (9%).

15) Las postas, hospitales y centros de salud son los principales proveedores de anticonceptivos para las adolescentes, con algún peso de las farmacias y muy poco de otras fuentes. Para las adolescentes de 15 años la fuente es el hospital, para las de 16 y 17 años, la posta; para las de 18 años, la posta y hospitales; para las de 19 años, hospitales, postas y centros de salud. Las adolescentes sin escolaridad o con sólo primaria, incompleta o completa, el proveedor es la posta. También lo es para las adolescentes con secundaria incompleta, pero aumenta la diversidad de fuentes. En cambio, las que tienen secundaria completa van a hospitales y las que tienen estudios superiores, a centros de salud. El mismo patrón se encuentra en las jóvenes, salvo que las que tienen estudios superiores van ya sea a hospitales, centros o postas y, sobre todo, a farmacias. Las adolescentes analfabetas van, en su gran mayoría, a las postas. Ésta es, también, la principal fuente para los otros grupos pero con menor frecuencia que en las analfabetas, las semi-alfabetas yendo más que aquéllas a hospitales y centros de salud, cosa que sucede aún con mayor frecuencia en las alfabetas. Las jóvenes alfabetas refieren más opciones; las de menor literacidad van más a postas. Las adolescentes casadas o convivientes acuden a postas, las separadas a hospitales; las solteras, a farmacias. En jóvenes también sólo para las solteras son relevantes las farmacias. Las adolescentes de la Sierra y Selva recurren a postas; las de la Costa, a postas, hospitales, centros de salud y, aunque en menor medida, a toda una diversidad de proveedores. En las jóvenes de Selva y Sierra también la provisión de métodos es, principalmente, en la posta, pero las jóvenes de la Costa acceden a postas, centros de salud y hospitales y, menos a farmacias, pero además, usan una diversidad de fuentes sin ninguna otra predominando. Las adolescentes y jóvenes urbanas muestran diferencias según sean de Lima Metropolitana, otras grandes ciudades o el resto

urbano. Las adolescentes de Lima Metropolitana prefieren los hospitales y farmacias; las de grandes ciudades, hospitales, centros de salud, postas y, en menor medida, farmacias. Las del resto urbano acuden a centros de salud y hospitales, menos a postas o farmacias. En contraste, las adolescentes rurales van, mayoritariamente, a postas, algunas acudiendo a centros de salud, hospitales, farmacias o siendo provistas por un trabajador de salud del MINSA. En jóvenes, las de Lima Metropolitana y grandes ciudades van a hospitales, centros de salud y postas, menos, a farmacias. Las del resto urbano se proveen de anticonceptivos en centros de salud, poco en postas, hospitales o farmacias. Las jóvenes rurales, en cambio, acuden mayormente a postas y, poco, a centros de salud, hospitales y, mucho menos, a farmacias. El trabajar o no y la edad no afectan la elección de fuentes de condón en las jóvenes.

16) En las 494 adolescentes que usaban métodos se han reportado 458 casos de abandono de métodos, aunque puede tratarse de más de un método en la misma usuaria. Lo que más se ha abandonado han sido el ritmo (26%) y el condón (22%), seguido de los inyectables (19%) y la píldora (16%) y, ya menos, el retiro y la amenorrea por lactancia (2%). El ritmo es más frecuentemente abandonado por las adolescentes de 15 años, quizás implicando inicio sexual. Se da en adolescentes de la Costa y Sierra, y aparece tanto en las que tienen primaria incompleta como en quienes tienen estudios superiores, así como en solteras y unidas. El condón lo descontinúan las adolescentes mayores, de la Selva y Sierra, las solteras y aquéllas con secundaria incompleta. Al inyectable lo dejan las unidas y separadas, especialmente aquéllas con primaria incompleta o que no tienen escolaridad. La píldora es más descontinuada por adolescentes de menor edad, casadas, de la Costa, Sierra y Selva. El retiro es particularmente abandonado por adolescentes de 16 a 17 años, de la Costa y Sierra. En cuanto a brechas urbano-rurales y al interior mismo de las urbanas, se ve que las adolescentes de Lima abandonaron, sobre todo, el condón y el inyectable; las de grandes ciudades, el ritmo, el retiro y, menos, el condón; las del resto urbano, el condón, el ritmo y el retiro y, menos, la píldora; y las rurales, el ritmo, el retiro y, menos, el inyectable.

17) Las 799 jóvenes que han usado métodos reportan 1,902 casos de abandono de métodos, nuevamente, pudiendo tratarse de varios abandonos o descontinuaciones por parte de una misma usuaria. Han abandonado, principalmente, la abstinencia periódica (25%) y el inyectable (24%), seguidos de la píldora (17%), el condón (10%), el retiro y el DIU (6%), la amenorrea por lactancia (3%), los óvulos, jaleas y otros (2%) y el Norplant (1%). Las solteras abandonaron el condón y la abstinencia, principalmente; las unidas, los inyectables, la abstinencia y la píldora. Las separadas, el inyectable y la abstinencia. Las de menor escolaridad abandonaron la abstinencia y la píldora y, en el caso de las de primaria incompleta y completa y secundaria incompleta, el inyectable, mientras las jóvenes sin escolaridad abandonaron, además, el

retiro. Las de mayor escolaridad abandonaron la abstinencia, el condón, el inyectable y la píldora. Por nivel de alfabetismo se apreció que las jóvenes semi-alfabetas abandonaron más la abstinencia y el inyectable, pero, además, el retiro; las analfabetas casi no difirieron de las alfabetas en abandono de métodos, salvo por poco abandono del condón en las primeras. Las jóvenes de Lima Metropolitana han abandonado el condón y el inyectable, menos, el ritmo y la píldora; las de grandes ciudades, el ritmo y la inyección, menos, el condón y la píldora; las del resto urbano, el inyectable, el ritmo y la píldora, menos, el condón; y las rurales, el ritmo y el inyectable, menos, la píldora. Las jóvenes en la Costa abandonaron, principalmente, el inyectable, la abstinencia, el condón y la píldora; en la Sierra, la abstinencia y, menos, la píldora, lactancia, condón y retiro; en la Selva, la píldora, el inyectable y la abstinencia.

18) Un 23% de las adolescentes abandonaron métodos por un embarazo, principalmente las mayores, en las tres regiones siendo la principal razón de deserción (con ligeramente un menor porcentaje en la Costa), y, especialmente, en las convivientes, siendo su principal motivo de descontinuación y en las separadas (aunque se dio en 20% de las solteras). Fue la principal razón para las semi-alfabetas (31%), la segunda para las analfabetas (23%) y la primera, también, para las alfabetas, aunque con menor porcentaje. Fue la razón más importante para las adolescentes con primaria incompleta y tuvo peso para todos los niveles, incluso superior, salvo las que no tenían escolaridad.

19) Un análisis de qué tipo de adolescentes son las que descontinuaron uso de métodos por embarazo, evidenció que la mayoría (73 de los 121 casos) resultó embarazada sin quererlo. La descontinuación por embarazo indeseado predominó sobre el embarazo deseado en adolescentes de la Sierra y, menos marcadamente, de la Selva; en adolescentes rurales o de ciudades medianas y pequeñas, aunque también de ciudades grandes sin contar Lima; en las adolescentes semianalfabetas (hubo pocos casos de analfabetas en este grupo). Por el contrario, el abandono de métodos para buscar un embarazo se dio más en las adolescentes de Lima Metropolitana, en las alfabetas, en las casadas y en solteras. En convivientes y adolescentes de la Costa fuera de Lima hubo tanto abandono por embarazo deseado como no deseado.

20) El segundo motivo de abandono para las adolescentes fueron los efectos colaterales (18%), sobre todo, para las mayores, y para aquéllas de menores estudios, siendo la principal causa de descontinuación de las que no tienen escolaridad (67%), aunque también fue muy importante para las que tenían primaria incompleta. Asimismo, fue el principal motivo de las analfabetas. Lo mismo, fue la principal razón de las convivientes (40%). El sexo infrecuente es la tercera razón de descontinuación (15%), más en las edades intermedias y, en especial, en solteras (32%) y en las de mayores estudios, secundaria o superior. El deseo del

embarazo fue una cuarta justificación para un 11% de las adolescentes, independientemente de la edad, en especial, para las adolescentes con mayores niveles educativos, secundaria o superior, y para las convivientes. Otro motivo fue la inconveniencia de uso, para un 7%. En adolescentes de Lima Metropolitana se abandonó, principalmente, por motivos de efectos colaterales y sexo infrecuente o separación de la pareja, con un 14% abandonando, además, por embarazo y 10%, por deseo de embarazo. En cambio, en adolescentes de otras grandes ciudades, el resto urbano y, también, adolescentes rurales, el abandono fue, principalmente, por embarazo (24% en las grandes ciudades, 30% en el resto urbano y 29% en zonas rurales). El sexo infrecuente fue una razón de peso en las de grandes ciudades y el resto urbano; los efectos colaterales fueron un motivo importante para las adolescentes urbanas también de grandes ciudades más no para las del resto urbano, y tuvo mucho peso en las rurales (25%). El deseo del embarazo sólo fue de 7% en las de grandes ciudades, subiendo a 16% en el resto urbano y a 13% en las rurales.

21) En las jóvenes las razones de abandono de métodos son, principalmente, los efectos colaterales (25%), el embarazo (21%) y el deseo de embarazo (21%). Los efectos colaterales son un motivo para las mayores, las convivientes (33%), las que tienen primaria incompleta o completa, las alfabetas, y en la Costa y Selva. El embarazo es el principal motivo de descontinuación para las jóvenes mayores, las casadas y separadas (en solteras se da en un 17% únicamente). Es mayor en jóvenes con menor educación, especialmente para las que no tienen escolaridad (44%) pero, también, para las de primaria incompleta. Es el principal motivo para las semi-alfabetas y fue muy frecuente en las analfabetas (37%). Fue la principal razón en jóvenes de la Sierra. El deseo de embarazo prevaleció como causa de descontinuación de estudios en las jóvenes de 21 y 23 años, en las que no tenían escolaridad o tenían primaria incompleta o completa, así como en las analfabetas y, también, fue importante, la segunda causa, para las semi-alfabetas y las casadas. A esto se agrega que para un 30% de las solteras, la primera razón, y para las jóvenes con estudios superiores, el sexo infrecuente fue motivo de deserción. Para las que no tenían escolaridad lo mismo que para las alfabetas, fue importante razón el desear un método más efectivo. Las jóvenes de Lima Metropolitana, grandes ciudades y el resto urbano no difirieron en sus motivos de abandono de métodos; en general, las urbanas abandonaron por efectos colaterales (24%) y por embarazo (17% en Lima Metropolitana, 20% en las grandes ciudades y 17% en el resto urbano). Un 14% de Lima Metropolitana y grandes ciudades abandonó por deseo de embarazo, lo mismo que 17% del resto urbano. También en jóvenes rurales el abandono se debió a efectos colaterales (24%) y, con mayor peso, a embarazo (29%), y al deseo de embarazo (19%).

22) Un 5% de las adolescentes que no usan métodos, se opone a usar

métodos anticonceptivos en un futuro, a las que se suma un 8% que están en duda. La intención de uso de métodos es menor en las adolescentes casadas, estando las adolescentes en unión, tanto casadas como convivientes, menos proclives a la anticoncepción, mientras que las solteras y separadas están más en duda que opuestas. Las actitudes hacia la planificación familiar son más negativas en la Sierra y en las adolescentes de menor educación, sobre todo, en las que no tienen escolaridad, de las cuales un 46% se opone a usar métodos en un futuro. Se advirtieron grandes brechas urbano-rurales, ya que no sólo se ve que sólo un 9% de las adolescentes urbanas contra 24% de las rurales no tiene intención de uso futuro, sino que predomina la duda en las urbanas mientras las rurales se dividen entre duda y franca oposición.

23) Las jóvenes que no usan métodos afirman, en un 90% de casos, que si usarían métodos en un futuro, 4% está en duda y 6% se opone al uso. La no intención de uso no varía con la edad pero es mayor en las jóvenes unidas, que tienden más, incluso, a oponerse que a dudar; lo mismo, es mayor en las jóvenes con menos escolaridad (de 62% de intención de uso en las que no tienen escolaridad a 97% en las que tienen estudios superiores), advirtiéndose que la oposición al uso es mayor en las de menos escolaridad (17%), comparado a las de mayores estudios (2% en estudios superiores). Las analfabetas tienen menor intención de uso que las alfabetas (67% contra 91%), evidenciándose mayor duda en las analfabetas y mayor oposición en las semi-alfabetas. Hay menor intención de uso en las zonas de la Sierra, donde, además, es mayor la oposición. Al igual que en las adolescentes, las jóvenes urbanas que no tienen intención de uso futuro de métodos son mucho menos que las rurales (7% contra 26%), y más dudan que se oponen, cosa que si se da en las rurales.

