Centro de Investigación y
Desarrollo (CIDE)

La perspectiva sociocultural en la segmentación de la demanda de servicios de salud reproductiva

PERÚ 1991-2000

Lima, Octubre 2002

DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN

Econ. Mirlena Villacorta Olazabal
Directora Técnica del CIDE

Documento elaborado por:

Virgilio Ramos Ballarte

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

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	:	200 Ejemplares
Domicilio	:	Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Orden de Impresión	:	Nº -OTA-INEI
Depósito Legal Nº	:	~~150113-2002-4014~~

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática pone a disposición de las autoridades, e Instituciones públicas y privadas, y usuarios en general, el documento de trabajo: **La perspectiva sociocultural en la segmentación de la demanda de servicios de salud reproductiva. Perú 1991-2000**. El propósito de esta publicación es el estudio de la demanda por servicios de salud reproductiva de las mujeres en edad fértil, a través de un análisis sociocultural que segmenta la demanda por dichos servicios. El estudio ha sido elaborado tomando como base los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del INEI en sus versiones de 1996 y 2000.

Esta investigación ha sido realizada en el marco del Proyecto "Administración de Programas de Investigaciones de MACRO INTERNATIONAL Inc.", con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y bajo la Dirección Técnica del INEI, a través del Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). El objetivo es 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

ÍNDICE

Presentación **3**

Resumen Ejecutivo **7**

I. INTRODUCCIÓN **23**

II. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA **29**

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN **35**

IV. MARCO TEÓRICO **37**

V. HIPÓTESIS **51**

VI. MÉTODOS **53**

VII. MEDICIONES, ANÁLISIS Y RESULTADOS **57**
- 7.1. Indicadores de estructura, ENDES 1996-2000 57
- 7.2. Acceso, información y conocimiento en SR ENDES 1996-2000 60
- 7.3. Demanda y anticoncepción. 89
- 7.4. Segmento de demanda de las MEF unidas (MUEF). 106
- 7.5. Aspectos socioculturales evidentes. 120
- 7.6. Algunos cambios en la demanda de MAC: 1996-2000 153
- 7.7. Selección de variables explicativas de la demanda de métodos anticonceptivos. 159
- 7.8. Segmentación de la demanda en salud reproductiva. 168

VIII. COMPARACIONES 1996-2000 ..... **179**

IX. REFLEXIONES SOBRE LA PERSPECTIVA DE LA OFERTA DE SSR **183**

X. DISCUSIÓN **187**

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **193**

Bibliografía **207**

Anexos **211**
- Anexo I. Cuadros 213
- Anexo II. Informe Metodológico 237

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio examina las necesidades y consumos en el mercado de servicios de salud reproductiva (SSR) y el comportamiento de las mujeres en edad fértil (MEF) en dicho mercado. Se trata de examinar los comportamientos humanos determinados por elementos socioculturales a fin de utilizarlos como los criterios que permitan establecer segmentos de demanda por servicios en salud reproductiva.

Se eligió estudiar la población femenina de 15 a 29 años de edad por razón de su representatividad y porque sus necesidades de SSR merecen una atención segmentada, mucho más fina que las establecidas en función de la edad y lugar de residencia. La mayor parte del análisis efectuado se sostuvo sobre los datos de las ENDES 1996 y 2000.

La metodología empleada respondió a una concepción *sui generis* sobre el contenido de los datos captados por la ENDES. Para ello se consideró que cada respuesta cuantitativa tiene un contenido cualitativo aproximado (variables proxys) sobre los fenómenos sociales estudiados. Se aplicó el método lógico deductivo, el enfoque de interrelación de las variables y el análisis de frecuencias cruzadas. Asimismo, se utilizó los análisis de regresión logística, discriminante y la reducción trascendental del análisis fenomenológico.

Seguidamente pasamos a las principales conclusiones a las que se llega en el presente estudio:

El déficit en el acceso a los SSR aumentó de 20% a 29% en el periodo 1996-2000. No obstante esta precisión, es probable que la atención en SSR recibida por el 71% restante, presente vacíos, considerando que la demanda en SR responde a comportamientos y necesidades determinadas por el contexto sociocultural.

Con la ENDES se constata que hay una relación positiva entre nivel educativo y conocimiento del ciclo reproductivo. Sin embargo, todavía siguen siendo elevadas las proporciones de MUEF con secundaria completa y educación superior que no cuentan con dicho conocimiento (56% y 37%, respectivamente). Además, el escaso conocimiento de salud reproductiva afecta a todos los estratos económicos del país.

Existe un patrón sociocultural favorable al inicio sexual sin uso de ningún tipo de anticonceptivo (62% en las urbanas y 84% en las rurales). Ello indica que la sociedad peruana es permisiva a la unión conyugal desde la adolescencia y define un patrón cultural en que dicha unión implica tener el primer hijo sin consideración a ninguna forma de PF.

De las evidencias en el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y de otras variables se deduce una significativa asociación entre la residencia rural y las costumbres tradicionales de la población. Esto permitió estimar que, en particular, las conductas en el uso de MAC explican la influencia del contexto sociocultural.

Es casi imposible admitir que la población pudiera tener un comportamiento reproductivo distante de las señales genéricas que devienen de su respectivo contexto sociocultural. Tales señales fueron deducidas del comportamiento mayoritario en la unión marital a temprana edad y en el uso de MAC después de contar con uno o dos hijos vivos; como por la presencia de quienes mantienen su preferencia por los métodos tradicionales, entre otros.

El examen de la variable "razón de la última discontinuación de MAC" permite deducir qué parte de las usuarias de métodos anticonceptivos no habría asumido la práctica de planificar con la rigurosidad que ella exige ni con la convicción del sentido del mismo. La evidencia es que quienes se embarazaron mientras usaban MAC y fallaron utilizando el método, suman varias veces el conjunto de las que "buscaban el embarazo".

Se pudo apreciar que las mayores razones de no uso de MAC actual tienen relación con el método en sí mismo (47% en urbanas y 41% en rurales, año 2000); esto es, problemas de salud, miedo a efectos secundarios, uso inconveniente e interferencia con procesos normales del cuerpo. Sin duda, estimamos que este comportamiento factual se debería a la existencia de fuertes creencias asociadas al temor sobre los efectos colaterales de los MAC modernos.

El mayor número de hijos por hogar en el área rural, salvo excepciones, sería más el efecto de una forma de vida asociada a sus necesidades de producción agropecuaria que a un efecto del puro azar. De otra manera no sería entendible el crecimiento en el consumo de MAC alcanzado por las mujeres de dichos lugares de residencia.

Aún cuando las adolescentes usuarias de MAC, antes de tener el primer hijo, muestran una mayor proporción con respecto al promedio de las MUEF de 15 a 29 años de edad (1996 y 2000), en los últimos cuatro años esa proporción cayó de 37% a 34%, principalmente por el desconocimiento del ciclo ovulatorio. Ellas no usan MAC más por motivos socioculturales que por dificultades de acceso a los SSR.

Finalmente, al tomar como insumo los resultados de este trabajo se recomienda:

Ser realistas con los programas sociales a fin de no crear falsas expectativas en la población prometiendo atenciones de salud que no llegarán, ni en la extensión ni en la intensidad deseada, incluso con un probable "paquete básico".

Atender el déficit en salud reproductiva de manera segmentada, considerando los elementos socioculturales implícitos en el área de residencia, idioma habitual del hogar, grupos de edad y número de hijos vivos. Se debe tomar en cuenta dicha segmentación porque las mujeres rurales son personas con visiones, concepciones y creencias diferentes a las predominantes en las ciudades.

Comprender que los objetivos y las ideas dominantes de un programa de salud no siempre son compartidos por todas las personas, que las "verdades" del programa no son universales y que las personas, como productos de la educación y del contexto sociocultural, tienen particulares formas de convivencia (estilos de vida) que distan de una pretendida uniformidad, identificada con pocos hijos esmeradamente cuidados, bien alimentados y mejor educados. Quizá lo más importante de esta última reflexión sea respetar los estilos de vida o valorar lo que realmente desean las personas en salud reproductiva.

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio examina el conjunto de necesidades y consumos en el mercado de servicios de salud reproductiva (SSR) y el comportamiento de las mujeres en edad fértil (MEF) en dicho mercado. Se trata de tomar conocimiento de las necesidades y consumos que conforman la demanda en SSR, captados desde la perspectiva de los propios consumidores. En tal sentido, fue propósito de esta investigación brindar una interpretación de quiénes demandan y qué consumen en salud reproductiva a partir del comportamiento factual de las MEF, teniendo como fuente de información primaria las encuestas nacionales ENDES. En síntesis, se trata de examinar los comportamientos humanos determinados por elementos socioculturales a fin de utilizarlos como los criterios que permitan establecer segmentos de demanda por servicios en salud reproductiva. El mercado estudiado corresponde a las necesidades y demanda de las MEF de 15 a 29 años de edad. Se estima que los resultados del mismo serán de utilidad para las diversas instituciones (Ministerio de Salud, MINSA, y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES y otros) comprometidas con el propósito de entregar y mejorar los bienes y servicios en salud reproductiva (SR) por ellas ofrecidos.

La primera observación que motivó el presente estudio fue la existencia de mujeres que no expresan sus necesidades de SR en el mercado (planificación familiar y otros), debido a una falta de conocimiento y no uso de métodos anticonceptivos queda fuera del conteo en las metas de oferta de dichos servicios. Considerando que en el área de salud es una quimera esperar que el propio mercado (como mecanismo concertador de voluntades) resuelva los desencuentros entre oferta y demanda, se justifica que instituciones públicas y privadas intervengan en el mercado. La otra alternativa es tan simple como gravosa: aceptar que un grupo de las MEF sufra daños en su salud sabiendo que son probadamente evitables.

La segunda motivación fue advertir que la identificación del mercado de SR podría quedar restringida sólo a la atención de las necesidades en información en métodos anticonceptivos y en maternidad, concebidas bajo determinada visión biomédica. De ser así, habría muchas probabilidades que se dejen de lado otras necesidades y consumos de salud. Por un lado, el sesgo de prestar atención en función al daño (enfermedad) implica olvidarse de las otras necesidades que las personas señalan como "padecimientos" o que surgen en la perspectiva de "los comportamientos saludables". Por otro lado, una visión lineal de la salud da lugar a la omisión de necesidades y comportamientos asociados a patrones culturales y creencias colectivas de diferentes grupos humanos. Ambas motivaciones indujeron a sostener la existencia de omisiones de origen cuantitativo y cualitativo que configuran gran parte del problema de las brechas existentes entre oferta y demanda en SSR. Problema que no es exclusivamente de la sociedad peruana.

En la primera parte de este documento se fundamenta el problema investigado. Asimismo, se incluye el marco teórico que precisa los conceptos de demanda y mercado, se explica la intervención del Estado en la oferta de salud, y las razones que justifican la segmentación del mercado en salud reproductiva. Asimismo, se estimó que la lectura de la presente investigación debería está antecedida de ciertas precisiones sobre la naturaleza del enfoque sociocultural a fin de comprender que la conducta humana esta determinada por elementos como las costumbres, ideas y estilos de vida.

En tal sentido, se consideró que el estudio de las MEF de 15 a 29 años es importante, entre otras razones, por que comprende el periodo de inicio de las relaciones sexuales, por el peso demográfico y por la mayor contribución que tiene en la fecundidad total. Estas razones, unidas al hecho de que aún la oferta en salud reproductiva es presentada de manera agregada, sustentan la propuesta de una atención por segmentos de demanda mucho más fina que las establecidas sólo en función de la edad o el área de residencia. En particular, porque se asume que la población objetivo de los servicios de salud reproductiva será mejor atendida siempre que la segmentación de demanda responda a sus preferencias y a conductas diferenciadas basadas en distintos patrones socioculturales. Tengamos presente que el Perú es una sociedad en la que coexiste una compleja diversidad cultural con enormes diferencias entre estratos sociales e individuos.

Se sabe que toda partición de la unidad es arbitraria. No obstante, se recomienda segmentos de demanda en salud reproductiva teniendo en cuenta que este mecanismo puede omitir algunas características del mercado. Para evitar estos probables sesgos, nos guiamos por evidencias empíricas que hacían referencia a preferencias o comportamientos diferenciados por grupos de la población peruana.

Es importante precisar que en la presente investigación fue de vital importancia encontrar evidencias que expliquen la presencia de determinantes socioculturales. Para ello fue necesario identificar variables proxys y construirlas con las variables existentes en las ENDES. Permanentemente se buscó los contenidos cualitativos de dichas variables para ser utilizados como referentes contextuales de los determinantes socioculturales de la vida cotidiana. Esta tarea fue establecida como trascendente para tomar conocimiento de las necesidades y consumos en salud reproductiva. Labor que demandó el esfuerzo de la mayor parte del tiempo destinado a este estudio y exigió una revisión exhaustiva de los cuestionarios y diccionarios de variables de la ENDES y de los resultados obtenidos del análisis de complementación y asociación de variables.

Luego de presentar los objetivos, la hipótesis y los métodos aplicados en el desarrollo de la investigación, este informe incluye la sección de mediciones, análisis y resultados que comprende los diversos resultados e interpretaciones del comportamiento en salud reproductiva y la demanda de métodos anticonceptivos. Allí se señala la necesidad de información, se determina el déficit de conocimiento y la demanda insatisfecha en métodos anticonceptivos (MAC) por grupos de edad, y otros segmentos de demanda en SSR. Esto se realizó haciendo la distinción entre las MEF unidas (MUEF) y las que no lo están; las que cuentan con acceso o no a servicios de salud; y las que demandan y las que no expresan sus necesidades de

MAC en el mercado. Asimismo, para cada grupo de edad de la población estudiada, fueron interpretados los contenidos de variables para deducir o asociar conductas de demanda determinadas por elementos contextuales y socioculturales. Contenidos que serían relativos a las preferencias, costumbres o temores (no siempre advertidos por el proveedor) que conforman los condicionamientos contextuales y socioculturales.

En el apartado 6.2 de este informe se encontrará los déficit en información, acceso y conocimiento en SR, útiles para interpretar la situación de las MEF en el aspecto formativo y revelar las características del mercado nacional de demanda en SSR. Entre los apartados 63 y 67 se examinó con mayor profundidad los aspectos socioculturales relacionados con el comportamiento de las MUEF usando la data de la ENDES 1996, y, además, con determinadas variables, se observó los cambios ocurridos en el periodo 1992 - 2000. Para interpretar la estructura básica de la sociedad peruana se utilizó las variables educación y situación de pobreza. Asimismo, en el apartado 6.8, subtitulado "Segmentación de la demanda en salud reproductiva", se incluye los resultados de aplicar el análisis de regresiones y el análisis discriminante, a fin de seleccionar las variables más determinantes para establecer los segmentos de demanda de SSR recomendados.

Como se acostumbra, dejamos para el capítulo final las conclusiones y recomendaciones. Se espera que las mismas no sólo sean útiles para el debate sino sobretodo para la consideración y aplicación en los programas de SR. Seguidamente, adelantamos algunas de ellas por considerarlas trascendentes. Encontramos variables con contenido sociocultural que señalan notables diferencias en la conducta hacia los SSR, asociadas a la residencia urbano - rural. Éstas se refieren al inicio sexual, a la formación de pareja a temprana edad, al uso de MAC después del primer o segundo hijo, entre otras. En efecto, hay evidencia de una mayoritaria ausencia del uso de anticonceptivos al inicio de la unión marital. Asismismo uno partes de aquellas no usuarias de MAC persisten en no usar MAC, aún contando con muchos niños y habiendo declarado no desear más hijos. Se confirma que una parte significativa de MUEF usuarias de MAC no ha interiorizado el propósito de planificar la familia y falla en el intento de regular los embarazos. Se dedujo que las nunca usuarias de MAC del segmento de 15 a 19 años de edad se encontrarían en dicha situación más por razones de contexto sociocultural que por dificultades en el acceso a los servicios de SR (52% tuvo acceso).

Otra conclusión basada en variables con contenido sociocultural y que además están asociadas a la residencia urbana - rural, es la constatación que entre las mujeres unidas e iniciadas sexualmente a muy temprana edad (antes de los quince años), la mayoría reside en áreas rurales (59% en 2000). Se debe anotar que en el área urbana están los más altos componentes de no uso actual y usuarias de MAC tradicional es (40% y 17%, respectivamente, en 2000), así como de madres con tres y más hijos. Por otro lado, habiendo diferencias culturales entre indígenas y residentes rurales, la oscuridad del manto de la pobreza y la extendida ausencia de conocimiento de salud reproductiva, las homogeniza. Es decir, una parte significativa (en algunas localidades la mayoría) no tiene ni la educación, ni el poder social, ni los recursos materiales y financieros para defender sus derechos más fundamentales, tales como

alimentación, integridad física, justicia y libertad.

Luego de aplicar el análisis discriminante a las variables examinadas se recomienda que la oferta de salud se estructure para atender por segmentos de demanda determinados en función del área de residencia, nivel educativo, número de hijos vivos y edad. Entre otras recomendaciones se sugiere usar el dato del conocimiento del ciclo ovulatorio como un indicador resumen de las diversas necesidades de conocimiento en SR, dada la dramática situación revelada por el déficit en dicho conocimiento (63% en 1996). Por tanto, se debería atender este déficit de manera segmentada, considerando los elementos socioculturales implícitos en el área de residencia (urbano-rural), idioma habitual del hogar y los grupos de edad que los diferencia, porque más allá de la capacitación en los MAC respectivos, para regular su fecundidad las mujeres rurales son personas con visiones, concepciones y creencias diferentes a las dominantes en las mujeres de las ciudades. En cuanto a la autonomía de las mujeres, se pudo deducir de la discusión de planificación familiar (PF) con el esposo, que fueron pocas las que se mostraron dependientes (casi una de cada diez). Evidencia que podría servir de soporte para esperar una mayor aceptación de las intervenciones en la difusión del conocimiento de SR. Pero, al examinar la elección de MAC, la deducción determinó una proporción de autonomía bastante baja en urbanas y rurales, en éstas, fue la más reducida (11%).

En relación a los datos utilizados y a la fecha correspondiente de los mismos, se advierte al lector que la mayor parte del análisis efectuado se basa sobre la data cuantitativa y cualitativa de las ENDES 1996 y 2000. Precisamos que los textos y cuadros que no tienen indicación de fecha, fueron elaborados con la data de la ENDES 1996. Asimismo, se encontrará que sólo en determinadas partes se usó como complemento algunos hallazgos de estudios anteriores.

II. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El problema central en esta investigación es advertido en el mercado, el cual da señales de desencuentro entre la oferta y demanda, derivándose este hecho en lo que conocemos como déficit de atención o necesidades insatisfechas en el mercado de la salud reproductiva. En ambos lados (fuerzas) del mercado encontramos agentes interesados en dar soluciones a tales desencuentros y observamos que ellos actúan en ese sentido. Por razones de diseño e información disponible, el campo de análisis de este trabajo fue definido por el lado de la demanda del mercado. En consecuencia, aquí se tratará de encontrar evidencias para conocer la demanda de las MEF en salud reproductiva, en particular aquellas evidencias de necesidades o consumos que son influenciadas por elementos socioculturales. Al formular la propuesta de investigación se hizo la siguiente pregunta: ¿Qué conocimientos de la demanda (necesidades y consumos) de servicios de salud, útiles para el MINSA y el PROMUDEH (entidades responsables de la oferta de SSR y la defensa de los derechos en salud reproductiva), se mantienen en la oscuridad impidiendo establecer segmentos (grupos de consumidores) que se reconozcan y diferencien por la influencia de elementos socioculturales en el comportamiento reproductivo?

De ese modo es planteado el propósito central de esta investigación y por ello serán examinadas las evidencias o hechos relativos al comportamiento de las MEF de 15 a 29 años de edad, útiles para proponer segmentos de demanda de SSR. Asimismo nos preguntamos ¿Por qué segmentos y no todo el mercado como una unidad para conocer o comprender la demanda en SSR? Se desecha el análisis del mercado como un todo porque los consumidores no constituyen un conjunto homogéneo. Tampoco se analiza a cada individuo porque la complejidad del mismo impediría operativizar la oferta. Se opta por la segmentación debido a la posibilidad de identificar grupos de consumidores de acuerdo a ciertos criterios que faciliten la estructuración de la oferta en función de grupos humanos con necesidades y consumos diferenciados. Al interior de cada segmento o grupo, los miembros sí tienen preferencias o consumos similares. Las segmentaciones de mercado pueden ser el resultado de la experiencia acumulada en los proveedores, quienes indican haber observado diferencias en las preferencias de los consumidores. Sin embargo, hay otras alternativas. Aquí nos referimos a una segmentación del mercado originada en el conocimiento de las particularidades diferenciables de la demanda (demográficas y socioculturales), dado que éstas son muy propias de cada grupo humano aún tratándose de realizar (compra-venta) un mismo producto o servicio. Para ello se asume que la mejor alternativa para reducir o eliminar brechas de mercado (diferencias entre oferta y demanda) es mejorar, acercar o adecuar la oferta a las exigencias y especificidades de la demanda, aceptando que ésta se

presenta de manera diferenciada por grupos de consumidores, cuyos integrantes individuales tienen similares necesidades y consumos al interior de cada grupo. El problema central radica en identificar, conocer e interpretar los datos de la demanda particularmente útiles para establecer segmentos de ella. De otro modo, ningún ofertante se interesará en atender demandas desconocidas. Es decir, ningún proveedor ofrecerá algo que previamente no identificó como demanda del mercado. Cuanto más y mejor sea el conocimiento e interpretación segmentada de los datos de la demanda de un mercado por un determinado proveedor (ofertante), éste estará en la mejores condiciones para lograr eficiencia y eficacia en su objetivo de realizar un producto o servicio (lograr que sean una realidad las operaciones de compra-venta en el mercado).

Para segmentar mercados existen diversos criterios: geográficos, económicos, demográficos, sociales y culturales. En esta investigación son examinadas fundamentalmente las variables demográficas (edad, número de hijos, edad de las MEF al nacimiento del primer hijo, etc.), variables socioculturales (conocimiento del ciclo ovulatorio, uso actual de MAC, razones de no estar usando MAC, razones de la última discontinuación de MAC, número de hijos al primer uso de MAC, primer MAC usado, estatus marital, edad al primer coito, preferencias de la fecundidad, deseo del embarazo actual, preferencia futura de MAC, actitud hacia eventual próximo embarazo y control prenatal, entre otras) y variables sociales (trabaja actualmente, educación, pobreza, acceso a medios de comunicación y algunas otras). Para precisar el ámbito de las variables socioculturales, éste es conceptualizado, como los valores y creencias que influyen o determinan el comportamiento diario de las personas.

La posibilidad de establecer segmentos de demanda de SSR exige disponer de información específica sobre los consumidores, sus correspondientes necesidades y consumos (deseos), y los diversos elementos contextuales y socioculturales que determinan o influyen en su comportamiento. Además, implica considerar otras complejidades que se asocian al estadio de desarrollo del país o sociedad que se está estudiando, tales como son los niveles educativos y económicos alcanzados. Por otro lado, hacemos uso de un concepto dinámico de mercado en el sentido que éste reúne a consumidores y proveedores cuyas individualidades evidencian cambios y adecuaciones en ambos lados de la línea (oferta-demanda) que los separa en el mercado. Por razones prácticas y con el fin de facilitar la gestión de la oferta, los proveedores podrían advertir que tales cambios en el mercado, particularmente en los consumidores, no ocurren de manera lineal ni tienen efectos similares en todos los individuos. Por consiguiente observarán que los diversos cambios que ocurran en una sociedad afectarán a sus miembros de manera diferenciada por segmentos o grupos humanos, cada uno de ellos sujetos a visiones, creencias y valores muy propios de la edad, el lugar de residencia, el nivel educativo alcanzado y sus respectivas formas o estilos de vida. Abundando sobre la distinción de los consumidores por segmentos, se recomienda a los proveedores no asumir cada segmento de demanda como absolutamente distinto uno del otro porque así no se presentan en la realidad. Estimo que ese último asunto quedará mejor comprendido si tomamos como

analogía lo que Alejando Ortiz dice en relación a su modelo de las combinaciones culturales: "Cuando cotejamos el cuadro con los casos concretos, no hallamos que los individuos y los grupos sean fieles a un solo horizonte cultural. La mixtura es norma. La madre de un hogar chipibo (amazónico) manifiesta que es evangélica, pero acude al chamán para curar al hijo enfermo..... (refiriéndose al ayacuchano rural) permanece y es fiel a su círculo familiar, pero en el comercio puede ser tan individualista como cualquier mercader"[1]

¿Dónde se origina el desencuentro entre oferta y demanda? En parte tales desencuentros se gestan en la oferta. Por ejemplo, en determinadas lecturas restrictivas practicadas anteriormente, desde "la perspectiva de la oferta de la salud reproductiva", había el sesgo cuantitativo de llevar los métodos anticonceptivos al mayor número de las MEF, y la especificidad en la oferta de PF de reducir la tasa de fecundidad de la población (como fin último). Esta manera de concebir el ámbito de la salud reproductiva pudo ser válida en etapas anteriores, pero ya no sería así desde que el acceso a los servicios de salud fueron reconocidos como parte de los derechos de toda persona (nuevo orden incorporado luego de la adhesión peruana a ciertos convenios internacionales). Es razonable asumir que la misión de ofrecer atención en SR, en función del derecho a la salud, se enfrenta a dificultades como el escaso presupuesto asignado, la ausencia de mercados organizados (dispersión geográfica de la población) y por la diferente concepción de salud que poseen ciertos grupos de personas (temor o rechazo a los métodos modernos, actitud de indiferencia ante la oferta de servicios de salud o inhibición de necesidades de salud), entre otras razones. La abstención en la demanda se genera por desconocimiento o conocimiento errado de los procedimientos establecidos por la medicina occidental en función de la fisiología humana. Este hecho agrega el problema de que algunos grupos de personas queden fuera del conteo de la demanda (son los olvidados de la oferta de SR). Aunque esta abstención se origina en la demanda, los proveedores no pueden desconocer que tales personas también tienen necesidades de SSR y por tanto podrían ser incorporadas en las metas de oferta. En pocas palabras, parte del desencuentro entre oferta y demanda tiene su origen en la lectura de la demanda desde una perspectiva restrictiva de la oferta y, además, en las necesidades inhibidas de la población (demanda oculta).

La oferta tiene sus propias restricciones frente al mercado. Así, se percibe que por encima de las restricciones de financiamiento del programa de salud se superponen otras limitantes generadas en una predeterminada posición de la oferta. De este modo, en la inflexibilidad de una dirección adoptada no habría espacio para integrar, correctivamente en el corto plazo, demandas no advertidas al inicio de un programa anual o quinquenal de salud. Bajo dicho esquema, en que la distribución está en función de una demanda tangible, se privilegian metas de oferta de MAC y se omite o descuida la satisfacción de otras formas de expresión de necesidades en

1/ Alejandro Ortiz R. "La pareja y el mito". Estudios sobre las concepciones de la persona y de la pareja de los andes. Pntificia Universidad Católica del Perú. Fondo editorial, 2001

SR. En ese sentido se podría asumir, por ejemplo, un concepto lineal de adolescencia determinado exclusivamente por la edad. Definición que puede aceptarse por razones estadísticas, pero no al extremo de olvidar las diferencias entre las adolescentes unidas y no unidas. Dicha definición podría crear dificultades en los administradores u operadores de la salud que podrían asumir una necesidad estándar en SR de los adolescentes, en la que no encaja, por ejemplo, cierta provincia con muchas parejas o individuos menores de diecinueve años de edad que viven bajo las mismas presiones y responsabilidades de adultos o padres. No es raro que en las posiciones de oferta hayan determinaciones restringidas de la demanda (no es un problema sólo de los mercados de salud). Por consiguiente, es posible que una posición lineal de la oferta también condicione la entrega sesgada de MAC modernos, al extremo de desentenderse de las necesidades de las personas, particularmente de aquellas que prefieren o son usuarias de MAC tradicionales. Por otro lado, la posición de oferta podría ubicarse en el otro extremo y sesgarse destinando mayores recursos y esfuerzos por ampliar la cobertura de necesidades anticonceptivas mediante métodos tradicionales, con el consiguiente descuido de las usuarias de métodos modernos. Esta posible actuación pendular de la oferta tendría efectos catastróficos sobre el mismo aparato de salud y consecuencias muy adversas para los consumidores.

Además, los límites de un programa de oferta de salud, en parte, son auto impuestos por sus propios gestores, quienes tienen una particular lectura de las necesidades de la población por atender. Así, se observa que en la interpretación de la realidad se suele omitir los aspectos socioculturales que marcan diferencias por segmentos de demanda o, en el mejor de los casos, dichos elementos son objeto de una visión reduccionista por incomprensión o por dificultades en la operacionalización de los mismos. Prueba de ello es que ha habido diversos casos de programas sociales que evidenciaron iniciales dificultades para diferenciar a los pobres de los no pobres (situación que aún no habría sido superado del todo en diversos programas). En consecuencia, no sólo es indispensable contar con un conocimiento muy cercano de la realidad del mercado en la cual se ejecuta los programas sociales sino también es necesario encontrar la forma de lograr que los elementos socioculturales sean operativos en el diseño y en la administración de dichos programas. En ese sentido, se espera que la lectura realizada en la presente investigación no sólo responda a una interpretación de la realidad nacional sino que además sea soporte para determinar (mediante el empleo de variables seleccionadas) los segmentos de MEF más o menos homogéneos al interior del grupo y diferentes entre si. Diferenciación de grupos que permitirá determinar necesidades en salud reproductiva, a fin de reconocer que a cada segmento le corresponde una oferta estructurada en función de sus necesidades y características peculiares.

También nos preguntamos: ¿Por qué la demanda de unidades de servicio de salud no es uniforme y no contiene las diversas necesidades de las MEF? En cada sociedad son distinguibles los intereses sociales y los valores culturales particulares como las pretensiones institucionales de ofrecer soluciones en materia de salud desde las perspectivas biomédicas, económicas y socioculturales. Para los fines

de esta investigación, señalamos que concebimos la naturaleza de las necesidades (demanda) en salud reproductiva como una unidad atendible desde las diferentes perspectivas con las cuales tomamos conocimiento del comportamiento sexual y reproductivo de las personas, con el agregado que las unidades demandadas (o necesidades) de SSR, de algún modo están contextuadas y por ello no son uniformes. Tampoco son uniformes cuando dichas necesidades se identifican con determinados grupos o segmentos diferenciados de la sociedad peruana. Segmentos que se diferencian por los elementos que refieren las evidencias demográficas y socioculturales.

Coincidimos con Ryder (1983) quien lamentaba la manera como se estudiaba el comportamiento de la fecundidad: "El centro de casi toda nuestra atención ha sido el individuo encargado de tomar las decisiones, mientras que el contexto sociocultural de la reproducción se suele relegar a un limbo ambiental residual"[2].

En definitiva esta propuesta busca disponer de diversas segmentaciones de la población estudiada, relacionando variables demográficas y socioculturales proporcionadas por las ENDES. Serán los sucesivos análisis de las variables seleccionadas para el presente estudio, y la fuerza de sus asociaciones entre independientes y dependientes, las que determinarán los segmentos visibles en el mercado de demanda nacional de SSR. Asimismo, tal segmentación, aún cuando pudiera ser una división arbitraria del mercado nacional de SSR, no deja de ser la separación de partes de un único mercado que buscamos conocer a partir de comportamientos o hechos comunes imputables a demandas específicas por SSR de ciertas agrupaciones de MEF. Esta división de un único mercado no implica ninguna renuncia a la unidad social examinada. Dicha unidad se mantiene no sólo por la finalidad de una cuantificación agregada sino fundamentalmente porque ella responde a la identidad nacional de los peruanos y a los objetivos trazados por el sector salud en la perspectiva del desarrollo nacional. Por otro lado, no existe una pre-concepción para segmentar y por tanto no habría arbitrariedad desde que la segmentación será el resultado de la aplicación de la técnica estadística conocida con el nombre de análisis discriminante. En tal sentido, la segmentación resultante contará con el correspondiente sustento estadístico a fin de otorgarle reconocimiento a la propuesta de dividir el mercado nacional de demanda de SSR. Es decir, esta técnica proporcionará los estadísticos de medias y varianzas para definir las agrupaciones diferenciadas que mejor respondan a la realidad observada.

2/ Ryder, N.B.. Fertility and family estructure. Population Bulletin N° 5, Washington, D.C. 1983. Citado en Notas de población. Cepal Celade. Santiago de Chile, Diciembre, 1997.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a. Objetivo general.

Realizar una lectura cuantitativa y cualitativa del comportamiento reproductivo de las MEF, rescatando los contenidos contextuales de las variables de las ENDES con el propósito de establecer segmentos de demanda de servicios de salud reproductiva claramente diferenciados por la presencia o sujeción de las MEF a ciertos elementos socio-culturales. Lectura que exige la construcción de variables proxys en base a las ENDES, y que propone una interpretación de la demanda adoptando un enfoque sociocultural.

b. Objetivos específicos.

Obtener indicadores sobre la conducta reproductiva en función de elementos socio-culturales.

Establecer segmentos de demanda de MAC y SSR desde una perspectiva socio-cultural.

Caracterizar a las MEF que integran los segmentos de demanda.

IV. MARCO TEÓRICO

Teorías directamente relacionadas con el problema investigado

Demanda y mercado:

En teoría, la demanda es una expresión de las necesidades humanas expuestas en el mercado. Se demandan bienes y servicios porque son útiles y porque estos son solicitados por quienes los desean. De hecho, no todas las necesidades de los consumidores se expresan como demanda en el mercado. Un mercado es definido como tal en una economía monetizada y por ello la demanda es respaldada por suficiente dinero para pagar el bien demandado. En un mercado operado sólo por agentes privados, el equilibrio entre oferta y demanda se logra por el mecanismo de precios. Este mecanismo de precios funciona parcialmente en los mercados que cuentan con un tercer agente, el Estado. La intervención del Estado hace posible que ocurra el llamado "efecto renta", el cual facilita el acceso al consumo de bienes subsidiados que de otra manera no serían demandados por aquellos que no cuentan con dinero suficiente para adquirirlos. El "efecto renta" implica un traslado de ingresos de quienes pagan impuestos hacia quienes no cuentan con dinero (pobres, indigentes, desocupados y residentes de comunidades desmonetizadas) y que no puedan cubrir su consumo básico.

Un bien subsidiado o entregado sin costo al usuario/consumidor es también llamado un "bien público", categoría en el que caen muchos de los servicios de salud. Este tipo de bienes (subsidiados o públicos) ingresan a los mercados gracias al financiamiento del tesoro público. El Estado interviene en el mercado porque los proveedores, guiados por la utilidad privada, se ven imposibilitados de atender demandas que no pueden ser respaldados con dinero privado. La intervención del Estado no es una incursión arbitraria a pedido de unos cuantos funcionarios de turno; por el contrario, responde al mandato de un sistema social en el cual la economía utilitarista es superada por los lazos de convivencia solidaria entre sus miembros. La sociedad se desenvuelve en una economía de mercado donde el mecanismo de precios y la competencia entre agentes no son los únicos medios para resolver los conflictos de intereses entre clases o grupos sociales; tampoco lo es la autoridad estatal, sino la negociación entre actores organizados. En este ámbito de concertación los actores reconocen en el Estado no sólo el ejercicio legítimo del poder sino su capacidad de representante del interés colectivo y de distribuidor imparcial de los recursos reales y simbólicos que tiene a su disposición.

En todo mercado están presentes las fuerzas independientes de los ofertantes y la de los consumidores que no siempre son equivalentes, por lo cual los mercados presentan desequilibrios. Asumiendo que la escasez y el mecanismo de precios no

crean problemas en la oferta, el posible desequilibrio en el mercado se origina en el desconocimiento de ciertas especificidades de la demanda (preferencias), siendo una de ellas las necesidades no explícitas (inhibiciones de los consumidores). La demanda es dinámica y heterogénea y por tanto, imprecisa. Aún cuando aparentemente la demanda se presenta uniforme y agregada, ésta es visible en segmentos de consumidores. Segmentos que determinan ciertas particularidades que de no ser atendidas por los proveedores, podrían pasar inadvertidas para la oferta y permanecer ocultas para el mercado.

En el mundo real es usual que los ofertantes asuman conocer la demanda que desean atender y que finalmente atienden, arguyendo contar con experiencia (venta, comercialización, distribución, contacto con el consumidor, etc), sujetándose a la observación objetiva o disponiendo de un diagnóstico o estudio de mercado actualizado. Por cierto, atienden parte de la demanda total que aquí denominaremos como demanda efectiva. Generalmente, en el mundo real, los ofertantes desconocen las diversas formas en que se presentan las necesidades de quienes conforman los distintos segmentos de personas (consumidores diferenciados por la edad, clientes agrupados por el servicio demandado, etc.), componentes de la demanda total. En particular, desconocen o tienen una idea imprecisa de la "demanda potencial" (consumidor de otra marca, persona sin dinero, etc.) relativa al producto o servicio que ofrecen y, sólo en ciertos casos, tienen algún conocimiento que convalida sus particulares apreciaciones de que ésta no pueda transformarse en "demanda efectiva" (por razones de preferencia, desconocimiento de la utilidad del servicio, o por contravenir al estilo de vida, etc.).

Asimismo, es frecuente que entre los proveedores se acepte, sin ninguna o escasa reflexión, las mediciones efectuadas bajo los conceptos de demanda o demanda efectiva, olvidando que dichos conceptos son propios para bienes y servicios transados en mercados totalmente monetizados y con consumidores ampliamente informados. Características que no se ajustan a la diversidad geográfica, a la producción de autoconsumo y al trueque en algunas comunidades, todas ellas agregadas a la pluricultural sociedad peruana. Ahora podemos comprender que muchos de los conceptos teóricos disponibles no tienen una correspondencia con la realidad. Realidad distante de los mercados totalmente monetizados, casi en competencia perfecta y con consumidores ampliamente informados y con ingresos monetarios propios. Dicho en otras palabras, en los mercados con elevada competencia existe escaso margen para que se confundan demanda con necesidad, debido a que esta última solo tiene sentido como tal fuera del mercado. En dichos mercados los ofertantes no se interesan por atender necesidades particulares sino simplemente demandas concretas. En cambio, en realidades como el mercado nacional de la salud las necesidades de una parte de los consumidores son incorporadas al mercado, sea porque éste presenta evidentes imperfecciones (el consumidor no tiene ingreso propio) o porque el Estado (incluido los organismos sin fines de lucro) tiene la misión social de conceder atención de salud a todos los

peruanos. Un mercado restringido por la función utilitarista de los ofertantes alcanza equilibrios parciales en los flujos financieros, pero no siempre logra equilibrios en los flujos reales. Es decir, el desequilibrio en los flujos reales es una situación equivalente a la presencia de déficit en la cobertura de necesidades por bienes o servicios (los que no tienen ingreso propio no pagan y por tanto no consumen).

Por diversas razones los mercados locales son parcialmente conocidos por los proveedores. Asumir que existe la posibilidad de alcanzar un conocimiento cercano del mercado real implica reducir el desencuentro entre oferta y demanda. En tanto la oferta se niegue a actuar dentro de dicha posibilidad, ésta tendrá una visión sesgada de la demanda que conllevará a la trampa de asumir que se ha hecho todo lo posible para atender el integro de la demanda o de las necesidades del mercado. Esta posición se aproxima a la vieja teoría que afirma que "toda oferta crea su propia demanda" y que deja por entendido que todo lo que se produce se vende. Es una trampa porque impide percibir el cambio dinámico de los mercados. Por un lado, oculta esa parte de la realidad en la que la demanda es la que determina o alienta la renovación de la oferta. Por otro lado, impone la práctica de un dogma económico al concebir que en todo proceso de producción y consumo impera la unilateral perspectiva de la oferta.

Así, en el mercado nacional de salud reproductiva, parte de la demanda potencial, a ser considerada por la oferta, bien podría ser tratada como inexistente. Ello ocurre involuntariamente y forma parte de una visión sesgada por los resultados de análisis limitadamente cuantitativos. Esto ocurrirá en la medida que, según el parecer de los proveedores, haya grupos de MEF que "no se ajustan" a las características o preferencias conocidas de quienes son usuarias o acceden a los centros de atención de salud. La realidad heterogénea, con grupos de MEF diferenciados que pertenecen a grupos sociales que en la vida diaria y en la atención de sus necesidades de salud reproductiva, muestran comportamientos diferenciados fuertemente condicionados a elementos contextuales y socioculturales, lo cual no siempre es advertido por el proveedor. Tengamos presente que en este tipo de tarea debemos manejar conceptos claros como el enunciado por Federico Mayor, Director General de la UNESCO: "la manifestación suprema de una cultura es la forma en que la gente actúa diariamente"[3], y que Rocío Baca precisa: "la cultura no existe por sí misma sino en lo que se hace, se piensa, se cree, en fin, se vive"[4]. En cierta ideología dominante algunos elementos culturales suelen estudiarse como "las resistencias y obstáculos planteados por los pobladores" al uso de métodos anticonceptivos modernos y que para nuestra investigación son nada menos que las diferentes construcciones mentales (creencias, temores o desconocimiento) derivadas de referentes sociales y culturales muy propios en los colectivos humanos poco o nada "occidentalizados". Son las diferencias culturales las que explican que

3/ Sostenido en París por el director general de la Unesco Federico Mayor, el 13 de marzo de 1999, en el FORO DESARROLLO Y CULTURA en la que se destacó la participación comunitaria y el rol de la cultura en formación de capital social y en la consolidación democrática.

4/ Rocío Vaca Bucheli. La cultura, el género y la fecundidad. Un acercamiento a la reproducción del campesinado en el Ecuador. Publicado en el libro Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. A.C. Defossez, D. Fassin y M. Viveros. Editores. Instituto Francés de estudios Andinos, IFEA. Universidad Externado de Colombia. 1992.

determinados comportamientos de las MEF derivan en rechazo al uso de todo instrumento o elemento extraño por temor a dañar su apreciado cuerpo. Esto explicaría que parte de la demanda potencial en salud reproductiva, en el corto plazo, no se traduce en demanda efectiva.

A despecho del ofertante, existe un determinado grupo de personas que por diversos motivos no forman parte del mercado reciente o actual de consumidores. No obstante, a juicio del ofertante, al menos aquella parte de las MEF que tiene equivalentes características a los consumidores actuales, debería ser captada para el consumo o demanda efectiva de MAC. Esto último no ocurre de manera mecánica, sencillamente porque no sería cierta dicha equivalencia dada la presencia de factores socioculturales que distinguen a uno de otro grupo. Entonces, se puede estar frente a una situación encasillada, usual en ciertos proveedores de salud, que sostienen conocer la demanda que desean atender y que finalmente atienden. Tales proveedores inconscientemente eliminan toda posibilidad de conocer las necesidades de quienes conforman la demanda potencial y escasamente tienen alguna referencia, imprecisa, que convalida sus particulares apreciaciones de que esta demanda potencial no pueda transformarse en demanda efectiva. Recordamos que en el mercado peruano de la salud reproductiva la entrega de dicho servicio, incluido el método anticonceptivo moderno, no implica un costo directo para la usuaria ni una barrera al mercado desde que el Estado hace entrega gratuita de los mismos.

Mientras que para los proveedores de salud se trata de atender la demanda de SSR o de MAC (concepción que homogeniza al cliente, que estandariza el servicio y que despersonaliza la relación proveedor-cliente), los pobladores que forman el mercado de necesidades de salud por atender, se presentan (o se inhiben) con una realidad a cuestas totalmente distante y mucho menos unificada para encajar en esta reducida apreciación de la demanda. Observando esta realidad, y por razones prácticas en la organización y estructuración de la oferta en función de la demanda y de las necesidades de salud, no será necesario irse al otro extremo y asumir que no hay dos personas iguales. Entonces, la lectura de la demanda de salud que suele no hacerse, es aquella que señala, en el ámbito de la salud reproductiva, una amplia variedad de elementos diferenciados entre grupos de personas, tales como:

- Mujeres que no acceden a un centro médico o no expresan ninguna necesidad de SSR. Entre ellas podemos contar a las que ignoran el funcionamiento de su cuerpo, que idealizan un mundo adolescente ajeno a toda responsabilidad, que desestiman a la reproducción ajeno a cualquier intento de control o manipulación alguna, que creen que el uso de cualquier elemento extraño (por vía oral o intrauterina) daña el cuerpo o que perciben a los proveedores, sus recetas y sus medicinas como elementos pertenecientes a un mundo desconocido por la comunidad.
- Mujeres que usan métodos naturales, pero que no acceden a ningún centro médico; aquellas que se auto administran medios y recursos de salud a través de su familia o de proveedores alternativos como parteras y curanderos

(uso de técnicas y hierbas anticonceptivas naturales); y mujeres que se someten a los dictados del marido el cual rechaza los métodos modernos o que asumen el rol de la maternidad renunciando o desconociendo otras opciones de realización personal.

- Mujeres que acceden y expresan sus necesidades de SSR. Entre ellas, muchas se quedan en el dominio de la demanda potencial por razones desconocidas para el proveedor: el acceso al servicio o uso de MAC genera un costo monetario difícil o imposible de superar dentro de su economía desmonetarizada; no entienden las instrucciones o descalifican la capacidad técnica del proveedor; el esquema de reproducción y las reglas sociales que determinan su sexualidad difieren o se contraponen a la perspectiva del proveedor; la atención recibida no satisfació sus interrogantes ni sus expectativas; sufrieron efectos colaterales inaceptables al usar métodos modernos; etc.
- Mujeres que siguen pautas "ilógicas" para la perspectiva del proveedor. Entre ellas tenemos a las adolescentes que realizan desprotegidas el coito presionadas, exigidas o apremiadas por el enamorado; a las mujeres unidas que no desean procrear más y no usan MAC; mujeres unidas que no saben o tienen conocimiento errado del ciclo reproductivo y son usuarias del método del ritmo; mujeres que tienen un contexto familiar o comunal que estimula la unión y la maternidad tempranas; mujeres que continúan con un patrón de conducta social que no distingue el sexo placer del sexo reproductivo; entre otras.

En todo examen del consumo se admite, en principio, que las personas no tienen las mismas necesidades ni éstas se expresan en una única escala de prioridades de atención. Asimismo, en parte, las necesidades de salud aparecen en el inventario personal derivado del mayor conocimiento fisiológico y mental del ser humano y de la información socializada recibida sobre salud y calidad de vida. Para atender sus necesidades cada individuo discrimina entre aquellas que puede auto administrarse y las otras, que serán requeridas a terceros. Estas últimas pueden ser bien o mal atendidas por familiares o amigos y no llegan al mercado como expresión de demanda. Hasta aquí podemos distinguir diversas situaciones del individuo antes de que éste eleve sus necesidades al mercado. Aquí corresponde señalar que a menor desarrollo relativo de una comunidad o ciudad, el colectivo humano forma un mercado incipiente y con muchas imperfecciones (ingreso monetario no generalizado, precios arbitrarios, escasa información, etc.). Todas estas situaciones personales y contextuales explican la brecha entre necesidad y demanda efectiva.

Necesidades versus deseos o estilos de vida (consumo de símbolos):

A fines del siglo pasado surgieron nuevo conceptos de consumo en contraste con el significado de uso utilitario de los bienes y servicios utilizado por los economistas. Estos recientes conceptos aparecen negando las concepciones tradicionales de cultura, la cual es

entendida como una entidad integrada y totalizadora que comprende a las personas identificadas con un territorio y que responden a los mismos valores, hábitos, creencias y deseos. El concepto de cultura se estaría renovando dando énfasis al de agencia (agency) que permite, por ejemplo, sobreponer el propósito-valor de éxito por encima del de bienestar. Esta forma de interpretar la conducta de las personas nos conduce a un ejercicio de evaluación del tipo "logro de agencia" más que del tipo "logro de bienestar". Con estos conceptos incorporados es posible alcanzar el entendimiento de nuevas formas de comportamiento y de renovadas construcciones culturales, e incorporar la visión del consumo desde una perspectiva social o antropológica. Entonces, en esta reciente concepción del consumo, los bienes y servicios son utilizados para crear estilos de vida porque las personas los demandan para atender sus deseos de símbolos sociales o de estatus otorgados a los bienes o servicios que prefieren consumir. Así, Gell (1986) sostiene: "el consumo implica la incorporación del bien consumido en la identidad personal y social del consumidor".[5] Decir que en todas partes del mundo el consumo se origina en necesidades es asumir que todos los pueblos tienen el mismo patrón cultural occidental (USA y Europa) y olvidar que muchas poblaciones pobres antes de haberse proveído de vivienda, comida y ropa, desplazan su consumo guiados por el lujo superficial de bienes de consumo occidental. Ludwig Huber propone, además de aplicar estos conceptos de consumo a los países del tercer Mundo, adoptar la siguiente definición alternativa de cultura de Belk (1988): el consumo es una cultura en que la mayoría de los consumidores ávidamente desean (y en algunos casos notables persiguen, adquieren y disponen) bienes y servicios que son valorados por razones no utilitarias, como la búsqueda de estatus, la provocación de envidia y la búsqueda de lo nuevo". Ahora es perfectamente válido aceptar que en el mercado hay consumos que en vez de depender de las necesidades naturales estarían dependiendo de los deseos de los individuos. Precisamos que este párrafo aporta conceptos para ampliar el análisis a futuro de la salud reproductiva, considerando que la ENDES no aporta evidencias sobre los diversos estilos de vida existentes.

El enfoque sociocultural:

De acuerdo con este enfoque tanto el conocimiento como la conducta humana del día a día, existen por las personas, y los conceptos e ideas sobre ellas surgen en la comunidad que los construye, los define y los extiende. Tales conceptos e ideas son de uso significativo entre los pobladores tanto en la finalidad de resolver sus problemas cotidianos como para entender e identificarse con su respectivo contexto sociocultural. Asimismo, podemos decir que este enfoque aplica el análisis sistémico y se sostiene sobre los siguientes postulados básicos: las sociedades son consideradas integralmente como sistemas de partes interrelacionadas en las cuales todos los sistemas de la vida real son abiertos debido a que mantienen permanentes intercambios e interrelaciones con otros sistemas y con el medio ambiente en

5/ Citado por Ludwig Huber, en "Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado". Estudios de caso en los Andes. Instituto de Estudios Peruanos. Perú, 2002.

general. Aquí, los sistemas sociales tienen una dimensión temporal y surgen de la interacción con el medio ambiente como fruto de la necesidad de supervivencia y de la interacción simbólica, formando parte de un proceso continuo que tiene y contiene pasado, presente y futuro. Por tanto, el cambio es inminente en el sistema social.

Este enfoque se habría generado con el aporte del desarrollo psicológico que proviene de las investigaciones realizadas por Lev Vygotsky y sus colaboradores más cercanos, Luria y Leontiev (basados en las premisas fundamentales de la filosofía materialista dialéctica), quienes propusieron una nueva forma de concebir los procesos psicológicos postulándolos como el resultado de la interacción del individuo con su medio social y cultural en un momento histórico determinado. En consideración a dicha teoría se desecha la concepción tradicional de la psicología como un proceso individual que ocurre al interior del sujeto con casi total independencia de la influencia de factores externos, dado que es imposible negar la noción de la poderosa influencia que ejerce el ambiente social y cultural en la formación de los procesos psicológicos y, por ende, en la conducta humana. De acuerdo a esta teoría psicológica, y desde el punto de vista del enfoque sociocultural, los procesos psicológicos y la conducta humana son concebidos como el resultado de la interacción mutua entre el individuo y la cultura. Para esta corriente de pensamiento, la clave del funcionamiento psicológico está en la construcción de significados que les atribuimos a los objetos, a las palabras y a las acciones de los demás que forman parte del contexto.

Al aplicar el enfoque sociocultural para conocer la demanda de SR debemos aceptar que el saber de la salud, compactado en el concepto biomédico y sesgado por la religión cristiana, no se acerca al discurso social de la vida diaria. En los conceptos tradicionales y religiosos sobre la sexualidad se omiten muchos aspectos incorporados en la última década, como el derecho a la salud, la libertad para decidir la reproducción, la equidad de género y la opción del sexo por placer. Por otro lado, suele ser frecuente que muchos proveedores de la salud olvidan que las diferencias culturales determinan o influyen en la conducta sexual de las personas, ya que persisten en el enfoque biomédico y desconocen o desaprueban otros enfoques. Por tanto, se reafirma que la conducta humana es diferenciada por razones culturales, entendida ésta por la sujeción de los grupos humanos a valores, códigos y símbolos propios que los distingue a unos de otros, aún perteneciendo a una misma nacionalidad como en el caso de los peruanos.

Adicionalmente creemos que el saber de la salud formal suele distanciarse del cómo son concebidos los padecimientos de las enfermedades y del cómo son expresados las sensaciones y los sentimientos de la sexualidad en la vida cotidiana de la gente común. Dado que hay nuevos elementos para ser incorporados en la concepción de salud, en la actualidad el concepto tradicional de salud se reformula, y la salud del hombre se entiende dentro de un contexto sociocultural. Las concepciones tradicionales de SR no se enfrentaban al dilema planteado entre la sexualidad y el amor y cuando lo hacían era para exaltar

el valor del amor y escamotear la importancia y la complejidad que encierra la sexualidad. Por ello, en esas posiciones valorativas, la sexualidad aparece como la cenicienta o la menos trascendente para entender la conducta de los jóvenes. En tales posiciones ortodoxas se construye una visión donde sexualidad y amor se fusionan: la sexualidad lejos de ser vista como un complemento del enamoramiento y del amor, está fuertemente sujetada por éste. De allí que los ortodoxos muy circunspectos sentencian: "sexualidad sin amor no debe existir". En otros casos se sublima el amor a tal extremo que éste se convierte en el pasaporte que abre todas las puertas para las relaciones sexuales y, de paso, se olvidan de la diferencia entre las actitudes del hombre y la mujer sobre el símbolo del amor. Mientras que para la mujer el amor va de la mano del matrimonio o la convivencia marital, para el hombre, amar dignifica la relación, pero no implica ni significa una promesa de unión estable o matrimonio. Tales aspectos mencionados son contextuales a un determinado medio o ambiente que aquí son expuestos sólo para ayudar a la comprensión de los elementos socioculturales. Lamentablemente, muy poco de lo expuesto en este párrafo fue posible asociarlo al comportamiento evidenciado con la ENDES.

Los elementos socioculturales rescatables para los fines de segmentación de la demanda de SR no siempre son captados a través de variables que expresan directamente dicho contenido. Tales elementos también se obtienen a través de indicios y deducciones asociadas a variables con contenidos sociales o relativos a lugares de residencia. Por ejemplo, la residencia rural no se limita a informar sobre el espacio geográfico, también indica, implícitamente, que la población tiene comportamientos reproductivos, necesidades y consumos diferentes a la población urbana. Por cierto, alguna distinción puede no ser gravitante en algunas personas o en una parte de ellas. Lo destacable proviene de lo que es usual para la mayoría de un determinado grupo de MEF a través de los hechos registrados por las ENDES, y que es irrelevante para otros grupos. Esto es, los comportamientos que son asumidos como el resultado de "lo acostumbrado y lo aceptable" en cada área de residencia son señales de costumbres y valores de una determinada cultura. Si tales hechos son el resultado de una particular forma de vida cotidiana de la población, se deduce que el comportamiento generalizado de los miembros de un determinado grupo fue determinado por elementos socioculturales. Elementos que se rescatan, pero que no siempre son posibles identificar con un dato específico de la ENDES. Por tanto se advierte que los datos de las ENDES no proporcionan evidencias directas sobre elementos estrictamente culturales. En resumen, se hacen imputaciones, deducciones e interpretaciones de los hechos registrados en la esfera de la salud reproductiva a partir de los insumos que proporcionan las ENDES. Además, los datos y sus relaciones son asociados al conocimiento alcanzado tanto por observación directa del fenómeno examinado como por los diversos aportes de investigaciones cualitativas anteriores. Los datos demográficas utilizados sirven de soporte cuantitativo de los hechos que sustentan

la lectura contextual del comportamiento de las MEF.

