



Accesibilidad a los servicios  
de salud sexual y reproductiva y  
contribución de los determinantes  
intermedios en los cambios de  
la fecundidad en el Perú

Lima, Octubre 2002

## DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN

Econ. Mirlena Villacorta Olazabal  
Directora Técnica del CIDE

Documento Elaborado por:

**Elsa Alcántara**  
**Jorge Ortíz**

Las opiniones y conclusiones de esta investigación son de exclusiva responsabilidad de los autores, por lo que el INEI no se solidariza necesariamente con ellos.

---

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	:	400 Ejemplares
Domicilio	:	Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Orden de Impresión	:	Nº 674 -OTA-INEI
Depósito Legal N°	:	150113-2002-5539



# 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: **“Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y la contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú”**. El propósito de esta publicación es presentar resultados que permitan la implementación de políticas que tiendan a remediar los principales déficit de los programas de salud sexual y reproductiva, así como brindar información que permita la actualización de las Políticas Sociales, incluyendo las de Salud, Educación y Población. El estudio ha sido elaborado tomando como base los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que realiza el INEI desde 1986.

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 2002*

**Farid Matuk**  
Jefe del INEI



# INDICE

<b>PRESENTACION .....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>9</b>
<b>1. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGICO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Fundamentación de los Problemas de Investigación .....	11
1.2 Marco conceptual para la prestación de Servicios de Salud Reproductiva .....	18
1.3 Estudios realizados sobre accesibilidad a los Servicios de Salud .....	20
1.4 Marco conceptual para el estudio de los Determinantes Intermedios de la Fecundidad .....	27
1.5 Estudios realizados utilizando el Modelo de Bongaarts .....	28
1.6 Objetivos de la Investigación .....	30
1.7 Formulación de Hipótesis .....	31
1.8 Aspectos Metodológicos .....	32
<b>2. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA .....</b>	<b>35</b>
2.1 Características Sociodemográficas de las Mujeres en Edad Fértil .....	35
2.2 Accesibilidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva .....	37
2.3 Evolución de la Accesibilidad a los servicios de salud materna a nivel nacional .....	38
2.4 Atención prenatal a nivel nacional .....	39
2.5 Atención del Parto .....	44
2.6 Atención Prenatal en los Departamentos .....	48
2.7 Atención Post-natal o en el Puerperio .....	51
2.8 Evolución del Acceso a los Servicios de Planificación Familiar .....	51
2.9 Las Enfermedades de Transmisión Sexual: Conocimiento, Riesgos y Fuentes de Información .....	60
2.10 Conocimiento y uso del Condón .....	67
2.11 Conocimiento y prevención del cáncer uterino y mamario .....	67
2.12 Principales hallazgos .....	71
<b>3. LA FECUNDIDAD EN EL PERU: DETERMINANTES Y CAMBIOS EN EL PERIODO 1986-2000 .....</b>	<b>73</b>
3.1 Fecundidad y Variables Intermedias .....	73
3.2 La Fecundidad e influencia de las Variables Intermedias según Area de Residencia Urbana y Rural, 1996. ....	75

3.3 La Fecundidad e influencia de las Variables Intermedias por Regiones	
Naturales, Año 1996 .....	77
· No Matrimonio	
· Anticoncepción	
· Lactancia	
3.4 La Fecundidad e influencia de las Variables Intermedias por Nivel de Educación, Año 1996. ....	78
3.5 Fecundidad y Variables Intermedias en el Perú, según Area de Residencia, Región Natural y Nivel Educativo, Año 2000. ....	80
3.6 Contribución de las Variables Intermedias en los cambios de la Fecundidad peruana en el Período 1986-2000 .....	81
· Cambios en la Fecundidad a nivel nacional, según Area de Residencia Urbana y Rural.	
· Cambios en la Fecundidad, según Regiones Naturales	
· Cambios en la Fecundidad, según Nivel Educativo	
3.7 Fecundidad Departamental y Variables Intermedias .....	86
<b>4. EFECTOS DE LAS VARIABLES CONTEXTUALES, DEMOGRAFICAS, INTERMEDIAS, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ANTICONCEPCION, PARTO HOSPITALARIO Y FECUNDIDAD .....</b>	<b>91</b>
4.1 Análisis de Clasificación Múltiple .....	91
4.2 Variables usadas en el Análisis Multivariado .....	92
4.3 Principales resultados del Uso de Anticonceptivos .....	92
4.4 Principales resultados del MCA en relación al Parto Hospitalario .....	97
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>103</b>
5.1 Principales conclusiones .....	103
5.2 Recomendaciones y Sugerencias.....	105
5.3 Comentarios y Sugerencias, en relación al Modelo de Bongaarts .....	106
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO METODOLOGICO .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO ESTADÍSTICO .....</b>	<b>119</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

---

- El estudio tiene dos componentes:
    - a) La accesibilidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, y
    - b) Contribución de los determinantes intermedios de la fecundidad.

Ambos han sido analizados en forma paralela en los tres primeros capítulos. Luego, en el cuarto capítulo las principales variables e indicadores fueron interrelacionados en un intento de conocer a mayor profundidad el comportamiento de las mujeres en edad fértil del Perú.
  - En el capítulo primero se fundamentaron los problemas de investigación relacionados tanto con la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, como los efectos que las variables intermedias han tenido en los cambios de la fecundidad en el país, a través del tiempo.
- Se incluyeron también las motivaciones de carácter metodológico y práctico que indujeron a los investigadores realizar el estudio.
- Asimismo, se examinaron cronológicamente los estudios de carácter cuantitativo y cualitativo realizados en el país y en América Latina sobre los temas de interés de esta investigación.
- Se planteó como objetivo general: contribuir al conocimiento de los cambios operados en la fecundidad y en los factores determinantes, así como en la atención de la salud sexual y reproductiva en un período de casi 25 años, tomando como fuente de datos las cuatro ENDES y la ENAF, encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI.
  - Los objetivos específicos en resumen fueron:
    - Conocer el incremento de la accesibilidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, los lugares y grupos que tienen déficit de atención en la prevención de las ETS, VIH/SIDA y de las enfermedades ginecológicas.
    - Establecer la influencia de la Nupcialidad, Anticoncepción y Lactancia en los cambios de la Fecundidad a nivel nacional, regional y departamental y según nivel de educación.
    - Determinar cómo se interrelacionan las variables examinadas y su significancia en el comportamiento reproductivo, que refleja indirectamente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las MEFs.

- El análisis fue descriptivo y comparativo en lo referente a la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, y analítico explicativo, cuando se usó el Modelo Bongaarts para determinar los cambios en la fecundidad y sus variables intermedias y se aplicó la técnica del Análisis de Clasificación Múltiple (MCA) para interrelacionar las variables más significativas del estudio.
- En las conclusiones se señalaron los hallazgos más interesantes obtenidos en el estudio y en las recomendaciones se sugirieron algunas acciones de educación y salud que podrían ser prioritarias para que la mayoría de mujeres sean informadas y atendidas en salud sexual y reproductiva, y de este modo puedan hacer efectivo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- También se sugirieron temas de investigación, tales como el estudio de la mortalidad intrauterina y aborto, variables intermedias no estudiadas, que ayudarían a la comprensión de los cambios en la Fecundidad peruana.



## INTRODUCCION

---

En este estudio se parte de la idea que la salud sexual y reproductiva, es un derecho humano reconocido y por tanto su ejercicio debe ser universal.

Este concepto fue ampliamente discutido en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo - CIDP-1994 y en la IV Conferencia sobre la Mujer, en Beijing -1995, donde se aprobaron los Planes de Acción que fueron suscritos por los gobiernos, para ser desarrollados en sus respectivos países.

En el Perú, acorde con este compromiso, se han introducido mejoras en los servicios de salud sexual y reproductiva, los que han producido algunos cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres; pero estas acciones no han logrado una cobertura nacional, falta mucho por hacer, debido a la heterogeneidad cultural, ecológica y de desarrollo socio-económico desigual del país, factores que hacen difícil alcanzar las metas propuestas.

Por otro lado, es necesario que los funcionarios de los sectores salud, educación y Mujer y desarrollo social cuenten con información básica y en profundidad para el diseño de los proyectos de inversión y realización de acciones estratégicas, que permitan a la mayoría de la población hacer efectivo sus derechos sexuales y reproductivos.

En razón de esta preocupación, creemos que las cuatro Encuestas Demográficas y de Salud Familiar, ENDES, y la ENAF, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática son fuente valiosa para conocer la evolución de los indicadores de los cambios de la fecundidad, así como del rol que tuvieron los servicios de salud en tales cambios del comportamiento reproductivo de la población femenina.

Los resultados que se presentan en este estudio se agrupan en tres partes, las cuales se complementan: a) análisis retrospectivo descriptivo de los diferenciales de la accesibilidad de las mujeres en edad fértil a los servicios de salud sexual y reproductiva, b) análisis de los cambios en la fecundidad por efecto de los determinantes intermedios o próximos, mediante la aplicación del Modelo multiplicativo de Bongaarts, que permite cuantificar el peso que tienen en la reducción de la fecundidad: la nupcialidad, anticoncepción y la infecundabilidad post-parto por Lactancia y c) la interrelación de los indicadores de accesibilidad a los servicios de salud, con los determinantes intermedios de la fecundidad, utilizando la técnica del Análisis de Clasificación Múltiple( MCA).

Antes de la presentación de los resultados, se fundamentaron las razones que indujeron a los investigadores a la

realización de este estudio, señalando los principales problemas de investigación que fueron percibidos tanto a nivel de los servicios de salud, como acerca de las grandes brechas en fecundidad según áreas de residencia, regiones naturales, nivel de educación y por departamentos.

También se revisó y discutió los estudios realizados en el Perú y en América Latina sobre los temas que son considerados en

la actual investigación; y se recogieron aquellos hallazgos que podrían complementar la explicación de los resultados cuantitativos logrados en este estudio. Se presentó igualmente los objetivos e hipótesis que guiaron el desarrollo del análisis, así como una breve descripción de la Metodología utilizada; la cual es ampliamente desarrollada en los anexos.

## I. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

---

Este estudio tiene dos componentes: la accesibilidad a los Servicios de Salud Reproductiva y la contribución de los determinantes intermedios a la Fecundidad, puesto que ambos son parte de los problemas de salud sexual y reproductiva de la población. No obstante, tanto el marco metodológico como el conceptual fueron desarrollados por separado para tener una discusión amplia de estos temas, por último se trató de interrelacionarlos con el fin de conocer a mayor profundidad el comportamiento de las Mujeres en edad fértil del Perú.

### 1.1 Fundamentación de los Problemas de Investigación

En el mundo, millones de personas mueren o quedan dañadas de por vida en su salud, debido a que en la sociedad no se cumple a cabalidad el respeto a los derechos y libertades proclamados en la Declaración de los Derechos Humanos, como son el derecho a la salud y educación, sin distinción por motivo de raza, color, sexo, religión, opción política u otra condición. La salud sexual y reproductiva, es pues, un derecho humano reconocido y su ejercicio debe ser universal.

En la actualidad, todos los gobiernos se proponen metas de desarrollo social y económico, las cuales deben considerar las demandas de la población para la satisfacción de sus derechos en salud

sexual y reproductiva. El reconocimiento de ellos, es un elemento clave para alcanzar niveles de bienestar para la mayoría de la población, que permitan a las familias tener una vida con calidad y justicia social

En los foros internacionales, tales como: la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD-94, la IV Conferencia sobre la Mujer, Beijing-95 y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, se plantearon estas cuestiones, las que originaron discusiones controvertidas para finalmente aprobar los lineamientos del Plan de Acción, como un compromiso que los países como el nuestro debían asumir.

Si bien es cierto que en el Perú, hasta la fecha se han producido algunos cambios en el comportamiento reproductivo de la población y en la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva; aún falta mucho por hacer, dado que los programas y políticas de población todavía no tienen una dimensión nacional. Esta situación es debida a las características socioeconómicas y culturales del Perú, donde existen grandes brechas entre la población como consecuencia de la heterogeneidad cultural, étnica, ecológica y de desarrollo social económico prevalentes. Es necesario que los funcionarios de gobierno cuenten con información a mayor profundidad sobre estos problemas, para rediseñar políticas

y acciones estratégicas para que la mayoría de la población haga efectivo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las cuatro ENDES y encuestas anteriores realizadas por el INEI son una fuente valiosa para la explicación de las tendencias del comportamiento reproductivo y sexual de la población femenina, tanto por la influencia de los servicios de salud, como por acción de los determinantes intermedios de la fecundidad.

Los datos disponibles sobre estas variables socio-demográficas y de salud, hasta la fecha, son provenientes de las cuatro ENDES que abarcan un periodo de 15 años (1986-2000). A ello se une la información de las encuestas PEAL-PECFAL y ENAF; que nos permiten retroceder en nuestra historia demográfica hasta 30 años (1969-2000). Para complementar la información de este amplio periodo de cambios, también se tiene resultados de las ENAHOs que aportan información sobre salud en los últimos 5 años; así como se cuenta con recientes estudios cualitativos sobre los mismos temas realizados a nivel de los servicios de salud y de las poblaciones beneficiarias.

El estudio que se propone realizar tiene dos componentes: a) uno relacionado con la accesibilidad a los servicios de salud que permite conocer las acciones realizadas para la mejora de la calidad de atención a los usuarios y de hacer posible cambios importantes en sus comportamientos reproductivos y sexuales, y b) otro relacionado con los cambios en los determinantes intermedios o próximos que modifican la conducta reproductiva de las

mujeres. Estos últimos cambios son de índole biológico, y operan a través de las características socioeconómicas y afectan a la fecundidad.

- a) Por el lado de atención en los servicios de salud, estimamos que podrá ser posible conocer y evaluar qué acciones de salud fueron exitosas y cuáles no; tomando en cuenta las declaraciones de las mujeres en edad fértil de todo el país en las últimas décadas a través de las ENDES y cómo ellas propiciaron cambios en su comportamiento reproductivo.

Conocemos que las acciones de Planificación Familiar y de Difusión de Anticonceptivos ha sido prioritaria en el sector salud. El inicio de los programas fue aplicado especialmente en las ciudades, luego pasó a los sectores urbano-marginales y rurales; sin embargo todavía hay grupos de la población que no está cubierta; o que no han accedido a estos servicios por desconfianza y por temor debido a cuestiones culturales y/o a la falta de información adecuada.

La atención materna durante el embarazo, parto y puerperio igualmente ha mejorado, aunque existen resistencias a la atención del parto hospitalario entre las mujeres por motivaciones económicas y culturales.

Las enfermedades transmitidas sexualmente y, en particular, el SIDA se han extendido rápidamente en los últimos años; pasando a constituir un problema prioritario de salud pública. Casos de madres y niños infectados con

el VIH/SIDA son preocupantes en la actualidad, y sobre estos problemas se conoce muy poco, de allí la importancia de las 2 últimas ENDES realizadas en 1996 y 2000, las que permitirán indagar el conocimiento, prevención e incidencia de estas enfermedades entre las MEFs así como los tabúes que existen en determinados sectores de la población femenina para hacer este tipo de declaraciones en las Encuestas. Lo mismo se puede decir de las otras ITS, más conocidas como las ETS; a pesar de que estas enfermedades están muy extendidas y son causa de las altas tasas de morbi-mortalidad femenina.

- b) Por el lado de los determinantes de la Fecundidad, se tendrá la posibilidad de analizar los cambios de la Fecundidad, en períodos de cada cinco años a través de las cuatro ENDES y en etapas históricas mediante la PEAL-PECFAL y ENAF, que han servido de orientación para los programas del Sector Salud. Para lo cual utilizaremos el Modelo explicativo de Bongaarts, que permite conocer los cambios de una alta fecundidad a una baja; por la influencia de variables como la nupcialidad, la anticoncepción, el aborto inducido y la infecundabilidad post-parto o lactancia, como factores inhibidores de la fecundidad.

La fecundidad peruana se mantuvo constante entre 1950 y 1965 con una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 6.9 hijos por mujer (hpm), inició su transición a niveles más bajos en el quinquenio 1965-

1970 y, descendiendo a un ritmo cada vez más acelerado, alcanzó un nivel de 4.7 hpm en el quinquenio 1980 -1985. Mediante las ENDES 1986 y 1991 se observa que la TGF peruana se mantuvo en alrededor de 4 hijos por mujer en el período 1985-1990 y cercana a los 3 hpm en el período 1995-2000, de acuerdo a las ENDES 1996 y 2000.

El descenso de la fecundidad nacional, de casi 30% entre 1986 y el 2000, esconde transiciones de fecundidad muy propias, como por ejemplo de las poblaciones urbanas o rurales; así, la fecundidad en el área urbana bajó de 3.3 hijos por mujer en 1986 a 2.2 en el 2000, una baja de 30.1% en el período. En este mismo período 1986-2000, la baja de la fecundidad en el área rural fue de 31.3%: de 6.3 hpm en 1986 a 4.34 hpm. en el 2000 (cuadro 1.1).

Se destaca que, si bien la brecha entre las fecundidades urbano rurales fue de 3.3 hpm en el 1986 y en el 2000 bajó 2.1 hijos por mujer, la fecundidad rural sigue siendo el doble que la urbana.

En el mismo cuadro 1.1, observamos que las brechas en las tasas globales de fecundidad, son aún más notorias cuando observamos la fecundidad por el nivel educativo de las mujeres en todas las ENDES. Así en el 2000, la diferencia de fecundidad entre las mujeres sin educación en comparación con las que lograron educación superior, es de 3.1 hijos por mujer.

En el caso de la fecundidad en las regiones naturales, vemos que las diferencias entre las TGF de Lima

**Cuadro 1.1**  
**PERU: Tasas Globales de Fecundidad, según características seleccionadas:**  
**1986, 1991-92, 1996 y 2000**

CARACTERISTICAS	ENDES			
	1986	1991-92	1996	2000
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>4.2</b>	<b>4.0</b>	<b>3.5</b>	<b>2.9</b>
<b>Región Natural</b>				
Lima Metropolitana	2.5	2.5	2.5	2.0
Resto Costa	3.8	3.3	2.9	2.4
Sierra	5.4	4.9	4.6	3.7
Selva	6.0	5.1	4.7	3.8
<b>Area de Residencia</b>				
Urbana	3.1	3.0	2.8	2.2
Rural	6.3	6.2	5.6	4.3
<b>Nivel Educativo</b>				
No asistió	6.6	7.1	6.9	5.1
Primaria incompleta	5.4	5.5	5.3	4.3
Primaria completa	4.3	4.6	4.4	3.5
Secundaria o más	2.7	2.4	2.5	2.0

*Fuente:* Elaborado con información de: ENDES 86, 91-92, 96 y 2000 del INEI.  
 - Alcántara, E. v Ortíz, J., 1994; Ortíz, J., 1996 v Cdos. del Anexo Estadístico.

Metropolitana y el Resto de Costa se están acortando ( 2 y 2.4 hpm en el 2000, respectivamente) y siguen manteniendo marcada diferencia con las fecundidades de Sierra y Selva, ambas con alrededor de 3.8 hpm en el 2000.

En cuanto a la distribución relativa de la fecundidad, que nos permite observar el aporte a la fecundidad de las mujeres por grupos de edad, tenemos que para el total del país, en 1986, el peso relativo predominante fue del grupo de 25-29 años, característica de una estructura de cúspide tardía y en el 2000 el peso predominante estuvo en el grupo de 20-24 años (24.6%) y el aporte del grupo 25-29 años sigue siendo importante (23.6%), característica de una estructura de cúspide dilatada. Se observa también un incremento en el aporte de las mujeres entre 15-19 años, adolescentes, que de ser responsables del 9.6% de la fecundidad en 1986 pasan al 11.6 % en el 2000, (cuadro 1.2).

En el caso de las estructuras de la fecundidad según área de residencia (cuadro 1.2), vemos que en el área urbana, las mujeres de 25 a 29 años fueron las que más aportaron a la fecundidad con 26.4% en 1986 y 25.9% en el 2000. En el área rural se observan cambios importantes en la estructura pues, a diferencia de 1986, donde el mayor aporte de 21.6 %, provenía de mujeres del grupo de 25-29 años, en el 2000 el peso de la fecundidad se traslada a grupos más jóvenes; así, el 26% de la fecundidad rural fue de mujeres del grupo 20-24 años y las adolescentes fueron responsables de casi el 14% de la fecundidad; es decir, el 40% de la fecundidad rural es de mujeres menores de 25 años, situación realmente preocupante.

En cuanto a Regiones naturales, se destaca que, tanto en 1986 como en el 2000, en Lima Metropolitana y el Resto de Costa, el mayor peso de la fecundidad estuvo en las mujeres de 20 a 29 años

(entre 50 y 53%). En la Sierra y Selva, el rejuvenecimiento de la fecundidad es notable en el período, pues la mayor fecundidad en el 2000 provino de mujeres entre 20 y 24 años y llama la atención que, en la Selva, el peso de la fecundidad de adolescentes pasó de 11 % en 1986 a 17.5% en el 2000.

**Cuadro 1.2**  
**PERU: Estructura Porcentual de la Fecundidad por Area de Residencia Urbana y Rural, Región Natural y Nivel Educativo para 1986 y el 2000**

GRUPO DE EDAD	TOTAL		URBANA		RURAL	
	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)
15-19	9.6	11.6	9.0	10.1	10.5	13.6
20-24	22.2	24.6	25.5	23.9	19.9	26.0
25-29	24.1	23.6	26.4	25.9	21.6	20.8
30-34	19.5	19.7	20.2	21.4	19.0	17.6
35-39	15.0	13.9	12.3	13.5	17.6	13.7
40-44	7.9	5.6	6.3	4.3	8.7	7.0
45-49	1.7	1.1	0.3	0.9	2.8	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

**REGIONES NATURALES**

GRUPO DE EDAD	LIMA METROP.		RESTO DE COSTA		SIERRA		SELVA	
	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)
15-19	8.1	8.4	11.3	9.3	8.3	7.0	10.9	17.5
20-24	26.1	23.4	23.9	26.8	20.3	25.7	22.7	26.3
25-29	26.3	27.2	23.3	26.5	23.1	23.8	26.6	21.3
30-34	20.8	22.7	20.3	19.3	19.2	19.2	19.0	15.7
35-39	12.4	14.6	14.7	13.5	16.0	15.2	13.6	12.7
40-44	5.5	3.8	5.8	4.1	9.9	7.4	7.3	4.8
45-49	0.8	0.0	0.8	0.5	3.2	1.7	0.0	1.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

**NIVEL EDUCATIVO**

GRUPO DE EDAD	NUNCA ASISTIO		PRIM. INCOMPLETA		PRIM. COMPLETA		SECUNDARIA O MAS	
	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)	1986(a)	2000(b)
15-19	8.4	14.4	13.5	12.3	13.3	11.7	9.5	6.8
20-24	22.8	23.2	25.2	28.2	28.1	30.1	23.6	23.9
25-29	20.4	22.8	22.4	21.6	27.6	23.7	27.9	27.1
30-34	22.0	18.6	19.0	17.7	14.9	15.7	20.5	22.5
35-39	15.0	12.3	13.4	13.3	11.7	12.9	11.7	14.7
40-44	8.7	7.3	5.7	5.5	3.0	5.0	6.7	4.3
45-49	2.6	1.3	0.7	1.5	1.4	0.8	0.0	0.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTES: (a) Elaborados con información publicada en "Mortalidad Temprana y Fec. en el Perú" de Acántara E. y Ortíz, J  
 (b) Cuadros del Anexo Estadístico

Si bien es importante observar los síntomas de inequidad a nivel de grandes conglomerados nacionales, lo es mucho más aún si se estudia el comportamiento de la variable demográfica, la fecundidad, a nivel de departamentos. El problema es la información necesaria para este propósito, que sólo será posible hacerlo a nivel departamental con las ENDES 1996 y 2000, aunque sin hacer mayores desagregados a nivel educativo y área de residencia.

En el Cuadro 1.3 se presenta las tasas globales de fecundidad para el Perú y sus departamentos en 1996 y el 2000. Como se mencionó, la TGF peruana estimada para 1996, fue de 3.5 hijos por mujer y en el 2000 de 2.9 hpm; estos valores promedio, esconden las diferencias notables de fecundidad entre los departamentos.

En 1996, destacan los marcados extremos en las tasas globales de fecundidad departamental peruana, que van de un promedio de 2.5 hijos por mujer en Lima-Callao y Tacna, hasta 6.9 hijos por mujer en Huancavelica. Una brecha de 4.4 hijos por mujer.

También se observa que los mayores niveles de fecundidad corresponden a departamentos de la Sierra que tienen menor desarrollo relativo como Cajamarca, Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. En contraste, los menores niveles de fecundidad corresponden a departamentos de la Costa que tienen un desarrollo privilegiado por el centralismo y ubicación geográfica como los mencionados anteriormente Lima-Callao y Tacna.

También podemos observar que, en departamentos de la Selva como San Martín, Madre de Dios, Ucayali, y Loreto, los niveles de fecundidad son iguales o mayores que en departamentos con un menor desarrollo relativo, como es el caso de Puno y Cusco, ubicados en Sierra.

Asimismo, llama la atención que los niveles de fecundidad en los departamentos de la Costa, con mayor desarrollo relativo como Piura, Lambayeque y La Libertad son altos (entre 3.3 y 3.8 hpm) en promedio, mayores que en Junín (3.4 hpm), con desarrollo intermedio y que comparte territorios de Sierra y Selva.

Al observar la fecundidad departamental en el 2000, se encuentra que las diferencias extremas se presentan nuevamente entre la fecundidad de Huancavelica (6.1 hpm) y la de Lima-Callao/Tacna (2 hpm).

Por otro lado, vemos que entre 1996 y el 2000, los niveles de fecundidad han bajado en todos los departamentos, aunque no todos con la misma intensidad: en Lambayeque, Arequipa, Pasco, Cajamarca y Ucayali, se registraron los mayores descensos (entre el 30% y 33%). En Puno, Huancavelica, Ica y Loreto, en cambio, el descenso de la fecundidad fue menor, alrededor del 11% y en Junín la bajada fue únicamente de 6%. Un caso atípico se registró en Ancash, donde la fecundidad se incrementó de 3 a 3.4 hpm.

En los cuadros correspondientes del Anexo Estadístico, se presentan las distribuciones porcentuales de la



fecundidad por departamento para 1996 y el 2000, como es de esperarse, siguen los patrones encontrados para la región natural donde se ubican, destacándose nuevamente los departamentos de Selva por el altísimo aporte de las mujeres menores de 25 años y entre éstas, las adolescentes; así tenemos para el 2000 el peso de la fecundidad de adolescentes

para algunos departamentos es en Ucayali 16.1%, Loreto 17.2%, Madre de Dios 18.1%, San Martín 19%.

Todos estos cambios en las TGF y sus estructuras nos llevan a indagar sobre los factores que están influyendo en estos indicadores.

**Cuadro 1.3**  
**PERU: Tasas Globales de Fecundidad, según Departamentos**

DEPARTAMENTO	1996	DEPARTAMENTO	2000
Huancavelica	6.9	Huancavelica	6.1
Apurímac	5.9	Loreto	4.3
Ayacucho	5.4	Huánuco	4.3
Cajamarca	5.1	Ayacucho	4.2
Amazonas	5.0	Apurímac	4.2
Pasco	4.9	Cusco	4.0
Huánuco	4.9	Puno	3.8
Loreto	4.8	Amazonas	3.8
Cusco	4.8	Madre de Dios	3.5
Ucayali	4.6	Cajamarca	3.5
Puno	4.3	Ancash	3.4
Madre de Dios	4.1	Pasco	3.3
La Libertad	3.8	Ucayali	3.2
San Martín	3.7	Junín	3.2
Lambayeque	3.6	San Martín	3.0
Junín	3.4	La Libertad	2.9
Piura	3.3	Piura	2.7
Arequipa	3.3	Ica	2.5
Tumbes	3.0	Lambayeque	2.4
Ancash	3.0	Tumbes	2.3
Moquegua	2.8	Arequipa	2.2
Ica	2.8	Moquegua	2.1
Lima - Callao	2.6	Lima - Callao	2.1
Tacna	2.5	Tacna	2.0
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>3.5</b>		<b>2.9</b>

*Fuente:* Elaborado con información de las ENDES 96 y 2000 del INEI

Lo descrito anteriormente por área de residencia, nivel educativo, región natural y departamentos, muestra los síntomas evidentes de desigualdades frente a la fecundidad que se van manteniendo en el tiempo; muestran también que los cambios en la fecundidad no se producen con la misma intensidad.

Surge entonces la pregunta: ¿Qué factores están influyendo en los niveles de fecundidad peruana que propician

cambios diferenciales en esta variable demográfica?. Las razones podrían estar en el incremento de los Programas de Salud Reproductiva con más impacto en algunos lugares que otros. También podría deberse a cambios en comportamientos en la Nupcialidad y en la Promoción de la Lactancia por parte del Sector Salud.

Lo concreto de esta realidad es que si no se toman las acciones adecuadas, los niveles de fecundidad y las brechas o

inequidades frente a la fecundidad podrían incrementarse, entonces las acciones a tomarse para equilibrar los cambios en fecundidad parten de identificar los factores que están detrás de los niveles de fecundidad observados y el rol que cumplen los servicios de salud y educación, entre otros, en relación a esta problemática.

Por lo anteriormente expuesto, la investigación sobre determinantes de la Fecundidad, tendrá doble fin, uno práctico y otro de carácter metodológico.

**a) La motivación de carácter práctico** de la investigación será ayudar en la toma de decisiones a los encargados de diseñar y ejecutar acciones en el campo de las políticas de población y de salud reproductiva, pues permitirá identificar conglomerados humanos con características preocupantes como: Edad temprana a la unión, escaso uso de métodos anticonceptivos eficaces, lactancia materna limitada, alta incidencia de aborto inducido, así como altos riesgos en la etapa de la gestación y parto, falta de prevención frente a las ETS y VIH/SIDA. Todos estos problemas implícitamente muestran falta de educación en general y en particular en educación sexual y reproductiva, no acceso a los servicios de salud reproductiva, y en general, una preocupante inequidad de género, y desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

**b) La motivación de carácter metodológico**, consistirá en verificar la validez de los planteamientos del

Modelo de Bongaarts en el caso de nuestra realidad poblacional.

## 1.2 Marco conceptual para la prestación de Servicios de Salud Reproductiva

La tarea de llevar a la práctica los compromisos asumidos por los gobiernos que participaron en la CIPD-Cairo-1994, es particularmente difícil en lo tocante a salud reproductiva. Muchos organismos, hoy en día, que se ocupan de Planificación Familiar, gobiernos y donantes están confundidos porque carecen de certeza acerca de cómo reconfigurar las estructuras existentes para la atención de la salud a fin de proveer servicios integrales de Salud Reproductiva, según lo definido por el Programa de Acción (párrafo 7.2), definida como:

"La salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos". En consecuencia, todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho de disfrutar de las más altas normas de salud sexual y reproductiva, así tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, el espaciamiento de los nacimientos y disponer de la información y de los medios para ello. Todas las decisiones deberían adoptarse en forma libre de toda discriminación, coacción y violencia. La atención de la salud reproductiva comprende la consejería, información, educación, comunicación y servicios de planificación familiar, atención

en todas las etapas del embarazo y el parto, la prevención y tratamiento de la infertilidad, del aborto, de las infecciones del aparato reproductivo y de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA y cuestiones de sexualidad humana.

Para lograr esto, se reconoce que es preciso mejorar la atención en los Servicios de Salud, mediante la información sobre la más amplia gama de métodos seguros y eficaces, información sobre los efectos secundarios de ellos, ofrecer la prestación de servicios de bajo costo y accesibles al mayor número de mujeres y varones, sean adultos y adolescentes. Las acciones de seguimiento y acceso a los otros servicios de salud reproductiva, ya sea en el mismo lugar o mediante remisión a otros establecimientos. La integración del programa de Maternidad sin riesgos, aprobado por las Naciones Unidas en 1987, a fin de lograr una rápida reducción de la morbilidad y mortalidad debidas a la maternidad, es otro objetivo de los Servicios de Salud. Es decir lograr la disponibilidad y accesibilidad universal a los servicios de Salud Reproductiva de los grupos más vulnerables, tales como los adolescentes, los pobres rurales y urbanos, los pueblos indígenas, las personas discapacitadas, los migrantes, los refugiados y desplazados internos y al mismo tiempo, velar por el respeto a las distintas perspectivas de género, culturales y étnicas.

Se ha asignado importancia fundamental a la calidad de la atención, que permita la libre elección anticonceptiva, mejora en las relaciones interpersonales entre

proveedores y usuarios (intimidad, confidencialidad y consentimiento informado); mecanismos de seguimiento y continuidad de la atención.

Los servicios de salud sexual y reproductiva deben considerar cuáles son los medios más apropiados para incrementar la aceptabilidad y accesibilidad a los servicios en particular los siguientes: ofrecer personal suficientemente capacitado para informar adecuadamente, respetar la confidencialidad y ofrecer servicios de bajos costos y en horarios convenientes y divulgar lo que hace el servicio y la forma en que pueden utilizarlo. (Naciones Unidas, 2000).

La accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva se funda en el reconocimiento de los derechos reproductivos que son parte de los derechos humanos declarados en documentos nacionales e internacionales. La promoción del ejercicio de esos derechos debe ser la base de las políticas y programas estatales y comunitarios.

En el Perú, en febrero de 1996, se aprobó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, cuyo marco conceptual se basó en las consideraciones de salud reproductiva asumida en el Programa de Acción de CIPD. La misión del programa es "Mejorar el estado de la salud reproductiva de los hombres y las mujeres en todas las etapas de su vida, mediante la provisión de servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación de la mejor calidad posible; que lleguen sin restricciones a todos los habitantes del Perú y que respondan a la verdadera necesidad de la Población" (Promudeh, 1999).

En el Sector Salud se han implementando otros Programas que fueron integrados a las actividades del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, tales como el Programa de Salud Materna y Perinatal, Programa de Salud Integral del escolar y adolescente, el Programa del Control del cáncer de cuello uterino y de Control de las ETS y SIDA.

También, a nivel universitario, y de organismos no gubernamentales se han llevado a cabo investigaciones y programas de capacitación, consejería y de participación comunitaria, en varias regiones del país, cuyo propósito ha sido mejorar la calidad y aumentar la utilización de los servicios de salud reproductiva.

### **1.3 Estudios realizados sobre accesibilidad a los Servicios de Salud**

En el país y en América Latina, se han hecho una variedad importante de estudios sobre los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, tomando como variable preferencial la accesibilidad de la población a tales servicios. Ellos han sido realizados tanto con enfoque cuantitativo como cualitativo, desde el Sector Público como Privado, para poner en marcha los grandes proyectos de salud durante la década de los 90's, financiados por las Agencias Internacionales cooperantes como USAID, FNUAP, OPS, Banco Mundial, DFID, entre los de mayor alcance.

Los principales programas que ejecutó el Ministerio de Salud fueron: "Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-95" y

"Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000". Este último programa, en la actualidad, está siendo revisado y recortado en sus actividades de acuerdo a las políticas de salud vigentes.

Otros proyectos de envergadura nacional fueron el Proyecto 2000, el sub-programa de Atención a la Salud Escolar y del Adolescente, el Programa Materno-Perinatal, el Programa PROCETSS (de control de ETS y SIDA). Otros Proyectos con la participación de ONG's nacionales, entre las que destaca REPROSALUD, para fomentar la Salud Reproductiva en las Comunidades, especialmente en la serranía del país.

Todas estas instituciones realizaron estudios de línea base y después de dos o tres años de ejecución de los proyectos ejecutaron sus estudios de evaluación, para corregir las acciones de capacitación, comunicación y entrega de servicios; esta última acción se enfatizó algo más (ACDI - 1998).

Los aspectos de satisfacción y aceptabilidad de los servicios, teniendo en cuenta la subjetividad individual y colectiva del proveedor(a) y del usuario(a), también han sido temas de investigación, con la finalidad de mejorar la calidad y calidez de los servicios. Estudios como los realizados por el CONSORCIO MUJER que agrupa a cinco ONG's se hicieron en 83 establecimientos del MINSA en Cusco, Lima, Piura y Tarapoto, en donde hubo un profesional de salud que prestó servicios de control prenatal, planificación familiar y ginecología (Davis, 1996).

En otros países con población rural muy similar a la nuestra, también se han realizado estudios para mejorar la prestación de servicios de salud reproductiva, así en Guatemala, un país con altas proporciones de población rural; se han hecho ensayos para captar rápidamente las necesidades de salud reproductiva de los clientes, capacitando a los prestadores en el uso de un algoritmo o secuencia de siete preguntas que permitían ofrecer los servicios de Planificación Familiar, control del embarazo, salud infantil y ginecología, de acuerdo a sus necesidades, sin contar con mayor número de personal ni recursos adicionales (Vernon, R.- Population Council 1998).

Una buena calidad de los servicios no sólo considera los aspectos biológicos, sino también los factores socioculturales, así en el Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo CIPD-1994 se reconoce que la calidad de los servicios es un elemento indispensable para el éxito de los sistemas de prestación de servicios de salud, asegurando servicios integrales que promuevan el respeto a los derechos reproductivos y a la equidad de género. Por muchos estudios se reconoce que las mujeres, como consecuencia del rol de género culturalmente asignado, tienen una baja autoestima, no tienen conciencia de sus derechos, no son asertivas y no ejercen autodeterminación respecto a su corporalidad, sexualidad y capacidad reproductiva, trabajo e incluso su ciudadanía; de allí la urgencia de trabajar en la promoción de esos valores humanos. (Reyes, H, México 1998).

En Ceara-Brasil, se realizó un estudio comparativo en dos momentos: en el año 1993 y en 1997, a fin de analizar los cambios en las atenciones de Prevención del cáncer del cuello uterino, en las prácticas prenatales y el grado de satisfacción con los servicios de salud sexual y reproductiva. Las preguntas claves que se hicieron en el aspecto de prevención del cáncer fueron: a) a qué edad se deben someter a las mujeres a examen de Papanicolao, b) con qué frecuencia y c) a partir de qué edad aumenta el riesgo de desarrollar el cáncer uterino. Las respuestas más frecuentes fueron: a) cuando la mujer es sexualmente activa, b) cada año y c) después de los 35 años.

En relación al control prenatal se averiguó si a las mujeres se les había aplicado la vacuna de toxoide tetánico y suplementos de hierro. La información obtenida fue que sólo se prescribía a pacientes que sufrían anemia y que la vacunación se hacía a todas.

Los rubros sobre satisfacción de los Servicios fueron medidos a través de las siguientes preguntas: a) si recibió el servicio que deseaba, b) si había sido tratada con cortesía por el proveedor, c) si entendió la explicación del proveedor y d) si recomendaría los servicios de salud a una amistad o pariente.

En resumen, se encontró que en los últimos años se realizaron avances sustantivos en la prestación de servicios de salud, en particular en Planificación Familiar, mejoró la disponibilidad de

materiales de IEC, en particular de control prenatal y mejoramiento en las interrelaciones entre los proveedores y sus pacientes, que informaron sobre los efectos colaterales que podían experimentar por los anticonceptivos. (Noble, I. - INOPAL III, 1998).

Investigaciones recientes señalan que hay grupos poblacionales que son mayormente discriminados en la prestación de servicios de salud sexual, reproductiva; entre ellos están los adolescentes y las mujeres rurales, especialmente, los que pertenecen a algunos grupos étnicos que son numerosos en los países andinos.

Un estudio realizado por Belmont en tres ciudades bolivianas: La Paz, El Alto y Santa Cruz, se propuso investigar las barreras que tienen los adolescentes frente al acceso a los servicios de salud reproductiva. Se encontraron: **Barreras físicas**, tales como la no existencia del servicio en la comunidad, no perciben que el Centro de Salud sea un lugar para obtener anticonceptivos y/o no tienen capacidad para proveer servicios para adolescentes sobre infecciones transmitidas sexualmente o para el tratamiento de las complicaciones post-aborto. **Barreras económicas**, porque no tienen recursos para pagar los Servicios, aún cuando los condones sean accesibles y gratuitos. **Barreras administrativas**, los proveedores no ven la necesidad de tener servicios específicos para adolescentes; o no tienen personal entrenado para consejería y servicio para adolescentes, aún cuando tienen materiales y equipos de IEC, tales suministros no son usados

para los jóvenes. Los proveedores de los Centros de Salud y de las farmacias exponen significativas diferencias para la atención de los jóvenes según sexo; hay un nivel de aprobación mayor para los chicos que para las muchachas. Hay poca información y mínimas facilidades, muestran una conducta no profesional, los proveedores tienen tácticas agresivas e intimidatorias. **Barreras psicosociales**, los jóvenes sienten ansiedad, temor y/o culpa frente a una experiencia sexual. El uso de los Servicios de Salud es visto como una entrada a la sexualidad activa, que es penado por la familia y ridiculizado por sus pares, ello afecta negativamente a la accesibilidad de los jóvenes a los servicios de salud.