24) Los métodos preferidos para uso futuro en todas las adolescentes son la píldora(26%) seguida del inyectable (19%) y, con menos frecuencia, el ritmo (11%), el DIU (10%) y el condón (9%). La píldora es más preferida por las adolescentes de menor edad, llegando a 30% de preferencia en las de 15 a 17 años, y por las adolescentes de la Selva, donde un 35% la escoge. También es más frecuentemente preferida por las adolescentes de mayor educación, con secundaria incompleta, aunque en niveles menores la frecuencia es menor pero sigue siendo una de las principales preferencias. El inyectable es más escogido por las adolescentes mayores, por las que tienen primaria completa o incompleta y, también, por las que todo secundaria completa e, incluso, por las de estudios superiores, pero, sobre todo, por las de la Selva, donde tiene 33% de preferencia. El ritmo o abstinencia periódica es más escogido por las adolescentes mayores (14%), con mayores estudios, secundaria completa (20%) o estudios superiores, así como por adolescentes de la Sierra (14%). El DIU es más aceptable para las adolescentes de la Costa y con estudios superiores. El condón es preferido por las mayores, por quienes tienen estudios superiores

(15%) o secundaria completa (12%), sin diferencias regionales. Un 2% o menos prefiere otros métodos. Preocupa un 19% que está en duda qué método usaría, y que llega a 67% en las adolescentes sin escolaridad, a 36% en las que tienen primaria incompleta y 28%, en las que tienen primaria. Igualmente, llega a 26% en la Sierra y a 23% en las adolescentes de 15 años. Las adolescentes urbanas de Lima Metropolitana, grandes ciudades y el resto urbano preferirían usar, a futuro, la píldora y el inyectable, lo mismo que las adolescentes rurales. La preferencia por la píldora es mayor en las de Lima Metropolitana (30%) que en las otras adolescentes urbanas (25%) y, sobre todo, que en las rurales (20%). La preferencia por el inyectable es algo mayor en las que no son de Lima, (25%) y en las rurales (25%) que en las de Lima Metropolitana (16%). Las de Lima Metropolitana también contemplan, en alguna medida, usar el condón y el DIU. Las adolescentes rurales son las que menos saben qué método preferirían.

25) Las jóvenes, en un 17%, no saben qué método preferirían usar, subiendo a 18% en las solteras y a 26% en las analfabetas. Entre las que si se definen, lo más señalado para uso futuro es el inyectable, en las tres regiones pero, sobre todo, en la Selva; es el método mucho más preferido por las jóvenes sin escolaridad (43%), bajando en las de educación superior (20%). Igualmente, es preferido, sobre todo, por las analfabetas (48%), bajando en las alfabetas (24%). El segundo método preferido de uso futuro es la píldora, más en la Selva y Costa que en la Sierra, seguida del DIU, el condón (8%), la esterilización femenina, el Norplant y el retiro, pero con pocas frecuencias. En cuanto a la abstinencia, llama la atención que es más preferido por jóvenes de la Sierra (17%), bajando a menos de 10% en las otras regiones; por las jóvenes solteras (15%), las semi-alfabetas (18%), y que no difieren las jóvenes sin escolaridad de las que tienen estudios superiores (10%). Hay diferencias urbano-rurales notorias. Mientras que 23% de las jóvenes urbanas de Lima Metropolitana, 26% de las grandes ciudades y 27% del resto urbano, preferirían usar la píldora, esto sube a 36% en las jóvenes rurales. Un 23% en Lima Metropolitana usarían la píldora, bajando a 16% en grandes ciudades y 19% en el resto urbano, pero sólo teniendo un 12% de elección en las rurales. Un 15% en Lima Metropolitana usaría condón, pero ello sería el caso únicamente de 7% en grandes ciudades, 4% en el resto urbano y 1% en las jóvenes rurales. El DIU sería usado por un 11% en Lima y grandes ciudades y 9% en el resto urbano, bajando a 5% en zonas rurales. En contraste, el ritmo es elegido por 14% de las jóvenes rurales, 15% de las de grandes ciudades, 11% en el resto urbano y sólo 9% en Lima Metropolitana. También se aprecia que mientras 11% de las jóvenes de Lima o de otras grandes ciudades no sabe qué método elegiría, esto sube a 21% en el resto urbano y 24% en zonas rurales.

26) Un 34% de las adolescentes que no estaban a favor del uso de métodos en un futuro, esgrimieron como principal razón el no estar casada,

llegando a 39% en las de 15 y 16 años. No hubo diferencias por región. La educación no mostró una asociación simple con este motivo de oposición, ya que las que más lo esgrimieron fueron las adolescentes con primaria incompleta o completa y secundaria incompleta, no así las adolescentes sin escolaridad que mostraron porcentajes similares a las de educación superior. Si se apreció un efecto de la nupcialidad, con las solteras llegando en un 37% a dar esta respuesta y las separadas, 33%. El no estar casada fue un motivo más relevante para jóvenes de Lima Metropolitana (52%) que de grandes ciudades o el resto urbano (42%) y que para las rurales (40%). Un 16% de las adolescentes aludió a no conocer métodos, sin diferencias regionales pero especialmente frecuente en las adolescentes mayores (22%). Los porcentajes subieron a cerca de 25% en las adolescentes sin escolaridad o con primaria incompleta y, algo menos en las de primaria completa. Quienes mayor desconocimiento manifestaron fueron las separadas (67%), con importantes porcentajes también las convivientes (30%). El tener sexo infrecuente o no tener pareja estable fue una razón para el 12% de las adolescentes, mayor en la Selva y Sierra y, en particular, en las de 19 años (20%), las que tienen estudios superiores, aunque también fue alto para las que no tienen escolaridad. El temor a efectos colaterales de la anticoncepción sólo fue mencionado por un 9%, más por las de 18 años (13%) y por las casadas y convivientes, dándose más en la Costa. Un 14% no pudo explicitar las razones de su actitud negativa hacia los métodos, espacialmente las solteras y un alto 30% de adolescentes con estudios superiores junto con 25% de las que no tienen escolaridad. La propia oposición, motivos religiosos, temores de salud, la oposición del esposo, dificultades de acceso y otras razones fueron, en general, muy poco frecuentes o específicas. El deseo de hijos fue una razón importante para las casadas (20%) y algún peso tuvo para este grupo la propia oposición, la de la pareja y la de la religión (10%). En las convivientes la oposición del conviviente es una razón de peso relativo (15%); para las adolescentes de la Selva y Costa esta razón tuvo más peso. De las que no usan por no ser casadas, un 63% dudó o manifestó que no los usaría al estar casada. El no tener sexo frecuentemente o no tener pareja fue tan importante para las urbanas como para las rurales; no hubo brechas urbano-rurales en ninguna razón, salvo la de estar casada, como ya se mencionó.

27) En las jóvenes, no usan métodos las no unidas por no estar casadas, y todas, por los efectos colaterales -sobre todo en las unidas o alguna vez unidas- y por desconocer los métodos, sobre todo, las alguna vez unidas. En las analfabetas es más por desconocimiento, en las semi-alfabetas, por no estar casadas y por desconocimiento; en las alfabetas, por no estar casadas y por los efectos colaterales. En todos los niveles educativos el no estar casada es importante. Las jóvenes de la Costa no usan métodos, en especial por no estar casadas; las de la Sierra, por los

efectos colaterales y las de la Selva, por una variedad de razones. Las jóvenes difirieron, a nivel urbano-rural, en dos motivos, el no estar casada, que fue más importante en las jóvenes de Lima Metropolitana (33%) que en el resto urbano (14%) o en jóvenes rurales (25%), y el sexo infrecuente, que fue más importante para las urbanas, especialmente las de Lima Metropolitana (39%) y grandes ciudades (34%) que en el resto urbano (28%) y, sobre todo, en las rurales (18%). En quienes no usan por no estar casadas, incluso un 55% no usaría o no sabe si lo haría, de ser casada.

28) El 21% de todas las adolescentes ha visitado un centro de salud en el último año, sin diferencias por edad pero sí por educación, siendo estas visitas más frecuentes en las de mayor educación, llegando a 36%, así como también hay mayor asistencia a centros en las adolescentes alguna vez unidas (49%) y unidas (46%), y en aquéllas que viven en la Costa y la Selva (32%). A ello se suma que son, justamente, las no unidas y las de menor educación las que menos han recibido la visita de un proveedor de planificación familiar, aunque también es menos frecuente en las de la Costa y en las de mayor edad. Sólo un 6% de las adolescentes ha recibido esta visita.

29) En las jóvenes, un 43% ha visitado un centro de salud en el último año, especialmente las de la Costa, las alguna vez unidas, las alfabetas, y las de mayor nivel educativo. Han sido visitadas por un trabajador de salud un 9%, especialmente las de la Selva y Sierra, las alguna vez unidas, las analfabetas y semi-alfabetas y las de menor nivel educativo.

6.3.2.4 Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

1. Un 12% de todas las adolescentes nunca ha oído hablar del SIDA o de las ITS, especialmente aquéllas sin escolaridad o con sólo primaria y las rurales, sobre todo, en Cajamarca, Huancavelica, Puno, Huanuco o Apurimac, donde los porcentajes son de entre 30 y 45% de desconocimiento de que existen estas infecciones. Por ejemplo, de las adolescentes sin escolaridad, un 88% no ha oído del SIDA y 84% nunca ha escuchado de infecciones ("enfermedades") de transmisión sexual; la mitad de adolescentes con primaria incompleta no ha escuchado del SIDA y otro tanto de primaria completa no sabe que existen las ITS. Este desconocimiento baja sensiblemente a 4% o menos en los niveles más altos de educación. Las adolescentes casadas y convivientes, en una tercera parte, desconocen del SIDA y las ITS, mayormente siendo de la Sierra. No se aprecian diferencias etáreas en este sentido. Un 10%, especialmente las casadas, en la Sierra y Selva, y con poca educación, donde llega a un 62%, nunca han oído sobre prevención del SIDA. Sólo un 16% de las adolescentes ha escuchado que el uso del condón es una manera de prevenir el SIDA, sin diferencias por edad y dándose más en adolescentes de la Sierra y Selva, en las casadas (24%), y en las de menor educación, llegando a 48% en las que tienen primaria incompleta y a 62% en las que no tienen escolaridad. Un 20% de las adolescentes creen que

una persona sana no puede contagiarse de SIDA, llegando a ser la totalidad de las que no tienen escolaridad y en la mitad o más de las que tienen primaria, así como en un tercio de las adolescentes en convivencia y una cuarta parte de las casadas.

2. En jóvenes se encuentra que un 11% nunca ha escuchado de las infecciones (enfermedades) de transmisión sexual, 12% no ha oído del SIDA, 10% no sabe de formas de prevención, y 17% no sabe que una persona sana puede contagiarse. Este desconocimiento es mucho mayor en jóvenes rurales, llegando a 34% de casos que no han oído de las ITS y 35%, del SIDA. Se ve menos conocimiento en las jóvenes de la Sierra -alrededor del 27%- y la Selva -alrededor de 11%- que en la Costa, sobre todo en Lima Metropolitana, donde baja a alrededor de 1%. También la falta de conocimiento en jóvenes sobre las formas de evitar el SIDA o el contagio por una persona sana, siguen este mismo patrón. Las solteras y separadas tienden a mejores conocimientos, pero las brechas más grandes son por escolaridad, de 77% a 0% de desconocimiento respecto del SIDA. Lo menos conocido, especialmente en las unidas y en las de menor educación e, incluso, en algunas con mayor nivel educativo, es que una persona sana está en riesgo de infección.
3. Entre las formas de prevención del SIDA la más conocida es el condón, aunque sólo se de en un 39% de las adolescentes, sin brechas etáreas, evidenciándose enormes brechas educativas, con 0% de las que no tienen escolaridad y menos del 10% de las que tienen primaria o no tienen escolaridad, 17% en las de primaria manejando esta información y subiendo a 33% en las de secundaria incompleta, 45% en secundaria y 57% en las de estudios superiores. Están más desinformadas las analfabetas parciales o totales, las adolescentes convivientes o casadas y separadas, las que no hablan español, las rurales (15%, en contraste con 52% en Lima Metropolitana), las de la Sierra (22%) más que Costa o Selva, sobre todo, Selva Baja, así como las que trabajan. Un 39% de las jóvenes sabe que el condón protege del SIDA, mucho más en la Costa y Selva que en la Sierra y mucho más las de mayor escolaridad, con una brecha que va del 57% en éstas al 3% en las que no tienen escolaridad. Un 26% de las jóvenes están informadas de que la monogamia es una forma de prevención, particularmente las de mayores estudios, alfabetas, las solteras y casadas, las hispano-hablantes, las de ciudades grandes fuera de Lima. Sólo 12% hace referencia a la abstinencia total, sin diferencias etáreas o por trabajo, más las solteras, las de mayor escolaridad, las alfabetas, las hispanohablantes, las de la Selva Baja y las urbanas.
4. En su última relación sexual un 8% de las adolescentes sexualmente activas usaron condón, con menor uso en las de menor educación, las analfabetas, las unidas o alguna vez unidas, las de 15 años, sin diferencias por región. Aquéllas que tuvieron sexo con una persona que no era su pareja estable, un 16% usó condón, siendo, por lo general, solteras, de la Costa o Selva, urbanas, alfabetas, aunque sin

diferencias por educación y tanto las mayores como las mayores. En jóvenes se aprecia que sólo 10% usó condón en su última relación sexual. Esto es mayor en jóvenes urbanas (12%) que en las rurales (3%), especialmente, las de Lima Metropolitana (16%), dándose más en el resto de la Costa y la Selva Alta que en la Sierra y, sobre todo, que en la selva Baja. Se da mayor uso en las jóvenes que tienen estudios superiores (21%) o secundarios (12%), bajando o 5% o menos en las que tienen primaria o menor educación; en las alfabetas, en las que hablan español y en las solteras (23%). Se ven porcentajes mayores de uso de condón con una segunda pareja sexual en las jóvenes (47%) pero menor uso con la pareja actual.