Aún cuando se sabe que el comportamiento humano obedece a muchas causas y cambios, aquí se investigan aquellas que la población ha permitido identificar a través de comportamientos colectivos en atención a sus necesidades en SR. Conductas que están contenidas en las variables de las ENDES, muchas veces difíciles de distinguir en razón del origen de los hechos, sean estos la costumbre, la eventual experiencia o las preferencias colectivas más evidentes. Convenimos en aceptar que no hay dos personas iguales. No obstante es posible encontrar que las personas, manteniendo su individualidad, muestran características semejantes que permiten conformar segmentos de demanda de SR. Se percibe que determinados grupos de personas se conducen con cierta similitud porque se muestran afiliados a culturas y creencias comunes, son poseedores de logros más o menos cercanos (intelectuales y materiales) y se presentan con aspiraciones y estilos de vida semejantes. Salvo excepciones, la mayoría de las personas integrantes de cada uno de los segmentos mostraría conductas parecidas ante los mismos contextos e intereses. Esta percepción es válida con respecto al comportamiento usual o más frecuente en cada una de las etapas de la vida individual. Por ello se observa que la edad, el nivel educativo y el nivel de ingreso son elementos que permiten distinguir grupos sociales con distintas conductas en un determinado periodo, estrato o contexto social. Asimismo, cada grupo define un determinado estilo de vida, reproduce lo que creen que es o debe ser o como son las otras personas de la colectividad.

Las variables socioculturales hacen referencia a escenarios diferentes en que grupos de personas muestran estilos o formas de vida diferenciados, debido a que con sus ideas y creencias propias construyen visiones distintas del mundo. Cada individuo se siente unido a una forma particular de vida porque en ella se ve a sí mismo, en ella es, cree que es o desea ser. Tales formas de vida implica lazos de pertenencia e identidad. Tal conceptualización de los elementos socioculturales se ajusta al requisito de tomar conocimiento de la demanda desde la perspectiva del mismo consumidor. Es decir, se desea captar conocimiento de la demanda desde el punto de vista del propio informante. Perspectiva en la cual el individuo se ve como miembro de un grupo en el cual sienten, experimentan y construye su mundo cognitivamente. Visión y comportamiento de las personas que también se derivan de la relación de cada grupo con su respectivo contexto social. En esta conceptualización de "lo sociocultural" la sociedad peruana se presenta segmentada. Por ejemplo, la diferencia de contextos sociales es nítidamente advertida cuando los peruanos (andinos) se presentan como individuos ante terceros desconocidos, proporcionando su nombre y el lugar de residencia (barrio, comunidad, pueblo o departamento) previamente a otros datos de ubicación laboral o social al cual pertenecen. En esta lectura sociocultural, la pertinencia de observar la vida cotidiana particularizada por segmentos de personas tiene el propósito de asociar estos segmentos a diferentes formas de

convivencia social o a diversas "preferencias de consumo"[6] en servicios de salud reproductiva. La presente lectura de la ENDES es un análisis sociocultural de la misma forma como lo son otros tantos temas para aquellos investigadores que estudian las sociedades latinoamericanas afectadas por la globalización. Para estos últimos, en el centro del análisis sociocultural aparece ahora la fragmentación "identitaria", la discontinuidad histórica, la heterogeneidad cultural, el consumo de bienes simbólicos y la proliferación de sentidos divergentes, entre otros.

Por otro lado, se concibe que la sexualidad es un producto inserto o derivado de todo proceso social, y que se construye sujeto a influencias de otras construcciones igualmente sociales como las regulaciones dictadas por cada sociedad, la cultura, el género, la economía y la intervención política del Estado, entre otros elementos. La diferenciación de la visión del sexo y la sexualidad depende del grado de "occidentalización" de la persona. Esta primera diferencia permite referirnos a la población nacional dividida en dos grandes grupos: El primero que convive en un ambiente modernizado, mientras que el segundo sigue viviendo bajo el patrón de sus antiguas tradiciones sociales y culturales (hay grupos intermedios y grupos extremos, en estos últimos están los residentes de ciudades metropolitanas y comunidades nativas). Para administrar un mercado partido en forma de bloques, se deberá tener presente que nunca fueron ni serán claramente establecidas las fronteras de las divisiones culturales, dada la interculturalidad diariamente compartida (tanto en ideales como en la práctica) a través de migraciones, medios de comunicación e intercambio comercial además de ser acrecentada por la dinámica de la globalización económica. Asimismo, el hecho que las fronteras culturales de la población estudiada queden indeterminadas no debe preocuparnos porque el origen del mismo proviene del hecho que el elemento cultural es una variable cualitativa y por lo tanto no cuantificable. En este sentido, lo "Andino", aunque no homogeniza, sí caracteriza a los peruanos, y está vigente en cada variedad cultural que alberga el territorio nacional, tal como lo afirma Alejandro Ortiz: "El Perú entero, de la ciudad y el campo, la sociedad nacional, tiene presencia andina: física, también espiritual- mimetismo, adaptación y filiaciones a paso".[7]

Aún cuando las personas no son totalmente predecibles en sus actos, de ellas se espera "comportamientos un tanto pautados" que varían, en rangos distintos, según los factores determinantes y estimulantes asociados a ciertos fines de la vida diaria. Tales comportamientos se asemejan en virtud de haberse observado que responden a conductas cotidianas, regulares, racionales y lógicas para los miembros de determinadas culturas o agrupaciones sociales. Los grupos sociales son susceptibles de ser definidos en sujeción a un conjunto de parámetros que permiten singularizar cada grupo. Los deseos, fines y aspiraciones de las personas no son universales porque ellas saben que están limitadas por los medios materiales, conocimiento y capacidades disponibles a nivel del individuo y de la colectividad.

6/ Las personas no adquieren productos y servicios solamente en función de necesidades propias o "naturales" sino también para satisfacer variados deseos que ven representados en tales bienes o servicios (símbolos de estatus social por ejemplo)

7/ Op.Cit. Alejando Ortiz.

Además, las personas jerarquizan la satisfacción de sus necesidades y consumos en función de sus percepciones, de lo que consideran útil, beneficioso o coherente con sus aspiraciones individuales, y se comportan dentro de un rango que asumen permisible socialmente. Ellos ascienden de uno a otro nivel de satisfacción de sus necesidades y consumos a medida que ven incrementar su información, conocimiento e ingreso personal. La mayor información y conocimiento de la naturaleza y la condición humana, sin duda, permiten incorporar hábitos de consumo y adoptar comportamientos antes desconocidos o abandonar costumbres que pierden vigencia a la luz de los nuevos tiempos.

Para sintetizar la concepción de análisis sociocultural podemos considerar que reúne la interpretación de elementos culturales como creencias, valores e ideales, así como de relaciones sociales entre individuo y grupo o contexto social. Para estos últimos elementos se cuenta con más datos por lo mismo que la ENDES entrega información sobre hechos de los comportamiento humanos. Es importante comprender que el comportamiento humano no es ni lineal ni fiel a una determinada cultura. Al respecto podemos asumir lo que Alejandro Ortiz señala al referirse al tema de la identidad: "La experiencia nos muestra que esta noción no concuerda plenamente con nuestra realidad social. La identificación es siempre múltiple y admite contradicciones .... (cada uno es) miembro de diversos círculos (sociales) que van de lo más íntimo y próximo a lo más lejano. El "nosotros" está compuesto de círculos concéntricos, no es una identidad fija ni constante".[8]

La Segmentación de mercado

Puede ser entendida como la división del mercado heterogéneo en segmentos pequeños homogéneos donde los elementos de cada segmento son muy similares en lo que respecta a preferencias, necesidades, intensidad de esas necesidades y comportamientos. Las características demográficas, socioeconómicas y estilos de vida que sirven para identificar las características de los consumidores, constituyen la base de toda segmentación. Los beneficiarios de la segmentación parten del hecho de que el mercado total siempre está constituido por diversos grupos humanos y que no todos los segmentos son atractivos para la empresa. En consecuencia, la empresa u organización debe ser capaz de identificar aquel (o aquellos) segmento(s) que pueda satisfacer de la mejor forma o de manera diferenciada, de acuerdo a sus misiones, preferencias, disposición de la competencia y fortalezas propias. Lo que ignoran muchas empresas e instituciones es el peligro que representa para ellas estar orientados al producto en lugar de estar orientados al mercado. Ofrecer un buen producto o servicio es importante, pero no suficiente para permanecer vigente en el mercado. Lo que todo empresario e institución debe saber es que los clientes no compran su producto ni contratan su servicio porque sea un buen producto o un excelente servicio. Los clientes adquieren el producto o servicio porque con ellos satisface una necesidad. La experiencia de estar en el mercado enseña a los empresarios que al cliente le importa poco su empresa, su producto o su servicio. Asimismo, aprenden que el mercado es

8/ Los agregados en paréntesis son del autor.

algo más que un conjunto de clientes con necesidades que satisfacer y, pronto, se percatan que si estos clientes no tienen dinero para pagar esas necesidades ni deseo de satisfacerlas entonces no forman parte de ese mercado. Es decir, no basta con detectar necesidades, el cliente debe poder pagarlas y además debe tener intención de comprarlas.

Uso potencial de los resultados.

En tal sentido, recordamos que el propósito central de la presente investigación es establecer segmentos de demanda de Planificación Familiar (MAC) claramente diferenciados por la sujeción de las MEF a elementos socio-culturales, entre otros. Para cumplir con dicho propósito se sugiere utilizar variables socio-culturales como el nivel educativo, el número de hijos vivos y el grado de autonomía en Planificación Familiar (PF) o SR, a fin de distinguir diferencias locales tanto en la preferencia de MAC como en los respectivos comportamientos respecto a la edad de la madre al primer embarazo o unión marital. Se espera que los resultados de este trabajo permitan un conocimiento más cercano al comportamiento reproductivo de las MEF, agrupadas por segmentos de demanda. La segmentación recomendada podrá utilizarse para efectuar evaluaciones sobre la eficacia de la oferta, para reorientar la dirección, estructurar la oferta y para diseñar estrategias destinadas a lograr el cierre de las brechas entre oferta y demanda.

En la concepción inicial de este proyecto se consideró la trascendencia de los patrones socioculturales. En esa perspectiva, creemos que aún cuando nuestra sociedad está sometida a los fuertes impactos inevitables en esta era de globalización económica y de acelerado cambio tecnológico, es posible y beneficioso mantener la identidad nacional. Además, conocer y respetar el sentido de quienes somos, ayudará en la convocatoria a la unidad y desarrollo nacional. Por tanto, se espera que el factor cultural debería estar presente en toda estrategia de desarrollo y en la implementación de los programas de salud. Es decir, todo diseño de programa social debe contar con un soporte de redes sociales cuya dinámica responda a las particularidades locales que le sean propias por herencia cultural. De no ser así, vaticinamos que se seguirán enfrentando barreras y alimentando distancias interculturales sin satisfacer las reales necesidades de la comunidad involucrada. Para aclarar esta perspectiva de la importancia de los valores culturales, Tia Duer, Líder de Desarrollo de Nuevos Negocios en el Grupo de Programas Especiales del Banco Mundial, recientemente constituido, sostuvo: "No estamos hablando sólo de preservar la identidad, sino también de mejorar la eficacia del desarrollo....La cuestión no es únicamente conservar inmuebles y objetos antiguos o históricos que el Banco ha tomado en cuenta en algunos de sus proyectos urbanos durante los últimos 15 años. Se trata de intensificar esa labor, conservando y utilizando de nuevo los activos existentes que también forman parte del carácter de la sociedad, y reactivando las economías locales sin destruir el tejido social."[9]

Sucintamente, somos una sociedad que ha ingresado con atraso a la globalización

9/ La Herencia es Fundamental para el Desarrollo: La cultura es el tema dominante en una importante conferencia del Banco. Tomado del INTERNET como Noticias del Banco Mundial, 24 de septiembre de 1998. Para mayores nformes, comuníquese vía e-mail foyewole@worldbank.org.

económica y cuya población, modernizada bruscamente, mantiene muchas de sus antiguas condiciones sociales y culturales. En estos tiempos vemos más claramente que no sólo es posible innovar con lo nuevo, sino también con lo viejo, movilizando los recursos culturales y sociales de cada país. Como en otros países en vías de desarrollo, en el Perú es posible que las condiciones de la modernización sean consideradas más importantes que los problemas internos de una sociedad industrial todavía en formación. Sin embargo, cada vez es más notoria la necesidad de atender y resolver los problemas sociales. En el intento de ofrecer soluciones sociales, aparecen con más visibilidad los problemas culturales. Entonces, surge esta cuestión: ¿cómo combinar la universalidad de los derechos con el reconocimiento de los intereses sociales y los valores culturales particulares? No cabe duda que sin la universalidad de los derechos, una cultura se encerrará en su diferencia y en la idea de su superioridad, mientras que la actividad técnica y económica se reducirá a la gestión de los medios puestos al servicio de una voluntad política.[10] En resumen, existe diversas perspectivas para atender necesidades de salud y se percibe complejidades entre derechos y valores culturales particulares que requieren ser examinadas antes de ejecutar intervenciones en el mercado de la salud.

Concretamente, se considera que los resultados de esta investigación serán de utilidad para la aplicación del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud y para la formulación de metas dentro de las funciones desempeñadas de los otros sectores e instituciones sociales del país. En tal sentido se comparte la intencionalidad política de continuar con la intervención estatal en el mercado de salud destinada a la consecución de objetivos sociales, tales como asegurar el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva, el acceso universal a la salud materno-infantil, etc. La diferencia en estructurar la oferta de salud por segmentos será la de adecuar formas de atención y contenidos de insumos que calcen con mayor precisión a las particularidades de la demanda de la población. En la práctica, al trabajar con segmentos, se irán ensayando nuevas adecuaciones de la oferta, tanto en costos, tiempos y estrategias en función de los grupos específicos a quienes se dirigen como en pruebas de combinaciones y simplificaciones de los servicios ofrecidos.

10/ Informe mundial sobre la cultura. UNESCO. Iguales y diferentes. Capítulo 2 Alain Touraine. Sociólogo de la Escuela de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (EHESS). Fundador del Centro de Análisis e Intervención Sociológica (CADIS), París (Francia). UNESCO SANTIAGO 1998. www.unesco.cl

V. HIPÓTESIS

Conociendo los encadenamientos entre hechos y decisiones que trazan el comportamiento de las mujeres adolescentes y jóvenes, relativos a sus necesidades de planificación familiar y métodos anticonceptivos, no sólo es posible explicar el origen de la brecha entre oferta y demanda en salud reproductiva, sino, además, es posible segmentar el mercado para distinguir a los grupos que aún no se incorporan a este mercado. Una vez lograda la formación de segmentos de demanda, es previsible esperar que estos sean útiles para vislumbrar estrategias destinadas a incrementar la demanda efectiva en salud reproductiva, luego de que sean levantados ciertos condicionantes y restricciones que gravitan sobre la demanda.

VI. MÉTODOS

Para la lectura sociocultural la presente investigación apoyada en los diversos datos demográficos, proporciona variables construidas que denominamos variables proxys, las cuales manifiestan contenidos cualitativos y revelan o se asocian a contextos sociales o patrones culturales. La bondad de dichas variables está en su respectiva capacidad explicativa del conocimiento y comportamiento de las MEF en la esfera de la salud reproductiva. Estas aproximaciones serán, en determinados casos, complementadas con el aporte específico de otras investigaciones que utilizaron metodologías cualitativas. Se reitera que la presente lectura no sólo es interpretativa de la realidad nacional sino que además servirá de soporte, mediante el empleo de variables seleccionadas, para la definición de los segmentos de demanda de SSR propuestos.

Se eligió estudiar la población femenina de 15 a 29 años de edad, conjunto que fue el 55% y el 53% del total de las MEF, según las ENDES de 1996 y del 2000, respectivamente. Se escogió dicho conjunto en razón de considerar que sus necesidades de SSR merecen una atención segmentada, mucho más fina que las establecidas en función de edad y lugar de residencia. El grupo como tal fue seleccionado en virtud de estar, en parte, ubicado en el periodo de vida signado para dar inicio a la actividad sexual y delimitado por la fecundidad sin riesgos para la salud. Este grupo poblacional, en particular el de 15 a 19 años de edad, sigue siendo un tema de preocupación en el Perú porque es representado por un considerable contingente femenino que opta por el inicio sexual temprano; tiene embarazos no deseados como consecuencia de su exposición a la concepción imprevista; y porque dicho grupo contribuye a la baja tasa de prevalencia anticonceptiva promedio.

Se ofrece una lectura sociocultural de las variables contenidas en las ENDES, las mismas que obedecen a datos recogidos con un objetivo marcadamente cuantitativo y demográfico. Cierto es que dichas encuestas se diseñaron para permitir diversas mediciones de varios aspectos que rodean o explican una determinada situación de la salud reproductiva. Sin embargo, nada impide, salvo las restricciones propias de origen de la información, que esos mismos datos recogidos por las ENDES puedan ser leídos e interpretados desde una perspectiva sociocultural. Lectura que rescata contenidos relativos o pertenecientes a la sociedad peruana y a determinados grupos humanos que la conforman. Esto es posible por relación, combinación, asociación y construcción de variables con las existentes en las ENDES. Además, es posible seleccionar determinadas variables que no se restringen al conteo demográfico y encontrar contenidos que revelen actitudes y comportamientos que constituyan evidencias de prácticas de relaciones humanas socializadas y de

costumbres o patrones culturales diferenciados.

Para la presente investigación no fue necesario que se diseñara un método específico de investigación cualitativa, dado que el punto de partida fue utilizar los datos recogidos por las ENDES. Se sabía de antemano que la ENDES no puede transmitir la complejidad de los elementos que el investigador requiere para entender a las personas entrevistadas y a sus respectivos contextos sociales y culturales. Asimismo, se tenía claro conocimiento de las limitaciones de contar sólo con información cuantitativa de la población a estudiar, de modo que lo sostenido por algunos autores como Kaplan y Maxwell (1994) sólo confirmaba lo ya advertido por el autor en investigaciones anteriores; esto es, que teniendo la meta de entender un fenómeno desde el punto de vista de los participantes, y su particular social y contexto, ésta (la meta) se pierde cuando se cuantifican los datos textuales (elementos institucionales, sociales y culturales).

Por tanto, la metodología empleada responde a una concepción "sui géneris" sobre el contenido de las variables que responden a datos captados por encuestas como la ENDES. Esta manera de interpretar la realidad estudiada indica que aún cuando esencialmente la variable fuera diseñada para captar una respuesta cuantitativa, también contiene información cualitativa. Dado que tales contenidos adicionales no son indudables, se asume que ellas, o las construidas con ellas, constituyen variables proxys. Llamadas así porque proporcionan información aproximada sobre un hecho frecuente, un fenómeno social o una determinada conducta humana que forman parte del objeto de estudio.

En general, se aplicó el método lógico deductivo para identificar y asociar variables que reunieron información complementaria respecto a un hecho o comportamiento de las MEF. Este proceso deductivo fue orientado y efectuado desde lo general hacia lo particular. Esto requirió de un largo proceso exploratorio que consideró los aspectos de interés para la investigación y los peculiares contenidos y restricciones que definieron a cada variable seleccionada. Asimismo, se empleó el método de prueba-error y el enfoque de interrelación de las variables con el propósito de descartar la mínima posibilidad de pérdida de cualquier contenido sociocultural como consecuencia de la combinación de dos o más variables.

En gran parte de la investigación se hizo uso del análisis de frecuencias cruzadas o tablas de contingencia para determinar las características más destacables de la población examinada en función de variables que permitiesen apreciar la trascendencia de las estructuras que mejor describiesen la situación social de la población estudiada. Este análisis estadístico proporcionó relaciones y asociaciones entre variables muy útiles para identificar variables independientes y dependientes. Asimismo, se hizo uso de la regresión multivariada y del análisis de la bondad de la regresión múltiple. Al inicio fue necesario realizar diversas pruebas de regresión para seleccionar las variables independientes, por ejemplo a través de la mayor asociación con la variable dependiente uso actual de MAC. Luego, fueron determinadas las variables

independientes por su mayor capacidad predictiva y explicativa de las variables dependientes examinadas. Se usó el análisis de regresión logística de las variables. En la última etapa, y con la finalidad de comprobar la existencia de conductas o preferencias similares al interior de cada grupo y diferentes entre los grupos definidos (respecto a la aceptación o rechazo de PF o uso de MAC, por ejemplo), se aplicó el análisis discriminante. Esta última verificación nos brinda la información pertinente respecto de los factores demográficos y socio-culturales que mejor determinan los segmentos de demanda, grupos de población sujetos a elementos contextuales y patrones socioculturales diferenciados. La aplicación del análisis discriminante consistió en seleccionar las variables que constituyeron los factores de los componentes (clases) en las que se dividieron las variables explicativas asociadas a los elementos socioculturales y demográficos con poder discriminatorio sobre la variable dependiente.

Además de los métodos descriptivos y deductivos, en esta investigación se aplicó la reducción trascendental a través de la cual el investigador vuelve a su ego trascendente como la base para la fundación y constitución (o formación) de todo significado. Es éste el que logra comprender cómo el significado está basado en otros tantos significados, como los estratos en un proceso de sedimentación. Esta fase metodológica pertenece al análisis fenomenológico.

VII. MEDICIONES, ANÁLISIS Y RESULTADOS

En esta sección presentamos las evidencias encontradas en las ENDES que describen comportamientos acontecidos y actitudes de las MUEF, relacionadas con el tema de la salud reproductiva. Estas son presentadas en frecuencias cruzadas de dos o más características de la población examinada, mediante las cuales nos aproximamos al conocimiento de la misma. Cuando los datos expuestos no están acompañados del año al cual se refieren, estos corresponden a 1996. Asimismo, advertimos al lector que a tales frecuencias examinadas, son agregadas, complementariamente, algunos hallazgos de otras investigaciones citadas, que aportan conocimiento específico adicional o contribuyen con argumentos sobre el mismo fenómeno analizado. El propósito es contar con más elementos de juicio a fin de alcanzar una interpretación mucho más cercana de la realidad nacional.

7.1 Indicadores de estructura, ENDES 1996 - 2000.

Es posible ofrecer una aproximación de la situación de una economía con mucho más información de la aquí presentada. Para los fines de esta investigación se optó por ofrecer una breve explicación del estado de la sociedad peruana en el periodo 1996-2000 haciendo uso de dos variables que permiten explicitar la estructura social. Estructura que gravitaba y aún influye en la conducta de cada uno de los peruanos. Se utilizará el indicador de pobreza propuesto en una anterior investigación del autor, efectuada con los datos de la ENAHO 1998 en la que se demostró la existencia de una interrelación entre bajo nivel educativo y el estado de pobreza de la sociedad peruana[11]. Las dos variables elegidas son consideradas como las más pertinentes para interpretar, aunque sea de manera parcial, el contexto social determinante del comportamiento de las MEF de 15 a 29 años de edad, aquí examinadas. Estas variables son descriptivas del estado de pobreza y del nivel educativo alcanzado por las MEF. Son denominadas variables de estructura por considerar que ellas resumen una situación social dada y que el cambio de las mismas demanda transitar por un largo periodo de tiempo.

El indicador de pobreza, para este informe, es una aproximación simple construida en base a una variable que informa sobre contenidos de riqueza / pobreza asociados a cada hogar. Este indicador fue comparado con el NBI en el estudio antes citado y se observó que entre ambos había escasas diferencias cuantitativas en la identificación de los estratos de pobres y no pobres en la economía peruana. Este indicador fue construido con base a la variable que informa sobre el material del piso de las viviendas de las MEF encuestadas. La comparación de las escasas diferencias

11/ Virgilio Ramos. Estudio "La educación y el círculo vicioso de la pobreza en el Perú", en convenio con el INEI, Programa MECOVI-Perú, financiado por el BID. Publicado por el INEI. 2000.

entre ambos indicadores de pobreza, para las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) del 2000, se puede apreciar en las tablas Nº 1, Nº 2 y Nº 3, del anexo Nº 1. Mediante el indicador que informa sobre el material del piso de la vivienda, se define el estado de "pobres" a quienes viven en hogares con piso de tierra o entablado de madera, y "no pobres" quienes habitan hogares con piso de un material diferente y cuyo precio sea superior al de la madera rústica.

Utilizando dicho indicador podemos afirmar que las MUEF, de 15 a 29 años de edad son mayoritariamente pobres (el 56% de las viviendas tenía piso de tierra o madera, en 1996). Pobreza que se reproduce secularmente y de manera circular en los hogares donde el ingreso familiar es escaso y el nivel educativo de los padres no llega a la secundaria completa. Pobreza que afecta con más rudeza a los residentes rurales. A pesar de la recesión económica en dicho periodo, el conjunto de MUEF estudiado redujo su pobreza en 1% en el periodo 1996-2000 (Tabla Nº 3, anexo Nº 1). No debe haber ninguna duda que en una economía subdesarrollada, la tenencia de aparatos eléctricos destinados a facilitar las tareas del hogar, refleja los distintos grados de riqueza de las familias. En ese sentido, dicha tenencia refuerza los hallazgos alcanzados a través del indicador de pobreza aquí utilizado. Además, las tablas de contingencia (frecuencia cruzada) permiten observar que la tenencia de aparatos del hogar (radio, TV y refrigeradora) muestran una relación positiva con el uso actual de MAC modernos, en la población de las MEF unidas.

Una de las variables de la ENDES que definimos como descriptiva de la estructura básica de la sociedad peruana, porque este dato contiene y ofrece referencias de elementos contextuales, es la educación. Suponiendo que la población de MUEF investigada de 15 a 29 años de edad no hubiera padecido las restricciones del subdesarrollo y la pobreza, sólo las de 15 a 17 años estarían asistiendo a la secundaria y las demás trabajarían o continuarían estudios superiores. Sin embargo, lo real fue que del conjunto de 15 a 29 años de edad, el 4% no tenía estudios, el 57% tenía secundaria incompleta o menos educación y sólo el 39% tenía secundaria completa o nivel superior. Ver Tabla Nº 4, anexo Nº 1. La grave situación educativa se percibe con mayor rudeza en el segmento de 15 a 19 años de edad, el cual tuvo el mayor componente de mujeres con bajo nivel educativo (52 % con primaria o menos), tal como se observa en el cuadro Nº 7.1.1. Explicable, en parte, por el fenómeno conocido como atraso escolar (estudiantes con edad cronológica superior a la edad normativa) y que es mucho más acentuado en el área rural. Este estado de la educación peruana es causado, en parte, por el ingreso tardío al iniciarse la etapa escolar y la posterior repitencia de uno o varios años de estudio. Luego, a este problema de atraso se agrega el de la deserción escolar. Por otro lado, en la tabla Nº 4, anexo Nº 1, cambios estructurales, como en la educación, son lentos; así, podemos apreciar un ligero cambio positivo al comparar las distribuciones del nivel educativo, para el conjunto de MUEF 15 a 29 años en los años 1996 y 2000. Se percibe una leve mejora, visible en la reducción de casi 1 % en las mujeres sin educación y el incremento de 2 % en el nivel de secundaria completa a costa de una reducción de 1.2% en el nivel educativo superior.

Cuadro Nº 7.1.1
Grupos de edad según nivel educativo

Nivel de educación	Grupos de edad			Total
	15-19	20-24	25-29	
No	4.8	4.0	4.4	4.3
Primaria incompleta	21.9	14.5	16.6	16.4
Primaria completa	25.5	17.4	15.9	17.6
Secundaria incompleta	32.9	24.3	19.3	22.8
Secundaria completa	12.8	26.2	24.0	23.6
Superior	2.2	13.6	20.0	15.5
Total por nivel educativo	**100.1**	**100.1**	**100.2**	**100.2**
Total por grupos de edad	**11.4**	**39.0**	**49.6**	**100.0**

El grupo de MUEF de 15 a 19 años de edad es el que menos nivel educativo muestra cuadro Nº 7.1.1. Esta situación no se puede explorar en detalle con la ENDES, salvo por la información del primer embarazo a temprana edad. Aunque las MUEF embarazadas a temprana edad provienen de todos los estratos sociales, en términos relativos, las cuotas de mayor participación relativa en las áreas rurales serían avaladas por relaciones sociales diferenciadas con respecto a las mujeres urbanas. Por diversos estudios cualitativos se conoce que en las poblaciones rurales y las comunidades nativas las relaciones sociales y la cultura son permisivas a las tempranas uniones de pareja. En estas áreas de residencia rural es más evidente la baja expectativa escolar que las madres tienen respecto al futuro de sus hijas. Este comportamiento social indica que en el contexto familiar pareciera valorarse más el matrimonio y la maternidad que la escuela. No obstante, la baja expectativa académica, como reflejo de una probable identidad afianzada en la maternidad y en las escasas oportunidades de desarrollo para las mujeres, es una realidad muy generalizada en los estratos en situación de pobreza, urbanos y rurales. En sus hogares, las respectivas familias privilegian la inversión de los recursos en la satisfacción de necesidades apremiantes como son las de alimento y vestimenta, descuidándose el gasto en educación. También ocurre que las largas distancias desde los hogares rurales hacia las escuelas dificultan la asistencia escolar.

Las escasas mejoras cuantitativas en la educación de las MUEF recogidas por las ENDES, no se relacionan con la situación nacional afectada por la baja calidad educativa, aceptada finalmente por los dos primeros ministros del sector, posterior a la dictadura instaurada en la última década. Baja calidad atribuible a la administración estatal, dado que ésta es responsable de la gestión de algo más del 80% de la oferta educativa nacional en los niveles de primaria y secundaria. Para no extendernos, recordemos algunos datos relativos a los grupos de edad que comprende esta investigación. "El atraso escolar es mayor en la sierra rural. La proporción de la población de 17 a 25 años que estudia secundaria o primaria en esta zona alcanza a las tres cuartas partes del total" (ENNIV 1991)[12]. Asimismo, no se puede dejar de mencionar que existe,

12/ Pedro Francke. La Educación pública, los pobres y el ajuste.

además de deserción definitiva de la escuela, un grave problema de atraso escolar visible a través del ingreso tardío, la deserción temporal y la repitencia. Grave, porque el 53% de niños y niñas ingresaba a la escuela con extra edad[13]. El autor investigó a la población de 12 a 19 años de edad de ambos sexos, y encontró, para el año 1998, que el 24% con residencia urbana y el 28% con residencia rural no estaban matriculados. Asimismo, se pudo establecer, en promedio, que del total de la población de 12 a 19 años de edad matriculada en 1998, los que estudiaban dentro de su correspondiente edad normativa apenas alcanzaron el 37%[14].

Con referencias tan sólo a dos variables, "pobreza" y "educación", es imposible tener una aproximación de la realidad sociocultural y sus cambios en los últimos años. Además, los cambios que se asocian a la influencia de la globalización no son uniformes en todas las provincias del interior del país. Sin embargo, es notorio que a la cultura tradicional se ha incorporado nuevas costumbres, modas, vestimenta y consumos. Se afirma que los componentes de población tradicional van incorporando la influencia externa y las comunidades, antes cerradas, se abren al influjo del exterior. Los pobladores residentes construyen y participan de un reordenamiento de valores, ideas y creencias, abandonando viejas tradiciones o generando las llamadas culturas "híbridas" o la "heterogeneidad cultural". Por tanto, a manera de ilustración de los cambios culturales que se registran en los últimos años, se estima oportuno considerar las descripciones del antropólogo Ludwig Huber sobre la ciudad de Huamanga (capital de Ayacucho): ".. ha entrado a la era de la globalización con todas las hibrideces que ello implica. Una ciudad donde venden Jonson & Jonson Baby Oil en el Multimarket, donde los niños juegan con Pokémon o Power Rangers ...., donde los adolescentes escuchan a Ada y Los Apasionados, los más veteranos a Charly García...., donde bailan carnavales en el cortamonte del domingo con el mismo fervor que el rock en la discoteca en la noche anterior". Más adelante, este mismo autor concibe que "Huamanga es una multiplicidad de tribus efímeras que en forma muy rápida han pasado de un estilo de vida tradicional a uno mixto, donde va creciendo una cultura del consumo dominada por el mercado, pero a la vez se mantiene rasgos tradicionales, si tomamos por ejemplo las características clientelistas del poder en la cultura política, el predominio de familias extensas, ..."[15]

7.2 Acceso, información y conocimiento en SR : ENDES 1996 - 2000.

Necesidad de acceso a SSR

A continuación definimos el acceso a los servicios de salud reproductiva (SSR1) como el disponer del derecho adquirido al uso de los servicios ofrecidos por instituciones privadas (IPSS y otras) o tener conocimiento de la oferta de cualquier MAC en fuentes de instituciones del

13/ El desarrollo educativo de la niñez y la adolescencia. UNICEF – INEI. 1996.
14/ Los datos señalados en el estudio "La educación y el círculo vicioso de la pobreza en el Perú", op.cit., fueron obtenidos con el 82% de la población de 12 a 19 años. ENAHO, tercer trimestre de 1998.
15/ Ludwig Huber. "Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado". Estudios de caso en los Andes. Instituto de Estudios Peruanos. Perú, 2002.

gobierno. Bajo dicha definición presentamos a la demanda por acceso repartida en tres grupos: no acceden, acceden a servicios privados y acceden a servicios del gobierno. Luego, las frecuencias halladas permiten afirmar que la demanda por acceso a SSR se distribuye en "accede a seguros privados" (IPSS y empresas privadas, 14%) y "a establecimientos estatales" (MINSA, 73%). Ambos componentes de MUEF suman un conjunto de 87% con acceso y, por complemento, el grupo que "no accedió y necesitaba de dichas instituciones de salud" representó el 13%. De este último grupo identificamos un primer segmento que denominaremos "MUEF con necesidad de acceso a servicios de salud" (13%). Separando a las MUEF por grupos de edad, se observa que el grupo con el más elevado déficit en acceso a los servicios de salud fue el de 15 a 19 años de edad (26%). Tabla Nº 5, anexo Nº 1.

Asimismo, la distribución del acceso de las MUEF a SSR según los niveles de educación alcanzado, tal como se puede observar en el cuadro Nº 7.2.1, indica que las mujeres que tienen acceso a los servicios de salud se concentran en mayor proporción en mujeres con secundaria incompleta o mayor nivel educativo, que en aquellas que no acceden a dichos servicios (67% y 27%, respectivamente). Esta comprobación empírica revela la asociación positiva entre las variables acceso a SSR y educación, esto es, a mayor educación de la población se espera que ésta alcance mayores niveles de acceso a SSR.

Cuadro Nº 7.2.1
Acceso a servicios de salud reproductiva (SSR1), según el nivel educativo alcanzado

Nivel de educación	Acceso a servicios de salud reprod. (SSR1): 1/		Total
	No	Sí	
No	12.1	3.1	4.3
Primaria incompleta	34.9	13.6	16.4
Primaria completa	26.0	16.3	17.6
Secundaria incompleta	13.6	24.2	22.8
Secundaria completa	8.7	25.7	23.5
Superior	4.7	17.0	15.4
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
(Sec incompleta o superior)	27.0	66.9	61.7

1/ Acceso a SSR1 determinado en función del derecho al uso de servicios de salud privados (IPSS y otras) y del conocimiento de la oferta de cualquier MAC en instituciones del gobierno.

Adicionalmente a dicha relación positiva entre acceso a SSR1 y educación, examinamos las variables "área de residencia" e "idioma". Con ellas observaremos que el acceso a SSR está condicionado por elementos socioculturales no explícitos, pero inmersos en cada una de las categorías en las que son agrupadas las MUEF, al captarse la información sobre el área de residencia (urbana o rural) y el idioma (castellano o lengua aborigen). Así, encontramos ver

tabla Nº 6, anexo º 1 que las que no acceden a SSR se concentran mayoritariamente (71%) en los grupos que viven en área rural, sea que hablen castellano o algún otro idioma aborigen. Las de lengua aborigen, siendo un grupo pequeño (10% del total de las MUEF), tienen una significativa contribución en el déficit de acceso (30%), componente de población probablemente con diferente patrón cultural respecto de las otras igualmente rurales y muy distantes del contexto sociocultural del resto de residentes urbanas. En tanto que las que acceden a los servicios privados, son aquellas que se concentran en áreas urbanas (89%) y las que acceden a los servicios de salud del gobierno se reparten en proporciones cercanas a la distribución nacional en las áreas urbana y rural (70% y 30%, respectivamente, según los estimados del INEI) gracias a la presencia del Ministerio de Salud (MINSA) en las diversas localidades del país. De acuerdo a este indicador de acceso, vemos que el déficit de acceso a SSR es fundamentalmente una necesidad desatendida que afecta a la población rural.

La distribución de este indicador de acceso a SSR, según el estado de pobreza, contribuirá en la caracterización de las MUEF que conforman el grupo con déficit de acceso. La relación entre ambas variables informa que las MUEF pobres (viviendas con piso de tierra o madera) suman el 79% de las que no cubren esta necesidad. Tal vez, dicha situación se deba a que ellas no realizan ningún pago por el derecho al servicio privado o simplemente a que el servicio del gobierno queda fuera de su alcance. Probablemente por contar con mejores ingresos, la mayoría de mujeres no pobres (69%) accede al sistema de salud privado. En tanto, el sistema de salud pública, que alcanza mayor cobertura nacional, permite el acceso a los servicios de SR a toda persona con independencia de su situación económica. Así, este indicador de acceso señala que al servicio de salud del gobierno accede el 73% de las MUEF. Como era de esperarse, al sistema de salud público accede la mayor proporción las MUEF pertenecientes al estrato de pobres (57%). No acceden todos los pobres porque muchas de estas familias, con residencia rural, viven en lugares distantes y dispersos, con el agravante de no disponer de ingresos (economías desmonetizadas) para cubrir los gastos de transporte, alimentación y medicina, que implica ir hacia el centro de salud más cercano. Aún cuando no tenemos todos los datos para confirmar las diversas razones que impiden dicho acceso, las ENDES evidencian que las mujeres de hogares pobres cuentan con los servicios de salud del gobierno y que el déficit en el acceso a SSR está conformado ampliamente por MUEF en estado de pobreza (cuatro de cada cinco no accede). (Ver Tabla Nº 7, anexo Nº 1).

El examen en busca de contenidos socioculturales en el tema del acceso a SSR se realizó utilizando las variables "número de hijos vivos" y "número de miembros del hogar". Para este examen se asumió que los más cercanos a la cultura tradicionalmente andina cuentan tanto con mayor número de miembros del hogar como de hijos. Al observar los datos, vemos que dos de los tres grupos de acceso a SSR tienen ligeramente mayor frecuencia en la categoría "tres y más hijos" (29% del grupo "sin acceso" y 26% del grupo que accede al servicio público, versus el 15% del grupo que accede al servicio privado). Esto sólo revela que hay

una ligera mayor proporción de MUEF con tres o más hijos que contribuyen con el déficit de acceso a SSR; dado que éstas son el 25% del total de mujeres, y participan en dicho déficit con casi el 30% de participación (Ver tabla Nº 7, anexo Nº 1). Para examinar el acceso a SSR con relación al número de miembros del hogar, se consideró que la segunda variable agrupara a las MUEF en tres categorías: de "1 a 4 miembros", "de 5 a 6 miembros" y "de 7 a más miembros". Esta última relación muestra que las tres categorías de agrupación de miembros del hogar tienen una contribución, en el déficit y en los accesos a ambos sistemas de servicio de salud, casi proporcional a sus respectivas participaciones en el total (40%, 31% y 29%, respectivamente). Ambos resultados no niegan las diferencias socioculturales antes mencionadas al explicar el déficit de acceso a SSR. Sin embargo, confirman la amplitud de la difusión del proceso de intercambio cultural entre residentes rurales y urbanos, sin que ello signifique la homogeneidad cultural de los peruanos. Ver tabla Nº 9, anexo Nº 1.

En esta lectura sociocultural se evita el uso de estereotipos al referirnos a mujer indígena o rural porque, en principio, no es útil encasillar a grupos por una banal singularidad y, en segundo lugar, porque la ENDES no proporciona información para tales precisiones. Aún cuando hay diferencias culturales entre mujeres indígenas y las residentes rurales, la oscuridad del manto de la pobreza y la extendida ausencia de conocimiento de la SR las homogeniza. Es decir, una parte significativa (en algunas localidades la mayoría) de estas mujeres a menudo no tiene ni la educación, ni el poder social, ni los recursos materiales y financieros para defender sus derechos más fundamentales (alimentación, integridad física, justicia y libertad). Por tanto, es recomendable ser realistas en los programas sociales a fin de no crear falsas expectativas prometiendo atenciones que no llegarán, ni en la extensión ni en la intensidad deseada (incluido un "paquete básico de salud"). Así, observamos que entre ellas están las que menos autonomía poseen y por lo tanto pueden ser fácilmente manipuladas por sus respectivos compañeros o maridos. Esta cualidad de la autonomía la examinaremos más adelante, pero las otras apreciaciones no cuentan con evidencia en las ENDES.

No obstante, se asume que es pertinente agregar algunos conceptos sobre la naturaleza del tema aquí investigado. Así, concebimos que la conducta reproductiva de las MEF no calza sólo con el análisis del dominio de la reproducción económica, el cual resultó ser insuficiente para comprender la subordinación de las mujeres en las relaciones patriarcales. Desde tiempo atrás, la reproducción de los individuos es considerada como dependiente del dominio biológico y por tanto de la naturaleza física de las personas, evitando así examinar su carácter histórico y sociocultural. Asimismo, la ausencia de evidencia empírica en la ENDES no debe ser obstáculo para rechazar la posición ideológica implícita que niega las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Por ello, son válidas y trascendentes los esfuerzos de investigadores consagrados al estudio de la reproducción humana que reivindican "su carácter enteramente social y totalmente integrado en las relaciones sociales y las relaciones de sexo (1985)".[16]

16/ Richardson, Mary Rebekah. "Concebir, Alumbrar, Educar: Algunos Aspectos de la Vida Reproductiva de las Mujeres en el Yucatán Rural", en: Luis A. Ramírez Carrillo (editor), Género y cambio social en Yucatán. Ed. Universidad Autónoma de Yucatán, Tratados y Memorias de Investigación UCS 2, Mérida, México, 1995, pp. 183-234. Autor que cita a Paola Tabet

Continuando con la búsqueda de variables con indicios de contenidos socioculturales y con capacidad discriminante en la distribución del acceso a SSR, advertimos que ni el número de hijos vivos ni el número de miembros del hogar sirven para tales propósitos. Las variables que muestran mejores condiciones para tales fines, son la educación (hay mayor proporción de MUEF con secundaria completa y superior en las que tienen acceso al servicio de salud privado) y área de residencia (son mayoritariamente MUEF con residencia urbana las que tienen acceso a SSR).

Asimismo, se ha observado que la variable "situación de pobreza" (material del piso de la vivienda) sí tiene capacidad discriminante sobre el acceso a SSR, dado que casi el 70% de las MUEF que accede al sistema privado se encuentra en situación de no pobre (con piso distinto a tierra/madera). Por tanto, tratándose de encontrar una alternativa de solución al problema del déficit en acceso a SSR, la oferta debería ensayar una estrategia orientada a elevar dicho acceso. Estrategia que conciba la demanda de SSR segmentada en función del nivel educativo, área de residencia y situación de pobreza.

Interesa tener presente que el primer indicador de acceso a servicios de salud reproductiva (acceso a SSR1) fue construido con las variables que informan del derecho por filiación directa o indirecta, a través del esposo, al sistema privado de salud (IPSS y seguro privado), y del conocimiento del sistema público como fuente de cualquier MAC. Asimismo se contrastó dicho indicador con otro referido al acceso efectivo a los servicios de salud reproductiva (acceso a SSR2) por cuanto este segundo indicador (variable construida) responde a dos acciones realizadas: haber visitado un centro de salud o haber utilizado los servicios por exámenes de mamas y papanicolaou. Tal confrontación permite comprobar dos hechos importantes. Por un lado, el 49% de las MUEF que expresaron no tener acceso (de un total de 13% determinado con el primer indicador), sí tuvo acceso efectivo a los servicios de salud de acuerdo al segundo indicador. Asimismo, siguiendo otra ruta para la comparación, del grupo de MUEF que no tuvo acceso real, (determinado en 20% por aplicación del segundo indicador), el 33,5% de ellas sí tenía acceso (derecho a ser atendida), según el primer indicador. Tal como se puede apreciar en el cuadro Nº 7.2.2, lo trascendente de dicha comparación es que el 82% de las que tenían acceso al sistema privado y el 85% de las que tenían acceso al sistema público (grupos determinados según SSR1), sí tuvieron acceso real porque fueron atendidas por exámenes de mama o papanicolaou, o asistieron personalmente a un establecimiento de salud (según SSR2).

Cuadro Nº 7.2.2
Acceso a servicios de salud reproductiva. (SSR2), según establecimiento de salud.1996

Establecimientos de salud (SSR1)	Acceso servicio salud reproductiva (SSR2) 1/		Total	
	No	Sí		
No	51.4	48.6	100.0	12.9
Servicio privado	18.3	81.7	100.0	13.5
Servicio del gobierno.	15.2	84.8	100.0	73.5
Total	**20.3**	**79.7**	**100.0**	**100.0**

1/ Fue examinada de papanicolaou o mamas, o visitó establecimiento de salud

Por ausencia de las preguntas correspondientes en la ENDES 2000 fue imposible calcular el indicador de acceso SSR1 para dicho año. Contando con el indicador de acceso SSR2, y haciendo las comparaciones con los datos de las dos últimas ENDES, se observa, en el cuadro Nº 7.2.3 y en el gráfico 7.2.1, que el déficit de acceso a SSR aumentó en 9% entre 1996 y 2000. Un cambio cualitativo de orden positivo que se advierte en el año 2000 es que dicho déficit se explica, en gran parte, por la participación del 41% de las usuarias de MAC modernos. Cambio positivo dado que el déficit en acceso a SSR en 1996 se explicaba mayoritariamente por el 52% de las "no usuarias de MAC". Grupo de MUEF que, siendo eventualmente no usuarias actuales, está integrado por embarazadas y amenorréicas alguna vez usuarias y otras nunca usuarias. Cambio cualitativo que además señala la necesidad de relativizar el uso de este indicador si la lectura se limita al acceso relacionado exclusivamente con el uso de MAC. Lo que queremos decir es que dicho cambio no es tan importante como el querer reducir el déficit o lograr que usuarias o no usuarias de MAC acudan al centro de salud por otras necesidades adicionales de atención en SR. Veremos más adelante como es que en la economía peruana el problema de salud es mucho mayor a lo que señala este indicador de acceso, al añadir la baja tasa de conocimiento en salud reproductiva.

Cuadro Nº 7.2.3

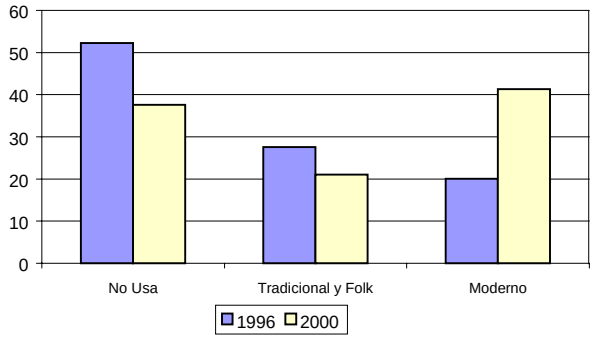
Acceso a servicios de salud reproductiva, según uso actual de MAC

MAC uso actual	Acceso servicio salud reproductiva SSR2: 1/				Variación déficit
	No (déficit)		Si		2000- 1996
	1996	2000	1996	2000	
No	52.3	37.6	34.0	30.6	-14.7
Trad+folk	27.6	21.1	17.6	12.4	-6.5
Moderno	20.1	41.3	48.4	57.0	21.2
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**0.0**
%	**20.3**	**28.9**	**79.7**	**71.1**	**8.6**

1/ Examen de papanicolaou o mamas, o visitó establecimiento de salud

Gráfico 7.2.1

Déficif de acceso a servicios de salud reproductiva por uso actual de MAC 1996-2000



Al cruzar el segundo indicador de acceso (SSR2) con la variable "uso alguna vez MAC", se observa que el grupo de las MUEF que expresaron no tener acceso a SSR (20%), se reparte casi proporcionalmente entre "nunca usuarias", "alguna vez usuarias de MAC tradicionales" y "alguna vez usuarias de MAC modernos". Además, la relación entre ambas variables indica que existe una relación positiva entre las MUEF que acceden a SSR y las que alguna vez usaron MAC modernos (71% de las que sí acceden a SSR usaron MAC moderno). En tal sentido podemos afirmar que el hecho de que un tercio del 20% de las MUEF sin acceso a SSR2 haya usado MAC modernos no sería una evidencia significativa que invalide o menoscabe el significado de lo señalado como déficit en el acceso a los SSR. Ver tabla Nº 10, anexo Nº 1. Esto último tiene mucho sentido desde que el haber usado tales métodos anticonceptivos no equivale a que ellas hayan recibido atención plena en el resto de sus necesidades de salud reproductiva.

En síntesis, se recomienda usar SSR2 como indicador de acceso sin que ello implique saber que, adicionalmente al déficit del 20%, existe una diversidad de necesidades insatisfechas de salud reproductiva. Es más, dado que dicho déficit es un promedio, finalmente estimamos que el déficit en ciertos servicios puntuales y en determinados poblados sería mayor al determinado por este indicador. A fin de corroborar esto último se estima conveniente considerar que hay un déficit mayor al señalado por el indicador de acceso SSR2. Así, se determinó que existe un déficit en consejería de PF, al atender a las madres que dieron de lactar, déficit definido cuando dicho servicio no es entregado por personal calificado como son el médico, la obstetriz o la enfermera. En dicho servicio, el déficit calculado fue del orden del 26%, tal como se puede apreciar en el cuadro Nº 7.2.4.

Cuadro Nº 7.2.4

Madres que recibieron consejo PF según grupos de edad

Edad	Recibió consejo de PF					Total
	Méd/obste/enf	Sanit/farmacéut	Partera/prom	Esposo	Mad/hna/part/otro	
15-19	74.1	3.9	4.6	2.1	15.2	100.0
20-24	75.4	1.6	7.0	2.5	13.5	100.0
25-29	73.3	2.0	10.1	2.3	12.3	100.0
Total	**74.3**	**2.0**	**8.3**	**2.4**	**13.1**	**100.0**

La distribución de las MEF "usuarias de MAC alguna vez" y "actualmente usuarias", según el sistema de servicio de salud al cual accedieron, nos permite afirmar que la mayoría de ellas fue atendida en el sistema estatal (según el primer indicador de acceso fue alrededor del 74%). Asimismo, se examina la variable construida con las variables, "usan MAC actualmente" y "primer MAC usado", con relación al primer indicador de acceso (SSR1). La relación entre ambas variables permite observar que las "nunca usuarias de MAC" contribuyeron con el

40% de las MUEF que no accedieron a ninguno de los dos sistemas de servicios de salud. Un segundo aspecto a destacar en la sola distribución de esta variable construida, es el relativo a la fidelidad o cambio respecto del tipo de método con el cual se iniciaron en la anticoncepción. Dicha variable informa que las "actualmente usuaria de MAC tradicional" se reparten en 15% que siguen usando dicho método desde el inicio, y en 5% que se iniciaron con MAC modernos. Por otro lado, las "actualmente usuarias de MAC modernos" se distribuyen en 30% de MUEF que se mantuvieron en este mismo tipo de MAC, y en 12% que se iniciaron usando MAC tradicionales. En resumen, tales cambios favorecieron la mayor preferencia actual por los MAC modernos. Ver Tablas Nº 11 y Nº 12, anexo Nº 1.

En este tema del acceso a SSR, que no es posible examinar con mayor detalle a través de la ENDES, se consideró pertinente agregar lo percibido por estudios cualitativos referidos a las apreciaciones recogidas de las pobladoras rurales y de comunidades nativas que usaron dichos servicios y cuyo acceso conjunto ocurrió a una tasa menor al promedio nacional. En primer lugar, en un estudio anterior[17], se observó que, en general, dichas poblaciones expresaron críticas e indicaron su disgusto por el trato recibido en los centros y postas de salud (MINSA). Tales críticas fueron expuestas en un intercambio de opiniones con el personal de la regional de salud con sede en Pucallpa. Como resultado de dicho intercambio se dedujo que la gran dificultad para reducir el déficit de acceso a SSR de las MEF residentes en comunidades y poblados rurales, lejanos de los principales centros urbanos, era la enorme distancia cultural entre los proveedores de salud y la población nativa o residente. Diferencia cultural que se manifestó en el temor de la usuaria, descalificación técnica del proveedor y el uso restringido de los servicios de salud. El estudio comprendió a diversas comunidades indígenas de la selva y de la sierra (1998) y el problema de la falta de acceso a los servicios de salud fue examinado desde el lado de la oferta. Allí se sostuvo: ".. el MINSA proporciona un corto entrenamiento sobre la epidemiología de la zona y aspectos administrativos a los profesionales que van a realizar el SERUM por una corta estadía. Sin embargo, dicha capacitación no aborda temas respecto a las características de la población y de la zona, ni de estrategias de comunicación o planes de trabajo con la población". Bant y Motta, al referirse a la atención (servicios de primer nivel) de enfermedades básicas de las mujeres de San Martín y Ucayali, sostienen: "....pensando en esto se equipan (los servicios del Ministerio de Salud), mientras que la población los utiliza como una instancia para la atención de emergencia".[18] Es decir, en muchos de esos lugares lejanos existe un cotidiano distanciamiento entre oferta y demanda de SSR no explicable por la ausencia ni de equipamiento ni de personal médico.

17/ Dina Li, Virgilio Ramos y otros." Mujer indígena, salud reproductiva y organización comunitaria". Investigación encargada por convenio entre INANDEP, FONUAP Y PROMUDEH. 1998. No publicado.

18 Astrid Bant y Angélica Motta "Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali". Usan la información de los autodiagnósticos desarrollados por REPROSALUD. Manuela Ramos. 2001.

Como se habrá podido apreciar, el problema del acceso es un tema que no se agota con la determinación del déficit del mismo. Con ello se desea persuadir de que su real dimensión supera el drama del 20% que no accede a SSR, y abarca a una parte de los que habiendo recibido atención de salud no dejan de señalar algún aspecto que los dejó insatisfechos. Sería cierto que en determinados lugares el descrédito del servicio estatal de salud surge por la falta de equipo o de medicina, así como por la ausencia de médicos. No obstante, se estima que quizá los principales motivos de desencuentro entre oferta y demanda en localidades rurales se hayan en la ausencia de una estrategia apropiada y de una oferta estructurada para superar varias de las particularidades de ese mercado de demanda de SR, tales como la población dispersa, las creencias que contravienen la lógica biomédica y las diferencias culturales. Este asunto del déficit en acceso a SSR es gravoso para la población nacional, más aún cuando en lugar de reducirse se acrecienta (en el 2000, dicho déficit fue el 29%). Ver Tabla Nº 10, anexo Nº1.

A pesar que la ENDES no proporciona información para determinar a las comunidades indígenas, esto es, poblaciones que viven integrando comunidades rurales con tradiciones y patrones culturales muy propios, particularmente en localidades muy distantes de las ciudades y escasamente vinculadas al mercado, se estima que ellas integran un segmento de demanda de SR muy diferenciado del resto de la población rural o urbana. La atención en salud de este segmento requiere una estrategia y estructuración de la oferta de SR diseñadas en función de las percepciones propias de salud de tales MEF y de su respectiva adaptación a la "medicina occidental" o asimilación de la lógica biomédica.

Conocimiento de SR

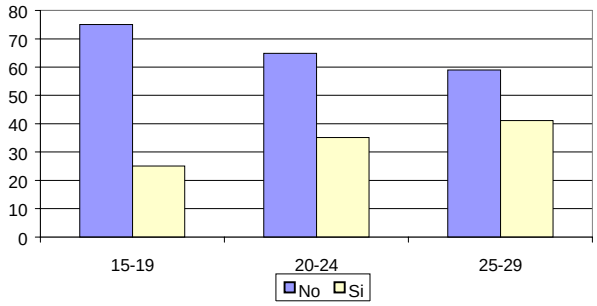
Para examinar el grado de conocimiento de SR, presentamos tres indicadores. El primero, poco exigente, construido en base a la variable "uso alguna vez de MAC" (tradicional o moderno); el segundo responde al conocimiento del ciclo ovulatorio; y el tercero, basado en el conocimiento de la lactancia como medio para reducir el riesgo de embarazo. En sujeción a dichos indicadores, las MUEF con conocimiento de salud reproductiva (SR) suman el 85%, 35% y 25%, respectivamente. Ver tablas Nº 13, Nº 14 y Nº 17; anexo Nº 1. Midiendo el conocimiento de las MUEF de las ETS y el SIDA, advertimos necesidades de conocimiento no atendidas o simplemente no expresadas en el mercado del orden del 79% y 25 %, respectivamente. Ver tablas Nº 15, Nº 16; anexo Nº 1. A continuación podemos apreciar que el déficit de conocimiento de salud reproductiva (necesidad de conocimiento SR2), está en 63%, y se calculó en base al conocimiento que las MUEF manifiestan tener respecto al ciclo ovulatorio. Lo mencionado se puede observar en el cuadro Nº 7.2.5 y el gräfico Nº 7.2.2.