Otra barrera fue la percepción que existe entre los adolescentes, sus parejas y/o pares, que pueden ser positivas o negativas. Por ejemplo para algunos jóvenes, si una chica usa anticonceptivos, ella es "responsable, cautelosa"; para otros ella es una chica "fácil, jugadora". Los muchachos que usan anticonceptivos, son vistos como "mujeriegos". Como estas creencias, hay un sinnúmero de ideas incorrectas acerca de los efectos nocivos de los anticonceptivos que fueron reportados.

La carencia de confidencialidad fue una importante razón para no usar los servicios de salud; ellos preferían obtener sus anticonceptivos en las farmacias localizadas en sus barrios. Por eso se recomendó mejorar la calidad de los servicios, especialmente en consejería con personal entrenado, enfatizando en la confidencialidad, para cambiar los valores,

hay necesidad de programas educativos, se sugiere atención a la relación: padres-hijos, entre géneros, promover la participación de los adolescentes para definir acciones y programas de salud (Belmont, L.R., 2000).

La promoción del uso del condón es una parte esencial en los programas de prevención del SIDA. La distribución y promoción del uso del condón en clínicas que proveen servicios, pueden jugar un rol importante para prevenir la extensión del SIDA. En Durban - Sudáfrica, fueron visitadas 15 clínicas por cuatro trabajadoras de salud para conocer la accesibilidad de los adolescentes al condón. Encontraron que existía resistencia para adquirir condones. La información sobre cómo usar el condón fue ofrecida en panfletos, lo que no da tan buenos resultados. Ellos recomendaron lo importante que es usar la clínica para discutir cara a cara, sobre el SIDA con los jóvenes que acuden a los Servicios de Salud (Q Abdool K and Preston W Vol. 82 SAMJ - 1992).

En relación a los servicios usados por la población femenina rural peruana, en 1998 se realizó un estudio sobre la demanda insatisfecha en los servicios de salud reproductiva. Se estudiaron 1401 mujeres de 24 Comunidades en Huancavelica, uno de los departamentos de la Sierra con los peores indicadores de salud, como son la tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil. Se utilizó el término de "necesidad no satisfecha" como la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento reproductivo. Esta tasa a nivel nacional era del 12.1% y en el Dpto. de Huancavelica el 31.5%, tres

veces más, según la ENDES-96. Los resultados obtenidos en la Encuesta sirvieron para comparar los comportamientos reproductivos de las provincias de Acobamba y de Castrovirreyna, encontrándose indicadores más preocupantes en la primera provincia, tanto en la atención prenatal, del parto y salud ginecológica como los exámenes cervical y cáncer del seno y Planificación Familiar.

Las mujeres no acuden durante el parto, porque no consideran "necesario dar a luz en un servicio de salud". Tienen temor y desconfianza hacia el personal de salud, vergüenza de ser vista por un médico varón o persona no conocida, tener que asumir posiciones incómodas, temor a las cesáreas y a los daños en la salud. Por otro lado, no cuentan con personal de salud cuando lo solicitan, están ausentes, no están bien entrenados o están ebrios. Otra dificultad es que el servicio está lejos, tienen dificultad de transporte. No usan anticonceptivos porque tienen efectos negativos en su salud. Entonces, se vio que la necesidad principal era sensibilizar a las comunidades acerca de la utilización de los servicios de salud. El uso de promotoras comunitarias, un mayor desarrollo del sistema de referencia y una mejor atención en el control prenatal para identificar a las mujeres de alto riesgo que podrían desarrollar complicaciones durante el embarazo fueron las estrategias recomendadas (Altobelli, L. INOPAL III, PC. N° 27, 1998).

Estudios de índole cualitativo fueron realizados por las investigadoras de AMIDEP en 1998 en los Callejones de Huaylas y de Conchucos - en el

Departamento de Ancash. Para identificar las barreras culturales en la prestación de Servicios de Salud Reproductiva, tanto desde el punto de vista de los proveedores como de las usuarias; sobre los logros y dificultades percibidos. Fueron visitados 4 Puestos de Salud y dos Centros de Salud y 93 usuarias de tales servicios. Entre los aspectos positivos experimentados por los proveedores de salud, se encontró un modelo para atraer a las usuarias desarrollado en la comunidad de Huallanca, donde se formó el Club de Gestantes para aprender jugando (algo parecido al ludo) sobre cuidados prenatales, síntomas de alarma del parto, psico profilaxis, planificación familiar, entre otros temas de salud reproductiva, todo de una manera recreativa.

Otra forma de atraer a las usuarias en el Centro de Salud de Vicos era usando incentivos como el parto gratuito para las mujeres que acudían al servicio para hacerse los cuatro controles prenatales. Las autoridades comunales también colaboraron estableciendo un sistema de multas a las gestantes que no acudían al control prenatal y sólo solicitaban atención al momento del parto.

En otros Servicios de Salud para conseguir usuarias para los Programas de Planificación Familiar y Vacunación, el personal de salud coordinaba con los responsables del Programa PANFAR y solo recibían alimentos aquellas que asistían a los Servicios de Salud para sus controles.

Otra preocupación manifestada por los proveedores, fue la resistencia de los varones hacia el uso de anticonceptivos,

por eso las mujeres solicitaban sus anticonceptivos de manera disimulada y preferían los inyectables porque tenían que regresar cada 3 meses al Servicio de Salud y así pasar desapercibidas por su propia pareja, que se oponía.

La marcada resistencia de las mujeres en edad fértil para solicitar atención del Parto en los establecimientos de salud se debía según sus propias palabras a: "no recomendaría a mis amigas y parientes ir a tener a sus bebés en el hospital, porque allí solo quieren hacernos la ligadura, después de dar a luz a mi última hija (la quinta) los médicos decidieron operarme, porque tenía muchos hijos, no me hablaron antes, ni a mi esposo". Eso constituía un exceso, según ella.

Otras usuarias, tenían temor de usar anticonceptivos por los efectos secundarios, sangrados, dolores de cabeza y vientre, manchas, nerviosismo, etc., y lo peor era el temor al cáncer, debido a la ausencia de la adecuada consejería por el personal de salud.

Este estudio recomendó sobre la necesidad de una mejor interrelación entre los proveedores y usuarias, teniendo en cuenta los factores culturales y las peculiaridades de la mentalidad campesina respecto a la salud-enfermedad, deberían ser los aspectos claves para romper las barreras existentes y hacer aceptables y accesibles los servicios a estos grupos de la población rural peruana (De la Peña M., y Alcántara E., 1999).

Cinco investigaciones operativas realizadas en áreas prioritarias del Perú,



sobre Salud Perinatal, también aportan información importante sobre experiencias de atención de salud, realizadas en áreas rurales.

El estudio "Mejorando el nivel de satisfacción en el puerperio a través de un modelo de parto alternativo realizado en Juliaca-Puno", tuvo los siguientes objetivos:

- a) Identificar las fuentes de insatisfacción de los partos institucionales entre las mujeres.
- b) Diseñar e implementar un modelo de parto que permitiera eliminar esas fuentes de insatisfacción.
- c) Someter a prueba la efectividad del modelo.

En el Centro de Salud Santa Adriana en Juliaca, fueron encuestadas 60 mujeres en el período del puerperio. Antes de la realización de la Encuesta se hicieron a) mejoras de la infraestructura (más comodidad, más temperatura, menos iluminación, cambios en la sala de parto, b) se capacitó al personal y c) se incorporaron prácticas tradicionales de parto (bebidas calientes, posición vertical y entrega de la placenta para que fuera enterrada por la familia). Se aplicó un pretest y postest sobre satisfacción. La suma de respuestas arrojó una puntuación de satisfacción global,  $t = .50$ . Estos niveles de satisfacción fueron seguidos por una disminución de las barreras al acceso entre las mujeres no usuarias de partos institucionales.

Un segundo estudio sobre los Servicios fue realizado en un Centro de Salud de Huancavelica sobre "elementos deseados

de la atención durante el parto, entre las usuarias potenciales". Fue diseñado como una intervención para incorporar elementos tradicionales de atención durante el parto institucional. Se seleccionaron 6 Centros de Salud que tuviesen al menos 5 partos mensuales en promedio. Se identificaron los siguientes elementos que proporcionan satisfacción a las usuarias, ellos fueron: salas de parto con temperatura cálida, menos número de exámenes vaginales, que la familia o pareja estuviera con ellas durante el parto, se ofreció la posición vertical tradicional. El estudio proporcionó un indicio claro que estos elementos son los que se deben incorporar en la atención en los Servicios de Salud.

Un tercer estudio, se dirigió "al conocimiento de los signos de alarma entre las mujeres embarazadas y seres cercanos", fue diseñado para dar capacitación a embarazadas y familiares en cuatro comunidades de la provincia del Collao - Puno. Participaron 54 personas y se comprobó que las mujeres no conocían los signos de alarma, así sólo un 13% consideró a la eclampsia como factor de riesgo. De allí la necesidad de incidir en las intervenciones educativas para mujeres rurales con el objeto de disminuir los riesgos de morbi-mortalidad materna.

Un cuarto estudio, experimentó con la utilización de nuevos protocolos para mejorar la calidad de los controles prenatales, en dos Hospitales de Ica. Se seleccionaron al Hospital Regional (para la intervención) y al Hospital Santa María del Socorro (como control). En cada hospital fueron encuestadas 100 mujeres.

Los temas de estudio fueron: características personales, aspectos clínicos, de Laboratorio y de IEC. La suma de respuestas arrojó una puntuación de calidad, al comparar los resultados en el pretest y postest realizados en los hospitales de intervención y control.

Las puntuaciones en el Hospital regional aumentaron significativamente, demostrando los efectos positivos de la intervención, puesto que las mejoras incrementaron la satisfacción de las usuarias y aumentaron las tasas de retorno de las mujeres.

Un último estudio consistió en una experiencia comunitaria para diseñar mensajes de IEC en quechua para ser difundidos entre la población rural de Vilcashuamán - Ayacucho. Participaron dos comunidades una para la intervención y otra como control, realizándose 60 encuestas en cada comunidad y talleres de capacitación sobre los siguientes temas: riesgo reproductivo, signos de alarma y anticoncepción. Los mensajes fueron puestos en cintas de audio, en quechua y castellano para comparar la efectividad de ellas al término de la capacitación. Los resultados indicaron que el 80% prefirieron recibir los mensajes en quechua, es decir fueron mejor comprendidos cuando se ofrecieron en su lengua materna. Para ellos los contenidos de anticoncepción resultaron más concretos que los de riesgos reproductivos y signos de alarma que fueron más abstractos para ser comprendidos.

De la revisión de este conjunto de estudios, que son preferentemente cualitativos se puede extraer, en síntesis, lo siguiente:

- a) Que las acciones sobre Planificación Familiar en los servicios de salud del sector público y privado han sido prioritarios en países como el nuestro. La difusión y servicios de estos programas se iniciaron en las ciudades y luego fueron extendiéndose a los sectores rurales, aunque con ciertas dificultades debido a la existencia de barreras tanto desde el quehacer de los propios proveedores como de los usuarios.
- b) La menor accesibilidad a los servicios de salud reproductiva por algunos grupos de la población se debe al bajo nivel educativo, a factores de escasos recursos económicos y al temor, desconfianza, persistencia de costumbres arraigadas en la población rural campesina.
- c) Hay necesidad de que los proveedores consideren los factores socio-culturales para mejorar la calidad de servicios, particularmente en las áreas rurales. Varios modelos de atención han sido ensayados a manera de programas piloto que han permitido ofrecer servicios materno - infantiles, de carácter ginecológico y específicos para adolescentes, que han incrementado la accesibilidad y aceptabilidad de los Servicios de Salud Reproductiva.
- d) La posibilidad de ofrecer servicios integrales sobre salud materna, planificación familiar, prevención y servicios para la detección temprana del cáncer uterino y mamario, así como las enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH/SIDA; constituye una forma de hacer efectiva las recomendaciones del

Plan de Acción del CIPD-94; en lo referente a hacer posible que toda población pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con equidad.

En cuanto a los estudios cuantitativos sobre la demanda de Servicios por la población, los datos a nivel nacional más representativos provienen de las Encuestas Demográficas y de Salud, realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, que examinaremos en el siguiente capítulo.

#### **1.4 Marco conceptual para el estudio de los Determinantes Intermedios de la Fecundidad**

Las diferencias señaladas en la disminución de la fecundidad a nivel regional, urbano y rural y por educación, así como los cambios en las estructuras de la fecundidad, sustentan la necesidad de profundizar el estudio de la explicación de estas variaciones, que consideramos se deben fundamentalmente al impacto diferencial de las variables intermedias. Se entiende por el término "variable intermedia de la fecundidad" a un factor biológico y/o de comportamiento, a través del cual las variables socioeconómicas, culturales y ambientales pueden afectar la fecundidad; es decir, cambia una variable intermedia y cambia la fecundidad, siempre que no haya un cambio compensatorio debido a la influencia de otra variables intermedia.

Davis y Blake (1956) identificaron once variables intermedias de la fecundidad y Bongaarts (1978) reúne esas variables en 8 factores agrupándolas en tres categorías y propone un modelo capaz de estimar el efecto reductor de la fecundidad por las

variables intermedias y relacionar estos efectos con el proceso reproductivo.

Los factores que considera son:

- I. Factores de exposición
  1. Proporción de mujeres en unión
- II. Factores de control deliberado de la fecundidad marital.
  2. Anticoncepción
  3. Aborto inducido
- III. Factores de fecundidad marital natural
  4. Infecundabilidad por lactancia
  5. Frecuencia del coito.
  6. Esterilidad
  7. Mortalidad intrauterina espontánea
  8. Duración del período fértil

Bongaarts (1978, 1982) planteó que, de las 8 variables intermedias de la fecundidad, las cuatro principales son: proporción de mujeres en unión, anticoncepción, aborto inducido e infecundabilidad por lactancia, y considera a las restantes como factores secundarios que, generalmente, son causas menos importantes de las variaciones en fecundidad. Bongaarts probó la validez de su modelo, utilizando la información de 30 países desarrollados, en desarrollo y de poblaciones históricas como Crulai, Quebec, Huteritas, entre otras.

En el modelo, las cuatro principales variables intermedias son consideradas inhibidoras de la fecundidad, porque ésta es menor que su máximo nivel como resultado del retardo en la unión, la contracepción, el aborto inducido y la infecundabilidad post-parto debido a la lactancia.

### 1.5 Estudios realizados utilizando el Modelo de Bongaarts

Un modelo similar al de Bongaarts fue diseñado en el CELADE por Santiago Gaslonde y aplicado en las encuestas comparativas PECFAL-RURAL (Gaslonde, 1972; Gaslonde y Bocaz, 1970; Gaslonde y Carrasco (1982). Se puede señalar que, una limitación del modelo de Gaslonde es el no haber dado suficiente énfasis al período de no susceptibilidad post-parto y al papel de la lactancia materna para prolongarlo.

Siguiendo los lineamientos de Bongaarts, se han realizado diversos trabajos que confirman la robustez del modelo; entre ellos se tiene el de Joseph E. Potter (1982), que aplica el modelo a datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad que, al igual que la ENAF-Perú fue auspiciada por la World Fertility Survey (ISI-WFS). Realiza el análisis a nivel nacional, por lugar de residencia y nivel educativo de las entrevistadas, mostrando que el modelo se comporta eficientemente para sub-grupos dentro de una población.

Otro trabajo en esta línea de investigación es el de Hernando Ochoa (1981), que aplica el modelo a las regiones de Colombia y encontró importante información.

Destaca también el estudio de Casterline, Singh y Cleland (1983), que utilizando datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad de 19 países, incluyendo al Perú, encuentran indicadores de las variables intermedias para cada país, por nivel de educación y residencia. Se aprecia

que en este trabajo, aparte de los resultados, el tratamiento de los indicadores por grupos quinquenales de edad, es una contribución que permite estimar el aporte de cada grupo de edad, en cada uno de los índices de las variables intermedias.

Shaoxiang Wang (1987), aplica el modelo para estudiar los determinantes próximos de la fecundidad y sus implicancias políticas en Beijing - China. En 1995, el Centro de Estudios Demográficos de Cuba conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la UNICEF, utilizan el modelo para estudiar la transición de la fecundidad en Cuba.

En el Perú, en 1988, Ortíz y Alcántara estudian la relación entre las variables intermedias y la fecundidad, utilizando las encuestas demográficas PECFAL-PEAL (1969-70) y la ENAF (1977-78) realizadas a nivel nacional y que permitieron la aplicación del Modelo de Bongaarts. Pese a las limitaciones derivadas de la comparabilidad de algunas variables, se hicieron los esfuerzos necesarios para formar un archivo base con las tres encuestas.

La realización de esta pionera investigación en el país, se hizo en el período considerado de inicio del descenso de la fecundidad, uno de los componentes de la transición demográfica peruana, una motivación también fue examinar por primera vez la evolución del comportamiento de los determinantes intermedios de la fecundidad: la Nupcialidad, Anticoncepción y Lactancia,

tanto a nivel nacional, como en subpoblaciones con características específicas. Otro interés fue la posibilidad de adaptar el modelo, haciendo los ajustes metodológicos a nuestra realidad demográfica.

Entre los hallazgos más destacables en el periodo 1969-1978, a nivel nacional, fue el incremento del uso de anticonceptivos tradicionales como el ritmo, a pesar de ser poco efectivo. Un segundo factor responsable del cambio en el nivel de la fecundidad, fue la baja proporción de mujeres en unión entre las mujeres más educadas y residentes urbanas.

En el período estudiado, la lactancia, proclamada por un considerable número de mujeres rurales y con menores niveles educativos, no fue un factor significativo en la disminución de la fecundidad, probablemente debido a la gran proporción de mujeres en unión y al bajísimo uso de anticonceptivos, en tales lugares.

En 1994, los mismos investigadores Ortiz y Alcántara, ampliaron el análisis de los determinantes intermedios incluyendo los resultados obtenidos por la ENDES 1986. La aplicación del Modelo de Bongaarts, se hizo siguiendo los planteamientos y ajustes metodológicos, realizados en el estudio anterior. Se encontró que el principal factor del descenso de la Fecundidad, fue el incremento de la práctica anticonceptiva con mucha fuerza en el área urbana, se observó también el incremento de la efectividad promedio de los métodos

utilizados, hecho que no se dio en el área rural donde continuó la preferencia por los métodos tradicionales poco efectivos.

Según los resultados, pareció perfilarse un cambio en la fecundidad en las áreas urbanas, por efecto de la Nupcialidad, particularmente en Lima Metropolitana, debido al incremento en la edad media a la primera unión. En lo referente a la Lactancia su influencia se mantuvo constante en el área urbana; en el área rural en cambio se observó una disminución de ella, hecho que fue contrarrestado, en parte, por el incremento en el uso de anticonceptivos, lo que determinó que la fecundidad se mantuviese todavía en niveles altos (TGF 7.04 en 1977 y 6.31 en 1986).

Este estudio sugirió profundizar los estudios relacionados con la anticoncepción y la lactancia, porque poco se conoce de la influencia de la infecundabilidad post parto y sobre la promoción de uso de anticonceptivos eficaces entre las mujeres de los sectores más desposeídos del país.

Con el fin de contar con una visión continuada de la secuencia de los cambios de la fecundidad en el tiempo, Ortiz realizó en 1996 otro estudio para examinar las variaciones de los determinantes intermedios de la fecundidad en el período 1986 - 1991 tomando en cuenta los datos de la ENDES 86 y ENDES 91-92, bajo los mismos criterios metodológicos seguidos en anteriores estudios.

Los resultados obtenidos fueron un descenso de la fecundidad en las áreas urbanas, especialmente en Lima

Metropolitana, donde las mujeres tuvieron mayores oportunidades de acceder a educación secundaria y superior, así como a los servicios de salud reproductiva. Estos cambios se observaron en las estructuras de fecundidad, sobre todo las correspondientes a las mujeres más jóvenes.

Otros resultados significativos fueron el fuerte impacto de la anticoncepción y de la nupcialidad entre las mujeres educadas y urbanas. El incremento en el uso de métodos eficaces y una mayor edad en la primera unión, son los efectos más notorios en este período. La lactancia cobró especial importancia por la promoción realizada por el sector salud en los últimos años, revalorando sus efectos positivos en la nutrición del niño y en el descenso de la fecundidad.

En otro estudio realizado en el marco de capacitación que CELADE ofrecía a los investigadores latinoamericanos, Genara Rivera del Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú, asistió al Taller de Planificación Familiar: "Necesidades actuales y perspectivas futuras" y realizó un estudio sobre "El papel de las Variables intermedias en el descenso de la Fecundidad en el Perú", para lo cual aplicó el modelo de Bongaarts a los resultados de la ENDES 86 y ENDES 91. El análisis fue realizado a nivel nacional, por área urbana y rural, y según nivel de educación.

Sus reflexiones finales fueron la comprobación del proceso de descenso de la fecundidad (de una TGF de 4.1 en 1986 se baja a 3.5 en 1991). El nivel observado es inversamente proporcional al nivel

educativo de las mujeres y al grado de urbanización del área de residencia. El factor más importante en el descenso, es la anticoncepción, el que se ha incrementado durante los 5 años transcurridos entre las dos encuestas. En el período, la infertilidad post-parto no ha dejado sentir su efecto en la reducción de la fecundidad.

Como conclusión de la revisión de los estudios realizados hasta 1992, por los investigadores anteriormente mencionados, es importante resaltar que la aplicación del Modelo Bongaarts a las encuestas nacionales ENAF 77, 78; ENDES 86 y ENDES 91-92, calculadas independientemente, coinciden en los resultados referentes a las TGF y a las Tasas específicas publicadas; mostrando de ese modo, que la robustez del Modelo queda establecido.

Gaslonde S. y Carrasco en 1997, aplican el modelo de Bongaarts para conocer el impacto de algunas variables intermedias en la Fecundidad de Venezuela.

## 1.6 Objetivos de la Investigación

### Objetivo General

Contribuir al conocimiento de los cambios operados en los niveles de fecundidad y en los factores determinantes de tales cambios, así como en la atención de salud sexual y reproductiva, en un período amplio de la historia demográfica del Perú, que permita la elaboración de modelos de intervención, con la finalidad de lograr que la población de todos los sectores del país, pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a la PNP 1998-2002.

## Objetivos Específicos

- Conocer el incremento de la accesibilidad de la población a los servicios de salud sexual y reproductiva, a través del tiempo y espacio; y saber de qué manera ello influye en los cambios de la fecundidad y la sexualidad de las mujeres en edad fértil.
- Conocer los lugares y grupos poblacionales que tienen déficit de atención en prevención y servicios en las ETS y VIH/SIDA, así como en la salud materna.
- Establecer la influencia de los determinantes intermedios: Nupcialidad, Anticoncepción, Aborto y Lactancia, en el cambio de la fecundidad nacional, regional, departamental y por sub grupos de la población.
- Determinar la importancia de los otros determinantes contextuales y socio-culturales que se interrelacionan con el comportamiento sexual y reproductivo de la población y que frenan, de algún modo, el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.
- Recomendar a los responsables del sector salud, la elaboración de programas de intervención que promuevan acciones para incrementar la influencia de los determinantes menos influyentes en los cambios de la fecundidad.

## 1.7 Formulación de Hipótesis

De los objetivos antes propuestos se han formulado tentativamente las hipótesis que siguen:

### a) En relación a la accesibilidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

**Hipótesis 1:** Las dificultades que tiene la población para el acceso a los servicios de control del embarazo son tanto económicos como de desconfianza y temor hacia el personal de salud.

**Hipótesis 2:** La atención del parto institucional es frecuente en áreas urbanas entre las mujeres más educadas y ocurre generalmente entre aquellas que tuvieron 4 ó más visitas de control.

**Hipótesis 3:** En las áreas rurales de la Sierra existe mayor desconocimiento del VIH/SIDA, porque asocian a esta enfermedad con las ciudades de la Costa, donde según ellas hay mayor libertad sexual.

**Hipótesis 4:** Existe escaso conocimiento de la prevención de las enfermedades ginecológicas tales como el cáncer uterino y de mamas, debido por un lado al bajo nivel educativo de las mujeres y por otro, porque las mujeres creen que ellas no están expuestas a contraer esas enfermedades.

b) En relación a los determinantes de los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil, se considera que la fecundidad peruana ha descendido en las últimas dos décadas al pasar de una TGF 5.2 (1977) a una TGF 2.9 (2000), debido a cambios importantes en los determinantes próximos de la Fecundidad.

**Hipótesis 5:** El descenso de la fecundidad no es uniforme en el país, se presenta con mayor intensidad en las áreas urbanas y entre las mujeres más educadas, y las brechas en los niveles de fecundidad de las mujeres educadas y no educadas, así como de las que viven en áreas rurales y urbanas, se mantienen en el tiempo.

**Hipótesis 6:** Las mujeres más educadas y que residen en áreas urbanas se casan a mayor edad y usan anticonceptivos más efectivos, es decir, la nupcialidad y la anticoncepción tienen un fuerte impacto en la menor fecundidad de las mujeres urbanas.

**Hipótesis 7:** La prolongada lactancia y el mayor número de usuarias de anticonceptivos en la actualidad influyen en el descenso de la fecundidad de las mujeres rurales.

**Hipótesis 8:** Los cambios diferenciales en la fecundidad departamental peruana en el período 1996-2000, pueden ser atribuidos al comportamiento diferencial de los determinantes intermedios de la fecundidad.

## 1.8 Aspectos Metodológicos

Es una investigación retrospectiva de tipo correlacional, que tiene como fuente principal las ENDES y otras encuestas tales como ENAF y ENAHO, realizadas también por el INEI.

Iniciamos el estudio con la revisión detallada de las bases de datos de las cuatro ENDES del 1986 al 2000 para familiarizarnos con los diccionarios, ubicación de variables, recodificaciones, a continuación se realizó la selección de las principales variables que se han utilizado y se formaron los nuevos archivos para el análisis. También se revisó y comparó con los resultados publicados, con el fin de determinar similitudes y diferencias en las definiciones y categorías utilizadas en nuestro análisis tanto de las variables dependientes como en las independientes y de control.

En el caso de las ENDES 1991-1992, encontramos algunas diferencias en las Tasas específicas de fecundidad publicadas en el informe 1992 y en el informe 2000. Por lo que solicitamos al INEI, nos hicieran conocer los ajustes que se han realizado a los datos originales.

Con los archivos de análisis correspondientes a las ENDES 1996 y 2000, se efectuó la elaboración de los indicadores para la aplicación del Modelo Bongaarts.

El análisis estadístico de la parte descriptiva consistió en el cálculo de porcentajes y promedios, cuadros de doble entrada, gráficos y el cálculo de pruebas de significancia para algunas variables. El



grado de representatividad de los datos fue a nivel nacional, por regiones naturales, por área urbano-rural y departamental. Además el análisis cuantitativo ha sido enriquecido con la inclusión de supuestos y comprobaciones de índole cualitativa extraídas de investigaciones propias y de otros estudios que trabajaron con los temas de análisis.

En el anexo metodológico presentamos una información detallada del procesamiento demográfico, utilizando métodos directos e indirectos para obtener las Tasas Globales, Tasas Maritales y Tasa General de Fecundidad, los índices de

Nupcialidad, Anticoncepción e Infecundabilidad por Lactancia. Así como el procedimiento para medir los cambios de las Tasas Globales de Fecundidad y de los determinantes intermedios entre los años 1986 y 2000.

Para concluir el análisis, se interrelacionó las 20 principales variables de accesibilidad a los servicios de salud y los determinantes próximos a la fecundidad, para conocer los efectos de la influencia que existe entre ellas. Para ello se utilizó la técnica estadística del Análisis de Clasificación Múltiple (MCA).



## II. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

---

### 2.1 Características Sociodemográficas de las Mujeres en edad fértil

Antes de iniciar el análisis sobre la accesibilidad de las Mujeres en edad fértil a los servicios de salud reproductiva, examinamos las características sociodemográficas de este grupo poblacional, que es objeto de nuestro estudio. Estas variables son: edad, estado conyugal, nivel educativo, área de residencia urbano y rural, regiones naturales: costa, sierra, selva y a nivel nacional.

Esta visión permite conocer los cambios experimentados a través del tiempo de cada una de las variables, tomando como fuente de datos las cuatro ENDES aplicadas en el país desde 1986 hasta el año 2000. También cuando fue posible, se incluyó la información de la ENAF realizada en 1977-78, es decir hace 25 años.

#### • Grupos de Edad

En la comparación de las ENDES, se aprecia pequeñas variaciones entre los grupos quinquenales de edad. El grupo de adolescentes entre los 15 y 19 años, representa entre el 20% y 22% del total, en la década y media que dista entre la primera y última ENDES. En el grupo de MEFs mayores de 40 años, las proporciones se han mantenido entre el 17% y 18% en las 3 primeras ENDES,

subiendo este valor hasta el 20% en la ENDES 2000 (cuadro 2.1).

En los cuatro grupos de edad intermedia entre los 20 a 39 años, que son los más numerosos en todas las ENDES, ellos representan en conjunto entre el 59% y 61% del total de las MEFs.

La regularidad en las proporciones por grupos quinquenales de edad en todas las ENDES analizadas, significa un factor de confiabilidad para las comparaciones que por edad se hacen en este estudio.

En relación a la ENAF, que fue aplicada casi 10 años antes que la primera ENDES, las diferencias ocurren en los grupos extremos de edad: las más jóvenes y las mayores, debido a que esta encuesta estuvo dirigida sólo a mujeres no solteras entre los 15 y 49 años de edad, requisito no tomado en cuenta posteriormente en las ENDES.

#### • Estado Conyugal

La presencia de solteras en las ENDES ha fluctuado entre 34% y 38% y de las viudas, separadas y divorciadas entre el 7% y 8%. Por lo tanto, las mujeres unidas sea por matrimonio o convivencia representan en las cuatro ENDES, entre el 55% al 58% del total de mujeres encuestadas. Este último grupo de mujeres unidas es el de mayor interés en el estudio, particularmente cuando se

aplicó el Modelo de Bongaarts. En el caso de la ENAF no se incluyeron a las solteras, lo que incrementó la proporción de mujeres unidas y de los otros grupos de estado conyugal (cuadro 2.1).

- **Nivel de Educación**

Esta característica de las Mujeres en edad fértil, muestra importantes cambios, debido a las mejoras educativas que han experimentado las mujeres en las últimas dos décadas.

En 1986, el 11% de mujeres en edad fértil no tenía educación, este porcentaje se redujo a menos de la mitad en el año 2000, solo el 5.1% de mujeres no tenía ninguna educación; sin embargo en comparación con la ENAF esta disminución fue más contrastante del 26% en 1977 se bajó al 5% en el 2000; del mismo modo se redujo la proporción de las mujeres con educación primaria en 10 puntos porcentuales, al pasar del 38% en 1986 al 28.6% en el año 2000. Por el contrario, se produjo un incremento importante en la educación secundaria y más; así en 1986, el 51% de MEFs alcanzó este nivel educativo, subiendo este valor hasta el 66.3% en el año 2000. Mostrando de este modo, las mejoras educativas que han experimentado las mujeres (cuadro 2.1).

- **Area de Residencia**

La mayor representatividad del área urbana en todas las ENDES, inclusive en la ENAF, es evidente desde el año 1977,

así de 64% sube al 70% en el año 2000. Tanto en la ENDES 1991-1992 como en la ENDES 1996, la no inclusión en la muestra nacional de algunas provincias serranas y selváticas por la presencia de acciones terroristas, determinó que el área rural estuviera representada con menores porcentajes, por ser consideradas como zonas de emergencia, lo cual es explicitado en los respectivos informes (cuadro 2.1).

- **Regiones Naturales**

Según las ENDES, en el período 1986-2000, en la Costa residen más de la mitad de mujeres en edad fértil, entre el 56% y 59%, con una proporción mayoritaria de residentes en Lima Metropolitana; la Sierra es la 2da. región natural en importancia demográfica, residen entre el 29% y el 32%, y la Selva es la región más extensa geográficamente pero menos poblada, residen el 10% en 11% de mujeres en edad fértil. Observando estos resultados, se podría afirmar que los movimientos intra-regionales no han sido notorios (cuadro 2.1).

En resumen, de las cinco características examinadas, las mejoras educativas logradas por las mujeres en edad fértil, es el factor más importante porque va a tener un impacto sustantivo en la accesibilidad a los servicios de salud y en los cambios en el comportamiento reproductivo que se ha manifestado también en los determinantes próximos de la fecundidad.

**Cuadro 2.1**  
**Características Sociodemográficas de las Mujeres en edad fértil**

CARACTERÍSTICAS	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 91-92	ENDES 96	ENDES 2000
<b>EDAD</b>					
15 – 19	6.3	22.1	21.9	21.2	20.3
20 – 24	16.6	18.8	19.3	18.2	17.0
25 – 29	18.8	16.2	16.1	15.8	15.2
30 – 34	16.2	13.8	13.3	14.3	14.6
35 – 39	16.1	11.6	12.1	12.5	12.5
40 – 44	13.7	9.8	9.7	10.3	11.2
45 – 49	12.2	7.9	7.5	7.6	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado Conyugal</b>					
Solteras	-	35.2	38.1	34.2	35.8
Casadas/Convivientes	89.7	58.0	55.1	58.3	56.1
Separadas/Div./Viudas	10.3	6.8	6.8	7.5	8.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Área de Residencia</b>					
Urbana	64.0	68.1	77.5	73.5	69.9
Rural	36.0	31.9	22.5	26.5	30.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Región Natural</b>					
Lima Metrop.	24.0	31.9	34.6	32.6	31.0
Resto Costa	27.0	26.6	24.9	23.8	25.4
Sierra	38.0	31.2	28.8	32.6	32.4
Selva	11.0	10.3	11.6	11.0	11.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Educación</b>					
Sin Educación	25.8	11.0	5.9	6.2	5.1
Primaria	51.0	38.0	28.2	29.3	28.6
Secundaria y más	23.2	51.0	65.6	64.5	66.3
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>5640</b>	<b>4999</b>	<b>15882*</b>	<b>28951*</b>	<b>27843*</b>

Fuente: INEI – ENAF 77-78, ENDES 86, 91, 96 y 2000.

\* Cifras ponderadas

## 2.2. Accesibilidad a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

En el Perú el sistema de salud está conformado por los sectores públicos y privados; los que comprenden las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud - MINSAL, con servicios de salud abiertos para toda la población. Los establecimientos del MINSAL son los Hospitales, centros de salud y puestos de salud. En total existen 5,679 establecimientos en todo el país, de los cuales el 81% corresponde a los Puestos de Salud, el 16% a los centros de salud y el 3% a los hospitales (censo de Infraestructura Sanitaria y RRHH 1995). En todos estos establecimientos existe el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- El Seguro Social o ESSALUD, está orientado a la atención de la población asegurada y familiares, principalmente del sector formal de la economía, aunque en los últimos años esta institución ha abierto sus establecimientos a la atención de asegurados independientes siempre y cuando reúnan ciertos requisitos.

Cuentan con hospitales, policlínicos, postas y consultorios. En total este sector tiene 432 establecimientos en todo el país, de los cuales el 71% son puestos de salud, el 13% centros de salud y el 16% hospitales.

- Sanidad Militar de las fuerzas armadas y policiales, que prestan servicios de consulta externa y hospitalización al personal militar y policial, incluyendo a sus familiares. En el Perú existen 247 de estos establecimientos.
- En el sector privado tenemos las clínicas y consultorios médicos particulares con fines de lucro, que brindan atención a la población. Su número bordea el medio millar de establecimientos. También existen otros establecimientos sin fines de lucro que son administrados por instituciones religiosas, ONGs, fundaciones con fines sociales.
- Para completar el sector privado, se encuentran las farmacias, boticas y personas que ejercen la medicina no formal como son los curanderos, parteras empíricas, comadronas, que atienden generalmente a las poblaciones urbano-marginales y rurales del país.

De la información anterior, resulta que el prestador de servicios de Salud Reproductiva más grande en el Perú es el MINSAL, por contar con una infraestructura que cubre desde las ciudades más populosas hasta los centros poblados rurales dispersos en las regiones naturales del país.

Del total de consultas por todas las enfermedades realizadas en 1998, el 75.9% fueron hechas en el sector público (MINSAL y ESSALUD), el 18.9% en el sector privado y el resto por instituciones que prestan servicios no formales (ENAHO-1998).

Las atenciones en salud reproductiva también tienen la misma distribución según se trate de establecimientos de salud en los sectores públicos y privados.

Las ENDES proporcionan una importante información sobre el acceso a los servicios de Salud Reproductiva, como son: el control prenatal, atención del parto, cuidado postnatal y atenciones a las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, así como de prevención sobre estas enfermedades, aunque ésta todavía está incipientemente desarrollada.

### **2.3. Evolución de la accesibilidad a los servicios de salud materna a nivel nacional**

Tomando como fuente de información la atención materna a través de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas desde 1977 hasta el año 2000 por el INEI, las que han tenido alcance nacional; examinaremos a continuación la atención prenatal, durante el parto y en el post-parto, que permiten conocer los cambios cuantitativos producidos en las décadas de los 80's y 90's, en relación a las personas que proporcionaron atenciones de salud reproductiva, así como los establecimientos públicos y privados ubicados en el ámbito nacional, que fueron demandados para la atención de la Salud Reproductiva.

## 2.4. Atención pre-natal a nivel nacional

En el Cuadro 2.2, aparece el dato más interesante en cuanto al avance de la atención pre-natal a lo largo del tiempo, así en 1978, solamente recibieron control por el embarazo el 49% de nacimientos, valor que se ha ido incrementando a través de los resultados de las ENDES 1986, 1991, 1996 hasta alcanzar el 85% de nacimientos en el año 2000; un incremento realmente significativo; aún cuando la frecuencia y el número de controles por cada embarazo no fue cumplido en forma regular, de acuerdo con las normas establecidas por el sector salud para este tipo de atención.

En cuanto al personal que proporcionó la atención prenatal, la que prestaron los médicos fluctuó entre el 32% y 43% del total; alcanzando su valor más alto en 1991 y el más bajo en el año 1996.

A la obstetriz o enfermera, es decir el personal profesional calificado de salud para realizar este tipo de controles, le correspondió el 9.4% en 1977, incrementándose significativamente hasta alcanzar el 49% de embarazos controlados

en el año 2000, es decir, el porcentaje más alto logrado en el período analizado; y dentro de este porcentaje el 36% de embarazos controlados estuvieron a cargo de las obstetrices.

El personal empírico que atiende en las comunidades rurales y en los sectores con menores recursos del área urbana, como son las comadronas/parteras tuvieron a cargo el control de menos del 6% de embarazos en el año 1986 y apenas el 0.5% en el año 2000. Aparentemente, la participación de estas personas estaría subdeclarada por las mujeres, o en todo caso, si es real se debe a que las mujeres consideran al embarazo como algo normal que no requiere control, salvo si sienten algún malestar por la mala posición del feto. De otro lado, en los años recientes las parteras existentes en los pueblos, han sido capacitadas por los servicios de salud; que ha originado que ellas ya no se consideren personal empírico.

Un dato importante que se observa, es el descenso porcentual de las mujeres que no recibieron ninguna atención pre-natal, del 50.7% en 1977 bajó al 15.5% en el año 2000. Mostrando cuantitativamente la aceptabilidad e

**Cuadro 2.2**  
PERU: Atención Pre - Natal, en los 5 años que precedieron a las encuestas, varias fuentes

Persona que proporcionó Atención Pre - natal	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 1991-92	ENDES 96	ENDES 2000
Médico	38.1	39.0	43.1	31.7	34.6
Obstetriz/Enfermera	9.4	15.6	20.8	35.6	49.2*
Comadrona y otra persona	1.8	6.9	4.1	2.1	0.5
No recibió atención	50.7	38.5	32.1	30.7	15.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>19744</b>	<b>3156</b>	<b>8473</b>	<b>15639</b>	<b>9535</b>

Fuente: INEI - ENAF 77-78, ENDES 86, 91, 96 y 2000.

\* Incluye a Sanitario y Promotora capacitados.

interés de las mujeres en los años recientes, para acudir a los servicios de salud para solicitar el servicio de control natal.