5. Se hizo un análisis sólo de las adolescentes sexualmente iniciadas y no unidas que no usaron condón en su última relación sexual, encontrándose que eran, básicamente, urbanas (79%), especialmente de ciudades grandes y Lima, de la Costa (46%), alfabetas (89%), con secundaria incompleta (31%) o completa (24%), y solteras (92%) más que separadas.
6. Los proveedores más conocidos de condones para las adolescentes son, en especial, las farmacias o boticas, conocidas por más de la mitad, seguidas de las postas, centros de salud y hospitales del MINSA, conocidos por más de una quinta parte. Las adolescentes de mayor educación y alfabetas son las que más conocen estos centros. En el caso de las farmacias, son particularmente conocidas por las adolescentes solteras, que hablan español, de la Costa y que no trabajan, siendo mucho menos conocidas en el caso de las adolescentes sin escolaridad o con primaria incompleta y por las quechua- y aymara-hablantes, ni en un 10%. Menos de un tercio de las adolescentes unidas las conoce como proveedoras. En cuanto a las postas, son más identificadas para la venta de condones por las adolescentes unidas y separadas, de la Selva, que hablan aymara y lenguas nativas fuera del quechua. Los centros de salud son referidos por adolescentes que hablan español o aymara. Los hospitales del MINSA son señalados por adolescentes de la Selva, solteras, que hablan español o aymara.
7. Para las jóvenes, los centros más frecuentes de provisión de condones son la farmacia o botica, especialmente para las jóvenes de Lima (88%), grandes ciudades (70%) y el resto urbano (60%) pero no para las rurales. Son más mencionadas en la Costa pero, también, en la Selva Alta (40%). Lima, Ica y Tacna son los departamentos donde más se recurre a esta fuente. Otra fuente importante es la posta, pero particularmente para las jóvenes rurales (40%) y de la Selva Baja (48%) o Selva Alta (41%), siendo tan importante como la farmacia, en el caso de la Sierra (35%). Los centros de salud resultan importantes fuentes en la Selva Baja y la Costa, salvo Lima, y más en el resto urbano que en grandes ciudades, siendo importante especialmente en, por ejemplo, el departamento de Ucayali (63%), en comparación con Tacna (14%). Los hospitales del MINSA son percibidos como proveedores de condones especialmente por jóvenes de grandes ciudades, fuera de Lima, y en la Selva Baja (42%), pero no por las jóvenes rurales, de la Sierra o del resto de la Costa, en especial, Lima. Es en el departamento de Moquegua

donde más se recurre a esta fuente (80%), en contraste con, por ejemplo, Madre de Dios (6%). Otros proveedores no llegan ni a 5% de menciones, con alguna excepción en algún departamento.

8. Un 0,1% de las adolescentes sabe que ha tenido una ITS; 3% ha tenido llagas genitales, en especial, las adolescentes de menor educación, parcialmente analfabetas y las separadas, en especial, en Lima, aunque también en Cusco, Cajamarca y Lambayeque. Un 20% ha tenido descensos, sobre todo las de mayor edad, alfabetas y con mayor educación, separadas o solteras y que trabajan, y las urbanas, en especial, de Lima, y, menos, en Cusco, Loreto, Junín, Huanuco, Arequipa y San Martín. En jóvenes, un 2% ha tenido una infección de transmisión sexual, 3% ha tenido llagas genitales y 23% ha sufrido de descensos. Se ve mayor reporte en las jóvenes urbanas, especialmente con relación a descensos y llagas genitales, pero las jóvenes de la Selva Alta muestran mayores porcentajes que las otras regiones y las grandes ciudades exceden a Lima y al resto urbano. Tumbes, Huancavelica y Ayacucho representan departamentos con alto reporte de ETS, mientras que las llagas genitales se reportan más, específicamente, en Huanuco, La Libertad, Lambayeque, Moquegua y Tumbes y los descensos, en Tumbes, Cusco. Ica y Junín. Las jóvenes separadas reportan más ITS y llagas genitales y las solteras y casadas, descensos. Las de menor escolaridad reportan llagas, las de escolaridad intermedia, ITS, y las de escolaridad superior o secundaria, descensos. Las analfabetas y semi-alfabetas reportan ITS, las analfabetas, llagas y las semi-alfabetas y alfabetas, descensos. El trabajar o no, no diferencia por prevalencia de ITS en jóvenes.

6.3.3 Contrastación de Resultados con Hipótesis Exploratorias

En este informe hemos realizado el análisis en términos de la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y jóvenes, estableciendo sus relaciones con variables sociodemográficas, en base a las ENDES 2000. Se recogió suficiente información para un esfuerzo de integrar los resultados y elaborar un modelo de predicción de riesgo.

Se determinaron tendencias y se comprobaron diferencias en la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil en relación a variables sociodemográficas: edad cronológica, estado civil, alfabetismo, nivel educativo, trabajo, ocupación, vivienda y zona urbano-rural, región, y etnicidad y, en casos específicos, localidad (departamento).

Hemos, igualmente, respondido afirmativamente a la hipótesis exploratoria sobre la existencia de interacciones entre variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva adolescente, como puede apreciarse en los resultados consignados. Se han identificado, así, predictores sociodemográficos confiables de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil para una serie de indicadores.

6.4 Discusión y Conclusiones

Se puede concluir que existe una diversa y compleja realidad de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes en el país y que es posible identificar sectores en condiciones de mayor vulnerabilidad y predecir riesgos.

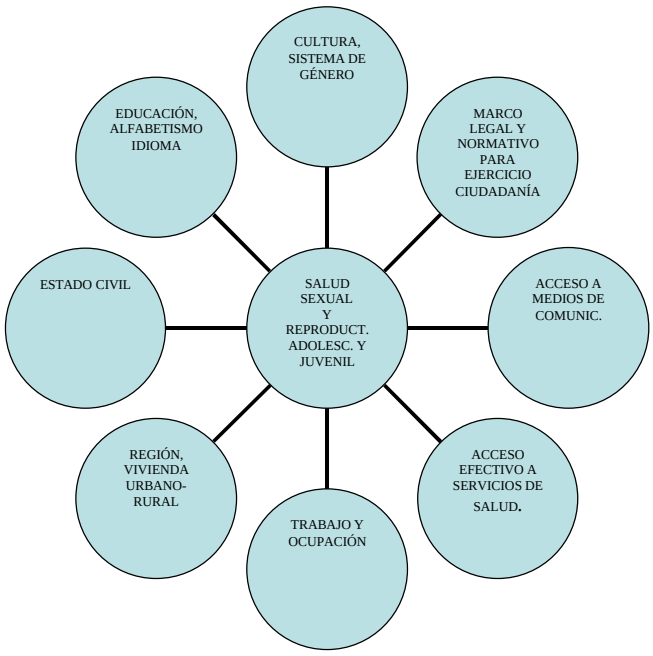
Se presenta, a continuación, un modelo de la salud sexual y reproductiva que describe y predice riesgos en adolescentes y jóvenes mujeres, que permite derivar líneas concretas para la acción, identificando perfiles de mayor vulnerabilidad para focalizar acciones en las intervenciones en salud y en el diseño de programas, planes y políticas.

6.4.1 Modelo de la Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes y Jóvenes y Predictores de Riesgo

La exclusión e inequidades sociales, incluyendo las inequidades de género y discriminación de la niña, adolescente y joven de oportunidades para el desarrollo, en el país inciden en mayor vulnerabilidad a riesgos sexuales y reproductivos, como el embarazo temprano no deseado, el inicio sexual temprano, la desprotección sexual y anticonceptiva, que pueden llevar a morbimortalidad o constituir obstáculos para el desarrollo personal, familiar y social de las adolescentes y jóvenes.

De esta manera, a nivel macro, se tienen condiciones sociodemográficas que interaccionan entre si que se asocian con la salud sexual y reproductiva y sus riesgos. Estas condiciones son: el alfabetismo, la educación, el trabajo, la etnicidad, la unión, la región, el "urbanismo" (vivienda urbana-rural), la lengua, la localidad, que se asocian, a su vez, a un mayor o menor acceso a medios de información, a servicios integrales de salud de calidad y proveedores de suministros anticonceptivos y de protección sexual (Fig. 1). En el modelo se incluyen, además, elementos que no se han estudiado directamente acá pero se sabe afectan la salud sexual y reproductiva, como factores culturales, barreras legales e inequidades de género.

FIGURA 1. Condiciones en que se ejerce la Salud Sexual y Reproductiva



6.4.1.1 Educación, Información y Trabajo, y Salud Sexual y Reproductiva

Más de un tercio de las adolescentes y jóvenes han desertado y 2% de las adolescentes y 34% de las jóvenes han descontinuado sus estudios superiores. Se aprecia que el retraso escolar, la deserción escolar y descontinuación de estudios superiores están ligadas a condiciones de exclusión; que la menor escolaridad y el retraso escolar se asocian con unión consensual o matrimonial; que la menor escolaridad se encuentra en la Sierra; y que la menor escolaridad, deserción y descontinuación responden tanto a limitaciones económicas personales o familiares, como a embarazos adolescentes, a los que se suman matrimonios adolescentes y, también, una desmotivación para el estudio. La deserción y descontinuación de estudios, evidentemente, impacta, para muchas adolescentes y jóvenes, en no salir de la pobreza. Son, justamente, las adolescentes y jóvenes de menor escolaridad las que más trabajan en ocupaciones en el agro, especialmente en la Sierra y en zonas rurales, y más las que están casadas o en convivencia. Y son, paralelamente, las adolescentes y jóvenes de las zonas rurales las que más son madres o están gestando, tienen más hijos y los tienen antes, sin que ello responda a una intención reproductiva. El embarazo es la segunda razón de deserción en adolescentes y jóvenes, después de falta de recursos económicos, más en Lima y en zonas rurales de la Sierra que en otras grandes ciudades, especialmente en adolescentes solteras o en convivencia que tienen secundaria incompleta. Además, algunas adolescentes, mayormente en convivencia, desertaron por matrimonio, especialmente en Piura, La Libertad y Lima, al igual que jóvenes convivientes o solteras de la Costa, en Piura y Lima, con secundaria incompleta o completa. El deseo de embarazo no tuvo peso en la deserción de adolescentes ni jóvenes.

En las analfabetas la marginación de la educación se debió a tener que ayudar en la chacra o negocios familiares, sobre todo en ámbitos rurales de la Sierra, particularmente en Cajamarca. En la Figura 1 puede apreciarse que el analfabetismo es más rural y característico de la Sierra y Selva, en departamentos como Huanuco, Cajamarca y Huancavelica y, para las jóvenes, también Ancash, Cuzco, San Martín y Amazonas. El analfabetismo es mayor en las adolescentes y jóvenes en unión, particularmente, en convivencia, y en las separadas; la convivencia se da más en la Selva pero, también, en la Sierra y en zonas rurales, especialmente bajo la forma de convivencia, forma que predomina en las uniones adolescentes y juveniles, con menor protección legal y estabilidad. Además, las uniones son más usuales en las adolescentes quechua- y aymara-hablantes. El analfabetismo se asocia con menor educación y la menor educación, a su vez, es mucho más propia de zonas rurales y de la Sierra (sobre todo, la falta de escolaridad y la primaria incompleta).