Cuadro Nº 7.2.5

Indicador del conocimiento SR2 del ciclo reproductivo, según edad

Grupos de edad	Sabe sobre ciclo reproductivo		Total
	No	Si	
15-19	75.0	25.0	100.0
20-24	64.8	35.2	100.0
25-29	58.9	41.1	100.0
Total	**63.0**	**37.0**	**100.0**

Gráfico Nº 7.2.2
Conocimiento de ciclo reproductivo por grupos de edad: 1996



Cualesquiera de los tres indicadores antes mencionados son útiles para medir el grado de conocimiento de la SR. Sin embargo, había que elegir el que mejor podía satisfacer al menos dos requisitos que se consideraron pertinentes: El primer requisito alude a que el indicador provea mucho más información de la que directamente señala tener (elementos contextuales) y el segundo requisito referido a que cumpla la finalidad de su contenido (información directa) sirva de soporte o se halle vinculado al uso de los medios (MAC) que ofrecen seguridad en la conservación de la salud reproductiva. Cotejando los tres indicadores antes mencionados, se decidió recomendar al "conocimiento del ciclo ovulatorio". Adicionalmente otra razón que sustenta a este indicador como el más recomendable, es la de concebir que contar con este conocimiento es vital para asumir que las MEF estarían adecuadamente capacitadas para realizar una libre elección del método anticonceptivo a usar. En este sentido, no es posible desconocer que el conocimiento del ciclo ovulatorio es elemental para las MEF que desean usar o usan métodos tradicionales. Toda situación en contrario implica un desconocimiento o conocimiento errado que terminará en embarazos no deseados por falla del método utilizado. Además, de manera general se podría decir que éste es uno de los conocimientos básicos que debe poseer toda persona en consideración de ser parte importante del esquema de funcionamiento biológico en la creación de vida humana. Facultad creativa que según la visión occidental del mundo no puede quedar librada al puro azar. Por tales consideraciones, se ha estimado que éste es el mejor indicador de conocimiento en SR. En virtud de dicho indicador, es insoslayable identificar y proporcionar la información e instrucción pertinente a las MEF que forman parte del déficit en conocimiento del ciclo ovulatorio (63%).

La ENDES proporciona información sobre el conocimiento errado del ciclo reproductivo. Para cuantificarlo, se agrupó las respuestas dadas en tres categorías: "conocimiento errado", "conocimiento correcto" y "no sabe". De ese modo, "el conocimiento errado del ciclo ovularorio" fue en promedio 38%, que se distribuyó en 39% para las MUEF urbanas y 36% para las rurales. Ver cuadro Nº 7.2.6 y

gráfico Nº 7.2.3. La distinción entre "las que no saben" y "tienen conocimiento errado" no es tan simple como pareciera ser. La razón es que quienes tienen un conocimiento errrado estarían aceptando, equivocadamente, que sus relaciones sexuales no tienen posibles efectos reproductivos. Tal desconocimiento se torna más grave en sus consecuencias si consideramos que muchas de dichas MUEF persisten en dicho error, contrariando las recomendaciones de los proveedores de MAC y de SR. No obstante, el subconjunto de las MUEF que "no saben" y las que "tienen conocimiento errado", constituye el dato cuantitativo de uno de los más serios problemas que afrontan los proveedores de SR. Subconjunto que examinamos en relación a otras variables bajo una denominación homogenizante: las MUEF que no saben del ciclo ovulatorio.

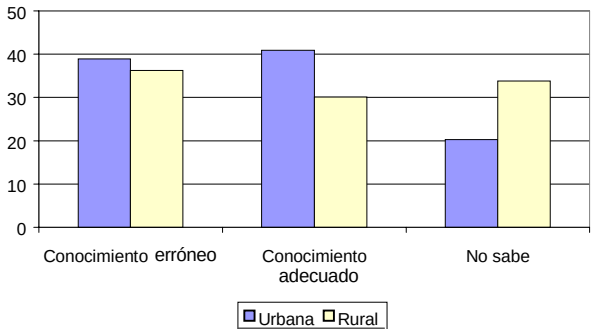
Cuadro Nº 7.2.6

Conocimiento del ciclo reproductivo según área de residencia

Conocimiento del ciclo reproductivo: días en que puede quedar embarazada	Área de residencia		Total
	Urbana	Rural	
Durante su periodo	3.2	2.3	2.9
Inmediatamente después de terminado el periodo	18.3	13.0	16.4
En la mitad del periodo	40.9	30.1	37.0
Justo antes que empiece el periodo	3.9	2.5	3.4
En cualquier momento	8.5	16.4	11.3
Otro	5.0	2.0	3.9
No sabe	20.3	33.8	25.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Gráfico Nº 7.2.3

Conocimiento de ciclo reproductivo por área de residencia: 1996



Es importante precisar que este indicador de conocimiento de SR, construido en base al saber individual sobre el ciclo ovulatorio (regla o periodo de menstruación a menstruación), será una de las variables socioculturales considerada como tal por las siguientes razones: por un lado, este tipo de conocimiento no

implica confundir educación con cultura porque este saber, como muchos otros sobre el funcionamiento del cuerpo y sobre el uso de los medios adecuados para mantener la salud (alimentos, aire limpio, MAC, etc.), son el resultado de hábitos, costumbres, creencias y visiones del hombre en relación con el mundo y la naturaleza, que varían o se diferencian de un grupo humano a otro. Es decir, este tipo de conocimiento se logra no sólo por instrucciones recibidas en la escuela sino también (o exclusivamente en el caso de muchos lugares rurales del Perú) por informaciones ciertas y erradas o asociadas a estilos de vida muy propios de la vida colectiva de determinados grupos humanos. Saber y conocimiento que constituyen el soporte primario de las acciones humanas, como "datos" que se encuentran o se hacen presentes en la mente de las personas y que regularmente son elementos que influyen o determinan la conducta humana en el diario vivir. Conocimientos y conductas humanas que se funden en estilos o formas de vida que dan sustento a la variedad de culturas existentes y que en la socialización de los individuos de un mismo país, como el Perú, forman colectivos que mantienen sus diferencias aunque con fronteras borrosas de un grupo humano a otro.

Respecto de los otros dos indicadores de conocimiento de SR antes mencionados quedarían descartados. Se opta por esta alternativa debido a que los mismos pueden ser fácilmente invalidados desde que el sustento de la lactancia materna exclusiva sería restringido al grupo de mujeres que tuvieron la experiencia de haber sido madres. Asimismo, el uso del indicador de conocimiento de SR sostenido en la variable "usó MAC alguna vez", no es muy sólido respaldo porque el uso de cualquier método no implica haber alcanzado algún conocimiento previo sobre el funcionamiento del aparato reproductivo. Además, una MEF que use o haya usado MAC modernos no está impedida de usar MAC tradicionales, razón por la cual, tales mujeres necesitan tener el conocimiento del ciclo ovulatorio y de ese modo evitar la falla en el uso del método elegido.

Continuando con el indicador del conocimiento de la SR basado en el ciclo ovulatorio, examinemos lo ocurrido en el periodo 1996-2000. En el cuadro Nº 7.2.7 contrastamos la distribución del déficit del conocimiento en SR, es decir, de las MUEF que afirmaron no saber del ciclo reproductivo, según el área de residencia y la tenencia de TV. El resultado de dicha comparación señala la existencia de un incremento en el déficit de dicho conocimiento del orden del 2%, imputable al incremento en la cuota correspondiente a las residentes rurales. Cuota que creció durante dicho periodo, en mayor proporción, en el segmento de las MUEF rurales que cuentan con TV en el hogar (5%). Esta comprobación estaría señalando que la tenencia de TV no asegura cambios a favor del conocimiento biomédico ni en el estilo de vida tradicional de las MUEF rurales, los mismos que seguirían respondiendo a los patrones formativos impuestos predominantemente en el hogar. Aunque el aumento del déficit fue pequeño, éste resultado señala el nulo efecto de la enseñanza del tema sexual introducida en el sistema educativo nacional en el mismo periodo examinado, al observarse que en el grupo de 15 a 19 año, también se incrementó el déficit en conocimiento del ciclo reproductivo (3%) Ver cuadro Nº 7.2.8. Por supuesto que no sería justo deducir que este retroceso

registrado por dicho indicador sea totalmente imputable al ya criticado sistema educativo escolarizado, considerando que el programa de educación sexual ingresó con mucha demora en las escuelas. Lo más lamentable de este retroceso en el conocimiento de SR es que proviene del área rural (rural con TV y sin TV, entre 1996 y 2000), con lo cual se acentúa las desigualdades en conservación de la salud entre las poblaciones urbano-rural.

Cuadro Nº 7.2.7
Déficit en conocimiento SR2 del ciclo reproductivo, según el área de residencia y tenencia de TV. 1996-2000.

Área de residencia y tenencia de TV	No saben del ciclo reproductivo (%)		Diferencia
	1996	2000	
Rural y no TV	31.0	32.2	1.2
Rural y sí TV	9.0	14.0	5.0
Urbano y no TV	10.0	7.2	-2.8
Urbano y sí TV	50.0	46.6	-3.4
Total	**100.0**	**100.0**	
Variación % del déficit	62.9	65.2	2.3

Cuadro Nº 7.2.8
Conocimiento SR2 del ciclo reproductivo de las MUEF de 15-19 años de edad. 1996-2000

Año	Conocimiento del ciclo reproductivo		Total
	No sabe	Si sabe	
1996	75.0	25.0	100.0
2000	77.8	22.2	100.0
Variación %	2.8	-2.8	

La información demográfica del conocimiento del ciclo reproductivo, según el área de residencia revela, una situación de deficiencia en la población peruana que trasciende la división urbano-rural. Esta afirmación proviene, de un lado, de considerar que en ambas áreas de residencia el déficit en dicho conocimiento es abrumador, casi 60% en el urbano y 73% en el rural en el año 2000 (Tabla Nº 17, anexo Nº 1). Por otro lado, se observa que el problema del déficit en conocimiento del ciclo reproductivo, según el indicador del conocimiento en SR, se extiende por todo el país tal como ocurre con los fenómenos sociales de bajo nivel educativo y situación de pobreza que también afectan a todos los grupos de edades de las MUEF. Con esto no se desea encubrir las mayores necesidades sociales de los pobladores con residencia rural sino recordar que, dado el estadio de subdesarrollo de la sociedad peruana, esto implica para todos sus residentes una convivencia signada y exigida por respuestas objetivas a las demandas de estos grandes déficit sociales. Una vez más, este tipo de hallazgo en las características del mercado de demanda por servicios de salud, determina la importancia de diseñar

y ejecutar programas sociales con una visión integradora de los mercados locales con el destino conjunto que se desea construir para el mercado nacional.

A continuación se examinó los resultados del indicador de conocimiento de SR usando la variable "lactancia" en relación al riesgo del embarazo VVer cuadro Nº 7.2.9). Las MUEF tienen escaso conocimiento sobre las bondades de la lactancia. Prueba de ello fue que al ser preguntadas (5842 casos con algún nacimiento) acerca del efecto de la lactancia en el riesgo de embarazo, respondieron acertadamente el 25%. Por grupos de edades dieron una respuesta correcta el 18% de las mujeres entre los 15 a 19 años y el 26% en los otros dos grupos. Dejando de lado a las MUEF que en la anterior pregunta respondieron que no afecta o aumentan los riesgos, se preguntó si la lactancia es un método para evitar el embarazo. De todas ellas (2217 casos) sólo el 28% respondió que sí. Adicionalmente, se preguntó a las MUEF si actualmente están relacionadas con la lactancia como método para evitar el embarazo (550 casos, no embarazadas ni esterilizadas) y sólo el 29% contestó afirmativamente. Estas bajas frecuencias de MUEF con conocimiento de la lactancia exclusiva como método anticonceptivo no se explica por la novedad del mismo, ya que varios años anteriores a la fecha de la ENDES 1996 ya se había difundido ampliamente dicho conocimiento entre la población nacional (a través de los programas de difusión de PF).

Cuadro Nº 7.2.9

Conocimiento SR3 lactancia reduce riesgo embarazo según edad

Edad	Conocimiento SR3: reduce riesgo embarazo por lactancia		
	No sabe	Si sabe	Total
15-19	81.9	18.1	100.0
20-24	74.3	25.7	100.0
25-29	74.1	25.9	100.0
Total	**74.9**	**25.1**	**100.0**

Es importante señalar que lo examinado como conocimiento de SR está delimitado por un enfoque biomédico occidental. Cuando en base a dicho indicador afirmamos que las MUEF no saben del ciclo ovulatorio, se está diciendo que ellas no tienen el conocimiento biomédico de la SR y sólo eso. Pero, con ello no se niega que ellas tengan algún otro conocimiento diferente o errado respecto al indicado concepto biomédico. Esta precisión tiene sentido de acuerdo con el siguiente enfoque social del conocimiento que se distancia de aquel otro muy difundido y equivalente a aquellos conocimientos transmitidos de modo escolarizado (del profesor al alumno). En el enfoque al que nos referimos, la concepción del conocimiento existe por las personas y la comunidad que lo construye, lo define y lo extiende. Este enfoque destaca la virtud del conocimiento cambiante y de uso diario, distinto de todos aquellos limitados a hechos históricos o estrictamente técnicos y, por ello, enfatiza que son los hombres y las mujeres los que hacen uso significativo del conocimiento para fines de resolver sus problemas presentes y entender y comportarse dentro de las normas aceptadas en su respectivo contexto sociocultural. Se espera que esta forma de entender el conocimiento no sólo

abra una puerta más para conocer la demanda en SR sino para diseñar estrategias de difusión e información del conocimiento de SR, no exclusivamente constreñidas al enfoque instructivo ni mucho menos al técnico.

Información en SR

Con los datos disponibles de la ENDES 1996, relativos a haber escuchado mensajes de PF y haber recibido información sobre el SIDA, se puede asumir que la necesidad o déficit de información en SR es aproximadamente del 50%. Se llega a este estimado luego de considerar que los resultados de la ENDES establecen que el 58% escuchó mensajes de PF en al menos dos medios de comunicación social masiva y 21% en ninguno. La ENDES preguntó a las MEF si escucharon mensajes de PF en radio, TV y periódico. Las MUEF que recibieron información sobre el SIDA, al menos en dos medios masivos, sumaron 47% y las que no se informaron a través de ninguno de los tres medios antes mencionados fueron el 12%. Ver Tabla Nº 18, anexo Nº1.

El acceso a los medios de comunicación masiva puede estar asociado a situaciones personales no limitadas al deseo de informarse en temas de salud, es más, muchas de las personas pueden interesarse por escuchar o leer los medios masivos tan sólo por entretenimiento. Para comprender adecuadamente tales datos de las ENDES era mejor jerarquizar los medios por los cuales se capta información sobre PF, SIDA o ETS. Habría varios criterios a considerar para una determinada jerarquía de los medios, como considerar que la disponibilidad de periódico y TV implica no sólo mayor inversión o gasto de las familias peruanas que acceden a dichos medios sino que indica que en su mayoría, las personas que cuentan con la disponibilidad de ambos medios, residen en áreas urbanas. No obstante, se asumió como más efectivos al periódico y la TV, ambos respecto de la radio, en razón de la grafía e imágenes propaladas a través de dichos medios. En cierto modo, haber colocado a la radio y a "ningún medio" en una sola categoría de información (PF, SIDA y ETS), obedece a una clasificación en la que la radio, aún siendo la más generalizada, pudiera ser la menos eficaz para fijar conocimiento en salud reproductiva.

Ahora examinemos a la población que escuchó mensajes de PF por los diversos medios de información disponibles antes mencionados. Para determinar el déficit de información se asumió que la radio transmite mensajes con menor impacto en el cambio cultural de las personas que la TV y el periódico. En razón de dicho supuesto, la variable "escuchó mensajes de PF" se construyó con dos categorías: en diversos medios de los tres involucrados (periódico, radio y TV) y "sólo radio" o "ningún medio". En este sentido, dicha variable clasifica a las MUEF en dos grupos, "las adecuadamente informadas de PF!, por haber escuchado mensajes en diversos medios y las poco o nada informadas, por haber escuchado sólo por radio o ningún medio. Adicionalmente, dicho supuesto fue reforzado al observar que pocas mujeres acceden al periódico, la mayoría escuchó PF por los medios más disponibles como son la radio y la TV, y quienes escucharon sólo por radio, mayoritariamente fueran población pobre y residentes en área rural.

En los cuadros Nº 7.2.10 y Nº 7.2.11 se presentan los datos para el examen de la recepción de información de PF. Considerando las respuestas de las MUEF relativas a haber escuchado mensajes de PF, en radio, TV y periódico, podemos decir que existe un déficit de información del orden del 32% (las poco informadas). Quienes conforman dicho déficit son el 67% de las mujeres rurales, el 50% o más de las mujeres con primaria completa o menos nivel educativo y las mujeres con tres o más hijos vivos al primer uso de MAC. La primera interpretación que surge del análisis de la información recibida de PF es que ocurre dentro del mismo escenario de inequidad en el que se suceden muchos otros eventos sociales: las más educadas y las que poseen mejor situación económica son las que mayormente reciben o acceden a la información de PF. Por otro lado, es muy probable que el déficit de información de PF sea un hecho que refuerza la relación de influencia recíproca entre pobreza y bajo nivel educativo. Situación que alude a un segmento de población con poca o ninguna recepción de mensajes de PF y cuyo comportamiento reproductivo probablemente permanece apegado a costumbres tradicionales, muchas de ellas contrarias a los métodos y conductas de conservación de la salud establecidos por la medicina occidental.

Cuadro Nº 7.2.10
Necesidad de información (INF1) según situación de pobreza

Situación de pobreza (material del Piso)	Necesidad información: Escuchó PF		Total
	Solo radio o ninguno 1/	En diversos medios	
Pobre (tierra o madera)	46.8	53.2	100.0
No pobre (otro material)	12.3	87.7	100.0
Total	31.8	68.2	100.0

1/ Ninguno, referidos a radio, TV y periódico.

Cuadro Nº 7.2.11
Necesidad de información (INF1) según nivel de educación

Nivel de educación	Necesidad información: Escuchó PF		Total
	Solo radio /ninguno 1/	En diversos medios	
No	80.2	19.8	100.0
Primaria incompleta	67.5	32.5	100.0
Primaria completa	49.6	50.4	100.0
Secundaria incompleta	21.0	79.0	100.0
Secundaria completa	12.3	87.7	100.0
Superior	5.7	94.3	100.0
Total	**31.8**	**68.2**	**100.0**

1/ Ninguno, referidos a radio, TV y periódico.

Para acercarnos y conocer quienes son las MUEF que estuvieron adecuada o escasamente informadas de PF, examinaremos las frecuencias que resultan de cruzar la variable información de PF con otras tres variables: "uso actual de MAC", "conocimiento de SR" (ciclo reproductivo) y "número de hijos vivos más embarazo actual". En general, se observa que el haber recibido información de PF tiene una relación directa con "uso de MAC" y el "conocimiento de SR", y una relación

inversa con el "número de hijos vivos más embarazo actual". Así, se observa que entre quienes recibieron mensajes de PF por periódico y TV/radio, los porcentajes de uso de MAC tradicionales y modernos fueron 19% y el 50%, respectivamente. Es decir, en la categoría de las que estuvieron adecuadamente informadas de PF se da la mayor proporción de MUEF que actualmente usan MAC (70%). En tanto que en el grupo que escuchó los mensajes de PF sólo por radio o ningún medio masivo, 20% usó MAC tradicionales y 26% MAC modernos (sumando 46%). Asimismo, la mayoría de las que tienen hogares con pocos hijos, estuvo adecuadamente informadas de PF (el 74% del grupo con hijo recibió mensajes de PF por los diversos medios antes citados). En tanto, el grupo con tres y más hijos tuvo el más alto componente de aquellas escasamente informadas (46% escuchó sólo por radio o ningún medio masivo de información). Ver Tabla Nº 18 y Nº 19, anexo Nº 1.

En la relación información recibida de PF y conocimiento del ciclo ovulatorio, desagregado por área urbano-rural, encontramos una objetiva explicación de lo escasamente informadas de PF que están las MUEF con residencia rural. Así, mientras las escasamente informadas de PF (sólo radio o ningún medio) con residencia urbana suman el 13%, en el grupo de las MUEF rurales, ellas suman el 63%. Esta situación rural obedece tanto al mayor índice de pobreza como a la disponibilidad más difundida de la radio con respecto a los otros medios de comunicación masiva (periódico y TV). Otra distinción notable entre residentes urbanos y rurales se observa al comparar la distribución de las MUEF con conocimiento del ciclo reproductivo, según las categorías de adecuadamente o escasamente informadas de PF. Allí encontramos que en el área urbana, las escasamente informadas (sólo radio o ningún medio) apenas son el 9%; en tanto, en las residentes rurales, las MUEF de esa misma categoría son la mayoría (54%). Con estas comprobaciones va quedando claro que la situación de la demanda de MAC es diferenciada por segmentos no sólo por la pura residencia urbano-rural sino porque dentro de cada una de dichas áreas existe condicionantes contextuales que retardan el conocimiento de SR y la aceptación de los métodos anticonceptivos en concordancia con los estilos de vida "occidentales". (Tabla Nº 20, anexo Nº 1).

La construcción de la variable que une contenidos culturales diferenciables por grupos o segmentos de MUEF no explícitos, derivados del área de residencia (urbana y rural) e idioma, nos sirve para interpretar la presencia de factores socioculturales en la explicación de quienes son las MUEF que reciben adecuada o escasamente mensajes de PF. Esta variable construida es útil para aproximarnos hacia la distinción entre las costumbres predominantes en las zonas urbanas respecto de aquellas propiamente rurales (de sierra o de la amazonía). Aún cuando a nivel nacional el número de hablantes de la lengua castellana es ampliamente superior al de aquellos que hablan el idioma aborigen, se percibe que la cultura andina ha trascendido los límites de la residencia rural. Así, en el cuadro Nº 7.2.12, vemos que los grupos que reciben mensajes de PF por periódico y radio/TV son mayoritariamente urbanos y parlantes de lengua castellana (89%). Lo que podemos decir respecto a estos datos es que tales medios de comunicación, en

general, están facilitando la transculturación y de algún modo ayudan a reducir la heterogeneidad cultural existente. Sin embargo, los condicionantes contextuales impiden que estos mensajes de PF lleguen a una mayor proporción de MUEF rurales, en general, y rurales de lengua aborigen, en particular. Tomando como situaciones equivalentes a las escasamente informadas de PF y a las integrantes del déficit en mensajes recibidos de PF (sólo por radio o ningún medio) vemos que dicho déficit en las MUEF rurales es de 61% y en las de lengua aborigen es de 83%. Estos datos indican que las necesidades de información de PF no sólo son grandes en proporciones sino que las poblaciones de MUEF de estos dos últimos segmentos, en tanto no tengan contacto con los estilos de vida urbanos, seguirán manteniendo sus creencias y particulares concepciones sobre la salud reproductiva.

Cuadro Nº 7.2.12
Necesidad de informacion (INF1), según área de residencia / idioma

Residencia / Idioma	Necesidad información: escuchó PF		
	Solo radio / ninguno 1/	En diversos medios	Total
Periférico/ castellano	12.8	87.2	100.0
Urbano/ castellano	11.4	88.6	100.0
Rural/ castellano	60.5	39.5	100.0
Rural/ aborigen	83.3	16.7	100.0
Total	**31.5**	**68.5**	**100.0**

1/ Ninguno, referido a radio, TV y periódico.

Examinado la distribución de información recibida de PF, según "uso alguna vez de MAC", se advierte una asociación directa y favorable hacia las mujeres unidas algunas vez usuarias de MAC y en mayor grado a las usuarias de MAC modernos. Así, el grupo de las MUEF que alguna vez usó MAC modernos alcanzó la más elevada proporción en la categoría de las que recibieron adecuadamente mensajes de PF (escucharon mensajes de PF por diversos medios, 81%). Las MUEF de la categoría "adecuadamente informadas de PF" fueron un componente mayor en el grupo de las "alguna vez usuarias de MAC tradicionales", en comparación a las nunca usuarias. (Ver tabla Nº 21, anexo Nº 1). Por el trabajo de campo[19] se sabe que el MINSA cubre casi todas las áreas rurales con programas de capacitación en PF, pero no siempre logra reunir a la población objetivo por diversos problemas ajenos a los profesionales itinerantes. Es decir, parte de la población convocada no se siente interesada o privilegia sus quehaceres cotidianos. No obstante, se sabe que ésta es una actividad que la población reclama sea efectuada con más frecuencia y debe incluir a los varones.

Durante el periodo 1996-2000, se observa que hubo un deterioro en la recepción de mensajes de PF al registrarse un incremento en el déficit de 14%, según este indicador que refiere de las MUEF escasamente informadas recibieron

19/ El autor participó en diversos estudios de línea de base, de evaluación de la oferta de PF y en "Mujer indígena, salud reproductiva y organización comunitaria". Esta última fue una investigación cuantitativa y cualitativa del estado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular, de las poblaciones indígenas del Alto Ucayali, Bajo Urubamba, Alto Andino del Cusco y Satipo.

dichos mensajes sólo por radio o ningún medio. Aún cuando este resultado negativo afectó tanto a la población urbana como a la rural, el incremento del déficit indicado se explica fundamentalmente por el mayor incremento proporcional de la población urbana que recibió información de PF sólo por radio o ningún otro medio (de 12% en 1996 pasan a ser 29% en el 2000). Ver cuadro Nº 7.2.13. La casi estable situación de pobreza entre 1996-2000, antes examinada en términos cuantitativos, no tiene la fuerza explicativa para soslayar el deterioro real de la sociedad peruana que se señala cualitativamente en base a los indicadores de déficit en el acceso a SR, en conocimiento en salud reproductiva y en información o mensajes recibidos de PF. A través de estos indicadores podemos comprender mejor las características del contexto social adverso en la que viven las entrevistadas por las ENDES, que en adición a la pobreza, afecta a la población de las áreas de residencia urbana y rural.

Cuadro Nº 7.2.13
Variación del déficit en información PF, según área de residencia. 1996-2000

Area de residencia	Déficit de información: escuchó PF Sólo por radio o ningún medio 1/ 1996	2000	Var % del déficit
Urbano	12.4	28.8	16.4
Rural	67.0	70.6	3.5
Total	**31.8**	**46.0**	**14.2**

1/ Ninguno, referido a radio, TV y periódico.

El indicador de información de PF revela que las MUEF por grupos de edad muestran distintos niveles de recepción de mensajes de PF. Tal como se puede observar en la tabla Nº 22 del Anexo Nº 1, el segmento de 15 a 19 años de edad presenta una situación más asociada con el déficit de información en PF. Esto es, en dicho grupo de edad las escasamente informadas con residencia urbana fueron el 20%, participación superior al promedio de dicha área (13%); y en las residentes rurales la participación fue de 76%, es decir, más del doble que el promedio de dicha área (32%). Luego de haberse examinado los resultados, el conjunto de estos indicadores de información y conocimiento de salud reproductiva, según grupos de edad, reveló diferencias importantes entre ellos. En ese sentido, se aprecia que estos indicadores de necesidad de información y conocimiento de SR, revelan que el grupo de 15 a 19 años de edad está en una situación disminuida respecto del promedio nacional correspondiente al universo del grupo de 15 a 29 años de edad. Esta evidencia invita a reflexionar sobre el diseño de los mensajes de PF y, más aún, señala que tales mensajes pasaron de manera desapercibida para las mujeres rurales menores de veinte años de edad.

En resumen, con los datos recogidos por la ENDES de 1996 se han identificado las siguientes necesidades a ser examinadas y atendidas:

Necesidad de acceso a servicios de salud (entre 13% y 20%).
Necesidad insatisfecha en información de PF (40 %).
Necesidad de conocimiento de SR2, no conocen ciclo ovulatorio (63%).
Necesidad de conocimiento de SR, no conocen lactancia materna exclusiva (75%).
Necesidad de información en SR, (50% o más en población con primaria completa o menor nivel educativo).

Necesidad de conocimiento de salud reproductiva.

Tener el conocimiento adecuado sobre el funcionamiento del cuerpo y de los diferentes medios o insumos con los cuales conservar la salud no evita, en todos los casos, que haya comportamientos contrarios a la propia salud individual. Sin embargo, la evidencia científica refiere que las personas con elevada educación y mayor conocimiento en el ámbito de la salud reproductiva tienen mejores posibilidades de agencia y ventajas en "sus quehaceres y seres, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos" (las palabras entre comillas son prestadas de Amartya Sen en su enfoque de capacidades[20]). Por la trascendencia que reviste el conocimiento en SR se sugiere usar el dato del conocimiento del ciclo ovulatorio como un indicador de las diversas necesidades de conocimiento en salud reproductiva (SR). En lo sucesivo nos referiremos al indicador de conocimiento de salud reproductiva como equivalente al conocimiento del ciclo ovulatorio. Aún cuando con la ENDES se constata que hay una relación positiva entre nivel educativo y el conocimiento del ciclo reproductivo, todavía sigue siendo elevadas las proporciones de MUEF con secundaria completa y educación superior que no cuentan con dicho conocimiento (56% y 37%, respectivamente). Además, el escaso conocimiento de salud reproductiva afecta a todos los estratos económicos del país. Prueba de ello es que entre las MUEF no pobres (piso distinto a tierra/madera) también hay un significativo déficit de dicho conocimiento (55% no saben el ciclo ovulatorio). Con tales resultados se estima que para revertir dicho estado, habría que continuar con mayor énfasis en la educación sexual escolarizada e involucrar a las familias en dicha tarea.

La distribución del indicador de conocimiento de salud reproductiva, según la variable construida con los contenidos de área de residencia y tenencia de radio, establece la capacidad discriminadora de la segunda. Así, las residentes urbanas superan en dicho conocimiento a las rurales y, en ambas áreas, los grupos con radio superan a las que no tienen dicho artefacto. De algún modo el escaso conocimiento de SR se explica por el grado de pobreza de la población. Probablemente, la situación de pobreza va acompañada de desinterés en recoger información de otras fuentes y del conformismo con el desconocimiento imperante en SR. Las actitudes de desinterés y conformismo en mantenerse con amplios vacíos respecto de la salud reproductiva no serían exclusivas de la población rural, aún cuando en dichas áreas es mucho más común que la gente persista en hábitos basados en sus particulares creencias, de las cuales, parte de ellas, son contrarias al uso de métodos

20/ La calidad de Vida. De Martha Nussbaum y Amartya Sen (copiladores). Seccion II. "Capacidad y Bienestar" de A. Sen.

anticonceptivos modernos y al funcionamiento fisiológico del aparato reproductivo femenino. Las actitudes de desinterés o conformismo estarían más directamente asociadas con las familias pobres que cuentan con muchos hijos. (Ver cuadro Nº 7.2.14). Así, en el grupo con tres y más hijos, por cada MUEF no pobre hay más de dos que lo son, (71% en situación de pobreza y 29% no pobres) y en este grupo se haya el mayor componente (en términos relativos) de pobres sin conocimiento de SR (51%). El estado de conformismo o desinterés por el conocimiento de salud reproductiva no es visible a través de la ENDES; es una deducción obtenida luego de haber relacionado la observación directa del autor a los pobladores (en trabajos de campo) con declaraciones que realizan los proveedores de salud, particularmente en áreas rurales.

Cuadro 6.2.14
Número de Hijos Vivos + Embarazo Actual
Según Conocimiento del Ciclo Reproductivo / Situación de Pobreza

Ciclo reproductivo (CR) y situación de pobreza	Número de hijos vivos más embarazo actual				Total
	0	1	2	3 y +	
1 No sabe CR y pobre	31.0	33.7	36.3	51.0	39.0
2 Si sabe CR y pobre	15.2	15.1	17.9	20.3	17.3
3 No sabe CR y no pobre	23.8	26.6	25.8	18.4	24.0
4 Si sabe CR y no pobre	29.9	24.6	20.0	10.3	19.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Continuando con el examen del cuadro anterior, se observa que las MUEF con un número de hijos entre cero y uno (incluidas las actualmente embarazadas), son las que ligeramente concentran el mayor componente relativo de las que conocen el ciclo reproductivo, entre pobres y no pobres (45% y 40%, respectivamente). Este resultado se relaciona con el mayor nivel educativo en ambos grupos de mujeres, en cada uno de las cuales participan el 53% con secundaria completa o educación superior (ver cuadro Nº 7.2.15). Aquí, nuevamente encontramos una característica importante del grupo de MUEF con tres y más hijos (incluido el embarazo actual); ellas son las menos educadas (el 84% tiene secundaria incompleta o menos nivel educativo). Algo importante que ocurre en ciertos hogares es el hecho de que se haya trazado el modelo de una familia corta, con un número de cuatro o menos miembros por hogar. (Ver cuadro Nº 7.2.15). Particular comportamiento que se percibe en algo más del 50% en cada grupo de MUEF con ninguno, uno y dos hijos (incluido el embarazo actual). Considerando que se trata de una población joven (15 a 29 años de edad), esta situación momentánea (actual) de la familia corta no será una realidad para una parte de ella, cuando dichas mujeres concluyan su vida fértil. Esto es así porque el deseo de tener pocos hijos se trunca en aquellas usuarias de MAC con poco conocimiento del funcionamiento del método anticonceptivo y por la existencia de quienes desechan el uso de cualquiera de dichos métodos.

Cuadro Nº 7.2.15.
Número de hijos vivos más embarazo actual, según nivel educativo

Nivel de educación	Número de hijos vivos más embarazo actual				Total
	0	1	2	3 y más	
No	2.2	2.4	3.0	8.8	4.3
Primaria incompleta	10.5	10.0	14.7	28.3	16.4
Primaria completa	16.1	13.6	17.3	23.7	17.6
Secundaria incompleta	18.6	21.6	24.9	23.0	22.8
Secundaria completa	19.1	29.2	27.2	12.6	23.5
Superior	33.5	23.3	12.9	3.6	15.4
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Sec completa y superior	52.6	52.5	40.1	16.2	39.0

Construida la variable por combinación del área de residencia e idioma (ver cuadro Nº 7.2.16), ésta revela indicios de contenidos culturales importantes en la explicación de la presencia de MUEF con escaso conocimiento en SR (ciclo reproductivo). Por un lado, se observa que las urbanas de lengua castellana alcanzan el más alto componente entre las que cuentan con dicho conocimiento (43%), mientras que las de la periferia urbana no tienen mayor conocimiento que las rurales de lengua castellana. La distinción notable en el déficit de conocimiento de SR corresponde a las de lengua aborigen con residencia rural (80%). Estos resultados nos permiten aseverar, que en general, la ineficacia de la educación básica (primaria y secundaria) afecta a toda la población con independencia de las diferencias culturales existentes. A través de otros estudios sabemos que, tanto en las poblaciones rurales como en las comunidades indígenas, los elementos culturales distintivos se refuerzan en creencias y costumbres. Es decir, en asuntos de salud la población se guiaría mucho más por sus creencias que por el conocimiento aportado por las ciencias. Además, los individuos en sus conversaciones incorporan denominaciones y procesos del lenguaje biomédico occidental, pero en la mayoría de las veces lo hacen de manera errada. Lamentablemente, este fenómeno persiste a pesar de que se hace esfuerzos de divulgación de información y conocimiento en SR, destinado a dichas poblaciones mediante programas externos a la escuela.

La sugerencia del uso del indicador de conocimiento de SR no se hizo sólo como instrumento de medición del estado de cierto aspecto de la salud reproductiva sino porque el mismo, como variable, proporciona importante referencia sociocultural que es captada de manera indirecta o por asociación con los contenido revelados por otras variables, tales como las de pobreza, educación y el número de hijos vivos, ya examinados. Asimismo, porque se consideró que el conocimiento es la base para el ejercicio del derecho a la libertad y el sustento sobre el cual se construye las posibilidades de

"agencia" de las personas en "sus quehaceres y seres". Se asumió que el conocimiento del ciclo ovulatorio es el saber primario del funcionamiento reproductivo y su desconocimiento hace imposible que se comprenda la actuación y el efecto de los métodos anticonceptivos. Por cierto, conocer el funcionamiento del cuerpo y de los diferentes medios con los cuales conservar la salud no evita, en todos los casos, que haya comportamientos contrarios a la salud. Como indicador tiene el limitante de informar de manera directa sólo el conocimiento específico del ciclo de funcionamiento fisiológico del aparato reproductivo femenino. No obstante, como variable lo encontramos muy útil para deducir, en relación con otras variables, diversos elementos socioculturales. Esta afirmación proviene de tener en cuenta que las mujeres entrevistadas, al responder a la pregunta sobre lo que conocen del ciclo ovulatorio, no se despojan de la influencia determinista de sus respectivos contextos socioculturales. Cada mujer entrevistada en la ENDES contestó un temario sobre sus actos, preferencias, comportamientos y conocimientos de salud reproductiva., y sus respuestas, en particular sobre el conocimiento del ciclo ovulatorio, tienen la cualidad de resumir elementos socioculturales, porque ellas no dejaron de ser las mismas personas influenciadas o determinadas por sus respectivos contextos socioculturales.

En virtud de la última distribución del conocimiento de salud reproductiva, los datos cuantitativos y cualitativos de la ENDES permiten sugerir la necesidad de atender el déficit en dicho conocimiento de manera segmentada. En este caso, indicamos que la importancia de segmentar la demanda por los servicios de información y capacitación en SR tiene mucho que ver con elementos socioculturales, deducibles a través de variables como área de residencia, idioma habitual del hogar y los grupos de edad. Esta simple deducción advierte que las MUEF por capacitar son algo más que mujeres con o sin necesidad de regular su fecundidad; son personas con visiones, concepciones y creencias en salud, diferentes a las citadinas que tienen estilos de vida "occidentalizados". Por lo tanto, la propuesta de insistir en la educación y capacitación en salud reproductiva no es tan sencilla; se requiere de organización y de estrategias de capacitación, de internalizar las diferencias culturales que enfrentarán los capacitadores o del personal de salud que hará dicha labor de campo.

Cuadro Nº 7.2.16
Conocimiento de salud reproductiva, según área de residencia / idioma

Residencia/idioma	Ciclo reproductivo		Total	
	No sabe	Si sabe		
Periférico/ castellano	64.9	35.1	100.0	15.0
Urbano/ castellano	57.1	42.9	100.0	49.2
Rural/ castellano	65.9	34.1	100.0	25.6
Rural/ aborigen	80.1	19.9	100.0	10.2
Total	**62.8**	**37.2**	**100.0**	**100.0**

El conocimiento de la realidad peruana no captada por la ENDES señala que la pobreza está interrelacionada con el bajo nivel educativo, fenómeno que es más acentuado en los estratos de hogares formados por adolescentes con residencia rural y en comunidades nativas (Ver cuadro Nº 7.2.17). En estos lugares es mucho menor la proporción de hombres y mujeres que apenas llegan a culminar el sexto año de primaria (el 68% de las MUEF rurales de 15 a 29 años de edad, según la ENDES 2000). Uno de los principales obstáculos que enfrentan es la falta de dinero para pagar los viajes cotidianos fuera de la comunidad, así como los libros, cuadernos y otros materiales que son requeridos para asistir a la escuela (dificultad más evidente en aquellos poblados escasamente monetizados). Además, las familias en dichos lugares son mucho más dependientes de la fuerza de trabajo de los hijos de ambos sexos para satisfacer sus respectivas necesidades. El contexto cultural es aún más restrictivo para las muchachas cuyos familiares consideran que es negativo que salgan al exterior del pueblo por temor a que adopten malos valores o que se abuse de ellas. Además, en muchos de estos hogares, particularmente rurales, la escolarización de las mujeres descansa todavía en una escala de prioridades determinada por un contexto en el que se espera que ellas sigan los pasos de la madre (pobre, escasamente educada y con varios hijos). Estas últimas aseveraciones no pueden ser avaladas con la ENDES, ellas resultan de la combinación de la observación del autor en diversos trabajos de campo y de hallazgos en estudios cualitativos sobre la población rural.

Cuadro Nº 7.2.17
Grupos de edad según el nivel educativo alcanzado: 2000

Area de residencia	Grupos de edad			Total
Nivel de educación	15-19	20-24	25-29	
urbano				
No		0.5	0.5	0.5
Primaria incompleta	6.5	7.8	7.7	7.6
Primaria completa	13.0	9.6	8.1	9.1
Secundaria incompleta	47.7	23.1	22.6	24.9
Secundaria completa	31.7	40.7	35.3	36.9
Superior	1.1	18.3	25.8	21.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
rural				
No	6.0	6.7	9.6	7.9
Primaria incompleta	32.9	34.2	32.7	33.3
Primaria completa	30.4	28.0	24.0	26.5
Secundaria incompleta	24.5	17.9	15.4	17.7
Secundaria completa	6.0	9.5	11.6	9.9
Superior	0.3	3.7	6.6	4.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**11.0**	**37.1**	**52.0**	**100.0**

Contrastando el conocimiento del ciclo reproductivo con la variable "alguna vez usuaria de MAC" (Ver cuadro Nº 7.2.18), se advierte que entre las que usaron alguna vez un método anticonceptivo hay una mayor participación de mujeres con conocimiento de SR. Así, en los grupos que conforman las alguna vez usuarias de MAC tradicionales y modernos, el segmento que tiene dicho conocimiento es un componente superior al 40%. Sucede lo contrario con las MUEF que nunca usaron algún MAC, grupo que ostenta el mayor déficit en el conocimiento de SR (86%). Este resultado es reiterativo, al haberse observado que dicho conocimiento aumenta con la experiencia que va acumulando la persona a medida que envejece. Esto es, en las mujeres poco educadas y escasamente informadas en PF, influye positivamente el poseer cierto conocimiento de salud reproductiva y el haber contado con alguna experiencia en el uso de cualquier tipo de MAC. Definitivamente, la sola experiencia marital es un medio que las acerca a la necesidad de tomar conocimiento de diversos temas de salud reproductiva.

Cuadro Nº 7.2.18
Conocimiento del ciclo reproductivo, según alguna vez usuaria de MAC

Alguna vez usuaria de MAC	Conocimiento de SR2 (ciclo reproductivo)		Total
	No sabe	Si sabe	
Nunca usó	85.7	14.3	100.0
Usó solo tradicional/ folk	57.1	42.9	100.0
Usó solo moderno	59.5	40.5	100.0
Total	**63.0**	**37.0**	**100.0**

Las MUEF que tuvieron su primer nacimiento siendo jóvenes adultas (con 20 años de edad o más) son las que tienen el componente de conocimiento del ciclo reproductivo por encima del promedio (37%). Estos grupos de jóvenes que tuvieron su primer nacimiento entre los 20 y 24 años de edad o los 25 y 29 años de edad, son los que declararon su preferencia por una familia corta. Así, dijeron que su número ideal de hijos era de dos y menos en el 72% y 80% de los casos, respectivamente. Esto nos permite sostener que el escaso conocimiento del ciclo reproductivo, en particular como indicador del conocimiento en SR, se explica por la ineficacia del sistema educativo, por el temor o la dificultad para tratar este tema en el seno familiar y por otras razones, como el conocimiento errado, según la ENDES. Regularmente, la falta de dicho conocimiento es cubierta con informaciones que se obtienen parcialmente dentro y fuera del hogar, por intermedio de familiares y amigos.

Sabemos que dicha complementación del conocimiento de SR fuera de los hogares opera con mayor fluidez entre las personas con residencia en ambientes más expuestos a los medios de comunicación (grandes ciudades). No obstante, el acceso a los medios de comunicación no asegura que las personas satisfagan sus necesidades de conocimiento en SR. Esto último es confirmado al observar que en

el grupo de MUEF con conocimiento de SR (ver cuadro Nº 7.2.19), la mayoría estuvo conformada por las que tuvieron acceso al periódico y a la TV/radio (subconjunto que suma 84%). De manera similar, dentro del grupo de MUEF sin conocimiento de SR, también hay una amplia mayoría de MUEF que tiene acceso a periódico y TV/radio (70% de dicho grupo). Hecho que no debe llamar la atención debido a que dichos medios no están comprometidos en cubrir las necesidades de conocimiento de SR. Dada la evidencia de la amplia necesidad de conocimiento de SR, los comunicadores sociales tienen ante si un gran reto. Reto para el cual deberán considerar que tienen una demanda segmentada según sea el acceso a medios de comunicación, las áreas de residencia, los grupos de edad y los idiomas.

Cuadro Nº 7.2.19
Conocimiento del ciclo reproductivo, según acceso a medios de comunicacion masiva

Acceso: periódico, TV, radio	Conoce ciclo reproductivo		Total
	No sabe	Si sabe	
1 Periódico y otros	18.3	18.8	18.5
2 TV y radio	52.0	65.4	56.9
3 Resto en TV	4.8	3.6	4.4
4 Solo radio	13.2	7.1	11.0
5 Ninguno	11.7	5.1	9.2
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

La ENDES no fue diseñada para examinar el grado de autonomía (voluntad propia) en directa relación al tema de las decisiones individuales en salud reproductiva. Sin embargo, a través de la variable "discutió PF con el esposo en los últimos doce meses", es posible interpretar las respuestas a dicha pregunta. Para esta lectura se asume que lo relevante es si entabló la discusión (discutió PF alguna vez o con frecuencia) o no lo hizo (nunca discutió PF). Dado que buscamos indicios de autonomía en la toma de decisiones de una manera indirecta, utilizamos esa información parcial para deducir esta cualidad individual respecto a su propia SR. Se entiende que la pregunta esta dirigida para determinar la conversación sobre PF (incluido los MAC). Sin embargo, la ENDES no pregunta directamente si ella expresó su posición personal ni si ambos acordaron el número total de hijos a procrear. Quizá éste debería ser el camino a seguir en las próximas encuestas a fin de determinar la capacidad de las MEF para decidir o negociar con el esposo sobre el tamaño de la familia y, por extensión, se comprendería mejor el grado de autonomía que ellas ejercen sobre su respectiva salud reproductiva.

Observando las respuestas a la pregunta si discutió sobre PF con el esposo (ver cuadro Nº 7.2.10), se deduce que la cualidad de las MUEF con indicio de autonomía individual en su respectiva salud reproductiva tiene una relación positiva con el conocimiento del ciclo ovulatorio. Así, la ENDES permite afirmar que entre

las MUEF sin autonomía (nunca discutieron PF con su respectiva pareja) se da una menor participación de las que conocen el ciclo reproductivo (23%). Participación que es superior entre las MUEF con autonomía o que sí discutieron PF con el esposo (35% discutieron alguna vez y 46% discutieron frecuentemente). En promedio, las que no tienen autonomía en PF fueron muy pocas (no discutieron, PF 11%) en 1996. Esta evidencia de elevada autonomía en PF debería servir de soporte para esperar una mayor aceptación de intervenciones en la difusión del conocimiento de SR y como contrapeso de cualquier desaliento derivado de la difícil situación actual de la SR en el Perú.

Cuadro Nº 7.2.20
Conocimiento del ciclo reproductivo, según discusión de PF

Discute PF con su pareja	Conoce ciclo reproductivo			
	No sabe	Si sabe	Total	
Nunca	77.3	22.7	100.0	10.9
Una o dos veces (alguna vez)	64.8	35.2	100.0	58.7
Frecuentemente	54.4	45.6	100.0	30.4
Total	**63.0**	**37.0**	**100.0**	**100.0**

Como se podrá apreciar a continuación, la autonomía de las personas reflejadas a través de la respuesta a la pregunta "discutió PF con el esposo", es un atributo cualitativo que señala alguna diferenciación entre las MUEF, respecto a la PF o al uso de MAC. Esta diferenciación también es clara a medida que se pasa de una situación de ausencia de discusión a otra en la que hubo tal discusión. Así, se observa, en el cuadro Nº 7.2.21, que aquellas mujeres con autonomía en PF (las que manifestaron haber discutido PF con su esposo) son las que están presentes en mayor proporción entre las "alguna vez usuarias de MAC modernos" (62%, en el grupo que discutió algunas veces; y 75% en el que discutió frecuentemente). Sucede todo lo contrario con el grupo de las MUEF sin autonomía en PF (nunca discutió PF), en el cual sólo el 38% usó alguna vez MAC modernos. Estos datos son la evidencia de que las MUEF con autonomía en PF tienen una elevada preferencia por el uso de métodos anticonceptivos modernos.

Cuadro Nº 7.2.21
Alguna vez usuarias de MAC según discutió PF con esposo: 1996

Discutió sobre PF con su pareja	Uso alguna vez MAC				
	Nunca usó	Usó folklórico	Usó solo tradicional	Usó moderno	Total
Nunca	39.7	1.1	21.0	38.2	100.0
Una o dos veces (alguna vez)	14.9	1.4	21.7	62.0	100.0
Frecuentemente	7.1	0.4	17.6	75.0	100.0
Total	**15.2**	**1.1**	**20.4**	**63.3**	**100.0**

Al comparar las ENDES 1996 y 2000, se percibe que las MUEF con ausencia de autonomía aumentaron su participación. Por la importancia que pueda merecer este dato cualitativo de la autonomía, examinemos al grupo de las nunca usuarias de MAC en el año 2000 (ver cuadro Nº 7.2.22). En primer lugar debemos admitir que aún siendo no usuarias de MAC, la amplia mayoría sí muestra tener autonomía en lo que atañe a su salud reproductiva, tanto en las residentes urbanas como las rurales. En el 2000, entre las nunca usuarias con residencia urbana, las MUEF sin autonomía (no discutieron PF) fueron pocas (23%), pero más del doble que en los grupos de alguna vez usuarias de MAC. Son las residentes rurales las que marcan la gran diferencia en el tema de la autonomía. Esto es, entre las nunca usuarias de MAC hay una significativa participación de las que no tienen autonomía (40% de ellas nunca discutieron PF). En promedio, las residentes rurales sin autonomía (no discutieron PF) fueron el 25% en el año 2000. Esto confirma la existencia de un menor grado de autonomía en las decisiones de PF entre las mujeres con residencia rural y, por otro lado, que para la amplia mayoría de las MUEF (urbanas y rurales), este tema de salud ha dejado de ser un mito.

Cuadro Nº 7.2.22
Alguna vez usuarias de MAC según
discutió PF con esposo y área de residencia:2000

Area de residencia discutió FP con esposo	Alguna vez usó MAC			Total
	Nunca usuaria	Usó trad/folk	Usó moderno	
Urbana				
Nunca	23	11	10	12
Algunas veces	64	58	62	62
Muy a menudo	13	31	28	26
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Rural				
Nunca	40	17	15	25
Algunas veces	55	74	71	65
Muy a menudo	5	9	15	10
Total	**100**	**100**	**100**	**100**

Como suele suceder con muchos otros casos donde la cuantificación marca límites para examinar lo cualitativo (textual), en este asunto de la autonomía estaría ocurriendo algo similar. Presentada así la deducción de la autonomía a través de los datos de la ENDES, las mujeres con residencia rural aparecen con una imagen de estar más subordinadas al hombre respecto de las urbanas. Este resultado se basó en la menor proporción de mujeres que discuten PF, evidencia que se sugiere sea relativizada en razón a que los datos cuantitativos no estarían recogiendo adecuadamente la realidad de la autonomía en PF. Con la intención de aproximarnos mejor a esa realidad en que vive la mujer rural, consideramos que su proceso de toma de decisiones pasa por un camino más largo que en el caso de las urbanas, al involucrar a terceras personas y renunciar a ciertas creencias antes de dirigirse a un centro de salud del MINSA.

Además, se debe considerar que en este proceso las mujeres rurales por sí mismas determinan que algunos problemas de salud no son susceptibles de ser atendidos en el sistema biomédico. En otros casos, ellas asumen que los proveedores de la medicina oficial no conocen ni comprenden sus problemas de salud. Para acercarnos a la imagen más real de quienes son las mujeres andinas que conforman la demanda de SR, sugerimos considerar una de las conclusiones de Jeanine Anderson, que en su último estudio examinó este asunto en una sección subtitulada "El proceso de tomar una decisión". Esta conclusión revela una imagen de las mujeres rurales que contrasta con la lectura que suele ser frecuente en los proveedores del MINSA: "Las mujeres rurales no son una audiencia cautiva para los servicios de salud del sector público... Ellas son consumidoras con experiencia en la medida que usan diversos servicios, tienen criterio, capacidad de elección y buscan a su modo de ver el mejor uso de sus escasos recursos (incluyendo su tiempo y dinero)"[21]. Además, es probable que por razones culturales derivadas de la co-responsabilidad o complementariedad en el proceso de producción económica (trabajo productivo), los hombres y mujeres andinos con residencia rural posean elevada autonomía y no solo en PF o SR. Si entre ellas hay una menor proporción de las que discuten PF, puede ser lo normal en una sociedad donde el estilo de vida esta asociado a un determinado número de hijos necesarios para el trabajo agrícola.

Con lo examinado hasta aquí, se percibe que los involucrados en la oferta pueden alcanzar mayores logros en atención a la demanda en salud reproductiva, esto es, que parte de la demanda potencial se transforma en demanda efectiva. Para ello, corresponde a los proveedores interpretar y valorar las diferencias socioculturales que distingue a los consumidores. Se estima que muy poco se ha hecho para rescatar las diferencias culturales peruanas en la implementación de la oferta de servicios de salud. Habría ocurrido así, porque muy pocos han comprendido que al "fortalecer la identidad y la autoestima, la cultura crea condiciones favorables para el desarrollo de la participación comunitaria y la cohesión social"[22]. Por los anuncios expuestos públicamente[23], se prevé que el Ministerio de Salud próximamente adopte estas consideraciones sobre las diferencias culturales en la implementación de su programa de descentralización de los servicios de salud y, además, realice las acciones necesarias para lograr la participación ciudadana en la ejecución de dicho programa.

Se considera que por razones de justicia social, la oferta de SSR podría formular una estrategia destinada a superar las diferencias de atención menos confusas como aquellas que aluden a déficit en información, falta de conocimiento y barreras contextuales al acceso. Sin embargo, los responsables de la política de salud deben estar persuadidos que el problema al cual se enfrentan es mucho

21/ Jeanine Anderson. "Tendiendo Puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud". Movimiento Manuela Ramos. 2001 (pág. 64 y 65).

22/ Planteado en París por Bernardo Kliksberg, coordinador del Instituto Interamericano de Desarrollo Social del BID, el 13 de marzo de 1999, en el FORO DESARROLLO Y CULTURA .

23/ Discurso del Ministro de Salud el 10 de Abril del presente año con motivo de la entrega de los premios Enrique Paz Soldán, organizado por la Academia Peruana de Salud, OPS y Organismo Andino de Salud, del Convenio Hipólito Unanue.

más complejo de lo que puede ser entendido a través de las expresiones utilizadas como "déficit, falta y barreras". Es preciso comprender que los hacedoresde políticas de salud al formular dicha estrategia estarán ingresando a una esfera en la que cobra trascendencia diversos elementos intangibles que condicionan el comportamiento humano, esto es, los determinantes socioculturales. Por ello, es importante conocer el comportamiento de los grupos de personas y describir los elementos contextuales e inhibidores de la demanda en salud reproductiva. Asimismo, será preciso aceptar que parte de las brechas entre oferta y demanda tiene su origen en la oferta; como suele suceder en el desacierto de la comunicación desde el proveedor al usuario, error inevitable cuando se omiten verdades como la existencia de necesidades específicas y diferenciadas por segmentos de demanda.

7.3 Demanda y anticoncepción

Uso actual de MAC y razones de no estar usando un método

En primer lugar, es preciso señalar que el conjunto de las MUEF actualmente no usuarias de MAC, se distribuye en tres grandes grupos con independencia de la razón por la cual usaron o no usaron anteriormente MAC. (El cuadro Nº 7.3.1 ayudará en el análisis). Como integrantes del primer grupo nos referiremos a las que incurrieron en falla de método, conformado por embarazadas o amenorréicas cuya intención de uso permite clasificarlas como espaciadoras (5.4%, buscan postergar el nacimiento) y limitadoras (2.4% no desea más hijos). Este primer grupo suma el 7.8% de las MUEF. Un segundo grupo comprende a las no usuarias de MAC que responden a la denominación de demanda insatisfecha de PF propiamente dicha (15.1%), porque ellas son las que decidieron no usar MAC, no pudieron acceder a los métodos o simplemente desearon el embarazo sin sujeción a ningún tipo de planeamiento. Según la definición de demanda de PF[24], las MUEF del segundo grupo incluye a las embarazadas o amenorréicas que no planearon o no desearon el embarazo, las no embarazadas ni amenorréicas que desean otro hijo dentro de dos años o más y las que no desean más hijos. El tercer grupo, aun cuando no son usuarias de MAC, no forma parte de la demanda insatisfecha porque comprende a las embarazadas o amenorréicas que planearon su embarazo y a las no embarazadas ni amenorréicas que desean un próximo niño en un periodo inmediato menor a dos años (13.4%). Así, el conjunto de los tres grupos de "no usuarias de MAC" (incluidas las infecundas y menopáusicas), constituye el 38% del total de las MUEF de 15 a 29 años de edad. Hechas estas precisiones, interesa destacar que el segundo grupo (demanda insatisfecha de PF) sumado a las falladoras, (primer grupo) forman un subconjunto de 61% dentro de las no usuarias que también podrían ser consideradas como demanda insatisfecha de PF o MAC.