- **La atención prenatal y Educación**

El nivel más alto de educación se relaciona con la atención profesional que la mujer recibe durante el embarazo. La alta educación juega un rol importante para que la mujer sea consciente de la necesidad de realizar por lo menos cuatro controles médicos para comprobar el desarrollo normal del feto y evitar complicaciones posteriores que pongan en riesgo su salud o del producto de la gestación.

En las ENDES, los niveles educativos son: sin educación, primaria, secundaria y superior, en la ENAF, realizada hace 25 años, los niveles fueron: sin educación, primaria incompleta, primaria completa y secundaria y más, debido a que en esos años las mujeres tenían menos acceso a los niveles educativos altos. Así, encontramos que según la ENAF en 1977, el 82% de mujeres sin educación no recibieron ninguna atención prenatal y que por el contrario el 71.4% con educación secundaria y más fueron controladas en su último embarazo por un profesional médico.

Examinando los resultados de las ENDES, si bien el 69% de mujeres sin educación en 1986 no recibieron ninguna atención prenatal; este valor bajó al 41.2% de mujeres sin educación que no tuvieron ningún control en el 2000; una baja considerable que indica que cada año van accediendo a los

servicios de salud reproductiva mayores proporciones de mujeres.

Según las ENDES 1986 y ENDES 1991-1992, las mujeres con educación superior, es decir con el más alto nivel educativo fueron atendidas por un médico (el 88% y 81% respectivamente); sin embargo según la ENDES 96 y ENDES 2000, estos porcentajes bajaron pues una menor proporción de mujeres solicitaron atención prenatal a un médico (60.7% y 64.5% respectivamente); esta disminución en la atención médica se debió a la mayor participación de las obstetrices y enfermeras, particularmente de las primeras, debido a que ellas fueron intensivamente capacitadas por el programa de Maternidad sin riesgo y otros similares para asumir esa tarea.

Es interesante observar que, la participación de las obstetrices y enfermeras ha mejorado significativamente en los últimos años en todos los grupos, independientemente del nivel educativo alcanzado por las mujeres. Este hecho indica que la atención profesional del sector salud, especialmente el prestado por el MINSa, está cubriendo a mayor número de mujeres en esta etapa de la gestación por el incremento de la capacitación de su personal profesional.

La atención de las comadronas y parteras empíricas, ha ido disminuyendo progresivamente en el tiempo, según lo observado en las ENDES. También es posible que los Servicios de Salud Reproductiva hayan captado a este recurso humano de la comunidad, capacitándolo e incorporándolo al Sector como promotora de salud, sanitario y partera capacitada.



**Cuadro 2.3**  
**Persona que prestó atención pre-natal, según nivel de educación en las ENDES y ENAF**  
 (corresponde a los nacimientos ocurridos 5 años antes)

Persona que atendió	NIVEL DE EDUCACIÓN			
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior
<b>ENAF – 77-78</b>				
Médico	13.3	26.5(a)	52.9(b)	71.4 (c)
Obstetrix/Enfermera	2.4	9.0	14.1	14.3
Comadrona/Partera	2.3	2.8	1.6	0.4
Ninguna	82.0	61.7	31.4	13.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>5320</b>	<b>6407</b>	<b>3330</b>	<b>4637</b>
<b>ENDES 86</b>				
Médico	10.4	29.1	62.6	88.0
Obstetrix/Enfermera	9.3	16.5	19.0	9.5
Comadrona/Partera	11.3	6.7	1.7	--
Ninguna	69.0	47.7	16.7	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>567</b>	<b>1466</b>	<b>965</b>	<b>158</b>
<b>ENDES 91-92</b>				
Médico	13.6	25.9	57.6	81.0
Obstetrix/Enfermera	18.2	21.2	23.3	15.7
Comadrona/Partera	5.8	6.1	2.5	0.6
Ninguna	62.5	46.8	16.6	2.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>882</b>	<b>3496</b>	<b>2882</b>	<b>1177</b>
<b>ENDES 96</b>				
Médico	9.2	19.0	40.9	60.7
Obstetrix/Enfermera	29.3	33.4	40.6	34.3
Comadrona/Partera	4.2	2.5	0.8	0.5
Ninguna	57.3	45.1	17.7	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>1591</b>	<b>6342</b>	<b>5454</b>	<b>2251</b>
<b>ENDES 2000</b>				
Médico	10.0	18.4	41.2	64.5
Obstetrix/Enfermera	47.9	56.1	50.3	34.0
Comadrona/Partera	0.9	0.8	0.3	0.2
Ninguna	41.2	24.7	8.2	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>691</b>	<b>3506</b>	<b>3675</b>	<b>1663</b>

Fuente: INEI-ENAF 78, ENDES 86, 91, 96 y 2000

Los datos de la ENAF: a) corresponden a primaria incompleta y b) a primaria completa y c) a secundaria y más

#### • Atención Prenatal y Area de Residencia

El área urbana ha sido favorecida por el servicio de atención profesional prenatal (médico, obstetrix, enfermera), en todas las Encuestas realizadas en los 15 años analizados, con porcentajes que van del 79% en 1986 hasta el 92.3% en 2000

(cuadro 2.4). Asimismo, se aprecia, que según las ENDES 1986 y 1991, los médicos tenían los porcentajes más altos de atención prenatal (60.5% y 59% respectivamente) y que a partir de las ENDES 96 y 2000, bajan estos porcentajes en más de 10 puntos porcentajes, (44.4% y 48.6%, respectivamente); lo que ocasionó que las obstetricas/enfermeras

y otro personal capacitado, incrementará el porcentaje de mujeres atendidas en la etapa prenatal, del 18.5% en 1986 hasta el 43.7% en el año 2000.

En el área rural, en 1986 más de la mitad de embarazos no fueron controlados (59.8%); pero esta cifra tan alta ha disminuido en el año 2000, al 27%, indicando de este modo que el 73% de embarazos han recibido algún control, especialmente por parte de la obstetrix, enfermera o personal capacitado de la comunidad.

El personal médico en áreas rurales tiene una baja intervención en la atención prenatal, ésta fluctúa entre el 13% y 18%, según las ENDES, no experimentando cambios en el tiempo de observación. En cuanto a las comadronas y parteras empíricas, su participación es mínima y ha bajado aún más en los últimos años de 9.6% en 1986 al 1% en el año 2000.

#### • **Atención Prenatal y Regiones Naturales**

Las regiones naturales Costa, Sierra y Selva, con diferentes niveles de desarrollo económico y social, marcan también diferencias visibles en la prestación de los servicios de salud y en la aceptabilidad, y demanda de los mismos por parte de la población. Juegan un rol importante los factores culturales, en el acceso de la población femenina a los Servicios de Salud, como se vio en el capítulo anterior. El comportamiento de las mujeres serranas difiere de las mujeres costeñas

y/o selváticas; más aún cuando se trata de la atención prenatal.

En el cuadro 2.4, la atención profesional por un médico, obstetrix y/o enfermera es muy alta en Lima Metropolitana (parte de la Costa) desde la ENDES 1986 hasta la ENDES 2000 (88% y 96.4%). La mayoría de MEFs recurren a un servicio de salud, por lo menos a un control de su embarazo, la accesibilidad es por cercanía, por cuestiones económicas y por educación, es mayor que en las otras regiones del país.

En el resto de la Costa, es decir en los centros poblados ubicados a menos de 2000 metros de altitud, la atención prenatal por el personal profesional, también es alta; así en 1986 el 65.1% de embarazadas fueron atendidas por un médico, obstetrix o enfermera, porcentaje que se incrementó hasta 88.8% en el año 2000; que incluye una alta participación de las obstetrices y enfermeras en la última ENDES, el 52% en las atenciones de embarazadas. En esta región muy pocas mujeres no recibieron ninguna atención prenatal en el año 2000, en Lima solamente el 3.6% y en el resto de la Costa solo el 10.3% de embarazadas.

La Sierra, ubicada en la cordillera andina con centros poblados donde residen mujeres hasta sobre los 4000 metros de altitud, es la región con más bajos niveles de atención prenatal, tan es así que en 1986 más de la mitad de MEFs, el 55.3% no recibieron ninguna atención prenatal, esta situación mejoró levemente en 1991

y 1996, hasta que en el 2000, con la incorporación del personal capacitado de la comunidad, el porcentaje de mujeres sin atención prenatal bajó hasta el 20.9%; por las acciones realizadas tanto por el sector público de salud, como por acciones provenientes de ONGs con ayuda de la cooperación técnica internacional.

La participación del personal médico en la Sierra, en todas las ENDES, ha sido comparativamente el más bajo de las regiones, solamente una quinta parte de mujeres fueron atendidas en su embarazo por un médico. Por el contrario, la participación de las obstétrices y

enfermeras ha sido significativa en esta región, así en 1986, el 15.5% de embarazos atendidos por este personal, casi se cuadruplicó en el año 2000, alcanzando el 57.8% de embarazos atendidos.

En la Selva, los servicios de salud prestaron mejor atención prenatal que en la Sierra. La atención profesional por un médico, obstetrix y enfermera, en 1986, representó el 40.3% del total; subiendo este valor hasta el 70.7% en el año 2000. La participación de los profesionales de la salud, revelaron similar tendencia que en las otras regiones.

**Cuadro 2.4**  
**Persona que prestó Atención Pre-natal, según área de residencia y región natural**  
 (corresponde a los nacimientos ocurridos 5 años antes)

PERSONA QUE ATENDIÓ	AREA DE RESIDENCIA		REGION NATURAL			
	Urbano	Rural	Lima Metrop.	Resto Costa	Sierra	Selva
<b>ENDES 86</b>						
Médico	60.5	15.7	69.0	48.0	20.2	31.7
Obstetrix/Enfermera	18.5	12.5	19.0	17.1	15.5	8.6
Comadrona/Partera	2.2	9.6	0.3	5.1	9.0	13.9
Ninguna	18.8	59.8	11.7	29.8	55.3	45.8
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>1641</b>	<b>1515</b>	<b>651</b>	<b>795</b>	<b>1247</b>	<b>463</b>
<b>ENDES 91</b>						
Médico	59.0	18.5	77.4	53.9	23.1	35.5
Obstetrix/Enfermera	21.3	19.9	17.1	22.2	24.9	13.7
Comadrona/Partera	2.4	6.7	0.6	3.4	5.9	4.6
Ninguna	17.3	54.9	4.9	20.5	46.1	46.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>5135</b>	<b>3338</b>	<b>1640</b>	<b>2002</b>	<b>3327</b>	<b>1505</b>
<b>ENDES 96</b>						
Médico	44.4	13.3	54.2	37.0	19.5	22.0
Obstetrix/Enfermera	37.0	33.5	33.5	41.5	37.0	26.9
Comadrona/Partera	1.0	2.9	0.2	3.2	1.4	3.6
Ninguna	17.6	50.3	12.1	18.3	42.1	47.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>9234</b>	<b>6405</b>	<b>3684</b>	<b>3225</b>	<b>6378</b>	<b>2351</b>
<b>ENDES 2000</b>						
Médico	48.6	15.1	64.5	36.8	20.5	20.5
Obstetrix/Enfermera	43.7	56.9	31.9	52.0	57.8	50.2
Comadrona/Partera	0.1	1.0	-	0.9	0.8	0.9
Ninguna	7.6	27.0	3.6	10.3	20.9	28.4
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>5551</b>	<b>3984</b>	<b>2253</b>	<b>2184</b>	<b>3738</b>	<b>1361</b>

Fuente: INEI-ENDES 86, 91, 96 y 2000.

## 2.5 Atención del Parto

La demanda de la atención hospitalaria durante el parto, a través de las encuestas demográficas muestran el incremento del parto hospitalario a nivel nacional, que va del 41% en 1978 hasta el 58% en el año 2000; no alcanzando todavía la meta señalada por el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del 75%. (Promudeh, 1999).

El porcentaje de los partos domiciliarios es aún alto, solamente ha descendido en 16 puntos porcentuales en 23 años, señala el gran peso de los factores culturales muy arraigados en el país; hecho que ha sido tomado en cuenta por los proveedores de salud; a través de charlas ofrecidas a las gestantes y mediante la capacitación a promotores y parteras para la atención del parto domiciliario.

En el cuadro 2.5, es importante resaltar el incremento de la atención profesional del médico durante el parto del 28.7% en 1977 hasta el 35.7% en el año 2000. La obstetriz, igualmente, tiene un rol importante en la atención del parto en todas las ENDES, una quinta parte de ellos ha estado a cargo de esta profesional calificada para este tipo de evento.

La atención del parto por las comadronas y parteras, ha variado muy poco, más de una quinta parte de alumbramientos fueron atendidos por estas personas.

El esposo, madre u otro miembro de la familia fue responsable del resto de atenciones durante el parto, sin embargo este tipo de atención ha decrecido de 26% en 1977 al 18% en el 2000.

**Cuadro 2.5**  
PERU: Lugar de Atención y persona que atendió el Parto, según varias encuestas  
(corresponde a los nacimientos ocurridos 5 años antes)

LUGAR	ENAF 77-78	ENDES 86	ENDES 91-92	ENDES 96	ENDES 2000
En servicio de Salud	41.4	49.1	45.5	49.6	57.9
En la Casa y otro lugar	58.6	50.9	54.5	50.4	42.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° de Nacimientos</b>	<b>19375*</b>	<b>3156</b>	<b>8473</b>	<b>15639*</b>	<b>9535</b>
<b>PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO</b>					
Médico					
Obstetriz/Enfermera	28.7	27.6	33.8	32.2	35.7
Comadrona/Partera	19.1	21.5	18.7	24.2	23.6
Otra persona/Familiar	22.8	28.4	29.1	23.6	21.1
No recibió atención	26.3	20.4	17.5	18.6	18.3
	3.1	2.1	0.9	1.5	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° de Nacimientos</b>	<b>19383*</b>	<b>3156</b>	<b>8473</b>	<b>15639*</b>	<b>12222</b>

Fuente: INEI- ENDES 86, 91, 96 y 2000.  
\* Cifras ponderadas.

• **Atención del Parto y Educación**

El nivel educativo logrado por las mujeres en edad fértil es el factor que mejor explica la atención del parto en un servicio de salud. Todas las ENDES, y la ENAF que fue aplicada hace 25 años, coinciden en mostrar que a mayor nivel educativo, mayor porcentaje de mujeres

han tenido su último parto en un servicio de salud, principalmente en un Hospital del MINSA. Por el contrario cuando la mujer carece de educación, ella tuvo el parto en su casa y un pequeño porcentaje de menos del 2% en otro lugar. Esta situación no ha variado a través del tiempo, como se puede observar en el cuadro 2.6.

**Cuadro 2.6**  
**Lugar de atención del Parto, según nivel de educación en las ENDES y ENAF**  
(corresponde a los nacimientos ocurridos 5 años antes)

LUGAR DE ATENCIÓN	NIVEL DE EDUCACIÓN			
	Sin Educación	Primaria	Secundaria	Superior
<b>ENAF 78</b>				
En un Servicio de Salud	13.5	28.4(a)	57.6(b)	80.2 (c)
En la casa y otro lugar	86.5	71.6	42.4	19.8
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>5275</b>	<b>6308</b>	<b>3256</b>	<b>4536</b>
<b>ENDES 86</b>				
En un Servicio de Salud	12.0	35.9	83.1	96.8
En la casa y otro lugar	88.0	64.1	16.9	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>567</b>	<b>1466</b>	<b>965</b>	<b>158</b>
<b>ENDES 91</b>				
En un Servicio de Salud	13.1	26.0	63.8	83.6
En la casa y otro lugar	86.9	74.0	36.2	16.4
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>882</b>	<b>3496</b>	<b>2882</b>	<b>1177</b>
<b>ENDES 96</b>				
En un Servicio de Salud	12.2	26.9	71.3	87.4
En la casa y otro lugar	87.8	73.1	28.7	12.6
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimientos</b>	<b>1591</b>	<b>6342</b>	<b>5454</b>	<b>2251</b>
<b>ENDES 2000</b>				
En un Servicio de Salud	14.5	30.6	76.2	93.3
En la casa y otro lugar	85.5	69.4	23.8	6.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Nacimiento</b>	<b>691</b>	<b>3506</b>	<b>3675</b>	<b>1663</b>

Fuente: INEI-ENAF 78, ENDES 86, 91, 96 y 2000

Los datos de la ENAF: a) corresponden a primaria incompleta y b) a primaria completa y c) a secundaria y más

- **Atención del Parto y Area de Residencia**

La atención hospitalaria del parto fue alta en el área urbana, aunque ha oscilado irregularmente entre el 65% y 82%. Las razones de estas fluctuaciones deberían ser motivo de estudios, podría deberse a error de declaración en la encuesta o por influencia de la crisis económica y social en esos años. En 1986, el 80% de partos fueron atendidos en un hospital, centro de salud o clínica; en 1991 este porcentaje disminuyó al 65%; para luego aumentar hasta el 73.4% en 1996; para finalmente alcanzar su más alto valor en el año 2000, con el 82.4%.

En el área rural la atención hospitalaria del parto fue muy baja, desde 1986 hasta 1996, solamente el 15% han recibido atención profesional en un establecimiento de salud. En el año 2000, este valor se incrementó hasta 23.8% de partos hospitalarios, un alza de ocho puntos porcentuales, que muestra que los programas en beneficio de la salud materna se están extendiendo en las áreas rurales más deprimidas (Cuadro 2.7).

- **Atención del Parto y región natural**

En Lima Metropolitana, es frecuente la atención del parto hospitalario; los más altos porcentajes a través del tiempo, ocurren en este lugar debido a la mayor infraestructura hospitalaria, por ser la capital del país. En 1986, el 94% de partos ocurrían en un establecimiento de salud, valor que se mantiene hasta el año 2000.

Con bajas de 10 puntos porcentuales en 1991 y de 5 puntos en 1996.

Como se puede observar en la Costa, la mayoría de partos han ocurrido en un establecimiento de salud, sea del sector público o privado; por el contrario en la Sierra y Selva, entre la mitad y las tres cuartas partes de los partos fueron atendidos en la casa de la gestante o de su familia.

En la Sierra, la mayoría de partos ocurrieron en la casa con la ayuda del esposo, madre, otro familiar y/o por la comadrona o partera empírica.

Como examinamos anteriormente, en las investigaciones de índole cualitativa reseñadas en el capítulo I; las barreras culturales juegan un rol importante en la accesibilidad a los servicios de salud, particularmente en el momento del parto. Las mujeres ahora asisten sin dificultad a los controles del embarazo cuando sienten algún malestar, sin embargo son reacias para ir a tener su parto en un hospital, sienten temor por el lugar, lo sienten frío, muy iluminado, no tienen la posibilidad de recibir bebidas calientes, tienen que tomar posiciones incómodas frente a extraños, son aisladas de su familia, por último, algunas más desconfiadas temen que después del parto la esterilicen para no tener más hijos.

En la Sierra, el incremento del parto hospitalario ha sido muy leve; en 1986, el 23.9% fueron atendidas por parto en

un establecimiento de salud; en 1991 este porcentaje subió al 25.4%; en 1996 siguió subiendo al 26.8%. Solamente en el año 2000 el porcentaje de partos atendidos en un establecimiento de salud se incrementó en 7 puntos porcentuales, hasta el 33.8%, es decir una de cada tres embarazadas de la Sierra acudieron a un hospital o clínica para dar a luz en los últimos 5 años anteriores a la Encuesta.

En la Selva, la atención del parto hospitalario fue ligeramente más alto que en la Sierra. Sin embargo, entre 1986 y 1996, la proporción de partos hospitalarios estuvo alrededor del 33%, casi sin ninguna variación hasta el año 2000, momento en que este porcentaje subió hasta el 40.6%, mostrando de este modo una mejora en la aceptación y acceso de las mujeres para ser atendidas en un servicio hospitalario (cuadro 2.7).

**Cuadro 2.7**  
Lugar de Atención del Parto, según área de residencia y Región Natural en las cuatro ENDES (corresponde a los nacimientos ocurridos 5 años antes)

LUGAR DE ATENCION	AREA DE RESIDENCIA			REGION NATURAL		
	Urbana	Rural	Lima Metrop.	Resto de Costa	Sierra	Selva
<b>ENDES 86</b>						
En un Servicio de Salud	80.0	15.6	93.9	60.8	23.9	33.9
En la casa y otro lugar	20.0	84.4	6.1	39.2	76.1	66.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>1641</b>	<b>1515</b>	<b>651</b>	<b>795</b>	<b>1247</b>	<b>463</b>
<b>ENDES 91</b>						
En un Servicio de Salud	65.2	15.2	84.5	56.1	25.4	33.5
En la casa y otro lugar	34.8	84.8	15.5	43.9	74.6	66.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>5135</b>	<b>3338</b>	<b>1640</b>	<b>2002</b>	<b>3327</b>	<b>1505</b>
<b>ENDES 96</b>						
En un Servicio de Salud	73.4	15.4	89.9	61.3	26.8	32.5
En la casa y otro lugar	26.6	84.6	10.1	38.7	73.2	67.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>9234</b>	<b>6405</b>	<b>3684</b>	<b>3225</b>	<b>6378</b>	<b>2351</b>
<b>ENDES 2000</b>						
En un Servicio de Salud	82.4	23.8	93.5	73.3	33.8	40.6
En la casa y otro lugar	17.6	76.2	6.5	26.7	66.2	59.4
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>5551</b>	<b>3984</b>	<b>2253</b>	<b>2184</b>	<b>3738</b>	<b>1361</b>

Fuente: INEI – ENDES 86, 91, 96 y 2000.

## 2.6. Atención Prenatal en los Departamentos

Las ENDES 1996 y 2000 permiten hacer comparaciones inter-departamentales en relación a los porcentajes de embarazos que recibieron por lo menos un control pre-natal y que fueron atendidos durante el parto en un establecimiento de salud, sea este hospital, centro de salud y clínica. El análisis se refiere a todos los nacimientos ocurridos cinco años antes de la aplicación de cada una de las mencionadas Encuestas.

En relación a la Atención prenatal, en el cuadro 2.8 se muestra un incremento de 16 puntos porcentuales a nivel nacional, en los cinco últimos años. De 67.3%

embarazos con control prenatal en 1996, subió a 83.8% embarazos con control prenatal en el año 2000.

En 1986, el departamento con el menor porcentaje de embarazos controlados fue Huancavelica, con el 30.4% y el más alto porcentaje, el 88.6% se encontró en el departamento de Ica. Aún cuando se dieron mejoras en la proporción de atenciones de control prenatal en el año 2000, los departamentos con porcentajes extremos fueron Amazonas con el más bajo, 59.1%, y el departamento de Ica continuó con el más alto porcentaje, el 95.7% de embarazos atendidos durante la etapa de gestación.

**Cuadro 2.8**  
% de MEFs que recibieron atención pre-natal calificada y % que tuvieron su último parto en un Servicio de Salud, en 1996 y 2000, según departamentos

DEPARTAMENTOS	Atención Pre-Natal*		Parto Hospitalario	
	1996	2000	1996	2000
Amazonas	36.1	59.1	17.0	27.3
Ancash	69.2	78.4	40.4	38.4
Apurímac	72.2	89.8	34.1	49.3
Arequipa	86.3	89.2	70.3	79.4
Ayacucho	54.0	80.9	31.0	47.2
Cajamarca	40.1	67.6	12.3	22.2
Cusco	81.8	95.1	29.8	39.4
Huancavelica	30.4	78.1	7.1	19.6
Huánuco	42.8	65.6	27.8	28.3
Ica	88.6	95.7	87.3	92.5
Junín	56.5	78.2	40.5	46.0
La Libertad	58.1	77.0	42.5	51.6
Lambayeque	71.5	81.2	48.4	57.4
Lima	86.3	94.8	86.8	89.5
Loreto	40.9	62.8	37.2	39.6
Madre de Dios	69.8	87.7	45.2	74.9
Moquegua	83.7	94.7	30.7	83.6
Pasco	45.7	72.8	32.6	50.7
Piura	58.9	83.1	41.2	63.4
Puno	67.4	86.8	17.8	20.5
San Martín	74.2	83.3	40.8	45.8
Tacna	87.0	95.0	68.7	82.2
Tumbes	84.4	92.7	66.1	85.7
Ucayali	53.1	72.9	41.2	46.3
<b>PERU</b>	<b>67.3</b>	<b>83.8</b>	<b>49.6</b>	<b>57.9</b>
<b>Nº Nacimientos</b>	<b>15639</b>	<b>9535</b>	<b>15639</b>	<b>9535</b>

Fuente: INEI - ENDES 1996 y ENDES 2000.

\* Por un médico, obstetriz o enfermera, (1996) se incluyó a sanitario y promotora en el 2000.



Los departamentos han sido clasificados en tres grupos con bajos, medios y altos porcentajes de atención Prenatal, tanto en 1996 como en el 2000, lo cual permite visualizar en qué lugares se han realizado cambios en el comportamiento reproductivo por las acciones promocionales de los servicios de salud.

Si se revisan los porcentajes de atención prenatal ordenados de menor a mayor en el cuadro 2.9, encontramos que en 1986, los departamentos con niveles más bajos de atención fueron seis, dos ubicados en la Sierra, uno en la Selva y tres con centros poblados ubicados tanto en la Sierra como en la Selva. En el nivel medio se encontraron once departamentos

ubicados en las tres regiones naturales y en el nivel alto encontramos siete departamentos, los que a excepción de Cusco, tienen preponderancia de población costeña.

En el año 2000, solamente 4 departamentos fueron clasificados entre los que tienen menores porcentajes de atención prenatal, Huancavelica y Pasco pasaron al grupo con niveles medios de atención. En consecuencia, en este grupo se encuentran 14 departamentos, once que continúan en los niveles medios, 2 que pasaron del nivel bajo y Arequipa que pasó del nivel alto, debido a que el incremento de solo 3 puntos porcentuales no le permitió permanecer en el nivel alto.

**Cuadro 2.9**  
% de MEF que recibieron Atención Prenatal en los Departamentos,  
según orden de Rango 1996 y 2000

1996		
BAJO 36.1% - 45.7%	MEDIO 53.1% - 74.2%	ALTO 81.8% - 87.0%
Huancavelica	Ucayali	Cusco
Amazonas	Ayacucho	Moquegua
Cajamarca	Junin	Tumbes
Loreto	La Libertad	Arequipa
Huánuco	Piura	Lima
Pasco	Puno	Tacna
	Ancash	Ica
	Madre de Dios	
	Lambayeque	
	Apurímac	
	San Martín	
2000		
59.1% - 67.6%	72.9% - 89.8%	92.7% - 95.7%
Amazonas	Pasco	Tumbes
Loreto	Ucayali	Moquegua
Huánuco	La Libertad	Lima
Cajamarca	Huancavelica	Tacna
	Junin	Cusco
	Ancash	Ica
	Ayacucho	
	Lambayeque	
	Piura	
	San Martín	
	Puno	
	Madre de Dios	
	Arequipa	
	Apurímac	

Fuente: Cuadro 2.8

• **Atención del Parto Hospitalario en los Departamentos**

En el cuadro 2.8, también se analizó comparativamente el porcentaje de partos hospitalarios en los 24 departamentos en los años 1996 y 2000; los cuales son bastante más bajos que los porcentajes de control prenatal. A nivel nacional en 1996 el 49.6% de partos fueron hospitalarios, cifra que subió a 57.9% en el año 2000.

Es interesante señalar que en algunos departamentos los porcentajes de cambio casi se triplicaron en los cinco años, es el caso de Huancavelica, donde se pasó del 7.1% de partos hospitalarios en 1996 a 19.6% en el 2000. Lo mismo ocurrió en Moquegua, donde se pasó del 30.7% en 1996 a 83.6% en el 2000.

También es importante resaltar que en los departamentos de Cajamarca y Pasco, los porcentajes casi se duplicaron entre los años 1996 y 2000 (cuadro 2.8).

Para una mejor información de los cambios ocurridos, los porcentajes de partos hospitalarios de los años analizados, han sido ordenados de menor a mayor porcentaje y clasificados en Departamentos con atención baja, media y alta (cuadro 2.10).

En 1996, once departamentos fueron clasificados con bajos porcentajes de partos hospitalarios, en cambio en el 2000 este número disminuyó a 8 departamentos, debido a que Ayacucho y Pasco pasaron a nivel medio y Moquegua al nivel alto en el 2000.

**Cuadro 2.10**  
**% de partos hospitalarios en los Departamentos, según orden de rango en 1996 y 2000**

1996		
BAJO 7.1% al 37.2%	MEDIO 40.4% al 68.7%	ALTO 70.3% al 87.1%
Huancavelica	Ancash	Arequipa
Cajamarca	Junín	Lima
Amazonas	San Martín	Ica
Puno	Piura	
Huánuco	Ucayali	
Cusco	La Libertad	
Moquegua	Madre de Dios	
Ayacucho	Lambayeque	
Pasco	Tumbes	
Apurímac	Tacna	
Loreto		
2000		
19.2% al 39.6%	45.8% al 63.4%	74.9% al 92.5%
Huancavelica	San Martín	Madre de Dios
Puno	Junín	Arequipa
Cajamarca	Ucayali	Tacna
Amazonas	Ayacucho	Moquegua
Huánuco	Apurímac	Tumbes
Cusco	Pasco	Lima
Ancash	La Libertad	Ica
Loreto	Lambayeque	
	Piura	

Fuente: Cuadro 2.8

En el nivel medio se encontraron 10 departamentos en 1996 y nueve en el 2000. Un caso que llamó la atención fue Ancash, donde el porcentaje de partos hospitalarios disminuyó en el 2000 en relación a lo registrado en 1996, por lo que pasó del nivel medio al bajo.

En el nivel alto, en 1996, sólo tres departamentos fueron clasificados en este grupo: Arequipa, Lima e Ica. En 2000 se incorporaron en este grupo cuatro departamentos más: Madre de Dios, Tacna, Moquegua y Tumbes, con los porcentajes más altos de partos hospitalarios. Llama la atención el incremento observado en Madre de Dios del 45.2% en 1996, subió este valor a 74.9% en el año 2000.

## 2.7. Atención Post natal o en el Puerperio

Solamente se cuenta con información sobre la atención postnatal o en el período del puerperio en dos Encuestas: en la ENAF 78 y en la ENDES 2000; con una distancia de 23 años entre ellas. En el cuadro 2.11 se puede apreciar que, curiosamente no ha existido ningún cambio en este tipo de atención reproductiva en este largo período; solamente un tercio de mujeres en ambas fechas solicitaron atención en un Servicio de Salud; aparentemente podría deberse a que las mujeres no tienen costumbre de hacerse un chequeo post parto, y solamente se preocupan de los controles del niño para que ellos reciban sus vacunas de acuerdo a las normas establecidas en los Servicios de Salud.

**Cuadro 2.11**  
**Lugar de Atención Post-natal (puerperio), según ENAF 78 y ENDES 2000**

Lugar de Atención	ENAF 78	ENDES 2000
En un Servicio de Salud	31.6	32.3
Otro lugar	2.5	0.5
No recibió atención	65.9	67.2
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° de Nacimientos</b>	<b>19394</b>	<b>4913</b>

Fuente: INEI – ENDES 2000 y ENAF 78

## 2.8. Evolución del Acceso a los Servicios de Planificación Familiar

La Planificación Familiar es la principal actividad de los servicios de salud reproductiva, y ha sido trabajada intensivamente por el sector salud, tanto público como privado, en las últimas dos décadas.

En el marco del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación familiar, la promoción de la anticoncepción ha sido prioritaria. De otro lado, la Anticoncepción es la variable intermedia determinante de los cambios experimentados en la fecundidad, que en última instancia es responsable del crecimiento demográfico del Perú.

Asimismo, dentro de la Política Nacional de Población, se considera que el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es uno de los derechos humanos y reproductivos que tienen todas las personas de decidir libre y en forma responsable el número de hijos que quieren tener y el momento de tenerlos; así como el derecho de disponer de información, consejería y servicios para lograrlo. Por lo tanto, estos derechos reproductivos se pueden ejercer mediante el uso de los métodos anticonceptivos modernos y tradicionales, para espaciar o limitar los nacimientos.

Antes de examinar la accesibilidad a los Servicios de Salud para la atención de Planificación Familiar, revisaremos la prevalencia de la Anticoncepción y las razones de discontinuación del uso de los anticonceptivos, utilizando la información de las cuatro ENDES (1986-2000).

- **Prevalencia del uso de Anticonceptivos**

En el cuadro 2.12, se presenta la evolución del uso de anticonceptivos a través de los datos de las ENDES, sin embargo, si retrocedemos en el tiempo hasta la ENAF-1977-78, encontramos que el 31% de Mujeres en edad fértil ya usaban algún anticonceptivo, de las cuales el 11% utilizaban un método moderno, siendo los anticonceptivos más usados la píldora y la esterilización femenina. Esta situación cambió enormemente después de veintitrés años de distancia entre las dos Encuestas; así según la ENDES 2000, el 69% de mujeres en edad fértil usaban anticonceptivos, de las cuales el 50% utilizaban métodos modernos, siendo los

más usados la inyección y la esterilización femenina.

Los datos examinados a partir de 1986 hasta el 2000, también nos muestran cuales han sido los principales diferenciales en la difusión y uso de los métodos anticonceptivos, según área de residencia y región natural.

En 1986, mientras que en el área urbana, de cada 100 mujeres en edad fértil, 58 usaban algún método anticonceptivo; en el área rural solamente 24 lo utilizaban, es decir, menos de la mitad. En la comparación entre las regiones naturales se encontró que en Lima Metropolitana y el Resto de la Costa usaban más del doble que las mujeres de la Sierra y Selva.

Entre las ENDES 1986 y 2000, se encuentra un descenso progresivo de la proporción de mujeres que no usaban anticonceptivos a nivel nacional del 54.2% al 31.2%; siendo los descensos porcentuales que más llaman la atención, los que se dieron en el área rural, 38 puntos porcentuales de diferencia, frente a solamente 15 puntos porcentuales de diferencia en el área urbana. Estos resultados indican que cada año, una mayor proporción de mujeres se ha ido convirtiendo en usuarias de métodos anticonceptivos en las ciudades, que en el campo.

Es importante destacar asimismo que, en la Selva y en la Sierra, en 1986, se tenían los porcentajes más altos de mujeres no usuarias, sin embargo estos valores han ido descendiendo con mayor fuerza hasta el 2000, que en Lima

Metropolitana y en el resto de la Costa. Así, mientras que en Lima en ese mismo período, el porcentaje de no usuarias bajó en 10 puntos porcentuales, en el resto de la Costa en 20 puntos porcentuales, en la Sierra y Selva los descensos fueron de 33 y 34 puntos porcentuales respectivamente.

En la comparación de cada uno de los métodos modernos específicos seleccionados, se encontró que a nivel nacional según las ENDES 86, 91 y 96, el anticonceptivo moderno utilizado en primer lugar fue el DIU, con porcentajes 7.4%, 13.4% y 12% respectivamente y el anticonceptivo utilizado en segundo lugar en esos mismos años fue la esterilización femenina con porcentajes de 6.1%, 7.9% y 9.5% respectivamente.

No obstante, en el año 2000, la prevalencia mantenida por estos anticonceptivos por 10 años cambió, debido a que el método moderno usado en primer lugar pasa a ser la inyección por el 14.8% de MEFs; le sigue en segundo lugar la esterilización, usado por el 12.3% de MEFs.

Para la utilización de los anticonceptivos: el DIU y la esterilización se requiere de la intervención de los médicos y obstetras, estas últimas autorizadas por el sector salud hace pocos años para realizar los implantes del DIU, de allí la importancia de la participación de estos profesionales de salud en los avances en la Anticoncepción en estos años.

Es importante también resaltar, el incremento del uso de los inyectables (Depoprovera) del 1.3% de uso en 1986

hasta el 14.8% en el año 2000, particularmente en el área rural, en el resto de la Costa, Sierra y Selva.

Las tendencias observadas a nivel nacional se repiten según área de residencia, claro está con mayores porcentajes de uso en el área urbana, que en la rural. Los métodos anticonceptivos modernos más usados según las tres primeras ENDES fueron: el DIU y la Esterilización, y en el 2000 la Inyección ocupa el 1er. lugar y la esterilización conserva el 2do. lugar.

A nivel nacional también se observa el decrecimiento paulatino en el uso de los métodos tradicionales y dentro de ellos del Ritmo, el que a pesar de ser el más usado por las MEFs, los porcentajes de usuarias bajan de 22.8% en 1986 al 18.4% en el año 2000. Estos métodos, sin embargo, siguen siendo los más usados tanto en las áreas urbanas y rurales, como en las regiones Naturales. Las usuarias de la Sierra son las que muestran los porcentajes más altos de uso del Ritmo en las cuatro ENDES.

En Lima Metropolitana, el uso del DIU que fue alto en 1991 (22.7%), fue disminuyendo en 1996 (17.1%) hasta que en el 2000 llegó a ser usado por el 16.5% de MEFs. La esterilización en cambio fue aumentando lentamente de 8.4% en 1986, 9.6% en 1996 y 11.8% en el 2000. Por el contrario, la inyección subió muy rápidamente del 1.5% en 1986, al 6.4% en 1996, hasta 11.3% en el 2000, convirtiéndose en el 3er. anticonceptivo más usado. También es importante hacer notar que en Lima, los otros métodos modernos como son el preservativo, los

métodos vaginales, el norplant y mela, han sido utilizados en este lugar más que en las otras regiones.

En el resto de la Costa, se aprecia similar tendencia en el uso de los anticonceptivos modernos que en Lima, aunque con menor intensidad. En cambio en la Sierra, el DIU que tenía los porcentajes más altos en 1991 y 1996, cedió su 1er. lugar a la inyección en el año 2000. Siendo los métodos tradicionales los más usados y su disminución fue la

más lenta en comparación con las otras regiones.

En la Selva en 1991, la esterilización femenina era el método moderno que ocupaba el 1er. lugar, en 1996 fueron la píldora anticonceptiva, la inyección y la esterilización con porcentajes similares, alrededor del 11% y en el 2000 la inyección se convirtió en el método usado por casi la quinta parte de MEFs (19.7%), el porcentaje más alto en comparación con el resto de regiones naturales.

**Cuadro 2.12**  
**Uso de Métodos Anticonceptivos según área de residencia y región natural en las ENDES**

Uso de Métodos Anticonceptivos	Área de Residencia			Región Natural			
	Total	Urbano	Rural	Lima Met.	Resto Costa	Sierra	Selva
<b>ENDES 86</b>							
Usan algún anticonceptivo	45.8	58.5	24.0	62.8	52.0	30.9	32.9
No usan	54.2	41.5	76.0	37.2	48.0	69.1	67.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>2900</b>	<b>1827</b>	<b>1073</b>	<b>825</b>	<b>763</b>	<b>981</b>	<b>331</b>
<b>ENDES 91-92</b>							
Píldora	5.7	6.5	3.7	7.0	8.2	2.3	6.2
DIU	13.4	16.7	5.0	22.7	12.5	8.9	6.8
Inyección	1.9	2.1	1.4	1.5	1.7	2.1	2.7
Esterilización Femenina	7.9	9.6	3.5	8.4	11.3	4.8	7.4
Otros Métodos Modernos	3.9	4.8	1.9	7.9	3.3	2.0	2.5
Métodos Tradicionales	26.8	26.4	25.6	25.2	25.2	29.4	22.7
No usa	41.0	33.9	58.9	27.3	37.8	50.5	51.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>8740</b>	<b>6236</b>	<b>2504</b>	<b>2416</b>	<b>2242</b>	<b>2804</b>	<b>1278</b>
<b>ENDES 96</b>							
Píldora	6.2	7.1	4.3	7.9	7.3	2.3	10.8
DIU	12.0	14.7	6.1	17.1	13.6	9.4	4.7
Inyección	8.0	7.4	9.5	6.4	8.7	7.7	11.3
Esterilización Femenina	9.5	11.3	5.4	9.6	13.4	6.1	11.0
Otros Métodos Modernos	5.6	7.3	2.1	9.8	5.2	3.6	2.4
Métodos Tradicionales	22.9	22.5	23.7	20.7	21.5	27.6	18.0
No usa	35.8	29.7	48.9	28.4	30.3	43.3	41.8
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>16885</b>	<b>11554</b>	<b>5331</b>	<b>4896</b>	<b>3944</b>	<b>5805</b>	<b>2239</b>
<b>ENDES 2000</b>							
Píldora	6.7	7.4	5.3	7.5	8.2	3.3	11.2
DIU	9.1	12.0	3.9	16.5	8.8	5.9	3.0
Inyección	14.8	13.3	17.4	11.3	17.1	13.9	19.7
Esterilización Femenina	12.3	13.9	9.4	11.8	17.1	9.1	12.7
Otros Métodos Modernos	7.5	9.5	4.3	11.7	6.4	6.7	3.9
Métodos Tradicionales	18.4	16.9	21.2	14.6	14.5	25.0	16.4
No usa	31.2	27.0	38.5	26.6	27.9	36.1	33.1
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>15628</b>	<b>9992</b>	<b>5636</b>	<b>4177</b>	<b>3889</b>	<b>5497</b>	<b>2065</b>

Fuente: INEI, ENDES 86, 91-92, 96 y 2000.