A su vez, el trabajo no es una herramienta de desarrollo para las adolescentes, dándose más en las analfabetas, las de menor nivel educativo, rurales, de la Sierra, quechua y aymara-hablantes, en unión. Aquí hay una distinción, ya que las analfabetas, casadas y convivientes, que viven en la Sierra y Selva están más involucradas en ocupaciones en el agro, mientras que las alfabetas y las que tienen mayor

escolaridad, en Costa, Selva y Sierra, así como las separadas, tienden más a las ventas y a oficios domésticos; las solteras, en contraste, tienen una variedad de ocupaciones. Esto entronca con que las adolescentes analfabetas descontinúan estudios por ayudar en la chacra o negocios familiares, por ejemplo, en Cajamarca. A diferencia de las adolescentes separadas, las unidas tienden menos a percibir un ingreso. Además, el trabajo que produce ingreso se da, particularmente más, en las adolescentes separadas y en las urbanas. En las jóvenes, la realidad es cualitativamente distinta, el trabajo si representa ingreso, dándose más en las semialfabetas y las de mayor educación, separadas y solteras, y en las urbanas, aunque siempre sean más las jóvenes de la Sierra y las quechua- y aymara-hablantes las que más trabajan, numéricamente hablando.

Por otra parte, el acceso a medios de comunicación varía según las condiciones sociodemográficas, con la radio siendo un medio de acceso generalizado, lo mismo que la televisión, aunque con menos brechas en el acceso, la prensa escrita siendo la menos accesada y la que más brechas evidencia. Por ejemplo, las adolescentes y jóvenes analfabetas están marginadas del acceso a la prensa escrita, 26% de las adolescentes y jóvenes en la Selva, sobre todo, en la Selva Baja, y 13% en la Sierra nunca leen un periódico o revista, siendo menor el acceso en las alguna vez unidas en más de un tercio de adolescentes y casi 40% de las jóvenes. Los departamentos donde hay menor acceso a medios escritos son Amazonas, Huancavelica y Puno. Un 18% de adolescentes y jóvenes no escucha radio jamás, especialmente las analfabetas y las que están en unión. Esta total falta de acceso al radio sucede en 26% de adolescentes y jóvenes en la Selva y Sierra y en más de la mitad de las adolescentes y un 40% de las jóvenes rurales, especialmente las alguna vez unidas. Se da, con más fuerza, en Ancash, Madre de Dios, Loreto y Ayacucho. Un 58% de las adolescentes y 39% de las jóvenes rurales nunca ve televisión, especialmente las que no tienen escolaridad, las alguna vez unidas y las rurales. Nuevamente, es en Huancavelica, Huanuco, Cajamarca, Ancash, Cuzco, San Martín, además de Puno, Madre de Dios y Ayacucho, donde menos llegan todos o algunos de estos medios a las adolescentes y jóvenes. No se recogieron datos de acceso a Internet, pero debe reflejar las mismas inequidades. Esto coloca a estas adolescentes y jóvenes en una situación de menor información, incluyendo la concerniente a la salud, la sexualidad, la reproducción, la planificación familiar y el SIDA.

Se tiene que la deserción y discontinuación de estudios se da, en las adolescentes, en un 38%, mayormente, a nivel escolar, y en las jóvenes, en un 79%, tanto a nivel escolar como de estudios superiores, siempre más en las de menor educación, mayor iliteracidad y en las alguna vez unidas. Esta discontinuación, cuando se debe a razones económicas, se produce en las adolescentes y jóvenes en mayor inequidad social. Así, abandonan estudios por no poder pagar pensiones educativas un 20% de adolescentes que desertan, las urbanas, de Lima y las grandes ciudades de la Costa, alfabetas y ya con un mayor nivel educativo, sobre todo, las solteras. En el caso del 19% de deserción en jóvenes por no poder pagar la pensión, ocurre particularmente en las urbanas de Lima y la Costa, alfabetas, con mayor

educación, pero más las convivientes. A ello se suma que desertan por motivos económicos un 16% de adolescentes, las de Lima y grandes ciudades de la Costa, alfabetas y de mayor escolaridad y, en el caso del 23% de jóvenes que desertan por este motivo, se trata mayormente de solteras y convivientes. Otro grupo deserta por tener que ayudar en la chacra o negocios familiares; es el caso de 11% de adolescentes y 8% de jóvenes, mayormente, rurales y, en las jóvenes, tanto analfabetas como alfabetas, con primaria incompleta o completa, solteras, de la Sierra.

La deserción o discontinuación de estudios por embarazo se da en un 17% de las deserciones en adolescentes y 14% en las jóvenes. En adolescentes, se da más en Lima y en zonas rurales, sobre todo, de la Sierra, en alfabetas con secundaria incompleta, solteras y convivientes. En jóvenes, se da en las alfabetas pero, también, en las de menor educación, con secundaria, urbanas, en Lima y la Costa, aunque sea frecuente en la Sierra, y en las alguna vez unidas. La deserción por matrimonio se da en un 4% de las deserciones adolescentes, particularmente las que tienen escolaridad intermedia y secundaria, en convivencia, en la Sierra y Costa. El matrimonio lleva a la deserción en un 8% de casos en las jóvenes, sobre todo en las urbanas de la Costa y las rurales de la Sierra y Selva. La deserción por no querer estudiar explica un 12% de las deserciones adolescentes, referida más a deserción escolar, en adolescentes rurales, alfabetas, de Lima y la Sierra, solteras. En cambio, el 9% de deserciones en jóvenes se debe más a haber estudiado "suficiente", en jóvenes urbanas, alfabetas, con mayor educación, solteras, de Lima y la Costa. Se ven, pues, claramente, las interacciones entre sexualidad, salud reproductiva y deserción, y la deserción escolar, aunque también la descontinuación de estudios superiores, coloca a las adolescentes y jóvenes en menores condiciones de una inserción laboral e ingreso más allá de la subsistencia, sobre todo, a futuro, especialmente cuando se asocia a mayor número de hijos y uniones más tempranas, como es el caso de quienes tienen menor educación.

6.4.1.2 Inicio Sexual, Actividad Sexual y Unión, y Variables Sociodemográficas

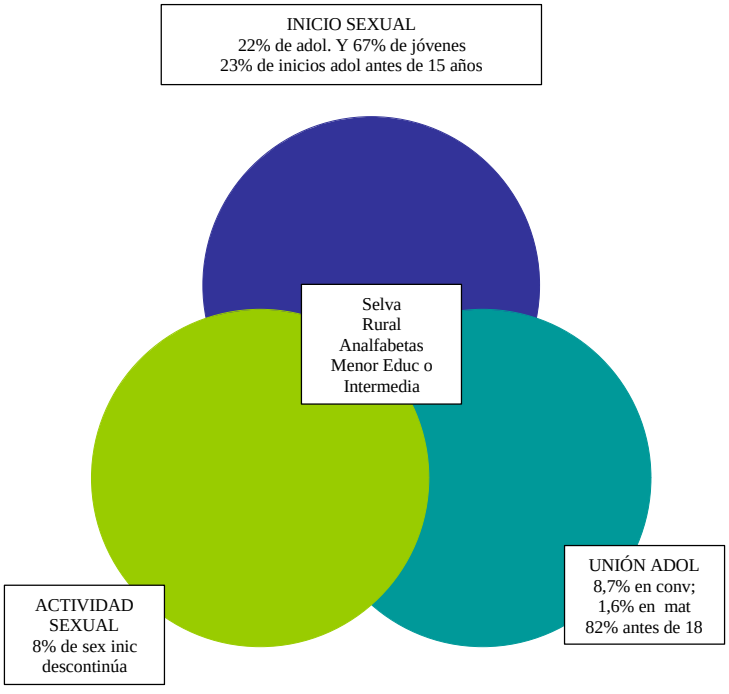
La Figura 2 grafica la situación sociodemográfica en que se da el inicio sexual, la actividad sexual y la unión de las adolescentes y jóvenes. El inicio temprano, antes de los 15 años, es aquí considerado un indicador de riesgo sexual y reproductivo, no sólo por los riesgos biológicos, sino por los riesgos sociales. La edad cronológica, la unión, la educación, el analfabetismo, la región, el "urbanismo", la etnicidad y la localidad son predictores del inicio sexual y el inicio sexual temprano.

Del 22% de todas las adolescentes que se ha iniciado sexualmente, la mayoría se iniciaron antes de los 18 años, frecuentemente, entre los 15 y 17 años, siendo el inicio mayor especialmente en la Selva (49% de las adolescentes, aunque se de en casi una tercera parte de las adolescentes en la Sierra), así como en zonas rurales (32%). Un 5% de las adolescentes se iniciaron tempranamente, antes de los 15 años, especialmente en las de menor educación (casi cuadruplicando las que no tienen escolaridad a las que tienen estudios superiores), así como en las analfabetas, en la Selva (aunque haya un importante porcentaje de inicio temprano también en la Sierra), y en zonas rurales. Muchas veces

el inicio temprano coincide con unión temprana, especialmente en las de edades menores y a menor escolaridad, sobre todo en la Selva, en San Martín, Loreto y Cajamarca, en zonas rurales. Se ve que más adolescentes alguna vez unidas, especialmente las separadas y convivientes y algunas casadas, más que las solteras, tuvieron inicio sexual temprano. Esto se asocia con que inicio se aparea con unión y que las uniones no son estables, en especial, las convivencias, que son mayores en la Selva, sobre todo, Selva Baja.

En cuanto a las jóvenes, tienen un inicio sexual más tardío que las adolescentes, un 67% habiéndose iniciado, usualmente entre los 15 y 17 años, con mayor proporción de inicio sexual en la Selva y algo menos, en la Sierra, sobre todo, las jóvenes rurales (81% de los inicios), las analfabetas y las de menor escolaridad (las que no tienen escolaridad casi cuadruplican a las que tienen estudios superiores), así como las alguna vez unidas. En las jóvenes, un 6% se inició tempranamente, especialmente en la Selva (91% de los inicios en la Selva) y más en la Sierra (75%) que en la Costa (59%), particularmente las jóvenes rurales, de menor escolaridad (mayormente, sin escolaridad, con 19% de inicios tempranos contra 1% en las que tienen estudios superiores), las analfabetas y las alguna vez unidas. Un 8% de todas las adolescentes ha descontinuado actividad sexual, y 4% sigue siendo sexualmente activa pero no está en unión ni tiene, mayormente, pareja, estable o no.

Figura 2. Inicio Sexual, Actividad Sexual y Unión y Variables Sociodemográficas



Por otro lado, ya viendo quiénes, de las adolescentes, son las que constituyen al grupo de adolescentes iniciadas sexualmente antes de los 16 años, se tiene que son las de la Sierra y Selva (particularmente, Selva Baja), las alfabetas, con secundaria incompleta o con primaria incompleta o completa, y las convivientes, sin mayores diferencias entre urbano-rurales.

La frecuencia de la actividad sexual, en términos de hace cuánto tiempo tuvo relaciones sexuales, no varía con el estado civil pero es mayor en las adolescentes y jóvenes de mayor edad y, en el caso particular de las de 15 años, es muy variable cuándo han tenido su última actividad sexual, de hace días a hace meses antes de la encuesta. En el caso de las adolescentes no se asocia con analfabetismo pero en jóvenes, las analfabetas han tienen una actividad sexual muy variable, de el día anterior a meses antes. En ambos grupos etáreos la actividad sexual ha sido más reciente en las de menor escolaridad y en zonas rurales, así como en la Sierra. Cabe notar, primero, que la actividad sexual es más regular en su frecuencia en la Sierra, variando mucho en la Costa y, sobre todo, en la Selva; y, segundo, que los porcentajes de cuántas adolescentes y jóvenes son sexualmente activas si son más altos en la Selva. Un 4% de todas las adolescentes es sexualmente activa pero no está en unión, generalmente teniendo diversos compañeros sexuales, secuenciales, particularmente, un enamorado. Dado que hay mayor unión en adolescentes rurales, de la Selva y Sierra, analfabetas y de menor educación, la última pareja sexual tiende a ser el esposo o conviviente en estas adolescentes, mientras que en las urbanas de Lima y grandes ciudades, tendiendo a ser solteras, suele haber sido el enamorado, salvo por el caso de las jóvenes de la Selva Baja, que también tienden ha haber tenido como pareja sexual a un enamorado. Casi un tercio de las jóvenes separadas han tenido como pareja sexual a alguien que no es ni su esposo o conviviente ni su enamorado o novio, ni un familiar, amigo o conocido, dato que merece profundizarse. Las adolescentes no unidas tienden a no tener una pareja sexual estable, lo que denota que las relaciones afectivas no son estables, con el riesgo potencial que implican las múltiples parejas sexuales.