24/ La metodología planteada para dicho cálculo fue planteada por Westoff y Ochoa. Ubnet need the demand for Family Planning in dmographic and health surveys. In computer studies, N°5, Institute for Resource Development/ Macro International. Columbia. Meryland.1991.

Cuadro Nº 7.3.1
Uso actual de MAC, según la demanda insatisfecha de PF

Necesidad insatisfecha (V626 definition 2)	Uso actual de MAC			Total
	No	Trad+folk	Moderno	
Nec. Insatisfecha para espaciar	19.0			7.2
Nec. Insatisfecha para limitar	21.0			7.9
Usando para espaciar		50.4	49.6	31.0
Usando para limitar		49.6	50.4	31.2
Falla, espaciadora	14.4			5.4
Falla, limitadora	6.4			2.4
Desea nacimiento < 2 años	35.4			13.4
Infecunda, menopausica	3.9			1.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	37.8	19.6	42.6	100.0

A fin de comprender el escenario de las MUEF que actualmente no son usuarias de MAC, examinemos las razones que ellas dieron para explicar porque no estaban usando algún método (ver cuadro Nº 7.3.2). Entre las principales razones están las relacionadas con la fecundidad, y dentro de ella, la lactancia y el embarazo. Estas dos razones, lactancia y embarazo, involucran a un subconjunto de MUEF que suma el 52% de todas las que respondieron dicha pregunta (2,385 casos, número muy cercano al total de 2,439 actualmente no usuarias de MAC,). En tanto, los motivos por oposición al uso (4%), falta de conocimiento (9%) y razones relacionadas con el método (12%), suman 25%. Es importante precisar que del total de embarazadas y amenorréicas, las que llegaron a dichos estados por razones de falla del método usado fueron casi una de cada cuatro mujeres (23%). Además, interesa considerar que entre las razones de la última discontinuación de MAC, durante los últimos cinco años, la respuesta "se embarazó mientras usaba MAC" tuvo la mayor frecuencia (33%), incluso por encima del deseo de embarazarse.

En resumen, una lectura de estos hechos indica que formar parte del grupo de embarazadas o amenorréicas no fue la verdadera razón del "no uso de MAC" en todas ellas, dado que el 23% declaró que la causa primaria de no ser usuarias de MAC fue la falla del método que estaban usando. Por tanto, con tales evidencias se puede afirmar que, las razones ordenadas jerárquicamente de mayor a menor, serían: falla de método, embarazo, aspectos relacionados con el método y falta de conocimiento. Asimismo, habría que entender las necesidades de SR de las MUEF aún cuando muchas de ellas responden declarativamente a la pregunta sobre preferencias de fecundidad, sosteniendo que no desean tener más hijos (ver cuadro Nº 7.3.3). Es decir, a pesar de que las evidencias de no uso de MAC puedan mostrarlas como personas incoherentes (no desean más hijos y, sin embargo, no usan método alguno), no por ello sería

correcto soslayar que todas ellas requieran ser instruidas en las ventajas del uso de MAC. En particular, las que requieran ser persuadidas en el uso de MAC con fines definitivos, son las unidas actualmente no usuarias de anticonceptivos y que no desean más hijos (59%).

Cuadro Nº 7.3.2
Grupo de edad según razón de no estar usando MAC

Razón no esta usando MAC	Grupos de edad			Total
	15-19	20-24	25-29	
Otras en relación c/fecundidad	9.9	12.4	20.8	15.5
Lactancia	19.0	20.3	17.9	19.1
Embarazo	42.2	33.3	28.8	32.8
Oposición a usar	4.9	4.4	4.5	4.5
Falta de conocimiento	11.2	10.5	6.8	9.0
Relación c/método	4.2	11.0	11.5	10.1
Relación c/acceso, costo	8.6	8.1	9.8	8.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Cuadro Nº 7.3.3
Demanda MAC1 (uso actual) según desea más hijos

Desea más hijos	Demanda actual MAC1		
	No	Usa actual mod/trad	Total
Antes de 2 años	9.4	7.9	8.5
2 y más años	27.0	39.7	34.9
No más	59.1	46.9	51.5
Otros	4.5	5.5	5.1
Total	100.0	100.0	100.0

Continuando con el examen de las razones dadas por las actualmente "no usuarias de MAC", esta variable se cruzó con la variable de las MUEF "alguna vez usuarias de MAC". Dicha relación ha permitido encontrar que las "nunca usuarias" también declararon motivos de no uso relacionados con el método mismo, en proporciones iguales de 13% tanto en residentes urbanas como rurales. Esta evidencia, considerando que ellas nunca usaron MAC, advierte que entre las mujeres no usuarias de MAC hay también aquellas que decidieron no usarlos sin haber padecido algún efecto contrario en su salud por experiencia propia. Es decir, ellas simplemente se apoyaron en las referencias adversas obtenidas de terceras personas. Estas mujeres también se guiarían, para no usar MAC de los rumores contrarios a los MAC modernos, muy difundidos en sus respectivos contextos socioculturales.

Cuadro Nº 7.3.4
Alguna vez usuaria de MAC según área de residencia y razón no estar usando y lugar de residencia: 1996

Area de residencia razón no esta usando MAC	Usó MAC alguna vez			Total
	Nunca usó	Sólo tradicional/folk	Sólo moderno	
1 Urbano				
Relación c/fecundidad	21.1	15.7	21.6	20.2
Lactancia	15.6	24.8	15.1	17.3
Embarazo	26.3	46.4	42.4	38.8
Oposición a usar	9.0	0.4	1.4	3.2
Falta de conocimiento	9.0		0.5	2.7
Relación c/método	12.7	4.0	11.2	10.1
Relación c/acceso, costo	6.4	8.8	7.9	7.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
2 Rural				
Relación c/fecundidad	11.9	7.2	9.2	10.1
Lactancia	11.9	37.5	23.2	21.1
Embarazo	17.0	37.2	36.2	26.0
Oposición a usar	9.6	0.9	2.7	6.0
Falta de conocimiento	29.4	0.3		16.2
Relación c/método	12.9	4.4	10.8	10.1
Relación c/acceso, costo	7.2	12.5	17.8	10.5
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**40.2**	**24.9**	**35.0**	**100.0**

El examen de la distribución de las MUEF no usuarias de MAC, según el área de residencia y la razón por la que actualmente no está usando MAC, permitió revelar la mayor proporción de "embarazo o lactancia". (ver cuadro Nº 7.3.4). Motivos que explicamos tenían un mismo origen para casi la cuarta parte de ellas: la falla en el método usado. Tratando de ser más directos, se procedió a examinar las razones de "no uso actual de MAC", considerando sólo las respuestas directamente relacionadas con el sentido esencial de la pregunta. Para ello, retiramos todas las respuestas correspondientes a las no unidas, a las relacionadas con la fecundidad (lactancia, embarazo), a las que dieron otras razones y a las que no saben. Así agrupadas, estas razones para los años 1996 y 2000 están presentadas en la tabla Nº 24, anexo Nº 1. En dicha agrupación se aprecia que las mayores razones de "no uso de MAC" actualmente tienen relación con el método en sí mismo, tal como las reúne el cuestionario de la ENDES 2000 (problemas de salud, miedo a efectos secundarios, uso inconveniente y creencia de que su uso interfiere con procesos normales del cuerpo), razones dadas por las MUEF cuya participación se incrementó de 31% en 1996 a 44% en el 2000).

Se considera que este conjunto de razones de no uso relacionadas con el método revela un serio problema (miedo y efectos asociados con el método) que no merece ser mediatizado si queremos que la oferta de salud logre una mayor aproximación a la demanda de MAC. De este modo el uso de tales métodos será más estable, particularmente, en las usuarias de cualquiera de los anticonceptivos modernos. Además, se encontró que el segundo grupo de razones de no uso de MAC corresponde

a la falta de acceso o costos (28% en 1996 y 23% en el 2000). Es pertinente precisar que no necesariamente esta razón sería por el costo de adquisición de los métodos sino por los gastos de traslado para conseguirlos, dado que las postas y centros de salud del MINSA no cobran por los mismos. Particularnente se advierte que las MUEF con residencia rural no usan MAC por falta de conocimiento del método (de 38% en 1996 pasa a 22% en el 2000), razón que ya no se presenta en las residentes urbanas en el año 2000. Tanto en urbanas como rurales se mantienen elevadas las razones de "no uso de MAC" relacionadas con el método mismo (47% y 41%, respectivamente en el 2000). Este comportamiento factual estaría indicando que, en parte, las mujeres no usuarias tienen fuertes creencias asociadas al temor sobre los efectos colaterales de los MAC. Los efectos colaterales se refieren tanto a los no soportables (dolor, mareo, nauseas, pérdida o aumento de peso, etc) como a la ausencia de una respuesta esclarecedora de parte del servicio de salud, especialmente acerca de lo que sucede dentro de su propio cuerpo. Algunos estudios cualitativos permiten sostener que parte del rechazo a los MAC modernos no tiene su origen en el método mismo sino que se presenta asociado a la forma en que se proporciona información sobre ellos, así como a los procedimientos empleados en el servicio de salud (generan vergüenza en las mujeres que deben desvestirse para el examen visual) y a las distancias culturales entre el ofertante y la MEF (ellas suelen decir que no las escuchan ni las entienden o que ellas tampoco comprenden lo que les explican los proveedores).

Constituye una situación relevante y compleja a la vez, la de las MUEF que no desean más hijos (52%). Ellas conforman un grupo que difícilmente puede ser asociado, con algún estrato de pobreza, grupo de edad, área de residencia o nivel educativo. Es decir, ellas se hallan repartidas en los diferentes estratos mencionados. Por supuesto que proporcionalmente están un poco más en el área rural, en el estrato de los pobres, en los grupos de mayor edad y con bajo nivel educativo. Asimismo, las MUEF que no desean más hijos se encuentran mucho más entre aquellas cuyo primer coito fue una experiencia anterior a los veinte años de edad. En consecuencia, este grupo de mujeres da una trascendente señal de la demanda de SR respecto de su apreciación actual y futura al número de hijos que tienen y de su necesidad de ser atendidas con anticonceptivos, y en determinados casos con efectos definitivos. Demanda que se estima será difícil de atender considerando las diferencias culturales existentes, especialmente de las personas que temen, ignoran el funcionamiento de su cuerpo y rechazan el uso de los métodos modernos. (Los cuadros que corroboran este examen de las MUEF que no desean más hijos están en las tabas numeradas desde la 25 a la 28, en el anexo Nº 1).

Seguidamente, intentaremos superar los límites del análisis que imponen los datos cuantitativos de la ENDES al asociarlos con evidencias de estudios cualitativos. Esta asociación permitirá realizar algunas inferencias que aclaran en gran medida la importancia de las causales de falla de MAC originadas en la demanda de las MUEF alguna vez usuarias de MAC. Esta lectura, es preciso decirlo, abstrae de la realidad las explicaciones de las razones de "no uso de MAC" imputables a las "alguna vez usuarias" o a lo que ellas en

conjunto determinan como demanda, abstención o rechazo a los métodos anticonceptivos. En primer lugar, se percibe que las respuestas "quedó embarazada mientras lo usaba" a la pregunta sobre las razones de discontinuidad en los últimos cinco años, encierra muchos contenidos no explícitos, como es el caso de lo que es atribuible a las mujeres falladoras. Para cuantificar con objetividad encontramos a las que incurrieron en "falla de MAC". Como falladoras se indicaba el último resultado de diversas situaciones de anticoncepción fallida, pero aún así esta denominación no satisface del todo porque no informa de las reales razones que estarían dando soporte a tales hechos.

Para aclarar este asunto de las falladoras se utilizó algunos de los resultados de la investigación de Carmen Yon. Fue una ayuda parcial porque es posible comprender que las razones de las falladoras que usaban métodos tradicionales estarían muy asociadas al desconocimiento del ciclo reproductivo. Dicha autora refiere que existe diversas causales explicativas relacionadas con el desconocimiento del periodo fértil (sólo el 22% conoce dicho periodo) y el conocimiento errado del mismo. Estudio en el que fueron utilizados los resultados de los autodiagnósticos desarrollados por la población beneficiaria del Proyecto Reprosalud, cuyo ámbito de la población investigada correspondió a ocho de cada diez centros poblados rurales y, el resto, a áreas aledañas o urbanas.[25] Adicionalmente, en relación a las usuarias del método del ritmo, dicha autora indica que las causales de falla son relativas a la falta de comprensión del esposo cuando está ebrio, la confusión en el conteo de los días fértiles y la falta de regularidad en el ciclo menstrual. Otro grupo indica como causa de falla la existencia de relaciones sexuales forzadas (30% de las MUEF son forzadas y 27% de ellas ceden, en Huancavelica fueron el 44% las forzadas); la ausencia de autonomía en las mujeres (los hombres deciden el número de hijos y el uso de MAC que ellas deben usar); oposición al uso de los MAC modernos por parte de los varones que son protectores de sus esposas; la sujeción de las mujeres al control social de otras mujeres opuestas a la PF; y la distancia sociocultural entre las mujeres y los proveedores de salud (datos recogidos entre 1996 y 1999). Sobre este último aspecto, sostiene (Yon): "ellas sienten que, salvo excepciones, sus conocimientos y temores sobre sus cuerpos y su salud no son tomados en cuenta o son desvalorizados"; a lo cual se agrega la desconfianza en la competencia técnica del personal de salud.

En efecto, hay suficiente evidencia para aceptar que la mayor parte de las causales que explican la falla de MAC se origina en la demanda; causales asociadas a un determinado estilo de vida supeditado por elementos socioculturales. Causales como el desconocimiento del ciclo ovulatorio, la imposición sexual y reproductiva del esposo y el escaso valor concedido a la PF o uso de anticonceptivos. Evidencia que aunque surge nítidamente en la población rural también sería imputable a una gran parte de la población urbano marginal (tal semejanza se sustenta en la elevada migración rural que la integra). A fin de no desvirtuar la realidad, adelantamos que

25/ Carmen Yon. Hablan las mujeres andinas. Proyecto Reprosalud, ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos. 2000. Dicho estudio comprendió 257 autodiagnósticos con poblaciones de 55 distritos de 4 departamentos de la sierra del Perú.

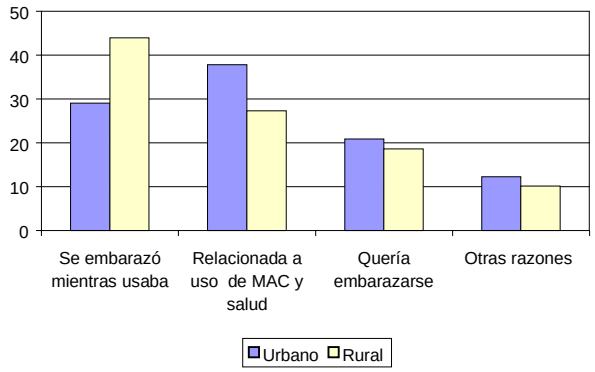
la segmentación de la demanda de SR no podrá quedar demarcada, como sería deseable, por la ausencia de una variable que precise mejor este asunto de la falla de MAC como efecto de factores socioculturales. Por el momento, solo debemos considerar que las MUEF que incurrieron en falla de MAC residen tanto en área rural como en área urbana, aunque en el cuadro Nº 7.3.5 y gráfico Nº 7.3.1 se precisa que la falla de MAC ocurre con una tasa mayor en el área rural (44% rural vs. 29% urbana). Tasa obtenida dentro del universo de las mujeres que expresaron sus razones para la última discontinuación de MAC durante los cinco años anteriores a la encuesta.

Cuadro Nº 7.3.5
Razones de la última discontinuación de MAC, según el área de residencia

Razón último MAC discontinuado 1/	Área de residencia		Total
	Urbano	Rural	
Se embarazó mientras usaba	29.0	43.9	33.2
Relación c/MAC y salud	37.8	27.3	34.9
Quería embarazarse	20.9	18.6	20.3
Otras	12.2	10.1	11.7
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

1/ MAC discontinuado durante los últimos cinco años.

Gráfico Nº 7.3.1
Razones de disconuidad de MAC por área de residencia: 2000



Asimismo, debemos considerar que gran parte de "las barreras" al uso de anticonceptivos tendría su origen en las mismas MEF, es decir, son responsabilidad de la demanda. Estudios anteriores como el de Dina Li[26], señalan que el dato "conocimiento de algún MAC" es amplio, pero inexacto porque existe una brecha entre el conocimiento aparente y real (para 1988 dicha brecha fue del 50%, excepto

26/ Dina Li. Barreras que afectan el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres en las áreas marginales del Perú. Publicado en el libro Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. Op.cit.

para el condón). Además, esta misma autora señala que el "conocimiento incorrecto es más alto entre las mujeres usuarias de cada método específico que entre las mujeres no usuarias". Recordemos que en párrafos anteriores se mostró con las ENDES 1996 que hay un elevado conocimiento incorrecto respecto al ciclo reproductivo. Asimismo, la investigadora citada sostuvo la hipótesis de que, en las poblaciones del estrato popular (el ámbito investigado comprendió las áreas urbano-marginales de cinco ciudades) la ausencia de correlato entre "uso de MAC modernos" y el deseo de no tener más hijos se explica por "los temores al uso de los mismos". Esta razón de los temores sigue siendo vigente y asociada en mayor grado a las poblaciones de áreas rurales, aspecto señalado como evidencia en un estudio reciente realizado por Carmen Yon, en el cual sostuvo: "La perspectiva de las mujeres sobre los métodos modernos se caracteriza fundamentalmente por los temores y preocupaciones frente a las consecuencias de éstos en su salud..... Los métodos modernos podrían quebrar el estado de salud en tanto son ajenos al cuerpo y/o pueden producir, por ejemplo, un exceso o ausencia de sangre, lo que alteraría el equilibrio normal de su cuerpo, elemento central para explicar la enfermedad en la cultura andina". Sobre el conocimiento de MAC, también señala (Yon) la enorme distancia entre "conocía o había oído hablar" y saber o comprender cómo éstos actúan en su cuerpo. Distancia que quedó visible en uno de los resultados de las encuestas de línea de base del Proyecto Reprosalud: "sólo el 12% de mujeres conoce al menos el funcionamiento de un método moderno"[27] (1998 y 1999).

Además, se estima que la falta de conocimiento de MAC, en el sentido de saber como funcionan, es un hecho que no queda del todo superado en aquellas MUEF que son actualmente usuarias de métodos modernos. Con los datos expuestos podemos afirmar que no todas estas mujeres han alcanzado la real atención a su necesidad de planificar su familia ni a su eventual necesidad de espaciar o limitar sus próximos nacimientos. Por consiguiente, es previsible que ellas seguirán incurriendo en la falla del método, soportarán efectos colaterales por desconocer otros métodos alternativos al de uso actual, mantendrán dudas por desconocimiento del funcionamiento del MAC y abandonarán estos métodos para regresar a los tradicionales,[28] entre otras posibles situaciones reales. En consecuencia, una elevada tasa de preferencia de métodos modernos no es garantía de que tales usuarias logren sus propósitos personales de planificar si recordamos que en promedio el 63% de las que actualmente son usuarias de MAC modernos no poseen un adecuado conocimiento de salud reproductiva (según indicador conocimiento de ciclo reproductivo). En tal sentido se recomienda que la variedad de la oferta de servicios de SR sea entregada considerando la demanda por segmentos; segmentación que no debe omitir la situación de las mujeres según el indicador de conocimiento de SR de la

27/ "Hablan las mujeres andinas". Op.Cit.

28/ Las tasas de discontinuación por tipo de MAC durante los últimos cinco años, según la razón. para discontinuar fueron altos en la píldora y en los inyectables; en particular por efectos colaterales o secundarios del método. En la Píldora fueron 42% en 1996 y 47% en 2000; y en los inyectables fueron 43% en 1996 y 57% en el 2000. Cuadro N° 4.14 de la ENDES 1996 y cuadro N° 5.13 en la ENDES 2000. Publicaciones de resultados de las ENDES por el INEI. Datos obtenidos por segmentos de usuarias de métodos anticonceptivos.

población local. Ese indicador señala que las MUEF sin conocimiento de SR son el 53% de las usuarias de métodos tradicionales y el 69% de las no usuarias de métodos. (ver cuadro Nº 7.3.6).

Cuadro Nº 7.3.6
Uso actual de MAC según indicador de conocimiento de SR

Ciclo reproductivo	MAC uso actual			Total
	No	Trad+folk	Moderno	
No sabe	68.7	52.5	62.6	62.9
Si sabe	31.3	47.5	37.4	37.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Las diferencias culturales son más acentuadas en las mujeres de comunidades nativas con respecto a las de las áreas rurales y urbanas. En el estudio de estas poblaciones nativas, al examinar la demanda se sostuvo: "las razones que aluden las personas para la no utilización de métodos modernos son las posibles consecuencias negativas para la salud, su poca efectividad y el temor hacia ellos. En algunos lugares se recogió la opinión que los métodos modernos tienen una acción muy poderosa en el organismo y eso produce temor, al grado que se piensa que el cuerpo no es muy fuerte y que las hierbas tienen una acción más suave".[29] Las creencias y los temores serían los elementos socioculturales más directamente determinantes del rechazo, las dudas y la demora en la aceptación de los métodos modernos. A estos elementos se agregan otras construcciones sociales como son los conceptos errados sobre el ciclo ovulatorio y las falsas ideas difundidas como aquella que sostiene que los anticonceptivos modernos producen cáncer.

En relación a los deseos y preferencias futuras de las MUEF respecto a su fecundidad, se dijo que las respuestas son declarativas porque en diversos casos se comprueba que las MUEF y sus circunstancias (contextos socioculturales) señalan una racionalidad factual (individual o de pareja) diferente a las aspiraciones en el número de hijos. Con los datos de la ENDES podemos afirmar que ellas incurren en tres importantes contradicciones, que en determinados casos, son involuntarias. En primer lugar, sin el necesario conocimiento en SR es imposible planificar; en segundo lugar, sin desear el primer hijo, se inician sexualmente sin protección anticonceptiva alguna; y en tercer lugar, mantienen su preferencia por el uso de MAC tradicionales o folklóricos sin cumplir las instrucciones del mismo o mantienen su rechazo a cualquier anticonceptivo. Por otro lado, las que sostienen no desear más hijos se cuentan tanto entre las no usuarias de ningún MAC (43%) como en las que usan métodos. Además, son muy pocas las MUEF que no desean hijos y usan métodos definitivos.

29/ "Mujer indígena, salud reproductiva y organización comunitaria" Op. Cit.

Lo que no podemos sostener con la ENDES, y forma parte de la realidad sociocultural existente (recogida por diversos estudios que aplicaron métodos cualitativos), es que parte importante de ellas, en su vida marital, se desenvuelven bajo las siguientes principales pautas y circunstancias:

- Ciertas creencias y patrones culturales contrarios a la anticoncepción, como las que sostienen que el uso de todo elemento extraño (los MAC modernos) daña o perjudica el funcionamiento del cuerpo.
- La relación jerarquizada de género y la preminencia del rol de madre colocan a la PF entre los asuntos sin prioridad.
- Los temores hacia los métodos modernos a sus efectos y al servicio de salud (oferta y proveedores), inhiben la demanda de MAC.
- El desconocimiento en SR y, en particular, el conocimiento errado del funcionamiento fisiológico del aparato reproductivo. Al respecto, la ENDES recoge información del desconocimiento y conocimiento errado sobre el ciclo ovulatorio y la lactancia.

Al comparar el déficit de conocimiento de SR (ciclo reproductivo) en el periodo 1996-2000, por estrato de pobreza, se determina la ausencia de cambios de consideración (39% y 24% en 1996 vs. 40% y 25% en el 2000, ver cuadro Nº 7.3.7) Sin embargo, al observar como se distribuyen estos déficit según el uso actual de MAC, encontramos que en el segmento de pobres y usuarias de MAC tradicionales hubo una reducción en dicho periodo (de 34% a 30%) compensado por el incremento en las MUEF pobres y usuarias de MAC modernos (pasaron de 34% a 37%). Este resultado habla de un cambio cualitativo expresado por una mayor frecuencia de MUEF que cuentan con un conocimiento del ciclo reproductivo entre las usuarias de MAC tradicionales, hecho que permite deducir que ellas tendrían más confianza en la eficacia del método usado.

Cuadro Nº 7.3.7
Uso actual de MAC según conocimiento ciclo reproductivo y situación de pobreza. 1996-2000

Conocimiento ciclo reproductivo Situación de pobreza	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
1996				
No sabe CR y piso tierra o pobre	47.7	33.7	33.8	39.0
No sabe CR y piso otro no pobre	21.1	18.9	28.9	24.0
2000				
No sabe CR y piso tierra o pobre	48.6	30.0	37.3	39.9
No sabe CR y piso otro o no pobre	22.1	17.3	29.6	25.3

Una gran parte de las mujeres unidas que actualmente no son usuarias de MAC podrían serlo en el futuro, en la medida que se les proporcione mejor información y acceso al conocimiento en salud reproductiva comprensible a su nivel educativo y a su respectivo estilo de vida actual. Tarea que surge de la deducción lógica lineal, pero que puede ser inefectiva de no considerarse los elementos

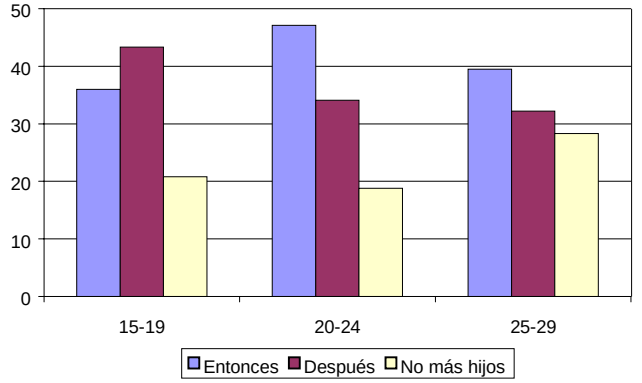
socioculturales en los respectivos programas de intervención de SSR. Elementos que explican las preferencias reproductivas diferenciadas de cada segmento de la población. Las unidas no usuarias se distribuyen entre las "alguna vez usuarias" (60%) y las "nunca usuarias" (40%). La ENDES informa, además, que una parte de las primeras son las que incurrieron en falla de método y son las que recientemente formaban parte de la demanda efectiva de MAC (22%). Asimismo, las "alguna vez usuarias de MAC" se reparten entre las que usaron métodos tradicionales o folklóricos (25%) y métodos moderno (35%).

Se considera importante precisar que estar embarazada (13.4%) expresa una situación de facto y oculta la causa primigenia de dicho estado, en particular para comprender las razones que se registran en la ENDES a la pregunta "¿por qué no está usando MAC?". Este asunto es en algo esclarecido al considerar la respuesta relativa a si dicho embarazo fue o no deseado. Así, encontramos que el 58% de las MUEF actualmente embarazadas respondió que "lo quería después" o "no quería más hijos" ver cuadro Nº 7.3.8 y gráfico Nº 7.3.2. Parte de estas últimas usaban MAC e incurrieron en falla, y la otra parte asumió el riesgo al no usar ningún método anticonceptivo. Por las evidencias registradas, se estima que las MUEF unidas no usuarias de MAC requieren, tal vez, de una atención especial en sus necesidades de salud reproductiva, motivo por el cual se justificaría que los ofertantes de salud identifican a este grupo como un particular segmento de demanda interesada en el uso de MAC e información y conocimiento de SR.

Cuadro Nº 7.3.8
Deseo del embarazo actual según grupos de edad

Grupos de edad	Deseo del embarazo actual			Total
	Entonces	Después	No más hijos	
1 15-19	36.0	43.3	20.8	100.0
2 20-24	47.1	34.1	18.8	100.0
3 25-29	39.5	32.2	28.3	100.0
Total	**42.0**	**35.3**	**22.7**	**100.0**

Gráfico Nº 7.3.2
Deseo del embarazo actual por grupos de edad: 1996



Cruzando las variables "uso futuro de MAC" y "deseo de más niños" (2,051 casos), el grupo de las unidas que señalaron no querer más hijos revela dos hechos que llaman la atención. Por un lado, en lugar de usar MAC definitivos (esterilización), prefieren con mayor frecuencia métodos usados para espaciar (DIU, inyectables y tradicionales) y escasamente el 10% indica la esterilización. Por otro lado, el 19% de ellas no sabe que MAC utilizará. Adicionalmente, se observa una regularidad en la preferencia futura de MAC tradicionales y en la ausencia de preferencia del método a usar (no sabe), ambos suman el 35 % en cada uno de los tres grupos de edades. Este resultado podría corresponder a conductas ajenas o reticentes al planeamiento en general o proclives a ceder ante temores enraizados que inducen a descartar la esterilización femenina y masculina. Esta ausencia de planeamiento es mucho más frecuente y evidente en los grupos de edades de 15 a 19 y de 20 a 25 años de edad (quienes tienen dos y más hijos: 35% y 54%, respectivamente). En ambos grupos, la hipótesis de ausencia de planeamiento alude a la influencia de factores socioculturales que no son posible sustentar, en todos los casos, con los datos de la ENDES.

Las MUEF que declararon que no piensan usar MAC en el futuro, aún siendo pocas (340 casos), revelaron razones de peso para sustentar el haber asumido esa actitud. Dentro de todas las razones sostenidas, las de mayor frecuencia se refieren a la falta de conocimiento (21% en métodos y a fuentes) y diversos motivos relacionados con el método anticonceptivo (25% que agrupa a problemas de salud, temor a efectos e interferencia con procesos del cuerpo). Este resultado, al menos, refuerza la hipótesis señalada en el párrafo anterior. Este fenómeno estaría sucediendo aproximadamente de este modo: por un lado, en las MUEF que no tienen conocimiento de los MAC (no entienden el funcionamiento de los mismos ni como actúan estos dentro de sus respectivos cuerpos), dicho desconocimiento, agregado a las ideas y al conocimiento errado de la salud reproductiva, estaría reforzando su escasa o ninguna preferencia por el planeamiento del tamaño de familia. Por otro lado, en el pensamiento de otras MUEF se junta el desconocimiento del funcionamiento de las MAC modernos y los temores que infunden determinando el rechazo a los métodos o el abandono de cualquier intento de planear o regular su respectiva fecundidad.

En todo intento por comprender la demanda de SSR, en este caso particular de los MAC, no puede soslayarse los antecedentes cualitativos y cuantitativos en el comportamiento reproductivo de las MEF. Con esta perspectiva se examininó la variable edad al primer nacimiento comparando la ENDES 1996 con la del 2000, encontrándose que hay una ligera reducción en la temprana procreación de las MUEF cuya edad actual corresponde al grupo de 15 a 19 años (2% menos en las que alumbraron antes de los 15 años). Detalle que se pierde al examinar sólo la proporción de los promedio anuales (2.9% vs. 2.4%). Observando los otro grupos de edades al primer nacimiento, sólo constatamos que en general el patrón cultural de alumbramiento a temprana edad aún se mantiene (57% en 1996 vs. 57.4% en el 2000, de las MUEF que tuvieron su primer hijo antes de los veinte años de edad). Esto es así, porque el

mayoritario alumbramiento a temprana edad es una expresión cualitativa eminentemente sociocultural (ver cuadro Nº 7.3.9). Tal afirmación deviene de concebir que las relaciones sexuales y la procreación humana, se suceden dentro de las acostumbradas relaciones de socialización de las parejas. La mayoría establece la vigencia de costumbres y la regularidad de ciertas fuerzas culturales que se sobreponen a las restricciones económicas y a las adversidades asociadas a la pobreza.

Cuadro Nº 7.3.9
Edad al primer nacimiento, según grupos de edad. 1996-2000

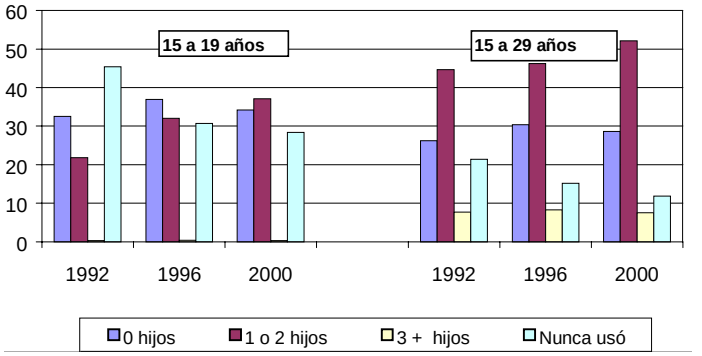
Grupo de edad/año	Edad al primer nacimiento				Total
	Menos de 15	15 a 19	20 a 24	25 a 29	
15-19					
1996	8.2	91.8	0.0	0.0	100.0
2000	6.1	93.9			100.0
20-24					
1996	2.8	59.8	37.5	0.0	100.0
2000	2.7	60.7	36.6		100.0
25-29					
1996	2.1	43.2	45.2	9.5	100.0
2000	1.6	45.2	42.6	10.6	100.0
Total					
1996	2.9	54.1	38.1	4.9	100.0
2000	2.4	55.0	36.9	5.8	100.0

Examinemos ahora la evolución del número de hijos al primer uso de MAC en el cuadro Nº 7.3.10 y en el gráfico Nº 7.3.3, y observaremos que los patrones de conducta reproductiva son estables por la influencia de los aspectos socioculturales, aún cuando las cifras muestren algunas variaciones en el período 1992-2000. Al examinar la variable número de hijos, lo más destacable en dicho período fue el pequeño aumento en 2.4% de la población de MUEF de 15 a 29 años que inició el uso e MAC antes de tener el primer hijo (de 26.2% en 1992 aumentó a 28.6% en 2000). Otro cambio importante fue la reducción de las "nunca usuarias" en casi 10 % (de 21.4% pasa a 11.8%); variación que implica considerar que en el 2000 se configuró un patrón de salud reproductiva con un nivel de uso de MAC mucho más acentuado que el habido en 1992. Aquí, es necesario precisar que la señalada reducción de las nunca usuarias trajo consigo un cambio positivo en el patrón de consumo, pero no en la misma intensidad; dado que este último se mide con la variable uso actual de MAC. La razón de haber destacado el incremento en las usuarias por primera vez, en el grupo de las que no contaban con hijos, es establecer la evidencia de que aún en el 2000 sigue siendo una minoría las MUEF que planifica la familia desde el inicio de la unión o antes de tener hijos. En el grupo de las adolescentes no se observa una tendencia clara al aumento de usuarias de MAC antes de tener un hijo, dado que entre 1996 y 2000 dicho grupo se redujo en 3%. Sin embargo, en el grupo de 15 a 19 años hay un mayor componente de las usuarias de MAC antes de tener un hijo respecto del promedio de MUEF de 15 a 29 años de edad (34% versus 29%, respectivamente en el 2000).

Cuadro Nº 7.3.10
Número de hijos al primer uso de MAC, según grupos de edad. 1996-2000

Grupos de edad/año	Número de hijos al primer uso de MAC				Total
	0 hijos	1 a 2 hijo	3 y + hijos	Nunca usó	
15-19					
1992	32.5	21.8	0.3	45.4	100.0
1996	36.9	32.0	0.4	30.7	100.0
2000	34.2	37.1	0.3	28.4	100.0
20-24					
1992	30.5	42.8	3.5	23.2	100.0
1996	34.8	44.3	3.6	17.3	100.0
2000	32.1	51.8	3.7	12.5	100.0
25-29					
1992	21.9	50.4	12.2	15.5	100.0
1996	25.3	50.9	13.8	10.1	100.0
2000	25.0	55.5	11.8	7.8	100.0
Total					
1992	26.2	44.7	7.7	21.4	100.0
1996	30.3	46.2	8.3	15.2	100.0
2000	28.6	52.1	7.5	11.8	100.0

Gráfico Nº 7.3.3
Número de hijos al usar primer MAC por grupos de edad: 1992-2000

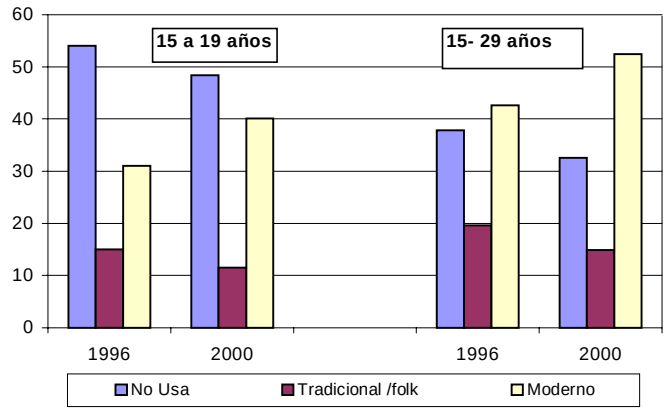


En el cuadro Nº 7.3.11 y en el gráfico Nº 7.3.4, al examinar la variable "uso actual de MAC", encontramos apreciables cambios positivos en el patrón de demanda o uso de métodos anticonceptivos ocurridos en el periodo 1996-2000. Un primer cambio es la reducción de las frecuencias de las MUEF no usuarias actuales de MAC en todos los grupos de edad analizados (en promedio es 5%). El segundo cambio, mucho más significativo cuantitativamente, es el incremento de la preferencia por los métodos modernos (en promedio 10%), variación que ocurre igualmente en todos los grupos de edad. Aunque no tenemos evidencia a través de la ENDES, estimamos que si en esta muestra se observa predisposición al uso de MAC definitivamente es, en parte, el resultado del mayor esfuerzo de la oferta de SSR. En parte, decimos, porque sin la mayor aceptación de los MAC modernos por parte de la demanda, no tendríamos esta evidencia de cambio positivo en el patrón de uso de anticonceptivos.

Cuadro Nº 7.3.11
Uso actual de MAC, según grupos de edad. 1996-2000

Grupos de edad / Año	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional /folk	Moderno	
15-19				
1996	54.0	15.0	31.0	100.0
2000	48.4	11.5	40.1	100.0
20-24				
1996	40.6	18.4	40.9	100.0
2000	34.7	13.7	51.6	100.0
25-29				
1996	31.9	21.5	46.6	100.0
2000	27.8	16.5	55.7	100.0
Total				
1996	37.8	19.6	42.6	100.0
2000	32.6	14.9	52.5	100.0

Gráfico Nº 7.3.4
Número de hijos al usar primer MAC por grupos de edad: 1992-2000



El examen de la variable "usó MAC alguna vez", distribuida según el número de hijos más el embarazo actual (ver cuadro Nº 7.3.12), permite explicar los cambios ocurridos en la preferencia de anticonceptivos a favor de los modernos. Por un lado, en el periodo 1996-2000 aumentó la participación de las MUEF con uno y dos hijos, lo cual fue compensado con una reducción en el grupo con tres y más hijos (este último pasa de 27% a 21.5%). Además, se redujo las proporciones de las nunca usuarias en todos los estratos de "número de hijos" (pasa de 15.2% a 12.7%). En otras palabras, hay dos cambios cualitativos importantes: la preferencia más marcada por un menor número de hijos y la mayor aceptación de los métodos modernos, incluso entre las que anteriormente eran "nunca usuarias". El deseo de tener menor número de hijos ha estado casi siempre presente. La diferencia de lo ocurrido entre 1996-2000, con respecto a los periodos

anteriores, radicaría tanto en la mayor variedad de métodos modernos ofrecidos, como en la interiorización de regular la fecundidad en las mujeres peruanas. Esta segunda explicación no ha sido más evidente porque aún persisten dos asuntos críticos por resolver, ambos, siguiendo la perspectiva de la demanda. El primero, relativo a la escasa atención, por parte de los proveedores, a los efectos colaterales de los métodos, y el segundo, referido al temor genérico (por creencias o rumores) a los métodos modernos. En síntesis, ambos asuntos críticos conciernen a los métodos particularmente modernos, recogidos como razones del "no uso actual" de métodos anticonceptivos. En la tabla Nº 24, anexo Nº 1, al dejar de lado las razones relacionadas con la fecundidad, se observa que entre los motivos esgrimidos, los de mayor frecuencia tienen relación con el método en sí mismo (44% en el 2000).

Cuadro 6.3.12
Usó MAC alguna vez, según el número de hijos. 1996-2000

Número hijos vivos más embarazo actual / años	Usó MAC alguna vez			Total	
	Nunca usó	Usó sólo trad/folk	Usó sólo moderno		
0 hijos					
1996	27.3	24.0	48.6	100.0	5.6
2000	20.6	17.7	61.6	100.0	6.5
1 hijo					
1996	15.7	20.6	63.7	100.0	37.5
2000	12.3	11.2	76.6	100.0	40.2
2 hijos					
1996	11.6	20.8	67.5	100.0	29.9
2000	8.7	10.6	80.7	100.0	31.8
3 hijos y más					
1996	16.1	22.8	61.1	100.0	27.0
2000	12.5	14.0	73.4	100.0	21.5
Total					
1996	15.2	21.5	63.3	100.0	100.0
2000	11.7	12.0	76.2	100.0	100.0

Visión, conocimiento y socialización de la reproducción y la anticoncepción

Es de sumo interés interpretar o plantear hipótesis respecto a las visiones de la población sobre la reproducción y la anticoncepción, como parte del proceso de aproximación a la realidad que aquí investigamos. En líneas arriba se mencionó la existencia de una contradicción en las MUEF, no usuarias de MAC las que señalan no desear más hijos. Recurriendo a los datos de la ENDES sólo encontramos evidencias parciales o razones de no uso relacionadas con el método en sí mismo (problemas de salud, miedo a efectos secundarios, uso inconveniente y creencia que interfiere con procesos normales del cuerpo). Para una comprensión más aproximada a la realidad, acudimos a los diversos estudios cualitativos (algunos de ellos ya mencionados). En ellos encontramos diversas argumentaciones y evidencias de que, esencialmente, dicha contradicción es aparente, por lo menos para las mujeres objeto de nuestra investigación. Para una parte importante de mujeres unidas con residencia rural no hay tal contradicción porque simplemente ellas comparten similares contextos

socioculturales, conviven en uniones de pareja, perciben las relaciones sexuales no separadas de la reproducción y socializan sus respectivos conocimientos de conservación de la salud, dentro de una unidad con la naturaleza que las coloca en una visión (holística) diametralmente distinta de la presentada en la entrega de SSR en la perspectiva biomédica (parcial, especializada y centrada en regular el proceso reproductivo). Esta interpretación surge al relacionar los datos socioculturales de las ENDES con la información cualitativa de otros estudios aplicados a poblaciones locales. En ese sentido, se estima que esa ambigüedad de las MUEF que no usan MAC o no usan MAC modernos y no desean más hijos, permanecerá invariable en tanto no ocurran cambios en las siguientes apreciaciones, conocimientos y conductas de las mujeres con necesidades insatisfechas de SR:

- No usan MAC modernos por temor a que les produzca daño en sus cuerpos.
- No conocen el funcionamiento del método moderno dentro del organismo humano.
- Siendo usuarias de MAC tradicionales, mantienen conocimientos errados sobre el ciclo reproductivo.
- Tienen elevada preferencia por el uso del método de abstinencia periódica (ritmo).
- Una parte de las usuarias de MAC modernos dice estar afectada por efectos colaterales.
- Conviven en una relación de pareja jerarquizada y con escasa autonomía de la mujer. Relación de pareja en la que el hombre no sólo no es colaborador en el propósito de planificar la familia sino que tiene una amplia decisión en el número de hijos.

Cabe precisar que estas explicaciones dadas para comprender la resistencia al uso de MAC, particularmente moderno, no es un conjunto de características que se presenta de manera homogénea en grandes grupos humanos (como la mujer rural) sino más bien está presente de manera parcial o dentro de situaciones contextuales y de pareja muy diversas. Asimismo, parte de estas características también son válidas para mujeres u hogares con residencia urbana. Por otro lado, sería aventurero afirmar que alguna de dichas características define a determinados grupos humanos. Prueba de ello es que mientras en promedio el 22% de las mujeres rurales (estudiadas por Yon) tenía un conocimiento acertado del ciclo reproductivo, en Ayacucho solo fueron el 10% las instruidas en estos asuntos.

Aún cuando se afirmó que había una contradicción entre no desear más hijos y el no uso de anticonceptivos, también ha de considerarse que en determinados grupos de MUEF, en el campo de la anticoncepción, las prácticas no siempre se corresponden con las convicciones. Para ciertas mujeres, expresar el deseo de controlar los nacimientos no significa que mecánicamente ellas recurran a un método anticonceptivo. Esta conducta no es ambivalente sino es una consecuencia de un deseo (individual) razonado de no querer más hijos y que se incumple ante la fuerza del modo social en que se dan las relaciones sexuales de dichas parejas. En definitiva se observa que los hechos contravienen a sus deseos individuales, lo cual puede ser el resultado final de la ausencia de autonomía de la mujer (no decide por sí misma), del simple temor a los anticonceptivos modernos o la aceptación del patrón cultural de la

comunidad que enaltece la maternidad por encima de otros roles.

7.4 Segmentos de demanda de las MEF unidas (MUEF)

Con los datos proporcionados por la ENDES 1996, pueden ser identificados segmentos importantes de la demanda actual de MAC asociados a patrones de conducta influenciados por factores socioculturales diferenciados entre usuarias y no usuarias de MAC. Tales segmentos de demanda de MAC son:

No usuaria de MAC
Actualmente usa MAC Tradicional /folklórico
Actualmente usa MAC Moderno

A continuación, describimos los elementos socioculturales que están asociados a las diferencias entre los segmentos de demanda actual antes citados. (Ver cuadro Nº 7.4.1)

Las MUEF tienen diferente comportamiento en la demanda de MAC, explicable por los diferenciados grados de educación alcanzados; esto es, hay una relación positiva entre el nivel educativo y la preferencia por MAC; es decir, en las que tienen mayor educación existe una mayor preferencia por los métodos modernos (secundaria completa o más educación, 46%). Entre las que actualmente no son usuarias hay una mayor participación de mujeres con secundaria incompleta o menos educación (69%). Aquí vemos que la variable "educación" complementa lo ya examinado en la falta de conocimiento de salud reproductiva a través de la variable "conocimiento del ciclo reproductivo". Con independencia del nivel educativo alcanzado, ellas tienen una marcada preferencia por los MAC modernos (43%).

Cuadro Nº 7.4.1
Uso actual de MAC según nivel de educación alcanzado

Nivel de educación	Usa MAC actualmente			
	No	Tradicional	Moderno	Total
Sec. incompleta o menos	68.9	60.3	54.4	61.1
Secundaria completa o más	31.1	39.7	45.6	38.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	37.8	19.6	42.6	100.0

El cruce de las variables educación y pobreza (ver cuadro Nº 7.4.2) nos permite apreciar la existencia de una relación recíproca (interdependencia) entre ambas variables. Dicho de otro modo, con los datos de educación y pobreza, la ENDES deja percibir que existiría factores socioculturales implícitos que determinan una influencia o determinismo entre el bajo nivel educativo y la pobreza de las MUEF (la mayoría de la población estudiada tiene secundaria incompleta o menos educación y el 80% de ésta, es pobre). Éste es un fenómeno que se da en toda la población peruana y por lo tanto es admisible que podamos asumir que este contexto de pobreza (56%) y de escaso nivel educativo (60% con secundaria incompleta o menos educación) definitivamente influye o determina el comportamiento de las MUEF peruanas.

Cuadro Nº 7.4.2
Educación según el material del piso o situación de pobreza: 2000

Material del Piso o estado de pobreza	Nivel de educación alcanzado		Total
	Sec. incompleta o menos	Sec. completa o más	
Tierra/madera o pobre	79.6	20.4	100.0
Otro material o no pobre	36.0	64.0	100.0
Total	**60.1**	**39.9**	**100.0**

Ser actualmente usuaria de MAC tradicionales o folklóricos no es una preferencia exclusiva de las MUEF pobres, ver cuadro Nº 7.4.3, aunque sí se observa que la mayoría de dicho segmento son pobres (59%). Se debe destacar que la situación de pobreza (piso de tierra/madera) se haya bastante asociada a las no usuarias de MAC; hecho que la ENDES confirma al señalar la existencia de una mayoría de pobres (64%) en el grupo de las no usuarias. Lo que no podemos dejar de comentar es que tanto en el segmento de no usuarias como en el de usuarias de MAC tradicionales, hay un importante contingente de no pobres. Asimismo, se observa que las MUEF menos educadas y pobres conforman la mayoría de los segmentos de las actualmente no usuarias de MAC (69% tiene secundaria incompleta o menos educación y 64% es pobres) y de las usuarias de métodos tradicionales o folklóricos (60% tiene secundaria incompleta o menos educación y 59% es pobres).

Cuadro Nº 7.4.3
Uso actual de MAC, según situación de pobreza

Material del piso o situación de pobreza	MAC uso actual			
	No	Tradicional/folk	Moderno	Total
Tierra/madera o pobre	64.0	59.2	48.3	56.4
Otro material o no pobre	36.0	40.8	51.7	43.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Área de residencia

Aún cuando el área de residencia (urbano/rural) no delimita con precisión a los grupos de la población nacional diferenciados culturalmente, recordemos que en una sociedad pluriétnica como el Perú tales diferencias entre el poblador del campo y el de la ciudad son ciertas. Esto es así porque en las comunidades rurales se vive con otra cosmovisión y en otro sistema de valores, distintos a los de las personas residentes en ciudades. Tales diferencias son más acentuadas cuanto mayor es el aislamiento o distancia respecto de las ciudades. Por ejemplo, las mujeres de la periferia urbana que migraron desde las áreas rurales no siempre tienen éxito en alcanzar una transculturación completa, es decir, adoptar definitivamente todas las formas de vida y las costumbres de la ciudad (formas que son cercanas al modelo occidental). Ellas conviven entre dos actitudes contrapuestas: la de ser conforme a su origen rural o la de escapar de la realidad urbana, que aún cuando la

ven transcurrir todos los días, les sigue pareciendo extraña. En cambio en el medio urbano, "la vida cotidiana entraña un interacción constante entre lo universal y lo local. Más aún, la ciudad es el lugar de encuentro de poblaciones diversas: nativos, emigrantes y turistas son grupos con distintos niveles de pertenencia. La ciudad aparece aquí como el crisol de la diversidad cultural y de la "interculturalidad".[30]

El hecho que las categorías urbano-rurales para la ENDES se remita directamente a límites geográficos, no impide aceptar otras lecturas, como la cultural, efectuada por antropólogos. Por tanto, podemos utilizar los resultados hallados por Alejandro Ortiz para comprender ciertos contenidos culturales implícitos en estas categorías urbano-rurales aquí utilizadas. Este autor, refiriéndose a cada horizonte cultural que aquí imputamos por separado a la población rural y urbana, en relación a la orientación frente al cambio, señala: "En el caso rural andino, la autocracia es considerada superior al cosmopolitismo, desde el punto de vista ético e ideal; pero el cosmopolitismo es una práctica igual o mayor que su opuesto. .... En el caso urbano individualista positivo, el sujeto se percibe como distinto al mundo, pero participando en él, hay espíritu de renovación". Más adelante, en relación a los aspectos grupales, agrega: "en el ámbito rural andino, el individuo fluctúa entre el ideal de autonomía y la práctica cosmopolita,.....el individuo es definido por el lugar y función que ocupa, está sometido al grupo y la pareja tiene una relativa autonomía. .. En el ámbito urbano progresista, el individuo y el hogar tienden a ser autónomos frente al grupo; en el tradicionalista, lo contrario; en el individualista positivo, hay un debilitamiento de las redes de parentesco; el individuo triunfa o se realiza en la sociedad; ..."[31]. Sólo para abreviar, podemos decir que mientras los pobladores rurales son muy solidarios y muestran más apego por la vida comunitaria, en los residentes urbanos cada vez es más acentuado el espacio y el predominio de una vida individualista.

La primera evidencia de que las residentes urbanas se distancian socioculturalmente de las rurales lo podemos advertir examinando sus preferencias sobre los métodos anticonceptivos a través de la variable uso actual de MAC. Como se observa en el cuadro Nº 7.4.4, en las residentes urbanas es notoria su mayor aceptación o uso de MAC modernos, en comparación a las residentes rurales (50% vs. 29%). En contraste, las residentes de áreas rurales presentan el componente más elevado de MUEF no usuarias de MAC (59%), es decir, el mayor contingente relativo de embarazadas, amenorréicas y nunca usuarias de MAC. Este comportamiento de las residentes rurales no puede ser otra que la respuesta esperada de una forma de vida influenciada por la cosmovisión de la tradición andina y por su mayor relación con el trabajo agropecuario. Forma o estilo de vida rural en el que el número de hijos, implica una ayuda de fuerza de trabajo para la labor de los padres, lo cual tiene una importancia propia en las áreas rurales de países en vías de desarrollo.

30/ Informe mundial sobre la cultura. UNESCO. Capítulo 7. Ciudades, cultura y globalización. Elizabeth Jelin. Socióloga e investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Argentina); con la colaboración de Alejandro Grimson. París (Francia). UNESCO SANTIAGO 1998. www.unesco.cl

31/ Op.Cit en 3.

Cuadro Nº 7.4.4
Demanda actual de MAC, según área de residencia

Área de residencia	MAC uso actual			
	No	Tradicional/folk	Moderno	Total
Urbana	31.2	19.0	49.9	100.0
Rural	49.9	20.8	29.4	100.0
Total	37.8	19.6	42.6	100.0

La ENDES proporciona más información de elementos contextuales que determinan la vida cotidiana de las MUEF de manera diferenciada, según el área de residencia de las mismas. Estos datos, recogidos a través de las variables educación y pobreza, permiten interpretar la presencia de los elementos que forman el contexto sociocultural que influyen de manera distinta según sea la residencia urbana o rural de la población. En esta sección nos limitaremos a examinar tal contexto, tomando en consideración el uso actual de los métodos anticonceptivos. En primer lugar, analizamos dicha variable según se distribuye en relación al área de residencia y nivel educativo alcanzado. Como se puede observar en el cuadro Nº 7.4.5 en el grupo de las residentes urbanas percibe que las MUEF con mayor educación (secundaria completa o más) tienen la más alta participación en los segmentos de usuarias de MAC tradicionales y modernos (en ambas, 59%). Mostrando un comportamiento totalmente distinto, las residentes rurales tienen una contundente mayoría en las menos educadas (secundaria incompleta o menos) en los grupos de usuarias de ambos métodos (85% en tradicional y 82% en moderno). Otro signo de su diferenciación con el comportamiento de las urbanas, es que en el grupo de las no usuarias, las rurales menos educadas suman el 90%. Es decir, la menor educación implica menos posibilidades de comprender la información en SR, menos expectativas de desempeñar roles distintos al de ser madres, más debilidad para enfrentarse a la competencia laboral individual en las ciudades y, probablemente, más predisposición para formar pareja a temprana edad.

Cuadro Nº 7.4.5
Uso actual de MAC, según área de residencia y educación: 2000

Área de residencia Educación	MAC Uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Urbana				
Sec. incompleta o menos	45.7	41.2	40.6	42.1
Sec completa o más	54.3	58.8	59.4	57.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	27.2	13.3	59.5	100.0
Rural				
Sec. incompleta o menos	89.5	85.1	81.9	85.5
Sec completa o más	10.5	14.9	18.1	14.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	40.4	17.2	42.4	100.0

Continuando con la diferencias contextuales de las usuarias actuales de MAC, esta vez las examinamos según sea la residencia urbana o rural y su relación con los estratos de pobreza. (ver cuadro Nº 7.4.6). En el grupo de las urbanas, encontramos que las MUEF no pobres son la mayoría entre las usuarias de ambos métodos (67% tradicionales y 66% moderno). En contraste, se observa que en el grupo de las residentes rurales, las que se encuentran en situación de pobreza son la mayoría en ambos grupos de usuarias de MAC (86% en tradicionales y 82% en moderno). Por lo tanto, podemos aseverar que existe una relación estrecha entre pobreza y área rural, hecho contextual que no es impedimento para que las MUEF sean usuarias de métodos anticonceptivos. La mayor preferencia relativa de los MAC modernos es el dato que en cierto modo homogeniza a ambas poblaciones con distinto lugar de residencia (60% en urbanas y 43% en rurales). No obstante, observando el consumo y la respuesta de las MUEF rurales a la oferta de MAC, se puede señalar al menos dos diferencias respecto a las urbanas. En primer lugar, las residentes rurales tienen un bajo nivel de uso de MAC modernos y en segundo lugar, un significativo componente de no usuarias de MAC (40%) que está constituido, mayoritariamente, por mujeres pobres (89%). Para comprender este distinto comportamiento de las residentes rurales respecto al consumo de MAC, sin contar con el aval de la ENDES, podemos asumir que dichas mujeres se mantienen fieles a sus costumbres y tradiciones que enaltecen la maternidad y las relaciones sociales comunitarias; con una fracción que va cambiando a favor del uso de anticonceptivos a medida que son influenciadas por diversas ideas, formas y estilos de vida que privilegian la realización individual.