- **Anticoncepción y Nivel Educativo**

En el cuadro 2.13, se presentan los resultados del uso de anticonceptivos según nivel educativo en las cuatro ENDES, en donde se aprecia la influencia que ejerce la educación en la prevalencia del uso de algún anticonceptivo, sea moderno o tradicional. También se muestra que ciertos anticonceptivos han sido aceptados con mayor facilidad que otros, sea por su eficacia, o porque requieren de menor frecuencia de visitas al servicio de salud, o por la existencia de menor riesgo de que la pareja se entere que la mujer es usuaria, o porque el servicio de salud ha realizado una mayor difusión del anticonceptivo y los ha puesto a disposición de las usuarias. El caso más elocuente es la inyección, conocido como la depoprovera (DMPA), que ha aumentado significativamente el número de usuarias; en 1991 era apenas el 1.2% de las mujeres sin educación, como el 1.8% de las mujeres con educación superior quienes lo usaban, sin embargo, en el año 2000, se convirtió en el método moderno más usado principalmente por las mujeres sin educación, el 11.9%, así como las con educación primaria, el 15.7% y las mujeres con educación secundaria, el 16.8%. Las mujeres con educación superior, en cambio, prefirieron usar en primer lugar el DIU, en segundo lugar, diversificaron el uso con métodos de más reciente difusión como son los implantes, la píldora de emergencia, los vaginales, el condón, entre otros (14%) y la inyección pasó a ser usada en cuarto lugar (9.9%) después de la esterilización, en el año 2000.

Otro resultado que llama la atención, es el incremento de usuarias del método irreversible denominado la esterilización femenina o AQV, principalmente entre las menos educadas y las mujeres sin educación; hecho que no ocurre con las mujeres con educación superior, quienes han mantenido un porcentaje de alrededor del 10% en el periodo 1991-2000.

Una observación común es la disminución del uso de los métodos tradicionales, aunque lento a través de los años en todos los grupos de mujeres, sean las analfabetas, las menos educadas y las más educadas.

En consecuencia, comparativamente la mayor ganancia de la prevalencia del uso de anticonceptivos se encontró entre las mujeres sin educación, puesto que el 19.1% de usuarias de algún anticonceptivo en 1986, subió hasta 50.2% en el año 2000, es decir, más de 31 puntos porcentuales; por el contrario, entre las mujeres con educación superior, el incremento de usuarias fue de solo 6 puntos porcentuales al pasar de 69.1% en 1986 al 75.5% en el 2000.

En resumen, el análisis de la relación educación-anticoncepción, muestra que el mejor nivel educativo juega un rol importante en la selección del método más eficiente, no así en la aceptación del uso que es el factor determinante entre las menos educadas. Asimismo, es significativa la labor de los servicios de salud en la promoción, prestación y distribución de los anticonceptivos que se ha extendido a casi la totalidad de la población femenina; aún cuando todavía falta hacerlo extensivo a la población masculina.

**Cuadro 2.13**  
**Uso de Métodos Anticonceptivos, según nivel educativo, en las ENDES**

Uso de Métodos Anticonceptivos	NIVEL DE EDUCACION			
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior
<b>ENDES 86</b>				
Usan algún anticonceptivo	19.1	39.3	61.9	69.1
No usan	80.9	60.7	38.1	30.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>446</b>	<b>1299</b>	<b>938</b>	<b>217</b>
<b>ENDES 91-92</b>				
Píldora	1.3	4.5	7.7	6.3
DIU	3.9	7.6	16.8	22.7
Inyección	1.2	1.4	2.7	1.8
Esterilización Femenina	3.9	7.8	7.8	10.1
Otros Métodos Modernos	0.9	2.7	1.3	7.0
Métodos Tradicionales	23.7	27.3	26.0	25.4
No usa	65.1	48.7	34.4	26.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>780</b>	<b>3207</b>	<b>3096</b>	<b>1625</b>
<b>ENDES 96</b>				
Píldora	2.0	4.9	8.5	6.2
DIU	3.9	8.9	13.9	18.6
Inyección	5.3	8.1	9.4	6.3
Esterilización Femenina	6.7	9.6	9.5	10.4
Otros Métodos Modernos	0.9	3.4	6.8	10.5
Métodos Tradicionales	19.5	24.2	22.2	23.3
No usa	61.7	40.9	29.7	24.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>1442</b>	<b>6282</b>	<b>6235</b>	<b>2926</b>
<b>ENDES 2000</b>				
Píldora	2.8	5.5	8.0	7.8
DIU	4.0	4.0	11.9	15.6
Inyección	11.9	15.7	16.8	9.9
Esterilización Femenina	11.8	13.8	11.6	10.8
Otros Métodos Modernos	2.5	4.8	8.4	14.0
Métodos Tradicionales	17.2	19.7	17.9	17.4
No usa	49.8	36.5	25.4	24.5
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° MEFs</b>	<b>1149</b>	<b>5765</b>	<b>5893</b>	<b>2822</b>

Fuente: INEI, ENDES 86, 91-92, 96 y 2000.

- **Discontinuación del uso de Anticonceptivos**

Es importante examinar las razones de la discontinuación del uso de anticonceptivos para estimar, aunque sea en forma indirecta, la intervención de los proveedores de salud en las decisiones de las usuarias para la discontinuación.

En el cuadro 2.14 se han seleccionado los tres métodos modernos más usados: inyecciones, DIU y píldora; y el Ritmo, que es el método tradicional más utilizado en todos los lugares y grupos sociales.

Las razones de discontinuación han sido agrupadas en: desea embarazarse, siente que le hace daño a la salud como



consecuencia de los efectos secundarios experimentados por las usuarias; la falla del método y la no disponibilidad y alto costo de los métodos anticonceptivos.

La razón más nombrada para dejar de usar algún anticonceptivo moderno, sea la píldora, el DIU e inyección, es por los efectos secundarios que producen estos anticonceptivos, tales como aumento del sangrado, ausencia de la menstruación, dolores de vientre y/o cabeza, aumento de peso, nerviosismo, entre otros, y la idea que está más extendida entre las mujeres menos educadas es el temor a contraer el cáncer u otra enfermedad mortal, o concebir hijos deformes, si es que desean embarazarse después de usar el anticonceptivo. (De la Peña y Alcántara, 1999). Los porcentajes de usuarias que declararon que por estos motivos dejaron de usar estos anticonceptivos, fluctúan entre el 48% y 62%; observando inclusive que estos porcentajes son ligeramente más altos en la ENDES 2000.

La segunda razón para dejar de usar alguno de los anticonceptivos seleccionados, fue la decisión de la mujer de tener un embarazo, como lo manifestaron entre el 8% al 23% de usuarias; este motivo de discontinuación suponemos que era esperado, puesto que los anticonceptivos cumplen la función de limitar o espaciar los embarazos, por tanto esta razón es normal que ocurra, especialmente entre las mujeres jóvenes.

La tercera razón que declararon las usuarias fue la falla del método, es importante resaltar que los porcentajes han

ido decreciendo en dos de los tres métodos modernos: el DIU, del 13% en 1986 al 3.3% en el 2000 y la Inyección del 15.2% en 1986 al 2.6% en el 2000. Por el contrario, el porcentaje de falla de la Píldora casi se ha mantenido entre el 7% y 10%; debido a que su uso depende mucho de la responsabilidad y memoria de la propia usuaria. Los porcentajes más elevados de falla anticonceptiva lo tienen el Ritmo, método tradicional que está alrededor del 50% en el período 1986-2000; debido sin duda al escaso o nulo conocimiento de las mujeres del período fértil durante el ciclo ovulatorio, es decir cuál es el momento de mayor riesgo durante el período menstrual para quedar embarazada. Según la ENDES 2000 el conocimiento inadecuado o falta de este conocimiento entre las usuarias del método del Ritmo lo tienen el 38% de usuarias.

La cuarta razón de discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos, ha sido por no encontrarlo disponible en los servicios de salud, y por su alto costo, lo declararon menores proporciones de usuarias, además estos motivos fueron siendo nombrados cada vez menos, como se puede observar en el cuadro 2.14.

La categoría otras razones, comprende un conjunto de respuestas ligadas a situaciones maritales de la pareja como la separación, sexo no frecuente o porque el compañero lo desapruueba, el inicio de la Menopausia también fue nombrado por las usuarias y la búsqueda de un método anticonceptivo más efectivo fue otra razón para dejar de usar el método.

De la revisión de estos resultados, se podría considerar que los proveedores de salud, tanto del sector público como privado, tendrían la responsabilidad de hacer énfasis en bajar los índices de discontinuidad de tres de las cuatro principales razones declaradas por las usuarias, a través de consejerías esmeradas y precisas sobre las ventajas del uso, las indicaciones de uso y los efectos colaterales que cada anticonceptivo produce en relación a las características físicas y de salud de la persona que inicia el uso de algún anticonceptivo. De este modo, bajarían las proporciones de falla del método y se vencería el temor de

las mujeres frente a los daños a la salud por el uso de anticonceptivos.

También el Sector Salud debería considerar un oportuno suministro de anticonceptivos, que si bien está regulado en los Hospitales y Centros de Salud en las ciudades, es insuficiente en los Puestos de Salud de las áreas urbano-marginales y rurales, lo que ocasiona que algunas usuarias discontinúen su uso, con las consecuencias de un embarazo no deseado y por ello con actitudes negativas respecto a la Anticoncepción.

**Cuadro 2.14**  
**Razones para la Discontinuación del Uso de Métodos Anticonceptivos seleccionados**  
**(método utilizado 5 años anteriores a la Encuesta)**

Razones de Discontinuación	Métodos Anticonceptivos			
	Píldora	DIU	Inyección	Ritmo
<b>ENDES 86</b>				
Para embarazarse	19.3	23.2	13.9	21.6
Falla de Método	9.0	13.0	15.2	59.6
Motivo Salud/Efectos Secundarios	50.7	47.8	48.1	1.9
Disponibilidad/costo del método	4.7	-	7.6	-
Otras razones*	16.3	16.0	15.2	16.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Usuarías</b>	<b>233</b>	<b>69</b>	<b>79</b>	<b>463</b>
<b>ENDES 91</b>				
Para embarazarse	13.4	17.1	8.6	17.2
Falla de Método	6.7	5.5	8.0	49.2
Motivo Salud/Efectos Secundarios	48.3	50.5	49.8	1.0
Disponibilidad/costo del método	5.0	0.2	12.3	-
Otras razones*	26.6	26.7	21.3	32.6
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Usuarías</b>	<b>1867</b>	<b>994</b>	<b>737</b>	<b>4108</b>
<b>ENDES 96</b>				
Para embarazarse	11.9	14.2	7.9	17.1
Falla de Método	10.0	3.0	4.6	47.6
Motivo Salud/Efectos Secundarios	48.7	56.1	52.1	1.6
Disponibilidad/costo del método	3.7	0.3	8.3	-
Otras razones*	25.7	26.4	27.1	33.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Usuarías</b>	<b>3191</b>	<b>2335</b>	<b>1750</b>	<b>6430</b>
<b>ENDES 2000</b>				
Para embarazarse	11.1	13.8	8.4	17.5
Falla de Método	8.6	3.3	2.6	42.5
Motivo Salud/Efectos Secundarios	51.0	58.9	61.6	1.1
Disponibilidad/costo del método	3.6	0.2	6.6	-
Otras razones*	25.7	23.8	20.8	38.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>N° Usuarías</b>	<b>3110</b>	<b>1797</b>	<b>3404</b>	<b>4138</b>

Fuente: INEI, ENDES 86, 91-92, 96 y 2000.

\*Quería un método más efectivo, esposo desaprueba, incómodo de usar, Menopausia, separación, sexo no frecuente, no sabe.

• **Fuentes de Suministro y/o de Información de Anticonceptivos**

Las principales fuentes de suministro y/o de información de los métodos anticonceptivos modernos son los distintos establecimientos del Ministerio de Salud-MINSA y ESSALUD. Ambas instituciones del Sector Público, han ido incrementando el porcentaje de usuarias de tales servicios para la obtención de los 5 métodos seleccionados que requieren suministro, como se observa en el cuadro 2.15.

En el año 2000, el Sector Público se constituyó en la fuente casi única de

anticonceptivos como son los inyectables para el 94.2% de usuarias, para el 83% de esterilización femenina y para el 83% de píldoras anticonceptivas.

El sector privado, constituido por las Clínicas y Consultorios, otras instituciones benéficas y ONGs, fueron lugares de obtención para casi una tercera parte de mujeres en el año 1986, en las ENDES siguientes fueron disminuyendo las usuarias, hasta que en el año 2000, solamente en el caso del DIU, se mantuvo un porcentaje considerable de usuarias (23.4%).

**Cuadro 2.15**  
**Fuentes de Suministro y/o Información de los Anticonceptivos seleccionados según las ENDES**

Lugar de Obtención y/o información	METODOS ANTICONCEPTIVOS				
	Píldora	DIU	Inyección	Esterilización Fem.	Preservativo
<b>ENDES 86</b>					
Sector Público	57.7	39.6	9.1	68.1	30.4
Sector Privado	36.0	41.8	30.2	29.2	21.8
Farmacia	-	-	9.1	-	-
Otra fuente	6.3	18.6	51.6	2.7	47.8
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Usuarías</b>	<b>222</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>185</b>	<b>23</b>
<b>ENDES 91-92</b>					
Sector Público	35.9	55.7	36.4	64.0	19.8
Sector Privado	7.8	40.4	13.2	35.4	3.8
Farmacia	48.6	-	45.7	-	59.8
Otra fuente	7.7	3.9	4.7	0.6	16.6
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Usuarías</b>	<b>570</b>	<b>1246</b>	<b>179</b>	<b>742</b>	<b>307</b>
<b>ENDES 96</b>					
Sector Público	58.2	76.4	87.8	78.3	26.2
Sector Privado	6.4	22.2	3.0	19.3	3.0
Farmacia	31.0	-	8.7	-	68.0
Otra fuente	4.4	1.4	0.5	2.4	2.8
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Usuarías</b>	<b>1147</b>	<b>2189</b>	<b>1447</b>	<b>1717</b>	<b>894</b>
<b>ENDES 2000</b>					
Sector Público	83.0	75.7	94.2	83.0	40.3
Sector Privado	11.4	23.4	4.2	15.6	3.7
Farmacia	4.7	-	1.2	-	55.1
Otra fuente	0.9	0.9	0.4	1.4	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>Nº Usuarías</b>	<b>1198</b>	<b>1620</b>	<b>2546</b>	<b>2100</b>	<b>1102</b>

Fuente: INEI, ENDES 86, 91-92, 96 y 2000.

Sector Público: Hospitales, C. de Salud, P. de Salud, Promotoras del MINSA y de ESSALUD

Sector Privado: Clínicas, Consultorios, ONG's y otras instituciones

Otra fuente: Familiares, amigos y otras personas.

Las Farmacias, aunque pertenecen al sector privado, las examinamos en forma independiente, por el papel que cumplieron en los años 80 y 90, como fuente importante de suministro de la Pildora, en 1991, el 48.6% de usuarias se abastecían en las farmacias, porcentaje que bajó al 4.7% en el año 2000. Similar tendencia se dio con la inyección que abastecía al 45.7% de usuarias en 1991, pero que en el 2000 apenas lo hace al 1.2%. Sin embargo, las farmacias siempre han sido las principales proveedoras de los preservativos para más del 50% de usuarias, en el período analizado 1986-2000. La segunda fuente de suministro de los preservativos o condones ha sido el sector público. Este método tiene doble valor porque además de ser un anticonceptivo de barrera, hasta ahora es el único medio reconocido para evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del VIH/SIDA.

## **2.9. Las Enfermedades de Transmisión Sexual: Conocimiento, Riesgos y Fuentes de Información**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) comprenden a las venéreas, la gonorrea, la sífilis y el SIDA que son las más conocidas por la población; el resto de ETS no son reconocidas por sus nombres clínicos, sin embargo el MINSA en sus reportes semestrales han registrado a la Candidiasis como la enfermedad con la mayor tasa de prevalencia, el 71.37 por 100 mil casos notificados entre la población

de 15-44 años (MINSA I Sem. - 1994), le sigue la gonorrea con una tasa de 20.31 por 100 mil, la Sífilis con 8.05 por 100 mil y el SIDA con 3.61 por 100 mil.

Muchas personas ignoran que son portadoras de una ETS, a veces por ausencia de síntomas clínicos, porque tienen una vida sexual irresponsable, por indiferencia, o por falta de accesibilidad a los servicios de salud, constituyéndose de esta manera en un grave problema de salud reproductivo que afecta a varones y mujeres del país.

Las ETS, en general, afectan la salud de quienes la contraen porque produce daños que van desde la infertilidad hasta la muerte. Además, son una fuente enorme de contagio entre las parejas y de madres a hijos. Se ha comprobado que las ETS multiplican hasta por nueve veces la capacidad de transmisión del VIH, virus que produce el SIDA, una de las enfermedades más peligrosas del presente siglo.

No hay una información completa sobre estas enfermedades porque no son reportadas por la población en forma sistemática, no obstante que las ETS forman parte de las enfermedades sujetas a vigilancia por el sector salud.

El programa de control de las ETS y SIDA (PROCETSS); registró 6,177 enfermos de SIDA (1997), cifra que multiplicada por 10 indican que 62 mil podrían estar ya infectados y ser portadores de esta temible enfermedad. Cifra que

según recientes estimaciones al 2000, se elevaría a 100 mil seropositivos. También se conocía que el grupo más afectado era el de mayores de 30 años, pero en los 5 últimos años los infectados son más jóvenes, se estima que adquirieron esa enfermedad entre los 10 a 20 años, porque las manifestaciones de ese mal aparece entre los 5 y 10 después de haber sido contagiados.

Los datos de las dos últimas ENDES proporcionan información sobre el conocimiento de las ETS, formas de contagio, síntomas más comunes, estimación de los riesgos de contraer la enfermedad, formas de prevención y fuentes de información de las ETS y el VIH/SIDA.

Para una visión de la problemática de las ETS, hemos seleccionado tres características que desarrollamos a continuación: conocimiento, percepción del riesgo y fuentes de información del VIH/SIDA.

- **Conocimiento de las ETS y del SIDA**

En el cuadro 2.16, se han seleccionado las tres enfermedades más conocidas por las mujeres en edad fértil, según las ENDES 96 y 2000. Ellas son la Gonorrea, la Sífilis y el SIDA. En el mismo cuadro también se presenta el porcentaje de mujeres que han tenido una ETS, según la ENDES 2000.

En el último quinquenio, tanto los medios de comunicación masiva, como los

profesionales del sector salud han dedicado parte de su tiempo en hacer conocer los riesgos y formas de prevención de estas enfermedades; enfatizando en el SIDA, dada a su explosiva expansión en todo el mundo y en el país.

Al comparar los datos de 1996 con los del 2000, encontramos que según área de residencia, región natural, nivel educativo y por departamentos; el conocimiento de las tres ETS se ha incrementado, en algunos sub grupos más que en otros.

- De las tres enfermedades, el SIDA fue conocida por el 75.7% de MEFs en 1996, conocimiento que subió al 87.3% en el 2000. En 1996 el doble de mujeres urbanas conocían esta enfermedad el 88.4% en relación al 40.7% de las mujeres rurales. Sin embargo, esta brecha se acortó en el 2000, porque el conocimiento de las mujeres rurales subió al 64.7%; y de las mujeres urbanas al 97.1%.

Según región natural, las mujeres de Lima tienen el porcentaje más alto de conocimiento, le sigue las mujeres del Resto de la Costa, de la Selva y por último las mujeres de la Sierra, donde solamente la mitad de mujeres en 1996 conocía algo sobre el SIDA. La misma diferencia entre regiones se da en el 2000. Destaca, sin embargo, el mayor incremento del conocimiento en la Selva, un aumento de 22 puntos porcentuales en cinco años.

El nivel educativo ha sido el factor que ha originado mayor diferencia en el conocimiento del SIDA; así en 1996, el

22.3% de mujeres sin educación conocían la enfermedad, en contraste con el 94.4% con educación superior, que la conocían; una brecha considerable, no solo cuantitativa sino cualitativa, porque estas últimas podían reconocer tanto los síntomas como las medidas preventivas.

Sin embargo, es interesante señalar que en el año 2000, los mayores incrementos en el conocimiento de esta enfermedad correspondieron a las mujeres con educación primaria y sin educación, es probable que tanto los proveedores de salud como los medios de comunicación contribuyeron en este avance.

A nivel departamental, en 1996, las MEFs con más bajo conocimiento fueron: las de Huancavelica, Apurímac, Puno (29.6%, 35.5% y 44.2% respectivamente), y las que tuvieron los porcentajes más altos de conocimiento fueron las de Lima, Tacna e Ica (91.5%, 89.5%, 88.5%). En el 2000, todos los departamentos aumentaron sus porcentajes de conocimiento, aunque continuaron tanto los niveles más bajos como en los niveles más altos en los mismos departamentos (Cuadro 2.16).

- La Gonorrea y la Sífilis, más conocidas como enfermedades venéreas, fueron declaradas en 1996 como conocidas por la quinta parte del total de mujeres (20.7% y 19.4% respectivamente). Después de cinco años, este conocimiento casi se triplicó en el año 2000 (58.9% y 63.8% respectivamente).

Las diferencias del conocimiento de la Gonorrea y Sífilis, según área de residencia, región natural y educación, muestran similares tendencias a lo descrito

anteriormente para el SIDA, siendo los resultados relevantes sobre el conocimiento de la gonorrea y sífilis los que siguen:

- En el año 2000, las brechas de conocimiento de ETS entre las mujeres rurales y urbanas se acortaron, en la gonorrea 5 puntos porcentuales y en la sífilis 13 puntos; en comparación con 1996 que sobrepasaban los 20 puntos porcentuales.
- En la Selva en el 2000, el conocimiento de la gonorrea (82.5%) es muy alto, en comparación con las otras regiones, sospechamos una mayor prevalencia de esta enfermedad en esta región. En cambio el conocimiento de la sífilis, en el mismo año, es más o menos igual que en las otras regiones naturales.
- Las mujeres con los niveles educativos altos fueron las que tuvieron un mejor conocimiento de las dos enfermedades, en ambas ENDES; no obstante la última encuesta registró un mayor incremento del conocimiento entre las mujeres sin educación.
- En 1996, los departamentos con porcentajes menores del 10% de conocimiento fueron: Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Puno y Pasco (todos departamentos de la Sierra). Por el contrario, los porcentajes más altos de conocimiento de estas enfermedades, correspondieron a Loreto, San Martín y Ucayali, departamento de la Selva. Las mismas diferencias se mantuvieron en el 2000.

Por último, un dato interesante, lo encontramos en relación a las mujeres que

han contraído alguna ETS en los últimos 12 meses anteriores a la aplicación de la ENDES 2000, donde una de cuatro entrevistadas había tenido síntomas de una ETS como flujos vaginales, verrugas o llagas genitales. Las mujeres urbanas de la Sierra y Selva, y las con educación secundaria y superior fueron las que declararon que tuvieron en

porcentajes ligeramente mayores que el promedio nacional (25.1%). En los departamentos de Tumbes, Cusco y Junín, se encontraron asimismo los porcentajes más altos, entre el 40% y 45% de mujeres con estas enfermedades de transmisión sexual (cuadro 2.16).

**Cuadro 2.16**  
% de MEFs que declararon conocer las principales ETS y % que han tenido una ETS, según características seleccionadas – ENDES 1996 y 2000

CARACTERÍSTICAS	CONOCIMIENTO						HA TENIDO UNA ETS*
	SIDA		GONORREA		SIFILIS		
	1996	2000	1996	2000	1996	2000	
<b>Area de Residencia</b>							
Urbano	88.4	97.1	25.7	59.6	24.8	65.5	26.5
Rural	40.7	64.7	7.1	54.4	4.3	52.4	22.2
<b>Región Natural</b>							
Lima Metropolitana	92.2	98.9	22.3	51.2	25.6	65.3	24.7
Resto Costa	85.5	95.1	23.2	63.2	22.9	63.8	20.6
Sierra	55.3	69.8	12.7	54.6	12.8	63.9	27.8
Selva	66.4	88.4	34.6	82.5	12.8	58.7	27.5
<b>Nivel Educación</b>							
Sin Educación	22.3	38.6	1.9	20.0	1.1	26.9	18.9
Primaria	53.7	71.1	6.1	42.0	3.4	36.1	22.7
Secundaria	89.0	97.2	20.3	55.9	18.2	60.6	27.3
Superior	94.4	99.9	46.2	69.1	47.8	77.3	26.8
<b>Departamento</b>							
Amazonas	55.8	87.4	14.8	62.7	12.1	56.5	26.7
Ancash	73.4	73.4	15.5	46.8	14.5	48.1	19.9
Apurímac	35.5	60.3	8.4	45.3	9.4	67.1	20.3
Arequipa	85.4	93.1	26.8	59.1	25.2	63.3	28.4
Ayacucho	51.3	70.5	11.6	51.4	11.7	65.4	28.0
Cajamarca	45.6	62.7	6.8	58.2	6.0	53.3	26.9
Cusco	55.5	66.7	14.8	60.7	16.5	69.2	42.3
Huancavelica	29.6	46.4	3.6	52.7	3.9	65.5	14.3
Huánuco	60.0	64.6	24.8	72.0	13.6	78.5	24.0
Ica	88.5	96.9	26.4	64.5	22.8	66.6	28.9
Junín	75.8	89.9	16.4	52.3	17.6	68.0	40.5
La Libertad	73.2	88.0	22.8	52.7	23.9	60.4	14.2
Lambayeque	84.9	91.5	19.5	71.3	20.8	66.5	24.0
Lima	91.5	98.5	21.7	51.1	25.0	64.8	23.9
Loreto	70.3	88.5	47.6	91.7	15.9	54.3	21.8
Madre de Dios	78.7	84.2	27.2	67.5	12.2	73.2	23.6
Moquegua	85.1	93.4	29.5	58.4	29.6	60.6	21.9
Pasco	64.5	86.7	9.6	58.8	9.2	67.3	33.5
Piura	74.5	90.9	18.5	70.2	19.4	71.4	14.7
Puno	44.2	61.0	7.5	38.1	7.1	49.1	26.5
San Martín	68.8	94.8	45.6	93.1	14.0	54.8	29.7
Tacna	89.5	95.5	32.1	70.4	23.8	70.7	30.8
Tumbes	87.2	99.2	29.6	65.9	27.0	59.9	45.5
Ucayali	72.3	93.7	44.5	90.3	13.9	60.6	23.2
<b>TOTAL</b>	<b>75.7</b>	<b>87.3</b>	<b>20.7</b>	<b>58.9</b>	<b>19.4</b>	<b>63.8</b>	<b>25.1</b>

Fuente: INEI, ENDES 96 y 2000.

\* ETS, Flujo vaginal o llagas genitales.

• **Percepción del Riesgo a contraer SIDA**

El SIDA es reconocido por las entrevistadas como una enfermedad mortal, que no se puede curar, que es transmitida por relaciones sexuales no protegidas, así como de la madre al hijo durante el embarazo o lactancia; sin embargo la percepción personal del riesgo de contraer esta temible enfermedad es bastante bajo.

En el cuadro 2.17, presentamos esta información para el año 1996 y 2000, según

área de residencia, región natural y nivel de educación.

Curiosamente, los valores de riesgo, así como de desconocimiento del riesgo; no han variado en los cuatro años que transcurrieron entre las dos encuestas.

Más de la mitad de mujeres (56.8% en 1996 y 56.5% en 2000) declararon que no existía ningún riesgo para que ellas contraigan el VIH/SIDA. El 27% del total de entrevistadas que conocían el SIDA en 1996 y el 30.4% en el 2000, señalaron

**Cuadro 2.17**  
Percepción del Riesgo a contraer SIDA, según características seleccionadas  
ENDES 1996 y 2000

CARACTERÍSTICAS	Ningún Riesgo	Algún Riesgo	Riesgo Alto	No Sabe	Total	Nº de MEFs
<b>ENDES 96</b>						
<b>TOTAL</b>	<b>56.8</b>	<b>27.0</b>	<b>3.4</b>	<b>12.8</b>	<b>100.0</b>	<b>25823</b>
<b>Area de Residencia</b>						
Urbana	55.9	29.9	3.8	10.4	100.0	20821
Rural	60.4	15.0	1.7	22.9	100.0	5002
<b>Región Natural</b>						
Lima Metropolitana	53.0	34.5	3.2	9.4	100.0	9376
Resto Costa	63.8	25.1	2.2	9.0	100.0	6669
Sierra	54.2	21.6	4.7	19.5	100.0	6995
Selva	59.2	20.2	3.7	16.7	100.0	2783
<b>Nivel de Educación</b>						
Sin Educación	49.9	13.4	1.1	35.6	100.0	848
Primaria	54.9	19.7	2.7	22.7	100.0	6527
Secundaria	60.8	25.3	3.5	10.4	100.0	12031
Superior	52.0	39.5	4.1	4.4	100.0	6417
<b>ENDES 2000</b>						
<b>TOTAL</b>	<b>56.5</b>	<b>30.4</b>	<b>3.0</b>	<b>10.1</b>	<b>100.0</b>	<b>24308</b>
<b>Area de Residencia</b>						
Urbana	56.3	33.6	3.2	6.9	100.0	18883
Rural	57.4	19.3	2.1	21.3	100.0	5426
<b>Región Natural</b>						
Lima Metropolitana	56.6	36.3	2.7	4.3	100.0	8541
Resto Costa	54.5	30.5	3.0	12.0	100.0	6707
Sierra	56.3	25.1	3.5	15.1	100.0	6302
Selva	61.6	23.7	2.6	12.0	100.0	2758
<b>Nivel de Educación</b>						
Sin Educación	45.7	15.6	2.1	36.7	100.0	552
Primaria	51.9	23.1	2.6	22.4	100.0	5669
Secundaria	61.0	29.1	2.7	7.2	100.0	12063
Superior	52.9	41.3	3.9	1.9	100.0	6024

Fuente: INEI. ENDES 96 y 2000.



que existía un pequeño riesgo o quizá un riesgo moderado para contagiarse de esta enfermedad. No obstante, las mujeres urbanas, las de Lima Metropolitana y las con educación superior fueron las que estuvieron conscientes que podrían contraer el SIDA.

Las que declararon estar en riesgo alto fueron apenas el 3% de mujeres en ambas Encuestas, las que corresponden a las más educadas, las que residen en las áreas urbanas, en las tres regiones naturales.

En cuanto al mayor desconocimiento del riesgo de contraer el SIDA es importante señalar que fueron las mujeres rurales de la Sierra y Selva, las menos educadas o sin educación; las que mostraron altas proporciones de desinformación tanto en el año 1996 como 2000.

Este último dato, es un llamado de atención al Sector Salud para que dediquen mayor esfuerzo a la capacitación sobre medidas preventivas dirigidas a estos grupos poblacionales que residen principalmente en el interior del país.

- **Fuentes de Información sobre el VIH/SIDA**

Los medios de comunicación masiva, son las principales fuentes para el conocimiento del VIH/SIDA, y entre ellos, la televisión juega un rol preponderante; así en 1996, el 62% del total de MEFs declararon conocer esta enfermedad a través de este medio, curiosamente este

porcentaje se ha mantenido igual en 2000, también se observaron algunos cambios, tales como el incremento del conocimiento por la TV en el área rural de 24.3% en 1996, pasó al 38.7% en el 2000. Lo mismo ocurrió en las regiones de la Sierra y Selva donde se notó un incremento del porcentaje de mujeres informadas por la TV (cuadro 2.18).

La radio, fue el medio de información masiva que ocupó el segundo lugar aunque la proporción de mujeres informadas por este medio ha bajado en el total de 46.3% en 1996 a 39.9% en el 2000. A pesar de la disminución que se observa en el área urbana y en la Costa incluida Lima Metropolitana; en el área rural de la Sierra y Selva, los mensajes radiales sobre esta enfermedad se incrementaron levemente. Estimamos que no debería descuidarse la utilización de este medio de comunicación por su amplio impacto en las áreas más alejadas del país.

Una tercera fuente de información han sido los periódicos y revistas que informaron a menos de un tercio de las entrevistadas. La diferencia es muy grande entre las mujeres urbanas y rurales, tanto en 1996 como en el 2000, así por cada 4 mujeres que leen algo sobre el SIDA en el área urbana, apenas una lo hace en el área rural. La misma diferencia se observa entre Lima Metropolitana y la Selva en 1996, mientras el 39.7% de mujeres de Lima se informa por la prensa escrita, en la Selva, solamente el 17.2% lo hace. En el 2000, estas diferencias continúan manteniéndose.

Otras fuentes de información sobre el VIH/SIDA han sido: los servicios de salud, la escuela, los amigos y familiares. En todas las fuentes se aprecia un aumento porcentual al comparar el año 1996 con el 2000. En el caso de los servicios de salud, del 11.1% en 1996 se pasó al 25.6% en el 2000, notándose que los mayores incrementos porcentuales se dieron en el área rural y muchísimo más en la Sierra, donde se pasó del 7.4% informadas por los proveedores de salud en 1996, al 21% en el año 2000; en la Selva los servicios de salud también

contribuyeron en forma significativa al conocimiento del VIH/SIDA.

La Escuela tuvo un papel importante al igual que los servicios de salud, particularmente en la Sierra y Selva, como se observa en el cuadro 2.18.

Las charlas, videos y otros medios como afiches, panfletos distribuidos en los centros de trabajo y en las instituciones locales, fueron otras fuentes de información nombradas en el año 2000.

**Cuadro 2.18**  
Fuentes de Información sobre el VIH/SIDA, según Area de Residencia y Región Natural ENDES 1996 y 2000

FUENTES DE INFORMACION	TOTAL	AREA DE RESIDENCIA		REGION NAT URAL			
		Urbana	Rural	Lima Met.	Resto Costa	Sierra	Selva
<b>ENDES 96</b>							
Radio	46.3	48.6	40.0	42.7	50.8	46.5	47.0
TV	62.4	76.1	24.3	78.8	73.9	41.8	49.6
Periódico/Revista	29.5	36.9	9.0	39.7	36.1	18.6	17.2
Servicios de Salud	11.1	11.4	10.4	13.2	11.9	7.4	14.5
Escuela	14.4	17.5	5.9	19.3	16.1	9.9	9.9
Amigos, Familia	11.0	11.8	8.7	12.1	12.7	9.2	9.4
Otras Fuentes*	35.3	40.2	21.4	41.1	36.7	29.6	32.0
<b>N° MEFs</b>	<b>28951</b>	<b>21266</b>	<b>7685</b>	<b>9435</b>	<b>6892</b>	<b>9445</b>	<b>3178</b>
<b>ENDES 2000</b>							
Radio	39.9	37.1	49.6	32.2	36.9	49.4	49.1
TV	61.9	68.5	38.7	68.0	67.0	52.0	53.1
Periódico/Revista	27.1	31.4	12.0	32.7	29.1	20.6	19.8
Servicios de Salud	25.6	25.2	27.0	26.1	25.6	21.0	34.2
Escuela	23.8	25.9	16.4	27.0	24.1	20.8	20.2
Amigos, Familia	13.4	14.1	10.9	17.2	11.5	10.4	13.1
Charlas/Videos	18.7	19.4	28.0	15.7	19.6	25.1	34.2
Otras Fuentes*	11.9	13.9	5.2	15.4	11.8	8.6	9.2
<b>N° MEFs</b>	<b>27843</b>	<b>19453</b>	<b>8390</b>	<b>8637</b>	<b>7067</b>	<b>9023</b>	<b>3116</b>

Fuente: INEI, ENDES 96 y 2000.

\*Panfletos, afiches, lugar de trabajo, Iglesia, Reuniones comunitarias y otras.

## 2.10. Conocimiento y uso del Condón

Se examina por separado el Condón por su doble rol de anticonceptivo y de medio preventivo de las ETS y el VIH/SIDA, cuya difusión y distribución compete principalmente a los servicios de salud.

El condón o preservativo es ampliamente conocido por todos los grupos poblacionales, según lo presentado en el cuadro 2.19. Aún las mujeres sin educación lo conocen, según declaración del 75% de MEFs en 1996 y 79% en el 2000. Sin embargo, este amplio conocimiento no garantiza su uso, que es bastante bajo. Apenas el 5.8% de mujeres en 1996, informó que usó el condón en su última relación sexual, y este valor subió apenas al 7.8% en el 2000; a pesar de que este método anticonceptivo es el medio preventivo más publicitado para evitar contraer una ETS y evitar un embarazo.

Los mayores porcentajes de uso del condón, corresponden a las mujeres limeñas, el 11.4%, y las que alcanzaron educación superior el 12.9% en el 2000.

### • Conocimiento de la fuente de obtención del Condón

En el cuadro 2.19, aparece que en 1996 la principal fuente de obtención del condón era la Farmacia para el 49.5% de mujeres, en el año 2000 pasa a ser la segunda fuente de obtención, después de los establecimientos del Sector Público, aún cuando incrementó su porcentaje al

58.2% que acude a la farmacia para obtener el condón, para así tener una relación sexual segura o evitar una ETS.

Los servicios de salud del sector público, fueron las fuentes de suministro más importante en el 2000, según lo informan el 65.1% de MEFs; cifra que duplicó a lo declarado en 1996 por el 32.7% de usuarias a nivel nacional. Es destacable que esto haya ocurrido en todos los sub-grupos de la población; en las áreas urbanas y rurales, en las regiones naturales y según nivel educativo; aún cuando todavía sea bajo el uso del condón, según lo declarado por las mujeres. Es probable que si los varones hubiesen informado los porcentajes serían más altos.

El Sector Privado como fuente de abastecimiento del condón, fue utilizado muy poco, con excepción de las mujeres de Lima Metropolitana y las más educadas; el resto de mujeres no conocen esta fuente.

## 2.11. Conocimiento y prevención del cáncer uterino y mamario

Como tema final de este capítulo, se examinó el conocimiento y prevención del cáncer uterino y mamario, enfermedades ginecológicas, que forman parte de la atención de los Servicios de Salud, dentro del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

En casi la mayoría de países desarrollados, las pruebas de papanicolao y el examen de mamas, son realizados en forma periódica en los servicios de salud

públicos y privados, con el fin de detectar oportunamente un probable cáncer, en su etapa curable.

En nuestro país, a pesar de que son enfermedades frecuentes entre las mujeres en edad fértil, no existe la costumbre de que las mujeres soliciten estas medidas de control para detectar

cualquier síntoma de estas enfermedades, que según las estadísticas de salud, cada año comprometen a más pacientes.

Las ENDES 1996 y 2000, incluyeron en el cuestionario tres preguntas sobre: a) conocimiento de la Prueba del papanicolao (PAP), b) si se hicieron la Prueba PAP y c) si se hicieron el examen de mamas.

**Cuadro 2.19**  
**Conocimiento y Uso del Condón y Fuente de Obtención, según características seleccionadas - ENDES 1996 y 2000**

CARACTERÍSTICAS	Conoce el CONDON	CONOCE FUENTE PARA EL CONDON				Uso del Condón Última R.S.
		Sector Público	Farmacia	Sector Privado	No conoce Fuente	
<b>ENDES 96</b>						
<b>TOTAL</b>	<b>94.9</b>	<b>32.7</b>	<b>49.5</b>	<b>2.5</b>	<b>15.2</b>	<b>5.8</b>
<b>Area de Residencia</b>						
Urbana	97.6	27.0	59.5	3.0	10.5	6.7
Rural	85.2	53.6	13.3	0.8	32.3	2.9
<b>Región Natural</b>						
Lima Metropolitana	98.9	19.2	70.1	4.3	6.4	8.5
Resto Costa	97.6	34.7	51.6	1.9	11.8	4.9
Sierra	87.9	40.5	30.9	1.8	26.7	4.8
Selva	94.2	49.0	28.9	0.6	21.4	3.0
<b>Nivel de Educación</b>						
Sin Educación	75.2	30.4	13.8	0.6	55.2	1.4
Primaria	89.1	39.0	30.1	2.0	28.9	3.6
Secundaria	98.8	32.3	57.3	2.9	7.6	6.2
Superior	99.9	25.2	69.6	3.0	2.2	9.8
<b>ENDES 2000</b>						
<b>TOTAL</b>	<b>97.5</b>	<b>65.1</b>	<b>58.2</b>	<b>9.2</b>	<b>10.9</b>	<b>7.8</b>
<b>Area de Residencia</b>						
Urbana	99.0	62.8	70.3	11.5	7.3	9.1
Rural	93.0	72.4	20.3	2.1	22.3	3.6
<b>Región Natural</b>						
Lima Metropolitana	99.5	53.3	82.4	15.7	5.2	11.4
Resto Costa	98.1	64.9	60.2	7.1	10.6	6.1
Sierra	94.4	72.6	35.2	5.3	17.9	6.2
Selva	97.6	80.8	38.5	5.1	12.5	5.4
<b>Nivel de Educación</b>						
Sin Educación	79.0	53.3	13.1	1.6	47.3	1.3
Primaria	94.4	68.4	32.6	3.2	22.3	3.6
Secundaria	99.5	75.2	66.6	8.4	6.3	8.1
Superior	100.0	72.4	79.0	18.9	1.3	12.9

Fuente: INEI, ENDES 96 y 2000.