Dentro del 22% de adolescentes sexualmente iniciadas, un 10% está en unión: el 8,7% en convivencia y 1,6%, en matrimonio. Dentro del 67% de todas las jóvenes que se ha iniciado sexualmente, un tercio está en convivencia y 11%, casada, 6% son separadas y 20% son solteras, con pocos casos de viudez. Un 7% de las jóvenes en unión se unió antes de los 15 años. La unión -y, en especial, la unión temprana- es más frecuente en las adolescentes y jóvenes de menor educación, mayor iliteracidad, rurales, en la Selva. La unión se da más en Selva pero también es frecuente en la Sierra y en el resto de la Costa, excluyendo Lima. Quienes hablan español tienden más a ser solteras; en quienes hablan quechua, aymara o lenguas nativas hay más convivencia. Casi la mitad de las jóvenes en convivencia están en la Selva y casi un 40%, en la Sierra; la mayor parte de jóvenes casadas y convivientes son rurales. Los matrimonios adolescentes se dan más en la Sierra y la Selva. Hay mayor unión adolescente en los departamentos de Lima, Loreto, Cajamarca y Piura y más uniones tempranas en San Martín, Loreto y Cajamarca. Hay mayor unión temprana de las jóvenes en Ucayali, San Martín, Amazonas, Loreto y Madre de Dios. En cuanto a la primera unión, en adolescentes se dio antes de los 18 años e, incluso,

hubo un 17% de uniones tempranas, especialmente en las menores y de menor educación. En jóvenes, la unión se dio más en las que tenían mayor iliteracidad, menor educación, rurales, de la Selva, en actualmente convivientes o separadas. Un 7% de las jóvenes tuvieron una unión temprana, mayormente las de menor escolaridad. Son, justamente, las jóvenes y adolescentes solteras, las que menos se inician y las que más tarde se inician, entre los 18 y 19 años. Las adolescentes han tendido más que las jóvenes a uniones tempranas, especialmente las de 15 años. Aunque la mayoría de parejas de las adolescentes en unión vive en el hogar, esto no garantiza estabilidad de la unión a futuro. Los riesgos sexuales y reproductivos de las adolescentes y jóvenes son diferentes, dependiendo de si están unidas o no y del tipo de unión, potenciándose por la interacción con otras variables sociodemográficas relacionadas con la exclusión social. Sin embargo, es claro que hay más inicio, actividad y unión sexual y a más temprana edad en la Selva, en determinados departamentos, en adolescentes y jóvenes rurales, analfabetas y de menor educación.

6.4.1.3 Maternidad y Variables Sociodemográficas

Nuevamente aquí se aprecia cómo las diferentes manifestaciones de la exclusión social se asocian con la salud sexual y reproductiva. Aunque el modelo no permita incorporar elementos socio-culturales y psicosociales que la ENDES no puede medir, es posible conjeturar que estas variables no sólo mediatizan las interacciones encontradas entre variables de salud sexual y reproductiva y variables sociodemo-gráficas, sino que también interaccionan con ellas y se determinan mutuamente, como un análisis de género, sumamente relevante para el tema de maternidad, permitiría apreciar. Lo que es claro es que la maternidad no puede ser vivida como una opción cuando no existe acceso a una diversidad de oportunidades de desarrollo y realización y cuando limitaciones a la información, educación y servicios restringen la autodeterminación reproductiva, sobre todo en contextos no sólo culturales sino sociopolíticos y económicos que identifican el ser mujer con la maternidad.

Se encuentra que las mismas condiciones sociodemográficas que predicen inicio sexual y unión temprana, predicen ideal reproductivo, embarazo, embarazo temprano y deseo del embarazo actual, maternidad, terminación del embarazo. Se consideran, en este modelo, como riesgos sexuales y reproductivos: el embarazo no deseado, el embarazo temprano y la maternidad temprana.

Un 2,9% de todas las adolescentes estaba embarazada, constituyendo el 13% de las adolescentes sexualmente iniciadas, pero 64% de estas gestantes no había deseado ese embarazo, mayormente habrían preferido un embarazo después, mayoritariamente las de 16 años, las solteras y convivientes, las semi-analfabetas, las que tenían primaria incompleta, y las urbanas de ciudades medianas y pequeñas. Estaban embarazadas, mayormente, adolescentes de la Selva, las convivientes (que, en un 59%, no lo deseaban), las analfabetas, las rurales. Un 76% de las adolescentes tenía como ideal reproductivo no tener hijos y 13% consideraba un hijo como lo ideal en todo el ciclo reproductivo, al margen del nivel educativo o de ser urbanas o rurales, pero con menor porcentaje que no quiere hijos en la Selva (sobre todo, en la Selva Baja, 68%), y en el Ucayali y Cajamarca.

Analizando quiénes son las adolescentes sexualmente iniciadas y que

no están en unión, que tienen como ideal reproductivo no tener hijos, predominan las adolescentes de la Sierra y la Costa, en especial, Lima Metropolitana, las urbanas, en especial, de ciudades grandes además de Lima, las alfabetas y quienes tienen secundaria incompleta. En cuanto a quiénes constituyen la población de adolescentes gestantes que no desean el embarazo actual, se tiene que son tanto de la Sierra como de la Costa, especialmente Lima, que son urbanas de Lima y otras grandes ciudades, que son alfabetas y con secundaria incompleta y que están en convivencia.

Además, las adolescentes que ya son madres son, con mayor probabilidad, de la Sierra, tanto urbanas como rurales, alfabetas, con secundaria incompleta o primaria, tanto completa como incompleta, y en convivencia. De las adolescentes que fueron madres antes de los 16 años se tiene que son predominantemente de la Selva, especialmente Selva Baja y, menos, de la Sierra, rurales, alfabetas, con primaria completa o incompleta, y convivientes.

También en el caso de las jóvenes la gran mayoría (75%) manifestaba no desear hijos, especialmente las de grandes ciudades (79%), Lima Metropolitana y el resto urbano (75%) pero no difiriendo tanto de las rurales (72%). Las jóvenes con menor escolaridad, pero no las que no tenían escolaridad alguna, eran las que menos deseaban estar gestando. Las solteras y separadas eran quienes menos deseaban estar embarazadas, no sólo no deseando el embarazo en ese momento sino no queriendo hijos en absoluto; esto se daba, también en buena medida, en convivientes. Este rechazo a ser madre era particularmente mayor en las jóvenes urbanas de ciudades medianas y pequeñas. Cabe remarcar que, al igual que en las adolescentes, el no deseo del embarazo no se está tomando en cuenta a aquéllas que han inducido un aborto, con lo cual las estimaciones reales del no deseo de una gestación son, aún, mayores. Otro 13% de las jóvenes consideraba un hijo el ideal, aunque menos en la Selva y en departamentos como Cajamarca y Ucayali, Tacna y Madre de Dios.

A pesar de las intenciones reproductivas, la realidad era que 10,6% de todas las adolescentes, es decir, 47% de las sexualmente iniciadas, ya era madre, mayormente teniendo un hijo y habiendo sido madre entre los 15 y 17 años. La maternidad adolescente se daba, especialmente, en adolescentes rurales (21%, en comparación con 9% en las urbanas, 8% en el caso de Lima Metropolitana), teniendo en mayor porcentaje uno o más hijos (en vez de uno, como se daba en Lima), las de la Selva (20%, en comparación con la Sierra, 13%; la Costa, 7% y Lima, 6%), y era en la Selva donde mayor número de hijos se tenía (22% de adolescentes de la Selva eran madres o gestantes, en contraste con 7% en la Costa y menos aún, en Lima, 6%) y donde mayor maternidad antes de los 15 años se encontraba, con una tendencia a ser madres un año cronológico antes que en la Sierra o Costa. Más adolescentes convivientes eran madres, y más separadas habían tenido una maternidad temprana. Las analfabetas tenían mayor y más temprana maternidad y mayor número de hijos. El intervalo intergenésico era menor en las adolescentes que en las jóvenes o en mujeres mayores.

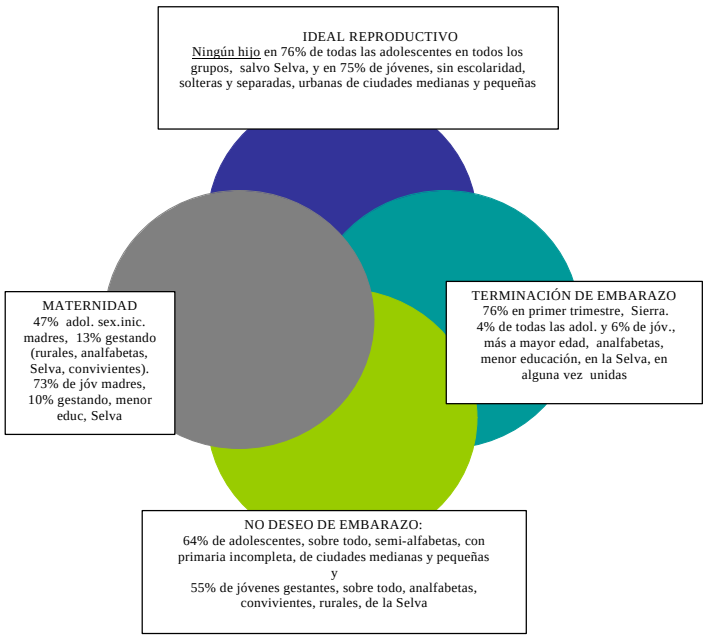
Sumando gestaciones y casos con hijos vivos o muertos, se tiene que un 13,5% de todas las adolescentes eran madres o estaban gestando. Limitándonos a las sexualmente activas, ello representa un

47% de adolescentes madres y 13% gestantes. No significa un 60% de maternidad adolescente en las sexualmente iniciadas, ya que, dado que ENDES pregunta cuántos hijos se tiene ya vivos o en gestación, o si se está gestando, hay la posibilidad de se yuxtapongan maternidad y embarazo, por lo que habría que hacer un ajuste para tener una cifra exacta, pero esta no bajaría del 50%.

De otro lado, se encuentra que un 48% de todas las jóvenes ya era madre y que un 6,4% estaba gestando. Ello significa un 73% de maternidad y 9,8% de gestación en jóvenes sexualmente iniciadas. Tenían, generalmente, entre uno y dos hijos. El embarazo se daba más en la Selva, aunque también era importante en la Sierra, en las jóvenes analfabetas y de menor escolaridad y las que estaban en unión. El embarazo y la maternidad antes de los 15 años se daban más en las jóvenes analfabetas, en las de menor educación y en la Selva. El número de hijos era mayor en jóvenes analfabetas, de menor escolaridad y en la Selva. Un 33% de jóvenes en la Selva tenía un hijo, 26%, dos hijos y 13%, de tres a seis hijos. En comparación, 24% de las jóvenes de Lima Metropolitana tenía un hijo, 10%, dos y 1%, tres hijos.

La maternidad adolescente y juvenil no se corresponde con un ideal reproductivo, relevando necesidades insatisfechas, sobre todo, de las adolescentes y jóvenes en mayor exclusión. Este es un hallazgo de suma importancia, ya que muchas veces la realidad reproductiva de esta población se ha pretendido explicar en base a la maternidad como la realización de un deseo y una identidad y posición social o de un mandato o valor cultural. La Figura 3 grafica la situación de la maternidad adolescente y juvenil.

Figura 3. Maternidad Adolescente y Juvenil y Variables Sociodemográficas



En este contexto, los embarazos no deseados pueden llevar a terminaciones del embarazo. Un 4% de todas las adolescentes manifestaba haber terminado su embarazo -por aborto, pérdida o nacido muerto-, especialmente las mayores, convivientes y separadas, las analfabetas y las de la Selva. En jóvenes es mayor el porcentaje de terminaciones, aunque los riesgos obstétricos sean, teóricamente, menores. Un 6% de todas las jóvenes terminaron su el embarazo, lo que se dio más en las mayores, casadas, convivientes o separadas, las analfabetas y las de menor nivel educativo (primaria o secundaria incompletas o completas, excluyendo a las que no tienen escolaridad). No se hizo el análisis específico para las adolescentes y jóvenes, pero los datos de las mujeres en edad fértil mostraban que la gran mayoría de terminaciones ocurría en el primer trimestre de embarazo, particularmente en el segundo mes, en todas las regiones, dándose en un 76% de las terminaciones, largamente excediendo las expectativas de terminaciones espontáneas. El 5% de terminaciones en el último trimestre correspondía, mayormente, a mujeres de la Sierra, duplicando a las de la Selva y sextuplicando a las de la Costa. Aunque en este estudio no se han incluido estadísticas de morbimortalidad materna y aborto, es evidente que los embarazos tempranos y no deseados, las emergencias obstétricas y la atención calificada del parto son elementos entrelazados con situaciones de pobreza y exclusión, contribuyendo a la morbimortalidad de las jóvenes y, en especial, de las adolescentes.

Los resultados relevan que un 73% de jóvenes sexualmente activas ya habían sido madres y un 9,8% eran gestantes, dando un 83% de maternidad juvenil. Nuevamente, tomando en cuenta posibles yuxtaposiciones, cabe esperar que la estimación sea de alrededor de 80%. Claramente, no se cumplen las intenciones reproductivas de adolescentes y jóvenes, siendo expresión de condiciones sociales y económicas pero, también, políticas, que exceden a la salud e involucran el desarrollo y la ciudadanía.