Cuadro Nº 7.4.6
Uso actual de MAC, según área de residencia y situación de pobreza: 2000

Área de residencia Material del Piso/situación de pobreza	MAC Uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Urbana				
Tierra/madera o pobre	35.2	33.3	34.5	34.5
Otro material o no pobre	64.8	66.8	65.5	65.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
	26.7	13.3	60.0	100.0
Rural				
Tierra/madera o pobre	88.6	85.7	81.9	85.2
Otro material o no pobre	11.4	14.3	18.1	14.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
	40.4	17.1	42.5	100.0

Al examinar la distribución de las que usan MAC, según el número de hijos (ver cuadro Nº 7.4.7), vemos que la asimetría existente tiene su origen en el área de residencia (mayor participación del grupo con un hijo en las urbanas, 42%, y 39% en las rurales, en el grupo con tres o más hijos). La realidad estaría indicando que ambas poblaciones no pertenecen a culturas similares y que habrían diversos matices que las diferencian. Lo que ocurre es que los residentes rurales responden un poco más a conductas reproductivas asociadas, de manera más directa, a

costumbres y creencias comunitarias, en las que se encuentran pocos caminos de realización personal que no sean la conformación de la unión conyugal y la identificación e integración de ésta con su respectiva familia extendida. Las residentes rurales se distinguen de las urbanas porque poseen distintas creencias, preferencias y expectativas. Entre otras, ellas tienen fuertes creencias de efectos dañinos a la salud provocados por los MAC modernos, una marcada preferencia por los MAC tradicionales y la ausencia o poca expectativa por el desempeño de roles femeninos distintos a la maternidad. Por supuesto que la trascendencia de la cultura andina por ser comunitaria, no impediría el desarrollo de las individualidades como sí la limita el contexto de pobreza, el bajo nivel educativo y las escasas oportunidades en el ejercicio de actividades económicas. En relación al número de hijos, la presión social en las áreas rurales se presenta, parcialmente, con signos contrarios a la planificación familiar; diametralmente distinto a lo que sucede en las áreas urbanas (hay mayor concentración de MUEF con 3 y más hijos en el área rural (39%), respecto al área urbana (20%)). En ese sentido, los hechos señalan (ver cuadros Nº 7.4.8 y Nº 7.4.9) que, proporcionalmente, en los estratos pobres y no pobres con residencia rural, las proporciones de MUEF con tres y más hijos son considerables (40% y 36%). El mayor número de hijos por hogar en el área rural, salvo excepciones, sería más el efecto de una forma de vida asociada a sus necesidades de reproducción económica agropecuaria que una posición del puro azar. De otra manera no sería entendible el crecimiento en el consumo de MAC alcanzado por las mujeres de dichos lugares de residencia. Asimismo, la distribución de las MUEF, según el número de hijos, permite percibir la capacidad discriminadora de esta variable. Es decir, en los grupos de las MUEF urbanas y de las MUEF no pobres, se observa que entre aquellas que tienen hijos, hay una menor participación de las mujeres con 3 y más hijos, respecto de los grupos de residentes rurales y del estrato de pobres, respectivamente. Por tanto, los contextos y elementos socioculturales asociados a los estratos de pobreza y a las áreas de residencia rural, tendrían una mayor fuerza determinista en la conformación de hogares, cuyas madres tienen tres o más hijos.

Cuadro Nº 7.4.7
Demanda actual de MAC, según el número de hijos vivos (más embarazo actual) / área de residencia

Área de residencia Número hijos vivos más embarazo actual	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Urbana				
0	7.0	11.5	3.9	6.3
1	37.9	43.1	44.2	42.1
2	32.5	28.9	31.4	31.3
3 y+	22.6	16.5	20.5	20.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Rural				
0	5.2	6.7	1.2	4.3
1	28.7	30.3	29.2	29.2
2	26.4	26.7	29.8	27.4
3 y+	39.8	36.2	39.9	39.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Cuadro Nº 7.4.8
Demanda actual de MAC según número de hijos vivos (más embarazo actual) / situación de pobreza

Material piso / Número hijos vivos más embarazo actual	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Tierra/madera o pobre				
0	5.0	9.1	1.6	4.6
1	30.9	33.5	33.7	32.4
2	27.9	29.4	29.5	28.8
3 y+	36.2	28.0	35.2	34.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Otro material o no pobre				
0	8.3	10.7	4.7	6.9
1	38.4	45.2	47.0	44.0
2	32.5	26.4	32.4	31.3
3 y+	20.8	17.8	15.9	17.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Cuadro Nº 7.4.9
Situación de pobreza según área de residencia / número de hijos vivos (más embarazo actual)

Area de residencia / Número hijos vivos más embarazo actual	Material del piso		Total
	Tierra/mad. o pobre	Otro mat. o no pobre	
Urbana			
0	4.6	7.5	6.3
1	36.7	45.7	42.1
2	30.7	31.7	31.3
3 y+	28.0	15.1	20.4
Total	100.0	100.0	100.0
Rural			
0	4.6	3.1	4.4
1	28.7	31.8	29.2
2	27.2	29.0	27.5
3 y+	39.5	36.1	39.0
Total	100.0	100.0	100.0

Para examinar los tres segmentos de uso actual de MAC, según el número de miembros del hogar, la agrupación del número de miembros se hizo teniendo en cuenta que la mediana del número de hijos es dos. Con lo cual, podemos configurar que la línea divisoria en el número nominal de miembros del hogar para el universo estudiado es cuatro, esto es, dos padres más dos hijos. En el área urbana es más notoria la concentración de las MUEF en el grupo de 1 a 4 miembros del hogar (42%) que en el área rural (38%). Se esperaba que estas categorías pudieran señalar diferencias culturales implícitas, particularmente asociadas a los grupos con 7 y más miembros del hogar, pero no fue así. Tal vez estas diferencias se pierden en los grandes promedios. Lo que aquí se percibe es que estos hogares, con siete y más miembros, aún tienen una considerable participación (30% en urbanas y 27% en rurales). Ver cuadro Nº 7.4.10.

Cuadro Nº 7.4.10
Actual usuaria de MAC según área de residencia/ número de miembros del hogar

Área de residencia Número de miembros, en grupos	MAC uso actual			
	No	Tradicionales/folk	Moderno	Total
urbana				
1-4	41.5	43.3	41.6	41.9
5-6	28.4	27.2	28.8	28.4
7 y +	30.1	29.4	29.5	29.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
rural				
1-4	36.6	41.4	36.8	37.6
5-6	35.6	34.2	36.9	35.7
7 y +	27.8	24.5	26.3	26.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Por otro lado, la distribución de las MUEF según la edad al primer nacimiento (ver cuadro Nº 7.4.11) revela que la mayor concentración relativa estuvo en el estrato de 15 a 19 años de edad (54%). Asimismo, las mujeres que experimentaron su primer nacimiento entre los 15 y 19 años de edad, fueron la mayoría en los grupos de edad actual, de 15 a 19 (92%) y de 20 a 24 (60%). Éstas, cuyo primer nacimiento ocurrió con anterioridad a 20 años de edad, también fueron la mayor parte en cada uno de los tres segmentos de demanda de MAC examinados (62% en las no usuarias, 54% en las usuarias de MAC modernos y 53% en las usuarias de MAC tradicionales). Ambos resultados están indicando características socioculturales asociadas al comportamiento en SR de las MUEF que debemos rescatar. Por un lado, el inicio sexual sin protección anticonceptiva y, por otro lado, la unión conyugal que más allá de la correspondencia amorosa y el placer de vivir en pareja, presenta la imagen de una mujer exigida a responder por una inmediata procreación. La edad de las protagonistas adolescentes no nos sirve de argumento para asumir que la mayoría de ellas son sorprendidas con el nacimiento del primer hijo, porque al margen de muchas otras opciones de vida visualizadas por los adultos, ellas se desenvuelven dentro de su propia racionalidad social o comunitaria de adolescente o joven.[32] Es decir, ellos y ellas ingresan a asumir roles de adultos por razones individuales (necesidad de afirmación e independencia, entre otros) y colectivas, como considerar que muchas familias se formaron de igual manera a la suya (situación que se asimila como algo común en el respectivo contexto sociocultural). Las mujeres de las comunidades andinas y las mujeres con residencia rural tendrían una mayor propensión a formar pareja a temprana edad a juzgar por el valor que se le concede a la pareja por razones de pertenencia y de relación con su respectivo medio social.

32/ Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. UNFPA. La adolescencia y la salud reproductiva. Martha Falconier y otros. Pág.16, 2° párrafo.

Cuadro Nº 7.4.11
Edad al primer nacimiento según la edad presente

Grupos de edad	Edad al primer nacimiento				
	Antes de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total
15-19	8.2	91.8	0.0	0.0	100.0
20-24	2.8	59.8	37.5	0.0	100.0
25-29	2.1	43.2	45.2	9.5	100.0
Total	**2.9**	**54.1**	**38.1**	**4.9**	**100.0**

Cuadro Nº 7.4.12
Demanda actual de MAC según edad al primer nacimiento

Edad al 1º nacimiento	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	2 Moderno	
Antes de 15	3.8	2.7	2.4	2.9
15-19	58.6	50.9	52.0	54.1
20-24	33.0	41.6	40.4	38.1
25-29	4.5	4.8	5.2	4.9
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

La maternidad temprana es un hecho social que está asociada a la pobreza y al bajo nivel educativo. En el grupo de las pobres, dicho comportamiento reproductivo de las MUEF está presente con una participación importante sin distinción del nivel educativo (62% tuvo el primer nacimiento entre los 15 y 19 años de edad en el año 2000). Ver tabla Nº 29, anexo Nº 1. Dicha experiencia marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo, que al estar ligada a la pobreza, implica para los protagonistas contar con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. Este hecho de la reproducción a temprana edad genera una relación entre padres e hijos probablemente más armoniosa o con menos tensiones que en las familias urbanas. En cambio, las familias con residencia urbana, aún cuando los padres desean apoyar el nuevo hogar, muestran sus tensiones como efecto de sus dificultades para distribuir la escasez ante el impacto de la carga extra que significa la joven pareja y sus respectivos hijos. Esta representación de los hechos sería frecuentemente actualizada en la mente de los adultos, mientras los adolescentes y jóvenes se mantienen absortos en la idealización del presente combinada con la esperanza de un futuro distinto. Pronto, ambas generaciones aceptarán que en un contexto de privaciones económicas, muy común en países con amplia población en situación de pobreza, se impone desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y escasa capacitación para el trabajo.

Con relación al número de hijos habidos en las MUEF al primer uso de

MAC (ver cuadro Nº 7.4.13), los grupos de mujeres con ningún hijo fueron el 38% en las urbanas y el 16% en las rurales; en suma, ellas fueron el 30% de las MUEF de 15 a 29 años de edad. Esto nos confirma que con independencia del lugar de residencia, existe un patrón cultural que refiere que 62% de las urbanas y 84% de las rurales se habrían iniciado sexualmente sin usar ningún tipo de anticonceptivo o que usaron MAC luego de haber tenido uno o más hijos. Además, observamos que en el grupo de las pocas que iniciaron el uso de MAC sin contar con hijos, ellas prefirieron los métodos tradicionales y folklóricos (60% en las urbanas y 78% en las rurales). Es decir, la amplia mayoría de las mujeres unidas de 15 a 29 años de edad usó MAC por primera vez luego de haber tenido uno o más hijos, evidencia que las peruanas no planifican su familia desde el inicio de la convivencia conyugal. Esta evidencia, al estar acompañada de una elevada proclividad al inicio sexual a temprana edad, indica que la sociedad peruana es permisiva a la unión conyugal de adolescentes como parte de un patrón cultural en que la unión, sea por convivencia o matrimonio formal, implica el embarazo del primer hijo sin sujetarse a ninguna forma de PF. En el grupo de las residentes rurales, la unión marital sin uso de MAC hasta tener el segundo hijo es un patrón de conducta reproductiva seguido por la mayoría de las MUEF (55% de ellas usaron MAC, por primera vez, luego de contar con dos o más hijos).

Respecto al inicio sexual sin protección y un eventual embarazo, y desde una racionalidad ajena a las relaciones socioculturales concretas, se suele afirmar que el embarazo a temprana edad es consecuencia de inmadurez, falta de información y desconocimiento de salud reproductiva. Aunque esta afirmación sea parcialmente cierta, por los estudios cualitativos sabemos que esta apreciación estaría sesgada porque no contemplaría la diversidad de evidencias de autoaceptación y del apoyo material a la primera unión y al primer nacimiento que reciben las jóvenes parejas de sus respectivos familiares; relación filial o de dependencia que muchas veces se extiende hasta la comunidad (círculo de amigos, barrio o pueblo). Vínculos que probablemente sean menos estrechos en la periferia urbana que en las áreas rurales, considerando que en estas últimas la población tiene más fuerte tradición por la vida comunitaria. En ese sentido, debería aceptarse que esta conducta proclive al coito a temprana edad, sumada a la unión marital derivada del primer embarazo y a la unión ligada a la reproducción inmediata, es consecuencia de un contexto sociocultural. En tal sentido, tal conducta reproductiva cambiará a medida que en dicho contexto ingresen nuevas ideas y consumos de servicios y símbolos sobre el hogar, la familia y el desarrollo individual. Tengamos presente que los individuos, en su interacción social como tales y como grupos frente al cambio, señalan y establecen relaciones genéricas entre individuo y su entorno social. Ellos mismos adoptan o asimilan formas de vida de las metrópolis y transforman sus respectivos contextos socioculturales locales.

Cuadro Nº 7.4.13
Primer MAC usado según el número de hijos al primer MAC usado

Área de residencia Niños al primer uso de MAC	Primer MAC usado				
	Ninguno	Moderno	Trad/folk	Total	
Urbana					
0	0.8	39.1	60.0	100.0	38.0
1 hijo	0.9	71.7	27.4	100.0	38.0
2 hijos	0.7	70.6	28.7	100.0	10.5
3 hijos	1.5	82.2	16.3	100.0	3.3
4 y + hijos	1.4	73.9	24.6	100.0	1.7
Nunca usó	100.0	0.0	0.0	100.0	8.6
Total	9.4	53.4	37.2	100.0	100.0
Rural					
0	1.4	20.5	78.1	100.0	16.2
1 hijo	2.6	43.1	54.3	100.0	28.9
2 hijos	1.7	51.0	47.3	100.0	13.1
3 hijos	1.6	56.5	41.9	100.0	8.1
4 y + hijos	0.7	65.8	33.6	100.0	6.4
Nunca usó	100.0	0.0	0.0	100.0	27.3
Total	28.6	31.3	40.1	100.0	100.0

Al observar la distribución de las MUEF, según el área de residencia y el deseo de más hijos, la más notable diferencia tiene relación con la categoría de las mujeres que no desea más hijos, diferencia establecida entre urbanas y rurales. En promedio, el grupo que no desea más hijos tiene una mayor proporción en las rurales (61%) que en las urbanas (46%), debido a que las primeras empezaron a procrear más temprano y cuentan con un promedio mayor de hijos que las urbanas. Respecto del total de MUEF, las que no desean más hijos son 22% rurales y 29.5% urbanas y que en conjunto suman 51.5%. Sin embargo, sujetándonos a la racionalidad occidental decimos que ni unas ni otras adoptan una posición de usuarias de MAC en el mismo sentido de su deseo de no tener más hijos, a la luz de los métodos anticonceptivos modernos disponibles. Esto lo examinamos a continuación. (Ver cuadro Nº 7.4.14).

Cuadro Nº 7.4.14
Área de residencia según deseo de más hijos

Desea más hijos	Área de residencia		
	Urbana	Rural	Total
Antes 2 años	9.4	6.6	8.5
2 y más años	39.2	27.0	34.9
No mas	46.2	61.2	51.5
Otros	5.1	5.1	5.1
Total	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal	64.5	35.5	100.0

Ahora analizamos el uso actual de MAC para contrastar la posición actual en cada segmento con relación a su comportamiento futuro, en particular, de las que no quieren más hijos (ver cuadro Nº 7.4.15). En primer lugar, se aprecia que las nunca usuarias probablemente se mantendrán, generalmente, en esa misma posición. Examinado el cruce de la variable "demanda según uso actual de MAC", con la pregunta sobre el deseo de tener más hijos en el futuro, se puede señalar que del total de MUEF que no desea más hijos (51.5%), solamente el 56.6% está usando MAC para limitar y el 4.6% falló en su intento de limitar. En suma, el 61% (56.6% que están usando para limitar y 4.6% que fallaron en intento de limitar) de las que no desean más hijos en el futuro son las que, a la fecha de la encuesta, habían adoptado una posición coherente con sus deseos de no procrear. Además, recordemos que del total de MUEF de 15 a 29 años de edad, sólo el 10% eligió la esterilización. Los hechos revelan que una parte importante de las MUEF con deseos de regular o limitar su fecundidad no se comportan de acuerdo a lo expresado como deseo.

Cuadro Nº 7.4.15
Deseo de más hijos según necesidad insatisfecha de MAC

Necesidad insatisfecha (2ª definición)	Desea más hijos				Total
	Antes 2 años	2 y +años	No más	Otros	
Nec. insatisfecha para espaciar	0.7	11.9	5.3	5.1	7.2
Nec. insatisfecha para limitar			15.1	3.0	7.9
Usando para espaciar	58.0	70.8		27.2	31.0
Usando para limitar			56.6	39.3	31.2
Falla, usaba para espaciar	1.3	4.8	6.8	2.7	5.4
Falla, usaba para limitar			4.6	0.9	2.4
Desea hijo en menos de 2 años	34.3	11.8	11.0	13.9	13.4
Infecunda, menopáusica	5.7	0.8	0.6	7.9	1.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal %	8.4	34.9	51.5	5.1	100.0

La segmentación de la demanda con los datos de las ENDES también puede ser examinada a través de la variable "usó MAC alguna vez", con la cual tenemos tres grupos o categorías de MUEF: "nunca usuaria", "usó tradicional/folklórico" y "usó moderno". Ahora veamos como se distribuyen estos tres grupos según el acceso a medios de información masiva (periódico y TV/radio) y área de residencia, con el fin establecer algunas distinciones entre ellos. Aunque la lectura de periódico no es muy determinante de las diferencias entre los tres segmentos, sin embargo encierra un contenido cultural distinto de los otros medios, explicable por el hábito a la información actualizada y por el esfuerzo de hacer un mayor gasto para informarse a través de dicho medio. Estas características asociadas al periódico no se ven reflejadas en las mayores frecuencias de mujeres lectoras urbanas en los segmentos de las que usaron alguna vez MAC tradicionales o modernos, con respecto a las nunca usuarias y a las residentes rurales. Definitivamente, el acceso a la TV /radio muestra que ambas vías de información son las de mayor frecuencia, sin dejar de distinguir la particularidad del mayor impacto de la TV, dada la transmisión de imágenes respecto a la radio. La ENDES 2000 (tal como la

ENDES 1996), señala que las mujeres urbanas tienen mayor acceso a la información que las rurales, por el acceso a los medios TV y radio (52% y 19%, respectivamente). El hecho de que en el área rural haya una elevada proporción de mujeres con acceso a sólo radio o a ninguno de los tres medios citados (72%), indicaría que en ellas es más determinante la continuidad de sus costumbres. Es decir, las mujeres rurales viven cotidianamente en un mundo más conservador en estilos de vida debido, en parte, a la menor influencia de los medios de información masiva. Continuidad difícil de remontar dado el deterioro en el acceso a la información masiva que se observa para la población rural entre 1996 y 2000 (la participación a sólo radio o ningún medio pasó de 51% a 72%). Ver tabla Nº 39, anexo Nº 1. En el cuadro Nº 7.4.16 (ENDES 1996) se percibe claramente que el estado de acceso a los medios de información masiva coloca en desventaja a las residentes rurales, quienes tienen una menor participación en los medios periódico, TV y radio; en tanto, las que escuchan sólo radio o no acceden a ningún medio suman 51%. Además, en la organización de las familias urbanas, generadas parcialmente con migrantes rurales, seguirán predominando muchas de las creencias y culturas vividas en el lugar de origen (música, fiestas religiosas, familia extendida, relaciones de género jerarquizadas, etc.). En tal sentido, se sabe que las costumbres rurales y andinas trascienden e imperan más allá de los límites geográficos de origen, con el agregado que en muchos de los casos, dicha migración lleva impregnada la pobreza. No obstante, en ciertos aspectos, las mujeres de estos tres segmentos de demanda examinados (según MAC usado alguna vez) muestran que el acceso desigual a la información también explica el hecho que se mantenga conductas reproductivas diferenciadas por área de residencia. También es cierto que, de algún modo, se van atenuando las diferencias regionales con el transcurso del tiempo, particularmente en las poblaciones rurales mejor informadas por estar aledañas o vinculadas a las ciudades.

Cuadro Nº 7.4.16
Área de residencia según acceso a medios de información

Lee periódico, TV, radio	Área de residencia		
	Urbana	Rural	Total
Periódico y otros	19.6	16.2	18.4
TV y radio	72.2	29.2	56.9
Resto en TV	4.9	3.6	4.4
Sólo radio	1.7	27.9	11.0
Ninguno	1.6	23.1	9.2
Total	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal	64.5	35.5	100.0

Siendo el propósito de esta investigación ofrecer una lectura sociocultural de la demanda en salud reproductiva, se utiliza tanto la información directa como la obtenida de modo indirecto. Usando esta segunda vía, se estima que tener conocimiento en salud reproductiva es una de las variables que permite importantes deducciones socioculturales sobre la población

estudiada, dados las diversos elementos asociados al mismo (mayor nivel educativo, mejor información, más conocimiento de los derechos individuales, más capacidad para el desarrollo individual, etc.). A fin de evitar dudas sobre la calificación de variable sociocultural referida al conocimiento de salud reproductiva (derivado del conocimiento o no del ciclo ovulatorio), sólo sostenemos que ella podría ser una buena síntesis de ideas y conducta diaria de las personas, asociada con la importancia otorgada a la salud reproductiva y al conocimiento de ésta como paso previo a los actos sexuales y reproductivos. Por supuesto que tiene sentido establecer diferencias de conducta entre una persona que cuenta con conocimiento de salud reproductiva y otra que no lo tiene desde que la observación cotidiana permite establecer mayores probabilidades de que la segunda posibilidad guía muchos actos amparados en particulares creencias o en esquemas de "uso práctico" adscritos a determinadas costumbres de convivencia conyugal (seguidores de lo que ven en el comportamiento de las personas de su localidad, fieles al refrán "donde fueres haz lo que vieres"). En esta perspectiva, encontramos que la baja tasa de conocimiento del ciclo reproductivo permite diferenciar claramente al segmento de las nunca usuarias, respecto de los dos segmentos de "alguna vez usuarias de MAC tradicional" y del moderno. Como se observa en los cuadros Nº 7.4.17 y Nº 7.4.18, los hechos confirman que las MUEF con conocimiento de SR son escasas entre las nunca usuarias (un quinto en las urbanas y un décimo en las rurales). Asimismo, observamos que la mayor tasa de conocimiento de SR está presente en las usuarias de métodos tradicionales y que, aún cuando dicho atributo no alcanza a la mayoría de este segmento, evidencia que las que cuentan con dicho conocimiento, habrían aceptado la lógica biomédica (el conocimiento del ciclo ovulatorio es determinante para lograr efectividad en el uso de métodos tradicionales). Además, indica que no hay diferencias en conocimiento de SR entre urbanas y rurales al interior del grupo de mujeres que usaron alguna vez MAC tradicional. Esta última constatación abona a favor de la apreciación dada en acápites anteriores respecto a la semejanza en determinados elementos socioculturales asociados a la necesidad de planificar la familia luego de contar con uno o dos hijos; necesidad que trasciende las fronteras urbano-rural. Constatación que destacamos en virtud de que el bajo conocimiento en salud reproductiva es un hecho que afecta a toda la sociedad peruana, con lo cual no se pretende ocultar el pequeño diferencial que existe entre urbanas y rurales que cuentan con dicho conocimiento (cuatro de cada diez vs. tres de cada diez MUEF, respectivamente). La trascendencia de este elemento respecto del universo de la sociedad peruana no muestra un cambio importante en el periodo 1996-2000, salvo en el incremento de la proporción de las urbanas que tienen dicho conocimiento y alguna vez fueron usuarias de MAC tradicionales (de 43% en 1996 pasaron a 56% en el 2000) y la pequeña caída en la participación de las MUEF rurales con conocimiento de SR (30% vs. 27%, en el mismo periodo). Este segundo cambio adverso para el ámbito rural fue mediatizado porque tal reducción se originó en el grupo de las alguna vez usuarias de MAC modernos.

Cuadro Nº 7.4.17
Uso de MAC alguna vez según área de residencia y conocimiento de ciclo reproductivo: 1996

Área de residencia Conoce ciclo reproductivo	Alguna vez usó MAC			Total
	Nunca usó	Sólo tradicional	Usó solo moderno	
Urbana				
No sabe	77.8	56.9	57.5	59.1
Si sabe	22.2	43.1	42.5	40.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Rural				
No sabe	90.2	57.1	66.1	69.9
Si sabe	9.8	42.9	33.9	30.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	15.2	21.5	63.3	100.0

Cuadro Nº 7.4.18
Uso de MAC alguna vez según área de residencia y conocimiento de ciclo reproductivo: 2000

Area de residencia Conoce ciclo reproductivo	Alguna vez uso MAC			Total
	No	Usó tradicional/folk	Usó Moderno	
Urbano				
No sabe	79.6	43.6	59.5	59.4
Si sabe	20.4	56.4	40.5	40.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Rural				
No sabe	92.8	57.1	70.8	72.8
Si sabe	7.2	42.9	29.2	27.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	11.8	12.0	76.2	100.0

7.5 Aspectos socioculturales evidentes[33]

En esta sección examinamos variables con claros contenidos socioculturales recogidos por las ENDES. Iniciamos este examen señalando una precisión sobre las formas de unión conyugal, manteniendo nuestro propósito de seguir estudiando el comportamiento de las mujeres unidas. Para ello es preciso superar la simple denominación de unión informal para referirse al matrimonio de convivencia, ya que éste es un vínculo tan duradero como el matrimonio formalizado ante las leyes civiles. Antes, "la pareja - el marido y su mujer- era presentada como un valor que humaniza, como el valor central de la vida social", tal como lo afirma Alejando Ortiz. Se estima que en el presente, para la mayoría de los peruanos, la unión estable de pareja. todavía es el valor central de la vida social. En todo caso, la noción más trascendente que se tiene de la pareja en convivencia es que cuenta con el reconocimiento social como tal, con un significado mínimo de hogar estable o de una familia con o sin hijos. Noción compartida por ambos miembros de la pareja y relación que ambos asumen con responsabilidad frente a los demás, dado que perciben la importancia de la

33/ Algunos de los hallazgos de la presente investigación son corroborados por los resultados del examen de los autodiagnósticos del Proyecto Reprosalud, ejecutado por El Movimiento Manuela Ramos. Resultados publicados en "Hablan las mujeres andinas" por Carmen Yon Leau (2000), y en "Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali" por Astrid Bant y Angélica Motta (2001).

legitimación social de su respectivo contexto. Por tanto, es un error que aún persista la estrategia o práctica de difusión de la PF, cuando se realiza actividades de promoción por provincias, dirigida casi en exclusividad a las mujeres unidas.

En el examen de la distribución de las MUEF, según el estatus marital, es un hecho el predominio de la modalidad de la convivencia en la formación de pareja respecto al matrimonio formalizado ante las leyes civiles. Los cambios registrados en el estatus marital, durante el periodo 1992-2000, revelan la hegemonía de la convivencia como modalidad de unión conyugal. Ver cuadro Nº 7.5.1. En dicho periodo se produjo un incremento del 18% en la preferencia por la convivencia y al año 2000 dicha modalidad de unión marital alcanzó, en promedio, el 66% del grupo de 15 a 29 años de edad. Adicionalmente, se percibe que esta modalidad de unión marital de la convivencia es casi una opción generalizada en el segmento de 15 a 19 años de edad (85% en 2000). Aquí, es necesario precisar que el dato de la unión marital del grupo de 15 a 19 años de edad es el mejor referente que encontramos en la ENDES desde que el promedio (66% en 2000) es indicativo de la situación de "unida" a la fecha de la encuesta y no a la fecha de iniciada la unión de cada MUEF. Fuera de la objetividad de la ENDES, sabemos que la predominancia de la convivencia es un fenómeno social que no siempre esta asociado a una "unión improvisada", pues habrían muchos casos que dicho evento (tanto al inicio como en su permanencia) responde al deseo de una o de ambas partes de la pareja. Asimismo, el hecho que las parejas se inicien en convivencia no significa que todas ellas se mantendrán en ese estatus por el resto de sus vidas (pasados algunos años de convivencia, una parte de estas parejas decide formalizar dicha unión). La ENDES sí confirma que esta conducta en la unión de parejas está muy ligada a otro comportamiento que también es ampliamente generalizado en la población peruana: la temprana iniciación sexual, el cual es común en los tres grupos de edades estudiados. En promedio, el 70 % del conjunto estudiado (15 a 29 años de edad) tuvo el primer coito antes de los 20 años de edad (80% en el año 2000).

Además, una gran parte del inicio sexual no se realiza luego de la unión conyugal sino es el primer embarazo el que conduce a ésta. Por supuesto que no todos los primeros embarazos determinan la unión de las parejas. Lo cierto sería que antes del primer embarazo, dentro o fuera de la unión conyugal, y desde la primera unión conyugal, la mayoría de las mujeres unidas inicia sus relaciones sexuales sin adoptar un método de PF. Pareciera que se inician sexualmente sin tener una posición definida o cercana a una previsión de lo que desearía como familia; más precisamente, no habrían interiorizado el planeamiento de la edad de ser madres vinculado al nacimiento del primer hijo, ni el número de hijos que conformarían su futura familia. No se concibe una edad adecuada ni ideal para ser madre y el nacimiento del primer hijo sería un hecho altamente ligado al temprano inicio de la sexualidad. Ellas se interesan en planificar su respectiva familia luego de contar con el primer hijo, como también hay quienes planificarán sólo después del segundo o tercer hijo. Esta hipótesis se sustenta en la reducida frecuencia (30%) de las MUEF que manifestaron haberse iniciado en el uso de MAC cuando no tenían hijos. Esta información permite deducir que el 70%

de ellas se unieron para tener hijos inmediatamente o como consecuencia del primer embarazo. Aunque no es posible precisar lo que ellas deseaban con respecto a su propia familia en formación, con las ENDES se puede afirmar que la gran mayoría de las MUEF aquí estudiadas no planificaron a la fecha de la primera unión o del primer coito. Lo contundente de la información objetiva involucrada en esta hipótesis es que la unión en convivencia es una variable con considerable contenido sociocultural implícito, ya que refleja costumbre y expresa las conductas legitimadas socialmente. Además de constituir un elemento cierto de organización familiar, configura un estilo de vida sustentado en un valor que privilegia la satisfacción presente por encima de las consecuencias y las responsabilidades que devienen luego de un eventual coito o un embarazo no planeado.

Cuadro Nº 7.5.1
Estatus marital actual del grupo 15-29 años de edad: 1992-2000

Años	Estatus actual de la unión conyugal		Total
	Casada	Viven Juntos	
1992	51.9	48.1	100.0
1996	40.0	60.0	100.0
2000	33.8	66.2	100.0

Este comportamiento sociocultural, objetivamente advertido a través de las ENDES, señala un determinado patrón de conducta reproductiva muy asociado tanto a la iniciación sexual como al deseo de conformar una unidad familiar, en ambos eventos a temprana edad. Estos hechos ofrecen una importante constatación de que la mayoría de las MEF deciden su futuro personal y familiar en su etapa de adolescentes (menores a los veinte años de edad). Cabe precisar que la unión a temprana edad no puede ser disminuida ni generalizada a un contenido restrictivo de unión por motivos sexuales; esta es quizá el paso obligado e inevitable en el más positivo deseo de iniciar la conformación de la respectiva unidad familiar. Aspecto sociocultural que no debiera pasar desapercibido cuando se trata de considerar argumentos evidentes, distinguiendo a los grupos por la edad, para establecer segmentos de demanda de PF o de SSR. Grupo de edad en que la ENDES incluye al grupo de 15 a 19 años y en el cual la realidad involucra a los adolescentes (de 10 a 19 años de edad). Según la ENDES, el grupo de 15 a 19 años de edad ha marcado un cambio en su estatus marital en el periodo 1992-2000. Así, vemos en el Cuadro Nº 7.5.2 que la preferencia por la unión en convivencia

en dicho grupo aumentó en 15%, al pasar la convivencia de 70% a 85% durante el periodo 1992-2000. En tal sentido, señalar que el grupo de MUEF de 15 a 19 años de edad constituye un segmento de demanda de PF, no significa que tal distinción o definición sea hecha sólo por la edad sino debido a que, fundamentalmente, en dicho rango de edades, las conductas reproductivas factuales están altamente asociadas y de manera particular a la indiferencia (no necesidad y no consumo) por el uso de métodos anticonceptivos. Indiferencia, probablemente con una mezcla de rechazo, que se mantiene en los otros grupos de edades, pero en porcentajes menores; debido a que ellas, a medida que aumentan en edad y comprenden sus responsabilidades de madres, van aceptando las bondades y el uso de tales métodos. Conducta colectiva que varía de un estrato social a otro porque ellas se rigen por elementos o códigos de origen sociocultural, tales como contar o no con el consentimiento de los padres, planificar o no la familia, entre otros.

Cuadro Nº 7.5.2
Estatus marital actual del grupo 15-19 años de edad: 1992-2000

Años	Estatus actual de unión marital		Total
	Casada	Viven Juntos	
1992	30.5	69.5	100.0
1996	19.3	80.7	100.0
2000	15.5	84.5	100.0

Como se aprecia en los datos del Cuadro Nº 7.5.3 a continuación (ENDES 2000), esta mayoritaria preferencia por la convivencia marital se constata con promedios semejantes para las residentes urbanas y rurales (alrededor de 66%). Se dan algunas diferencias por área de residencia como la que se destaca en los grupos de edades de 15 a 19 años, en los que las MUEF urbanas cuentan con una mayor participación de la convivencia que las MUEF rurales (89% versus 81%). Además, es interesante resaltar que en el grupo de mayor edad cronológica (25 a 29 años), en ambas áreas de residencia, las formalmente casadas no alcanzan el 50%. Tal predominio de la convivencia en la sociedad peruana sería el fiel reflejo de una conducta peruana signada por valores culturales heredados y vigentes, aunque no recogidos por la ENDES. Valores que otorgan a la pareja más reconocimiento social que al individuo, en su desarrollo y realización integral como persona; e ideas que privilegian el presente tangible y real, respecto del futuro incierto. Valores e ideas que obviamente van acompañadas o mezcladas con el amor y la sexualidad, que conduce a los hombres y las mujeres a una unión inicial, algunas veces improvisada, como la opción del camino más breve para atender los apremios sexuales derivados de la naturaleza biológica o como la ruta que antecede a la trascendente decisión de constituir su propia familia.

Cuadro Nº 7.5.3
Estatus marital según área de residencia y edad: 2000

Área de residencia Grupos de edad	Estatus actual de unión marital		Total	
	Casada	Viven juntos		
Urbana				
15-19	10.6	89.4	100.0	5.0
20-24	24.9	75.1	100.0	21.0
25-29	42.5	57.5	100.0	32.9
Total urbana	33.6	66.4	100.0	58.8
Rural				
15-19	19.4	80.6	100.0	6.0
20-24	29.9	70.1	100.0	16.1
25-29	42.4	57.6	100.0	19.1
Total rural	34.2	65.8	100.0	41.2
Total	33.8	66.2	100.0	100.0

La temprana iniciación sexual sin protección para evitar el embarazo respecto del embarazo y la unión marital marcadamente destinada a la reproducción humana, desde el inicio constituyen patrones de conducta que forman parte de la experiencia social que sería asumida por los individuos como "natural" o dentro de lo socialmente aceptable. Esto es, aún cuando el comportamiento aludido no es universal, la percepción de los individuos respecto a la costumbre local podría ser tomada como equivalente a lo genérico. Es decir, para la gran mayoría de los peruanos, la unión conyugal, sea por convivencia o con arreglo a la ley civil, es equivalente o sucede asociada a la procreación inmediata; en ese sentido, se da por entendido que ésta es la conducta más aceptada social y culturalmente por la mayoría. Esta deducción cuenta, además, con diversas manifestaciones de soporte colectivo (aunque no todas igualmente generalizables), como es, el respaldo material, el afecto explícito y la festividad o alegría de los respectivos padres y familiares más cercanos al conocerse el embarazo o nacimiento del primer hijo. Estos referentes del apoyo colectivo no se encuentran en las ENDES. Sin embargo, algunos datos del comportamiento reproductivo factual recogidos por la indicada encuesta revelan que las mujeres adquieren muchos de sus hábitos de la experiencia personal, adicionalmente a lo que creen o estiman como "debe ser" dicho comportamiento. Así, dicha encuesta registra grupos de mujeres nunca usuarias de métodos anticonceptivos, dispuestas o no a tener varios hijos, pero que finalmente conforman familias con tres o más hijos durante todo el periodo de su ciclo reproductivo. Dichas mujeres conviven en armonía con las demás con independencia del estado de pobreza o de residencia urbano-rural. La sociedad peruana muestra una amplia tolerancia social para la convivencia marital de grupos de mujeres unidas que se mantienen en la categoría de no usuarias de métodos anticonceptivos, para la unión a temprana edad y para la procreación de un indeterminado número de hijos[34].

Al examinar la variable edad al primer coito, durante el periodo 1992-2000, se observa que efectivamente, la amplia

34/ No se utiliza la palabra "muchos hijos" porque esta frase tiene diversos significados, según los estratos sociales o los diversos lugares del país.

mayoría de las MUEF peruanas inician su relación sexual a temprana edad. En el Cuadro Nº 7.5.4 vemos que del conjunto de 15 a 29 años de edad, las MUEF iniciadas sexualmente antes de los 15 años de edad suman el 12% en 2000, habiendo descendido apenas 0.6% en dicho periodo. Dijimos que la mayoría de ellas se inician sexualmente a temprana edad refiriéndonos a las MUEF que tuvieron dicha experiencia antes de los 20 años. Ellas fueron el 76.2% en 1992 y el 80% en 2000, tal como se puede apreciar en el cuadro siguiente. Tales datos muestran un crecimiento continuo, en el periodo 1992-2000, de la participación de las MUEF cuyo primer coito fue experimentado antes de cumplir los veinte años de edad. Esta conducta sexual, muy ligada a la reproducción, es una realidad muy sólida y estable, que por sí misma invalida propuestas (relacionadas a ideologías puritanas) que consideran la práctica de la abstención sexual hasta llegar al matrimonio civil o religioso.

Cuadro 6.5.4
Edad al Primer Coito de MUEF de 15-29 Años de Edad: 1992-2000

Años	Edad al primer coito				Total
	Menos de 15	De 15 a 19	De 20 a 24	De 25 a 29	
1992	12.2	64.0	21.0	2.7	100.0
1996	12.0	67.0	19.4	1.6	100.0
2000	11.6	68.1	18.6	1.8	100.0

La relación entre las variables edad al primer coito y área de residencia proporciona una evidencia adicional de la trascendencia de esta segunda variable en los patrones comportamientos reproductivos diferenciados entre uno y otro grupo de las MUEF. En el Cuadro Nº 7.5.5 podemos apreciar que del conjunto de MUEF de 15 a 29 años de edad, las que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los quince años fueron el 12% en 2000. En este grupo, vemos que las residentes rurales fueron la mayoría (59%, en 2000). Aún cuando el conjunto de dicho grupo de mujeres constituye un serio problema para los responsables de la política en salud, sea por los previsibles riesgos biológicos o sea por el desajuste social que genera, el drama de las familias conformadas por madres inmaduras y la extensión de la pobreza se tornan más graves en el área rural.

Cuadro Nº 7.5.5
Edad al primer coito según área de residencia: 2000

Edad al primer coito	Area de residencia		Total	
	Urbana	Rural		
Menos de 15 años	40.8	59.2	100.0	11.6
De 15 a 19 años	58.2	41.8	100.0	68.1
De 20 a 24 años	71.4	28.6	100.0	18.6
De 25 a 29 años	83.9	16.1	100.0	1.8
Total	59.1	40.9	100.0	100.0

Por otro lado, al analizar la respuesta de las MUEF sobre el número de hijos al primer uso de MAC, en los tres grupos de edades examinados con la ENDES, ellas muestran un mismo patrón de conducta en su actividad sexual que coincide con la apreciación de que las MUEF son ajenas al planeamiento del primer hijo. Es decir, en promedio, el 70% de ellas dio inicio al uso de MAC teniendo uno o más hijos. Aquí no es posible explicar este comportamiento sólo por falta de madurez o información en los individuos. Lo más probable es que en el conjunto de ellas se manejen diferentes apreciaciones sobre la conducta social y reproductiva. Examinando los comportamientos individuales quizá se encuentren casos en las que ellas no responden al deseo premeditado de procrear como otras que estiman la escasa posibilidad del embarazo mientras practican el sexo de manera infrecuente; no obstante, tienen relaciones sexuales sin usar anticonceptivos. La interpretación más cercana a los datos que la ENDES proporciona respecto a la mayoría de los casos (inicio de relaciones sexuales y unión a temprana edad), sería que ellas buscan alcanzar el estatus marital de unidas en convivencia luego del primer embarazo o que ellas asumen la unión conyugal ligada al nacimiento inmediato del primer hijo. Comportamiento reproductivo que no sería exclusivo de quienes comparten un específico contexto sociocultural que enaltece y sobrepone la maternidad por encima de otras posibles realizaciones personales. Comportamiento sexual y reproductivo que ha mostrado tener más adeptos con el transcurso del tiempo: en el 2000, las MUEF que no usaron MAC antes del primer hijo sumaron 80% del conjunto de 15 a 29 años de edad. Contexto que sin ser igual para todos los estratos sociales, es visualizado con la amplitud de lo que se considera común en la sociedad peruana, y que en este caso específico concierne a ciertas ideas y hábitos que definen el comportamiento reproductivo habitual de la mayoría. Comportamiento reproductivo que aproximadamente se entiende como "lo normalmente aceptado" y que es legitimado socialmente en los respectivos ámbitos locales.

La edad de las MUEF al nacimiento del primer hijo indica que la mayoría de la población estudiada, de 15 a 29 años de edad, experimentó el parto antes de los 20 años de edad (en promedio 57%, ver Cuadro Nº 7.5.6). Este dato de la ENDES 1996 permite afirmar que entre las mujeres unidas predomina un fuerte vínculo entre las primeras relaciones sexuales y la reproducción inmediata, hecho que estaría ocurriendo desde la primera experiencia coital o incluso antes de haberse convenido en la unión marital. Este comportamiento sería así desde que una parte importante de las MUEF desearía pronto el primer embarazo y, la otra parte, aún sin el explícito deseo de procrear, incurre en el riesgo de embarazarse. Experiencia que definitivamente no es planeada en la mayoría de los casos y ocurre a pesar de que el 95% de las MUEF, entre 15 y 19 años, manifiesta conocer algún método anticonceptivo. Los datos examinados de la ENDES permiten deducir que los adolescentes no han logrado interiorizar la bondad de los métodos anticonceptivos y, más aún, sea cual fuere el sustento real que los lleva al acto sexual, ellos dan muestra de no haber establecido la diferencia entre alcanzar el placer sexual y procrear un hijo. Salvo una minoría discordante, el esquema dominante entre las MEF unidas y las MEF no unidas sería

que el placer y la procreación es un mismo acontecimiento y quizá la principal razón de iniciar la vida en pareja. Sin duda, este comportamiento no se explica sólo por ignorancia o desconocimiento de que al coito desprotegido le sigue un embarazo. Existen otros elementos socioculturales en juego, tales como los recogidos por estudios cualitativos, que configuran al primer embarazo como causa para dar inicio "al compromiso" de la convivencia o matrimonio, o como medio usado a modo de "candado" que asegura la unión marital ya vigente. Además, el embarazo de las mujeres adolescentes es promovido socialmente en diversas comunidades de indígenas y es aceptado socialmente entre los pobladores de áreas rurales y periurbanas. No obstante, ellas estarían accediendo a las primeras relaciones sexuales aún sabiendo que el embarazo no es una garantía para lograr la deseada unión conyugal.

Cuadro Nº 7.5.6
Edad al primer nacimiento por grupos de edad

Grupos de edad	Edad al primer nacimiento				Total
	Menos de15	15-19	20-24	25 - 29	
15-19	8.2	91.8	0.0	0.0	100.0
20-24	2.8	59.8	37.5	0.0	100.0
25-29	2.1	43.2	45.2	9.5	100.0
Total	2.9	54.1	38.1	4.9	100.0

La población peruana pasa por una transición demográfica signada por una alta preferencia de la unión conyugal y embarazo, ambos a temprana edad. Afirmación comprobada con datos de las ENDES, relativa a la población joven (15-29 años de edad), que indica la existencia de casi nueve de cada diez mujeres unidas en edad fértil con uno o más hijos vivos, en el año 2000. (Tabla Nº 31, anexo Nº 1). La fecundidad seguirá bajando suavemente debido a que la preferencia antes indicada muestra cambios positivos pero aún parsimoniosos. Así, al comparar la distribución del número de hijos vivos más el embarazo actual en las ENDES 1996-2000, se aprecia un cambio a favor de la postergación del primer o segundo nacimiento, a través del pequeño incremento relativo de las MUEF sin hijos o con un hijo, tanto en el segmento de 15 a 19 años de edad (de 13% pasa a 18%, en las que no tienen hijos y de 65% aumenta a 69%, en las que tienen un hijo) como en el conjunto de la población aquí estudiada, de 15-29 años de edad (Tabla Nº 32, anexo 1). Postergación del primer embarazo que también se comprueba con la menor frecuencia de MUEF en el grupo de las que tuvieron el primer nacimiento antes de los 15 años de edad, esto fue la reducción en 0.5% entre 1996 y 2000. (Tabla Nº 33, anexo 31). Cambio muy pequeño pero alentador, porque ocurre a pesar del 50% de déficit en información de SR y del incremento en el déficit en el conocimiento de SR (este último será tratado más adelante).

Se hizo una lectura más precisa de las respuestas dadas como principales razones de la última discontinuación de MAC, durante los últimos cinco años. Así, uno de los datos de la ENDES indica como

razón de discontinuación, se embarazó mientas usaba MAC. Dicha respuesta se tomo como equivalente a haber fallado en el intento de planificar la familia. De allí se dedujo que existe un elevado porcentaje de MUEF que señaló haber incurrido en falla de MAC. Hecha la precisión, las falladoras o las que se embarazaron mientras usaban MAC fueron el 31% en el grupo de idioma castellano y 61% en las de idioma aborigen (33% en promedio). En orden descendente de participación, le siguen las otras razones de discontinuidad de MAC tales como deseaba embarazarse y motivos ligados al método anticonceptivo (efectos colaterales en la salud), que en promedio incidieron en 20% y 22%, respectivamente.

Estas altas tasas de embarazo mientras usaba MAC o por falla de los mismos, no se corresponden con la confiabilidad técnicamente aceptable y atribuible propiamente a los métodos anticonceptivos. Lo que estaría ocurriendo tiene un origen más directamente relacionado con el conocimiento y los procedimientos a seguir los cuales son responsabilidad de la usuaria y de su pareja. Esta área de competencia de la usuaria de MAC (de la demanda) es justamente determinada por diversos factores, tales como, mantener vigentes conocimientos erróneos sobre el ciclo reproductivo e incumplir con las instrucciones de uso de los métodos modernos (olvido de tomar la píldora diariamente o no acceder a la revisión médica siendo usuaria de DIU, entre otros). Aún cuando la razón de la falla de MAC no fuera el conocimiento errado, el simple hecho de la preferencia por los MAC tradicionales dado el desconocimiento del ciclo ovulatorio, estaría indicando que el abultado porcentaje de falla es consecuencia de actitudes y formas de vida asociados a patrones socioculturales propios de este grupo (creencias sobre funcionamiento del cuerpo distintas al funcionamiento fisiológico y la necesidad de varios hijos para contribuir en el trabajo familiar, entre otros). Esta afirmación se deduce del hecho en que falla el uso de MAC casi dos MUEF de idioma aborigen por una de idioma castellano (considerando los resultados de las razones de la última discontinuación de MAC). Adicionalmente, al cruzar la razón de la última discontinuación de MAC con la variable último método discontinuado y área de residencia (ver Cuadro Nº 7.5.7), la ENDES detalla que las MUEF con residencia rural que dieron como razón el embarazo mientras usaban métodos tradicionales fueron el 63%, versus las urbanas que fueron el 52%. Estos datos establecen una mayor probabilidad de falla de MAC en el grupo de usuarias de MAC tradicionales/folklóricos y entre ellas a las de origen rural. Entonces, fallan por el conocimiento errado del ciclo ovulatorio (confirmada por la pregunta 238 de la ENDES) o tal vez por la simple preferencia de usar MAC tradicionales. Preferencia que estimamos responde, en mucho, a la influencia de factores socioculturales que ya explicamos pero que no son posibles de ser precisados directamente con la ENDES. Una prueba indirecta de ello es la información del indicador de conocimiento de SR (variable sociocultural), el cual señala que el 53% de las MUEF actuales usuarias de MAC tradicional y el 63% del conjunto de MUEF de 15 a 29 años de edad, no tienen conocimiento del ciclo ovulatorio.

La razón de embarazarse mientras usaba MAC (según último MAC discontinuado en los últimos cinco años) también

proporciona una evidencia adicional de que parte de las peruanas usuarias de MAC "no se ajustan" a los métodos modernos disponibles, o insisten en planificar la familia con escasa rigurosidad en el intento. Esta afirmación se deduce de observar que, independientemente del método usado, la principal razón de la última discontinuación no fue el embarazo buscado o deseado. Es decir, con los MAC modernos disponibles a la fecha de la ENDES 1996, técnicamente hablando, se podía planificar y acertar en dicho propósito. Obviamente, no se planifica para fallar con frecuencia, y lo que dicen las cifras, a través de la variable razón de la última discontinuación, es que las peruanas no planifican. Prueba de ello es que quienes dieron la razón de "embarazo mientras usaban MAC" (fallaron) suman varias veces el conjunto de las que "deseaban el embarazo"; esto es, 1.3 veces en el área urbana y 2.4 veces en el área rural. En los grupos de usuarias de MAC tradicional, la relación "se embarazó mientras usaba MAC" vs. "deseaba el embarazo" fue de 2.2 veces en urbanas y 3. 1 veces en las rurales. Algo más, la constatación de que ellas y ellos no planifican la familia no conlleva ninguna connotación degradante sino simplemente es un resultado que corresponde con las características socioculturales de la realidad peruana.

Cuadro 7.5.7
Razón de la última discontinuación según área de residencia y MAC discontinuado

Área de residencia Razones de última discontinuación	Último MAC discontinuado		Total
	Moderno	Tradicional/ folk	
Urbana			
Se embarazó mientras usaba MAC	11.5	51.5	29.0
Relación con MAC y por Salud	52.8	18.7	37.9
Deseaba embarazo	18.8	23.5	20.9
Otros	16.9	6.3	12.2
Total	100.0	100.0	100.0
Rural			
Se embarazó mientras usaba MAC	10.4	62.9	43.9
Relación con MAC y por Salud	57.3	10.3	27.3
Deseaba embarazo	15.2	20.6	18.6
Otros	17.2	6.2	10.1
Total	100.0	100.0	100.0
Total nacional	50.6	49.4	100.0

La hipótesis de que las peruanas no planean el tamaño de la familia, cuenta con un sustento adicional con los datos de la ENDES. Esto lo podemos deducir luego de examinar a las MUEF con tres y más hijos, quienes al expresar su deseo de no tener más hijos (76% de las que tienen tres hijos y 87% de las que tienen 4 y más hijos) no son coherentes o adoptan una posición ambigua al dar su respuesta sobre el número ideal de hijos. Sólo nos queda especular que quizá esa respuesta ambigua, relativa al deseo o no de otro hijo más, también convalida la interpretación de que ellas no son contundentes ni tienen una actitud equivalente al planeamiento reproductivo. Esto queda esclarecido al observar que sólo

el 42% de dichas mujeres (con tres o más hijos, incluido el actual embarazo) sostiene que su número ideal de hijos es justamente tres o más niños. Por supuesto, en este caso, se trataría de un ideal que ha quedado atrás y que no es equivalente a lo que conocemos como una meta buscada por las entrevistadas.

Esta ausencia de planeamiento en las peruanas aquí señalado coincide con la versión antropológica de la cultura nacional, la cual destaca entre otras características que define al peruano, su gran capacidad para improvisar. Se describe que el ejercicio de esta capacidad para acomodarse a las circunstancias cambiantes es, además, muy versátil. Por supuesto, a medida que avanza en edad y acumula experiencia, la mayoría de los individuos va abandonando sus actos reproductivos improvisados y se decidirá por elegir algún método anticonceptivo a fin de evitar próximos embarazos. Una parte importante de MUEF con uno o dos hijos adoptaría una posición favorable a la anticoncepción presionado por la pobreza y la incertidumbre generalizada en el mercado laboral. Así, se puede observar que las MUEF que no desean más hijos (52%) están integradas mayoritariamente por las que tuvieron su primer coito a los 19 años de edad o menos.

Considerando al número de hijos vivos, incluido el embarazo actual, el conjunto de MUEF que no desea más hijos se distribuye en 19% con 1 hijo, 38% con 2 hijos y el 42% con 3 o más hijos. Esta realidad es contradictoria en el caso de las mujeres que no desean más hijos y no usan ningún tipo de MAC. Realidad que permite sostener que aún cuando dicho deseo fuera compartido como una meta por acuerdo en las parejas, los resultados, al final del periodo reproductivo, confirmarán lo contrario. Tal probabilidad existe tanto por la permanencia de los factores socioculturales vigentes como por la ausencia de la convicción individual de planear el tamaño de la familia y el incumplimiento de las normas de uso de los anticonceptivos. En el otro extremo están las mujeres que, contando o no con la decisión de la pareja, deciden adoptar un método definitivo como la esterilización femenina (con menor probabilidad la esterilización masculina). Esta segunda opción implica un cambio radical en la posición cultural de las parejas, principalmente rurales y de comunidades indígenas, porque tal decisión exige dejar de lado concepciones y creencias de "su mundo de tradiciones en equilibrio natural y protección de su cuerpo" para asumir el esquema biomédico de intervención quirúrgica en su propio cuerpo. Este tipo de decisiones es también difícil para las mujeres de comunidades indígenas alejadas de las ciudades que estarían interesadas en el uso de cualquiera de los métodos anticonceptivos modernos.

Una gran parte de las MUEF ha mostrado no ser firme en sus deseos reproductivos, respecto de un específico número de hijos. El comportamiento observado permite interpretar que para ellas la reproducción humana no sería un asunto de números, sino de convivencia sana y normal en la conformación de la familia. Un indicio de esta forma de vivir es que en el Perú no existiría un mismo número para lo que cada centro poblado entiende por "muchos hijos". Asimismo, la actividad reproductiva no es definida en

una perspectiva a priori, sino es finalmente una sucesión de hechos acumulados, en parte al azar, en los que el comportamiento reproductivo responde a deseos individuales que de algún modo están determinados por costumbres y creencias colectivas. Por tanto, vemos que aunque la mayoría tuvo una actitud de rechazo a un hipotético próximo embarazo (57%), casi la mitad de éstas sigue usando métodos inseguros como los tradicionales (23%) o no usa ningún método anticonceptivo (22%). Ver Cuadro Nº 7.5.8.