En el cuadro 2.20, se encuentran los resultados a estas tres interrogantes, referidos a los cinco años anteriores a la aplicación de las Encuestas.

- **Conocimiento de la Prueba PAP**

Las dos ENDES, registraron que existe un buen conocimiento de las MEFs de la Prueba PAP; así en 1996, el 78.3% del total declararon conocerla; este valor inclusive subió hasta el 85.1% en el año 2000.

Los porcentajes más altos en ambas Encuestas, corresponden a las mujeres urbanas, principalmente de Lima Metropolitana, que tienen educación superior y que se encuentran en el grupo etáreo de 30 a 39 años de edad; en estos grupos los porcentajes fluctúan entre el 85% al 99% de conocimiento de las MEFs.

Los menores porcentajes se dan entre las mujeres analfabetas y rurales, según las ENDES 1996 y 2000, sin embargo estos valores en ningún grupo poblacional fueron menores del 39%, mostrando de este modo que existe un buen conocimiento de la prueba PAP.

- **Prueba del Papanicolao**

Este es un examen para detectar el cáncer del cuello uterino, que representa un serio problema de salud de la mujer por sus repercusiones sociales y económicas para la familia. Es necesario señalar que existe resistencia de la población femenina de someterse a este examen por temor, ignorancia o porque se sienten inmunes a tal enfermedad. A

pesar de que conocen la prueba no se la hacen.

En el cuadro 2.20, según la ENDES 96, el 42.9% del total de MEFs se hicieron la prueba PAP en los últimos cinco años; porcentaje que subió apenas al 45.7% en el año 2000, pese a las múltiples campañas que realizaron los proveedores del MINSA en la mayoría de ciudades del país.

A modo de comparación, la ENAHO-98, encontró que a nivel nacional solamente una de cada cinco mujeres, el 22.7% se hicieron este examen en los 12 meses anteriores a la Encuesta, porcentaje sumamente bajo si se tiene en cuenta que en otros países, este examen anual es de rutina entre las mujeres, como medida preventiva.

Al examinar los datos de la ENDES 96, los porcentajes más bajos corresponden a las mujeres rurales; las que residen en la sierra y selva; son las adolescentes y adultas jóvenes menores de 30 años y que no tiene educación. La ENDES 2000, sin embargo muestra alentadores porcentajes de incremento de la Prueba del PAP, entre los grupos poblacionales antes mencionados, como se observa en el cuadro 2.20.

- **Examen de Mamas**

Este examen permite detectar algún signo de cáncer a las mamas, inclusive los proveedores de salud deberían entrenar a las mujeres para auto examinarse y de ese modo buscar la cura de este problema de salud de la mujer.

Del total de MEFs encuestadas en 1996, el 15.2% declararon haber sido examinadas en los 5 años anteriores a la Encuesta; este porcentaje subió al 19.1% entre las encuestadas en el año 2000; un aumento nada considerable.

Asimismo, la ENAHO-98, encontró que apenas el 12.3% de MEFs, habían sido examinadas de las mamas en los últimos 12 meses, para diagnosticar un problema de cáncer.

**Cuadro 2.20**  
**% de MEFs que conocen y se hicieron la Prueba de Papanicolaou y el examen de mamas en los últimos 5 años**

CARACTERISTICAS	Conoce la Prueba PAP	Hicieron la Prueba PAP	Hicieron el examen de Mamas
<b>ENDES 96</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>78.3</b>	<b>42.9</b>	<b>15.2</b>
<b>Area de Residencia</b>			
Urbano	89.1	44.4	18.5
Rural	48.4	35.0	6.3
<b>Región Natural</b>			
Lima Metropolitana	94.3	48.5	22.9
Resto Costa	88.1	42.2	14.9
Sierra	57.5	37.2	9.7
Selva	70.9	36.0	9.6
<b>Edad de la MEF</b>			
15 – 19	62.0	5.4	5.3
20 – 29	81.4	35.8	13.3
30 – 39	85.3	60.8	20.3
40 – 49	81.1	61.7	22.9
<b>Nivel de Educación</b>			
Sin Educación	39.2	39.7	6.0
Primaria	63.4	46.7	10.4
Secundaria	84.8	40.9	14.2
Superior	96.5	43.1	26.2
<b>ENDES 2000</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>85.1</b>	<b>45.7</b>	<b>19.1</b>
<b>Area de Residencia</b>			
Urbano	93.3	46.8	23.1
Rural	66.1	42.3	10.0
<b>Región Natural</b>			
Lima Metropolitana	95.5	50.5	26.1
Resto Costa	92.4	43.1	19.8
Sierra	69.5	43.1	13.0
Selva	84.4	43.7	15.3
<b>Edad de la MEF</b>			
15 – 19	70.1	6.7	5.4
20 – 29	85.8	40.0	17.3
30 – 39	90.4	62.7	24.2
40 – 49	87.7	62.6	28.7
<b>Nivel de Educación</b>			
Sin Educación	50.3	45.8	8.5
Primaria	74.0	47.9	12.4
Secundaria	89.5	42.5	17.3
Superior	98.9	49.6	34.1

Fuente: INEI. ENDES 96 v 2000.

Según los resultados del cuadro 2.20, los porcentajes más altos de MEFs examinadas de las mamas en 1996 y 2000 son las mujeres con educación superior, que tienen entre 40 y 49 años y residen en Lima Metropolitana.

Por el contrario, los porcentajes más bajos en 1996 y 2000, corresponden a las mujeres sin educación, jóvenes menores de 30 años, residen en áreas rurales de la sierra y selva.

Qué hacer frente a estos resultados? Será necesario mejorar las campañas de difusión sobre la importancia que tiene para la salud femenina, conocer para qué sirven estos exámenes del PAP y de mamas, para inducir las a su práctica, como medida preventiva para evitar estas enfermedades que afectan cada vez más a las mujeres peruanas.

## 2.12. Principales hallazgos

En este capítulo se analizó la evolución de los indicadores de accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, tanto directos, tales como: la atención prenatal, atención del parto, fuente de suministro de anticonceptivos, fuente de información sobre el VIH/SIDA; así como indicadores indirectos como: la prevalencia anticonceptiva, conocimiento y prevalencia de las ETS y de las Pruebas de detección del cáncer uterino y mamario.

Este análisis permitió conocer el significativo avance en la atención prenatal, así en 1978, solamente el 49% de embarazos fueron controlados, valor que se incrementó hasta alcanzar el 85% de embarazos controlados en el 2000.

Se encontraron marcadas diferencias en el comportamiento de las mujeres serranas, en comparación con las costeñas, en lo referente al acceso para el control prenatal, debido a cuestiones culturales y económicas, factores no incluidos en las encuestas ENDES. No obstante, la bibliografía revisada permitió contar con una explicación de la hipótesis 1 planteada al respecto, valiéndonos de esas fuentes secundarias.

La demanda de atención hospitalaria del parto a través del tiempo, también se ha incrementado, pero no en el volumen del control prenatal, así del 41% de partos hospitalarios en 1978 se pasó al 58% en el 2000, pero aún no se ha logrado la meta del 75% de partos hospitalarios señalada por el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Promudeh, 1999).

Sin embargo, se cumplió lo enunciado en la hipótesis 2, puesto que la mayoría de partos hospitalarios han ocurrido en áreas urbanas y entre las mujeres con los niveles más altos de educación; características que no han variado a través del tiempo estudiado. Asimismo, la atención del parto profesional fue mayor en los embarazos con cuatro o más atenciones prenatales (78%) que los que no tuvieron cuidado prenatal (22%).

Las principales fuentes de abastecimiento de anticonceptivos fueron los establecimientos del MINSALUD y ESSALUD. Así en el 2000 este sector público se constituyó en la fuente casi única de los inyectables (94%), esterilización femenina (83%), píldora (83%) y DIU (76%). Las Farmacias fueron la fuente principal del sector privado para el suministro del Preservativo (55%).

El desconocimiento de las ETS y SIDA, y la percepción del riesgo para contraer estas enfermedades fue más alto entre las mujeres de la Sierra y Selva; sin embargo la prevalencia de alguna ETS fue ligeramente más alta en tales regiones; este hecho es un llamado de atención para el sector Salud, a fin de que se dedique más esfuerzo a las campañas de IEC dirigidos a estos grupos de la población, utilizando más intensivamente los medios masivos de información, los servicios de salud y las escuelas.

Por último, se encontró que la detección del cáncer mamario y uterino fue sumamente bajo, las mujeres que se sometieron a la prueba del papanicolao en los 5 años anteriores a la Encuesta, fue apenas el 42.9% y del examen de mamas en el mismo período, apenas el 15.2% de entrevistadas en 1996.

Los porcentajes más bajos de estas dos formas de detección temprana del cáncer, correspondieron a las mujeres rurales, las que viven en la sierra y selva, y las que no tienen educación. Nuevamente, los estudios de índole cualitativo contribuyeron a explicar estos resultados, en el sentido que no conocen las medidas de prevención, debido a la deficiente información recibida en sus áreas de residencia y si escucharon algo sobre las ETS y/o las enfermedades ginecológicas, ellas creyeron que no estaban expuestas a contraer esos males porque tales enfermedades eran propias de las ciudades. De donde se asume que, el sector salud debería emprender campañas masivas para la difusión de medios preventivos acerca de estas enfermedades, que están afectando cada vez con mayor fuerza a la salud sexual y reproductiva de la población y de las mujeres en particular.



### III. LA FECUNDIDAD EN EL PERU: DETERMINANTES Y CAMBIOS EN EL PERIODO 1986-2000

---

El crecimiento de la población peruana está directamente influenciado por la fecundidad, por lo que es necesario estudiar sus niveles, tendencias y cambios en el tiempo, con la mayor profundidad posible y, de ser posible, llegar al nivel distrital.

La información censal nos permite medir niveles y tendencias de la fecundidad y otras variables demográficas, para unidades geográfico-administrativas menores; pero, no se puede llegar a mayores explicaciones de estos niveles y sus cambios en el tiempo. Estas mayores explicaciones, las podemos encontrar utilizando información de encuestas especializadas que, por limitaciones muestrales, proporcionan información únicamente para departamentos, en el mejor de los casos.

Encuestas especializadas la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-78), Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES 1986, ENDES 1991-1992, ENDES 1996 y ENDES 2000), proporcionan información sumamente valiosa para el estudio de la fecundidad, cabe mencionar que el análisis a nivel departamental sólo se puede efectuar con las ENDES 1996 y 2000.

Con el fin de tener una visión continua de la fecundidad peruana y sus cambios en el tiempo, en este estudio se han seguido los planteamientos de Elsa

Alcántara (1994) y Jorge Ortíz (1988), quienes estudian los períodos 1969-1977 y 1977-1986, utilizando información de las encuestas PEAL-PECFAL, ENAF y ENDES 1986 y 1991-1992. Ahora, utilizando información de las ENDES 1996 y 2000, se amplía el análisis al período 1996-2000, bajo los mismos criterios metodológicos seguidos por los autores mencionados. De esta manera, se completa el estudio de la fecundidad peruana y cambios durante el período 1969 - 2000.

Es oportuno puntualizar que, los casi 1,200 indicadores que se presentan para 1996 y el 2000, son resultados propios, obtenidos para este trabajo con información original de las ENDES 1996 y 2000; por lo tanto, pueden haber indicadores cuyos valores difieran ligeramente con los de otras publicaciones. Estas diferencias son atribuibles a variaciones en criterios metodológicos, que se precisan en el desarrollo del estudio en el anexo correspondiente.

#### 3.1 Fecundidad y Variables Intermedias

Con el objeto de conocer adecuadamente los determinantes próximos de la fecundidad, analizaremos la influencia de las llamadas variables intermedias tipificadas por Davis y Blake (1956), según el modelo propuesto por John Bongaarts (1978-1982).

Se entiende como variable intermedia de la fecundidad, un factor biológico y/o de comportamiento a través del cual las variables socioeconómicas, culturales y ambientales pueden afectar la fecundidad.

Aunque el Modelo sólo se puede aplicar a niveles agregados, es sumamente útil porque permite cuantificar los efectos de las principales variables intermedias de la fecundidad.

Bongaarts postula que el máximo potencial de la Fecundidad o Tasa de Fertilidad Total (TF), debería estar entre los 13 y 17 hijos por mujer. Las mujeres no alcanzan a tener este número potencial de hijos debido principalmente a la influencia de la nupcialidad, la anticoncepción, la práctica del aborto inducido y la infecundabilidad post-parto derivada de la lactancia. Luego del impacto de estos determinantes próximos, la fecundidad potencial se reduce a una fecundidad observada, medida por la Tasa Global de Fecundidad.

En el Modelo de Bongaarts, los efectos en la fecundidad de los cuatro determinantes próximos más importantes, son medidos por los siguientes índices:

**Cm** = Índice de proporción de mujeres en unión, es igual a 1 si todas las mujeres en edad reproductiva están casadas y 0 en ausencia de unión.

**Cc** = Índice de anticoncepción que es igual a 1 en ausencia de anticoncepción y 0 si todas las mujeres fecundas usan anticonceptivos 100% eficaces.

**Ca** = Índice de aborto inducido que es igual a 1 en ausencia de aborto inducido y 0 si todos los embarazos fueran abortados.

**Ci** = Índice de infecundabilidad post-parto que es igual a 1 en ausencia de lactancia y 0 si la duración de la infecundabilidad por lactancia es infinita.

La relación entre la fecundidad observada en las poblaciones, medida por la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la fecundidad potencial (TF) y los índices que generan el paso de la fecundidad potencial a la fecundidad observada, se resume en la siguiente ecuación:

$$TGF = TF \times C_m \times C_a \times C_c \times C_i$$

En el Anexo Metodológico se presentan, en forma resumida, los procedimientos seguidos para el cálculo de cada uno de los índices, así como los ajustes metodológicos que se hacen al Modelo.

Seguidamente, analizamos los efectos de las variables intermedias de la fecundidad al aplicar el esquema de Bongaarts a los datos de la ENDES 1996 y 2000 según Área de residencia urbana y rural, Nivel educativo alcanzado por las mujeres y Regiones naturales. Las definiciones de las variables de control se presentan también en el Anexo metodológico.

Cabe precisar que en los cuadros del ANEXO ESTADÍSTICO, se presentan los valores de todas las variables que

intervienen en el Modelo de Bongaarts para los diferentes cortes de estudio, más las distribuciones porcentuales de la fecundidad, que nos permiten estudiar las estructuras de la fecundidad y completar los análisis del tema.

Los cuadros que se presentan en el texto, mayormente provienen del Anexo estadístico, y se han considerado en ellos, los resultados que consideramos básicos para el estudio; por ejemplo, los porcentajes de reducción de la Fecundidad potencial que representan el EFECTO CONJUNTO de las variables intermedias en la fecundidad y que realmente miden el impacto de estas v.i. en la reducción de la fecundidad.

Como se describe en el Anexo Metodológico, los porcentajes de reducción se elaboran en base a los Índices (Cm, Cc y Ci) que ya no tienen que aparecer en los cuadros del texto.

A diferencia de publicaciones anteriores, la suma de los porcentajes mencionados es 100 %, el procedimiento se describe en el Anexo metodológico y consideramos que los resultados son realmente comparables entre sí.

### 3.2 La Fecundidad e influencia de las Variables Intermedias según Área de Residencia Urbana y Rural, año 1996

Como se observa en el Cuadro 3.1, la fecundidad peruana está bastante diferenciada por el área de residencia de las mujeres, remarcándose que en el área urbana, la fecundidad para 1996, fue de 2.8 hijos por mujer, la mitad de la fecundidad en el área rural, donde alcanzó los 5.6 hijos por mujer. El promedio nacional fue de 3.5 hpm.

El número promedio de hijos que, potencialmente, podría tener una mujer en el Perú de 1996 era 19.3 (TF del Cuadro A-1 del Anexo Estadístico; sin embargo, la fecundidad observada, TGF, fue de 3.5 hijos por mujer). Asumimos, con el modelo, que la reducción de la fecundidad potencial a la observada, se debió principalmente a los siguientes factores: El no matrimonio, la anticoncepción, la infecundabilidad post-parto debido a la lactancia y el aborto. Este último factor no lo tomamos en cuenta pues su práctica es penada por ley y los datos no son muy confiables. Veremos seguidamente la influencia de estos factores en la fecundidad urbana y rural.

**Cuadro 3.1**  
**PERU 1996: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Area de Residencia**

	TFG h.p.m	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia media (meses)	Uso M.A.C %	Efect.Pr om.M.A. C	Mujeres en Unión %	Edad a la Tra. Unión
		No matr.	Anticonce.	Lactancia					
TOTAL	3.53	33.6	47.9	18.5	14.41	61.2	0.840	58.3	20.0
<b>Area de residencia</b>									
<b>URBANA</b>	<b>2.80</b>	<b>35.5</b>	<b>49.5</b>	<b>15.1</b>	<b>13.49</b>	<b>67.0</b>	<b>0.846</b>	<b>54.3</b>	<b>20.5</b>
<b>RURAL</b>	<b>5.58</b>	<b>26.5</b>	<b>46.4</b>	<b>27.1</b>	<b>15.02</b>	<b>48.7</b>	<b>0.823</b>	<b>69.4</b>	<b>18.7</b>

Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A-1 del Anexo estadístico

- **No matrimonio**

El efecto del no matrimonio o celibato en la reducción de la fecundidad fue mucho mayor en el área urbana: 35.5 % frente a 26.5 % en el área rural, explicable porque en el área urbana las mujeres se casaban en proporciones menores y a mayor edad que en el área rural, siendo considerablemente menor su exposición al riesgo de embarazo. Así, el 54% de las mujeres urbanas entre 15 y 49 años estaban casadas o unidas, y en el área rural el 69% ; por otro lado, la edad media a la primera unión fue de 20.5 años en el área urbana y de 18.7 años en el área rural.

- **Anticoncepción**

El impacto de la anticoncepción en la reducción de la fecundidad, es resultado de la proporción de usuarias (u), y de la efectividad de los métodos empleados (e). Estos datos y otros referidos a la contracepción, para el país y las áreas urbana y rural en 1996, se presentan en el Cuadro 3.1 y en el Cuadro A-1 del Anexo Estadístico. Dentro de los "OTROS" métodos anticonceptivos se consideran el ritmo, lavado, retiro y condón.

En 1996, el efecto reductor de la fecundidad potencial por el uso de anticonceptivos fue de 48% para el total del país, y en las áreas urbana y rural de 49.5 y 46.4 %, respectivamente.

El impacto diferencial de la contracepción puede atribuirse a que en el área rural, el promedio de mujeres usuarias de anticonceptivos fue de 49% mientras que en el área urbana fue de 67%

y con métodos más eficaces. Se destaca el 9% de uso de inyectables en el área rural, frente al 7% en el área urbana.

- **Lactancia**

A nivel nacional, la Fecundidad potencial se reduce en 18.5 % por efecto de la lactancia, que era 14.4 meses en promedio. En el área urbana la reducción es de 15 %, y en el área rural de 27%. El impacto diferencial urbano y rural debido a la lactancia, es explicable por las diferencias en el tiempo medio de lactancia que es de 13.5 meses en el área urbana y de 15 meses en el área rural.

Los comentarios anteriores nos permiten apreciar que en 1996, las variables intermedias influyen diferencialmente en la fecundidad urbana y rural. La anticoncepción, destaca como principal efecto inhibitor de la fecundidad en ambas áreas pero con mucho más fuerza en el área urbana donde, los patrones de nupcialidad, contribuyen a reducir aún más la fecundidad.

Aunque el impacto de la lactancia en la disminución de la fecundidad en el área rural es considerable (27%), no llega a compensar el limitado impacto del no matrimonio y la anticoncepción, aunque esta última parece estar tomando fuerza.

Debe destacarse que, a diferencia de otros países, la lactancia también tiene un efecto inhibitor de la fecundidad en el área urbana, donde se está registrando un ligero incremento en el tiempo promedio de lactancia.

### 3.3 La Fecundidad e influencia de las variables intermedias por regiones naturales, año 1996

Las regiones naturales del Perú son Costa, Sierra y Selva. En la Costa se consideran dos sub regiones: Lima Metropolitana, ciudad Capital con las mayores ventajas comparativas del país, y Resto de Costa.

En el Cuadro 3.2 observamos que, en 1996, la fecundidad sigue diferenciando claramente la Sierra y Selva de Lima Metropolitana y del Resto de Costa, siendo Lima la que presenta la menor fecundidad

con una TGF de 2.5 hijos por mujer, seguida del Resto de la Costa con 2.8 hpm. En la Sierra, la fecundidad observada fue de 4.6 hijos por mujer y en la Selva de 4.7. Aunque las tasas de la Sierra y Selva han disminuido en relación a años anteriores, siguen siendo altas y como 1.7 veces mayores que las del total.

La información del Cuadro 3.2, nos ayudan a apreciar la influencia de las variables intermedias en la fecundidad por regiones naturales del Perú y a acercarnos a las explicaciones de las diferencias interregionales.

**Cuadro 3.2**  
Perú 1996: Indicadores del Modelo Bongaarts por Región Natural

REGIÓN NATURAL	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Media (meses)	Uso M.A.C %	Efect Prom. M.A.C	Mujeres en Unión %	Edad a la 1ra. unión
		h.o.m.	No matri.	Anticonce.					
TOTAL	3.53	33.6	47.9	18.5	14.41	61.2	0.840	58.3	20.0
LIMA MET.	2.45	38.1	47.0	15.0	14.1	67.8	0.843	51.9	21.1
RESTO COSTA	2.76	32.4	52.5	15.2	13.0	66.3	0.858	57.2	20.0
SIERRA	4.57	33.4	43.9	22.7	15.3	54.6	0.815	61.5	19.5
SELVA	4.70	22.2	55.6	22.2	13.5	55.4	0.862	70.5	18.4

*Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A-1 del Anexo estadístico*

- **No matrimonio**

El efecto del no matrimonio o celibato derivado, principalmente, de la proporción de mujeres en unión, nos hace ver la gran diferencia ante la nupcialidad entre las mujeres de Lima Metropolitana y de las demás regiones ya que, en la Gran Capital, menos del 52% de las mujeres en edad

fértil estaban casadas o unidas en 1996. Esta proporción fue de 57, 2%, 61,5% y 70,5%% en el Resto de Costa, Sierra y Selva, respectivamente. Consecuentemente, la fecundidad potencial se vio reducida diferencialmente por efectos del no matrimonio en 38 % en Lima Metropolitana, 32 % en el Resto de Costa, 33 % en la Sierra, y en 22 % en la Selva.

Los diferenciales se explican mas aún si tenemos en cuenta que la edades promedio a la primera unión fueron de 21.5 años en Lima Metropolitana, 20 y 19.5 años en el Resto de Costa y Sierra, respectivamente y de 18.4 años en la Selva, 3 años menos que en Lima Metropolitana.

- **Anticoncepción**

La reducción de la fecundidad por efecto del uso de anticonceptivos, fue de 47% en Lima Metropolitana, 53% en el Resto de Costa y de poco menos de 44% en la Sierra y 55.6% en la Selva. Si bien, la prevalencia en el uso de anticonceptivos en Lima Metropolitana y el Resto de Costa estuvieron por el 67% y las de Sierra y Selva por el 55 %, en la Selva se registró la mayor efectividad promedio, con un claro impacto de la esterilización femenina y el uso de inyectables.

- **Lactancia**

El mayor impacto de la infecundabilidad post-parto, debida a la lactancia se dio en la Sierra, donde la fecundidad se redujo en 23 % por efecto de un tiempo medio de lactancia de 15.3 meses. En el Resto de Costa y en la Selva, el porcentaje de reducción de la fecundidad potencial fue de 15% y 22% respectivamente, con tiempos promedio de lactancia de alrededor de 13 meses. El menor impacto de la lactancia se registró en Lima Metropolitana (15%), con un tiempo medio de lactancia de 14 meses.

Como se ha podido ver, la práctica anticonceptiva es la que marca la mayor diferencia de fecundidad entre las regiones naturales, principalmente entre Lima Metropolitana, Resto de Costa y las otras regiones. El otro factor que contribuye a ampliar las diferencias entre Lima y el resto de regiones naturales, es la nupcialidad debido a que en la Capital las mujeres se casan en menores proporciones y, en promedio, a mayor edad que en las otras regiones.

En cuanto a lactancia, mantiene su importancia relativa como reductora de la fecundidad, especialmente en la Sierra.

### **3.4 La Fecundidad e influencia de las Variables Intermedias por nivel de Educación, año 1996.**

En el Cuadro 3.3 vemos que se cumple la conocida correlación alta e inversa entre el número de hijos de las mujeres y su nivel educativo. Así, en 1996, la Tasa Global de Fecundidad de las mujeres con algún año de Secundaria o más fue de 2.5 hijos por mujer, mientras que en el grupo de mujeres analfabetas fue casi 3 veces más: 6.9 hijos por mujer.

Las mujeres con primaria incompleta redujeron su fecundidad en 1.5 hijos respecto a las analfabetas, alcanzando los 5.4 hpm. y las mujeres que completaron la primaria, bajaron su fecundidad al nivel de 4.6 hijos por mujer.

**Cuadro 3.3**  
Perú 1996: Indicadores del Modelo Bongaarts por Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	TGF	% de reducción de la			Lactancia Media (meses)	Uso M.A.C. (%)	Efect. Prom. M.A.C.	Mujeres en Unión (%)	Edad a la 1ra. unión
		Fec. Potencial debido a:							
	h.o.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia					
TOTAL	3.53	33.6	47.9	18.5	14.41	61.2	0.840	58.3	20.0
SIN INST.	6.86	27.4	38.1	34.5	15.9	36.7	0.820	80.1	18.4
PRIM. INCOM.	5.35	26.2	48.4	25.5	15.2	52.3	0.837	74.2	18.5
PRIM. COMP.	4.36	24.4	55.0	20.6	14	61.5	0.835	74.1	18.9
SEC. +	2.52	36.3	49.5	14.2	13.2	68.3	0.845	49.1	22.1

Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A-1 del Anexo estadístico

La información del Cuadro 3.3, nos permitirán apreciar mejor la influencia de las variables intermedias en la fecundidad de acuerdo al nivel educativo alcanzado por las mujeres, además de acercarnos a la explicación de las diferencias señaladas líneas arriba.

- **No matrimonio**

La proporción de mujeres analfabetas en unión fue de 80.1% y la de las mujeres con secundaria o más sólo 49%; complementado la información sobre nupcialidad, vemos que las mujeres analfabetas se casaban o unían por primera vez a los 18.4 años en promedio, y las con secundaria o más a los 22.1.

Por otro lado, la proporción de mujeres casadas o unidas con primaria incompleta o completa fue de 74%, diferenciándose por la edad promedio a la primera unión que fue de 18.5 años para las mujeres con primaria completa y 18.9 para las mujeres con primaria completa.

Las diferencias anteriores pueden explicar el impacto también diferencial de

la nupcialidad en la fecundidad por niveles de educación. Así, en las analfabetas, la fecundidad potencial se reduce en 27% por efecto del no matrimonio mientras que en las con secundaria o más el efecto inhibitor es de 36%

En situación intermedia, pero más cercanas a las analfabetas están las mujeres con primaria incompleta o completa; que reducen su fecundidad por efecto del no matrimonio en un 25%.

- **Anticoncepción**

En el Cuadro 3.3, vemos que, en 1996, el porcentaje de analfabetas usuarias de anticonceptivos fue de 37 %, sube a 52% y 62 % para las mujeres con primaria incompleta y completa, respectivamente, alcanzando al 68% en el grupo de mujeres con secundaria o más. Adicionalmente, observamos que a mayor nivel educativo, los métodos empleados son más eficaces.

Los impactos del uso de anticonceptivos en la fecundidad también son diferenciados por nivel educativo de

las mujeres; así, las analfabetas reducen su fecundidad potencial en 38%, las con primaria incompleta en 48% y las con primaria completa y Sec. o más, en 55% y 50%, respectivamente. Se destaca el mayor impacto en las mujeres con primaria completa con un 62% de usuarias de M.A.C.

- **Lactancia**

El tiempo medio de lactancia en las mujeres sin nivel educativo llegó, en promedio, a 16 meses y a mayor nivel educativo, el tiempo medio de lactancia tiende a disminuir; así, bajó a 15.2 y 14 meses para las mujeres con primaria incompleta y completa, respectivamente, llegando a 13.2 meses en las mujeres con estudios secundarios o más (Cuadro 3.3).

El impacto también es diferenciado, así vemos que por efecto de la lactancia, las mujeres analfabetas vieron reducida su fecundidad potencial en 35 % y las con secundaria o más en solo 14%. En las mujeres con primaria el efecto inhibitorio está entre 21 y 26%

### **3.5 Fecundidad y Variables Intermedias en el Perú, según Área de Residencia, Región Natural y Nivel Educativo, año 2000**

En el Cuadro 3.4, presentamos los indicadores del Modelo de Bongaarts para el Perú con información de la ENDES 2000. En relación a la ENDES 96, observamos que la fecundidad ha

disminuido en todos los cortes considerados y a nivel nacional la baja de la fecundidad es cercana al 20%, al pasar de 3.5 hijos por mujer en 1996 a 2.9 en el 2000.

Se observa un ligero incremento en el tiempo medio de lactancia, de 14 a 15 meses a nivel nacional, así como un incremento moderado del uso de anticonceptivos a nivel nacional, el uso de anticonceptivos pasa de 61.2% en 1996 a 66.3% en el 2000, notándose también el uso de métodos más eficaces. Por otro lado, la proporción de mujeres en unión baja de 58.3% en 1996 a 56% en el 2000

En los años considerados, la fecundidad potencial (TF) está alrededor de 19.5 hijos por mujer, el efecto del celibato en la disminución de la fecundidad a nivel nacional, es el mismo en 1996 y en el 2000 (33.7%); el impacto de la anticoncepción en la fecundidad se incrementa ligeramente en el 2000 (de 48% a 49.2%) y en el marco del efecto conjunto de las variables intermedias, la lactancia disminuye ligeramente su influencia como inhibitoria de la fecundidad.

Las tendencias comentadas para el nivel nacional, se repiten a nivel urbano y rural, así como por Región Natural y nivel educativo. Seguidamente presentamos los cambios en la fecundidad peruana entre 1986 y el 2000, y se analizará con más detalle lo que encontramos en el 2000.



**Cuadro 3.4**  
**PERU 2000: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Área de Residencia,**  
**Región natural y Nivel Educativo**

	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Mediz	Uso M.A.C	Efect. Prom.	Mujeres en Unión	Edad a la 1ra unión
	h.p.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia	(meses)	%	M.A.C	%	
<b>TOTAL</b>	<b>2.85</b>	<b>33.7</b>	<b>49.2</b>	<b>17.1</b>	<b>15.0</b>	<b>66.3</b>	<b>0.859</b>	<b>56.1</b>	<b>20.2</b>
Área de residencia									
URBANO	2.22	37.1	48.8	14.1	14.2	70.3	0.864	51.4	20.9
RURAL	4.34	24.4	52.4	23.2	15.6	59.3	0.850	67.2	19.0
Región natural									
LIMA MET.	2.04	41.0	45.6	13.3	14.4	70.7	0.862	48.4	21.7
RESTO COSTA	2.36	34.4	51.5	14.1	13.7	69.0	0.885	55.0	20.4
SIERRA	3.71	32.5	46.8	20.7	16.0	61.8	0.831	60.9	19.7
SELVA	3.77	21.7	58.9	19.5	14.3	64.4	0.876	66.3	18.5
Nivel educativo									
NO ASISTIO	5.11	23.5	46.8	29.7	17.1	49.4	0.860	80.4	18.7
PRIM. INCOM.	4.32	21.7	54.2	24.1	15.9	59.1	0.863	75.0	18.5
PRIM. COMP.	3.51	26.2	53.7	20.1	15.3	64.4	0.857	69.4	19.0
SEC. +	2.04	37.5	49.2	13.3	13.7	71.7	0.859	47.3	22.3

Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A-3 del Anexo estadístico

### 3.6 Contribución de las Variables Intermedias en los cambios de la Fecundidad peruana en el período 1986 - 2000

- **Cambios en la Fecundidad a nivel nacional, según Área de Residencia Urbana y Rural**

Cabe precisar que, para los datos de 1986 no se consideraron los inyectables dentro de los métodos anticonceptivos y en el 2000 sí, pues los resultados de las encuestas muestran que están siendo demandados cada vez en mayor escala y son uno de los anticonceptivos con alta efectividad. El hecho de incluir este método, no considerado en el Modelo

original, podría alterar la comparación estricta entre 1986 y el 2000.

En el siguiente cuadro observamos que, en 1986 y el 2000, las diferencias de fecundidad urbano rural son considerables y en los dos años, la fecundidad rural es el doble de la urbana.

La fecundidad urbana en el Perú bajó de 3 hijos por mujer en 1986 a 2.2 en el 2000; en términos relativos la baja fue de 26 % en el período 1986-2000. Como vemos en el Cuadro 3.5, el principal factor de cambio fue la anticoncepción. Este determinante incrementó sostenidamente su aporte a la disminución de la fecundidad urbana en 43% y 49%, en los

años 1986 y 2000, respectivamente, en razón directa al promedio de uso de anticonceptivos que pasó de 57 % en 1986 a 70.3 % en el 2000. Adicionalmente, vemos que la efectividad de los métodos usados es mayor en el 2000 (0.86 vs. 0.82).

Como vemos, la nupcialidad es el segundo factor de cambio en la fecundidad y contribuye en la disminución de la fecundidad potencial peruana urbana en 43 % en 1986 y en 33.7 % en el 2000. El impacto fue alto en 1986 y aunque bajó en el 2000, sigue siendo considerable, la disminución del impacto de la nupcialidad en la fecundidad urbana puede atribuirse a que la proporción de mujeres urbanas, casadas o unidas, fue de 54% en el 86 y bajó a 51 % en el 2000; además, la edad a la primera unión subió de 20.1 a 20.9 en el período. Estos factores inciden directamente en la disminución en el tiempo promedio de exposición al riesgo de embarazo, menor en el 2000.

Aunque con menos fuerza que las anteriores, la lactancia contribuye a la disminución de la fecundidad urbana en un 14 % en promedio en el período 1996 - 2000, observándose un incremento del tiempo medio de lactancia de 10.9 meses en 1986 a 14 meses en el 2000, incremento atribuible a la campaña oficial a favor de un mayor tiempo de lactancia.

En cuanto a la fecundidad rural, vemos que la TGF baja de 6.31 hijos por mujer en 1986 a 4.3 en el 2000, en términos relativos una baja del 31%.

Al igual que en el área urbana, aunque con mayor fuerza, la anticoncepción se define como principal responsable de los cambios en la fecundidad rural, ya que su contribución a la baja de la fecundidad se incrementa de 25.4 % en 1986 a 52.4 % en el 2000 (Cuadro 3.5), remarcándose que se muestran avances significativos en cuanto a uso de métodos más eficaces, como por ejemplo, la depoprovera.

**Cuadro 3.5**  
PERU: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Area de Residencia: 1986 y 2000

	TGF h.p.m.	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Media (meses)	Uso M.A.C %	Efect. Prom. M.A.C	Mujeres en Unión %	Edad a la 1ra. unión
		No matri	Anticonce.	Lactancia					
<b>1986 (a)</b>									
<b>TOTAL</b>	<b>4.07</b>	<b>42.9</b>	<b>37.2</b>	<b>19.9</b>	<b>12.2</b>	<b>44.2</b>	<b>0.811</b>	<b>58</b>	<b>19.6</b>
Area de residencia									
URBANO	3.00	43.7	42.7	13.6	10.9	56.7	0.818	53.6	20.1
RURAL	6.31	41.7	25.4	32.9	13.1	23.1	0.779	67.4	18.6
<b>2000 (b)</b>									
<b>TOTAL</b>	<b>2.85</b>	<b>33.7</b>	<b>49.2</b>	<b>17.1</b>	<b>15.0</b>	<b>66.3</b>	<b>0.859</b>	<b>56.1</b>	<b>20.2</b>
Area de residencia									
URBANO	2.22	37.1	48.8	14.1	14.2	70.3	0.864	51.4	20.9
RURAL	4.34	24.4	52.4	23.2	15.6	59.3	0.850	67.2	19.0

Fuentes: (a) Elaborado con información publicada en: "Mortalidad Temprana y Fecundidad en el Perú" de Alcántara, E. y Ortiz, J., 1994  
(b) Elaboración propia, ver Cuadro A-3 del Anexo Estadístico

La proporción de mujeres en unión y la edad media a la primera unión son, a nuestro juicio, los principales factores para que la baja en la fecundidad rural sea lenta pues están jugando un papel contrario al de la anticoncepción; así, la proporción de mujeres casadas o unidas se mantuvo prácticamente igual en el período de estudio (67.3%); a esto, debemos añadir que la edad media de la primera unión se mantuvo, sin mayores variaciones, alrededor de 18.8 años en el período 1986 - 2000.

Por otro lado, en 1986, la lactancia tuvo mayor peso que la anticoncepción en la baja de la fecundidad rural y sigue siendo un considerable factor inhibitor de la fecundidad rural pero, ha disminuido su peso relativo en la baja de la fecundidad rural por el fuerte repunte de la anticoncepción. El tiempo medio de lactancia registrado en el 2000 fue de 15.6 meses, parece mostrar una recuperación de esta costumbre positiva en nuestra área rural.

Cabe destacar que, el peso o importancia de las variables intermedias en la fecundidad peruana ha variado en los 14 años transcurridos entre 1986 y el 2000; así, en 1986 y en el área urbana, el peso del celibato o no matrimonio en la reducción de la fecundidad potencial fue de 44 % y el peso de la anticoncepción llegó a 43 %, esta relación de orden cambia en el 2000 y encontramos que el peso de la anticoncepción ( 49% ) es claramente mayor que el del no matrimonio (37 %).

Situación similar a la descrita anteriormente encontramos en el área

rural: en 1986, el peso del no matrimonio ( 42 % ) fue notablemente mayor el peso de la anticoncepción ( 25 % ) y en el 2000 la situación se revierte totalmente ya que el peso de la anticoncepción llega al 52 % y el efecto conjunto del no matrimonio se reduce a 24 %.

En cuanto a la fecundidad a nivel nacional, vemos que la Tasa Global de Fecundidad desciende de 4.1 hijos por mujer en 1986 a 2.9 en 2000 y considerando un orden de importancia en la disminución de la fecundidad, vemos que el peso original del no matrimonio en 1986 es superado notablemente por la anticoncepción en el 2000, esta realidad concuerda con los planteamientos teóricos sugeridos por Bongaarts (1982) y que en el presente trabajo se cumplen también al hacer el análisis por Región Natural y Nivel Educativo.

Cabe comentar también que, luego de los análisis anteriores por área de residencia, destacamos que la disminución de la fecundidad peruana se produce principalmente por la baja de la fecundidad en el área urbana y las razones de los cambios son básicamente las descritas para esta área.

- **Cambios en la Fecundidad, según Regiones Naturales**

Como observamos en el Cuadro 3.6, la fecundidad descendió en todas las regiones, pero no con la misma intensidad en el período 1986 - 2000. En Lima Metropolitana, la fecundidad bajó 17%, de 2.46 hpm en 1986 a 2.04 hpm en el 2000. En las otras regiones y en el mismo período, la baja fue considerablemente

mayor: 36.3 % en el Resto de Costa, 30.5 % en Sierra y 37.1% en Selva: en el Resto de Costa la fecundidad pasó de 3.7 a 2.4 hpm., en la Sierra de 5.3 a 3.7 hpm. y en la Selva de 6 a 3.8 hijos por mujer.