6.4.1.4 Anticoncepción y Variables Sociodemográficas

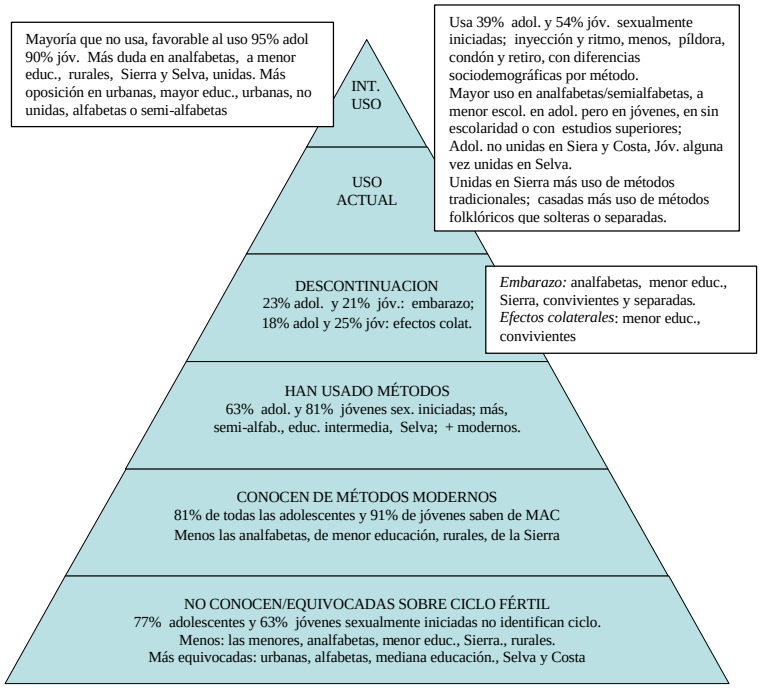
La Figura 4 grafica la situación de la Anticoncepción adolescente y juvenil. Una vez más, aquí se aprecia la interacción de las variables sociodemográficas antes mencionadas con indicadores de salud sexual y reproductiva relacionados con uso de métodos, tipo de método usado, intención de uso, descontinuación de uso, razones de descontinuación. El conocimiento sobre el ciclo fértil y sobre anticoncepción es también incorporado al modelo como un factor mediatizador de riesgo.

Uno de los obstáculos a la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil es la falta de conocimientos que posibiliten la autodeterminación sexual y reproductiva. Los conocimientos en lo que se refiere al ciclo fértil son limitados (sólo 23% de las adolescentes y 37% de las jóvenes, identifican correctamente el ciclo fértil). El conocimiento es menor en las adolescentes y jóvenes analfabetas, de menor educación, en la Sierra, en casadas y separadas y en las rurales. Preocupa, además, el encontrar altos porcentajes, de 36%, de adolescentes y 35% de jóvenes con creencias e ideas equivocadas en torno a la identificación del ciclo fértil, lo que coloca en otro tipo de riesgo reproductivo, cualitativamente hablando. Estas concepciones equivocadas se dan, preferentemente, en las adolescentes y jóvenes alfabetas, con secundaria completa, urbanas, en la Selva y Costa. En adolescentes, se da más, también, en las que tienen secundaria incompleta, en sepa-

radas o solteras, y en Lima, en jóvenes y en solteras. Esta polarización en las que tienen mayor desarrollo, de tanto saber más o estar más equivocadas, habla de información equivocadamente percibida en la escuela y medios. Las menos desarrolladas están más desinformadas pero reconocen más no saber; se trata, pues, de riesgos diferentes (Figura 4).

El conocimiento de métodos es generalizado, pudiendo nombrar o reconocer métodos, y 81% de las adolescentes y 91% de las jóvenes conoce métodos modernos, en especial, la píldora, el condón y el inyectable y, en las jóvenes, además, el DIU y la esterilización femenina. Sin embargo, el conocimiento disminuye en las adolescentes y jóvenes menores, las analfabetas y de menor escolaridad, en la Sierra, las rurales, las que no hablan español y, en las adolescentes, en las separadas. El conocimiento detallado de cada método varía mucho dependiendo de variables sociodemográficas; por ejemplo, ninguna adolescente o joven sin escolaridad conocía la píldora comparado a la mitad de las adolescentes o el 37% de las jóvenes que tenían estudios superiores; ninguna conocía el condón, contra 77% de las adolescentes y 85% de las jóvenes de mayores estudios, pero tampoco conocían el retiro o el ritmo, cosa que hacía el 75% o hasta el 95% de las de mayores estudios. Mientras las adolescentes en la Costa conocen más el DIU que en otras regiones, en la Selva conocen más la esterilización femenina y en la Sierra, el ritmo. Métodos como la esterilización femenina, el DIU o el ritmo son menos conocidos especialmente por las adolescentes que trabajan, que no hablan español, las menores y las de menor educación.

Figura 4. Anticoncepción y Variables Sociodemográficas



El uso de métodos también se asocia con la interacción de una serie de variables sociodemográficas. Se encuentra que un 63% de las adolescentes y 81% de las jóvenes sexualmente iniciadas -14% de todas las adolescentes y 54% de todas las jóvenes- han usado protección alguna vez, mayormente, métodos modernos. Esto se da más en las alguna vez unidas y en las semi-alfabetas, con escolaridad intermedia, en la Selva.

En cuanto al uso actual, un 39% de las adolescentes sexualmente iniciadas (9% de todas las adolescentes), usa métodos en la actualidad, mayormente, métodos modernos, sobre todo, el inyectable, aunque seguido del ritmo y, bastante menos, la píldora, el condón y el retiro. En jóvenes, un 54% de las sexualmente iniciadas (36% de todas las jóvenes) se encuentra usando métodos, especialmente el inyectable, seguido, de lejos, del ritmo, la píldora, el DIU, el condón y el retiro. El uso actual de métodos modernos es mayor en las adolescentes mayores pero, también, en las analfabetas y semi-alfabetas, las de menor escolaridad, y las no unidas, en la Sierra y Costa. Un 18% de las jóvenes usa métodos modernos, más las que no tienen escolaridad y las que tienen educación superior, las semi-alfabetas, las alguna vez unidas y las de la Selva. El mayor uso de métodos en adolescentes y jóvenes en exclusión puede tener que ver con que éstas tienen menor actividad e inicio sexual. Sería necesario recalcular las estadísticas eliminando a las que han descontinuado actividad sexual, las gestantes, las infértiles, y las que desean un embarazo. Incluso, habría que diferenciar, dentro del análisis, a las que tienen pareja sexual, estén en unión o no. Las casadas tienden más que otras a usar métodos folklóricos y las que tienen primaria o, sorprendentemente, estudios superiores; las casadas y convivientes y las de la Selva, tienden más a estar usando métodos tradicionales.

Se aprecian diferencias sociodemográficas en el uso de cada método, con patrones diferenciados. Por ejemplo, el inyectable se usa más en las adolescentes mayores, en unión, en la Selva, rurales, analfabetas y con menor educación; el ritmo lo usan más las mayores, semi-alfabetas, con mayor educación, casadas, en la Selva, aunque también Sierra, tanto rurales como de ciudades medianas o pequeñas. La píldora la usan las adolescentes mayores, analfabetas, sin escolaridad, casadas, rurales, en la Selva. El condón lo usan las mayores, casadas, con mayor educación. El retiro lo usan las de Lima Metropolitana, convivientes o separadas. En jóvenes, el inyectable es el método empleado especialmente por las unidas, con menor escolaridad, en la Selva y rurales. El ritmo lo usan más jóvenes con primaria o secundaria completas o no, analfabetas, en unión, en la Sierra y Selva, rurales o de ciudades medianas o pequeñas. La píldora la usan las jóvenes unidas, con escolaridad intermedia, en la Selva, urbanas. El DIU lo usan jóvenes alfabetas, con secundaria completa, alguna vez unidas, en Lima y el resto de la Costa. El condón lo usan las jóvenes alfabetas, con primaria completa o más, en unión, en la Costa o Sierra, de zonas rurales o de grandes ciudades fuera de Lima. El retiro lo usan las alfabetas, de mayor educación, unidas, de la Costa o Sierra, pero rurales.

Analizando el caso de las adolescentes sexualmente iniciadas que han descontinuado el uso de métodos por embarazo, deseado o no, se tiene que la mayor parte

de las que descontinuaron por un embarazo no deseado son de la Sierra y, menos, de la Selva, especialmente la Selva Baja, mientras que en Lima la descontinuación fue, mayormente, buscando un embarazo. Las adolescentes rurales abandonaron por un embarazo no deseado, lo mismo que las de ciudades grandes y pequeñas, fuera de Lima. Las analfabetas fueron muy pocos casos pero en las semialfabetas se vio que primó el abandono por embarazo no deseado, mientras que en las alfabetas era por embarazo deseado. Las solteras y casadas abandonaron por desear el embarazo, mientras que las convivientes lo hicieron tanto por buscar un embarazo como por salir embarazadas sin desearlo. Hubo casos aislados de separadas.

Las adolescentes y jóvenes acceden, principalmente, a postas, hospitales y centros de salud para proveerse de sus métodos anticonceptivos pero, en el caso de las jóvenes, el principal proveedor es la farmacia o botica. La provisión de métodos anticonceptivos varía enormemente dependiendo de variables sociodemográficas, como la unión, el ser urbana o rural, la región, el nivel educativo y alfabetismo. Por ejemplo, las analfabetas, las rurales y las adolescentes de la Sierra y Selva van a postas. Las de mayores estudios y las Lima y grandes ciudades o de la Costa, van a hospitales, centros de salud, postas y, menos, a farmacias. Las solteras van a farmacias; las separadas, a hospitales; las unidas, a postas. Un 21% de las adolescentes y 43% de las jóvenes ha visitado un centro de salud en el último año, más las de mayor educación, en la Costa (y en la Selva, en el caso de las adolescentes), así como las alguna vez unidas, en el caso de las jóvenes. Un 6% de las adolescentes y 9% de las jóvenes ha sido visitada por un trabajador de planificación familiar del MINSA, en las adolescentes, las alguna vez unidas, de mayor educación, de la Selva y Sierra; en las jóvenes, las alguna vez unidas, de menor educación y analfabetas, en la Sierra y Selva.

El no uso de métodos predomina en las adolescentes menores, con menor nivel educativo o con estudios superiores, las solteras, en la Costa o Sierra, siendo mayor el uso en las que hablan lenguas nativas. La intención de uso futuro en las que no usan actualmente, aunque favorable en la mayoría de estas adolescentes y jóvenes, es menor en estos grupos y, además, en adolescentes y jóvenes rurales. Hay mayor duda en las unidas, analfabetas y de menor escolaridad, rurales y en la Sierra, mientras que las no unidas, alfabetas y semialfabetas y de mayor educación y urbanas se dividen entre duda y franca oposición. Esta falta de uso se sustenta en no estar casadas, especialmente en Lima Metropolitana (aunque buena parte de adolescentes y jóvenes que usan este argumento afirman que tampoco los usarían si estuvieran casadas), y en el desconocimiento de métodos, en las de menor escolaridad, separadas y convivientes; las de mayores estudios y solteras argumentaron tener sexo infrecuente. En jóvenes fue bastante importante la razón de los efectos colaterales, sobre todo en las alguna vez unidas y en la Sierra. De las que tienen intención de uso futuro, las preferencias de método varían según variables sociodemográficas, la píldora y el inyectable son más preferidos en la Selva, el ritmo en la Sierra, el DIU en la Costa, o el condón por las de estudios superiores y secundaria completa.

Puede verse que, más que el conocimiento, el problema es el uso, pero la situación es compleja, ya que no se trata de que no hayan usado métodos o que prefieran métodos tradicionales o folklóricos, sino del bajo uso actual, sobre todo, de los métodos modernos. Si hay tal brecha entre alguna vez uso y uso actual significa que el problema es, básicamente, de alta discontinuación de uso de métodos. Se ve que hay una disminución de 24 puntos porcentuales en adolescentes y 27 en jóvenes. ¿Por qué se abandonan los métodos? Principalmente, por embarazo, lo que sucede más en las adolescentes y jóvenes analfabetas y semi-alfabetas, en todos los niveles educativos, aunque especialmente en los menores, en las adolescentes convivientes y separadas y en jóvenes de la Sierra. La segunda razón es por efectos colaterales, que se dan más en las de menor escolaridad y en las convivientes, aunque también, en adolescentes analfabetas y jóvenes alfabetas, y en jóvenes de la Costa y Selva. La tercera razón es el deseo de embarazo, que mientras en adolescentes se da más en las convivientes de mayor nivel educativo, en las jóvenes prevalece en las casadas, sin escolaridad, analfabetas o semi-alfabetas. El sexo infrecuente es una razón para las solteras y las de mayores estudios, y el deseo de un método más efectivo, para las jóvenes sin escolaridad y analfabetas.