Cabe precisar que esta respuesta sobre la actitud frente a un próximo embarazo sólo correspondió a 2,666 casos (de un al universo de 6,449 casos). Pareciera ser que, entre lo que sostienen como actitud y lo que finalmente hacen en la esfera reproductiva, existie una posición de ambigüedad y no de contradicción, como se aprecia externamente. Es decir, dicen que no desean el próximo embarazo (porque tienen necesidad de espaciar o limitar), pero algo más de cuatro de cada diez MUEF acepta el riesgo de incurrir en un próximo embarazo no deseado, sea porque le falle el método tradicional elegido o porque persista en mantenerse como no usuaria de MAC. Este asunto de la falla, permite plantear la hipótesis de que la falla de MAC no sería de exclusiva responsabilidad de la usuaria/usuario (demandad de PF), sino al desacierto del MAC recomendado, a la forma inadecuada de ofrecer los anticonceptivos o a las instrucciones poco claras dadas por el proveedor (oferta de PF). Todas estas razones son explicadas por las diferencias culturales entre proveedor y usuaria. Introducimos la variable tiempo para explicar la distancia entre los dos momentos en que son examinadas las MUEF. Ellas, al expresar su actitud respecto del próximo embarazo, se ubican en una posición a priori (antes de o en previsión de un próximo embarazo), en tanto, su comportamiento reproductivo es observado a través de los hechos, después de la actividad sexual o posterior a la diaria convivencia marital. Esto explica como los hechos tienen cursos propios y distantes.

Aún cuando las preguntas respecto a la actitud sobre un eventual próximo embarazo no son iguales en las ENDES 1996 y 2000, las comparamos dado que los contenidos tienen mucha semejanza. Lo primero que llama la atención es el mayor componente de las MUEF (59%) que expresaron que dicho evento no sería un problema, en el 2000 (en tanto que la respuesta equivalente se sentiría bien era un grupo menor , 22%, en 1996). Por simple lógica, esta actitud estaría indicando que en el 2000 y años subsiguientes habría una mayor proporción de MUEF deseosas de salir embarazadas. Este cambio de actitud respecto de 1996, tal vez se explique por la mayor confianza que tienen las MUEF entrevistadas en el 2000 de no salir embarazadas sin desearlo, debido al amplio uso actual de MAC modernos (En el año 2000 el 63% afirmó que no sería problema versus 38%, en el 96, que dijo que se sentiría bien) y a la menor participación de las no usuarias (en el año 2000 el 15% dijo que no sería un problema versus 37%, en el 96, que dijo se sentiría bien en 1996). En definitiva, lo que explicaría dicho cambio de actitud en el 2000 sería el diferente sentido de la pregunta: sentirse bien o mal implicaría la aceptación o rechazo casi absoluto al próximo hijo (a pesar de que se preguntó por el embarazo); y no sería un problema o gran problema significaría capacidad o

incapacidad para continuar con el embarazo. De ser así, las comparaciones efectuadas en este párrafo habría que tomarlas con reparo debido al diferente sentido de las preguntas examinadas.

Cuadro Nº 7.5.8
Actitud hacia un eventual embarazo, según uso actual de MAC:1996

MAC uso actual	Actitud hacia el próximo embarazo			Total
	Sentiría bien	Sentiría mal	No le preocuparía	
No	36.9	22.4	20.6	25.2
Tradicional/folklórico	24.7	22.9	25.4	23.8
Moderno	38.4	54.7	53.9	51.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	22	57	21	100

Cuadro Nº 7.5.9
Actitud hacia un eventual embarazo, según uso actual de MAC:2000

MAC Uso actual	Actitud próximo embarazo			Total
	No sería problema	Gran problema	Pequeño problema	
No	15.1	24.2	14.1	20.3
Tradicional/folklórico	22.0	17.2	17.6	18.4
Moderno	62.8	58.5	68.2	61.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	59.2	17.6	23.3	100.0

El área de residencia también nos permite aludir a dos grupos diferenciados socioculturalmente: el urbano y el rural. Para examinar las razones por las que actualmente no están usando MAC, se deja de lado las señaladas como embarazo y lactancia, considerando que las interpretaciones sobre ellas son similares a las que mencionamos al tratar las razones de la última discontinuación. De este modo, centramos nuestra atención en otras razones como las diferencias socioculturales entre las poblaciones de ambos lugares de residencia. Nos referimos a aquellas que indican oposición al uso de MAC y falta de conocimiento de los MAC o de la fuente de los mismos: En el área rural destaca la mayor oposición al uso y la falta de conocimiento, respecto de las residentes en el área urbana (6 % y 16% versus 3% y 3%, respectivamente). Evidencias que aluden a relaciones de poder en que la mujer es sometida a las decisiones del hombre, relación que indica el escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos. Además, encontramos evidencia de que para las mujeres rurales el costo de acceso a los métodos anticonceptivos es una razón expresada con mayor frecuencia que en las urbanas (11% vs. 8%). Este aspecto socioeconómico diferencial se explicaría por las mayores distancias y el tiempo destinado por las mujeres rurales para

acceder a los servicios de salud, como también podría ser que el costo del transporte implica una mayor proporción de sus escasos ingresos familiares, en comparación al costo e ingreso para las mujeres urbanas (Tabla Nº 24, anexo Nº 1).

La variable construida con las respuestas sobre "área de residencia" (urbana o rural) y "tenencia de TV" (tiene o no tiene), nos indica la exposición diferenciada de las MUEF a la información disponible y a la formación de los individuos a través de dos fuentes de información. Por un lado, las costumbres, las creencias y las propias conductas reproductivas que son captadas en la interrelación con la propia gente residente en la ciudad o en el campo y, por otro lado, la información relacionada a estilos y formas de vida que ingresa a través de imágenes propaladas por un aparato receptor de TV. Esta variable construida podría ser usada como un indicador alternativo de acceso a la información, examinado en un acápite anterior, asociado directamente a los medios que se leen, ven o escuchan (periódico, TV y radio). De esta manera dejamos establecido que con dicha variable construida es posible hacer una mejor distinción de las diferencias socioculturales de la población por efecto de la mayor o menor exposición a la información que permiten ambas fuentes, o por la disponibilidad de información a través de la TV, derivado de la tenencia del mismo.

Seguidamente, mediante el uso de una tabla de contingencia examinamos la relación entre la variable construida y el "conocimiento del ciclo reproductivo". Así, se comprueba que tanto en el área urbana como en la rural, "la tenencia de TV" agrega o acentúa las diferencias con relación al "conocimiento del ciclo ovulatorio". Es decir, la ENDES indica que la "tenencia de TV" agrega al "lugar de residencia" un mayor contenido de variedad e intensidad en uso de fuentes de información. Por lo tanto, dicha variable construida permite apreciar que la información ingresada a través del "lugar de residencia" y la "tenencia TV" tiene una asociación positiva con la variable "conocimiento del ciclo ovulatorio" y deja apreciar los mayores contrastes de dicho conocimiento entre las MUEF que de otro modo quedarían ocultos si sólo utilizáramos el cruce de la variable "área de residencia" y "conocimiento del ciclo ovulatorio". Así, este agregado de la información por TV ("tenencia de TV"), deja ver distinciones en el grupo de MUEF que cuenta con "conocimiento del ciclo ovulatorio": entre las urbanas, 43% se informa a través de la TV versus 30% que está informada, pero no tiene TV; y entre las rurales, 42% se informa a través de la TV versus 26% que es informada, pero no tienen TV (ver Cuadro Nº 7.5.10). Asimismo, la indicada variable construida deja observar de manera más acentuada, las diferencias en el uso actual de MAC moderno entre rural sin TV y urbano con TV (26% versus 52%, ver Cuadro Nº 7.5.11). En consecuencia, ésta variable construida en base al "lugar de residencia" y a la "tenencia de TV", brinda un contenido de acceso a la información mucho más acentuado que si examinamos a cada una de dichas variables por separado. En resumen, la distribución de esta variable construida indica que, en niveles de desconocimiento de SR, el grupo de las urbanas sin TV (70%) se halla muy próximo al grupo de las rurales sin TV (74%) o distantes del grupo de urbanas con TV. De manera similar, la distribución de cada categoría de la variable construida

"área de residencia y TV", permite afirmar que en las cuotas de participación de las no usuarias de MAC, las MUEF urbanas sin TV (42%) se hallan mucho más cercanas a las rurales sin TV (54%). Ver Cuadro Nº 7.5.11.

Cuadro Nº 7.5.10
Conocimiento del ciclo reproductivo según área de residencia y tenencia de TV

Area de residencia y tenencia de TV	Ciclo reproductivo		Total
	No sabe	Si sabe	
Rural y no TV	74.0	26.0	100.0
Rural y si TV	58.2	41.8	100.0
Urbano y no TV	69.9	30.1	100.0
Urbano y si TV	57.3	42.7	100.0
Total	63.0	37.0	100.0

Cuadro Nº 7.5.11
Uso actual de MAC según área de residencia y tenencia de TV

Area de residencia y tenencia de TV	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Rural y no TV	54.2	20.3	25.5	100.0
Rural y si TV	37.7	21.9	40.4	100.0
Urbano y no TV	42.1	18.2	39.6	100.0
Urbano y si TV	29.4	19.0	51.6	100.0
Total	37.9	19.6	42.6	100.0

Cabe agregar que la posesión o no de TV es, además, un atributo de riqueza particularmente importante en países subdesarrollados como el Perú. Así, disponer de dicho aparato implica además de información, la referencia de una situación económica diferenciada entre los hogares. La importancia de esta variable construida como un indicador socioeconómico es posible de ser entendida al examinar el cruce de esta variable con otras dos: "acceso a los medios de comunicación masiva" y "uso actual de MAC". Aquí, destacamos dos atributos de esta variable construida: su capacidad para precisar que no es lo mismo ver TV que poseer dicho aparato para uso dentro del propio hogar; y, su capacidad para discriminar o diferenciar la situación económica de los hogares.

Ahora examinemos la relación singular que se establece entre el acceso a medios de información masiva como el periódico, TV y la radio, y el uso actual de MAC. Además, dicha relación es examinada tomando en consideración la significativa influencia de una variable construida para considerar la existencia de contextos diferentes. Esta variable construida fusiona los contenidos de las variables "área de residencia" y "tenencia de TV". Sólo como variable, reiteramos que las mujeres que tienen TV en sus respectivos hogares muestran una asociación positiva respecto del uso de MAC modernos. Ahora observemos la distribución sólo del segmento de usuarias de MAC modernos, según la variable aludida (ver Cuadro Nº 7.5.11). Encontramos que entre las MUEF rurales que acceden a TV/radio hay una

enorme distancia en sus respectivas participaciones, según sea el contexto definido por el área de residencia y la tenencia de TV (18% en rural sin TV vs. 79% en rural con TV). Tal distribución altamente diferenciada entre las usuarias de MAC moderno que escuchan radio y ven TV, se repite entre las urbanas, pero en menor intensidad (51% urbana sin TV vs. 78% urbana con TV).

Asimismo, dicha variable construida permitió apreciar que la conjunción de una diferente situación económica distinta (expresada mediante la tenencia de TV) y la diferencia por área de residencia (urbana-rural), refiere de cuatro ambientes contextuales con sus propias preferencias por el uso de MAC modernos. Ahora podemos afirmar que tales contextos influyen diferenciadamente sobre las mujeres según el acceso a los medios de información (a través de la TV/radio, entre otros elementos). Influencia positiva respecto al uso de MAC modernos, que se aprecia desde un contexto menos favorable por la baja frecuencia en el uso de dichos anticonceptivos (hogares rurales sin TV) hasta los contextos más favorables, dada la elevada preferencia por tales métodos anticonceptivos (hogares con TV en áreas urbanas). Ver Tabla Nº 34, anexo Nº1.De allí que sea recomendable no sólo segmentar la demanda de SR distinguiendo urbano y rural, sino que además se podría segmentar, en el área urbana, entre pobres y no pobres. No así en el área rural, debido a la dificultad de operativizar la segmentación por estratos de pobreza, particularmente entre las MEF residentes rurales, tanto porque la mayoría es pobre como porque hay considerable población dispersa.

En la lectura de la variable "nivel educativo alcanzado" podríamos distinguir dos tipos de información social: una, relativa exclusivamente al contenido de variable a preguntar y otra que indica contenidos adicionales asociados a contextos sociales. Dichos contenidos imputados podrían ser asumidos como muy propios (por la elevada asociación o interdependencia entre tales contenidos y la variable educación) para establecer además las probables diferencias socioculturales en la población examinada. Esto significa es considerar que la población más o menos educada, reporta o informa de cualidades o características relativas a un contexto social que simboliza un ambiente más amplio de lo que en sí constriñe a la educación escolarizada. Por ende, al vincular la variable "educación" con otras, encontramos sustento para identificar ciertos aspectos asociados con predominancia a determinados grupos humanos, como sucede cuando argumentamos que la posesión de mayor bienestar material y el elevado acceso a mayores canales de información, permite el consumo de símbolos, la aplicación de conocimientos y estilos de vida más propios de grupos ubicados en la parte superior de la escala social. Tal asociación de variables nos conduce por diferenciaciones contextuales que contribuyen en la interpretación de ciertas realidades de convivencia social expresadas a través de ellas. Esta breve descripción es necesaria para interpretar lo que podemos observar al cruzar la variable educación con la variable "uso actual de MAC". Efectivamente, encontramos que entre las menos educadas, esto es, las mujeres con primaria completa o menor nivel educativo están presentes con mayor frecuencia en

el grupo de las MUEF que no usan MAC y en menor proporción en el grupo de las que usan MAC modernos. Sucede todo lo contrario en el grupo de las MUEF que posee mayor nivel educativo (secundaria incompleta o más). Asimismo, podemos identificar contextos sociales diferenciados al observar la influencia conjunta de las variables "situación de pobreza" y "nivel educativo", sobre el "uso actual de MAC". Aquí, encontramos cuatro ambientes o contextos que determinan diferentes grados de participación en el grupo de MUEF que actualmente usan MAC moderno: pobres con primaria o menos educación (30%), no pobres con primaria o menos educación (42%), pobres con secundaria incompleta o más educación (44%) y no pobres con secundaria incompleta o más educación (52%). Ver Cuadro Nº 7.5.12.

Cuadro Nº 7.5.12
Uso actual de MAC según situación de pobreza y nivel educativo

Material Piso o Situación de pobreza Nivel educativo	MAC uso actual			Total	
	No	Tradicional/folk	Moderno		
Tierra/madera o pobre					
Primaria completa o menos	50.3	19.7	30.0	100.0	30.9
Secundaria incompleta o más	33.9	21.7	44.4	100.0	25.4
Total	42.9	20.6	36.5	100.0	56.3
Otro material o no pobre					
Primaria completa o menos	39.0	19.5	41.5	100.0	7.3
Secundaria incompleta o más	29.7	18.1	52.3	100.0	36.3
Total	31.2	18.3	50.5	100.0	43.7
Total	37.8	19.6	42.6	100.0	100.0

Paralelamente a la situación de pobreza, la sociedad peruana tiene muchos otros condicionantes contextuales que impiden que la educación gratuita de la primaria y secundaria llegue por igual a todos los adolescentes y jóvenes. Por lo tanto, en su conjunto, esta sociedad aún se encuentra lejos de aquella promesa tan recurrente en el discurso político planteado como la igualdad de oportunidades. Así, las evidencias de la ENDES señalan que algunas de las MUEF (7%) todavía permanecen en la escuela, explicable por el atraso escolar que no pudieron evitar, y que son muy pocas las que dejaron la escuela por graduación o suficiente estudio (3%). Estas preguntas fueron efectuadas a las MEF de 15 a 24 años de edad y respondieron el 88% de las correspondientes a dicho grupo de edad.

Además, es posible examinar las razones de abandono de la escuela a fin de comprender la existencia de los contextos sociales más importantes que condicionan o determinan dicho abandono. Así, podemos comprobar que las MUEF que abandonaron la escuela, señalaron como motivo principal el embarazo o la unión (37%) y, en segundo lugar, por razones que aluden a su precaria situación económica (35% afirmó que la familia necesitaba ayuda o ella requería ganar dinero). Estas y otras razones prueban la existencia de factores socioculturales y materiales que

condicionan de manera diferenciada la existencia de dichas personas. En particular, explican el origen de las limitaciones o la situación de desventaja en que se encuentran las mujeres poco educadas y pobres frente a las que cuentan con mayor nivel educativo y no son pobres. Desventaja que afectará su convivencia sexual y reproductiva dada la alta probabilidad de que dichas mujeres se mantengan ancladas al estrecho mundo marcado por el desconocimiento en SR, la escasa información y la ausencia de libertad para elegir. El hecho de que casi cuatro de cada diez mujeres unidas de 15 a 24 años de edad haya abandonado la escuela por un inesperado embarazo o una temprana unión marital se relaciona con actitudes y costumbres imputables a ciertas preferencias de convivencia social que generalmente están asociadas a grupos humanos y comunidades que privilegian el rol de ser madres y a lugares de residencia con escasas oportunidades económicas para el desarrollo individual. Sin embargo, este fenómeno del abandono escolar no se presentaría asociado exclusivamente con un determinado grupo cultural. En la Tabla Nº 36, anexo Nº1, se percibe que las razones de abandono de la escuela, tanto de las MUEF con lengua aborigen o idioma castellano, se reparten proporcionalmente.

Con la información de las variables "educación" y "edad al primer coito" podemos deducir que el abandono escolar (por razones de unión o embarazo) y el bajo nivel educativo de las MUEF son fenómenos influenciados por factores socioculturales. Los datos examinados en las ENDES permiten señalar que el bajo nivel educativo está asociado tanto a la predisposición al coito y a la unión marital, ambos a temprana edad, como a la casi total ausencia de protección respecto a un embarazo no planeado, de manera mucho más acentuada en el grupo de los adolescentes. Aunque ambos eventos no significan una incompatibilidad para continuar asistiendo a la escuela, en los hechos, la nueva relación social establecida derivada del compromiso de la unión o del primer embarazo (producto del coito desprotegido) constituye el ingreso a la adultez e implica un motivo para abandonar los estucios. El nuevo estatus adquirido implica conducir un hogar y atender obligaciones laborales que garanticen la sobrevivencia. Efectivamente, las MUEF que tuvieron el primer coito antes de los 15 ó 20 años de edad, son las que mayoritariamente tienen secundaria incompleta o menor nivel educativo (92% y 65 %, respectivamente). En tanto, las MUEF que tuvieron dicha experiencia entre 20 y 24 ó 25 y 29 años de edad fueron las que en su mayor parte alcanzaron la secundaria completa o estudios superiores (68% y 85%, respectivamente, ver Cuadro Nº 7.5.13). La ENDES no ofrece mejores explicaciones sobre esta conducta sexual y reproductiva de las MUEF. No obstante, se plantea la hipótesis de que la sociedad peruana no estaría alentando ni dando señales favorables a la opción de una educación prolongada, dado que el desaliento individual en muchos adolescentes sería un efecto combinado de la pobreza y de las pocas oportunidades que ofrece el sistema para trabajar y estudiar.

Cuadro Nº 7.5.13
Edad al primer coito según el nivel de educación alcanzado

Nivel de educación	Edad al primer coito				Total
	Menos de15	15-19	20-24	25 – 29	
No	9.6	4.0	1.7	1.0	4.2
Primaria incompleta	32.3	16.2	7.9	7.9	16.4
Primaria completa	22.9	18.7	10.6	3.0	17.4
Secundaria incompleta	26.9	25.8	11.9	3.0	22.8
Secundaria completa	5.8	24.4	32.6	16.8	23.7
Superior	2.5	10.9	35.4	68.3	15.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Entre las principales razones que determinaron el abandono de la escuela, las MUEF señalaron el embarazo o la unión marital y diversos motivos económicos, tales como, "la familia necesitaba ayuda", "no se podía pagar la pensión" o "ella necesitaba ganar dinero". La naturaleza de las razones de embarazo o unión, permite sostener que este grupo de causas del abandono escolar tiene un origen sociocultural porque los individuos se deciden por uno y otro vínculo de convivencia humana debido a la formación e influencia de ideas recibidas y a las costumbres observadas tanto en el hogar como en la sociedad que la circunda. Ambas causas de causales de abandono escolar sumaron 72% (37% embarazo/unión y 35% económico) en 1996 y 66% (31% embarazo/unión y 35% económico) en el año 2000. Estos datos de las ENDES permiten sostener que el origen del abandono escolar es tanto sociocultural como económico. Tal vez en las comunidades nativas podría ser más importante los motivos socioculturales en la determinación del abandono escolar, explicable porque en dichos lugares las mujeres adolescentes no perciben una inserción social distinta a la de estar unida con su pareja o conciben que la mayor educación, dentro de su comunidad, no va de la mano con una mejor posición social debido a la ausencia de oportunidades. Asimismo en las sociedades nativas, ellas observan que la división del trabajo no ofrece oportunidades que premien o permitan posiciones atractivas entre los miembros locales.

Mientras tanto, al comparar las ENDES 1996 y 2000 se aprecia un viraje que advierte una mayor frecuencia de las razones económicas respecto de las socioculturales (embarazo o unión). Este viraje sería un indicio más de que determinadas conductas en salud reproductiva van dejando de ser una expresión de las diferencias socioculturales para ser una expresión de motivos económicos (ver Tabla Nº 36, anexo Nº1). No obstante, la objetividad de las respuestas recogidas por las ENDES, dada la forma como esta formulada la pregunta, podría estar encubriendo una distinta relación entre el embarazo o la unión y el abandono escolar. Esto es, que parte de las mujeres entrevistadas podría estar asumiendo como situaciones equivalentes el haber abandonado la escuela antes o después del embarazo o la unión conyugal. El examen de esta pregunta en el manual de la entrevistadora no ayuda a

resolver esta duda, por la cual, se sugiere reformular o precisar la pregunta para evitar la probable confusión de la entrevistada. Planteamos esta duda, luego de considerar que las respuestas sobre las razones de abandono de la escuela son racionalizadas a la fecha de la encuesta, tiempo, en muchos casos, distantes del momento en que ocurrió tal abandono. Es decir, las entrevistadas podrían inclinarse fácilmente a dar respuestas de embarazo o unión, como razones de abandono escolar, sólo por comodidad, alterando la posible realidad, en la que ellas primero abandonaron la escuela y luego se embarazaron o se unieron[35]. Será importante una mejor precisión en dicha respuesta, considerando que el 61% de las MUEF de 15 a 29 años de edad no alcanza la secundaria completa.

No es menos importante señalar que las preferencias en la fecundidad advierten que el 52% en 1996 y 44% en 2000 de las MUEF de 15 a 29 años de edad, necesitaban métodos definitivos para limitar su reproducción, al declarar que no deseaban más hijos (Tabla Nº 37, anexo Nº 1). Sin embargo, por razones no del todo conocidas, del total de las MUEF deseosas de limitar su reproducción, el 43 % permanecía como no usuaria de MAC y el 19% como usuaria de métodos tradicionales o folklóricos (1996). Los hallazgos de los estudios cualitativos sobre salud reproductiva permiten deducir que esta conducta de las MUEF está influenciada por factores socioculturales: debido a que ellas acogen con mucho facilismo ideas contrarias o adversas al uso de MAC modernos y desconocen la habilidad técnica del personal médico en la práctica de la esterilización, optan por mantener oculta su necesidad de salud ante el mercado. Prueba de ello es que a través de la ENDES sabemos que sólo el 10% de las MUEF de 15 a 29 años de edad era usuaria actual de la esterilización. Definitivamente, estas cifras podemos interpretarlas como contradicciones entre deseo y comportamiento de las MUEF. No obstante, advertimos que estamos frente a un reto de necesidades de salud que no tiene solución dentro de la lógica biomédica. Reto en satisfacer necesidades en SSR de las MUEF, sabiendo que parte de las mismas no son transformadas en demanda para ser captadas en el mercado, particularmente de quienes no siendo usuarias de MAC, o siendo sólo usuarias de MAC tradicionales, no desean más hijos.

Como en muchas otras actividades y deseos humanos, en las preferencias de fecundidad también se perciben cambios en el periodo 1996-2000. Teniendo en cuenta que el subconjunto de las indecisas, esterilizadas e infecundas mantiene casi invariable su participación en el total de MUEF, los cambios importantes se presentan por desplazamientos en las respectivas participaciones de las categorías "desea otro hijo" o "no desea más hijos". Así, se observa que la participación de las MUEF que no desean otro hijo es menor en el 2000 respecto de 1996. Es decir, las MUEF que integran el componente de las que necesitan métodos definitivos (las que no desean más hijos son las candidatas más próximas para el servicio de esterilización) constituyen un porcentaje menor a medida que pasa el tiempo. Así, vemos que las que no desean más hijos dentro del segmento de las no usuarias de MAC,

35/ Investigación en México ,,,,

pasan de 59% a 51% y su partición en el total de MUEF cae de 52% a 44%, entre los años 1996-2000 (ver Tabla Nº 38, anexo Nº 1).

Con el análisis de la pregunta sobre quién influyó más en la elección de uso de PF, se esperaba realizar algunas deducciones más precisas sobre algún elemento sociocultural que explicara la conducta de las MUEF en relación al uso de MAC. No es mucho lo que finalmente se encontró. En tal sentido, de esta variable rescatamos como información indirecta el grado de autonomía o dependencia de las MUEF, deducida de la influencia recibida antes de la toma de decisiones personales sobre el MAC elegido. De allí que en la ENDES 2000, la pregunta más cercana a este tema de las decisiones fue la "325c": "¿Quién decidió que usted usara el método que actualmente está usando?". Aún cuando esta no es equivalente a la incluida en la ENDES 1996 (439p), era posible compararlas; sin embargo, ello no fue posible por la inconsistencia de los datos en la indicada encuesta del 2000.

El examen de quién influyó en el uso de PF (ENDES 1996) señala que fueron, en orden de mayor a menor frecuencia, el personal de salud (32%), el esposo (23%) y ella misma (21%). Sujetándonos a tales resultados, se deduce que las MUEF tienen una escasa autonomía en la elección de PF y se observa algunas diferencias entre ellas. Así, es mayor la participación de las mujeres con autonomía (decidieron por sí misma) en el grupo de las urbanas (24%) respecto de las mismas que están dentro del grupo de las rurales (15%). Al examinarlas según grupos de edad, se percibe que en las de mayor edad (aumenta la experiencia y el conocimiento) hay una mayor proporción de las que tienen autonomía en sus decisiones de PF con relación a los grupos de menor edad. Así, vemos que la participación de las que decidieron por sí mismas el uso de PF, llegó a ser el 28% en las urbanas y 16% en las rurales; en ambos casos nos referimos a MUEF de 25 a 29 años de edad. Esta capacidad de autonomía, diferenciada por áreas de residencia, podría ser explicada por el más elevado nivel educativo y acceso a la información disponible de las residentes urbanas respecto de las mujeres con residencia rural, entre otros factores. (Ver Cuadro Nº 7.5.14; y Tabla Nº 39, anexo Nº 1).

Cuadro Nº 7.5.14
Persona que más influyó en uso PF, según el área de residencia

Persona que más influyó uso PF	Area de residencia		Total
	Urbana	Rural	
Médico, Obstetriz o Enfermera	28.7	40.2	32.1
Sanitario, farmacéutico, partera o promotor	1.8	6.6	3.2
Esposo	23.0	22.7	22.9
Ella misma	23.9	15.2	21.4
Otro	22.5	15.3	20.4
Total	100.0	100.0	100.0
Total	71.0	29.0	100.0

Continuando con la variable "persona que más influyó en uso de PF" también podemos encontrar indicios sobre el ejercicio de autonomía en las MUEF, en la esfera de la anticoncepción. Aquí podemos observar que la "participación de ellas mismas en la decisión final del uso de MAC" es un indicador de que las terceras personas sólo informaron e influyeron, pero sin llegar a reemplazar la decisión propia. La frecuencia de este indicador en los segmentos de las actualmente usuarias de MAC tradicionales y modernos fue casi idéntica en el grupo de las residentes en el área urbana (23% y 24%, respectivamente). Situación de autonomía diferente se percibe en el caso de las MUEF rurales, porque las que decidieron por sí mismas son el doble en las usuarias de MAC tradicionales (22%) respecto de las usuarias de MAC modernos (11%). Quizá, lo más trascendente en esta aproximación al contenido de autonomía, a través de la variable examinada, sea la considerable participación de la influencia del esposo, casi equivalente a la decisión propia de las MUEF (ella misma) en el estrato de las urbanas (alrededor del 23%) y diferenciado en las rurales (23% el esposo vs. 15% ella misma, ver Tabla Nº 40. Anexo Nº1). En síntesis, se puede afirmar que las MUEF muestran una capacidad de autonomía más elevada para discutir el tema de PF con el esposo con respecto a la decisión que toman cuando ellas deben elegir el método anticonceptivo. Algo más, el hecho de que en la decisión del método a elegir, las personas que más influyeron (en 1996) fueron, en primer lugar, el personal de salud y, en segundo lugar, los esposos, revela que el conjunto de las MUEF disponen de poco conocimiento e información sobre los métodos anticonceptivos.

Retrocesos o avances en el grado de decisión propia de las MUEF, como respuesta a la persona que más influyó en el uso de PF, no fue posible determinarse debido a que en la pregunta: "¿quién decidió el MAC usado?", tiene un resultado inconsistente en la ENDES 2000 (variable V325c). No obstante, relacionando los hechos comentados en otros apartados de esta investigación relativos, de un lado, al elevado déficit de conocimiento de SR y, de otro lado, al incremento en las preferencias por los MAC modernos, cabe deducir que aumentó la dependencia de las MUEF de las recomendaciones del personal de salud debido a que las mujeres no llegan a tener una clara comprensión del funcionamiento de los MAC modernos dentro de sus respectivos cuerpos. Además, como la explicación de los MAC modernos incluye la posible presencia de efectos colaterales, ellas considerarían que les corresponde estar pendientes de que tal cosa ocurra para regresar a la consulta con el personal de salud. Esta actitud podría ser distinta para aquellos grupos de mujeres rurales, cuyos hogares están distantes de los centros de salud y para las que no comprendieron que tienen alternativas para usar otro MAC distinto al actual. Algunas aceptarán estar "atadas" por cierto tiempo a las incomodidades de los efectos colaterales del uso de MAC modernos y otras simplemente los rechazarán. En cierto modo, es razonable sostener que el uso de MAC modernos podría crear más dependencia de las mujeres respecto del personal de salud. Por ejemplo, esto ocurriría en el caso de los inyectables, en

los cuales se verificaría de transferencia del control de la fecundidad de las mujeres hacia los "expertos", dando lugar a que tales mujeres sufran los efectos secundarios del método sin poder hacer nada al respecto, salvo esperar que el efecto de la droga pase, en tanto logre ser comprendida para obtener otro MAC de reemplazo. Esta transferencia del control hacia el personal médico sucede con el uso de otros dispositivos que las mujeres no pueden suspender por sí mismas, tal como sucede con el DIU.

El cruce de las variables "patrón de uso de MAC" y "deseo del el último embarazo" (antes de continuar es importante precisar que aunque la pregunta es relativa al embarazo, tanto porque la pregunta misma hace alusión a hijos como porque la mujer racionaliza la pregunta, las respuestas finalmente se refieren a si ellas querían o no al hijo de tal o cual embarazo), permite observar que entre las que deseaban después de la fecha de ese embarazo o no deseaban más hijos (ambos grupos de mujeres suman 55%) habían MUEF que nunca fueron usuarias (22% y 28%, respectivamente) y usuarias de MAC después del último nacimiento (30% y 18%, respectivamente). Esto prueba, nuevamente, que los deseos expresados (deseaban después o no deseaban más hijos) nunca fueron consistentes con la respectiva práctica sexual y uso de MAC. Por otro lado, más de un quinto del total de MUEF (22%) incurrió en falla de método. La ENDES no proporciona información explícita para explicar las razones de esa posición ambigua, entre el deseo y las acciones. Por el momento, sólo queda aceptar que las decisiones, las conductas y los actos no suponen una actividad puramente originada en el sujeto. Esto es, la reproducción humana en los peruanos aparece dentro de un proceso en el que interviene la voluntad individual muy vinculada a las relaciones y factores vigentes e influyentes del exterior (elementos materiales, sociales y culturales que conforman el contexto en el cual se desenvuelven las personas). Este es un proceso similar al que ocurre con el hábito y la inteligencia humana, los cuales pueden explicarse por uno o varios sistemas de coordinaciones asociativas correspondientes a relaciones ya dadas en la realidad externa al individuo.

Seguidamente, pasamos a examinar las variables "trabaja/gana dinero en efectivo" y "discusión de PF" con el esposo. Estas dos variables, independientemente una de la otra, proporcionan información relativa a cualidades de las MEF. Cualidades que también agregan soporte a la categoría autonomía individual que comentamos en párrafos anteriores. En esta caso inferimos la autonomía de las MUEF, indirectamente del hecho de contar con ingresos propios y de la capacidad para comunicarse o negociar con el esposo desde sus particulares apreciaciones personales, sobre el tamaño de la familia. Por lo tanto, los significados que ahora rescatamos a través de dichas variables contribuyen a la interpretación del mayor o menor grado de autonomía individual. Para comprender los resultados del cruce de las variables "trabaja/gana en efectivo" y "número de

hijos", antes debemos señalar que es válido asumir que casi todas las MUEF trabajan, pero no todas reciben remuneración en dinero efectivo. Por tanto, el hecho de que la mayoría trabaje en el hogar o para un familiar sin remuneración implica estimar que dichas mujeres se conducen con un grado de autonomía menor que las que son pagadas con dinero. La ENDES señala que las MUEF que trabajan y ganan dinero en promedio son el 42%; de ellas, la mayoría esta integrada por madres con uno y dos hijos (suman 71%). Ver Tabla Nº 41, anexo Nº 1. En cambio, al examinar la distribución de las MUEF que discuten PF con el esposo, según el número de hijos, la ENDES establece que son muy pocas (en promedio 11%) las que no realizan tal discusión con el esposo, lo cual sería indicativo de que ellas se manejan con bastante autonomía en la planificación de sus respectivas familias. Se deduce que sería así, al tomar los datos de la ENDES y observar que el grupo de las MUEF que sí discuten PF (89%) se reparten casi proporcionalmente en las categorías con un hijo, con dos hijos y con tres y más hijos (Tabla Nª 42, anexo Nº 1).

A fin de agregar información sobre el grado de autonomía de las MUEF, se procedió a construir una variable que uniera los contenidos de las variables "trabajo" y "discusión de PF con el esposo". Al relacionar esta variable construida con el número de hijos de las MUEF (incluido el embarazo actual) encontramos dos resultados importantes que interpretamos como indicadores de autonomía de dichas mujeres. Por un lado, el grupo de mujeres que no discuten PF (incluidas las que trabajan y no trabajan) son la minoría tanto en el estrato de los pobres (7%) como en los no pobres (3%). Por otro lado, las mujeres que trabajan y discuten PF (una/dos veces o frecuentemente) tienen una participación significativa entre los pobres (46%) y son la mayoría entre los no pobres (52%). Además, una evidencia de la autonomía que ejercen estas últimas es que ellas (las que trabajan y discuten PF con el esposo) son la mayoría entre las que decidieron tener ningún hijo o sólo un hijo a la fecha de la encuesta. Es decir, entre las no pobres (52%) y que trabajan y discuten PF, las que no cuentan con hijos o tienen un hijo (68% y 56%, respectivamente) participan en mayor proporción que aquellas con dos y tres o más hijos (alrededor de 46%). Del mismo modo, ocurre entre los pobres, pero en menor proporción. No es menos importante considerar que entre pobres y no pobres hay grupos de mujeres que aunque no trabajan sí discuten PF con el esposo. Ellas, las que discuten una vez o frecuentemente, suman el 40% entre las pobres y 41% entre los no pobres (ver Cuadro Nº 7.5.15). En resumen, lo que podemos decir respecto de la autonomía de las MUEF es que la pobreza no ha significado un impedimento para que ellas conversen o discutan de PF con sus respectivos esposos y que ellas podrían colocarse en una mejor posición en el ejercicio libre de su sexualidad reproductiva si contaran con mejor información de los MAC y conocimiento en salud reproductiva.

Cuadro Nº 7.5.15
Trabaja y discute PF con el esposo por situación de pobreza, según el número de hijos vivos (más embarazo actual)

Material Piso o situación de pobreza Trabaja y discute PF c/esposo	Número de hijos vivos más embarazo actual				Total
	0	1	2	3 y más	
Tierra/madera o Pobre					
No trabaja y no discute	12.0	7.5	5.1	7.6	7.0
No trabaja y discute 1-2 veces	13.2	30.7	28.1	29.0	28.6
No trabaja y discute frecuentemente	9.0	9.8	13.1	10.9	11.1
Trabaja y no discute	15.0	6.8	5.9	7.0	7.0
Trabaja y discute 1-2 veces	31.7	31.7	32.3	34.5	32.9
Trabaja y discute frecuentemente	19.2	13.6	15.5	11.0	13.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Otro material o No Pobre					
No trabaja y no discute	3.6	2.1	4.0	5.6	3.4
No trabaja y discute 1-2 veces	11.8	22.6	28.0	31.5	25.1
No trabaja y discute frecuentemente	9.7	16.7	16.2	14.0	15.6
Trabaja y no discute	6.7	2.6	4.4	3.2	3.6
Trabaja y discute 1-2 veces	30.3	31.0	26.6	32.5	29.9
Trabaja y discute frecuentemente	37.9	24.9	20.7	13.2	22.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	5.6	37.5	29.9	27.0	100.0

Esta misma variable construida (trabaja y discute PF) en el 2000 no tiene igual consistencia, debido a que las MUEF que respondieron la pregunta conversa PF con el esposo son algo menos del 50% de la población examinada. Haciendo la salvedad de que la información de discute o conversa PF con el esposo en 2000 no sea adecuadamente representativa, realizamos la comparación 1996-2000. Los resultados permiten observar algunos retrocesos en lo que hemos considerado como atributo de autonomía en aquellas mujeres que sí discuten o conversan PF con el esposo. En primer lugar, los promedios indican un crecimiento de las mujeres que no discuten PF (de 11% pasa a 17%), explicable por una mayor participación de las MUEF con residencia rural (de 16% pasa a 25%) y dentro de ellas, particularmente las que no tienen hijos, quienes eran 28% en 1996 y fueron 45% en 2000. No obstante, cabe reiterar que sigue siendo la amplia mayoría la que discute o conversa de PF con el esposo; casi nueve de cada diez mujeres unidas (Tabla Nº 43, anexo Nº 1).

La situación de la autonomía de las MUEF deducida de la variable trabajo, mejora levemente en el periodo 1996-2000, dado que la participación de las mujeres que no trabaja se reduce de 46% a 41%. Dicha mejora no es contundente porque el segmento que trabaja y no gana dinero en efectivo crece en dicho periodo (de 12% a 18%), como efecto del reforzamiento de esa forma de relación laboral (trabajo familiar) en el área rural. Asimismo, se registra un cambio positivo en las residentes urbanas con el incremento de las mujeres que trabajan y ganan en efectivo (de 51% pasa a 53%), cambio que ocurre en la urbanas a pesar de la recesión económica a fines de la década pasada y que corrobora una dinámica laboral destacable de la cada vez

mayor participación femenina en dicho mercado y de la eficacia de las mujeres para crear trabajo o insertarse en actividades del comercio o servicio (Tabla Nº 44, anexo N º 1).

Lo que no se puede dejar de mencionar es la relación de dependencia económica de la mujer respecto al esposo y la permanencia de un estatus disminuido de la mujer derivada tanto de la dependencia antes mencionada como de la existencia de formas de organización social o empresarial que mantienen tratos discriminatorios contra la mujer peruana. Discriminación que la información de la ENDES permite apreciar escasamente con el trabajo no pagado en dinero en efectivo. Discriminación que puede ser discutible, considerando que ese mismo trato también lo reciben los hombres que aceptan relaciones laborales dentro de una empresa familiar; no obstante, sigue siendo una discriminación. Por otro lado, en la sociedad peruana como en muchas otras, los roles económicos entre hombres y mujeres son diferenciados. Diferenciación que se originaría en la hipótesis de que la mujer tiene una condición social (obligación biológica de alimentación con leche materna) del cuidado de los hijos. El asunto de que sea una condición social, por lo mismo que es una construcción social, no establece que dicha relación de condicionamiento o sometimiento social tenga que ser invariable en el tiempo. La ENDES proporciona la información del estado laboral de las MUEF e indica al 2000, que las mujeres que trabajan son la mayoría (57% urbanas y 59% rurales) y de un cambio en sentido positivo, respecto de 1996. Se reduce el componente de las MUEF que no trabajan de 46% en 1996 a 41% en 2000 (ver Tabla Nº 51, anexo Nº 1).

Teniendo en cuenta que en el Perú la facultad de discutir PF en el hogar es un atributo escasamente limitado por barreras contextuales, se puede deducir que las mujeres peruanas tienen libertad para tratar o tal vez buscar un acuerdo con el esposo en el tema de la planificación familiar. Lo más probable es que muchas de ellas estarían más interesadas en dicho acuerdo que sus respectivos esposos; no obstante, el examen basado en los hechos muestra que tal autonomía no conduce a que ambos miembros de la pareja determinen, previamente a los hechos, el número de hijos deseados. Esto no necesita mayor demostración, desde que líneas arriba se explicó de la ambigüedad de las MUEF entre el deseo de no tener más hijos y su permanencia en la categorías de no usuarias de los MAC y usuarias de métodos tradicionales. Una estrategia a ser aplicada podría ser que la consejería sobre uso de los MAC fuera acompañada de ciertas ventajas que podrían alcanzar las parejas que alcanzan el acuerdo de planear el número de hijos. Estrategia que no podría funcionar aislada de la atención a las otras necesidades en SR de la población, como son: información en MAC y en conocimiento de SR.

Habría ausencia de autonomía de PF en las MUEF no usuarias de MAC. Esta interpretación se infiere al asumir que ellas (12% en 2000) conocen algún método anticonceptivo, pero su decisión de no usuaria estaría influenciada por elementos de su entorno social cotidiano, tales como desconocimiento del efecto de los MAC modernos en su propio cuerpo, temor difundido sobre "daños" en usuarias de los

MAC o la oposición del esposo al uso de los mismos. En general, un elemento social que se mantiene y juega un rol contrario a la autonomía en PF de las mujeres sería el paternalismo manifiesto en el personal médico que incide adversamente en las mujeres con escasa educación y en las residentes rurales o campesinas. Paternalismo que se ejerce involuntariamente por dicho personal y que con mucho facilismo los conduce a suponer que ellas no entienden ni de MAC ni de conservación de la salud. Con esta simplificación errada de la capacidad de comprensión de las mujeres, los mismos proveedores estarían decidiendo el anticonceptivo que ellas usarían. Este escenario podría estar ocurriendo de dos maneras: por la omisión de las indicaciones y explicaciones que exigen el adecuado uso de los métodos tradicionales o por la actitud discriminante a favor de los métodos modernos, amparándose en el criterio de que sólo estos últimos son eficaces. Aunque tal actitud del personal de salud podría ser contraria a determinadas ideas de las MUEF rurales sobre la protección del cuerpo, esta relación de dependencia sobre la cual se sostiene no siempre alcanza el efecto esperado por el personal de salud. Lo que ocurre es que ellas encuentran mecanismos de resistencia que les permiten jugar el juego, en la relación médico-paciente, guardando algún margen de maniobra y adoptando medidas de independencia (autonomía) frente a la institución médica. El resultado será que las mujeres no acatarán las prescripciones recibidas porque ellas no practicarán lo que no entienden, ni se sienten obligadas a someterse a recomendaciones que le generan dudas. El proveedor cumpliría con dar indicaciones sobre los métodos, convencido de la necesidad de la mujer en regular su fecundidad y de que el MAC moderno es el más indicado para ese fin. La mujer, por su lado, desecharía tales indicaciones guiándose por su creencia que los MAC modernos pueden generarle "un daño" en su cuerpo o por el conocimiento ampliamente socializado en su medio sobre lo inapropiado de los MAC tradicionales.

Aunque no estamos analizando la oferta de SR, vale comentar que en el diseño de los recientes programas de PF se habría perfilado un modelo que, desde cierta presunción efectista, privilegió la entrega de métodos modernos, sin medir las consecuencias que ello ocasionaría de manera contraria, tanto respecto al objetivo de prevalencia anticonceptiva como en relación a la práctica de una política interesada en elevar la calidad de vida en concordancia al derecho a la salud y el respeto a los estilos de vida de las personas. Irma Ramos y coautores (1997) señalaban parte de las dificultades de la oferta de MAC por el MINSA al afirmar: "...los problemas de discontinuidad estuvieron asociados con las limitaciones de disponibilidad y deficiencias de consejería"[36].Sea por la necesidad de corregir determinadas limitaciones de logística en la oferta como la de prestar atención de salud según las preferencias individuales de las usuarias de MAC, sería necesario evaluar concretamente cual es

36/ Irma Ramos y coautores. "Continuidad en la planificación familiar: un seguimiento de usuarias de establecimientos públicos de la provincia del Santa", publicado en Investigación de Operaciones en PF y salud reproductiva: Conceptos y casos. Univ. Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios de Población.
Allí se sostiene "Estas cifras sugieren que las usuarias de métodos modernos no reciben lo que necesitan de los proveedores de planificación familiar para usar el método elegido de una manera sostenida".

el estado actual de los efectos colaterales de los MAC modernos, teniendo en cuenta que su uso se ha incrementado. En tal sentido, en determinadas comunidades del país, sería aleccionador llevar a cabo la sugerencia que efectuara Jordan[37], quien propuso "un modelo que sirviera no solamente para evaluar la etnobstetricia maya (México), según las normas de la medicina científica, sino también una mirada que permita igualmente lo contrario: es decir, una evaluación de las prácticas médicas según los valores de las comunidades indígenas".

Examinando el modelo de oferta de SR, desde otro ángulo, se percibe que está muy comprometido por satisfacer lo que suele denominarse "demanda social" dejando al margen, salvo excepciones puntuales (como la atención del parto), trascendentes problemas culturales con diversas etnias que pueblan el territorio nacional. Demanda social que concibe que las necesidades anticonceptivas de pobladores con escasas disparidades sociales, en lo que atañe a la convivencia marital y cuyas diferencias culturales, sólo son rescatables en los ámbitos restrictivos del arte, la música y el atuendo. De mantenerse este modelo distante del reconocimiento de los intereses sociales y los valores culturales locales, no sólo se percibe una mayor tendencia al rechazo de la oferta de salud pública o de reclamos comunales en defensa de la diversidad cultural sino que, además, será imposible reducir la brecha existente entre oferta y demanda de SR.

Examinemos ahora la variable "edad de la MUEF al nacimiento del primer hijo" con el fin de encontrar evidencia empírica que aclare el tema del embarazo deseado y no deseado. En primer lugar, encontramos que en las MUEF actualmente embarazadas, fueron pocas las no desearon tales embarazos (23%, de 850 embarazadas, ver Cuadro Nº 7.5.18). Por otro lado, las MUEF que tuvieron tempranamente el primer hijo y expresaron que lo querían en ese entonces, fueron 36% en las menores de 15 años de edad y 30%, en las que tenían de 15 a 19 años de edad (datos calculados con 587 embarazadas). Además, de la variable "edad de la mujer al nacimiento del primer hijo", es posible deducir otros contenidos relativos a la salud reproductiva. Así, los hechos permiten establecer que, salvo excepciones, la mayoría (63% de las actualmente embarazadas tuvo su primer nacimiento antes de los 20 años de edad, ver Cuadro Nº 7.5.16) no estuvo interesada en otras alterativas de desarrollo personal al haber privilegiado el rol de madre por encima de cualquier otro. Dicho de otro modo, en ellas la conducta reproductiva habría estado asociada con la cultura de "vivir el presente", sin sopesar los efectos de tales actos en el futuro. Es más, una parte de ellas expresaron una aparente contradicción o ambigüedad al afirmar que no deseaba mas hijos y sin embargo no usaron métodos anticonceptivos para protegerse del embarazo no deseado. Así, en los grupos con un hijo, el 20% de las menores de 15 años y el 15% de las que tenían entre 15 y 19 años de edad, nunca fueron usuarias de MAC (ver Cuadro Nº 7.5.17).

37/ RICHARDSON, Mary Rebekah. «Concebir, Alumbrar, Educar: Algunos Aspectos de la Vida Reproductiva de las Mujeres en el Yucatán Rural», en: Luis A. Ramírez Carrillo (editor), Género y cambio social en Yucatán. Ed. Universidad Autónoma de Yucatán, Tratados y Memorias de Investigación UCS 2, Mérida, México, 1995, pp. 183-234.DE INVESTIGACIONES REGIONALES «DR. HIDEYO NOGUCHI» UNIDAD DE CIENCIAS SOCIALES COLECCIÓN DIGITAL

Esta variable "edad al nacimiento del primer hijo", resumiría el comportamiento colectivo que evidencia la importancia de los determinantes contextuales dentro de la lógica social de una población marcada por la pobreza, en la que impera la cultura "del presente" y, entre las mujeres, predomina el rol de madres. Como sostiene el antropólogo Alejandro Ortiz acerca de la cultura peruana: "El ahora es lo único que se tiene y por eso hay que gozar".[38] Pero mucho más trascendente que el valor otorgado al presente es el comportamiento colectivo que responde a un condicionamiento social que minimiza otros roles de la mujer para consolidar el de ser madre. Condicionamiento social que se inicia desde la niñez en el hogar y que las protagonistas asimilan sin preguntarse por otras alternativas que, en el medio en el cual conviven, son escasas o simplemente no existen. Por tanto, mientras los analistas se empeñan en destacar los significados de la clara distinción entre las que querían el embarazo entonces (42%) y las que querían el embarazo después (35%), es probable que para las mismas protagonistas de estos datos, lo más importante, desde su perspectiva del rol de madres, es que la mayoría si quería embarazarse (77%). Es decir, para muchas MUEF no habría un significado trascendente que pudiera sostenerse sobre la diferencia entre si el embarazo lo querían entonces o después.

Cuadro Nº 7.5.16
Edad al primer nacimiento según si el embarazo actual fue deseado 1/

Deseo del actual embarazo	Edad al primer nacimiento				Total
	Menos de15	15-19	20-24	25 – 29	
Entonces	36.0	30.3	32.8	45.0	31.9
Después	32.0	35.4	46.2	30.0	38.7
No más	32.0	34.3	21.0	25.0	29.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal %	4.3	59.1	33.2	3.4	100.0

1/ Contiene 587 casos

Cuadro Nº 7.5.17
Edad al primer nacimiento según patrón de uso de MAC

Patrón de uso	Edad al primer nacimiento				Total
	Menos de15	15-19	20-24	25 - 29	
Usa actualmente	54.7	62.4	70.0	68.1	65.3
Usó desde último nacimiento	12.2	12.0	10.8	12.2	11.6
Usó antes ultimo nacimiento	12.8	10.8	8.9	8.3	10.0
Nunca usó	20.3	14.8	10.4	11.5	13.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal %	2.9	54.1	38.1	4.9	100.0

38/ Afirmado en conferencia pública en el auditorio del Congreso de la República, al exponer su última investigación sobre la cultura peruana. 2001.

El examen de las MUEF actualmente embarazadas también ofrece evidencias sobre la contradicción entre el deseo de no más hijos y la decisión de no usar MAC o simplemente la ambigüedad de aquellas que responden no desear más hijos. Esta incoherencia entre deseo y comportamiento puede ser mejor examinada tomando sólo a las MUEF actualmente embarazadas. Por un lado, se observa que de todas ellas sólo el 42% quería el embarazo entonces o había buscado el embarazo; el resto lo deseaba después o simplemente no lo quería. Este primer resultado podría inducir a sostener, equivocadamente, que cada una de ellas son las únicas voluntariamente responsables de quedar embarazas. Nos referimos al comportamiento colectivo del embarazo y no al hecho individual. En tal sentido, podemos aceptar que para una parte de ellas sí sería pertinente atribuirles que el embarazo fue de su exclusiva responsabilidad individual; como es el caso de las unidas que asumieron el uso del anticonceptivo correspondiente. Por tanto, el examen del embarazo como un hecho colectivo no puede ser desligado de las circunstancias que acompañaron a la concepción como tampoco a los elementos socioculturales que influyeron en la formación y en la conducta de las personas involucradas. Por otro lado, al observar el patrón de uso de MAC, constatamos que intentaron protegerse del embarazo el 75% de las que querían después y el 61% de las que no querían (ver Cuadro Nº 7.5.18). Ajustándonos a los hechos, las que intentaron protegerse del embarazo sin éxito o las que tuvieron falla con el método usado fueron el 32% de las actualmente embarazadas. La pregunta que surge automáticamente sobre la conducta de las embarazadas y que con los datos de la ENDES queda sin respuesta es: ¿cómo querían espaciar el nacimiento (el 25% de las que querían después) o cómo querían limitar el nacimiento (el 39% de las que no querían más hijos), considerando que ellas nunca fueron usuarias de MAC?

Cuadro Nº 7.5.18
Deseo del embarazo actual según patrón de uso de MAC

Patrón de uso	Actual embarazo deseado 1/			Total
	Entonces	Mas tarde	No deseaba	
Usó desde último nacimiento	66.4	72.4	53.8	65.7
Usó antes ultimo nacimiento	2.5	2.3	7.2	3.5
Nunca usó	31.1	25.3	39.0	30.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal %	41.9	35.4	22.7	100.0

1/ Contiene 850 casos.

Pero no todo es incoherente en la conducta reproductiva de la colectividad peruana. Esto lo podemos apreciar al observar la distribución de las MUEF que respondieron a la pregunta sobre el primer MAC usado según el uso actual de MAC. Del total que usó MAC modernos por primera vez, casi 70% sigue con este tipo de método; en tanto, del total que usó tradicional o folklórico sólo el 39% sigue

usando dichos métodos. Hubo un cambio cualitativo en las preferencias de MAC, dado que ha sido mayor el traslado desde las usuarias de métodos tradicionales hacia las usuarias de métodos modernos. Esta es una conducta racional en la visión occidental, desde que es la misma población la que adquiere más conocimiento sobre los MAC, acumula experiencia en la conservación de la SR con la edad y opta por métodos más seguros de acuerdo a sus necesidades presentes. Haciendo la distribución de las usuarias del primer método usado, según su preferencia futura, esta racionalidad a favor de los MAC modernos se acentuaría. Esto es, del total que usó métodos modernos, el 82% lo seguirá usando y del total que usó tradicional o folklórico, sólo el 27% seguirá usándolo en el futuro (ver Cuadro Nº 7.5.19). Otra vez nos encontramos con preguntas sin respuesta en la ENDES: ¿Cuáles son las explicaciones para que el 19% de las MUEF aún persista en no saber el tipo de MAC que usará próximamente? (examen efectuado con 2052 casos).

Cuadro Nº 7.5.19
Preferencia futura de MAC según el primer MAC usado

Primer MAC usado	Preferencia futura de MAC			Total
	Moderno	Tradicional/folk	No sabe	
Ninguno	54.9	13.3	31.8	100.0
Moderno	81.9	5.4	12.8	100.0
Tradicional / folklórico	62.3	26.6	11.1	100.0
Total	64.7	16.0	19.3	100.0

Volviendo al tema del embarazo deseado, esta vez examinaremos las respuestas recogidas respecto del embarazo del último hijo nacido vivo de las MUEF. Con esta variable, "deseo del último hijo nacido vivo", se logra contar con un mayor número absoluto de MUEF respecto de la variable anteriormente examinada y restringida al embarazo actual. Esa mayor cobertura de casos no sólo es aditiva a la relacionada con el embarazo actual sino que ofrece una información relativa a un periodo anterior (entre ellas se incluye una buena parte de las embarazadas actuales). Esto último permite tomar información sobre un periodo más prolongado (embarazadas en diferentes periodos de tiempo) e interpretar lo que ello implica como si se tratara de un hecho presente, al advertir que en cierto modo tales resultados se repiten o se mantienen sin cambio alguno en el tiempo. En promedio, el examen de esta variable nos indica que casi uno de cada cuatro MUEF no deseó el embarazo del último hijo nacido vivo. Además, señala que en el grupo de las adolescentes (15-19 años de edad) la tasa de embarazo no deseado fue menor (11% en 1996 y 7% en 2000), en comparación a los otros grupos de edad. Estos resultados no deben ser comparados con el obtenido de las actualmente embarazadas, debido a que la edad mediana del primer conjunto de mujeres sería menor que del segundo conjunto. Los resultados obtenidos son trascendentes porque permiten comprender el sentir personal de las MUEF respecto de sus propios embarazos, con independencia del deseo de planear o de haber fallado en el uso de MAC. Esto evidencia de que entre las MUEF hay una

abrumadora mayoría que quería dicho embarazo (entonces o más tarde, 76 % en 1996) y que en el segmento de las adolescentes el deseo del embarazo del último hijo nacido vivo alcanzó la mayor participación (89% en 1996 y 93% en 2000) en comparación a los otros grupos de edad. Este resultado sobre las adolescentes corrobora el apreciado intento de algunos investigadores que han desmentido las ideas dominantes sobre el problema que representaría para la salud reproductiva en los adolescentes el fenómeno del embarazo no deseado. Es decir, la evidencia empírica no avala lo que se viene diciendo "con exagerado interés" sobre el problema de salud reproductiva en el segmento de los adolescentes y que generaliza el problema del embarazo no deseado, el cual es un hecho particular de un grupo más bien pequeño.