La variable que se muestra como principal responsable de los cambios en la fecundidad regional, es la anticoncepción (Cuadro 3.6).

Vemos que el porcentaje de usuarias de anticonceptivos en el período 1986 - 2000, pasa de 61% a 71% en Lima Metropolitana, de 50% a 69 % en el Resto de Costa, de 30.3% a 61.8 % en la Sierra y de 30.8% a 64.4 % en la Selva, se destaca que la Sierra y Selva poco más que doblan los porcentajes de usuarias. En todas las regiones, y mucho más en Sierra y Selva, las efectividades en el uso

de anticonceptivos se han elevado considerablemente entre 1986 y el 2000.

La proporción de mujeres en unión, es otra de las variables que tiene gran importancia en los cambios regionales, pues disminuye en todas las regiones en el período 1986 - 2000, con excepción de la Selva, donde pasa de 64 % en 1986 a 66 % en el 2000. En cuanto a la edad de la primera unión, vemos que en todas las regiones se registran incrementos en el período, principalmente en Lima Metropolitana, donde se pasa de 20.5 años en 1986 a 21.7 años en el 2000.

Entre las regiones, destacamos a la Selva, donde el efecto inhibitor de la nupcialidad es reducido porque en todos los años estudiados, sus mujeres se casan en mayores proporciones y a menores edades promedio en la primera unión.

**Cuadro 3.6**  
PERU: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Región Natural: 1986 y 2000

	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Media	Uso M.A.C	Efect. Prom.	Mujeres en Unión	Edad a la 1ra. unión
	h.p.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia	(meses)	%	M.A.C	%	
<b>1986 (a)</b>									
<b>TOTAL</b>	4.07	42.9	37.2	19.9	12.2	44.2	0.811	58	19.6
<b>Región natural</b>									
LIMA MET.	2.46	44.9	44.4	10.7	9.5	60.5	0.82	51.8	20.5
RESTO COSTA	3.72	40.9	42.2	16.9	11.6	50.3	0.827	57.3	19.5
SIERRA	5.34	45.1	27.3	27.6	13.6	30.3	0.764	62.8	19.3
SELVA	5.99	40.8	33.7	25.6	11.7	30.8	0.818	64.2	18.0
<b>2000 (b)</b>									
<b>TOTAL</b>	2.85	33.7	49.2	17.1	15.0	66.3	0.859	56.1	20.2
<b>Región natural</b>									
LIMA MET.	2.04	41.0	45.6	13.3	14.4	70.7	0.862	48.4	21.7
RESTO COSTA	2.36	34.4	51.5	14.1	13.7	69.0	0.885	55.0	20.4
SIERRA	3.71	32.5	46.8	20.7	16.0	61.8	0.831	60.9	19.7
SELVA	3.77	21.7	58.9	19.5	14.3	64.4	0.876	66.3	18.5

Fuentes: (a) Elaborado con información publicada en: *Mortalidad Temprana y Fecundidad en el Perú* de Alcántara, E. y Ortiz, J., 1994  
(b) Elaboración propia, ver Cuadro A-3 del Anexo Estadístico

Por otro lado, la lactancia tiene mayor impacto en la fecundidad de la Sierra, donde el tiempo medio de amamantamiento es muy cercano al registrado en la Selva y, considerablemente mayor que en las otras regiones, principalmente que en Lima Metropolitana. Se observa un incremento favorable del tiempo de lactancia en todas las regiones.

Se destaca finalmente que, la disminución de la fecundidad registrada para el total del país, se dio principalmente por la baja de la Fecundidad en Lima Metropolitana.

- **Cambios en la Fecundidad, según Nivel Educativo**

Como vemos en el Cuadro 3.7, en los dos años estudiados, la fecundidad está completamente diferenciada por el nivel educativo alcanzado por las mujeres. Los mayores niveles son de las mujeres analfabetas, que tuvieron una Tasa Global de Fecundidad de 6.6 hijos por mujer en 1986 y 5.1 en el 2000. En el otro extremo tenemos la fecundidad de las mujeres con estudios secundarios o más que, en el período, bajaron su fecundidad de 2.78 a 2.04

En una situación intermedia alta, se tiene a las mujeres con primaria incompleta y a las con primaria completa, quienes registran una baja en su fecundidad en el período 1986-2000 de 5.4 a 4.3 hijos por mujer las primeras y de 4.3 a 3.5 hijos por mujer las segundas.

Las variables que permiten explicar las diferencias son la anticoncepción y la proporción de mujeres en unión, especialmente la primera, que ha incrementado sostenidamente su contribución a la baja fecundidad en todos los niveles educativos, principalmente en las mujeres con menores niveles educativos.

Se destaca que este incremento en el uso de anticonceptivos y la tendencia hacia el uso de los más modernos, que debería hacer bajar la fecundidad a niveles mucho menores de los registrados, se ven limitados por las altas proporciones de mujeres en unión (entre 70 y 80% entre las mujeres analfabetas o con algún nivel de primaria) y la edad media a la primera unión realmente baja: 18.5 años, promedio para las mujeres analfabetas o con algún nivel de primaria. Esta realidad, con ligeras variaciones, se presenta en 1986 y el 2000 (Cuadro 3.7).

Otro de los factores que debería influir en la baja de la fecundidad, principalmente en las mujeres con menor nivel educativo, es la lactancia, que sigue siendo prolongada (entre 15 y 17 meses), pero no logra compensar la alta proporción de mujeres en unión y la temprana edad de la unión.

Es importante destacar la influencia que viene cobrando la nupcialidad en los cambios de la fecundidad peruana, influencia que, en el caso de las mujeres con mayores oportunidades educativas, está cercana a la anticoncepción, esta situación se observa en 1986 y el 2000.

**Cuadro 3.7**  
**PERU: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Nivel Educativo: 1986 y 2000**

NIVEL EDUCATIVO	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Mediz	Uso M.A.C	Efect. Prom.	Mujeres en Unión	Edad a la 1ra. unión
	h.p.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia	(meses)	%	M.A.C	%	
<b>1986 (a)</b>									
<b>TOTAL</b>	<b>4.07</b>	<b>42.9</b>	<b>37.2</b>	<b>19.9</b>	<b>12.2</b>	<b>44.2</b>	<b>0.811</b>	<b>58</b>	<b>19.6</b>
NO ASISTIO	6.58	42.6	21.0	36.4	13.8	18.4	0.797	81.5	18.4
PRIM. INCOM.	5.37	39.7	32.5	27.8	13.4	33.6	0.784	71.8	18.5
PRIM. COMP.	4.32	36.6	41.4	22.0	12.9	45	0.824	63.7	19.1
SEC. +	2.78	43.1	46.2	10.7	9.3	61.1	0.818	45.3	20.9
<b>2000 (b)</b>									
<b>TOTAL</b>	<b>2.85</b>	<b>33.7</b>	<b>49.2</b>	<b>17.1</b>	<b>15.0</b>	<b>66.3</b>	<b>0.859</b>	<b>56.1</b>	<b>20.2</b>
Nivel educativo									
NO ASISTIO	5.11	23.5	46.8	29.7	17.1	49.4	0.860	80.4	18.7
PRIM. INCOM.	4.32	21.7	54.2	24.1	15.9	59.1	0.863	75.0	18.5
PRIM. COMP.	3.51	26.2	53.7	20.1	15.3	64.4	0.857	69.4	19.0
SEC. +	2.04	37.5	49.2	13.3	13.7	71.7	0.859	47.3	22.3

Fuentes: (a) Elaborado con información publicada en: "Mortalidad Temprana y Fecundidad en el Perú" de Alcántara, E. y Ortiz, J., 1994  
 (b) Elaboración propia, ver Cuadro A-3 del Anexo Estadístico

### 3.7 Fecundidad Departamental y Variables Intermedias

Como comentamos anteriormente, únicamente las ENDES 1996 y 2000 fueron diseñadas para obtener información departamental y en el Cuadro 1.3 presentamos los niveles y tendencias de la fecundidad departamental para 1996 y 2000. Ahora, en los cuadros 3.8 y 3.9, presentamos los indicadores del Modelo de Bongaarts para los años mencionados; complementan la información departamental, los datos de los cuadros A-2 y A-4 que aparecen en el Anexo Estadístico.

#### • Año 1996

En el Cuadro 3.8, vemos que la mayor fecundidad se registra en el departamento de Huancavelica, uno de los

departamentos más pobres del país. La TGF para Huancavelica en 1996 fue de 6.9 hijos por mujer. Se observa que los departamentos con niveles de fecundidad entre 4 y 6 hpm, se encuentran ubicados en Sierra y Selva. Los departamentos con menores niveles de fecundidad departamental, entre 2.5 y 3 hpm, se encuentran en la Costa, o con una gran parte de población en Costa como es el caso de Ancash. En general, los departamentos con mayor desarrollo relativo se encuentran en la costa, pero no es determinante que un departamento se ubique en una región, para registrar niveles menores de fecundidad, es el caso de Arequipa o San Martín, ubicados en Sierra y Selva.

Como se comentó anteriormente, en 1996, destacan los marcados extremos en las tasas globales de fecundidad

departamentales peruanas, que van de 2.5 hijos por mujer en Lima-Callao y en Tacna, hasta 6.9 hijos por mujer en Huancavelica. Una brecha de 4.4 hijos por mujer.

La realidad anterior podría explicarse si vemos que en Huancavelica únicamente el 33.6% de mujeres eran usuarias de anticonceptivos, básicamente tradicionales y con una efectividad muy baja como apreciamos en el cuadro 3.8. Vemos también que, en Lima-Callao el porcentaje de usuarias de anticonceptivos era de 68 % y en Tacna de 74.5%, las más altas en el país.

En cuanto a la nupcialidad, observamos que en Huancavelica el porcentaje de mujeres en unión alcanzó el 68%, mientras que en Lima Metropolitana y Tacna fue alrededor del 55%; adicionalmente vemos que la edad a la primera unión en Huancavelica ( 18.8 años ) era notoriamente menor que en Lima (21 años) y Tacna (20.4 años), consecuentemente, el tiempo de exposición al riesgo de embarazo de las mujeres de Huancavelica es mucho mayor que el de las mujeres de Lima Metropolitana y Tacna.

**Cuadro 3.8**  
**PERU 1996: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Departamentos**

Departamentos	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Media	Uso M.A.C	Efect. Prom.	Mujeres en Unión	Edad A la 1ra. unión
	h.p.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia	(meses)	%	M.A.C	%	
<b>TOTAL</b>	<b>3.53</b>	<b>33.6</b>	<b>47.9</b>	<b>18.5</b>	<b>14.41</b>	<b>61.2</b>	<b>0.840</b>	<b>58.3</b>	<b>20.0</b>
HUANCAMELICA	6.87	33.1	31.6	35.3	16.09	33.6	0.762	67.9	18.8
APURIMAC	5.92	19.9	52.2	27.8	15.73	53.4	0.836	73.2	19.0
AYACUCHO	5.45	38.6	35.3	26.1	16.70	44.9	0.827	56.9	19.4
CAJAMARCA	5.07	30.5	44.7	24.8	14.31	48.2	0.826	67.8	18.9
AMAZONAS	4.97	26.0	51.2	22.9	13.80	53.7	0.838	69.7	18.5
PASCO	4.87	29.9	49.1	21.0	14.88	58.4	0.829	63.1	19.0
HUANUCO	4.87	29.5	44.4	26.1	15.53	48.5	0.849	62.8	19.0
CUSCO	4.82	27.4	48.7	23.9	15.13	56.0	0.816	65.8	19.1
LORETO	4.78	23.4	55.2	21.3	13.32	54.5	0.886	68.7	18.8
UCAYALI	4.63	24.3	55.1	20.6	12.79	54.2	0.877	71.0	18.0
PUNO	4.28	37.7	39.5	22.9	14.69	50.9	0.775	59.3	19.5
MADREDEDIOS	4.05	16.4	63.3	20.2	14.03	64.9	0.875	74.4	18.4
LALIBERTAD	3.75	35.8	44.7	19.5	14.71	58.5	0.827	59.0	19.9
SANMARTIN	3.70	15.5	64.1	20.4	13.43	62.7	0.877	72.2	18.7
LAMBAYEQUE	3.63	37.0	47.6	15.3	13.73	66.2	0.840	54.3	20.1
JUNIN	3.40	31.9	47.9	20.2	16.11	67.7	0.788	57.3	19.8
AREQUIPA	3.32	29.1	56.8	14.0	12.18	69.8	0.850	58.5	20.6
PIURA	3.28	34.2	48.8	17.0	13.15	57.8	0.885	57.2	19.7
TUMBES	3.02	27.6	60.6	11.8	9.88	65.2	0.896	64.5	19.7
ANCASH	3.01	33.3	49.3	17.4	14.85	66.3	0.842	57.4	19.6
ICA	2.82	33.3	50.7	16.0	14.26	68.2	0.850	57.0	20.7
MOQUEGUA	2.80	23.5	64.1	12.4	11.36	76.7	0.843	65.2	20.3
LIMA	2.60	36.9	47.6	15.5	14.41	68.0	0.843	52.5	21.0
TACNA	2.53	29.6	55.5	14.9	14.36	74.5	0.855	55.2	20.4

Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A2 del Anexo estadístico

Se destaca el papel de la lactancia en Huancavelica y, en general, en los departamentos de Sierra, donde parece estar resurgiendo la costumbre de una lactancia prolongada y que debería ser exclusiva por lo menos hasta los seis meses. En el caso de Huancavelica, en 1996, el impacto de la lactancia en la reducción de la fecundidad potencial fue de 35%, poco más del doble de los impactos en Lima (15.5 %) y Tacna (15 %)

Entre las situaciones extremas descritas, es posible encontrar la explicación de las otras diferencias en fecundidad departamentales.

En general, vemos que las explicaciones de las diferencias en fecundidad entre los departamentos, se encuentran principalmente en la proporción de usuarias de anticonceptivos y la efectividad de éstos. El segundo factor, que ayuda a explicar las diferencias es la nupcialidad por medio de la proporción de mujeres en unión, en los departamentos de sierra y selva, a pesar del incremento en el uso de anticonceptivos y de los más efectivos, las bajas en la fecundidad no son las esperadas porque las mujeres se siguen casando o uniéndose masivamente y a edades muy tempranas, y en tercer lugar, la lactancia, que tiene importancia relativa notoria en departamentos de sierra.

- **Año 2000**

La realidad de la fecundidad y variables intermedias para los departamentos del Perú en el 2000, se presenta en el Cuadro

3.9; en el cual, podemos ver que lo descrito para 1996, se repite con ligeras variantes. Huancavelica presenta la fecundidad más alta, con 6.1 hijos por mujer y en el otro extremo siempre Lima Metropolitana, Tacna y Moquegua con niveles de fecundidad alrededor de 2.1 hpm. Las explicaciones de estas diferencias y de las otras interdepartamentales, siempre dentro del esquema de Bongaarts, las encontramos en los impactos diferenciales de la anticoncepción, nupcialidad y lactancia materna.

Cabe comentar que, en los cuatro años transcurridos entre las ENDES 1996 y ENDES 2000, en todos los departamentos, el tiempo promedio de lactancia materna se incrementó ligeramente, la proporción de mujeres en unión y la edad a la primera unión, se mantuvieron sin mayores variaciones, pero el uso de anticonceptivos se incrementó considerablemente, así como la preferencia por métodos modernos y más eficaces como los inyectables. Llama la atención Ancash, que en 1996 tuvo una TGF de 3 hijos por mujer, que en el 2000 se elevó a 3.4 hpm, esta situación atípica, puede explicarse a la luz de los datos por la disminución en la prevalencia en el uso de anticonceptivos que pasó de 66.3 % en el 1996 a 59.6 % en el 2000, ya que la efectividad promedio en el uso de anticonceptivos y los otros determinantes, prácticamente se mantuvieron iguales en el período.



**Cuadro 3.9**  
**PERU 2000: Indicadores del Modelo de Bongaarts por Departamentos**

Departamento	TGF	% de reducción de la Fec. Potencial debido a:			Lactancia Media	Uso M.A.C	Efect Prom	Mujeres en Unión	Edad a la 1ra unión
	h.p.m.	No matri.	Anticonce.	Lactancia	(meses)	%	M.A.C	%	
<b>TOTAL</b>	<b>2.85</b>	<b>33.7</b>	<b>49.2</b>	<b>17.1</b>	<b>15.0</b>	<b>66.3</b>	<b>0.859</b>	<b>56.1</b>	<b>20.2</b>
HUANCAVELICA	6.14	29.2	43.1	27.8	15.9	48.1	0.814	67.7	18.8
HUANUCO	4.28	29.2	48.2	22.6	16.6	58.8	0.868	60.7	19.2
LORETO	4.28	24.2	57.8	18.0	12.8	60.6	0.886	65.5	17.8
APURIMAC	4.24	19.0	57.6	23.4	15.8	61.8	0.870	71.1	19.1
AYACUCHO	4.19	30.9	44.4	24.7	15.9	53.1	0.827	59.6	19.3
CUSCO	4.01	24.4	54.8	20.8	14.8	64.1	0.833	63.6	19.0
AMAZONAS	3.83	21.8	56.8	21.4	14.9	62.7	0.860	67.9	18.5
PUNO	3.80	31.0	45.5	23.6	16.4	60.4	0.780	63.7	19.4
MADREDEDIOS	3.54	20.4	60.8	18.8	13.8	64.7	0.882	67.4	18.6
CAJAMARCA	3.54	27.5	51.5	21.1	15.2	60.8	0.852	64.3	19.0
ANCASH	3.37	35.3	45.2	19.5	15.4	59.6	0.848	59.3	20.0
UCAYALI	3.24	23.5	59.6	16.9	13.3	65.5	0.895	63.1	18.2
PASCO	3.17	30.1	50.4	19.5	17.3	68.4	0.865	54.5	19.1
JUNIN	3.08	31.5	49.5	19.0	17.0	72.1	0.815	55.9	20.1
SANMARTIN	3.01	17.7	65.4	16.9	13.6	70.6	0.887	69.1	18.2
LALIBERTAD	2.85	35.5	47.6	16.9	14.8	65.5	0.846	54.6	20.3
PIURA	2.66	33.3	52.4	14.3	13.0	65.5	0.897	57.3	20.6
ICA	2.52	31.5	53.1	15.4	16.1	75.4	0.873	52.8	20.7
LAMBAYEQUE	2.37	36.6	45.9	17.5	15.9	63.2	0.886	55.2	20.0
TUMBES	2.30	28.1	60.0	11.9	12.5	75.3	0.902	57.7	19.5
AREQUIPA	2.24	36.5	50.0	13.4	14.0	72.8	0.859	53.5	21.0
LIMA	2.11	39.4	48.3	12.3	12.8	70.1	0.864	50.0	21.6
MOQUEGUA	2.06	27.5	55.9	16.6	15.4	73.0	0.868	60.6	20.8
TACNA	2.00	31.0	54.2	14.9	15.3	75.8	0.864	53.6	20.4

Fuente: Elaboración propia. Ver cuadro A-4 del Anexo estadístico



## IV. EFECTOS DE LAS VARIABLES CONTEXTUALES, DEMOGRAFICAS, INTERMEDIAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ANTICONCEPCION, PARTO HOSPITALARIO Y FECUNDIDAD

---

Las Encuestas ENDES involucran a un gran número de variables dependientes, independientes y de control, las que han sido analizadas en forma descriptiva en el capítulo segundo de este estudio, a través de cuadros, principalmente bivariados.

Sin embargo, estas variables que se refieren a una misma población, pueden ser interrelacionadas entre sí, en un análisis más fino, lo cual permite conocer su significancia, y cómo y de qué manera explican el comportamiento de la variable seleccionada como dependiente, de los factores predictores o independientes con los que se relaciona. Es decir, permite examinar muchos datos a la vez, pero en forma clara y desde una perspectiva amplia, utilizando la técnica estadística denominada "Multiple Classification Analysis" (MCA) que fue desarrollada por Andrews et al (1975) y que proporciona una eficiente forma de analizar datos para explicar la intensidad con que los factores o predictores afectan a la variable dependiente.

### 4.1 Análisis de Clasificación Múltiple

El MCA es una forma de análisis en la que se relacionan varias variables explicativas o independientes con una sola variable dependiente, en una tentativa de explicar la varianza de esta última. Junto con el MCA también se calcula el ANOVA o Análisis de Varianza.

En el análisis bivariado, se señala simplemente el efecto o influencia de la variable explicativa sobre la dependiente, ya que se refiere exclusivamente al efecto de la variable explicativa, independientemente del efecto de las otras variables que se incluyen en el modelo de correlaciones. En el contexto del análisis multivariado, esta relación se denomina "efectos no ajustados", que como su nombre lo indica no incluye los ajustes o efectos de las otras variables del modelo o conjunto de variables.

Con el MCA, complementariamente, se calculan también los "efectos ajustados", que ahora se refieren a los efectos de esa variable explicativa, pero deduciendo los efectos del resto de las variables incluidas en el modelo.

En este capítulo, la información que se ha utilizado en el análisis de clasificación Múltiple proviene de la ENDES 2000 y solamente han sido procesados los casos válidos de las variables analizadas.

El MCA y el ANOVA, fueron calculados utilizando el Paquete estadístico SPSS. Este análisis consistió en los siguientes pasos:

- Cálculo del Valor F para la estimación de la varianza de cada variable predictora y conocer su significancia.

- Cálculo del promedio general de la variable dependiente.
- Cálculo de los Valores ETA y BETA que corresponden a las relaciones no ajustadas y ajustadas, en forma independiente y en conjunto de las variables predictoras con la variable dependiente o de análisis.
- Cálculo de las correlaciones R y R<sup>2</sup> que corresponden a la fuerza de la correlación de las variables predictoras no ajustadas y ajustadas con la variable de análisis, para saber qué proporción de la realidad observada están explicando

#### 4.2 Variables usadas en el Análisis Multivariado

Se utilizaron cinco conjuntos de variables explicativas o predictoras, ellas fueron:

**Variables Contextuales:** Area de Residencia, Región Natural, Nivel de Educación.

**Variables Demográficas:** Edad Actual, N° de Hijos Nacidos Vivos, N° Hijos Nacidos en últimos 3 años.

**Variables de Salud Sexual:** Conocimiento de ETS, Conocimiento de VIH/SIDA, Prueba de Papanicolao, Examen de Mamas.

**Variables de Salud Reproductiva:** Control alguna vez, Control Prenatal por Doctor, Control Prenatal por Obstetrix, Control Prenatal por partera tradicional, Lugar del Parto.

**Variables Intermedias:** Edad a la 1ra. Unión, Estado conyugal, Meses de Lactancia, uso de anticonceptivos y Lugar de obtención de método anticonceptivo.

Las variables dependientes fueron:

- Uso de Métodos Anticonceptivos, indicador de Anticoncepción, la principal variable intermedia.
- Parto Hospitalario, indicador de la Accesibilidad a los Servicios de Salud.

#### 4.3 Principales resultados en relación al Uso de Anticonceptivos

Tomando en cuenta los cinco conjuntos de variables independientes o predictoras, se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Variables contextuales**

Las variables contextuales analizadas: área urbano-rural, región natural y nivel educativo, frente al promedio de uso del 44% de mujeres en edad fértil, solamente la región natural Selva señala diferencias en los promedios no ajustados y ajustados, el resto están alrededor del promedio general.

En las otras dos variables independientes los valores de ETA y BETA y los promedios no ajustados y ajustados permanecen iguales y por lo tanto las correlaciones R<sup>2</sup> y R tienen valores bajos, es decir la fuerza de la relación de las variables predictoras con la anticoncepción es mínima (cuadro 4.1).

• **VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

La edad actual de la mujer, el número total de hijos nacidos vivos y los hijos nacidos en los últimos tres años son las variables predictoras de la anticoncepción.

El número total de hijos es la variable que mejor explica la relación con el uso de anticonceptivos, cuanto mayor número

de hijos tienen las MEFs hay mayor uso de anticonceptivos, sean estos métodos modernos o tradicionales, así lo muestran los promedios no ajustados y ajustados. Asimismo, los valores ETA y BETA son los más altos e iguales, tanto cuando se correlaciona el número de hijos con el uso en forma independiente como cuando intervienen las otras dos variables predictoras.

**Cuadro 4.1**  
Efectos sin ajuste y ajustados de las Variables Contextuales en el Uso de Anticonceptivos

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
Promedio General = .44					
<b>Area de Residencia</b>					
Urbana	19453	.44		.44	
Rural	8390	.44		.44	
			.00		.00
<b>Región Natural</b>					
Lima Metropolitana	8634	.43		.43	
Resto Costa	7073	.44		.44	
Sierra	9021	.42		.42	
Selva	3115	.37		.51	
			.05		.05
<b>Nivel de Educación</b>					
Ninguno	1429	.42		.42	
Primaria Incompleta	4159	.48		.48	
Primaria Completa	9598	.41		.40	
Secundaria o más	12658	.45		.46	
			.06		.06
R <sup>2</sup> = .006					
R = .076					

Fuente: ENDES-2000. 27843 casos procesados.

La edad actual de la mujer es otra variable que muestra incremento en el uso a partir de los 30 años, sin embargo cuando intervienen las otras variables predictoras, los promedios ajustados tienden a bajar, lo mismo que el valor BETA (.17) en comparación con el valor ETA (.41).

El número de hijos nacidos en los 3 últimos años, es la variable que origina

valores ETA y BETA bajos, debido a que los promedios no ajustados, tienden a disminuir luego del ajuste con las otras variables predictoras.

La fuerza de la correlación R del uso de anticonceptivos con los predictores en forma independiente cubre al 55% de casos estudiados, pero cuando las variables son examinadas en conjunto la correlación R<sup>2</sup> disminuye al 31% (cuadro 4.2).

**Cuadro 4.2**  
Efectos sin ajuste y ajustados de las Variables Demográficas en el Uso de Anticonceptivos

Variables	N° Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Promedio General = .44</b>					
<b>Edad Actual</b>					
15-19	5645				
20-24	4739	.09		.39	
25-29	4245	.36		.49	
30-34	4077	.54		.51	
35-39	3476	.64		.51	
40-44	3132	.63		.46	
45-49	2529	.62		.43	
		.40	.41	.21	.17
<b>N° de Hijos Nacidos Vivos</b>					
0					
1-2	9813			.09	
3-4	8670	.09		.59	
5 y más	5134	.60		.70	
	4225	.71	.53	.63	.53
		.59			
<b>N° Hijos Nacidos últimos 3 años</b>					
0					
1-2	21466			.40	
3-4	6365	.39		.39	
	12	.62		.30	
		.56	.19	.30	.05
R <sup>2</sup> = .305					
R = .552					

Fuente: ENDES- 2000. 27843 casos procesados.

- Variables Intermedias**

La variable intermedia sobre el uso de anticonceptivos, ha sido eliminada del conjunto, porque en este modelo es la variable dependiente en el análisis del MCA.

El estado conyugal es la variable que mejor explica la relación con el uso de anticonceptivos, las MEFs casadas y convivientes hacen mayor uso de algún anticonceptivo que las mujeres viudas y separadas que no hacen vida marital. El valor de ETA y BETA es el más alto de este conjunto de variables, aunque las R<sup>2</sup> y R son bajas (cuadro 4.3).

- Variables de Salud Sexual**

Las cuatro variables predictoras analizadas en el cuadro 4.4 sobre salud sexual, indican que el conocimiento de las ETS y del VIH/

SIDA, no se interrelacionan con la variable dependiente uso de anticonceptivos, los valores ETA y BETA son muy bajos.

Por el contrario las variables sobre la prueba del papanicolao y el examen de mamas, si guardan relación con la variable dependiente: uso de anticonceptivos. El 67% de las usuarias de anticonceptivos se hicieron la prueba del papanicolao y el 60% de usuarias se hicieron el examen de mamas. Con la primera variable, al ajustarse los promedios, no varió el porcentaje, por lo que tanto la ETA como BETA fueron iguales (.36).

Las variables de salud reproductiva explican en forma independiente el 36% de la relación, la que disminuyó al 13% cuando intervinieron los predictores en forma conjunta (cuadro 4.4).

**Cuadro 4.3**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables Intermedias en el uso de Anticonceptivos

Promedio General = .66

VARIABLES	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Duración de la Lactancia</b>					
0-6 meses	2167	.57		.57	
7-12	2858	.67		.67	
13 a más	6181	.69		.69	
			.09		.10
<b>Edad 1ra. Unión</b>					
10-19 años	6098	.64		.63	
20-29	4730	.69		.69	
30-39	379	.70		.71	
			.05		.06
<b>Estado Conyugal</b>					
Casada	4840	.68		.68	
Conviviente	5529	.69		.69	
Viuda	88	.20		.18	
Separada	749	.38		.38	
			.18		.19

R<sup>2</sup> = .047  
R = .217

Fuente: ENDES-2000, 11206 casos procesados.

**Cuadro 4.4**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables de Salud Sexual en el Uso de Anticonceptivos

Promedio General = .47

VARIABLES	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Conoce una ETS</b>					
No	1336	.48		.36	
Si	22317	.47		.48	
			.01		.06
<b>Conoce el VIH/SIDA</b>					
No	1443	.50		.62	
Si	22209	.47		.46	
			.01		.08
<b>Prueba Papanicolao</b>					
No	12825	.30		.30	
Si	10828	.67		.67	
			.36		.36
<b>Examen de Mamas</b>					
No					
Si	18459	.43		.47	
	5193	.60		.48	
			.13		.01

R<sup>2</sup> = .132  
R = .363

Fuente: ENDES-2000. 23653 casos procesados.

• **Variables de Salud Reproductiva**

De las cinco variables de este conjunto de predictoras, cuatro se refieren al control prenatal, distinguiendo el personal de salud (doctor, obstetrix) y personal empírico (partera) que prestó tal atención. La quinta variable se refirió al lugar donde ocurrió el Parto.

La variable predictor: el lugar del parto es la que explica en algo el uso de anticonceptivos, no así el resto de variables de este conjunto. Por lo tanto, las ETAS y BETAS tienen valores muy bajos, lo mismo que la R y R<sup>2</sup> (cuadro 4.5).

• **Comparación de todas las Variables predictoras, relacionadas con el Uso de Anticonceptivos**

En el cuadro 4.6, se presentan las Variables predictoras utilizadas para explicar la variable dependiente Uso de Anticonceptivos.

Las variables con altos coeficientes de correlación ETA son: el Número Hijos Nacidos Vivos, la edad de la MEF y la prueba del papanicolao, es decir que ellas se relacionan significativamente en forma independiente con el uso de anticonceptivos. Sin embargo, al ajustar

**Cuadro 4.5**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables de Salud Reproductiva en el Uso de Anticonceptivos

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
Promedio General = .65					
<b>Algún Control Prenatal</b>					
Algún Control	8043	.68		.66	
Ningún Control	1474	.51		.54	
			.13		.10
<b>Control Prenatal por Doctor</b>					
No	6216	.61		.64	
Si	3301	.72		.66	
			.10		.02
<b>Control Prenatal por Enfermera/ Obstetrix</b>					
No	7718	.63		.63	
Si	1799	.58		.58	
			.07		.07
<b>Control Prenatal por partera tradicional</b>					
No	9455	.65		.65	
Si	62	.54		.56	
			.02		.02
<b>Lugar del Parto</b>					
En la casa					
En casa de Partera					
En el Hospital	3842	.57		.60	
En el Centro de Salud	60	.66		.68	
En el puesto de salud	3736	.72		.70	
En la Clínica Privada	650	.65		.63	
Atención médico privado	407	.74		.73	
	564	.72		.68	
	160	.62		.59	
			.16		.10
R <sup>2</sup> = .036					
R = .189					

Fuente: ENDES-2000, 9517 casos procesados.



o controlar sus efectos por las otras variables, solamente conservan sus valores las variables Número de Hijos (indicador de Fecundidad) y la prueba del PAP, lo que significa que existe alguna integración de acciones en los servicios de salud reproductiva, que se manifiesta en el

Programa de PF que incluye acciones preventivas relacionadas de salud sexual.

Comparativamente la R y R<sup>2</sup> que muestran los valores más altos, corresponden a las variables demográficas, ellas explican más del 50% de la anticoncepción.

**Cuadro 4.6**  
**Coefficientes: ETA, BETA y Valores de R y R<sup>2</sup> de las Variables relacionadas con la Anticoncepción**

Variabes explicativas	ETA	BETA	R	R <sup>2</sup>
<b>Variabes Contextuales</b>				
Área de Residencia	.00	.00		
Región Natural	.05	.05		
Nivel de Educación	.06	.06	.076	.006
<b>Variabes Demográficas</b>				
Edad Actual	.41	.17		
Nº Hijos Nacidos Vivos	.54	.56		
Nº Hijos Nacidos últimos 3 años	.20	.07	.563	.317
<b>Variabes de Salud Sexual</b>				
Conoce una ETS	.01	.06		
Conoce el VIH/SIDA	.01	.08		
Prueba Papanicolao	.36	.36		
Examen de Mamas	.13	.01	.363	.132
<b>Variabes de Salud Reproductiva</b>				
Control Prenatal por Doctor	.10	.02		
Control Prenatal por Enfermera/ Obstetriz	.07	.07		
Control Prenatal por partera tradicional	.02	.02		
Algún Control Prenatal	.13	.10		
<b>Lugar del Parto</b>	.16	.10	.189	.036
<b>Variabes Intermedias</b>				
<b>Meses de Lactancia</b>	.09	.10		
<b>Edad a la 1ra. Unión</b>	.05	.06		
<b>Estado Conyugal</b>	.18	.19	.217	.047

Fuente: Cuadros 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5.

#### 4.4 Principales resultados del MCA en relación al Parto Hospitalario

La variable dependiente es el parto Hospitalario; es decir el porcentaje de mujeres que tuvieron su último hijo en un establecimiento de salud, sea este un Hospital, Centro de Salud, Policlínico o Clínica particular.

Se han utilizado en este análisis los cinco conjuntos de variables predictoras anteriormente mencionadas.

- **Variabes contextuales**

Las tres variables predictoras analizadas se relacionan directamente con la variable parto hospitalario. Las mujeres urbanas,

que residen en Lima y tiene educación secundaria o más tienen los porcentajes más altos por haber sido atendidas en su último parto en un establecimiento de salud, por tal motivo los promedios sin ajuste son altos y los valores ETAS, están sobre el 50%, sin embargo cuando los promedios son ajustados por todas las variables el valor BETA disminuye al 32%.

Con las variables región natural y nivel de educación se presenta similar tendencia (cuadro 4.7).

Las R y R2 que explican la fuerza de las correlaciones son altas, demostrando de este modo que el Parto Hospitalario es una variable altamente asociada con las tres variables contextuales.

**Cuadro 4.7**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables Contextuales en el Parto Hospitalario

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
Promedio General = .59					
<b>Area de Residencia</b>					
Urbana				.72	
Rural	5546	.84		.41	
	3979	.25	.59		.32
<b>Región Natural</b>					
Lima Metropolitana				.71	
Resto Costa	2253	.94		.66	
Sierra	2184	.75		.50	
Selva	3733	.35		.52	
	1355	.42	.51		.19
<b>Nivel de Educación</b>					
Ninguno				.36	
Primaria Incompleta	691	.16		.40	
Primaria Completa	1961	.25		.56	
Secundaria o más	3122	.53		.76	
	3751	.89	.55		.30
R <sup>2</sup> = .453					
R = .673					

Fuente: ENDES-2000. 9601 casos procesados.

- **Variables demográficas**

De las tres variables examinadas: edad actual de la madre, número total de hijos nacidos vivos e hijos tenidos en los últimos tres años anteriores a la Encuesta, solamente el número total de hijos tiene un valor ETA relativamente alto y que al ser relacionados con los promedios de las otras variables del conjunto, su valor BETA

sube, explicando las diferencias de promedios del Parto Hospitalario en el 51% de casos (cuadro 4.8).

La correlación R tiene un valor más alto, que la R2; lo que muestra que las variables predictoras explican mejor la varianza en forma independiente que cuando participan las tres variables predictoras.

**Cuadro 4.8**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables Demográficas en el Parto Hospitalario

Promedio General = .59

Variabes	N° Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Edad Actual</b>					
15-19	600	.53		.33	
20-24	2125	.60		.44	
25-29	2287	.60		.53	
30-34	2121	.63		.69	
35-39	1439	.58		.76	
40-44	763	.54		.80	
45-49	190	.30		.66	
			.10		.29
<b>N° de Hijos Nacidos Vivos</b>					
1-2	5151	.72		.79	
3-4	2372	.56		.51	
5 y más	2001	.29		.16	
			.34		.51
<b>N° Hijos Nacidos últimos 3 años</b>					
0	3157	.61		.59	
1-2	6357	.58		.59	
3-4	12	.56		.30	
			.03		.02
R <sup>2</sup> = .172					
R = .414					

Fuente: ENDES- 2000. 9525 casos procesados.

#### • Variables Intermedias

Se han examinado las cuatro variables intermedias de la fecundidad: uso actual de anticonceptivos, duración de la lactancia, edad de la primera unión y estado conyugal, como variables predictoras o explicativas de la variable dependiente el parto hospitalario.

Los resultados que aparecen en el cuadro 4.9, indican que el uso de anticonceptivos y la edad a la primera

unión, explican en algo que las mujeres accedan a los establecimientos de salud para dar a luz a su último hijo.

Es bien conocido que las mujeres son captadas como usuarias de anticonceptivos modernos cuando acuden a un servicio de salud para el control del embarazo y/o cuando son atendidas por parto. Mediante la correlación R, se sabe que las variables intermedias explican la varianza del parto hospitalario en sólo el 36% de los casos observados.

**Cuadro 4.9**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables Intermedias en el Parto Hospitalario

Promedio General = .582

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Uso de Anticonceptivos</b>					
Ninguno					
Método Folklorico	2745				
Método Tradicional	68	.46		.44	
Método Moderno	1265	.18		.25	
	4603	.50		.52	
		.68	.22	.68	.23
<b>Duración de la Lactancia</b>					
0-6 meses					
7-12	1850				
13 a más	2046	.49		.49	
	4786	.60		.59	
		.54	.11	.54	.10
<b>Edad 1ra. Unión</b>					
10-19 años					
20-29	4595				
30-39	3774	.47		.48	
	312	.70		.68	
		.87	.25	.85	.23
<b>Estado Conyugal</b>					
Casada					
Conviviente	3740				
Viuda	4224	.59		.57	
Separada	73	.55		.56	
	642	.44		.56	
		.72	.09	.77	.11
R <sup>2</sup> = .129					
R = .359					

Fuente: ENDES- 2000. 8681 casos procesados.

- **Variables de Salud Sexual**

El conocimiento de las ETS y el VIH/SIDA, así como las atenciones de salud practicadas a través de la prueba del papanicolao y examen de mamas; también se relacionan con el parto hospitalario, como se observa en el cuadro 4.10.

Las mujeres que fueron asistidas en su último parto en un establecimiento de salud tienen un mejor conocimiento de las ETS, VIH/SIDA y se hicieron la prueba del papanicolao en los doce meses previos a la Encuesta; los valores ETA son relativamente altos; sin embargo, cuando los promedios son ajustados por el conjunto de variables, sus valores tienden

a disminuir a casi la mitad; hecho que también se refleja en las correlaciones R en comparación con la R<sup>2</sup>.

- **Variables de Salud Reproductiva**

Las predictoras en este análisis son cuatro: una se refiere al control prenatal en general y tres a las personas que realizaron el control prenatal.

Los datos descriptivos examinados en el capítulo dos indicaban que la proporción de mujeres controladas durante su gestación era aceptable, sin embargo, estos porcentajes aumentaban o disminuían cuando se analizaba por tipo de personal que realizó el control: doctor, obstetrix o partera tradicional.

**Cuadro 4.10**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables de Salud Sexual en el Parto Hospitalario

Promedio General = .67

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Conoce una ETS</b>					
No	777	.20		.46	
Si	7206	.72		.69	
			.33		.15
<b>Conoce el VIH/SIDA</b>					
No	838	.21		.44	
Si	7145	.72		.70	
			.33		.16
<b>Prueba Papanicolao</b>					
No	3135	.56		.59	
Si	4848	.74		.72	
			.20		.14
<b>Examen de Mamas</b>					
No	6108	.63		.65	
Si	1874	.80		.75	
			.16		.09
R <sup>2</sup> = .145					
R = .381					

Fuente: ENDES- 2000. 7982 casos procesados.