Los métodos de mayor frecuencia de abandono son el ritmo, el condón, el inyectable y la píldora y, en adolescentes, el condón. Por ejemplo, el ritmo fue abandonado más en la Costa y Sierra; el condón, en la Selva y Sierra, por las de mayores estudios; la píldora por las casadas; el condón y el ritmo, las solteras. Las principales razones de abandono fueron, con igual importancia, los efectos colaterales y el embarazo (diferente del deseo de embarazo). El embarazo como razón de abandono de métodos se dio más en las adolescentes convivientes y separadas, en las analfabetas y las de menor educación, y en las jóvenes casadas y convivientes, con menor educación (44% de las que no tenían escolaridad), en las analfabetas, y, en el caso de las adolescentes, las de grandes ciudades fuera de Lima, del resto urbano y zonas rurales; en el caso de las jóvenes, en Lima también. Los efectos colaterales fueron importante razón de abandono para las mayores y las de menor educación (67% de las que no tienen escolaridad), las analfabetas y convivientes y, en adolescentes de Lima Metropolitana y jóvenes urbanas y rurales. El deseo de embarazo fue una razón de algún peso más en jóvenes, particularmente, en las rurales, analfabetas, de menor educación, casadas, y en adolescentes, se dio más en las convivientes y las de menor nivel educativo. El sexo infrecuente o falta de pareja actual fue otra razón de importancia, específicamente en las solteras, y más en las adolescentes que en las jóvenes.

6.4.1.5 ITS/VIH-SIDA y Variables Sociodemográficas

Es, también, patente, la interacción de las variables sociodemográficas seleccionadas con la salud sexual, prediciendo protección sexual. Se incorpora al modelo, además, como variables mediadoras, el conocimiento sobre las ITS y el VIH-SIDA y su prevención.

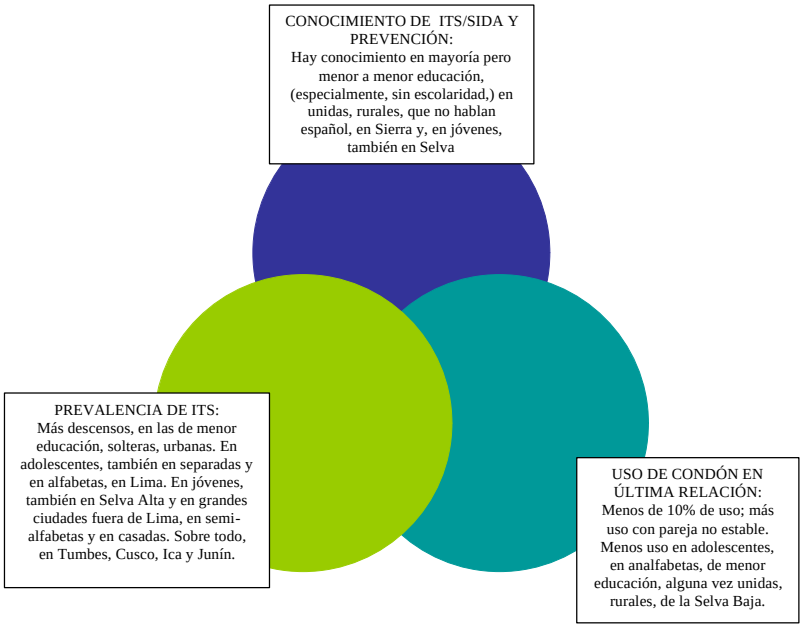
La mayoría de adolescentes y jóvenes ha oído de las infecciones de transmisión sexual, especialmente del SIDA y su prevención, incluyendo el uso de condón. Sin embargo, los conocimientos

son menores en las adolescentes con menor educación, especialmente las que no tienen escolaridad (12%), en contraste con las de estudios superiores (4%), así como en las rurales, en unión, en la Sierra, que no hablan español y en jóvenes de la Selva. Esto se da, particularmente, en Cajamarca, Huancavelica, Puno, Huanuco y Apurímac. La prevención con el condón es, además, menos conocida en las jóvenes convivientes y separadas. Ninguna de las adolescentes sin escolaridad, menos del 10% de las que tienen primaria incompleta y 17% de las que tienen primaria, han oído del condón como prevención del SIDA, comparadas a 33% de las que tienen secundaria incompleta, 45% de las que tienen secundaria y 55% de las que tienen estudios superiores. Asimismo, están más desinformadas las alguna vez unidas, las rurales, las que no hablan español, las de la Sierra. Hay un conocimiento de fuentes de provisión de condones, pero las usadas son muy variadas, al igual que en el caso de la anticoncepción. Las adolescentes conocen, mayormente, de la farmacia o botica y, menos de postas, centros de salud y hospitales, especialmente las alfabetas y de mayor educación. Las solteras conocen más la farmacia como proveedor de condones, lo mismo que las de la Costa (y la Selva Baja, en caso de jóvenes) y las urbanas. La posta es la elección de las unidas y separadas, en la Selva, y en las que hablan aymara y lenguas nativas. Los hospitales son más señalados en las solteras en la Selva y las que hablan español o aymara. En la Sierra la posta y la farmacia son centro referidos por las jóvenes. Hay grandes diferencias entre departamentos; por ejemplo, en jóvenes de Moquegua el hospital es la principal fuente para las jóvenes. La Figura 5 grafica la situación en relación a las ITS y el VIH/SIDA.

El nivel de protección es bajo ya que 10% o menos se protegió en la última relación sexual tenida, aunque sea algo mayor la protección cuando se trata de una pareja que no es la estable, especialmente en el caso de las jóvenes. Más jóvenes que adolescentes emplearon condón en su última relación sexual, más las alfabetas, de mayor educación, las solteras, las urbanas, las de Lima Metropolitana (curiosamente, es en la Selva Baja, donde hay mayor conocimiento que hay menor protección). A esto se agrega que, de las adolescentes sexualmente iniciadas y que no están en unión, que no usaron condón en la última relación con su pareja sexual, fueron, principalmente, urbanas, de ciudades grandes y, en especial, Lima, de la Costa, alfabetas, con secundaria incompleta o completa, y solteras mucho más que separadas.

Los descensos son frecuentes, especialmente en las de mayor educación, urbanas, solteras. En el caso de las adolescentes, además, afecta más a las separadas, que trabajan, en Lima Metropolitana y a alfabetas. En el caso de las jóvenes, se trata, en vez, de jóvenes de la Selva Alta y de grandes ciudades fuera de Lima, en solteras además de casadas, semi-alfabetas. En jóvenes es frecuente también en la Selva Alta y en grandes ciudades, y en los departamentos de Tumbes, Cuzco, Ica y Junín. En cuanto a las llagas genitales, se dan en ambos grupos etéreos en las de menor educación, analfabetas o semialfabetas, separadas, en Lima en el caso de las adolescentes y en la Selva Alta y las grandes ciudades fuera de Lima, en las jóvenes, dándose más frecuentemente en Huanuco, La Libertad, Lambayeque, Moquegua y Tumbes.

Figura 5. ITS/VIH-SIDA y Variables Sociodemográficas



6.4.2 Recomendaciones y Sugerencias para la Acción

Para el trabajo con mujeres adolescentes y jóvenes se requiere tener en cuenta de que hay diversas situaciones sociodemográficas que las colocan en diferentes grados de vulnerabilidad a los riesgos sexuales y reproductivos y que limitan, en mayor o menor medida, sus posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Esta diversidad lleva a platear algunas sugerencias para el trabajo en salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil.

(a) Se debe procurar mantener a las adolescentes en la escuela y la continuación de estudios superiores en las jóvenes previniendo el embarazo adolescente que conlleve deserción (y que no es una concreción de ideales reproductivos) y encontrando formas de generación de ingreso o de pago de las pensiones educativas y estrategias comunitarias y familiares de inserción escolar de adolescentes rurales. Se debe promover la postergación de las uniones tempranas que marginen de la educación y la literalidad. En las políticas, programas y estrategias de intervención se tiene que reconocer esta diversidad del contexto de la sexualidad y reproducción adolescente y juvenil y adecuar las acciones en base a esta diversidad.

(b) Hay que adecuar las acciones la diversidad de la vivencia de la sexualidad en adolescentes. Es necesario trabajar aspectos culturales comunitarios en torno a la exclusión y el inicio y unión sexual antes de los 15 años, con una perspectiva de equidad de género y empoderamiento para el desarrollo, trabajando

aspectos de información, reflexión, autodeteminación y derechos humanos. Debe reconocerse que ser sexualmente iniciada no implica ser sexualmente activa y que ser sexualmente activa se expresa de maneras muy diversas dependiendo de si se está en matrimonio, unión o no unión. Las acciones deben adecuarse, también, a la diversidad de situaciones sexuales, dependiendo de si se trata de relaciones en las que media el compromiso, el afecto y la responsabilidad. Esto es particularmente importante en un contexto de irresponsabilidad paterna, de actividad sexual fuera de matrimonio, menos predecible y controlable, con riesgos de embarazos no deseados y maternidad no deseada, mortalidad materna adolescente y aborto inducido de alto riesgo, así como de hijos no deseados, además de los riesgos de ITS y VIH/SIDA. Finalmente, queda por trabajar el tema de la convivencia y su estatus legal e implicancias sociales, económicas y para la salud sexual y reproductiva.

(c) El acceso diferencial a medios debe de ser tomado en cuenta en el diseño de campañas educativas e informativas y de sensibilización en temas de salud sexual y reproductiva. Deben diseñarse estrategias específicas para adolescentes y jóvenes analfabetas y semi-alfabetas, ya que su salud sexual y reproductiva evidencia peores indicadores que los de las alfabetas y están en mayor vulnerabilidad y exclusión del ejercicio de la ciudadanía.

(d) Hay que diferenciar cualitativamente el tipo de trabajo y ocupación y fomentar la no deserción adolescente y la inserción laboral productiva de las jóvenes. Es claro que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos está vinculado a la posibilidad de la autodeterminación y ésta está ligada a la autogeneración de ingresos.

(e) Se ve la necesidad de diferenciar cualitativamente y focalizar intervenciones y políticas que tiendan a cerrar las brechas sociodemográficas en el cumplimiento de las intenciones reproductivas. Son relevantes hallazgos como que por lo menos la mitad de las adolescentes y el 75% de jóvenes sexualmente activas son madres o están embarazadas; que la mayoría de embarazos no son deseados; que las adolescentes y jóvenes en mayor exclusión están lejos de su ideal mayoritario de no tener hijos o, en el resto, tener uno solo; que los abortos, pérdidas e hijos nacidos muertos (así como la mayor morbimortalidad que ENDES releva), se concentran en quienes están más marginadas de la educación, información, servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva, y del acceso a tecnologías. De ahí que se destaque la necesidad de desarrollar políticas y programas e intervenciones que, de manera más efectiva, atiendan a las necesidades de las adolescentes y jóvenes. La existencia de estas brechas releva la necesidad de intervenciones y políticas integrales, que liguen salud, educación, desarrollo y ciudadanía. Estos datos desmitifican el que la maternidad sea hoy un ideal y que el deseo del embarazo o del hijo que explique las diferencias regionales, urbano-rurales o por niveles educativos y a lo que apuntan es a la exclusión e inequidades. Esto no desdice el que haya variables socioculturales y de género que subyazcan a esta

realidad, y que ameriten la investigación, sobre todo, cualitativa, de factores mediadores, pero remite, sobre todo, a exclusiones sociales de base que se entrecruzan con estos otros factores.

(f) Se debe trabajar el conocimiento en lo que ser refiere al ciclo fértil y, sobre todo, corregir conocimientos e ideas equivocadas que ponen, también, en riesgo potencial. Si bien adolescentes y jóvenes conocen de métodos modernos, hay brechas sociodemográficas que cerrar. También debe recocerse que por cada situación particular, por ejemplo, cultural, o social, unos métodos representan mayor aceptación que otros. Un tema álgido es el de la continuidad de uso, la falla de métodos y el abordar y tratar los efectos colaterales. Esto es particularmente importante en la medida en que hay alta descontinuación y no reemplazo de métodos por métodos modernos o más adecuados a la usuaria.

(g) Hay que trabajar, también, la noción de que una persona sana puede infectarse, incluso en las de mayor nivel educativo. Debe insistirse en el condón como forma de prevención y cerrar las brechas encontradas. Debe tenerse en cuenta que las fuentes de provisión de condones dependen marcadamente de variables sociodemográficas, unas siendo más accesibles o adecuadas para unas adolescentes y jóvenes y otras, para el resto. Deben priorizarse y focalizarse acciones de tratamiento y prevención de las ITS según los patrones encontrados.