Cuadro Nº 7.5.20
Deseo del último embarazo del hijo nacido vivo, según grupos de edad

Deseo del último embarazo	Grupos de edad			Total
	15-19	20-24	25-29	
Entonces	52.8	45.6	43.7	45.4
Después	35.8	35.4	24.8	30.4
No más	11.4	19.0	31.5	24.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Considerando que las dos preguntas sobre embarazo deseado (la 205 sobre el embarazo actual y la 405 sobre el embarazo del último hijo nacido vivo) podrían estar encubriendo alguna asociación de hechos no equivalentes, y con ello se estaría alterando los resultados, se sugiere formular ambas preguntas de modo preciso y reiterativo. Es decir, podría estar sucediendo que ante tales preguntas, parte de las entrevistadas asuman como equivalentes dos hechos distintos, tales como son, de un lado, el embarazo y, de otro lado, el nacimiento. La pregunta es relativa a un aspecto cualitativo, esto es, si el embarazo ocurrió dentro del tiempo esperado o no. Asunto muy distinto de otras situaciones relacionadas con el embarazo, como son responder por el efecto cuantitativo que implica tener un hijo más o responder por el aspecto afectivo (cualitativo) que encierra considerar si el último hijo fue o no deseado. Para evitar probables errores de entendimiento sobre ambas preguntas, se sugiere que al formularse la pregunta será preciso recalcar que el dato a recoger se refiere al momento de ocurrencia del embarazo y no por el hijo. Se deberá precisar que se juzga importante que la entrevistada se esfuerce por remontarse a las circunstancias contextuales a la fecha de la ocurrencia del embarazo y que se le explique que la pregunta indaga por la aceptación o rechazo del evento en función de que el mismo fuera considerado oportuno, buscado, deseado o esperado. Esta sugerencia la estimamos importante y se hace con la finalidad de alcanzar una mejor aproximación a la realidad de la salud reproductiva. Quizá, para determinados casos lo más probable es que, sea como fuere hecha la pregunta, las entrevistadas racionalizan su respuesta

hacia un único hecho trascendente: el hijo nacido del indicado embarazo.

Con esta pregunta sobre el deseo del embarazo del último hijo nacido vivo, podemos captar directamente el sentir individual de las MUEF y encontrar indirectamente el soporte demográfico para aquellas expresiones socializadas que se han escuchado en talleres de capacitación o en los grupos de mujeres convocadas para investigaciones cualitativas; expresiones indicativas de que ellas no desean tener tantos hijos. El Cuadro Nº 7.5.21 señala que a partir del tercer hijo, las MUEF evidencian considerables tasas de embarazos no deseados, esto es, 48% en las del estrato pobre y 45% entre las que no son pobres. Asimismo, este dato revela que la demanda insatisfecha de MAC sigue siendo un problema considerable y, además, es reiterativo de que aún hay mucho por hacer a favor de aquellas MUEF no usuarias, las falladoras en el uso de MAC y las que aún no comprenden el funcionamiento de los MAC en sus respectivos cuerpos, entre otras. No obstante la evidencia existente, este resultado debiera ser tomado con cierta prudencia, debido a la ambigüedad de las respuestas de no desear más hijos. Son ambiguas las respuestas porque una parte de ellas no deseará hacer un cambio en su conducta sexual o insistirá en mantenerse dentro del grupo de no usuaria de MAC o en el grupo de usuarias de métodos anticonceptivos no definitivos.

Cuadro Nº 7.5.21
Deseo del último embarazo por número de hijos vivos y según el estado de pobreza

Material Piso/Situación de pobreza Deseo del último embarazo	Número de hijos vivos					Total
	0	1	2	3	4 y +	
Tierra/madera o Pobres						
Entonces	76.0	62.0	41.1	30.0	21.6	43.6
Después	20.0	31.3	33.6	21.9	13.8	27.4
No más	4.0	6.7	25.3	48.1	64.6	28.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Otro material o No pobres						
Entonces	66.7	56.2	47.1	27.0	27.1	47.9
Después	8.3	39.7	33.4	28.0	11.9	34.5
No más	25.0	4.1	19.5	44.9	61.0	17.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Las ENDES recogen información para obtener mediciones objetivas sobre la SR de las MEF. Dado que estas encuestas no tienen el propósito de recoger información contextuada, siempre será necesario acudir a las investigaciones cualitativas para esclarecer los elementos sociales, económicos y culturales que explican el comportamiento de la demanda o consumo de SSR. En ese sentido, importa considerar que parte de la conducta corriente en las poblaciones rurales y comunidades nativas alejadas de centros urbanos es no expresar sus necesidades en SR en forma de demanda. En el estudio sobre comunidades indígenas antes mencionado, ya se había mencionado sobre este aspecto, en los siguientes términos: "En particular, la mayoría de hombres y mujeres indígenas no traduce

sus necesidades de salud reproductiva en demanda efectiva al proveedor del MINSA, por sujeción a su cultura y costumbres, muy distantes de la medicina occidental". No obstante esta realidad, encuestas como las ENDES permiten estimar y caracterizar a estas MEF que no expresan sus necesidades de SR en demanda. Así, las ENDES al ofrecer el dato de no usuarias de MAC que no desean más hijos, precisamente esta señalando que estas MEF constituyen una parte de las que suelen no expresar sus necesidades de SR en forma de demanda. Esta a su vez, es una parte de la demanda insatisfecha en PF. Por consiguiente, se recomienda que estas poblaciones rurales (las alejadas de centros urbanos) constituyan un segmento de demanda de SR diferenciados por su cultura andina o amazónica marcadamente distante de la occidental.

7.6 Algunos cambios en la demanda de MAC:1996-2000

A continuación también estudiamos algunos de los cambios registrados en la demanda de MAC durante el periodo 1996-2000; los cuales, en parte, revelan una mayor asimilación por parte de las MUEF de las formas y procedimientos de conservación de la salud provenientes de la cultura occidental. Asimilación y adaptación que probablemente va acompañada de importantes variaciones en las creencias y costumbres respecto del uso de los anticonceptivos modernos. Cambio importante que cuenta con evidencia empírica de una mayor aceptación de los MAC modernos entre las MUEF actualmente usuarias. En sólo cuatro años se nota un significativo aumento en la aceptación de los métodos modernos de 43% en 1996 a 53% en el 2000. Los cambios cualitativos que se ocultan tras las cifras son de naturaleza sociocultural. En el Cuadro Nº 7.6.1, las ENDES sólo nos dice que este cambio en el patrón de consumo de anticonceptivos proviene tanto de las MUEF no usuarias como de las anteriormente usuarias de métodos tradicionales. No obstante, se constata la relativa permanencia de patrones de consumo con preferencia de métodos tradicionales por sujeción a factores socioculturales, que la evidencia cuantitativa señala como más difícil de modificar en las MUEF residentes de áreas rurales (apenas se redujo 2% en los últimos cuatro años, al pasar de 19.6% a 17.2%). Fenómeno de estabilidad en el patrón de consumo que también se observa en las usuarias de MAC moderno con residencia rural, usuarias que no han variado su nivel participación del 43% tanto en 1996 como en 2000.

Este comportamiento de las MUEF con residencia rural sería producto de la convivencia bajo las tradiciones y las creencias de la cultura andina con algunas variantes o adaptaciones de la influencia externa (cultura occidental). Área de residencia que también incluye, entre sus pobladores, a los residentes de comunidades de indígenas. Comunidades que se diferencian por el ideal de permanecer cerradas a ideas y consumos foráneos y que a pesar de seguir siendo fieles a sus tradiciones andinas, denotan que sus respectivas formas de vida incorporan bienes y servicios que diez años atrás les eran totalmente ajenos. Hipótesis que también incluye a las MUEF rurales actualmente no usuarias de MAC, dado que dichas MUEF son las protagonistas que prueban la relativa estabilidad en el patrón de PF y reproductivo de la sociedad peruana. Ellas, aunque no todas

permanecen como no usuarias de MAC, constituyen una proporción estable frente al resto de las MUEF sea porque se encuentran embarazadas, en estado de amenorréicas (en periodo de lactancia) o son nunca usuarias. Éstas, rurales y actualmente no usuarias de MAC, aumentaron en 2%, al pasar de 38% en 1996 a 40% en 2000.

Se explicó que el incremento observado en el uso de MAC modernos en 2000, ocurrió a expensas de las anteriormente no usuarias y usuarias de métodos tradicionales. Lo que faltaba precisar es que el cambio en la nueva configuración de grupos de demanda de MAC fue más significativo para el grupo de MUEF no usuarias y con residencia urbana. Así, podemos observar que la caída del promedio de 38% en 1996 a 33% en 2000, ocurrió gracias a la reducción en las residentes urbanas (los cuales cayeron en cuatro puntos, con un efecto mayor a los cinco puntos del promedio, debido a su mayor ponderación). Reducción que se origina en la deserción de las no usuarias de MAC con residencia urbana, como una respuesta directa o movilidad favorable de éstas para asumir la "visión occidental" de la salud reproductiva. Este cambio también ocurre con menor intensidad en las MUEF rurales usuarias de MAC tradicionales (grupo que se reduce de 20% a 17%, en el periodo 1996-2000). Tales comportamiento observados, en particular en la población de MUEF con residencia rural, son interpretados no solamente como un efecto de la influencia de factores contextuales y estructurales propias de dichas áreas sino también por fidelidad de ellas a la cultura andina, cuya cosmovisión es muy diferente a la que impera en la ciudad. En este sentido deberíamos aceptar la distinción que advierte Alejandro Ortiz al referirse al grupo cultural que él define como "rural andino", al relacionar su horizonte cultural de estos frente a lo propio y a lo extraño: "..la autoctonía es considerada superior al cosmopolitismo desde el punto de vista ético e ideal, pero el cosmopolitismo es una práctica igual o mayor que su opuesto".[39] Por tanto, podríamos decir que auque estos pobladores se adhieren a sus costumbres y creencias, la modernidad (lo extraño) va siendo aceptada; razón por la cual sus mujeres también se van incluyendo en el grupo de las usuarias de métodos anticonceptivos modernos.

Cuadro Nº 7.6.1
Demanda de MAC (uso actual) según área de residencia: 1996-2000

Area de residencia Años	MAC uso actual			Total
	No	Tradicional/folk	Moderno	
Urbano				
1996	31.2	19.0	49.9	100.0
2000	27.2	13.3	59.5	100.0
Rural				
1996	37.8	19.6	42.6	100.0
2000	40.4	17.2	42.5	100.0
Total nacional				
1996	37.8	19.6	42.6	100.0
2000	32.6	14.9	52.5	100.0

39/ Op. Cit. en nota 2.

Seguidamente y con ayuda del Cuadro Nº 7.6.2 encontramos evidencias de cambios cuantitativos pequeños, pero trascendentes por sus implicancias cualitativas. En primer lugar, examinemos las frecuencias marginales por área de residencia. En el área urbana del 2000 hay mayor participación de MUEF dentro del rango de ningún hijo a un hijo (54%) respecto a 1996 (48%), lo cual es un indicio factual de que un mayor número de mujeres prolonga el periodo de espera por el primer hijo. En menor intensidad ocurre en el área rural (en el mismo rango de ningún hijo a un hijo, ellas pasan de 37% en 1996 a 34% en el 2000). Asimismo, en los grupos de urbanas que desean el siguiente hijo dentro de dos años o más, se registra una frecuencia mayor de MUEF en el 2000 (48%) que en 1996 (39%). Esta variación también ocurre en el área rural. En el total nacional vemos una recomposición positiva en las distribución de MUEF según el número de hijos. Encontramos que las MUEF con tres y más hijos reducen su participación de 27% en 1996 a 21% en el 2000. El cambio cualitativo que se percibe es una mayor frecuencia de mujeres que desean planear el número de la familia y, aún cuando en definitiva no se cumpla dicho deseo, es una señal de una futura menor procreación o de reducción paulatina de la tasa general de fecundidad. Esta deducción proviene de considerar que ellas, al prolongar el periodo intergenésico, determinan un menor número probable de hijos en todo el ciclo reproductivo individual[40].

Cuadro Nº 7.6.2
Número de hijos (más embarazo) según área de residencia y deseo de más hijos: 1996-2000

Area de residencia/Año Desea más hijos	Número de hijos vivos más embarazo actual				Total	
	0	1	2	3 y más		
Urbana1996						
Antes 2 años	40.4	50.5	7.4	1.8	100.0	9.5
2 y +años	5.5	66.1	23.6	4.8	100.0	39.2
No mas	0.2	21.4	42.9	35.5	100.0	46.1
Otros	4.2	29.3	29.3	37.2	100.0	5.2
Total	6.3	42.1	31.3	20.4	100.0	100.0
Urbana2000						
Antes 2 años	40.1	48.7	7.3	4.0	100.0	9.7
2 y +años	6.6	69.4	20.0	4.0	100.0	47.7
No mas	0.3	19.8	52.6	27.3	100.0	37.9
Otros	1.4	24.0	32.9	41.8	100.0	4.7
Total	7.2	46.5	31.7	14.6	100.0	100.0
Rural 1996						
Antes 2 años	40.5	36.6	11.8	11.1	100.0	6.7
2 y +años	3.7	56.1	24.1	16.2	100.0	27.0
No mas	0.4	16.6	31.2	51.8	100.0	61.2
Otros	6.8	28.2	21.4	43.6	100.0	5.1
Total	4.3	29.2	27.5	39.0	100.0	100.0
Rural 2000						
Antes 2 años	37.2	41.7	11.5	9.6	100.0	7.1
2 y +años	6.8	54.4	26.2	12.5	100.0	35.1
No mas	0.7	15.7	38.6	44.9	100.0	52.1
Otros	1.6	16.8	33.6	48.0	100.0	5.7
Total	5.5	31.2	32.1	31.2	100.0	100.0
Total nacional 1996	5.6	37.5	29.9	27.0	100.0	
Total nacional 2000	6.5	40.2	31.9	21.4	100.0	

40/ Entre 1996 y 2000, se incrementó el porcentaje de nacimientos con un intervalo de 48 meses y más desde el nacimiento anterior, al pasar de 29% a 36%. Fuente ENDES 1996 y 2000 publicados por el INEI.

Al comparar las razones de la última discontinuidad, se registra varios cambios en el comportamiento de las MUEF durante el periodo 1996-2000. Se advierte al lector que estas variaciones son relativas a un proceso acumulado durante los últimos cinco años a la fecha de las respectivas encuestas. El motivo "falla en el uso de MAC" (se embarazó mientras usaba) se redujo, hecho que ocurrió en mayor proporción en las residentes rurales (pasan de 44% a 27%) respecto de las urbanas (de 29% en 1996 caen a 18% en el 2000). El Cuadro Nº 7.6.3 también destaca la importancia de las razones relacionadas con el método, en el grupo de MUEF que usaron métodos modernos, y la falla de método entre las que usaron MAC tradicionales o folklóricos. Algo más significativo de dicho cambio fue que en ambas áreas de residencia, las razones relacionadas con el método o la salud crecieron de 53% a 58% en las urbanas y de 57% a 58% en las rurales. Por otro lado, la razón de falla en las usuarias de métodos tradicionales se redujo en las residentes de ambas áreas, pero se mantienen altas (40% en las urbanas y 53% en las rurales, en el año 2000). Estos datos corroboran cambios cualitativos ya mencionados en párrafos precedentes, como es el mejor desempeño efectivo en el uso de MAC tradicionales (se redujo el motivo falla de MAC). Dijimos anteriormente que entre 1996 y 2000 se incrementó el uso de los métodos modernos, lo cual habría traído también el incremento de la tasa de abandono y la alternancia con otro método del mismo grupo. Con esto último se desea reforzar la percepción de que el incremento en el uso de MAC modernos (1996-2000) no ha sido del todo exitoso, dado que paralelamente a su incremento se registra una mayor discontinuación de los mismos por razones asociadas tanto al método en sí como a sus efectos sobre la salud de la usuaria. Aunque la siguiente cita hace referencia al resultado de evaluar la continuidad de MAC en usuarias de dos unidades territoriales de salud de la provincia del Santa (Huaraz), la investigación antes mencionada había señalado los efectos que se derivan del aumento en la discontinuidad de los MAC modernos, ".....la mayoría de las usuarias que discontinúa un método moderno pasa a un método menos efectivo o queda sin protección alguna, aunque no desea un embarazo".[41]

41/ Irma Ramos y coautores, op.cit.

Cuadro Nº 7.6.3
Último MAC discontinuado según área y razón de la discontinuación: 1996 - 2000

Area de residencia / Año Razón últ. MAC discontinuado	Ultimo MAC discontinuado		Total
	Moderno	Tradicional/folk	
Urbano 1996			
Se embarazó mientras usaba MAC	11.5	51.5	29.0
Relación con MAC y por Salud	52.8	18.7	37.9
Deseaba embarazo	18.8	23.5	20.9
Otros	16.9	6.3	12.2
Total	100.0	100.0	100.0
Urbana2000			
Se embarazó mientras usaba MAC	8.9	39.7	17.5
Relación con MAC y por Salud	58.6	26.1	49.5
Deseaba embarazo	15.9	25.3	18.5
Otros	16.7	8.8	14.5
Total	100.0	100.0	100.0
Rural 1996			
Se embarazó mientras usaba MAC	10.4	62.9	43.9
Relación con MAC y por Salud	57.3	10.3	27.3
Deseaba embarazo	15.2	20.6	18.6
Otros	17.2	6.2	10.1
Total	100.0	100.0	100.0
Rural 2000			
Se embarazó mientras usaba MAC	8.2	52.8	27.3
Relación con MAC y por Salud	58.4	17.3	40.9
Deseaba embarazo	16.3	23.5	19.4
Otros	17.1	6.4	12.5
Total	100.0	100.0	100.0
Total nacional 1996	50.6	49.4	100.0
Total nacional 2000	67.2	32.8	100.0

Seguidamente examinamos algunas variables que expresan condiciones contextuales sobre la demanda de anticonceptivos derivada de la infraestructura física asociada a las viviendas de las MUEF. Un primer condicionamiento es relativo al "material del piso" y la "fuente de agua de la vivienda". Estas variables construidas reúnen información sobre la disponibilidad o no de dos importantes elementos básicos en todo hogar. Dicha variable muestra que las MUEF con mejores condiciones materiales de vida, tienen las más elevadas tasas de demanda de MAC modernos. Esto es, las MUEF con mejores condiciones materiales de vida son aquellas cuya vivienda tiene piso de un material superior al de tierra/madera rústica y además cuenta con fuente de agua de la red pública, con tales viviendas, estas MUEF tuvieron los siguientes participaciones de usuarias de MAC modernos: 52% en 1996 y 61% en 2000. Además, se observa que en dicho periodo, todos los grupos de MUEF, según las diversas categorías de condicionamiento material de sus viviendas, incrementaron su demanda o uso de MAC modernos (Cuadro Nº 7.6.11).

Cuadro Nº 7.6.4
Material del piso y fuente de agua según demanda de MAC:1996-2000

Material de Piso y Fuente de Agua/Año	MAC uso actual			Total	
	No	Tradicional/folk	Moderno		
1996					
Piso tierra/mad y F agua no red pública	46.0	19.7	34.3	100.0	37.1
Piso tierra/mad y F agua red pública	37.1	22.2	40.7	100.0	19.3
Piso otro material y F agua no red púb.	34.6	19.3	46.1	100.0	10.2
Piso otro material y F agua red pública	30.3	18.0	51.7	100.0	33.4
Otros			100.0	100.0	0.1
Total	37.8	19.6	42.6	100.0	100.0
2000					
Piso tierra/mad y F agua no red pública	38.7	15.3	46.0	100.0	32.2
Piso tierra/mad y F agua red pública	33.0	16.0	51.0	100.0	20.7
Piso otro material y F agua no red púb.	32.4	16.3	51.3	100.0	8.6
Piso otro material y F agua red pública	25.7	13.4	60.9	100.0	34.3
Otros	40.9	15.9	43.2	100.0	4.1
Total	32.6	14.9	52.5	100.0	100.0

La siguiente variable que refleja condicionamiento contextual y material se construyó combinando los datos de "área de residencia", "material del piso de la vivienda" y "tenencia de TV y refrigeradora". Con ella se puede apreciar la influencia del contexto sociocultural que está implícito en el área de residencia (urbano-rural), como factor de diferenciación en la demanda de MAC. Así, las MUEF con residencia rural y pobres (piso de tierra) son las que menos participación tienen como usuarias de MAC modernos (28% en 1996 y 41% en 2000). Siguiendo con la diferenciación que nos permite contar con tres grupos por grado de riqueza material (piso de tierra y tenencia de TV y refrigeradora) en las residentes urbanas, se aprecia que a mayor bienestar material hay mayor preferencia por los métodos modernos (las MUEF urbanas con piso distinto de tierra, TV y refrigeradora que usaron MAC modernos fueron 56% en 1996 y 61% en 2000). Un cambio cualitativo importante es que en todos los estratos las MUEF incrementaron su preferencia por los MAC modernos. Otro cambio que estimo trascendente es que en el 2000 la población urbana a borrado la distinción por el tipo de MAC; es decir, tanto las que viven precariamente como las que poseen mejores condiciones de vida muestran similar conducta en la demanda de MAC (la distribución de cada grupo de las urbanas es muy similar en los tres segmentos de demanda: 13% no usuaria, 27% usa tradicional y 60% usa moderno). Sin embargo, sigue habiendo un contingente importante de MUEF con residencia rural que, por distintas razones, se ubica en los segmentos de no usuarias o usuarias actualmente de MAC tradicionales (sumando la participación de no usuarias y usuarias de MAC tradicionales, los pobres suman el 59% y los no pobres el 41%, en el 2000, ver Cuadro Nº 7.6.5). Cabe precisar que dicha reducción de la brecha en el uso de MAC modernos no se explica por mejoras en la disponibilidad de bienes materiales (incremento de riqueza) o en el acceso al servicio de agua por red pública, sino por la variedad y la eficacia de la oferta de SSR, incluida la entrega de MAC, y la mejor disposición al cambio sociocultural de la población. Al respecto, consideramos

que tanto para las anteriormente no usuarias como para las que eran usuarias de MAC tradicionales, dicho cambio no sólo les habría significado el abandono de sus creencias (temor o rechazo a lo extraño) sino además adoptar otros hábitos sociales, tales como acudir al centro de salud, interesarse por la planificación familiar y, quizá, someterse al examen ocular médico e intercambiar experiencias de uso de MAC con otras igualmente usuarias de métodos modernos.

Cuadro Nº 7.6.5
Área de residencia, material del piso/TV/Refrigeradora según demanda de MAC: 1996-2000

Area/piso y Tiene TV/refrig	MAC uso actual			Total	
1996	No	Trad+folk	Moderno		
Rural/piso tierra	50.9	20.7	28.4	100.0	30.1
Rural/piso no tierra/Tiene TV	34.3	24.3	41.4	100.0	2.8
Urbano/piso tierra	33.8	20.4	45.8	100.0	26.3
Urbano/piso no tierra/No tiene TV	37.7	21.6	40.7	100.0	2.6
Urbano/piso no tierra/ Tiene TV/Refrig.	28.1	16.0	55.9	100.0	20.0
Otros	33.3	19.4	47.3	100.0	18.2
Total	37.8	19.6	42.6	100.0	100.0
2000					
Rural/piso tierra	41.9	17.2	40.9	100.0	33.4
Rural/piso no tierra/Tiene TV	26.1	14.8	59.1	100.0	3.8
Urbano/piso tierra	27.2	12.8	60.0	100.0	19.6
Urbano/piso no tierra/No tiene TV	24.8	14.8	60.4	100.0	14.9
Urbano/piso no tierra/ Tiene TV/Refrig.	26.4	13.1	60.5	100.0	20.3
Otros	40.7	15.1	44.2	100.0	8.0
Total	32.6	14.9	52.5	100.0	100.0

7.7 Selección de variables explicativas de la demanda de métodos anticonceptivos

El objetivo de esta parte de la investigación fue realizar una adecuada selección de variables que las mismas sean útiles en la aplicación del análisis discriminante, técnica estadística que proporciona indicadores que sustentan una propuesta alternativa de segmentos en el mercado de demanda de MAC. Mediante las regresiones logísticas buscamos las variables cualitativas, en este caso independientes, entre originarias y construidas con la data de la ENDES. Dichas regresiones permiten apreciar los distintos grados de asociación, en algunos casos explicativos, sobre el comportamiento de la población comprendida en las categorías de la variable dependiente que denominamos demanda de MAC. Indicamos al lector, que las regresiones siguientes son aquellas que fueron seleccionadas por la mayor capacidad predictiva de la variable dependiente que permite determinados conjuntos de variables independientes.

En primer lugar, nos referiremos al examen de la "demanda MAC1", variable dependiente dicotómica que es relativa a los siguientes segmentos de MUEF:
Actualmente no usuaria de MAC
Actual usuaria de MAC tradicionales / folklóricos o modernos

Tal como se aprecia en la siguiente regresión Nº 1 (ver Cuadro Nº 7.7.1), las variables independientes "número de hijos vivos al primer uso de MAC" y "material del piso y tenencia de TV", (variable

construida) permiten explicar el comportamiento del 78% de las MUEF comprendidas en la variable dependiente "demanda MAC1" (no usuarias y usuarias de MAC, al momento de la encuesta). Ver Tabla de clasificación en el cuadro de la regresión Nº 1. En otras palabras, con esta regresión tenemos una mayor evidencia de la influencia del grado de bienestar material o factor riqueza sobre la "demanda de MAC" a través de la variable que agrupa a las mujeres unidas en estratos por situación de pobreza, pobre o no pobre, y dentro de cada estrato a los subconjuntos de mujeres que cuentan con o sin TV en sus respectivos hogares.

Aunque en esta regresión no se incluye la variable "área de residencia", se estima pertinente agregar los vínculos de la variable "tenencia de TV" con otros elementos contextuales que generalmente están asociados al uso de dicho medio de comunicación. En particular la "tenencia de TV" en las áreas rurales no sólo permite diferenciar dos grupos de pobres (con TV o sin ella) sino permite considerar que el grupo de mujeres con TV además cuenta con adicionales servicios de infraestructura básica, como son el disponer de un sistema de distribución eléctrica en red pública y pertenecer a un centro poblado con servicios públicos cercanos, como una escuela y una posta médica. No está demás señalar que en países pobres, la tenencia o no de TV es un buen indicador de riqueza de la población estudiada cuando existe subestimaciones o información de ingreso familiar poco confiable.

Por su lado, la variable "número de hijos al primer uso de MAC" proporcionaría información de al menos dos elementos influyentes sobre la demanda de MAC: un primer elemento es que ellas (la mujer o conjuntamente con su pareja) consideran que contar con un determinado número de hijos es por sí mismo un paso previo para asumir la responsabilidad de planificar la familia o ingresar al grupo de las usuarias de MAC. Conducta lógica y corroborada por la ENDES, aunque no siempre se cumple a plenitud en las poblaciones rurales o de lengua aborigen, como consecuencia de su apego a patrones culturales propios. Paso previo o condición que muchas mujeres practicarían de manera coherente con la posición de dependencia asumida en su relación conyugal y más claramente por el deseo de la pareja (ambas partes) de consolidar su nuevo estatus social. Esta conducta sería mucho más acentuada en las andinas rurales que rechazan el uso de dispositivos extraños o desconocidos, bajo la creencia de que así cuidan su cuerpo; actitud que las lleva a evitar probables efectos adversos de los métodos modernos en su salud. El segundo aspecto cualitativo importante que proporciona esta variable es la referencia a un determinado patrón cultural de la población que asume la tenencia de un determinado número de hijos antes iniciar el uso de MAC. Aunque en promedio el 70% de las MUEF usaron MAC luego de contar con al menos un hijo (ver Cuadro Nº 7.7.2), dicha proporción es mucho menor en el caso de las MUEF urbanas (62% en las urbanas vs. 84% en las rurales). Por ejemplo, el inicio de usuaria de MAC con ningún hijo señala una posición cultural distinta de quienes se iniciaron después de haber tenido uno o más hijos, conducta reproductiva mucho más frecuente en las mujeres urbanas que con mayor facilidad incorporan los estilos de vida dominantes en los países desarrollados. Estilo de vida que viene referenciado con un amplio abanico en el desempeño de roles adicionales o alternativos al restringido de

ser madre (en términos de actividad personal este se denomina "ama de casa"). Además, se presume que toda mujer que en su práctica sexual distingue entre la búsqueda de placer sexual y el deseo de procrear, tiene muchas posibilidades de ser protagonista de una experiencia de vida unida, inclusive con hijos, sin pérdida de su autonomía respecto de sus aspiraciones individuales. Desempeño o conducta que no se percibe en la mayoría de las MUEF, tanto por razones culturales como por la falta de oportunidades de desarrollo personal en sus respectivas localidades.

Cuadro Nº 7.7.1
Regresión Nº1

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	6795.755	.321	.434

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC1		Percentage Correct
	Observed		0	1	
Step 1	Demanda MAC1	0	1206	1599	43.0
		1	0	4314	100.0
	Overall Percentage				77.5

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V311A			86.712	3	.000	
	V311A(1)	9.734	2.860	11.589	1	.001	16888.310
	V311A(2)	10.176	2.859	12.666	1	.000	26269.579
	V311A(3)	10.553	2.861	13.610	1	.000	38299.756
	VA029			53.188	3	.000	
	VA029(1)	-.494	.075	43.959	1	.000	.610
	VA029(2)	-.092	.077	1.414	1	.234	.912
	VA029(3)	-.461	.133	12.044	1	.001	.631
	Constant	-8.861	2.860	9.603	1	.002	.000

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, VA029.

Cuadro Nº 7.7.2
Primer MAC usado según el número de hijos al primer uso

Número de hijos al primer uso de MAC	Primer MAC usado			Total
	Ninguno	Moderno	Trad/folk	
Ninguno	1.7	23.6	50.3	30.3
1 hijo	2.9	48.3	32.1	34.8
2 hijos	0.8	15.7	10.8	11.4
3 hijos	0.5	7.4	4.1	5.0
4 o más hijos	0.2	5.0	2.7	3.3
Nunca usó	94.0	0.0	0.0	15.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Con la regresión Nº 2 (ver Cuadro Nº 7.7.3), se relaciona dos variables independientes: el "número de hijos al primer uso de MAC" y la "edad de las MUEF al primer coito", a fin explicar y estimar el desempeño de la variable dependiente "demanda de MAC" (usa o no usa actualmente). Esta regresión permite contar con una función capaz de pronosticar la variable dependiente con el 78 % de acertividad. Aquí, corresponde explicar la contribución explicativa de la variable edad al primer coito, la misma que responde a un comportamiento determinado o influenciado por las formas de vida predominantes en cada contexto sociocultural diferenciado de la sociedad peruana. Para ello asociamos los estrechos vínculos de un hecho revelado por la ENDES, como la edad de la iniciación sexual, y otros eventos o problemas de SR como la iniciación sexual sin protección respecto del embarazo y la mayor probabilidad de muchos hijos dada la unión a temprana edad. Esta asociación de tales eventos está acompañada de circunstancias y costumbres que se repiten para confirmar que las peruanas, en su mayor parte, no planean sus embarazos. En ese sentido, la variable edad al primer coito estaría contribuyendo en la estimación de las MUEF no usuarias de MAC y parcialmente de las usuarias de MAC tradicionales o folklóricos.

Cuadro Nº 7.7.3
Regresión Nº2

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	6677.932	.319	.432

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC1		Percentage Correct
	Observed		0	1	
Step 1	Demanda MAC1	0	1186	1560	43.2
		1	0	4235	100.0
	Overall Percentage				77.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1[a]	V311A			76.797	3	.000			
	V311A(1)	9.888	2.889	11.711	1	.001	19687	68.358	5670042.4
	V311A(2)	10.306	2.889	12.724	1	.000	29917	103.901	8614221.8
	V311A(3)	10.635	2.891	13.535	1	.000	41548	143.895	11996624
	V531A			18.341	3	.000			
	V531A(1)	-.472	.304	2.411	1	.121	.624	.344	1.132
	V531A(2)	-.267	.294	.820	1	.365	.766	.430	1.364
	V531A(3)	-.013	.301	.002	1	.966	.987	.548	1.780
	Constant	-8.944	2.903	9.494	1	.002	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, V531A.

La "demanda MAC2" es la variables dependiente dicotómica relativa a:

0 = Actual usuaria de MAC tradicionales/folklóricos
1 = Actual usuaria de MAC modernos

La regresión regresión Nº 3 (ver Cuadro Nº 7.7.4) relaciona las variables independientes "número de hijos al primer uso de MAC" y una variable construida, a fin de considerar sus respectivas capacidades de estimar y explicar la conducta de las MUEF agrupadas en una segunda definición de "demanda MAC" (MAC2) que comprende sólo a las usuarias de MAC, en dos categorías: tradicional y moderno. En esta regresión, la capacidad estimativa de ambas variables es de 72% de la demanda MAC2. Los argumentos descritos anteriormente sobre la primera variable independiente siguen siendo válidos en este caso, razón por la que seguidamente nos ocuparemos de la segunda. Esta última variable fue construida en base a otras dos: "edad al primer coito" y "MAC usado por primera vez". Estos dos contenidos se funden en uno para indicar los segmentos de las MUEF que fueron o no iniciadas sexualmente y además que las iniciadas, usaron, por primera vez, un determinado tipo de MAC. Con esta variable tenemos segmentos más específicos de mujeres unidas, conformados según su conducta inicial y precedente a la fecha de la encuesta 1996. En consecuencia, es relevante tener en cuenta que en esta regresión, a través de la segunda variable, estamos refiriéndonos a una relación asociativa entre conductas pasadas de la misma persona (edad de inicio sexual y tipo de MAC usado por primera vez) para interpretar su conducta presente.

Cuadro Nº 7.7.4
Regresión Nº3

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	4545.666	.162	.227

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC 2		Percentage Correct
	Observed		Trad/folk	Moderno	
Step 1	Demanda MAC 2	Trad/folk	808	538	60.0
		Moderno	642	2244	77.8
	Overall Percentage				72.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95.0% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1[a]	V311A			7.331	2	.026			
	V311A(1)	.203	.130	2.429	1	.119	1.225	.949	1.58
	V311A(2)	-.012	.122	.009	1	.922	.988	.778	1.25
	VS012			623.146	2	.000			
	VS012(1)	-.853	.091	88.468	1	.000	.426	.357	.509
	VS012(2)	1.349	.102	173.924	1	.000	3.855	3.154	4.71
	Constant	.546	.136	16.038	1	.000	1.727		

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, VS012.

Para examinar la fuerza de cada una de estas dos variables independientes, esta regresión se comparó con la siguiente regresión Nº 4 (ver Cuadro Nº 7.7.5), en la que sólo se incluyó a la variable construida ya mencionada. De la comparación de ambas regresiones relativas a la "demanda MAC2", se constató la amplia capacidad predictiva de esta variable dependiente construida. Es decir, esta sola variable construida (vs012) explica el comportamiento del 72% de las MUEF que integran la demanda de usuarias de MAC tradicionales y modernos.

Cuadro Nº 7.7.5
Regresión Nº4

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	4557.497	.161	.225

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC 2		Percentage Correct
	Observed		Trad/folk	Moderno	
Step 1	Demanda MAC 2	Trad/folk	810	539	60.0
		Moderno	642	2244	77.8
	Overall Percentage				72.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1[a]	VS012			628.986	2	.000			
	VS012(1)	-.852	.090	89.724	1	.000	.426	.357	.509
	VS012(2)	1.304	.100	171.661	1	.000	3.684	3.031	4.478
	Constant	.620	.073	72.441	1	.000	1.859		

a. Variable(s) entered on step 1: VS012.

En la regresión Nº 5 (ver Cuadro Nº 7.7.6) se utilizó otra definición de "demanda de MAC", como variable dependiente. Esta variable ("demanda MAC4") contiene dos segmentos de MUEF: "las actualmente no usuarias", que responden al concepto de demanda insatisfecha y "las actualmente usuarias", de acuerdo a la definición de demanda satisfecha. Esta agrupación de la demanda

de MAC se hizo de conformidad a las definiciones que permitieron construir la variable v626.[42]

Demanda MAC4 es la variables dependiente dicotómica relativa a:

0 = Demanda insatisfecha
1 = Demanda satisfecha

Esta regresión permite construir una función con capacidad de explicar el 91% de la población integrante de la variable dependiente "demanda MAC4", con la participación de las variables independientes "nivel de educación alcanzado" y "número de hijos vivos al primer uso de MAC". Capacidad de pronóstico de la variable dependiente con certeza del 100% para el segmento de la demanda satisfecha, y del 58% del segmento de la demanda insatisfecha. Recordando las tablas de contingencia examinadas en párrafos anteriores, estas señalan la existencia de una relación positiva entre la demanda satisfecha de MAC y el nivel de educación alcanzado por las MUEF.

Cuadro Nº 7.7.6
Regresión Nº5

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	3112.035	.370	.575

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC4		Percentage Correct
	Observed		Insatisfecha	Satisfecha	
Step 1	Demanda MAC4	Insatisfecha	670	485	58.0
		Satisfecha	0	4325	100.0
	Overall Percentage				91.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V149			29.721	5	.000	
	V149(1)	-1.290	.266	23.513	1	.000	.275
	V149(2)	-.831	.192	18.791	1	.000	.436
	V149(3)	-.664	.187	12.615	1	.000	.515
	V149(4)	-.554	.177	9.785	1	.002	.574
	V149(5)	-.476	.180	7.034	1	.008	.621
	V311			13.527	5	.019	
	V311(1)	11.092	3.834	8.371	1	.004	65640.983
	V311(2)	11.273	3.833	8.648	1	.003	78668.376
	V311(3)	11.304	3.834	8.692	1	.003	81177.138
	V311(4)	11.161	3.836	8.465	1	.004	70338.095
	V311(5)	11.514	3.838	8.999	1	.003	100113.1
	Constant	-8.481	3.836	4.889	1	.027	.000

a. Variable(s) entered on step 1: V149, V311.

42/ Westoff, C y Ochoa, L. L.H. Unmet need the demand for Family Planning. Demografhic and Health Surveys, in comparative studies N°5. Institute for resource Development. Macro International Columbia. Maryland. 1991.

Adicionalmente a la regresión ya comentada, se seleccionaron otras dos más, con fines de comparar sus respectivas capacidades predictivas sobre la variable dependiente "demanda MAC4". Comparando las regresiones Nº 6 y Nº 7 (Cuadros Nº 7.7.7 y Nº 7.7.8, respectivamente) que también explican la variable dependiente "demanda MAC4" insatisfecha y satisfecha, se establece que la variable "número de hijos vivos al primer uso de MAC" es la determinante de la elevada capacidad predictiva de estas funciones. Vemos que en la regresión Nº 6, la función logra explicar el 100% de la demanda satisfecha y el 58% de la insatisfecha. Variable que ya comentamos por su importante contenido explicativo de las diferencias socioculturales de las MUEF. Comentario que se hiciera por su influencia sobre la "demanda MAC1" (usuaria y no usuaria actual de MAC)

Cuadro Nº 7.7.7
Regresión Nº6

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	3140.364	.367	.570

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC4		Percentage Correct
	Observed		Insatisfecha	Satisfecha	
Step 1	Demanda MAC4	Insatisfecha	670	485	58.0
		Satisfecha	0	4325	100.0
	Overall Percentage				91.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V311A			10.030	3	.018	
	V311A(1)	11.314	3.849	8.638	1	.003	81927.498
	V311A(2)	11.406	3.849	8.782	1	.003	89827.781
	V311A(3)	11.266	3.850	8.561	1	.003	78113.100
	VA001			2.335	4	.674	
	VA001(1)	-7.103	49.806	.020	1	.887	.001
	VA001(2)	-7.034	49.807	.020	1	.888	.001
	VA001(3)	-7.168	49.807	.021	1	.886	.001
	VA001(4)	-6.953	49.806	.019	1	.889	.001
	Constant	-2.121	49.955	.002	1	.966	.120

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, VA001.

Cuadro Nº 7.7.8
Regresión Nº7

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	3143.559	.366	.570

Classification Table[a]

Observed			Predicted		
			Demanda MAC4		Percentage Correct
			Insatisfecha	Satisfecha	
Step 1	Demanda MAC4	Insatisfecha	670	485	58.0
		Satisfecha	0	4325	100.0
	Overall Percentage				91.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Step 1[a]	V311A			10.192	3	.017			
	V311A(1)	11.364	3.850	8.712	1	.003	86163.421	45.518	1.6E+08
	V311A(2)	11.434	3.850	8.822	1	.003	92414.807	48.860	1.7E+08
	V311A(3)	11.269	3.851	8.562	1	.003	78372.295	41.305	1.5E+08
	Constant	-9.203	3.849	5.716	1	.017	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: V311A.

Reiterando lo ya explicado anteriormente sobre la relación positiva entre la variable "educación" y la variable dependiente "demanda MAC4", el cuadro siguiente permite destacar que en ambos grupos de MUEF, con demanda satisfecha e insatisfecha, hay componentes de todos los niveles educativos. Sin embargo, ese mismo cuadro permite precisar que las MUEF con secundaria completa y más nivel educativo tienen una menor participación entre las insatisfechas (24%) respecto de las satisfechas (34%).

Cuadro Nº 7.7.9
Demanda MAC4, insatisfecha y satisfecha, según el nivel educativo alcanzado

Nivel de educación	Demanda MAC4		Total
	Insatisfecha	Satisfecha	
No	8.4	2.7	3.8
Primaria incompleta	26.1	13.0	15.5
Primaria completa	19.9	16.2	16.9
Secundaria incompleta	21.9	24.3	23.9
Secundaria completa	17.1	25.5	23.9
Superior	6.6	18.3	16.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Para terminar con esta sección, se informa al lector que las regresiones aquí presentadas corresponden sólo a las seleccionadas por su mayor capacidad explicativa y predictiva de las respectivas variables dependientes de demanda de MAC ya comentadas. Para cada una de las variables dependientes comentadas en esta sección, fueron realizadas sesenta regresiones con diferentes combinaciones de variables obtenidas de la ENDES.

7.8 Segmentación de la demanda en salud reproductiva

El segmento de las MUEF de 15 a 19 años de edad.

Con la ayuda de las tablas de contingencia y el análisis de regresión logística, podemos determinar el primer segmento de la demanda de métodos anticonceptivos (MAC), esto es, las MUEF de 15 a 19 años de edad. Considerando las variables de estructura, "educación" y "situación de pobreza", es posible distinguir a este segmento del grupo de 15 a 29 años de edad. Así, al comparar este segmento con el conjunto de 15 a 29 años de edad, se advierte que las primeras tienen menor nivel educativo y un mayor componente de pobres (con educación secundaria o superior hay 15% versus 39% y hogares pobres son 70% versus 61.5%, respectivamente).

En la demanda actual de MAC también encontramos diferencias entre este segmento y el conjunto de 15 a 29 años de edad. Este segmento de adolescentes muestra una mayor asociación entre pobreza y usuarias de MAC, respecto al conjunto citado, tanto en métodos tradicionales (72% vs. 59%) como en métodos modernos (61% vs. 48%). La distinción más trascendente de este segmento respecto al conjunto de 15 a 29 años de edad, se encontraría en su elevada propensión al no uso actual de MAC (54% vs. 38%, respectivamente). Propensión que respondería a un patrón sociocultural que deviene de un deseo implícito o del vínculo, en extremo estrecho, entre unión marital y el primer embarazo (o viceversa). Ver Cuadro Nº 7.8.1.

Cuadro Nº 7.8.1
MUEF: Uso actual de MAC según situación de pobreza

Material Piso o situación de pobreza	MAC uso actual			Total
	No	Trad+folk	Moderno	
MUEF DE 15-19 AÑOS				
Tierra o madera o pobres	74.7	71.8	60.6	69.9
Otro material o no pobres	25.3	28.2	39.4	30.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
%	54.1	14.9	31.0	100.0
MUEF DE 15-29 AÑOS				
Tierra o madera o pobres	64.0	59.2	48.3	56.4
Otro material o no pobres	36.0	40.8	51.7	43.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
%	37.8	19.6	42.6	100.0

La ENDES no ayuda a explicar si las MUEF de este segmento de 15 a 19 años de edad no trabaja porque están embarazadas o viceversa. Al parecer, la situación más genérica sería que ellas no trabajan fundamentalmente por ausencia de oportunidades, por formar parte de una pareja tradicional (sólo el hombre provee ingresos) y, parcialmente, por el deseo de estudiar. Esta tercera razón es un tanto débil porque en la vida diaria muchos adolescentes estudian y trabajan. Sea cual fuere la razón, los hechos indican que en este segmento, respecto al conjunto de 15 a 29 años de edad, hay una mayor proporción en el grupo que no trabaja (59% y 46%, respectivamente) y que el grupo que no trabaja se concentra mayormente entre los pobres (68% vs. 58%).

Entre las actualmente no usuarias de MAC se cuenta a las nunca usuarias (30.5%) y las alguna vez usuarias (23.5%). Respecto al uso inicial de MAC, ellas se distribuyen casi en tres partes iguales entre nunca usuarias, uso de tradicional (o folklórico) y uso de moderno. Del total de este segmento de 15 a 19 años de edad, el 37% usó MAC por primera vez antes de tener un hijo, versus el 30% en el grupo de 15 a 29 años de edad (ver Cuadro Nº 7.8.2). Esta comparación permite afirmar que las adolescentes se incorporan al grupo de usuarias de MAC, desde la iniciación, en un porcentaje superior que las MUEF mayores en edad. Además, esta última distribución confirma el hallazgo, de diversos estudios cualitativos acerca de la existencia de un patrón de comportamiento en la iniciación sexual, caracterizado por la desprotección ante un eventual embarazo. Desprotección que es un hecho en la mayoría de ellas, pero sobre las cuales no podemos afirmar que en todos esos casos hubo una relación sexual y de pareja improvisada. Deducción que tiene sentido, al observar que en el segmento de 15 a 19 años de edad la temprana iniciación sexual comprende al 26% que testimonia haber tenido dicha experiencia antes de cumplir los 15 años de edad y que, salvo excepciones, lo predominante (en el segmento) es que accederían a dicha iniciación o a la unión marital dentro de una forma de vida estimada usual y legitimada en sus respectivos contextos socioculturales. Con relación al uso de MAC, se considera importante destacar que, a pesar de la juventud de este segmento, ellas han mostrado un cambio positivo al incorporarse al grupo de las usuarias desde el inicio de las relaciones sexuales, en una mayor proporción que las MUEF mayores de edad, contrariando costumbres y venciendo el temor a los métodos modernos.

Cuadro Nº 7.8.2
MUEF: Primer MAC usado según el número de hijos al primer uso

Número de hijos al primer uso de MAC	Primer MAC usado			Total	
	Ninguno	Moderno	Trad/folk		
MUEF 15-19					
Ninguno	0.7	30.7	68.5	100.0	36.9
1 hijo	3.0	65.3	31.7	100.0	27.6
2 hijos	0.0	87.1	12.9	100.0	4.2
3 hijos	0.0	75.0	25.0	100.0	0.5
Nunca usó	100.0	0.0	0.0	100.0	30.6
Total	31.7	33.5	34.7	100.0	100.0
MUEF 15-29					
Ninguno	0.9	35.6	63.5	100.0	30.3
1 hijo	1.3	63.3	35.3	100.0	34.8
2 hijos	1.1	62.6	36.3	100.0	11.4
3 hijos	1.6	67.3	31.2	100.0	5.0
Nunca usó	0.9	68.4	30.7	100.0	3.3
Total	100.0	0.0	0.0	100.0	15.2
Total	16.2	45.6	38.2	100.0	100.0

Otra deducción importante es que la nunca usuarias de MAC de este segmento de 15 a 19 años de edad se encontrarían en dicha situación más por razones de contexto sociocultural que por dificultades en el acceso a los servicios de salud reproductiva, considerando que el 52% de ellas señaló haber tenido acceso a los servicios estatales o privados de salud. En ellas, fue significativo el déficit de información en PF (el 57% señaló no haber escuchado mensajes de PF en ninguno de los medios de información masiva: periódico y radio/TV). Observando en este segmento de 15 a 19 años la relación de la variable "escuchó mensajes de PF" y los condicionantes contextuales y socioculturales implícitos en las áreas de residencia (urbano/rural), se advierte que el 51% escuchó dichos mensajes sólo por radio o en ningún medio. En cada uno de estos dos grupos menos informados de PF (sólo por radio y en ningún medio), la mayoría fue residente rural y del estrato pobre (el 74% del grupo que escuchó PF sólo por radio y el 70% del grupo que no escuchó PF en ningún medio de información). Ver Tabla Nº 45, anexo Nº 1.

Con el segmento de MUEF de 15 a 19 años de edad se efectuó una regresión con la variable dependiente "demanda actual de MAC1", relativa a dicha población agrupada en dos categorías: no usuarias y usuarias de MAC. Dicha regresión, identificada con el N° 8 (ver Cuadro Nº 7.8.3) señala que la "demanda de MAC1" es estimada con el 87 % de acierto por la variable independiente "número de hijos al primer uso de MAC" (v311a) y la variable construida con otras dos relativas a la "actitud hacia probable embarazo y trabajo" (vs013). Es importante mencionar que dicha regresión permite contar con una función capaz de predecir el 100% de las usuarias de MAC. Antes, ya comentamos que la variable "número de hijos al primer uso de MAC" señala una mayor proporción de los adolescentes entre las usuarias de MAC antes de tener el primer hijo, respecto a los demás grupos de edad. Este comportamiento de los adolescentes ocurre a pesar de que aún

persiste una elevada tasa en el déficit de conocimiento en salud reproductiva en dicho grupo de edad (el 69% de las usuarias de MAC y el 75% del segmento de 15 a 19 años, no conocen el ciclo reproductivo). Este hecho es muy importante en las consecuencias para la salud colectiva de este segmento humano, si consideramos que el 62% de las usuarias de MAC tradicional desconoce el ciclo reproductivo. Un efecto directo y con elevada probabilidad de este desconocimiento será la falla en el uso de los métodos tradicionales o folklóricos.

Cuadro Nº 7.8.3
Regresión Nº8

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	255.095	.492	.670

Classification Table[a]

			Predicted		
			Demanda MAC1		
	Observed		No	Usa actual Mod/trad	Percentage Correct
Step 1	Demanda MAC1	No	96	53	64.4
		Usa actual Mod/trad	0	244	100.0
	Overall Percentage				86.5

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V311A			15.969	3	.001	
	V311A(1)	11.241	16.621	.457	1	.499	76219.719
	V311A(2)	12.688	16.623	.583	1	.445	323765.4
	V311A(3)	20.444	96.196	.045	1	.832	7.6E+08
	VS013			3.707	5	.592	
	VS013(1)	-.103	.883	.014	1	.907	.902
	VS013(2)	1.349	1.022	1.742	1	.187	3.855
	VS013(3)	.160	.735	.047	1	.828	1.173
	VS013(4)	.400	.755	.281	1	.596	1.492
	VS013(5)	.757	.939	.651	1	.420	2.132
	Constant	-10.557	16.633	.403	1	.526	.000

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, VS013.

Del mismo modo se procedió a efectuar regresiones para las variables dependientes "demanda de MAC2" (actual usuarias de métodos tradicionales y modernos) y "demanda MAC4" (demanda insatisfecha y satisfecha en PF). En tales regresiones también intervinieron las mimas variables independientes comentadas en la regresión anterior (Nº8). La capacidad estimativa de dichas variables dependientes fueron el 84% y el 95% respectivamente. Es decir, para las tres formas de presentar la demanda de PF, en el segmento de 15 a 19 años de edad, las variables "número de hijos al primer uso de MAC" (v311a) y la construida "vs013", tienen elevada capacidad predictiva. Ver Tablas Nº 46 y Nº 47, anexo Nº 1.

Análisis discriminante: MUEF 15-19 años de edad.

Mediante este análisis interpretaremos la naturaleza de la función discriminante lineal, es decir, identificaremos las variables independientes con mayor capacidad discriminante significativa sobre la población estudiada, luego de una primera selección de 22 variables independientes. En principio, todas las selecciones de variables independientes y sus respectivas pruebas fueron realizadas en función de su capacidad discriminante respecto de la variable dependiente "uso actual de MAC", la misma que examinamos anteriormente como "demanda MAC1". Este análisis consiste en elegir las variables independientes que mejor definan una función canónica capaz de predecir, con mayor probabilidad de acierto, la clasificación de cada miembro de la población estudiada en cada uno de los dos grupos en que se divide la variable dependiente (en este caso, no usuaria y usuaria de MAC). Después de varias pruebas se seleccionaron solamente cinco variables, las cuales ejercen la mayor capacidad discriminatoria sobre la población estudiada. Para la obtención de la función discriminante correspondiente fueron consideradas las cinco variables siguientes:

x1 = Número de hijos vivos
x2 = Meses desde el ultimo periodo menstrual
x3 = Visitas de control antes del parto
x4 = Años de estudios
x5 = Edad al primer coito

Dicho análisis fue realizado con las bases de datos de las ENDES 1996 y 2000; y en cada caso son examinados tres grupos de edad: 15-29, 20-29 y 15-19 años de edad. Al analizar las medias y la desviación estándar, existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edad, tanto en la ENDES 1996 y 2000. No obstante, en esta sección comentaremos el análisis con la base de datos 2000 (ver Tabla Nº 48, anexo Nº 1). Con los datos de la ENDES 2000 y de conformidad a los indicadores estadísticos, la variable que más contribuye significativamente a una mejor discriminación es "número de hijos vivos".[43] Asimismo, se observa que la capacidad predictiva de la función discriminante está por encima del 90% de probabilidad de significancia entre los grupos de demanda clasificados. Esta elevada probabilidad de acierto en la capacidad predictiva de la función canónica la podemos observar en el cuadro que lleva

43/ Afirmación que hacemos en virtud de que en los grupos de edad examinados el estadístico F es mayor (en 15 a 29 años es de 10.205 y en 15 a 19 es 37.078) y teniendo en consideración que el nivel de significación tiende cero. Con los datos de 1996, la variable que mejor discrimina en los tres grupos de edades estudiados es "meses desde ultimo periodo menstrual".

el nombre de clasificación de resultados (Clasification Results, ver Cuadro Nº 7.8.4), el cual indica la clasificación de los datos en cada uno de los grupos de la variable dependiente. Todas estas apreciaciones de confiabilidad son observadas en los tres grupos de edad examinados.

En el grupo de MUEF de 15 a 19 años de edad, las variables propuestas para el análisis discriminante sí discriminan. La tasa de correlación canónica entre las variables independientes seleccionadas y la variable dependiente es de 84.2%. De las variables seleccionadas la más importante en la función discriminante resultante es "número de hijos vivos". Asimismo. se comprueba que existe una correlación positiva entre las variables "número de hijos vivos" (56.9%), "años de estudios" (7.9%) y "visitas de control antes del parto" (2.4%) y la función discriminante; a la vez, una correlación inversa entre las variables "meses desde el último periodo menstrual" (52,3%) y "edad al primer coito" (13.5%), y la función discriminante.

La función discriminante resultante es:
D(y) = -3,757 + 5,826X1 - 0,431 X2 - 0,014X3 + 0,473X4 - 0,167X5
Si D(y) » -1,560 de debe clasificar a la mujer como que No usa MAC.
Si D(y) » 1,497 de debe clasificar a la mujer como que Usa MAC.