Las variables predictoras: "Algún Control Prenatal" y "Control por un Doctor", tienen los valores ETA más altos; es decir explican mejor la variable Parto hospitalario, en el caso de la primera variable su valor BETA se mantiene aún cuando se ajustan los promedios por el resto de variables del

conjunto, lo que no ocurre con la otra variable predictor.

La correlación R indica que el 52% de los partos hospitalarios son explicados por las variables predictoras en forma independiente.

**Cuadro 4.11**  
Efectos sin Ajuste y Ajustados de las Variables de Salud Reproductiva en el Parto Hospitalario

Promedio General = .59

Variables	Nº Casos	Promedio sin ajuste	ETA	Promedio ajustado	BETA
<b>Algún Control Prenatal</b>					
Algún Control	8043	.66		.66	
Ningún Control	1474	.19		.20	
			.35		.34
<b>Control Prenatal por Doctor</b>					
No	6216	.46		.51	
Si	3301	.84		.74	
			.37		.22
<b>Control Prenatal por Obstetrix</b>					
No	7718	.64		.65	
Si	1799	.36		.32	
			.23		.27
<b>Control Prenatal por partera tradicional</b>					
No	9455	.59		.59	
Si	62	.08		.04	
			.08		.09
R <sup>2</sup> = .270					
R = .519					

Fuente: ENDES-2000. 9517 casos procesados.

• **Comparación de todas las variables predictoras relacionadas con el Parto Hospitalario**

En el cuadro 4.12, se presentan las 18 variables predictoras que explican el comportamiento de la variable dependiente Parto Hospitalario; una de las variables más controvertidas en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud.

Las variables contextuales, y en especial el área urbano-rural determinan en primer término el parto hospitalario, tanto las correlaciones R y R<sup>2</sup> son las más altas, si las comparamos con los cuatro conjuntos de variables independientes.

En segundo lugar, son importantes las variables de salud reproductiva y entre ellas el control prenatal realizado por un doctor,

que determina un mayor porcentaje de partos hospitalarios. La fuerza de la correlación R es alta en este grupo de variables, ellas explican el 52% de su relación con la variable dependiente.

Para terminar, sostenemos que los hallazgos obtenidos al aplicar la técnica estadística del Análisis de Clasificación Múltiple (MCA) a las variables sobre Accesibilidad a los Servicios de Salud y a los determinantes intermedios de la Fecundidad; han permitido conocer cuán interrelacionadas se encuentran entre sí las variables, y cómo se podría reforzar algunas acciones para lograr la integración de los programas dedicados a la atención de la salud sexual y reproductiva, con la finalidad de hacer posible que todas las mujeres hagan efectivos sus derechos sexuales y reproductivos en todos los ámbitos del país.

**Cuadro 4.12**  
**Coefficientes: ETA, BETA y Valores de R y R<sup>2</sup> de las Variables relacionadas con el Parto Hospitalario**

VARIABLES explicativas	ETA	BETA	R	R <sup>2</sup>
<b>VARIABLES Contextuales</b>				
Área de Residencia	.59	.32		
Región Natural	.51	.19		
Nivel de Educación	.55	.30		
			.673	.453
<b>VARIABLES Demográficas</b>				
Edad Actual	.10	.29		
Nº Hijos Nacidos Vivos	.34	.51		
Nº Hijos Nacidos últimos 3 años	.03	.02		
			.414	.172
<b>VARIABLES de Salud Sexual</b>				
Conoce una ETS	.33	.15		
Conoce el VIH/SIDA	.33	.16		
Prueba Papanicolaou	.20	.14		
Examen de Mamas	.16	.09		
			.381	.145
<b>VARIABLES de Salud Reproductiva</b>				
Control Prenatal por Doctor	.37	.22		
Control Prenatal por Enfermera/ Obstetris	.23	.27		
Control Prenatal por partera tradicional	.08	.09		
AlgúnControl Prenatal	.35	.34		
			.519	.270
VARIABLES Intermedias				
<b>Uso de Anticonceptivo</b>	.22	.23		
<b>Meses de Lactancia</b>	.11	.10		
<b>Edad 1ra. Unión</b>	.25	.23		
<b>Estado Conyugal</b>	.09	.11		
			.359	.129

Fuente: Cuadros 4.7, 4.8, 4.9, 4.10 y 4.11.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

### 5.1. Principales conclusiones

1. Este estudio, aún cuando tiene dos partes, las que son analizadas conceptual y teóricamente por separado, constituyen elementos o aspectos significativos de la salud sexual y reproductiva, que inciden y se manifiestan en el comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil; mostrando las grandes diferencias que se dan según áreas de residencia (urbano-rural; región natural y por departamentos) nivel educativo y edad de la mujer, en un período de casi un cuarto de siglo de historia demográfica del país.

2. Los objetivos planteados para la realización de este estudio han sido desarrollados suficientemente, utilizando las Encuestas ENDES, la ENAF, ENAHO-98 y otros estudios de carácter cualitativo, que ayudan a interpretar los resultados cuantitativos.

3. Las hipótesis formuladas sobre accesibilidad a los servicios de salud y reproductiva fueron comprobadas parcialmente con la información de las Encuestas, sin embargo los estudios cualitativos permitieron reforzar la idea que las mujeres menos educadas y rurales, no acceden por temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos, pudor a ser observadas sus partes íntimas, por miedo a ser esterilizadas; por el ambiente frío o demasiado iluminado de los

establecimientos de salud y por falta de recursos económicos, por ello no van ni a controlar su embarazo, ni a dar a luz, ni a solicitar pruebas preventivas relacionadas con las ETS, SIDA y el cáncer.

4. Son las mujeres urbanas, las más educadas y que residen en Lima Metropolitana y resto de la Costa, las que acceden con mayor facilidad a todos los servicios que brindan los Programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Maternidad sin riesgos y otros Programas ofertados por los Sectores Públicos y Privados.

5. La fecundidad peruana se mantuvo constante entre 1950 y 1965 con una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 6.9 hijos por mujer (hpm), que inició su transición a niveles más bajos en el quinquenio 1965 - 1970, alcanzó un nivel de 4.7 hijos por mujer en el quinquenio 1980 - 1985 y llegó a 3.2 hpm. en el quinquenio 1996-2000.

6. Este descenso no ha sido uniforme y podemos decir que se dio con mayor intensidad en las áreas urbanas, en Lima Metropolitana y entre los sectores con más oportunidades de acceder a la educación secundaria o superior. En estos sectores se observan cambios hacia niveles de fecundidad más bajos y hacia estructuras de fecundidad más jóvenes.

7. En las áreas rurales, en las regiones Sierra y Selva, en los sectores sin nivel de instrucción o con primaria completa o incompleta, los cambios se registran lentamente y en el 2000 todavía mantienen altas tasas de fecundidad, alrededor de 4 hijos por mujer. Adicionalmente, los cambios hacia estructuras de fecundidad más jóvenes son mucho más fuertes que en áreas urbana, costa y sectores con secundaria o más.

8. En general, las mujeres con más educación y las que viven en áreas urbanas, tienen menores niveles de fecundidad que las mujeres analfabetas o menos educadas y las que viven en área rural. Esta realidad es atribuible a que las mujeres más educadas y las más urbanas se casan a mayor edad y en menores proporciones, la prevalencia en el uso de anticonceptivos es más alta; además, los métodos empleados son los más efectivos. El fuerte impacto de la anticoncepción y de la nupcialidad, compensan largamente el reducido impacto de la lactancia.

9. Por su parte, las mujeres con poca o ninguna educación y las que viven en áreas rurales, se casan en mayor proporción y a menor edad y, aunque hay tendencia a incrementar el porcentaje de usuarias de anticonceptivos, los incrementos son, por lo general, de métodos poco eficaces. La lactancia, de importancia significativa en estos sectores, no logra balancear la débil influencia de la no nupcialidad y la anticoncepción en la reducción de la fecundidad

10. Cabe destacar que, el peso o importancia de las variables intermedias en la fecundidad peruana ha variado en

los 14 años transcurridos entre 1986 y el 2000; así, en 1986 y en las áreas urbana y rural, el peso del celibato o no matrimonio en la reducción de la fecundidad potencial fue mayor que el peso de la anticoncepción, esta relación de orden cambia en el 2000 y encontramos que el peso de la anticoncepción es claramente mayor que el del no matrimonio. Esta realidad se registra también por región natural y por nivel educativo

11. La fecundidad es menor en Lima Metropolitana por el fuerte impacto de la contracepción y el no matrimonio, efecto del mayor porcentaje de usuarias de anticonceptivos cada vez más eficaces, de una menor proporción de mujeres en unión y de una mayor edad en la primera unión.

12. La menor fecundidad de las mujeres del Resto de Costa frente a las de Sierra y Selva es atribuible principalmente al mayor porcentaje de usuarias de contraceptivos. En cuanto a las diferencias entre la fecundidad de Sierra y Selva, pueden ser explicadas por la mayor edad de la primera unión en la Sierra, a lo que se debe añadir un mayor tiempo promedio de lactancia.

13. Surge como principal factor de diferencias en fecundidad y cambios en el tiempo, la práctica anticonceptiva, seguida de la proporción de mujeres en unión.

14. Cabe comentar que, las hipótesis 5 a 8, referidas a las variables intermedias, planteadas originalmente, han sido probadas en todos sus términos.



15. En un intento de integrar los indicadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud con los determinantes intermedios de la Fecundidad, se aplicó el Análisis de Clasificación Múltiple (MCA) a 18 variables; encontrándose los siguientes resultados:

- Las variables demográficas: edad actual, número total de hijos vivos, e hijos nacidos en los 3 últimos años, correlacionan fuertemente con el uso de métodos anticonceptivos.
- Las variables contextuales: área de residencia, región natural y nivel educativo; así como las variables de salud reproductiva medidas por el control prenatal; tienen alta correlación con el parto hospitalario.
- Las variables de salud sexual e intermedias, por el contrario correlacionan con menor intensidad con la prevalencia anticonceptiva y el parto hospitalario, mostrando de este modo que existen vacíos en la integración del programa de salud sexual y reproductiva.

16. Estos resultados, aún cuando eran los esperados; también muestran cuáles serían teóricamente los principales déficits de los programas de Salud Sexual y Reproductiva que deberían ser reforzados con acciones concretas, para brindar una atención satisfactoria a la población femenina peruana.

## 5.2. Recomendaciones y Sugerencias

1. El estudio ofrece información actualizada de la situación de salud sexual

y reproductiva y de comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil, a la luz de las variables intermedias, de manera desagregada a nivel regional y departamental, hecho que permitirá a los funcionarios de los Sectores Salud, Educación y Mujer y Desarrollo Social, contar con información básica para el diseño de proyectos de inversión e investigación operativa.

2. Los resultados obtenidos sobre los determinantes intermedios, proporcionan a los funcionarios de gobierno interesante información en profundidad que podrían ser utilizados en la actualización de la Política Social, incluyendo las de Salud, Educación y Población.

3. El sector salud debía priorizar acciones a través de campañas masivas sobre la necesidad de prevenir el cáncer uterino y mamario, las ETS y el VIH/SIDA. No sólo será necesario que se extienda el conocimiento sobre estas enfermedades, sino lograr la creación de "conciencia" que es un derecho de toda persona gozar de buena salud sexual y reproductiva.

4. En el programa de Planificación Familiar, mejorar la consejería y seguimiento de las usuarias para evitar las deserciones y percepciones erróneas y dudas adversas al programa. Estas acciones serán enfatizadas entre las mujeres rurales, menos educadas de la Sierra y Selva del País.

5. Dar importancia y prioridad en el Sector Educación, a los Cursos de Educación en Población y Educación Sexual, para contar en el futuro con una generación de hombres y mujeres bien informados sobre

temas demográficos y, en especial, sobre los derechos sexuales y reproductivos que tiene toda persona.

6. La lactancia cobra especial importancia en sectores rurales y menos educados. La promoción que se viene haciendo, hace algún tiempo, para revalorar la costumbre del amamantamiento está dando resultados, debiéndose intensificar esta campaña, sobre todo, por el bienestar materno infantil.

7. Se destaca la influencia de la nupcialidad en los cambios de la fecundidad peruana, influencia que, en el caso de las mujeres con mayores oportunidades educativas, está cercana a la anticoncepción. Por otro lado, el incremento de la proporción de mujeres en unión y el estancamiento de la edad promedio a la primera unión en edades jóvenes, pareciera ser una de las principales causas para que la fecundidad no logre disminuir significativamente en algunos sectores. Surge la necesidad de promover estudios sobre nupcialidad que permitan entender adecuadamente su comportamiento y cambios.

8. Se hace necesario investigar a profundidad y al mayor nivel geográfico administrativo posible la influencia de otras variables intermedias que deben estar influyendo en la fecundidad peruana como mortalidad intrauterina y aborto.

9. También es necesario investigar y establecer la eficacia en el uso de métodos anticonceptivos para el Perú, de tal forma de estimar más precisamente el impacto de la anticoncepción en la fecundidad peruana.

10. En el caso del Perú, vemos que los cambios de la fecundidad a estructuras más jóvenes, esta realidad sugiere que se debe poner especial atención a la fecundidad en adolescentes, comenzando por la revisión de los supuestos sobre la fecundidad del grupo de 15-19 años e investigar sobre el peso que pueda estar teniendo la fecundidad prematrimonial.

### **5.3. Comentarios y Sugerencias, en relación al Modelo de Bongaarts**

1. Los planteamientos del Modelo son válidos y permiten identificar y cuantificar la influencia de las principales variables intermedias de la fecundidad.

2. El Modelo, al ser multiplicativo arrastra un error mayor en la medida en que los supuestos implícitos cada vez se cumplan menos; entonces, como todo modelo, debe afinarse en lo posible, y adecuarse a los cambios que el tiempo y la realidad impongan.

3. Se ha encontrado que el Modelo funciona dentro de los parámetros originales de Bongaarts, si la fecundidad es alta o medianamente alta, donde las variables intermedias comparten la explicación del nivel de la TGF; pero cuando la fecundidad se reduce, acompañada de fuertes incrementos en la prevalencia anticonceptiva, sobre todo con predominio de métodos más efectivos para prevenir el embarazo (Inyectables, por ejemplo), es difícil mantener el valor, constante de TF sugerido por Bongaarts para relacionar los índices con las medidas resumen. En estos casos, se sugiere no depender del valor de TF; sino analizar por separado el

comportamiento de los índices en el tiempo y entre subgrupos de la población<sup>1</sup>.

4. En cuanto al aborto, sería conveniente disponer de una aproximación de la Tasa Global (TA) a través de las historias de embarazos, para contar con un valor de referencia.

5. Si bien es cierto que, la proporción de mujeres en unión es una de los principales variables intermedias, no debe dejarse de lado otro factor que permite apreciar integralmente el efecto de la nupcialidad en la fecundidad. Este factor adicional es la edad media de la primera unión.

6. Dada la importancia de las variables intermedias para entender los cambios en

la fecundidad peruana y tomar decisiones adecuadas, se sugiere incorporar en las encuestas sociodemográficas preguntas diseñadas de tal forma que se puedan estimar directamente los indicadores de las variables intermedias.

7. En un intento de integrar los indicadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud con los determinantes intermedios de la Fecundidad, se aplicó el Análisis de Clasificación Múltiple (MCA) a 18 variables; encontrándose los siguientes resultados:

- Las variables demográficas: edad actual, número total de hijos vivos e hijos nacidos en los 3 últimos años, correlacionan fuertemente con el uso de métodos anticonceptivos.

---

1/ Agradecemos los comentarios que al respecto del Modelo, nos hiciera el Doctor Doroteo Mendoza Victorino, de la División de Sociodemografía, Coordinación de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos comentarios, basados en la experiencia mexicana en la aplicación del Modelo, describen coincidentemente lo que venimos observando en el Perú.



## XI. BIBLIOGRAFÍA

- **ALCANTARA, Elsa**  
1983 "Uso de métodos anticonceptivos" en "Aspectos demográficos y prevalencia de anticonceptivos en el Perú". INE -.Lima.
- **ALCANTARA, E. y ORTIZ, J.**  
1994 "Mortalidad Temprana y Fecundidad en el Perú"; Instituto de Estudios de Población, IEPO, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- **ALCANTARA, E., ORTIZ, J. y CARBAJAL, L.**  
1996 "Fecundidad y Mortalidad Infantil -Tres ensayos metodológicos"-IEPO/UPCH - Lima.
- **ALCANTARA, E.; DE LA PEÑA, M.**  
1997 "Estudio Evaluativo de las Necesidades de Salud Reproductiva en el Perú" - Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional-ACDI - Lima.
- **ALCANTARA, Elsa**  
1999 "Salud Reproductiva, Pobreza y Condiciones de Vida en el Perú" - INEI-Programa MECOVI-Doc. N° 6 - Lima.
- **ALTOBELLI, Laura**  
1998 "Identificación de la demanda insatisfecha para Salud Sexual y Reproductiva en Huancavelica-Perú" - INOPAL III, Doc. Trab. N° 7.
- **ARIAS, R.; ARAMBURU, C.**  
1999 "Uno empieza a alucinar - Percepción de los Jóvenes, sobre sexualidad, embarazo, acceso a los servicios de salud"-Redess Jóvenes-Fundación Summit- Lima.
- **BELMONT, L.R., y otros**  
2000 "Barriers to adolescents use of reproductive Health services in three bolivian cities - Population Council. New York.
- **BECKER, S., AHMED, S**  
2001 "Dynamics of contraceptive use and breast feeding during the post partum period in Perú and Indonesia - Population Studies, Vol. 55 (2) pag. 165-179.
- **BONGAARTS, J.** 1978  
"A Framework for analyzing the Proximate Determinants of Fertility" Population and Development Review. Vol. 4 Nro. 1
- **BONGAARTS, J.** 1982  
"The Fertility Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables". Studies in Family Planning 13.
- **BONGAARTS, J, y POTTER. R**  
1983 "Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants". Academic Press, New York.

- **BONGAARTS, J.**  
1990 "The Measurement of wanted fertility" *Population and Development Review* - Vol. 16, N° 3.
- **BONGAARTS, J., BRUCE, J**  
1995 "The causes of unmet need for contraception and social content of services" *Studies in Family Planning*. 26 (2) pp 57-75
- **BRASS, William.**  
1975 "Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data". University of North Carolina at Chapel Hill.
- **BRUCE, Judith**  
1999 "Elementos fundamentales de la calidad de atención - Un marco conceptual sencillo" *Population Council - INOPAL III. Doc. Trab. N° 21.*
- **BULATAO, R.**  
1984 "Reducing fertility in Developing countries" "A review of determinants and Policy Levels"; *The World Bank Paper No. 680, Washington D.C.*
- **CACERES, Carlos**  
1999 "La (Re) configuración del Universo Sexual", *UPCH-Redess Jóvenes-Lima.*
- **CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRAFICOS, CEDEM, FNUAP, UNICEF**  
1995 "CUBA: Transición de la Fecundidad. Cambio Social y Conducta Reproductiva".
- **CIPD - FAMILY CARE INTERNATIONAL**  
1994 "Acción para el siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos para todos". New York.
- **CROXATTO, Horacio**  
2000 "Los implantes de prostágeno" - *Boletín Médico del IPPF, Tomo 34, N° 1-Londres.*
- **DAVIS, F. y BLAKE, J.**  
1956 "Social Structure and Fertility: An Analitic Framework", *Economic Development and Cultural Change 4.*
- **DE LA PEÑA, M. y ALCANTARA, E.**  
1999 "Barreras culturales en la relación usuarias-proveedores de los Servicios de Salud Reproductiva" un estudio cualitativo con mujeres campesinas de Ancash", *IEPO-UPCH-Fund. Ford-Lima-Perú.*
- **DIAZ, Soledad**  
2001 "Métodos de prostágeno sólo, comparación de opciones". *Boletín Médico del IPPF - Tomo 35, N° 4. Londres.*
- **FERRANDO, D. y ARAMBURU, C.**  
1992 "La transición de la fecundidad en el Perú". En *Notas de Población No. 56, CELADE, Santiago de Chile.*
- **GASLONDE, S., and CARRASCO, E.**  
1997 "The impact of some intermediate variables on fertility: evidence from Venezuela Natural Fertily survey 1997 Voorburg Internation States trial Institute WFS ocasional Paper N° 23.
- **GUEVARA, Susana**  
1996 "Algunos aspectos del comportamiento reproducido según niveles de Pobreza". En *Cuadernos de Población del CONAPO.*
- **HATCHER, Robert y otros**  
1999 "Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva"- U. Johns Hopkins-USA.

- **HOBBCRAFT, I. And LITTLE, RJA**  
1984 *Fertility expo sure analysis: a new method for assesing the contuhition of proximate determmants to differentrals* - *Population Studies* 38 (1) 21-45.
- **INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POBLACION-IEPO**  
1996 "Caminemos Juntos hacia una sexualidad integral", UPCH-Lima
- **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI)**  
1979 "Informe General de la Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú" - 1977-78.  
  
1984 "La Población del Perú 1980-2025, su crecimiento y distribución". BAD. No. 26, Lima.  
  
1988 "Informe General de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar", ENDES 1986.  
  
1992 "Informe General de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar", ENDES 1991-92  
  
1995 Fondo de Población de las Naciones Unidas - "Perú: Niveles y Tendencias de la Fecundidad"  
  
1997 Informe Principal "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 96  
  
2001 Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000
- **INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, IPPF, Londres, Inglaterra.**  
Boletín Médico:  
1994 - Tomo 28, Nº 2  
  
1995 - Tomo 28, Nº 4  
2001 - Tomo 35, Nº 2  
2001 - Tomo 35, Nº 4
- **INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION**  
1995 "El consenso de El Cairo: Programa acertado en el momento oportuno". New York.
- **LAING, J.E.**  
1978 "Estimating the effects of contraceptive use on Fertility", en "Studies in Family Planning" -9.
- **LAMA, Antonio**  
2000 "Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú", INEI - Programa MECOVI - Lima.
- **LEON, F. y VALLENAS, S.**  
1999 "Salud Perinatal en áreas prioritarias del Perú", cinco investigaciones operativas - Pop. Council - Doc. Trab. Nº 25.
- **LOZA, G. y VALLENAS, G.**  
1992 "Uso y demanda de métodos anticonceptivos en el Perú". DHS/CELADE, Santiago de Chile.
- **NACIONES UNIDAS**  
1987 "Fertility Behavior in the Context of Development. Evidence from de World Fertility Survey", New York.
- **NACIONES UNIDAS**  
2000 "Examen y evaluación del Programa de Acción de CIPD" - New York.
- **NOBLE, Jeanne y otros**  
1998 "Análisis situacional del cuidado de la Salud Reproductiva en Ceara-Brasil" 1993-97 - INOPAL III, Doc. Trab. Nº 28. New York.

- **ORTIZ, Jorge**  
1987 "Perú; Fecundidad y Variables Intermedias por Regiones Naturales", en "La Costa Peruana: Realidad Poblacional", AMIDEP. Lima.
- **ORTIZ, J. y ALCANTARA, E.**  
1988 "Cambios en la Fecundidad Peruana", UNSAAC, CIPC. Cusco  
  
1994 "Dinámica Demográfica en el área rural del Cusco, por pisos ecológicos", en la Revista Peruana de Población N°. 4, AMIDEP, CONAPO. Lima.
- **ORTIZ, J.; GARCIA, K.; FARFAN, G.; ZAMALLOA, R.**  
1996 "Estudio Bioestadístico de la relación entre lactancia materna y fecundidad", Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.  
  
1996 "Región Inka: Dinámica demográfica y Pobreza". INEI - FNUAP.  
  
1997 "La Fecundidad de las Adolescentes en los departamentos y provincias de la Región Inka, por niveles de pobreza", SITUA, Revista de la Fac. de Medicina Humana de la UNSAAC.
- **OUT LOOK, Washington, USA**  
1989 - Recomendación de la aprobación del Norplant, Vol. 7, N° 2  
1991 - Aprueban el uso del DIU de cobre 380ª. Vol. 8, N° 4  
1991 - Tasas de Embarazo asociadas a varios anticonceptivos. Vol. 8, N° 3  
1992 - Tasas de Falla del Cyclofen - Vol. 9, N° 4.  
1992 - Diversidad de Métodos, variedad de opciones. Vol. 10, N° 1.
- **PRESSAT, Roland**  
1998 "El Análisis Demográfico", Fondo de Cultura Económica. México.
- **PROMUDEH y MESA TRIPARTITA SEGUIMIENTO CIPD-PERU**  
1999 Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo - Lima.
- **REYES, Hilda y otros**  
1998 "Un Sistema de Medición de la Calidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, desde una perspectiva de género - Population Council. Doc. Trab. N° 29 - México.
- **RIVERA A., Genara**  
1992 "Estudio del papel de las Variables Intermedias en el descenso de la Fecundidad Peruana", INEI, CELADE.
- **SINGH, S; CASTERLINE, J.; CLELAND, J.**  
1983 "The Proximate Determinants of Fertility; Cross National and Sub-National Variations"; World Fertility Survey TECH2165.
- **SHAOXIANG WANG**  
1987 "Proximate Determinants of Fertility and Policy Implications in Beijing" en Studies in Family Planning. Vol. 18, N° 4.
- **STOVER, John**  
1998 "Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework" en Studies in Family Planning. Vol. 29. N° 3
- **VARGAS. Cuno Mary**  
2001 "Ejercicio de los derechos reproductivos en contextos de exclusión social", DEMUS-Lima
- **VERNON, Ricardo y otros**  
1998 "Oferta Sistemática de Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Guatemala" - Population Council. Doc. de Trab. N° 3. New York.



# Anexos

**ANEXO 1.** Metodológico

**ANEXO 2.** Estadístico

- Cuadro A1
- Cuadro A2
- Cuadro A3
- Cuadro A4



## ANEXO METODOLOGICO

### A.1. Cálculo de las tasas e índices en el Modelo de Bongaarts

$$C_c = 1 - 1.08 * u * e$$

Donde:

- Para el cálculo del Índice de Nupcialidad (Cm) se utiliza la siguiente expresión:

$$C_m = \frac{TGF}{TM} = \frac{f(a)}{[f(a)/m(a)]} = \frac{f(a)}{g(a)}$$

1.08 es un coeficiente de ajuste propuesto por el Modelo tomando en cuenta que un 8% de las mujeres que se saben infértiles no practican la anticoncepción.

**u** = Proporción de usuarias de anticonceptivos entre las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva.

**f(a)**, son las tasas específicas de fecundidad y, en este estudio, se estiman para los tres años anteriores a la encuesta.

**e** = Efectividad promedio en el uso de anticonceptivos, que se estima mediante:

**g(a)**, son las tasas específicas de fecundidad marital

$$e = \frac{e(m) u(m)}{u}$$

**m(a)**, son las proporciones específicas de mujeres en unión

e(m) es el nivel de efectividad del método m y u(m) es la proporción de mujeres que usan dicho método m.

Las tasas y proporciones se calculan para grupos quinquenales de edad, considerando los 15 años como el inicio de la etapa reproductiva de las mujeres.

Los valores de e(m), se adoptan de un estudio que Laing (1978) realizó en Filipinas. Estas efectividades son:

Siguiendo el esquema de Bongaarts, la g(a) correspondiente al grupo de edad 15-19 años, se estima como el 75% de la g(a) del grupo de 20-24 años.

Píldora = 0.90, DIU = 0.95,  
Esterilización anticonceptiva = 1  
y Otros Métodos = 0.70

- Para el cálculo del Índice de Anticoncepción (Cc), se emplea la siguiente ecuación

Teniendo en cuenta el incremento considerable en el uso de inyectables a partir de la ENDES 1996, se incorpora este método al modelo, con una efectividad

de 0.95, tomada de HATCHER, Robert y colaboradores, 1999, las Revistas OUT LOOK y los Boletines Médicos de IPPF, mencionadas en la bibliografía.

- Para el cálculo del Índice de Infecundabilidad postparto (Ci), se emplea:

$$Ci = \frac{20}{18.5 + i}$$

La expresión anterior representa el cociente entre el intervalo promedio entre nacimientos sin y con lactancia.

i, es la duración promedio de la infecundabilidad, en meses, desde el nacimiento a la primera ovulación. Su valor se obtiene de la información sobre amenorrea o se estima mediante la siguiente función:

$$i = 1.75 \exp(0.1396 * I - 0.011872 * I^2)$$

donde I es la duración media de la lactancia.

- No se detalla el cálculo del Índice de aborto inducido (Ca), debido a que la información básica para su estimación es poco confiable ya que en el Perú la práctica del aborto está penada.
- Como se indicó en 3.2, la relación entre la fecundidad observada en las poblaciones medida por la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la fecundidad potencial (TF) y los índices que generan el paso de la fecundidad potencial a la fecundidad

observada, se resume en la siguiente ecuación:

$$TGF = TF \times Cm \times Ca \times Cc \times Ci.$$

Para medir la contribución porcentual de cada determinante a la disminución de la fecundidad potencial, TF, a la observada, TGF, linealizamos la ecuación anterior usando una transformación logarítmica. Así, por ejemplo, el aporte de la infecundabilidad por lactancia es:

$$\frac{\ln(Ci)}{[\ln(Ci) + \ln(Cc) + \ln(Cm) + \ln(Ca)]}.$$

Se procede igual para los otros determinantes, de tal forma que la suma de los aportes es 100 %.

## A.2. Ajustes Metodológicos al Modelo de Bongaarts

Para el cálculo de los Índices de Anticoncepción, se tomaron en cuenta a las mujeres expuestas que declararon usar algún método anticonceptivo en la actualidad. Siguiendo la sugerencia de Singh (1983), las mujeres usuarias de anticonceptivos que están amamantando bebés de 6 meses de edad o menos, no se consideraron como usuarias bajo el supuesto que estas mujeres son todavía amenorreicas. Consideramos que el supuesto es válido para el Perú, ya que el valor mínimo observado como duración media de lactancia es inclusive superior a los seis meses.

Para el cálculo de los Índices de Infecundabilidad por Lactancia (Ci), se considera la lactancia en el último intervalo cerrado, es decir, el tiempo medio de lactancia del penúltimo hijo nacido vivo de las mujeres actualmente unidas con dos

embarazos fecundos incluido el actual. Mayores restricciones al último intervalo cerrado significan una considerable reducción de los tamaños de muestra.

### A.3. Definición de variables

Las variables de control para distinguir las diferencias entre subpoblaciones se definen de la siguiente forma:

**Área Urbana:** Es todo territorio ocupado por un centro poblado con más de 2000 habitantes. Esta definición es considerada en las encuestas del INEI desde 1977. (INEI, 1992)

**Área Rural:** Es todo territorio ocupado por un centro poblado con menos de 2000 habitantes. (INEI, 1992)

**Lima Metropolitana:** corresponde al área Metropolitana de Lima.

**Costa:** es la Región Natural peruana constituida por el margen continental

marítimo, hasta los 2,000 m.s.n.m. El Resto de Costa, corresponde a la Costa peruana con exclusión de Lima Metropolitana (INE, 1988)

**Sierra:** es la Región Natural peruana ubicada en la Cordillera de los Andes, encima de los 2000 m.s.n.m. (INE, 1988)

**Selva:** es la Región Natural peruana, constituida por parte de la Cuenca Amazónica, por debajo de la curva de nivel de los 2,000 m.s.n.m (INE, 1988)

**Nunca Asistió:** Analfabeta

**Primaria Incompleta:** 4 años de primaria o menos.

**Primaria Completa:** Incluye a las mujeres con 5 ó 6 años de primaria.

**Secundaria o más:** Algún año de educación secundaria o con estudios superiores.



**ANEXO ESTADISTICO**  
(CUADRO A1)

Perú: tasas específicas de fecundidad, f(a), y de fecundidad marital, g(a); proporciones específicas de mujeres en unión, m(a); estructura porcentual de f(a); tasa global de fec. (tgf); tasa de fertilidad total (tf), ind. de nupcialidad (cm), proporción de mujeres en unión, % de usuarias de met. anticoncepción por método; promedio de uso de métodos anticonceptivos (u), efectividad en el uso de m.a.c (e), índice de anticon. (cc); duración media de lactancia (l), duración de la infecundabilidad post-parto (i) e índice de infecundabilidad post-parto (ci) y % de reducción de la fec. potencial, tf, por las variables intermedias según total nacional, área de residencia urbana y rural, regiones naturales y nivel educativo, 1996.

**PERU TOTAL**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.075	0.119	0.629	10.6
20-24	0.179	0.476	0.376	25.4
25-29	0.162	0.700	0.231	22.9
30-34	0.140	0.808	0.173	19.8
35-39	0.099	0.809	0.122	14.0
40-44	0.044	0.800	0.055	6.2
45-49	0.007	0.803	0.009	1.0

TGF= 3.53                      TF= 19.25                      Cm= 0.565  
% Muj. Unión = 58.3

	Usuaris de A.C. %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.090	0.116	0.061	0.072	0.274
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.612                      Efec. Prom.= 0.840                      Cc= 0.444

Lact. Prom.= 14.41                      Inf. Por lac.= 8.88                      Ci= 0.730

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 33.6                      Anticoncepción = 47.9                      Lactancia = 18.5

CONTINUA.....

**PERU URBANO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.055	0.079	0.696	9.8
20-24	0.143	0.410	0.349	25.5
25-29	0.136	0.650	0.209	24.3
30-34	0.121	0.791	0.153	21.6
35-39	0.074	0.787	0.094	13.2
40-44	0.028	0.790	0.035	5.0
45-49	0.003	0.792	0.004	0.5

TGF= 2.80

TF= 19.06

Cm= 0.506

% Muj. Unión = 54.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.107	0.142	0.070	0.066	0.286
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.670

Efec. Prom.= 0.846

Cc= 0.387

Lact. Prom.= 13.49

Inf. Por lac.= 8.20

Ci= 0.749

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 35.5

Anticoncepción = 49.5

Lactancia = 15.1

**PERU RURAL**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.139	0.238	0.583	12.5
20-24	0.280	0.680	0.412	25.1
25-29	0.229	0.832	0.275	20.5
30-34	0.195	0.853	0.229	17.5
35-39	0.170	0.868	0.196	15.2
40-44	0.085	0.829	0.102	7.6
45-49	0.018	0.826	0.022	1.6

TGF= 5.58

TF= 18.96

Cm= 0.723

% Muj. Unión = 69.4

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.052	0.059	0.042	0.086	0.248
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.487

Efec. Prom.= 0.823

Cc= 0.567

Lact. Prom.= 15.02

Inf. Por lac.= 9.35

Ci= 0.718

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 26.5

Anticoncepción = 46.4

Lactancia = 27.1

CONTINUA.....



## LIMA METROPOLITANA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.0427	0.065	0.652	8.7
20-24	0.1304	0.377	0.346	26.6
25-29	0.1118	0.586	0.191	22.8
30-34	0.1097	0.748	0.147	22.4
35-39	0.0669	0.771	0.087	13.7
40-44	0.0264	0.764	0.035	5.4
45-49	0.0018	0.808	0.002	0.4

TGF= 2.45

TF= 18.91

Cm= 0.459

% Muj. Unión = 51.9

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.087	0.166	0.078	0.055	0.292
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.678

Efec. Prom.= 0.843

Cc= 0.383

Lact. Prom.= 14.1

Inf. Por lac.= 8.65

Ci= 0.737

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 38.1

Anticoncepción = 47.0

Lactancia = 15.0

## PERU RESTO DE COSTA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.053	0.102	0.516	9.5
20-24	0.133	0.452	0.293	24.0
25-29	0.144	0.704	0.205	26.2
30-34	0.111	0.812	0.136	20.0
35-39	0.075	0.803	0.094	13.7
40-44	0.034	0.798	0.042	6.1
45-49	0.003	0.787	0.003	0.5

TGF= 2.76

TF= 16.99

Cm= 0.555

% Muj. Unión = 57.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.129	0.130	0.072	0.078	0.254
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.663

Efec. Prom.= 0.858

Cc= 0.385

Lact. Prom.= 13

Inf. Por lac.= 7.84

Ci= 0.759

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 32.4

Anticoncepción = 52.5

Lactancia = 15.2

CONTINUA.....

**PERU SIERRA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.059	0.130	0.453	6.4
20-24	0.222	0.546	0.407	24.3
25-29	0.201	0.747	0.269	22.0
30-34	0.183	0.834	0.219	20.0
35-39	0.157	0.832	0.189	17.2
40-44	0.074	0.811	0.091	8.1
45-49	0.018	0.809	0.022	1.9

TGF= 4.57

TF= 20.29

Cm= 0.608

% Muj. Unión = 61.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.059	0.091	0.022	0.071	0.303
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.546

Efec. Prom.= 0.815

Cc= 0.520

Lact. Prom.= 15.3

Inf. Por lac.= 9.57

Ci= 0.712

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 33.4

Anticoncepción = 43.9

Lactancia = 22.7

**PERU SELVA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.149	0.282	0.530	15.9
20-24	0.226	0.648	0.349	24.1
25-29	0.216	0.866	0.250	23.0
30-34	0.176	0.891	0.197	18.7
35-39	0.113	0.868	0.130	12.0
40-44	0.050	0.892	0.056	5.4
45-49	0.009	0.802	0.011	0.9

TGF= 4.70

TF= 17.31

Cm= 0.748

% Muj. Unión = 70.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.106	0.044	0.107	0.102	0.195
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.554

Efec. Prom.= 0.862

Cc= 0.484

Lact. Prom.= 13.5

Inf. Por lac.= 8.21

Ci= 0.749

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 22.2

Anticoncepción = 55.6

Lactancia = 22.2

CONTINUA.....

## PERU NO ASISTIO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.190	0.508	0.375	13.9
20-24	0.319	0.703	0.454	23.3
25-29	0.288	0.850	0.339	21.0
30-34	0.260	0.847	0.307	19.0
35-39	0.209	0.842	0.248	15.3
40-44	0.084	0.794	0.106	6.1
45-49	0.020	0.812	0.025	1.5

TGF= 6.86

TF= 19.24

Cm= 0.754

% Muj. Unión = 80.1

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Injectables	OTROS
Uso actual	0.065	0.036	0.019	0.047	0.200
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.367

Efec. Prom.= 0.820

Cc= 0.675

Lact. Prom.= 15.9

Inf. Por lac.= 10.05

Ci= 0.700

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 27.4

Anticoncepción = 38.1

Lactancia = 34.5

## PERU PRIMARIA INCOMPLETA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.108	0.245	0.443	10.1
20-24	0.291	0.701	0.416	27.2
25-29	0.241	0.856	0.282	22.5
30-34	0.191	0.858	0.223	17.8
35-39	0.151	0.863	0.175	14.1
40-44	0.074	0.840	0.088	6.9
45-49	0.014	0.794	0.017	1.3

TGF= 5.35

TF= 20.05

Cm= 0.708

% Muj. Unión = 74.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Injectables	OTROS
Uso actual	0.091	0.076	0.044	0.065	0.247
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.523

Efec. Prom.= 0.837

Cc= 0.528

Lact. Prom.= 15.2

Inf. Por lac.= 9.49

Ci= 0.714

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 26.2

Anticoncepción = 48.4

Lactancia = 25.5

CONTINUA.....



**ANEXO ESTADISTICO**  
(CUADRO A-2)

Perú: tasas específicas de fecundidad,  $f(a)$ , y de fecundidad marital,  $g(a)$ ; proporciones específicas de mujeres en unión,  $m(a)$ ; estructura porcentual de  $f(a)$ ; tasa global de fec. ( $tgf$ ); tasa de fertilidad total ( $tf$ ), ind. de nupcialidad ( $cm$ ), proporción de mujeres en unión, % de usuarias de met. anticoncepción por método; promedio de uso de métodos anticonceptivos ( $u$ ), efectividad en el uso de m.a.c ( $e$ ), índice de anticon. ( $cc$ ); duración media de lactancia ( $l$ ), duración de la infecundabilidad post-parto ( $i$ ) e índice de infecundabilidad post-parto ( $ci$ ) y % de reducción de la fec. potencial,  $tf$ , por las variables intermedias según departamentos, 1996.

**AMAZONAS**

Grupo de edad	$f(a)$	$m(a)$	$g(a)$	Estruct. % $f(a)$
15-19	0.149	0.240	0.622	15.0
20-24	0.230	0.587	0.392	23.1
25-29	0.193	0.843	0.229	19.4
30-34	0.182	0.857	0.212	18.3
35-39	0.119	0.943	0.126	12.0
40-44	0.101	0.887	0.114	10.2
45-49	0.020	0.740	0.027	2.0

TGF= 4.97

TF= 18.26

Cm= 0.713

% Muj. Unión = 69.7

	Usuarías de A.C. %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.074	0.062	0.058	0.099	0.243
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.537

Efec. Prom.= 0.838

Cc= 0.514

Lact. Prom.= 13.8

Inf. Por lac.= 8.43

Ci= 0.743

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 26.0

Anticoncepción = 51.2

Lactancia = 22.9

CONTINUA.....