(h) La diversidad y complejidad de la situación de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil en nuestro país, enraizada en las condiciones y calidad de vida, recogidas por este trabajo cuantitativo, suponen la adopción de medidas diferenciadas. El diagnóstico aquí levantado ayuda a orientar acciones. Sin embargo, será necesaria la investigación cualitativa para determinar la mejor forma de diseñar políticas, programas e intervenciones focalizadas a la par que las generales. Será así posible incorporar en el diseño de la intervención a los elementos socioculturales y psicosociales, como afectos, representaciones, significados, valores, temores, expectativas, identidades, relaciones de género, que mediatizan el comportamiento. Asimismo, se requiere de políticas y programas integrales, de un enfoque interdisciplinario que enfatice la prevención y promueva el desarrollo, partiendo del marco internacional de los derechos humanos indivisibles e inalienables, y que integre esfuerzos de la sociedad civil y el Gobierno Central así como los gobiernos locales y genere alianzas estratégicas, con activa participación ciudadana de la población destinataria y el involucramiento de los actores e instituciones clave a diversos niveles. Queda claro que, desde una definición integral de la salud, este trabajo implicará una coordinación intersectorial que trasciende al sector Salud y Educación, demanda cambios estructurales e involucra a la sociedad en pleno, con el objetivo de generar las condiciones que garanticen la salud pública y el pleno ejercicio del derecho de todas y cada una de las adolescentes y jóvenes peruanas al máximo grado posible de bienestar en todas sus dimensiones, particularmente en lo concerniente a la sexualidad y la reproducción.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Alan Gutmacher Institute (1998). *Hacia un Nuevo Mundo: La Vida Sexual y Reproductiva de los Jóvenes, AGI, Nueva York.*

Anderson, J. (2001). *Tendiendo Puentes: Calidad de Atención desde la Perspectiva de las Mujeres Rurales y de los Proveedores de los Servicios de Salud, Manuela Ramos, Lima.*

Arias, R. y Aramburú, C.E. (2002). *Sexualidad y Salud Reproductiva entre Jóvenes Andinos, REDESS Jóvenes/ Population Concern-ISRRA, Lima.*

Arias, R. y Aramburú, C.E. (1999). *Uno Empieza a Alucinar... Percepciones de los Jóvenes sobre Sexualidad, Embarazo y Acceso a los Servicios de Salud: Lima, Cusco e Iquitos, REDESS Jóvenes/ Fundación SUMMIT, Lima.*

Asalde, J. Y Cáceres, D. (2000). *Comités de Vigilancia Ciudadana desde los Derechos Sexuales y Reproductivos. Experiencias Descentralizadas en Promoción y Defensa Pública, 2, RNPM/ POLICY, Lima.*

Ashford, L.S. (2001). *Políticas de Población: Avances en los Derechos de la Mujer, Population Bulletin, Marzo, Population Reference Bureau, Washington. Bant, A. Y Motta, A. (20019. Género y Salud Reproductiva: Escuchando a las Mujeres de San Martín y Ucayali, Movimiento Manuela Ramos, Lima.*

Berer, M. (2001). *By and for Young Women and Men, Reproductive Health Matters, 9, (17), Mayo, 6:9.*

Britt-Cole, A. (20001). *Salud, Derechos y Realidades de las Mujeres en el Perú: Un Análisis del Proyecto ReproSalud, El Centro para la Salud y Equidad de Género, Lima.*

Brown, A.D.; Jejeebjoy, S.J.; Shah, I., y Yount, K.M. (2001). *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from Case Studies, WHO Occassional papers, 8, WHO, Ginebra.*

Cáceres, C.; Salazar, X.; Rosasco, A.M. y Fernández Dávila, P. (2002). *Ser Hombre en el Perú de Hoy, REDESS Jóvenes, UPCH, Population Concern y DFID, Lima.*

Cáceres, C. (1999). *La Re-Configuración del Universo Sexual, REDESS Jóvenes, Lima.*

Cáceres, C. (1998). *SIDA en el Perú, UPCH y REDESSS Jóvenes, Lima.*

Cordero, M.; Jiménez, O.; Menéndez, M. C. Y Yon, C. (1996). *Más allá de la Intimidad: Cinco Estudios en Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva, Lluvia, Lima.*

Defensoría del Pueblo (2001). Memoria Defensoría Adjunta para los Derechos de la Mujer Abril 2000-Abril 2001, Defensoría del Pueblo, Lima.

Family Health International (2001). *Planificación Familiar e ITS, Network en Español, volumen 20, 4, FHI, North Carolina.*

Family Health International (2001). *Mejoras en los Servicios de Salud Reproductiva, Network en Español, volumen 21, 3, FHI, North Carolina.*

Flora Tristán (2002). *Seis Acciones urgentes para Reducir la Mortalidad Materna y el Aborto Inseguro, Flora Tristán, Lima.*

Focus On Young Adults (2000). *Advocating for Adolescent Reproductive Health: Addressing Cultural Sensitivities, In Focus, Noviembre, Washington.*

Garzón, P. (2000). Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes y Adolescentes de América Latina, EAT UNPA, Ciudad de México.

Gilbert, E. (2002). *Las circunstancias de la Vida influyen en las Decisiones. Network en Español, 21, (4), Salud Sexual, FHI, 9:11.*

GIN (2001). *Voces y Propuestas de Niños, Niñas y Adolescentes. Taller Consulta Hacia la Cumbre Mundial por la Infancia, GIN, Lima.*

GIN (2000). *Balance del Plan Nacional de Acción por la Infancia 1990-2000, UNICEF, Save The Children Suecia y Canadá y Novib- Holanda, Lima.*

Guzmán, J.M. (2000). *Políticas de Población para Adolescentes: Diagnóstico de Situación y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva, X Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, UNFPA, Lima. Documento de trabajo.*

ISRRC (2001). *Maternal Health: Implications for Children and Adolescents, Junio, ISRRC, Ontario.*

La Rosa, L. (2001). *Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de Diez Experiencias en el Perú. SPAJ, GTZ y MINSA, Lima.*

Merrick, T. W. (2002). *Population and Povertry: New Views on an Old Controversy, International Family Planning Perspectives, 28, (19); Marzo, 41:46.*

Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD (2001). Algo Más que Palabras, UNFPA, Lima.

MINSA (2002). *Situación de VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Trimestral, Abril, Lima.*

MINSA (2001), *Plan Nacional para la Atención Integral de Salud del Escolar y Adolescente 2001-2006, MINSA, Lima.*

Montgomery, M.; Lloyd, C.; Hewett, P.C. y Heuveline, P. (1997). The Consequences of Imperfect Fertility Control for Children´s Survival, Health, and Schooling, DHS Analytical Reports, 7, Diciembre, Macro International, Maryland.

Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de Setiembre de 1994, ONU, Nueva York, Número de Venta S.95.XIII.18.*

Population Reference Bureau (2002). *Family Planning Worldwide 2002 Data Sheet, PRB, Washington.*

Population Reference Bureau (2001). *2001 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau, PRB, Washington.*

Population Reference Bureau (2000). *The World's Youth 2000 Data Sheet, PRB, Washington.*

PRB (2000). *Cóm,o Responder a las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes, Boletín Informativo, PRB-Measure Communication, Washgington.*

PRB/CPO (1999). *La Juventud Mundial de 1999: Un Enfoque Especial de su Salud Sexual y Reproductiva, PRB, Washington.*
PROMUDEH (2001). Lineamientos de Políticas de Adolescencia, PROMUDEH, Lima. Documento interno de trabajo.
PROMUDEH (2000). Informe Regional de las Américas 1990-2000, PROMUDEH, Lima.

Radhakhrishna, A; Gringle, R. y Greenslade, F. (1997). *Embarazo no Deseado, VIH/SIDA y Aborto Inseguro: Triple Amenaza pasra las Adolescentes, Revista Mujer y Salud, 2, RSMLAC, 3:13.*
Raguz, M. (2002). Salud Sexual y Reproductiva, Equidad de Género, Ciudadanía y Desarrollo de las Mujeres en Contextos de Pobreza. En: Sánchez, P. (Ed.), Mujer y Salud: Interacciones del Contexto Familiar y Laboral, Universidad Complutense, Madrid (en prensa).

Raguz, M. (2002). *Adolescentes y Salud Reproductiva, en: Perinat, A. (Ed,), Adolescencia, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Capítulo 9 (en prensa).*

Raguz, M. (2001). *Adolescent Sexual and Reproductive Rights in Latin America. Health and Human Rights, An International Journal, Harvard School of Public Health, 5 (2), 30:63.*

Raguz, M. (2001). *Situación Actual de la Salud Adolescente en el Perú, REDESS Jóvenes, año 2, número 3, Maternidad Adolescente, Enero, 15:19.*

Raguz, M. (2000). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los Adolescentes. REDESS Jóvenes, 1 (2), Beijing Más Cinco, Setiembre, 8:15.*

Raguz, M. (1999). *Riesgos Sexual y Reproductivo en Adolescentes desde una Perspectiva de Género. En: Cáceres, C. (Ed.), Nuevos Retos: Investigaciones Recientes sobre Salud Sexual y Reproductiva en los Jóvenes en el Perú, REDESS Jóvenes, Lima, 63:94.*

Raguz, M. y Gárate, M.R. (2000). *Estudio Cuantitativo de Triangulación con el Estudio Cualitativo Hombres como Socios en la Salud, Lima: The Population Council México y Perú y USAID, Reporte de Investigación.*

REDESS Jóvenes (2001). *REDESS Jóvenes, año 2, 5, Ahora es Cuándo: Respuestas a los Derechos de las y los Jóvenes, Mayo, Lima.*

Save The Children (20001). *State of the World's Mothers 20001: A Report by Save The Children, Connecticut.*

Sing, S.; Wuilf, D.; Samara, R. y Cuca, Y.P. (2000). *Diferencias según Sexo en el Momento de la Primera Relación Sexual: Datos de 14 Países, Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar, Número Especial, 14:23.*

The Johns Hopkins University (2001). *Youth and HIV/AIDS: Can we avoid Catastrophe? Population Reports, serie L, 12, Center for Communication Programs, Maryland.*

UNFPA (1997). *Salud Reproductiva de los Adiolescentes. Estudios de Población, UNFPA, Santiago de Chile.*

UNFPA y Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD (1999). *Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, UNFPA, Lima.*

UNICEF (2001). *Poverty and Children: Lessons of the 90s for Least Developed Countries, UNICEF, Nueva York.*

United Nations (2001). *Beijing Declaration and Platform for Action with the Beijing+5 Political Declaration and Outcome Document, Naciones Unidas, Nueva York, Agosto.*

ANEXO Nº 1
INFORME METODOLOGICO

El marco teórico manejado en esta investigación responde a 27 años de teorización, investigación y activismo en el campo de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil desde un enfoque de derechos humanos. En nuestro abordaje de la temática hemos sistematizado información sobre las DHS en el mundo y elaborado cuadros comparativos para el trabajo académico y de promoción y defensa de derechos sexuales y reproductivos. Ello nos ha llevado a detectar vacíos y enfrentar el reto de elaborar información desagregada sobre la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil en el país en base a la ENDES 2000.

De ahí que la investigación se planteó originalmente, como objetivo general, aportar estadísticas desagregadas de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil así como determinar la interacción al interior de variables de salud sexual y reproductiva y de éstas con variables sociodemográficas para derivar un modelo de predicción de riesgos y lineamientos para la acción que respondan mejor a la diversidad de la realidad nacional de las adolescentes y jóvenes. Los objetivos específicos fueron (a) desagregar las estadísticas disponibles (ENDES 2000) de salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil de las mujeres por edad, nivel educativo, estado civil, área urbano-rural, región (Costa, Sierra, Selva) e identificar tendencias; (b), determinar interacciones entre las variables sociodemográficas y variables de salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes y jóvenes; (c), identificar predoctores de riesgo y (d), elaborar un modelo de la salud sexual y reproductiva y sus riesgos y (d), plantear sugerencias para la acción. Dado el estado de la cuestión, más que plantear hipótesis afirmativas se plantean hipótesis a manera de preguntas que guiaran la investigación. Los constructos se operacionalizaron en base a las variables que maneja la ENDES, desarrollando un indicador de pobreza en base a la medición del NBI modificada. Las variables de estudio constituyeron una selección de las variables sociodemográficas de las ENDES 2000 y de variables de salud reproductiva.

Consistentemente con estos objetivos e hipótesis se desarrolló un plan de análisis descriptivo-comparativo y correlacional-predictivo. Con el SPSS, se determinaron las relaciones cruzando bi-variablemente variables sociodemográficas y de salud y un análisis correlacional. La información recogida permitió determinar diferencias y asociaciones, así como identificar predictoras (al 0,005 de nivel de significación) y elaborar, un modelo predictivo de la salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil y sus riesgos para mujeres de nuestro país, en función a variables sociodemográficas. Queda pendiente, para estudios posteriores, un análisis de regresión para elaborar un modelo explicativo de la salud sexual y reproductiva para esta población, que incoorpore la variable pobreza, que aquí no se trabajó por no tener un indicador sensible, así como trabajar con los cambios en el tiempo en la salud sexual y reproductiva adolescente. Cabría hacer un análisis más detallado por localidades (departamentos). Finalmente, habría que profundizar resultados relevantes con investigación cualitativa para incorporar aspectos sociopsicológicos y culturales que técnicas cuantitativas no pueden abordar en profundidad.