**ANCASH**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.046	0.080	0.574	7.7
20-24	0.178	0.488	0.365	29.6
25-29	0.142	0.733	0.194	23.6
30-34	0.118	0.863	0.137	19.6
35-39	0.078	0.765	0.102	13.0
40-44	0.039	0.768	0.051	6.5
45-49	0.000	0.796	0.000	0.0

TGF= 3.01

TF= 19.56

Cm= 0.536

% Muj. Unión = 57.4

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.105	0.106	0.085	0.077	0.289
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.663

Efec. Prom.= 0.842

Cc= 0.397

Lact. Prom.= 14.85

Inf. Por lac.= 9.22

Ci= 0.721

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 33.3

Anticoncepción = 49.3

Lactancia = 17.4

**APURIMAC**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.121	0.150	0.807	10.2
20-24	0.252	0.714	0.353	21.3
25-29	0.229	0.864	0.265	19.3
30-34	0.229	0.915	0.250	19.3
35-39	0.223	0.899	0.248	18.8
40-44	0.101	0.942	0.107	8.5
45-49	0.029	0.849	0.034	2.4

TGF= 5.92

TF= 20.90

Cm= 0.778

% Muj. Unión = 73.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.058	0.076	0.012	0.136	0.253
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.534

Efec. Prom.= 0.836

Cc= 0.517

Lact. Prom.= 15.73

Inf. Por lac.= 9.91

Ci= 0.704

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 19.9

Anticoncepción = 52.2

Lactancia = 27.8

CONTINUA.....

## AREQUIPA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.070	0.104	0.672	10.6
20-24	0.154	0.485	0.317	23.2
25-29	0.185	0.720	0.257	27.9
30-34	0.132	0.808	0.163	19.9
35-39	0.079	0.843	0.094	11.9
40-44	0.043	0.810	0.053	6.5
45-49	0.000	0.789	0.000	0.0

TGF= 3.32

TF= 20.16

Cm= 0.591

% Muj. Unión = 58.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.103	0.198	0.031	0.075	0.292
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.698

Efec. Prom.= 0.850

Cc= 0.359

Lact. Prom.= 12.18

Inf. Por lac.= 7.27

Ci= 0.776

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 29.1

Anticoncepción = 56.8

Lactancia = 14.0

## AYACUCHO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.107	0.179	0.596	9.8
20-24	0.270	0.476	0.567	24.8
25-29	0.239	0.741	0.322	21.9
30-34	0.208	0.856	0.243	19.1
35-39	0.177	0.755	0.234	16.3
40-44	0.072	0.780	0.092	6.6
45-49	0.016	0.667	0.024	1.5

TGF= 5.45

TF= 23.26

Cm= 0.571

% Muj. Unión = 56.9

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.036	0.064	0.015	0.110	0.225
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.449

Efec. Prom.= 0.827

Cc= 0.599

Lact. Prom.= 16.7

Inf. Por lac.= 10.70

Ci= 0.685

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 38.6

Anticoncepción = 35.3

Lactancia = 26.1

CONTINUA.....

**CAJAMARCA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.123	0.234	0.526	12.1
20-24	0.270	0.642	0.420	26.6
25-29	0.208	0.787	0.264	20.5
30-34	0.178	0.798	0.223	17.6
35-39	0.157	0.894	0.176	15.5
40-44	0.070	0.884	0.079	6.9
45-49	0.008	0.836	0.010	0.8

TGF= 5.07

TF= 17.80

Cm= 0.682

% Muj. Unión = 67.8

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.083	0.053	0.032	0.064	0.250
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.482

Efec. Prom.= 0.826

Cc= 0.570

Lact. Prom.= 14.31

Inf. Por lac.= 8.81

Ci= 0.732

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 30.5

Anticoncepción = 44.7

Lactancia = 24.8

**CUSCO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.088	0.137	0.641	9.1
20-24	0.246	0.644	0.382	25.5
25-29	0.199	0.786	0.253	20.6
30-34	0.201	0.877	0.229	20.9
35-39	0.141	0.896	0.157	14.6
40-44	0.068	0.847	0.080	7.1
45-49	0.021	0.835	0.025	2.2

TGF= 4.82

TF= 19.50

Cm= 0.682

% Muj. Unión = 65.8

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.068	0.101	0.021	0.062	0.309
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.560

Efec. Prom.= 0.816

Cc= 0.506

Lact. Prom.= 15.13

Inf. Por lac.= 9.44

Ci= 0.716

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 27.4

Anticoncepción = 48.7

Lactancia = 23.9

CONTINUA.....



### HUANCAVELICA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.120	0.216	0.556	8.7
20-24	0.323	0.671	0.481	23.5
25-29	0.282	0.867	0.325	20.5
30-34	0.254	0.890	0.285	18.5
35-39	0.242	0.862	0.281	17.6
40-44	0.115	0.793	0.145	8.4
45-49	0.037	0.764	0.048	2.7

TGF= 6.87                                      TF= 19.12                                      Cm= 0.712  
 % Muj. Unión = 67.9

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.007	0.030	0.013	0.034	0.252
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.336                                      Efec. Prom.= 0.762                                      Cc= 0.723

Lact. Prom.= 16.09                                      Inf. Por lac.= 10.20                                      Ci= 0.697

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 33.1                                      Anticoncepción = 31.6                                      Lactancia = 35.3

### HUANUCO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.126	0.166	0.760	12.9
20-24	0.237	0.601	0.394	24.4
25-29	0.204	0.811	0.252	21.0
30-34	0.155	0.810	0.191	15.9
35-39	0.160	0.847	0.189	16.4
40-44	0.073	0.786	0.093	7.5
45-49	0.018	0.780	0.023	1.8

TGF= 4.87                                      TF= 18.27                                      Cm= 0.677  
 % Muj. Unión = 62.8

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.046	0.067	0.056	0.121	0.195
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.485                                      Efec. Prom.= 0.849                                      Cc= 0.556

Lact. Prom.= 15.53                                      Inf. Por lac.= 9.76                                      Ci= 0.708

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 29.5                                      Anticoncepción = 44.4                                      Lactancia = 26.1

CONTINUA.....

**ICA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.056	0.071	0.790	9.9
20-24	0.150	0.439	0.342	26.6
25-29	0.157	0.680	0.231	27.8
30-34	0.116	0.791	0.147	20.6
35-39	0.062	0.825	0.075	11.0
40-44	0.023	0.860	0.027	4.1
45-49	0.000	0.771	0.000	0.0

TGF= 2.82 TF= 19.65 Cm= 0.523

% Muj. Unión = 57.0

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.117	0.143	0.066	0.074	0.282
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.682 Efec. Prom.= 0.850 Cc= 0.374

Lact. Prom.= 14.26 Inf. Por lac.= 8.77 Ci= 0.733

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 33.3 Anticoncepción = 50.7 Lactancia = 16.0

**JUNIN**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.069	0.089	0.776	10.1
20-24	0.162	0.469	0.345	23.8
25-29	0.151	0.647	0.233	22.2
30-34	0.144	0.839	0.172	21.2
35-39	0.099	0.779	0.127	14.6
40-44	0.050	0.815	0.061	7.4
45-49	0.005	0.766	0.007	0.7

TGF= 3.40 TF= 20.40 Cm= 0.565

% Muj. Unión = 57.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.071	0.070	0.032	0.059	0.445
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.677 Efec. Prom.= 0.788 Cc= 0.424

Lact. Prom.= 16.11 Inf. Por lac.= 10.22 Ci= 0.696

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 31.9 Anticoncepción = 47.9 Lactancia = 20.2

CONTINUA.....

**LA LIBERTAD**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.060	0.117	0.511	8.0
20-24	0.191	0.467	0.409	25.5
25-29	0.184	0.765	0.240	24.5
30-34	0.135	0.814	0.166	18.0
35-39	0.106	0.785	0.135	14.1
40-44	0.068	0.738	0.092	9.1
45-49	0.006	0.839	0.007	0.8

TGF= 3.75    TF= 19.63    Cm= 0.553  
 % Muj. Unión = 59.0

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.092	0.110	0.030	0.053	0.300
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.585    Efec. Prom.= 0.827    Cc= 0.477  
 Lact. Prom.= 14.71    Inf. Por lac.= 9.11    Ci= 0.724

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 35.8    Anticoncepción = 44.7    Lactancia = 19.5

**LAMBAYEQUE**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.071	0.119	0.595	9.8
20-24	0.182	0.387	0.471	25.1
25-29	0.182	0.659	0.276	25.1
30-34	0.126	0.757	0.167	17.4
35-39	0.112	0.789	0.142	15.4
40-44	0.046	0.705	0.065	6.3
45-49	0.006	0.775	0.008	0.8

TGF= 3.63    TF= 24.94    Cm= 0.490  
 % Muj. Unión = 54.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.138	0.079	0.076	0.067	0.303
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.662    Efec. Prom.= 0.840    Cc= 0.399  
 Lact. Prom.= 13.73    Inf. Por lac.= 8.37    Ci= 0.744

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 37.0    Anticoncepción = 47.6    Lactancia = 15.3

CONTINUA.....

**LIMA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.050	0.066	0.757	9.6
20-24	0.137	0.386	0.355	26.3
25-29	0.116	0.590	0.197	22.3
30-34	0.119	0.758	0.157	22.9
35-39	0.070	0.780	0.090	13.5
40-44	0.026	0.767	0.034	5.0
45-49	0.002	0.796	0.003	0.4

TGF= 2.60

TF= 19.79

Cm= 0.473

% Muj. Unión = 52.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.088	0.164	0.079	0.058	0.292
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.680

Efec. Prom.= 0.843

Cc= 0.380

Lact. Prom.= 14.41

Inf. Por lac.= 8.88

Ci= 0.730

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 36.9

Anticoncepción = 47.6

Lactancia = 15.5

**LORETO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.150	0.274	0.548	15.7
20-24	0.219	0.613	0.357	22.9
25-29	0.213	0.833	0.256	22.3
30-34	0.182	0.889	0.205	19.1
35-39	0.128	0.882	0.145	13.4
40-44	0.059	0.854	0.069	6.2
45-49	0.004	0.797	0.005	0.4

TGF= 4.78

TF= 18.09

Cm= 0.732

% Muj. Unión = 68.7

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.127	0.024	0.122	0.131	0.141
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.545

Efec. Prom.= 0.886

Cc= 0.479

Lact. Prom.= 13.32

Inf. Por lac.= 8.07

Ci= 0.753

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 23.4

Anticoncepción = 55.2

Lactancia = 21.3

CONTINUA.....

**MADRE DE DIOS**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.140	0.255	0.548	17.3
20-24	0.227	0.738	0.308	28.0
25-29	0.165	0.878	0.188	20.4
30-34	0.124	0.898	0.138	15.3
35-39	0.076	0.928	0.082	9.4
40-44	0.055	0.893	0.062	6.8
45-49	0.023	0.818	0.028	2.8

TGF= 4.05                      TF= 18.15                      Cm= 0.782  
 % Muj. Unión = 74.4

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.115	0.041	0.095	0.198	0.200
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.649                      Efec. Prom.= 0.875                      Cc= 0.387

Lact. Prom.= 14.03                      Inf. Por lac.= 8.60                      Ci= 0.738

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 16.4                      Anticoncepción = 63.3                      Lactancia = 20.2

**MOQUEGUA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.096	0.140	0.685	17.1
20-24	0.161	0.569	0.283	28.8
25-29	0.122	0.748	0.163	21.8
30-34	0.098	0.857	0.114	17.5
35-39	0.065	0.864	0.075	11.6
40-44	0.018	0.867	0.021	3.2
45-49	0.000	0.853	0.000	0.0

TGF= 2.80                      TF= 18.16                      Cm= 0.645  
 % Muj. Unión = 65.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.132	0.171	0.043	0.076	0.346
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.767                      Efec. Prom.= 0.843                      Cc= 0.302

Lact. Prom.= 11.36                      Inf. Por lac.= 6.72                      Ci= 0.793

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 23.5                      Anticoncepción = 64.1                      Lactancia = 12.4

CONTINUA.....

**PASCO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.105	0.140	0.751	10.8
20-24	0.232	0.547	0.425	23.8
25-29	0.219	0.753	0.291	22.5
30-34	0.184	0.868	0.212	18.9
35-39	0.169	0.813	0.208	17.4
40-44	0.056	0.858	0.065	5.7
45-49	0.009	0.898	0.010	0.9

TGF= 4.87

TF= 21.96

Cm= 0.637

% Muj. Unión = 63.1

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.066	0.061	0.059	0.112	0.285
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.584

Efec. Prom.= 0.829

Cc= 0.477

Lact. Prom.= 14.48

Inf. Por lac.= 8.94

Ci= 0.729

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 29.9

Anticoncepción = 49.1

Lactancia = 21.0

**PIURA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.070	0.107	0.653	10.7
20-24	0.164	0.473	0.347	25.0
25-29	0.166	0.757	0.219	25.3
30-34	0.135	0.789	0.171	20.6
35-39	0.085	0.760	0.112	13.0
40-44	0.031	0.840	0.037	4.7
45-49	0.005	0.822	0.006	0.8

TGF= 3.28

TF= 17.05

Cm= 0.569

% Muj. Unión = 57.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.128	0.134	0.061	0.093	0.163
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.578

Efec. Prom.= 0.885

Cc= 0.447

Lact. Prom.= 13.15

Inf. Por lac.= 7.95

Ci= 0.756

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 34.2

Anticoncepción = 48.8

Lactancia = 17.0

CONTINUA.....

## PUNO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.078	0.109	0.716	9.1
20-24	0.218	0.500	0.436	25.5
25-29	0.207	0.787	0.263	24.2
30-34	0.152	0.863	0.176	17.8
35-39	0.114	0.795	0.143	13.3
40-44	0.052	0.784	0.066	6.1
45-49	0.034	0.838	0.041	4.0

TGF= 4.28

TF= 17.46

Cm= 0.589

% Muj. Unión = 59.3

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Injectables	OTROS
Uso actual	0.018	0.088	0.004	0.041	0.358
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.509

Efec. Prom.= 0.775

Cc= 0.574

Lact. Prom.= 14.69

Inf. Por lac.= 9.10

Ci= 0.725

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 37.7

Anticoncepción = 39.5

Lactancia = 22.9

## SAN MARTIN

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.156	0.302	0.516	21.1
20-24	0.182	0.687	0.265	24.6
25-29	0.173	0.878	0.197	23.4
30-34	0.117	0.886	0.132	15.8
35-39	0.081	0.861	0.094	11.0
40-44	0.030	0.914	0.033	4.1
45-49	0.000	0.831	0.000	0.0

TGF= 3.70

TF= 15.09

Cm= 0.804

% Muj. Unión = 72.2

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Injectables	OTROS
Uso actual	0.143	0.081	0.154	0.068	0.181
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.627

Efec. Prom.= 0.877

Cc= 0.406

Lact. Prom.= 13.43

Inf. Por lac.= 8.15

Ci= 0.750

## Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio = 15.5

Anticoncepción = 64.1

Lactancia = 20.4

CONTINUA.....

**TACNA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.073	0.130	0.563	14.4
20-24	0.117	0.409	0.286	23.1
25-29	0.112	0.597	0.188	22.1
30-34	0.089	0.771	0.115	17.6
35-39	0.067	0.834	0.080	13.2
40-44	0.048	0.817	0.059	9.5
45-49	0.000	0.767	0.000	0.0

TGF= 2.53

TF= 20.67

Cm= 0.537

% Muj. Unión = 55.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.102	0.200	0.046	0.102	0.294
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.745

Efec. Prom.= 0.855

Cc= 0.312

Lact. Prom.= 14.36

Inf. Por lac.= 8.85

Ci= 0.731

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 29.6

Anticoncepción = 55.5

Lactancia = 14.9

**TUMBES**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.065	0.177	0.366	10.8
20-24	0.145	0.557	0.261	24.0
25-29	0.166	0.738	0.225	27.5
30-34	0.113	0.856	0.132	18.7
35-39	0.068	0.824	0.083	11.3
40-44	0.047	0.849	0.055	7.8
45-49	0.000	0.926	0.000	0.0

TGF= 3.02

TF= 15.63

Cm= 0.635

% Muj. Unión = 64.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.150	0.112	0.106	0.133	0.150
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.652

Efec. Prom.= 0.896

Cc= 0.370

Lact. Prom.= 9.88

Inf. Por lac.= 5.80

Ci= 0.823

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 27.6

Anticoncepción = 60.6

Lactancia = 11.8

CONTINUA.....



**UCAYALI**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0.149	0.293	0.509	16.1
20-24	0.238	0.643	0.370	25.7
25-29	0.211	0.836	0.252	22.8
30-34	0.173	0.901	0.192	18.7
35-39	0.122	0.843	0.145	13.2
40-44	0.027	0.926	0.029	2.9
45-49	0.006	0.867	0.007	0.6

TGF= 4.63

TF= 17.13

Cm= 0.728

% Muj. Unión = 71.0

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.122	0.032	0.132	0.100	0.155
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.542

Efec. Prom.= 0.877

Cc= 0.487

Lact. Prom.= 12.79

Inf. Por lac.= 7.70

Ci= 0.764

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 24.3

Anticoncepción = 55.1

Lactancia = 20.6

*FUENTE: Resultados propios con información original de ENDES 1996  
Ver precisiones en el Anexo Metodológico*



**ANEXO ESTADISTICO**  
(CUADRO A-3)

Perú: tasas específicas de fecundidad, f(a), y de fecundidad marital, g(a); proporciones específicas de mujeres en unión, m(a); estructura porcentual de f(a); tasa global de fec. (tgf); tasa de fertilidad total (tf), ind. de nupcialidad (cm), proporción de mujeres en unión, % de usuarias de met. anticoncepción por método; promedio de uso de métodos anticonceptivos (u), efectividad en el uso de m.a.c (e), índice de anticon. (cc); duración media de lactancia (l), duración de la infecundabilidad post-parto (i) e índice de infecundabilidad post-parto (ci) y % de reducción de la fec. potencial, tf, por las variables intermedias según total nacional, área de residencia urbana y rural, regiones naturales y nivel educativo, 2000.

**PERU TOTAL**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.066	0.1030	0.641	11.6
20-24	0.14	0.4130	0.339	24.6
25-29	0.134	0.6490	0.206	23.6
30-34	0.112	0.7670	0.146	19.7
35-39	0.079	0.7870	0.100	13.9
40-44	0.032	0.8100	0.040	5.6
45-49	0.006	0.7590	0.008	1.1

TGF= 2.85

TF= 19.77

Cm= 0.520

% Muj unión= 56.1

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Píldora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.121	0.088	0.065	0.137	0.252
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.663

Efe. Prom.= 0.859

Cc= 0.385

Lact. Prom.= 15

Inf. Por lac.: 9.34

Ci= 0.718

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio=	33.7	Anticoncep. =	49.2	Lactancia=	17.1
----------------	------	---------------	------	------------	------

CONTINUA.....

**PERU URBANO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.045	0.067	0.673	10.1
20-24	0.106	0.329	0.322	23.9
25-29	0.115	0.589	0.195	25.9
30-34	0.095	0.728	0.130	21.4
35-39	0.060	0.753	0.080	13.5
40-44	0.019	0.788	0.024	4.3
45-49	0.004	0.728	0.005	0.9

TGF= 2.22

TF= 19.78

Cm= 0.444

% Muj unión= 51.4

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.137	0.117	0.073	0.122	0.255
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.703

Efe. Prom.= 0.864

Cc= 0.344

Lact. Prom.= 14.2

Inf. Por lac.= 8.72

Ci= 0.735

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 37.1      Anticoncep. = 48.8      Lactancia= 14.1

**PERU RURAL**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.118	0.186	0.635	13.6
20-24	0.225	0.635	0.354	26.0
25-29	0.18	0.789	0.228	20.8
30-34	0.153	0.858	0.178	17.6
35-39	0.119	0.861	0.138	13.7
40-44	0.061	0.861	0.071	7.0
45-49	0.011	0.828	0.013	1.3

TGF= 4.34

TF= 19.38

Cm= 0.694

% Muj unión= 67.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.093	0.038	0.052	0.164	0.246
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.593

Efe. Prom.= 0.850

Cc= 0.456

Lact. Prom.= 15.6

Inf. Por lac.= 9.81

Ci= 0.706

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 24.4      Anticoncep. = 52.4      Lactancia= 23.2

CONTINUA.....











### ANEXO ESTADISTICO (CUADRO A-4)

Perú: tasas específicas de fecundidad, f(a), y de fecundidad marital, g(a); proporciones específicas de mujeres en unión, m(a); estructura porcentual de f(a); tasa global de fec. (tgf); tasa de fertilidad total (tf), ind. de nupcialidad (cm), proporción de mujeres en unión, % de usuarias de met. anticoncepción por método; promedio de uso de métodos anticonceptivos (u),

efectividad en el uso de m.a.c (e), índice de anticon. (cc); duración media de lactancia (l), duración de la infecundabilidad post-parto (i) e índice de infecundabilidad post-parto (ci) y % de reducción de la fec. potencial, tf, por las variables intermedias según departamento, 2000.

#### AMAZONAS

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.129	0.1912	0.675	16.8
20-24	0.214	0.6749	0.317	27.9
25-29	0.149	0.7866	0.189	19.5
30-34	0.131	0.8232	0.159	17.1
35-39	0.1	0.8609	0.116	13.1
40-44	0.025	0.8261	0.030	3.3
45-49	0.018	0.8444	0.021	2.3

TGF= 3.83                      TF= 17.83                      Cm= 0.715  
% Muj unión= 67.9

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.122	0.024	0.090	0.160	0.231
Efectividad	1.00	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.627                      Efe. Prom.= 0.860                      Cc= 0.417

Lact. Prom.= 14.94                      Inf. Por lac.= 9.29                      Ci= 0.720

#### Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio= 21.8                      Anticoncep. = 56.8                      Lactancia= 21.4

CONTINUA.....

**ANCASH**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.082	0.0938	0.875	12.2
20-24	0.195	0.4726	0.413	28.9
25-29	0.157	0.6855	0.229	23.3
30-34	0.104	0.8092	0.129	15.4
35-39	0.107	0.7914	0.135	15.9
40-44	0.024	0.8431	0.028	3.6
45-49	0.005	0.7667	0.007	0.7

TGF= 3.37

TF= 19.38

Cm= 0.539

% Muj unión= 59.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.075	0.066	0.043	0.163	0.250
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.596

Efe. Prom.= 0.848

Cc= 0.454

Lact. Prom.= 15.4

Inf. Por lac.= 9.65

Ci= 0.710

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 35.3

Anticoncep. = 45.2

Lactancia= 19.5

**APURIMAC**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.119	0.1828	0.651	14.0
20-24	0.217	0.7081	0.306	25.6
25-29	0.186	0.8491	0.219	21.9
30-34	0.156	0.8718	0.179	18.4
35-39	0.11	0.8741	0.126	13.0
40-44	0.033	0.8710	0.038	3.9
45-49	0.027	0.8571	0.032	3.2

TGF= 4.24

TF= 19.16

Cm= 0.751

% Muj unión= 71.1

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.121	0.047	0.035	0.2000	0.2152
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.618

Efe. Prom.= 0.870

Cc= 0.420

Lact. Prom.= 15.81

Inf. Por lac.= 9.98

Ci= 0.702

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 19.0

Anticoncep. = 57.6

Lactancia= 23.4

CONTINUA.....

**AREQUIPA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.046	0.0714	0.644	10.3
20-24	0.117	0.3399	0.344	26.1
25-29	0.104	0.6082	0.171	23.2
30-34	0.102	0.7000	0.146	22.8
35-39	0.046	0.8099	0.057	10.3
40-44	0.033	0.7763	0.043	7.4
45-49	0	0.7353	0.000	0.0

TGF= 2.24

TF= 21.21

Cm= 0.440

% Muj unión= 53.5

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.140	0.150	0.041	0.112	0.286
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.728

Efe. Prom.= 0.859

Cc= 0.325

Lact. Prom.= 13.97

Inf. Por lac.= 8.55

Ci= 0.739

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 36.5

Anticoncep. = 50.0

Lactancia= 13.4

**AYACUCHO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.12	0.1348	0.890	14.3
20-24	0.206	0.5622	0.366	24.6
25-29	0.177	0.7175	0.247	21.1
30-34	0.162	0.7941	0.204	19.4
35-39	0.086	0.8156	0.105	10.3
40-44	0.074	0.7600	0.097	8.8
45-49	0.012	0.8256	0.015	1.4

TGF= 4.19

TF= 17.79

Cm= 0.639

% Muj unión= 59.6

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.051	0.029	0.032	0.154	0.264
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.531

Efe. Prom.= 0.827

Cc= 0.526

Lact. Prom.= 15.93

Inf. Por lac.= 10.08

Ci= 0.700

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 30.9

Anticoncep. = 44.4

Lactancia= 24.7

CONTINUA.....

CAJAMARCA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.106	0.1979	0.536	15.0
20-24	0.18	0.5513	0.327	25.5
25-29	0.156	0.7407	0.211	22.1
30-34	0.117	0.8392	0.139	16.5
35-39	0.099	0.8411	0.118	14.0
40-44	0.044	0.8889	0.050	6.2
45-49	0.005	0.8111	0.006	0.7

TGF= 3.54                      TF= 17.37                      Cm= 0.646  
 % Muj unión= 64.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.114	0.048	0.056	0.140	0.250
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.608                      Efe. Prom.= 0.852                      Cc= 0.441

Lact. Prom.= 15.16                      Inf. Por lac.= 9.46                      Ci= 0.715

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio= 27.5	Anticoncep. = 51.5	Lactancia= 21.1
---------------------	--------------------	-----------------

CUSCO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.097	0.1354	0.716	12.1
20-24	0.169	0.5646	0.299	21.1
25-29	0.172	0.7899	0.218	21.5
30-34	0.147	0.8455	0.174	18.4
35-39	0.147	0.8358	0.176	18.4
40-44	0.049	0.8673	0.056	6.1
45-49	0.02	0.7596	0.026	2.5

TGF= 4.01                      TF= 19.19                      Cm= 0.682  
 % Muj unión= 63.6

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.114	0.053	0.036	0.123	0.315
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.641                      Efe. Prom.= 0.833                      Cc= 0.424

Lact. Prom.= 14.81                      Inf. Por lac.= 9.19                      Ci= 0.722

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio= 24.4	Anticoncep. = 54.8	Lactancia= 20.8
---------------------	--------------------	-----------------

CONTINUA.....

### HUANCAVELICA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0,130	0,2324	0,559	10,6
20-24	0,292	0,6200	0,471	23,8
25-29	0,265	0,8280	0,320	21,6
30-34	0,240	0,8548	0,281	19,5
35-39	0,169	0,8413	0,201	13,8
40-44	0,101	0,8788	0,115	8,2
45-49	0,031	0,7429	0,042	2,5

TGF= 6,14

TF= 22,02

Cm= 0,689

% Muj. Unión = 67,7

	Usuaris de A.C. %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0,057	0,018	0,023	0,115	0,269
Efectividad	1	0,95	0,90	0,95	0,70

Uso Prom.= 0,481

Efec. Prom.= 0,814

Cc= 0,577

Lact. Prom.= 15,85

Inf. Por lac.= 10,01

Ci= 0,701

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 29,2

Anticoncepción = 43,1

Lactancia = 27,8

### HUANUCO

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. % f(a)
15-19	0,082	0,1429	0,574	9,6
20-24	0,203	0,5253	0,386	23,7
25-29	0,217	0,7651	0,284	25,4
30-34	0,149	0,8231	0,181	17,4
35-39	0,109	0,8286	0,132	12,7
40-44	0,088	0,8261	0,107	10,3
45-49	0,007	0,6829	0,010	0,8

TGF= 4,28

TF= 22,56

Cm= 0,615

% Muj. Unión = 60,7

	Usuaris de A.C. %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0,074	0,040	0,086	0,198	0,190
Efectividad	1	0,95	0,90	0,95	0,70

Uso Prom.= 0,588

Efec. Prom.= 0,868

Cc= 0,449

Lact. Prom.= 16,63

Inf. Por lac.= 10,65

Ci= 0,686

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio = 29,2

Anticoncepción = 48,2

Lactancia = 22,6

CONTINUA.....

ICA

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.057	0.0509	1.119	11.3
20-24	0.138	0.4000	0.345	27.4
25-29	0.132	0.6174	0.214	26.2
30-34	0.079	0.8261	0.096	15.7
35-39	0.076	0.6667	0.114	15.1
40-44	0.022	0.8235	0.027	4.4
45-49	0	0.7292	0.000	0.0

TGF= 2.52      TF= 26.18      Cm= 0.478  
 % Muj unión= 52.8

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.164	0.099	0.110	0.140	0.242
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.754      Efe. Prom.= 0.873      Cc= 0.289

Lact. Prom.= 16.06      Inf. Por lac.= 10.18      Ci= 0.697

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio=	31.5	Anticoncep. =	53.1	Lactancia=	15.4
----------------	------	---------------	------	------------	------

JUNIN

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.063	0.0600	1.050	10.2
20-24	0.152	0.4144	0.367	24.7
25-29	0.155	0.6886	0.225	25.2
30-34	0.117	0.8182	0.143	19.0
35-39	0.071	0.8389	0.085	11.5
40-44	0.058	0.7931	0.073	9.4
45-49	0	0.8105	0.000	0.0

TGF= 3.08      TF= 23.53      Cm= 0.527  
 % Muj unión= 55.9

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.106	0.047	0.050	0.119	0.399
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.721      Efe. Prom.= 0.815      Cc= 0.365

Lact. Prom.= 16.99      Inf. Por lac.= 10.94      Ci= 0.679

Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:

No matrimonio=	31.5	Anticoncep. =	49.5	Lactancia=	19.0
----------------	------	---------------	------	------------	------

CONTINUA.....

**LA LIBERTAD**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.053	0.1130	0.469	9.3
20-24	0.149	0.4192	0.355	26.1
25-29	0.128	0.6800	0.188	22.5
30-34	0.118	0.7762	0.152	20.7
35-39	0.064	0.7234	0.088	11.2
40-44	0.05	0.7500	0.067	8.8
45-49	0.008	0.7521	0.011	1.4

TGF= 2.85    TF= 19.45    Cm= 0.505  
 % Muj unión= 54.6

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.131	0.082	0.046	0.108	0.289
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.655    Efe. Prom.= 0.846    Cc= 0.401  
 Lact. Prom.= 14.78    Inf. Por lac.= 9.17    Ci= 0.723

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 35.5    Anticoncep. = 47.6    Lactancia= 16.9

**LAMBAYEQUE**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.049	0.0917	0.534	10.4
20-24	0.107	0.3333	0.321	22.6
25-29	0.096	0.6443	0.149	20.3
30-34	0.101	0.7658	0.132	21.4
35-39	0.083	0.7949	0.104	17.5
40-44	0.03	0.8240	0.036	6.3
45-49	0.007	0.8000	0.009	1.5

TGF= 2.37    TF= 17.90    Cm= 0.477  
 % Muj unión= 55.2

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.181	0.075	0.060	0.131	0.186
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.632    Efe. Prom.= 0.886    Cc= 0.395  
 Lact. Prom.= 15.87    Inf. Por lac.= 10.03    Ci= 0.701

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 36.6    Anticoncep. = 45.9    Lactancia= 17.5

CONTINUA.....

**LIMA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.04	0.0532	0.752	9.5
20-24	0.093	0.2950	0.315	22.1
25-29	0.113	0.5441	0.208	26.8
30-34	0.093	0.6968	0.133	22.1
35-39	0.064	0.7471	0.086	15.2
40-44	0.017	0.7800	0.022	4.0
45-49	0.001	0.7337	0.001	0.2

TGF= 2.11                      TF= 19.00                      Cm= 0.420  
 % Muj unión= 50.0

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.121	0.151	0.070	0.109	0.251
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.701                      Efe. Prom.= 0.864                      Cc= 0.345

Lact. Prom.= 12.78                      Inf. Por lac.= 7.69                      Ci= 0.764

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 39.4                      Anticoncep. = 48.3                      Lactancia= 12.3

**LORETO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.147	0.2891	0.509	17.2
20-24	0.206	0.5735	0.359	24.1
25-29	0.184	0.8121	0.227	21.5
30-34	0.154	0.8616	0.179	18.0
35-39	0.095	0.8348	0.114	11.1
40-44	0.062	0.8454	0.073	7.3
45-49	0.007	0.8333	0.008	0.8

TGF= 4.28                      TF= 19.16                      Cm= 0.695  
 % Muj unión= 65.5

	Usuarías de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.121	0.006	0.120	0.204	0.154
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.606                      Efe. Prom.= 0.886                      Cc= 0.420

Lact. Prom.= 12.78                      Inf. Por lac.= 7.69                      Ci= 0.764

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 24.2                      Anticoncep. = 57.8                      Lactancia= 18.0

CONTINUA.....



**MADRE DE DIOS**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.128	0.1875	0.683	18.1
20-24	0.181	0.6333	0.286	25.6
25-29	0.149	0.8067	0.185	21.0
30-34	0.112	0.8483	0.132	15.8
35-39	0.096	0.8874	0.108	13.6
40-44	0.03	0.8300	0.036	4.2
45-49	0.012	0.7901	0.015	1.7

TGF= 3.54                                      TF= 17.15                                      Cm= 0.725  
 % Muj unión= 67.4

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.135	0.035	0.118	0.181	0.178
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.647                                      Efe. Prom.= 0.882                                      Cc= 0.383

Lact. Prom.= 13.79                                      Inf. Por lac.= 8.42                                      Ci= 0.743

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 20.4                                      Anticoncep. = 60.8                                      Lactancia= 18.8

**MOQUEGUA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.061	0.0604	1.009	14.8
20-24	0.116	0.4833	0.240	28.2
25-29	0.088	0.7569	0.116	21.4
30-34	0.073	0.7651	0.095	17.7
35-39	0.059	0.7742	0.076	14.3
40-44	0.015	0.8291	0.018	3.6
45-49	0	0.8298	0.000	0.0

TGF= 2.06                                      TF= 16.19                                      Cm= 0.568  
 % Muj unión= 60.6

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.138	0.127	0.067	0.145	0.253
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.730                                      Efe. Prom.= 0.868                                      Cc= 0.316

Lact. Prom.= 15.42                                      Inf. Por lac.= 9.67                                      Ci= 0.710

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 27.5                                      Anticoncep. = 55.9                                      Lactancia= 16.6

CONTINUA.....

**PASCO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.063	0.1215	0.519	10.0
20-24	0.15	0.4432	0.338	23.7
25-29	0.157	0.6766	0.232	24.8
30-34	0.117	0.7721	0.152	18.5
35-39	0.086	0.7803	0.110	13.6
40-44	0.054	0.7843	0.069	8.5
45-49	0.006	0.7093	0.008	0.9

TGF= 3.17    TF= 23.92    Cm= 0.544  
 % Muj unión= 54.5

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.119	0.030	0.061	0.230	0.244
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.684    Efe. Prom.= 0.865    Cc= 0.361

Lact. Prom.= 17.26    Inf. Por lac.= 11.17    Ci= 0.674

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 30.1    Anticoncep. = 50.4    Lactancia= 19.5

**PIURA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.05	0.1008	0.496	9.4
20-24	0.141	0.4615	0.306	26.6
25-29	0.131	0.6313	0.207	24.7
30-34	0.118	0.7968	0.148	22.2
35-39	0.063	0.7647	0.082	11.9
40-44	0.014	0.8312	0.017	2.6
45-49	0.014	0.7611	0.018	2.6

TGF= 2.66    TF= 18.14    Cm= 0.527  
 % Muj unión= 57.3

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.166	0.070	0.080	0.183	0.156
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.655    Efe. Prom.= 0.897    Cc= 0.365

Lact. Prom.= 12.95    Inf. Por lac.= 7.81    Ci= 0.760

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 33.3    Anticoncep. = 52.4    Lactancia= 14.3

CONTINUA.....

**PUNO**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.069	0.1162	0.594	9.1
20-24	0.236	0.6085	0.388	31.1
25-29	0.156	0.7463	0.209	20.6
30-34	0.165	0.8645	0.191	21.7
35-39	0.091	0.8723	0.104	12.0
40-44	0.042	0.8523	0.049	5.5
45-49	0	0.7963	0.000	0.0

TGF= 3.80      TF= 18.16      Cm= 0.616  
 % Muj unión= 63.7

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.033	0.043	0.007	0.105	0.416
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.604      Efe. Prom.= 0.780      Cc= 0.491  
 Lact. Prom.= 16.37      Inf. Por lac.= 10.43      Ci= 0.691

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio=	31.0	Anticoncep. =	45.5	Lactancia=	23.6
----------------	------	---------------	------	------------	------

**SAN MARTIN**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.112	0.1765	0.635	18.6
20-24	0.178	0.6890	0.258	29.6
25-29	0.118	0.8125	0.145	19.6
30-34	0.082	0.8776	0.093	13.6
35-39	0.078	0.8879	0.088	13.0
40-44	0.026	0.9074	0.029	4.3
45-49	0.007	0.8395	0.008	1.2

TGF= 3.01      TF= 16.83      Cm= 0.737  
 % Muj unión= 69.1

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.170	0.049	0.127	0.173	0.188
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.706      Efe. Prom.= 0.887      Cc= 0.324  
 Lact. Prom.= 13.55      Inf. Por lac.= 8.24      Ci= 0.748

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio=	17.7	Anticoncep. =	65.4	Lactancia=	16.9
----------------	------	---------------	------	------------	------

CONTINUA.....

**TACNA**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.056	0.0588	0.952	14.0
20-24	0.08	0.3212	0.249	20.0
25-29	0.113	0.6352	0.178	28.3
30-34	0.077	0.7348	0.105	19.3
35-39	0.068	0.8291	0.082	17.0
40-44	0.006	0.7963	0.008	1.5
45-49	0	0.7805	0.000	0.0

TGF= 2.00                      TF= 19.38                      Cm= 0.495  
 % Muj unión= 53.6

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.112	0.120	0.057	0.198	0.271
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.758                      Efe. Prom.= 0.864                      Cc= 0.292

Lact. Prom.= 15.25                      Inf. Por lac.= 9.53                      Ci= 0.713

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 31.0                      Anticoncep. = 54.2                      Lactancia= 14.9

**TUMBES**

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.057	0.1150	0.495	12.4
20-24	0.123	0.4426	0.278	26.8
25-29	0.115	0.7500	0.153	25.1
30-34	0.081	0.7338	0.110	17.6
35-39	0.059	0.7875	0.075	12.9
40-44	0.018	0.8273	0.022	3.9
45-49	0.006	0.7955	0.008	1.3

TGF= 2.30                      TF= 20.88                      Cm= 0.537  
 % Muj unión= 57.7

	Usuaris de A.C., %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.235	0.065	0.144	0.147	0.162
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.753                      Efe. Prom.= 0.902                      Cc= 0.266

Lact. Prom.= 12.5                      Inf. Por lac.= 7.49                      Ci= 0.769

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 28.1                      Anticoncep. = 60.0                      Lactancia= 11.9

CONTINUA.....

UCAYALI

Grupo de edad	f(a)	m(a)	g(a)	Estruct. %
15-19	0.124	0.1983	0.625	19.2
20-24	0.171	0.5625	0.304	26.4
25-29	0.135	0.7927	0.170	20.9
30-34	0.118	0.8182	0.144	18.2
35-39	0.071	0.8720	0.081	11.0
40-44	0.022	0.8817	0.025	3.4
45-49	0.006	0.6912	0.009	0.9

TGF= 3.24      TF= 17.42      Cm= 0.673  
 % Muj unión= 63.1

	Usuarías de A.C. %				
	Est. Femen.	DIU	Pildora	Inyectables	OTROS
Uso actual	0.126	0.028	0.128	0.230	0.143
Efectividad	1	0.95	0.90	0.95	0.70

Uso Prom.= 0.655      Efe. Prom.= 0.895      Cc= 0.367  
 Lact. Prom.= 13.33      Inf. Por lac.= 8.08      Ci= 0.752

**Porcentaje de reducción de la Fec. Potencial (TF) por:**

No matrimonio= 23.5	Anticoncep. = 59.6	Lactancia= 16.9
---------------------	--------------------	-----------------

*FUENTE:* Resultados propios con información original de ENDES 2000  
 Ver precisiones en el Anexo Metodológico.