Cuadro Nº 7.8.4
Classification Results[b,c]

			Predicted Group Membership		
		Uso actual de MAC -1	Usa	No Usa	Total
Original	Count	Usa	22	3	25
		No Usa	1	24	25
	%	Usa	88,0	12,0	100,0
		No Usa	4,0	96,0	100,0
Cross-validated[a]	Count	Usa	21	4	25
		No Usa	1	24	25
	%	Usa	84,0	16,0	100,0
		No Usa	4,0	96,0	100,0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b. 92,0% of original grouped cases correctly classified.

c. 90,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

En tal sentido, se interpreta que las variables con correlación positiva están indicando que ellas contribuyen en ese sentido o señalan que las mujeres con tales características son las que se clasifican entre las usuarias de MAC. Es decir, a medida que ellas tengan un hijo adicional, alcancen mas años de educación y realicen más visitas de control prenatal, se espera que sean usuarias de métodos anticonceptivos.

Antes de recomendar la segmentación de la demanda de SSR, se estima que los diversos proveedores de dichos servicios debieran estar sensibilizados respecto de la reproducción deseada de sus respectivos clientes o consumidores. Pensando en ellos, la ENDES provee el dato sobre el "número ideal de hijos". Para el año 2000, el número ideal de hijos entre 0 y 2 hijos, en promedio, fue el deseo declarado del 72% de las MUEF (76% urbano y 65% rural). Ver Tabla Nº 51, anexo Nº1.

Análisis discriminante: MUEF 20-29 años de edad.

En el análisis discriminante de este grupo de edad y el reporte de la comparación de medias entre los grupos discriminados permite observar que todas las variables independientes tienen medias diferentes (reporte más contundente que en el grupo de 15 a 19 años de edad). No obstante, la tasa de correlación canónica de la variables entre los grupos clasificados en la variable dependiente es del 74,5% (tasa menor a la del grupo de 15 a 19 años de edad). Las variables propuestas para la discriminación sí discriminan y entre ellas, las más importante en la función discriminante resultante fueron "años de estudios" (24.3%) y "número de hijos vivos" (23.5%), las otras dos variables con contribución positiva fueron "!visitas de control antes del parto" (13.5%) y "edad al primer coito" (0.3%), con tasas menores.

La función discriminante resultante es:
D(y) = -17,744 + 6,201X1 - 0,438 X2 + 0,493X3 + 0,723X4 - 0,007X5
Si D(y) » -1,094 de debe clasificar a la mujer como que No usa MAC.
Si D(y) » 1,094 de debe clasificar a la mujer como que Usa MAC.

Cuadro Nº 7.8.5
Classification Results[b,c]

			Predicted Group Membership		
		Uso actual de MAC -1	Usa	No Usa	Total
Original	Count	Usa	24	1	25
		No Usa	4	21	25
	%	Usa	96,0	4,0	100,0
		No Usa	16,0	84,0	100,0
Cross-validated[a]	Count	Usa	23	2	25
		No Usa	6	19	25
	%	Usa	92,0	8,0	100,0
		No Usa	24,0	76,0	100,0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.
b. 90,0% of original grouped cases correctly classified.
c. 84,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

En tal sentido, se interpreta que las variables con correlación positiva están indicando que las mujeres con tales características son las que se clasifican entre las usuarias de MAC. Es decir, a medida que ellas alcancen mas años de educación, tengan un hijo adicional, y realicen más visitas de control prenatal, es de esperar que sean usuarias de métodos anticonceptivos.

Usando los resultados del análisis discriminante se recomienda configurar la oferta de SSR de tal manera que los servicios de promoción de la salud se orienten diferenciadamente, por segmentos, a las mujeres (y sus parejas, en el caso de las unidas) que respondan a las siguientes relaciones entre clases de población (urbana y rural) y grupos de edad (de 15 a 19 años y de 20 a 29 años de

edad), con respecto a las siguientes situaciones:

Con secundaria completa o más educación
Con secundaria incompleta o menos educación y un hijo vivo.
Con secundaria incompleta o menos educación y dos o más hijos vivos.

Esta segmentación sugerida para ambos grupos de edad de MUEF no implica introducir más divisiones administrativas en el MINSA sino incorporar capacidad de atención diferenciada en el ámbito de la promoción de la salud. Promoción que, entre otros objetivos, busque la equidad de los sexos, refuerce los derechos de la mujer y asegure que sea ella quien controle su propia fecundidad. Considerando que la segmentación de la demanda recomendada no ha sido el único propósito de la presente investigación, se sugiere a toda entidad que labora en el mercado de la SR, adecuar sus servicios de atención por segmentos de la población, al menos, por las siguientes razones:

- Hay una distancia sociocultural entre lo urbano y rural que no sólo se refiere a las creencias y aspiraciones de estilos de vida diferentes, sino que sus respectivos comportamientos reproductivos responden a contextos y símbolos de ambientes referenciales distintos: el metropolitano y el tradicional. El metropolitano o urbano, cada vez más cercano al "modelo occidental" que enaltece el individualismo y el tradicional o rural que, sin renunciar a sus valores de solidaridad y a la importancia de la pareja en la comunidad, adapta ideas y formas de vida foráneas, aún cuando alienta la estabilidad de sus costumbres.
- Las mujeres con escaso nivel educativo son más propensas a realizarse socialmente sólo como madres, relegando otras alternativas. Muchas de ellas, al asumir conceptos errados del funcionamiento fisiológico del aparato reproductivo, y por temor a los métodos modernos, se ven imposibilitadas de efectivizar su deseo de no alumbrar más hijos.
- Una parte de las madres con dos o más hijos "presienten" cierta incapacidad para criarlos adecuadamente y estarían gustosas de comprender y aceptar un método anticonceptivo definitivo, siempre que no haya riesgos para su salud personal.

MEF no unidas de 15-19 años de edad.

La distribución cruzada de este segmento de MEF no unidas a través de las variables "sexualmente activas" (4 últimas semanas) y las relativas al condicionamiento contextual (área de residencia, material del piso, tenencia de TV y número de miembros del hogar), revela fundamentalmente que el inicio sexual temprano esta presente en los diversos condicionamientos contextuales con escasas diferencias relativas entre unos y otros estratos. Hay una ligera mayor concentración de las sexualmente activas asociadas con el área de residencia urbana y con las viviendas con piso de tierra/ madera (hogares pobres). Este comportamiento de actividad sexual en las MEF no unidas de 15 a 19 años de edad, permite sostener la hipótesis de que habría un gran peso explicativo en los condicionamientos materiales y situaciones

de pobreza y baja educación, tan determinantes como los atribuibles a factores culturales diferentes. No obstante, por el comportamiento derivado de la mujeres no unidas sexualmente activas se puede afirmar que entre urbanas y rurales no habría significativas diferencias que señalar. Ver Cuadro Nº 7.8.6.

Cuadro Nº 7.8.6
No unidas 15-19: sexualmente activas según área de residencia

Area de residencia	Sexualmente activa 4 últimas semanas		Total
	Si	No	
Urbana	2.6	97.4	100.0
Rural	2.3	97.7	100.0
Total	2.5	97.5	100.0

Sin embargo, al cruzar otras variables con el área urbana y rural, sí encontramos diferencias que deducimos son atribuibles a factores socioculturales. Estos es, la variable área de residencia proporciona información cultural más allá de ser indicativa de la ubicación geográfica de la vivienda. Así, al cruzar área de residencia con edad a la primera relación sexual, encontramos que existe una mayor concentración relativa en las mujeres rurales que tuvieron dicha experiencia antes de los 15 años de edad (25% en las rurales versus 18% en las urbano, válido para 515 casos, ver Cuadro Nº 7.8.7). En tal sentido, podemos afirmar que la iniciación sexual a temprana edad tendría un sustento sociocultural ligado a las tradiciones y costumbres de pueblos y comunidades rurales. Explicación que supera a cualquier otra deducción cuantitativa efectuada con la misma ENDES, exceptuando a una parte de ellas que sin duda se escapan a esta asociación determinista de una conducta casi generalizada. Las otras variables de esta encuesta se restringen a argumentar el menor nivel educativo y al menor acceso a información sobre PF o SSR (66% escucharon PF sólo en radio o en ninguno de los medios), como explicativas o asociadas a la temprana iniciación sexual.

Cuadro Nº 7.8.7
No unidas 15-19: edad al primer coito según área de residencia

V102 Area de residencia	Edad al primer coito		Total
	Menos de 15	15 - 19	
Urbana	17.6	82.4	100.0
Rural	24.6	75.4	100.0
Total	19.4	80.6	100.0

Algo similar encontramos al cruzar las variables "área de residencia" y "número ideal de hijos". Nuevamente, la variable "área de residencia" estaría transmitiendo alguna información cualitativa adicional relativa a una diferencia sociocultural entre los segmentos de población estudiados. Esto se deduce de las mayores frecuencias de MEF rurales correspondientes a las dos categorías "desean 0-1 hijo" y "3 y + hijos", respecto de las urbanas (17% y 20% vs. 12% y 18%, respectiivamente).

Desde una perspectiva demográfica podría ser valido considerar el embarazo adolescente como un problema de salud pública dada la probabilidad de un mayor número de hijos en dichas mujeres. Sin embargo, ello no implica que su solución se limite a una mayor cobertura de métodos anticonceptivos ni que la oferta de SSR olvide las diferencias culturales. Recordamos que en la sociedad peruana, en particular, para la población rural aislada y las comunidades nativas, la unión y la maternidad temprana aún constituye una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existe pocas opciones alternativas que sean reales. Para estas mujeres la extensión del periodo educativo y las opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora las limitan. El embarazo adolescente como problema de salud pública puede ser legítimo si se focaliza sus objetivos con poblaciones marginales o pobres de áreas urbanas debido a que en este contexto viene asociado a desnutrición de la madre y a la escasez material que impide el cuidado del niño. Es decir, frecuentemente son las familias pobres las que más se asocian al problema de la maternidad adolescente. La hipótesis que aquí planteamos es que en economías en vías de desarrollo, la maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y una opción de vida con limitadas oportunidades existentes (interpretación que surge de asumir que en la mayoría de los casos, ellas acceden al acto sexual voluntariamente). De ser así, la oferta de SSR dentro de los actuales linderos del MINSA no serían suficientes para frenar dicho problema. Por tanto, son los hacedores de política social los llamados a responder ante esta demanda social de mujeres con bajas expectativas educativas, sea por la imposibilidad de costear sus gastos personales en la etapa escolar o porque ceden a la influencia del contexto familiar en estado de pobreza, en el cual se valora la maternidad por encima de la escuela u otras alternativas.

MEF no unidas de 20-29 años de edad

Este fenómeno de la temprana iniciación sexual, antes de los 15 años, que se presenta de manera más acentuada en el área de residencia rural, también estuvo presente en el segmento de las MEF no unidas que a la fecha de la encuesta tenían entre 20 y 29 años de edad (10% rural vs.5% urbano). Por otro lado, al cruzar la variable número ideal de hijos con el área de residencia (ver Cuadro Nº 7.8.8), revela que este grupo de mujeres tiene una expectativa del tamaño de familia, algo distinta al segmento de 15-19 años, examinado en los párrafos previos. Así, este grupo de MEF no unidas registra una menor frecuencia de mujeres residentes rurales que desean tres o más hijos (19% rural vs. 22% urbano). Este dato sobre el número ideal de hijos, aunque pueda ser negado por los hechos a futuro, estaría señalando que el poblador andino rural puede mantener sus valores e ideas que los identifica y diferencia de los pobladores de otros lugares del país, sin que ello signifique el rechazo a formas de vida que impliquen constituir familias cortas, esto es, con dos o menos hijos.

Cuadro Nº 7.8.8
No unidas 20-29: número ideal de hijos según área de residencia

V102 Area de residencia	Número ideal de hijos			Total
	0 y 1	2	3 y más	
Urbana	10.8	67.5	21.7	100.0
Rural	23.2	57.8	18.9	100.0
Total	12.6	66.1	21.3	100.0

Al cruzar la variable "sexualmente activas" con la variable construida con los contenidos de "conocimiento de ciclo reproductivo" y "material del piso" (pobres y no pobres, ver Cuadro Nº 7.8.9), se observa que hay una ligera mayor proporción de mujeres sexualmente activas que conocen dicho ciclo respecto a las que no lo conocen. Además, se puede observar que dentro del grupo "sexualmente activas" hay una gran distancia entre las que desconocen y conocen el ciclo reproductivo, en razón del estado de pobreza (las pobres que no saben CR son 11% y las no pobres que sí saben del CR son 46%). Asimismo, queda claro que hay un significativo déficit de "conocimiento de salud reproductiva" (no saben ciclo reproductivo): el 41% de las "sexualmente activas" y el 60% de las "no sexualmente activas", considerando que estas MEF no unidas están entre 20 y 29 años de edad.

Cuadro Nº 7.8.9
No unidas 20-29 años de edad: sexualmente activas según ciclo reproductivo/material de piso

Ciclo reproductivo y material piso	Sexualmente activas 4 últimas semanas		Total
	Si	No	
No sabe C Reprod y tierra/madera	10.9	21.3	20.3
Si sabe C Reprod y tierra/madera	13.4	9.0	9.4
No sabe C Reprod y otro material	30.1	39.1	38.2
Si sabe C Reprod y otro material	45.5	30.6	32.1
Total	100.0	100.0	100.0
Distribución horizontal %	9.7	90.3	100.0

VIII. COMPARACIONES 1996 -2000

La variable "material del piso" como indicador de la situación de pobreza permite señalar que en el segmento de MUEF de 15 a 19 años de edad se redujo la pobreza (9 puntos) mucho más que en el grupo de 15 a 29 años de edad (5 puntos). A fin de distinguir grados de pobreza se incorporó la tenencia de TV como factor diferenciador de riqueza. Este factor indica que el mayor incremento de los no pobres ocurrió en el grupo con mayor comodidad material (vivienda con piso de otro material y con TV). Ver Tabla Nº 57, anexo Nº 1. Lamentablemente, la evolución de la educación no siguió el ritmo de la reducción de la pobreza. No obstante, la educación también mostró una pequeña mejora cuantitativa en el periodo 1996-2000. El conjunto integrado por educación secundaria y superior tuvo un incremento de tres puntos en el grupo de 15 a 19 años de edad y escasamente de un punto en el grupo de 15 a 29 años de edad, en dicho periodo. Ver Tabla Nº 58, anexo Nº 1.

El déficit en el acceso a servicios de salud reproductiva (SSR2) se incrementó en 9%, en el periodo 1996-2000; quedando en el nivel de 29% en el año 2000. Observando la distribución del déficit en SSR2, según el uso actual de MAC, se percibe cambios importantes. En el 2000 respecto a 1996, se produce la concentración de dicho déficit en las usuarias de MAC modernos (41%), movimiento que fuera compensado por reducciones en los grupos de las no usuarias de MAC y en las usuarias de MAC tradicionales. Esto significa que en dicho periodo un mayor número de MUEF ha interiorizado su responsabilidad en el planeamiento de la familia, sumándose al segmento de usuarias de MAC modernos; preferencia que es acompañada por un incremento de tales usuarias en el grupo de las que sí acceden a SSR. No obstante, la mayor concentración del déficit en acceso a SSR corresponde al grupo de las usuarias actuales de MAC modernos. Este último hecho estaría indicando, además de algún problema de limitaciones en la oferta, que en las usuarias de MAC modernos habría un exceso de confianza en sí mismas, con el probable efecto de fallas de MAC y padecimiento de efectos colaterales. Ver Tabla Nº 59, anexo Nº 1.

La variación del déficit en el acceso a SSR2, en el periodo 1996-2000, ocurrió por desplazamiento de las MUEF que no tienen TV, en particular del grupo de pobres sin TV hacia los pobres con TV (5 puntos) y no pobres con TV (2 puntos). Es decir, la distribución del déficit de acceso a SSR en el año 2000 muestra que, aún cuando la variación en la estructura del acceso por estado de pobreza (pobres y no pobres) es mínima (pasa de 30.1 % a 30.6%), el incremento de dicho déficit se explica por el menor acceso ocurrido en los grupos con TV. Algo más, se distingue que la mayor parte de ese menor acceso a SSR es imputable al grupo de los pobres con TV (en este grupo, el déficit se incrementa en 5.2 puntos, al pasar de

19.8% en 1996 a 24.9% en el 2000). Es decir, la reducción en el acceso a los servicios de salud reproductiva (SSR2) en el 2000 respecto de 1996, afectó al grupo menos pobre del estrato en situación de pobreza (pobre con TV). Ver Tabla Nº 60, anexo Nº 1. Esta aseveración es corroborada al examinar la distribución de acceso a SSR2, según la situación de pobreza y la fuente de agua (con red pública al interior de la vivienda y otra fuente). Aquí se constata que el incremento del déficit en acceso a SSR2, en dicho periodo, afectó al grupo de MUEF con fuente de agua conectada a la red pública (en mayor grado a los pobres, con cinco puntos, y en menor grado a los no pobres, con dos puntos). Ver Tabla Nº 61, anexo Nº 1. Esta es una prueba de la existencia de diferencias en el acceso a SSR, que a la vez desmiente el uso de presunciones de lógicas genéricas, como aquella que esperaba mayor acceso a SSR dada una mayor comodidad material en el estrato de pobres.

La distribución del déficit en conocimiento de SR (usando el conocimiento del ciclo reproductivo como indicador) permite establecer que, durante el periodo 1996-2000, el incremento en 2% del déficit es imputable a los dos grupos de MUEF que tienen TV (pobres y no pobres) y entre ellos, el grupo más afectado fue el de los no pobres (1.3%). Ver Tabla Nº 62, anexo Nº 1. Asimismo, es importante no perder la perspectiva del gran contingente sin conocimiento de SR, el cual es explicado en su mayoría por las MUEF pobres y las que tienen secundaria incompleta o menor nivel educativo (ellas son el 62% y el 70%, respectivamente, del conjunto que no entiende el funcionamiento del ciclo reproductivo en el año 2000). Al observar la dimensión del déficit de conocimiento en salud reproductiva y su determinante influencia en el comportamiento reproductivo de las MUEF, se concibe a éste como uno de los mayores problemas que afecta a la sociedad peruana y que debiera ser atendido con prioridad, seriedad e intensidad. El déficit del 65% en el 2000, no sólo revela que este problema del desconocimiento de SR afecta a las poblaciones con residencia urbana y rural, sino que se concentra significativamente tanto en el extremo de pobreza (32% son rurales sin TV) como en el grupo de mayor bienestar material (47% son urbanos con TV).Ver Cuadro Nº 8.1.

Cuadro Nº 8.1
Déficit de conocimiento en SR (no saben ciclo reproductivo), según área de residencia y tenencia de TV

Area y tiene TV	No saben del ciclo reproductivo (%)/ Año	
	1996	2000
Rural y no tiene TV	31	32.2
Rural y si tiene TV	9	14.0
Urbano y no tiene TV	10	7.2
Urbano y si tiene TV	50	46.6
Total	100	100.0
Déficit	63.0	64.9

La comparación de la variable "número de hijos al primer uso de MAC" entre los años 1996 y 2000, permite apreciar un ligero retroceso en la aceptación al uso de MAC, desde el inicio de las relaciones sexuales. El número de MUEF de 15 a 29 años que iniciaron el uso de MAC antes de tener un hijo disminuyó en 1.7% en el 2000 respecto de 1996, hecho que se explica por la menor proporción de las mujeres entre 15 y 24 años de edad entre las usuarias de MAC antes de tener un hijo. Aún cuando en el 2000 el 71.4% de las MUEF evidencia que no planifica su familia durante todo el tiempo de vida conyugal, hay algunos cambios ocurridos en el lapso de los cuatro años transcurridos que merecen un comentario. Por un lado, las MUEF de 15 a 29 años de edad que iniciaron el uso de MAC, teniendo uno o dos hijos, aumentaron en 6% y las nunca usuarias se redujeron en 3.4%. Por otro lado, en el segmento de 15 a 19 años de edad, se advierte un cambio positivo al caer la proporción de las no usuarias (de 31% a 28%) y otro en sentido adverso, debido a la reducción de las usuarias de MAC sin hijos (37% a 34%). Ver Tabla Nº 63, anexo Nº 1.

Es a través de la variable "uso actual de MAC" que podemos efectuar la comparación de resultados de las ENDES 1996 y 2000 a fin de señalar cambios destacables en el patrón de comportamiento de las MUEF. Los más importantes son: la reducción de las no usuarias en 5.2% y la mayor preferencia en el uso de MAC modernos, segmento que se incrementó en 10%. Cabe precisar que la reducción de las no usuarias de MAC y el incremento en las usuarias de MAC modernos, ocurrieron en los tres grupos de edades. Esta información cuantitativa es útil para asumir que a pesar de que cuatro años no son suficientes para observar grandes cambios, ésta incluye un paso cualitativo trascendente en lo que llamamos patrón de consumo, respecto a la mayor aceptación en el uso de los MAC modernos. Ver Tabla Nº 64, anexo Nº 1.

Buscando en la misma ENDES algunas respuestas que sirvan para comprender este cambio en el patrón de comportamiento de uso de MAC en el conjunto de las MUEF de 15 a 29 años de edad, respecto al incremento de usuarias de MAC modernos: por un lado, entendemos que hay una significativa proporción que no desea más hijos (preferencias de fecundidad en el 2000 indican que el 44% no desea más hijos). Por otro lado, podemos inferir que la sujeción a los patrones socioculturales no fue inflexible en el caso de las residentes urbanas, las mismas que son la evidencia del cambio en las preferencias de demanda de MAC, dando lugar al incremento en el uso de MAC modernos (las urbanas usuarias de MAC moderno pasaron de 50% a 60%, entre 1996 y 2000). El patrón de comportamiento en el uso de MAC que sí mantuvo invariable la preferencia por MAC modernos fue de las residentes del área rural (43% en 1996 y en 2000).

El deseo del embarazo relativo al último hijo nacido vivo es un dato, por sí mismo, importante para comprender el sentir de las MUEF respecto del hecho de haber procreado, con independencia de que tal evento haya sido o no planeado. Al comparar las frecuencias de ambas encuestas se observa que, en promedio, los embarazos deseados en la fecha que ocurrieron (entonces) aumentaron de 45% en 1996 a 55% en 2000 (consecuentemente se redujeron los embarazos no deseados de 24% a 14%,

en el mismo periodo). Examinando este hecho por grupos de edad, se percibe que el grupo de 15 a 19 años de edad es el más lejano a la respuesta promedio, por dos razones: Primero, el embarazo deseado se reduce de 53% a 50% en dicho periodo, contrariamente al promedio. Segundo, la diferencia con el resto, es que en este grupo el embarazo no deseado tiene la más pequeña participación (11% y 7%, para los mismos años). Esta segunda distinción conlleva un mensaje contrario a ciertas ideas convencionales que imputan una elevada tasa de embarazos no deseados al segmento de adolescentes. De acuerdo con los datos de las ENDES, la tasa de embarazo deseado entonces o más tarde en el grupo de 15 a 19 años es bastante elevada, como lo evidencia este resultado de 93% en el año 2000 (ver el cuadro siguiente).

Cuadro Nº 8.2
Deseo del Último Embarazo Según Grupos de Edad: 1996-2000

Año Deseo del último embarazo	Grupos de edad			Total
	15-19	20-24	25-29	
1996				
Entonces	52.8	45.6	43.7	45.4
Después	35.8	35.4	24.8	30.4
No más	11.4	19.0	31.5	24.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
2000				
Entonces	50.4	56.0	55.2	55.1
Después	43.0	35.2	25.6	31.2
No más	6.6	8.8	19.2	13.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

IX. REFLEXIONES SOBRE LA PERSPECTIVA DE LA OFERTA DE SSR

La conducta sexual y reproductiva ha sido examinada desde la perspectiva de la demanda y según las evidencias encontradas de acuerdo al enfoque sociocultural.

Con relación al enfoque aplicado por la oferta, se afirma que este sigue siendo sesgado por la visión epidemiológica, esto es, en resumen, caracterizado por dos percepciones particulares de entender y (querer) atender las necesidades en SSR. Una, que señala la presencia de un daño o un riesgo, sobre el cual, el aparato de la oferta actúa en tanto uno u otro sea identificado. La otra percepción es la biomédica, que centra la interpretación y soluciones de necesidades de salud en las relaciones biológicas del cuerpo humano. Por supuesto, también la actuación de la oferta ha sido y seguirá siendo influenciada por la situación económica imperante en el medio, basada en la premisa básica de que los bienes son escasos. Recordemos que en la última década, la ideología dominante puso el tema del financiamiento en el centro de la reforma de los sistemas de salud. No obstante, el programa de planificación familiar en el Perú se escapó, en parte, de la rigidez genérica que establece la obligación de pago monetario por todo servicio de salud recibido, en razón de la práctica de un enfoque social de la salud. La gratuidad del servicio de SR y más recientemente el seguro materno infantil financiado por el Tesoro Público, ha permitido que la oferta realice esfuerzos adicionales, aunque todavía limitados, para dar acceso a formas de servicio que incorporan un trato más cercano a las exigencias socioculturales de la población pobre nacional y local.

Lo que aún falta enmendar en el aparato de la oferta es que tanto en el diseño de políticas y estrategias (en la cúpula intelectual e institucional), y en el proceso de la ejecución de los programas de salud (operadores, comunicadores y promotores) se incorporen y se internalicen los nuevos conocimientos socioculturales de la realidad local o regional. Por cierto, ésta es un tarea compleja particularmente en el Perú, por la existencia de una población multicultural.

Esta ausencia de homogeneidad sociocultural en la población peruana hace difícil la investigación de la influencia de dichos factores en la conservación de la salud; sin embargo, existe el aliciente de saber que en cuestiones demográficas y de convivencia social los aspectos socioculturales tienen mayor poder explicativo que los aspectos puramente económicos. Esto lo podemos entender mejor cuando incorporamos conceptos de salud (enfermedad) que nos conducen por nociones de equilibrio entre el hombre y la naturaleza, satisfacción en relación a los aspectos del trabajo diario y a la estabilidad emocional. Al entender la importancia de los elementos socioculturales surgen

concepciones integradoras y complementarias sobre aspectos olvidados: necesidad de teorías intermedias, adoptar la cultura de la experiencia antes que la teoría, privilegiar la orientación de prevenir antes que curar y practicar un sistema de valores que justiprecie la equidad colectiva sin caer en el ciego proteccionismo estatal (asistencialismo, populismo, etc). El servicio de salud entregado bajo el criterio de la equidad libera al hombre, en tanto que el mismo servicio ofrecido bajo patrones de proteccionismo o paternalismo genera corrupción, dependencia y sumisión.

Aún con escasas respuestas contextuales y situacionales proporcionadas por las ENDES, esta investigación realiza el esfuerzo de buscar e interpretar indicios y motivos socioculturales, en el entendido que existe un reclamo social por entender y que las actitudes de las mujeres no son naturales sino fundamentalmente contextuales y situacionales. Debería evitarse que se siga actuando y avalando desempeños en los servicios de oferta de salud bajo la concepción de que la masculinidad y la feminidad encajan en perspectivas dicotómicas (sí o no, lo tomas o lo dejas, etc.). No se justifica la fácil conclusión de que la discontinuidad es "porque a la usuaria no le gusta el método anticonceptivo" y, por el contrario, el proveedor debería interesarse por conocer y distinguir las causas de los efectos colaterales de los métodos usados y los rechazos por desconocimiento y temores a los métodos modernos.

Los determinantes socioculturales están influenciados por elementos psicosociales, conocimientos adquiridos y actitudes, los cuales son moldeados por el efecto combinado de prácticas e ideas como las referidas a la anticoncepción y a la salud reproductiva. Existe tanta complejidad entre los determinantes de la conducta humana que es previsible que ciertas costumbres tradicionales no encajen en los planes curativos hospitalarios y de prevención del sistema de salud. Además, las personas actúan en función de diversos intereses como son la formación de la familia, la decisión autónoma sobre el número de hijos y la defensa de sus preferencias por métodos anticonceptivos que conoce. Asimismo, ellas seguirán atendiendo sus necesidades médicas y considerando las ventajas del espaciamiento en el parto y los peligros de la interrupción del embarazo. Por tanto y en definitiva, lo que se plantea es que los programas de salud deberían articular su conocimiento médico con las informaciones biológicas, psicológicas y socioculturales de la población local. La oferta de SR alcanzará un diseño más apropiado a la realidad cuando se estructure siguiendo el principio de equidad y actualizando su conocimiento sobre la necesidad (demanda) de atención local.

La estrategia a seguir en salud no es unidimensional y debe responder a la combinación de diversos enfoques. Tratando de comprender los sistemas de valores y culturales de la población, la estrategia podría incidir en el desplazamiento de ciertos niveles de atención primaria hacia las redes sociales y familiares. Estrategia que requiere de mayor educación e información a la población objetivo.

El presente trabajo de segmentación de la demanda de SSR pretende ofrecer un conocimiento mucho más preciso hacia

el objetivo de identificar a las personas/ grupos y sus necesidades en SR. Por ejemplo, observando que la población objetivo se divida en dos grupos:

SÍ : Exhiben su problema de salud y autorizan el cuidado de su salud.
NO: No tienen problemas definidos o lo tienen, pero no necesitan cuidado.

Entre los que tienen un problema médico están:

SÍ : Perciben su problema de salud con el médico.
NO. No perciben su problema de salud a pesar de que sí lo tienen.

Las diferencias entre necesidad y demanda comprenden ámbitos que van más allá del aporte de la educación, de la distancia entre oferta y demanda y de la percepción médica y de la demanda del usuario. Estas diferencias casi siempre olvidadas, por comodidad o por política convencional, son el enjambre de circunstancias que afectan a la demanda e impiden que las necesidades se exhiban o expresen en el mercado. A todo ello se agregan circunstancias individuales y colectivas que dificultan identificar las necesidades de salud, tales como el precio del servicio, el bajo ingreso de las personas, el costo del transporte y la ausencia o reducida monetización en las comunidades.

Se criticó y se efectuaron correcciones al programa de PF del MINSA a fines de la década de los noventa. En efecto, dicho programa habría estado más bien ligado a la ideología del control del crecimiento de la población que al ejercicio de la libertad reproductiva. En aquellos años, el programa de PF estuvo muy direccionado hacia el cumplimiento de metas cuantitativas y, en parte, descuidaron la calidad en la oferta. Quizá estuvieron más preocupados por las estadísticas de las metas establecidas que por el bienestar individual.

Para terminar con este acápite de reflexiones, estimo que sería deseable que toda persona encargada de la planeación, dirección, administración y prestadores directos de los programas de SR, podría relativizar la linealidad de los principios o ideas dominantes del programa, a fin de considerar que el propósito y fin último son la salud y el bienestar de las personas y no los principios o normas que gobiernan los servicios de salud. Esto significa comprender que los objetivos y las ideas dominantes de un programa de salud no siempre son compartidos por todas las personas que, eventualmente, forman parte de la población objetivo. En tal sentido, bastaría comprender que las "verdades" del programa de salud no son verdades universales y que las personas, como productos de la educación y del contexto sociocultural, tienen particulares formas de convivencia o estilos de vida que distan de una pretendida uniformidad, identificada con pocos hijos esmeradamente cuidados, bien alimentados y mejor educados. Quizá, lo más importante de esta última reflexión sea actuar, por un lado, haciendo la distinción entre principios del programa y bienestar de las personas. Bienestar que implica respetar los estilos de vida y valorar lo que realmente desean las personas en salud reproductiva. Entender y "aceptar" a los demás tal como son, no significa que

los encargados de la oferta de SSR renuncien a los principios del programa. Por otro lado, mantener tales principios es parte del ejercicio con responsabilidad profesional para los proveedores; razón por la que no tendrían inconveniente de considerar estilos de vida diferentes y simultáneamente buscar el logro del cambio, esto es, que la población objetivo asimile el conocimiento avalado por las ciencias y adopte las recomendaciones del programa de SR.

X. DISCUSIÓN

Relativa al indicador de acceso a SSR:

Se diseñaron dos indicadores de acceso a SSR. El primero utiliza dos datos: la afiliación al IPSS y el conocimiento del sistema público como fuente de MAC. El segundo responde a dos hechos: visita o examen en un centro de salud pública. No obstante que recomendamos el segundo, éste no es del todo preciso. Así, al cruzar ambos indicadores se establece que del grupo de MUEF que no tuvo acceso (20%, según el segundo indicador), el 67% sí tuvo acceso a SSR (cálculo determinado con el primer indicador). Aún cuando se acepta que este segundo indicador puede ocultar información, su recomendación como el más adecuado obedece a la siguiente sustentación. De un lado, responde a hechos, es decir, las MEF se hicieron un examen de papanicolaou o visitaron un centro de salud. De otro lado, porque el cálculo del déficit de acceso es de una proporción similar al que se suele señalar como promedio nacional del sistema de salud. Haciendo uso del segundo indicador, el déficit de acceso a SSR se estimó en 29% para el año 2000. No obstante esta precisión cuantitativa, se considera que el 71% restante presenta diversos vacíos de atención en SSR, particularmente en consejería a los adolescentes.

Seguidamente, se explica una crítica adicional al segundo indicador de acceso a SSR. Esta crítica surge de contrastar dos visiones distintas de la conservación de la salud. La primera, implícita en el diseño del segundo indicador, se sostiene en la prestación del SSR dentro de la corriente del pensamiento biomédico, esto es, la oferta de salud se entrega con un sesgo hacia la intervención curativa y la enfermedad es conceptualizada como riesgo de salud. En la otra visión, desde la perspectiva antropológica, se concibe que la enfermedad o la prevención de la salud responde a un problema social observable en la conducta humana que está sujeta a un determinismo sociocultural. Al parecer, luego de considerar ambas visiones de la salud, el indicador de acceso a SSR recomendado (segundo) no estaría registrando el acceso por las atenciones identificadas desde la perspectiva antropológica. Por ejemplo, el universo de la atención del parto como problema social incluye tanto a las que accedieron al servicio público o privado como a las que alumbraron en su casa. En la lectura biomédica sólo se cuenta a las que accedieron al servicio de salud (las demás no presentaron su demanda).

Relativa al indicador de conocimiento en salud reproductiva

Se estimó necesario contar con un indicador de conocimiento de SR, considerando que el conocimiento es la base para el ejercicio del derecho a la libertad y el sustento sobre el cual se construye las posibilidades de agencia de las personas en "sus quehaceres y seres". Luego de observar la data de la ENDES, se

estableció que dicho indicador recogiera el conocimiento del ciclo ovulatorio, al estimarse que sin este saber primario del funcionamiento reproductivo es casi imposible comprender la actuación y el efecto de los métodos anticonceptivos. No obstante, advertimos que tener dicho conocimiento (funcionamiento fisiológico del cuerpo) y de los diferentes medios con los cuales conservar la salud no evita, en todos los casos, que haya comportamientos contrarios a la salud. De aquí surgió la duda de que dicho indicador proporcione la información deseada como resumen de conocimiento de SR.

Tal vez dicho indicador proporcione información limitada por diversas razones. Primero reiteramos la evidencia de la ENDES, la cual señala que hay elevadas proporciones de MUEF con secundaria completa y educación superior que no cuentan con el conocimiento del ciclo ovulatorio (56% y 37%, respectivamente). En segundo lugar, se constata que el indicador reproduce de manera directa sólo la parte específica del ciclo de funcionamiento fisiológico del aparato reproductivo femenino. Y, por último, que dicho indicador podría no poseer las cualidades de una variable resumen de tipo sociocultural. Esta última apreciación se deduce de considerar que las respuestas recogidas en las ENDES están restringidas al conocimiento puramente fisiológico y que de ningún modo pueden mostrar otros elementos relativos a contextos socioculturales.

Reflexionando sobre tales precisiones limitantes del indicador conocimiento de SR, podemos aceptar como válidas las dos primeras restricciones antes señaladas. Respecto de la tercera, se estima pertinente argumentar en sentido contrario, a fin de desconocer dicha restricción. Independientemente del objetivo y de cómo fue diseñada dicha pregunta de la ENDES, para responderla, las mujeres entrevistadas, para responderla, no se despojan de la influencia determinista de sus respectivos contextos socioculturales. Por lo tanto, es válido asumir que cada mujer entrevistada al haber contestado si sabe o no del ciclo ovulatorio, no lo hizo en atención de una pregunta aislada, sino dentro de un temario y diálogo sobre sus actos, preferencias, comportamientos y conocimientos de salud reproductiva. Entonces, a ella no se le pide demostrar "haber alcanzado tan alto conocimiento", sino simplemente revelar que dicho conocimiento forma parte de sus saberes de uso cotidiano. Por otro lado, cuando el autor le concede a la variable "conocimiento del ciclo ovulatorio", la cualidad de resumir elementos socioculturales lo hace luego de relacionarla con las otras variables contextuales que proporciona la misma ENDES.

Otro argumento que podemos considerar para aceptar la variable "conocimiento del ciclo ovulatorio" como sustento de un indicador, es por analogía con el uso universal de tantos indicadores en diversos ámbitos de las ciencias sociales. Por ejemplo, aceptando las imprecisiones que tales indicadores conllevan, se clasificaron a los países en desarrollados o subdesarrollados por uno o dos indicadores, tales como PBI (producto bruto interno) e ingreso anual percápita. Además, la recomendación del indicador de conocimiento de SR fue sustentada por las siguientes razones: es tomado como el saber cotidiano de como se usan otros medios para mantener la salud (alimentos,

aire limpio, etc.), y como resultado de hábitos, costumbres, creencias y de visiones del hombre en relación con la naturaleza. Creencias y visiones del mundo que diferencian a un grupo humano de otro. Finalmente, debemos aceptar determinados indicadores, en tanto no existan otros mejores a los existentes, haciendo la salvedad de que cada uno de ellos no dice más de lo que convencionalmente se asume que informa.

Relativa a la concordancia de los resultados con trabajos anteriores

En primer lugar precisamos que los datos examinados tienen como fuente las ENDES. En ese sentido, se utilizaron las mismas variables y las mismas definiciones utilizadas para obtener los resultados publicados por el INEI correspondiente a los años 1992, 1996 y 2000. Los datos y variables utilizados corresponden al segmento de MEF de 15 a 29 años de edad.

Los resultados de esta investigación, muestran evidencias de que la mayoría de las MUEF se inicia sexualmente o y convive luego del primer embarazo a muy temprana edad; que al inicio de las relaciones sexuales no tiene una posición definida en PF; y configura una relación de pareja signada (idealizada en algunos casos) por la complementariedad entre hombre y mujer. Habría, en esa percepción de complementariedad, no sólo para atender una necesidad sexual sino el acuerdo recíproco de dar inicio a las relaciones de una pareja estable maritalmente, aún en los casos que no haya mediado la aceptación de los padres (particularmente en el caso de los adolescentes). Percepción que sería la que más se acerca a la mayoría que accede al inicio sexual a temprana edad, previamente unida o no unida. La posibilidad de que ellas y ellos se inicien sexualmente bajo tales consideraciones o expectativas es casi perfectamente compatible con el hecho de que en el comportamiento de su vida diaria no se sujetan a ninguna norma relativa a la edad para la convivencia (matrimonio) ni a la práctica de uso de anticonceptivos desde el inicio de sus relaciones sexuales.

Tal interpretación de las percepciones de los adolescentes y jóvenes respecto al inicio sexual y la unión marital, se asemeja a "los ideales sobre la pareja más constantes y recurrentes que suguieren los textos revisados y su cotejo con la dinámica social" del peruano andino, descrito por el antropólogo Alejandro Ortiz, en su publicación "La pareja y el mito" (2001), en el que sostiene: Para ser mas directo transcribo algunas de sus afirmaciones sobre tales ideales que trazan la cultura peruana. "Para que el individuo logre sus plenos derechos y reconocimiento social debe formar parte de una pareja..... Un individuo sin compañera o compañero conocido y sin hijos, es un desvalido y un ser incompleto... La relación de pareja parece ser concebida como básicamente complementaria, pero asimétrica.....".

Si ambos miembros de la pareja peruana comparten el ideal de "complementaria, pero asimétrica", entonces es coherente apreciar que entre ambas partes no se practique la equidad de género o haya un acuerdo implícito de que la mujer goce de una autonomía restringida. Este asunto de la autonomía es examinado en esta investigación en relación a dos aspectos de la salud reproductiva en las MUEF, al discutir PF

con el esposo y en la elección de MAC. Así, señalamos que las evidencias de una amplia autonomía para discutir PF se ve corregida por la escasa autonomía en la elección de MAC. Además, agregamos que entre las razones de no uso actual de MAC hay oposición del esposo, y en la elección de MAC es significativamente importante la determinación del esposo o conviviente. Todas estas evidencias prueban que la relación de pareja, examinada en el ámbito de la salud reproductiva, es asimétrica.

En esta investigación buscamos evidencias de los elementos socioculturales y no precisamos los culturales. Por la evidencia de los comportamientos más frecuentes en SR, asociadas a las áreas de residencias urbanas y rurales deducimos la existencia de patrones culturales diferenciados entre dichos lugares. No sin explicar que establecida la diferenciación, ello no niega que entre los pobladores de ambas áreas de residencia haya lazos de interculturalidad y que, por tanto, en cada área sea posible encontrar MUEF con conductas similares en SR. De allí que señalamos que las preferencias por los MAC tradicionales trascienden las fronteras urbano-rural. En ese mismo sentido se pronuncia la socióloga Carmen Yong en su libro "Hablan las mujeres andinas" (2000). Reproducimos algunas de sus afirmaciones, incluidas las referentes a sus recomendaciones: "Como lo demuestran diversos estudios, existe una larga experiencia de intercambios entre las zonas rurales y urbanas, entre la cultura andina y la criolla, mestiza o urbana". En referencia directa a las mujeres rurales, la misma autora señala "..el temor a los anticonceptivos modernos es la causa de tener muchos hijos...". Explicación que no sólo adoptamos como cierta y generalizable, sino que advertimos deducible y compatible con los resultados de esta investigación, cuando evidenciamos la elevada tasa de desconocimiento del ciclo ovulatorio y la considerable preferencia por los métodos tradicionales. Asimismo, dicha autora al referirse a la relación de pareja rural, la describe "como asimétrica y jerárquica" y luego agrega: "...sólo el 17% de las mujeres refieren dar su opinión y decidir cuando no están de acuerdo con lo que su pareja hace o dice". Estas afirmaciones aluden a una baja autonomía de la mujer rural en su relación de pareja, lo cual es compatible en el mismo sentido de la evidencia de poca autonomía de la mujer rural y menor respecto de la mujer urbana que señalamos al interpretar la gran dependencia de ellas en la elección de MAC, tanto del proveedor de salud como del esposo (en las rurales, sólo el 15% decide MAC por ella misma).

En relación a las consecuencias teóricas y las posibles aplicaciones prácticas

En este trabajo no se previó alcanzar determinados aportes en el terreno teórico. Sin embargo, podemos advertir que la lectura de los argumentos seleccionados en el marco teórico contribuyen a orientar el examen del mercado, particularmente, la demanda, por rutas no siempre consideradas en el intento de superar "corrientes economicistas" que son restrictivas. Al incorporar conceptos y enfoques psicológicos y antropológicos en este examen de la demanda de SR, no es para desmentir la vigencia del concepto de mercado generado en el ámbito de la economía, sino para agregar un

instrumental analítico y científico válido y útil para interpretar la realidad en la que ocurre el comportamiento reproductivo de las mujeres peruanas.

En el marco teórico se incluyó la perspectiva del "consumo de símbolos", más por la expectativa de encontrar evidencias en ese sentido que por el simple deseo de mostrar capacidad teórica. Se estima que su inclusión sigue siendo válida para enfrentarse a este tipo de investigaciones, aunque esta vez no se haya podido hallar prueba alguna de que en la demanda de MAC o en el acceso a SSR, determinadas demandas se ajustan a la corriente de bienes o servicios bajo la conceptualización de "consumo de símbolos".

En cuanto a las posibles aplicaciones prácticas de lo propuesto, tanto por la bondad de los métodos y la metodología aplicada, como por la certidumbre de la utilidad de los resultados, se puede esperar algunas consecuencias positivas. Por un lado, es probable que próximamente se aplique metodologías equivalentes a las utilizadas en el presente trabajo, en otros estudios interesados en temas cuya evidencia empírica exija el uso de la data de otras encuestas nacionales como la ENAHO o las misma ENDES. Por otro lado, es de esperar que los responsables del Ministerio de Salud logren estructurar la oferta de SSR, asumiendo los criterios de segmentación de la demanda recomendados. Para lo cual será indispensable preparar el listado de actividades que formarían parte del servicio segmentado, organizar los contenidos por segmento y realizar la capacitación pertinente.

Resumir las pruebas que respaldan cada conclusión

A continuación se agregan las pruebas o argumentos que proporcionan certidumbre respecto de las conclusiones Nº 1 y Nº 8, en las que por algún aspecto parcial se presume necesario agregar algo más de las evidencias ya incluidas en las mismas.

1. En el 71% que accede a SSR estarían la desatención de los partos no institucionales, la falta de información y consejería a los adolescentes, entre otros.
8. Se afirma "diversos estudios cualitativos refieren que hay rechazo a los MAC modernos" luego de haber señalado al menos dos fuentes, ambas referidas a población rural, tales como la publicación de Carmen Yon y la de comunidades indígenas del autor de la presente investigación.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. El indicador de acceso a servicios de salud reproductiva definido en este trabajo estimó que el déficit en acceso a dichos servicios aumentó de 20% a 29% en el periodo 1996-2000. No obstante esta precisión cuantitativa, es probable que la atención en SSR recibida por el 71% restante, presente vacíos, considerando que la demanda en SR responde a comportamientos y necesidades determinadas por el contexto sociocultural.

2. El grupo de MUEF de 15 a 19 años de edad presenta una situación más asociada con el déficit de información en PF. En dicho segmento, las MUEF escasamente informadas de PF con residencia urbana fueron el 20% y las residentes rurales fueron el 76%. Luego del examen conjunto de los indicadores de información y conocimiento de salud reproductiva, según grupos de edad, se aprecia que el grupo de 15 a 19 años de edad está en una situación disminuida respecto del promedio nacional correspondiente al universo de 15 a 29 años de edad, aquí estudiado. Esta evidencia invita a reflexionar sobre la estrategia de los mensajes de PF y, más aún, señala que tales mensajes enviados pasaron de manera desapercibida para las mujeres rurales menores de veinte años de edad.

3. La recepción de información de PF tiene una relación positiva con las variables uso actual de MAC, conocimiento del ciclo reproductivo y número de hijos vivos. Así, en el grupo de las que recibieron mensajes de PF por periódico y TV /radio, 19% usan MAC tradicional y el 50% usa moderno. En tanto que en el grupo que escuchó dicho mensaje sólo por radio o no lo escucho por ningún otro medio, el 20% usa MAC tradicional y el 26% usa moderno.

4. Con la ENDES se constata que hay una relación positiva entre nivel educativo y conocimiento del ciclo reproductivo. Sin embargo, todavía siguen siendo elevadas las proporciones de MUEF con secundaria completa y educación superior que no cuentan con dicho conocimiento (56% y 37%, respectivamente). Además, el escaso conocimiento de salud reproductiva afecta a todos los estratos económicos del país. Prueba de ello es que entre las MUEF no pobres también hay un significativo déficit de dicho conocimiento (55% no sabe el ciclo ovulatorio). En tal sentido, se estima que para revertir dicho estado, habría que continuar con mayor énfasis en la educación sexual escolarizada que involucre a las familias en dicha tarea.

5. De las respuestas sobre discusión de PF con el esposo, se deduce que la

cualidad de la autonomía de las MUEF en salud reproductiva tiene una relación positiva con el conocimiento de SR. En promedio, las que no tienen autonomía en PF fueron muy pocas (11%) en 1996. Esta evidencia de la elevada autonomía en PF debería servir de soporte para esperar una mayor aceptación de intervenciones en difusión del conocimiento de SR y como contrapeso de cualquier desaliento derivado de la difícil situación actual de la SR en el Perú. Pero, el grado de autonomía de las MUEF deducido de la variable "quién decide la elección del método anticonceptivo", coloca a las mujeres en un situación de dependencia de terceros. Además, indica que las mujeres rurales están en una situación de mayor dependencia respecto a las urbanas, y las rurales usuarias de MAC modernos tienen la más baja tasa de autonomía (11%). En síntesis, la baja autonomía en la elección de MAC, en las MUEF urbanas y rurales, se explica por la elevada dependencia del personal de salud (ellas no lograrían comprender el funcionamiento de cada método) y, en menor grado, de sus respectivos esposos.

6. La distribución de las MUEF, según las variables "número de hijos al primer uso de MAC" y "área de residencia", señala que las mujeres sin hijos fueron 38% en las urbanas y el 16% en las rurales. Este dato reafirma la existencia de un patrón sociocultural favorable al inicio sexual sin uso de ningún tipo de anticonceptivo (62% en las urbanas y 84% en las rurales). En promedio, sólo el 30% de las MUEF inició el uso de MAC cuando aún no tenía hijos. Esta evidencia, acompañada de una elevada proclividad al inicio sexual a temprana edad, indica que la sociedad peruana es permisiva a la unión conyugal desde la adolescencia y define un patrón cultural en que dicha unión implica tener el primer hijo sin consideración a ninguna forma de PF.

7. De las evidencias en el uso de MAC y de otras variables se deduce una significativa asociación entre la residencia rural y las costumbres tradicionales de la población. Se estimó que, en particular, las conductas en el uso de MAC explican la influencia del contexto sociocultural. Es así como leemos el comportamiento en el uso y no uso de métodos anticonceptivos. Efectivamente, se observa que en el área de residencia rural se encuentra los más altos componentes de mujeres actualmente no usuarias de anticonceptivos y usuarias de MAC tradicional (40% y 17%, respectivamente, en el año 2000). Asimismo, con independencia del estado de pobreza, las proporciones más elevadas de MUEF con tres y más hijos corresponden a las residentes rurales. Por lo visto, tal examen cuantitativo refuerza la lectura cualitativa del comportamiento diferenciado de la demanda de MAC entre las mujeres con residencia rural y urbana, determinado por un distinto y diverso contexto sociocultural.

8. Para ser más directos, en el examen de las razones de no uso actual de MAC, fueron excluidas las respuestas de las no unidas, las relacionadas con la fecundidad, las que dieron otras razones y las que no saben. Se pudo apreciar que las mayores razones de no uso de MAC actual tienen relación

con el método en sí mismo (47% en urbanas y 41% en rurales, año 2000); esto es, problemas de salud, miedo a efectos secundarios y creencia que tales métodos interfieren con los procesos normales del cuerpo. Sin duda, estimamos que este comportamiento factual se debería a la existencia de fuertes creencias asociadas al temor sobre los efectos colaterales de los MAC modernos (dolor, mareo, náuseas, pérdida o aumento de peso, etc.) y, en parte, a la ausencia de una respuesta esclarecedora de los proveedores de salud, acerca de lo que sucede dentro del cuerpo de la mujer. Al respecto, diversos estudios cualitativos refieren que hay rechazo a los MAC modernos, particularmente en las mujeres rurales, causado por la forma en que se proporciona información así como por los procedimientos empleados en el servicio de salud (generan vergüenza al ser requeridas a desvestirse para el examen visual), y a las distancias culturales entre ofertante y MEF.

9. La lectura de los hechos examinados indica que no todas las MUEF unidas que llegaron al estado de embarazadas o amenorréicas fue por ausencia de uso de MAC (el 23% de las mismas declaró que fallaron con el método usado). Por tanto, se puede afirmar que, en orden de importancia, las razones de no usar MAC actualmente, ordenadas jerárquicamente de mayor a menor, serían: falla de método, embarazo, aspectos relacionados con el método y falta de conocimiento. A este hecho se agrega la necesidad de SR de las MUEF que declararon no desear más hijos (interrogadas por sus preferencias de fecundidad). Es decir, a pesar de que las evidencias de no uso de MAC puedan mostrarlas como personas incoherentes (no desean más hijos y sin embargo no usan MAC), no por ello sería correcto soslayar que todas ellas requieren ser instruidas en las ventajas del uso de MAC. En particular, las que requieren ser persuadidas en el uso de MAC con fines definitivos; esto es, las unidas actualmente no usuarias de MAC y que no desean más hijos (59%).

10. Las altas tasas de embarazo mientras usaba MAC o por falla de los mismos, no se corresponden con la confiabilidad técnicamente aceptable de los métodos anticonceptivos. Esto estaría ocurriendo debido a la vigencia de conocimientos erróneos sobre el ciclo reproductivo y al incumplimiento de las instrucciones de uso de los métodos modernos, ambas razones, de responsabilidad de la usuaria de MAC (de la demanda). Aún cuando la razón de la falla de MAC no fuera el conocimiento errado sobre el ciclo ovulatorio, el simple hecho de la preferencia por los MAC tradicionales, estaría indicando una forma de vida asociada a patrones socioculturales propios de este grupo (creencias sobre funcionamiento del cuerpo distintas al funcionamiento fisiológico y necesidad de varios hijos para contribuir en el trabajo familiar, entre otros). Esta afirmación es corroborada en parte por el hecho de que entre quienes incurren en falla de MAC hay casi dos MUEF de idioma aborigen por una de idioma castellano (considerando los resultados de las razones de la última discontinuación de MAC).

11. El examen de la variable "razón de la última discontinuación de MAC" permite deducir qué parte de las usuarias de métodos anticonceptivos no habría asumido la práctica de planificar con la rigurosidad exigida, ni con la convicción del sentido del mismo. La evidencia es que quienes se embarazaron mientras usaban MAC (fallaron) suman varias veces el conjunto de las que "buscaban el embarazo". A esto se agregan las respuestas ambiguas respecto a su deseo de no tener más hijos, derivado del hecho que sólo el 42% de las que tenían tres o más hijos, incluido el actual embarazo, sostuvo que su número ideal de hijos era justamente tres o más hijos. Como también las que declararon que no desean más hijos, pero no usan ningún tipo de MAC. Frente a esta situación de la demanda de MAC, el Sector Salud tiene un reto en la entrega de SSR que escapa a la lógica biomédica, porque son exigidos a la atención de un grupo de mujeres que se mantienen fieles a creencias con lógicas diferentes. Dicho reto es satisfacer las necesidades en SSR de las MUEF que deseando limitar su reproducción permanecen como no usuarias o usuarias de MAC tradicionales. El reto no es una minucia, dado que con la data de la ENDES 1996 se advierte que las preferencias en la fecundidad indican que el 52% de las MUEF de 15 a 29 años de edad necesita métodos definitivos para limitar su reproducción. Además, ellas se hallan diseminadas en el conjunto estudiado, aunque proporcionalmente están un poco más en el área rural, en el estrato de los pobres y en los grupos de mayor edad y con bajo nivel educativo.

12. Es casi imposible admitir que la población pudiera tener un comportamiento reproductivo distante de las señales genéricas que devienen de su respectivo contexto sociocultural. Tales señales fueron deducidas del comportamiento mayoritario en la unión marital a temprana edad y en el uso de MAC después de contar con uno o dos hijos vivos, como por la presencia de quienes mantienen su preferencia por los métodos tradicionales, entre otros. Además, no es extraño encontrar distancias entre ideas (ideales) y comportamientos, de modo que lo segundo siga siendo el reflejo de las tradiciones y costumbres arraigadas en cada lugar de residencia. Entonces, no podemos dejar de aceptar que a pesar de que el 57% tenía una actitud de rechazo frente a un eventual próximo embarazo, casi la mitad de ellas aceptaba el riesgo de incurrir en un embarazo no deseado, sea por falla del método tradicional elegido o por mantenerse como no usuaria de MAC. A ello se agrega que entre las usuarias de MAC tradicionales habría un débil deseo de planificar, deseo que será incumplido como tantas otras ilusiones pasadas relacionadas con la falla del método usado. Algo más, se plantea la hipótesis de que la falla de MAC no sea de exclusiva responsabilidad de la usuaria, debido a la posibilidad de que dicha falla se deba al desacierto del MAC recomendado, a la falta de persuasión al ofrecer los anticonceptivos o a las instrucciones poco claras dadas por el proveedor. Posibilidad frecuente debido a las diferencias culturales entre proveedor y usuaria. Son mencionados todos estos detalles e hipótesis porque éstos

configuran el comportamiento de la demanda de SR.

13. Una gran parte de las MUEF ha mostrado no tener un firme deseo de planificar la familia. El comportamiento observado permite interpretar que para ellas la reproducción humana no sería un asunto de números sino de convivencia sana y normal en la conformación de la familia. Un indicio de esta forma de vivir es que en el Perú no existiría un mismo número para lo que cada centro poblado entiende por "muchos hijos". Asimismo, porque la actividad reproductiva de la mayoría no sería definida en una perspectiva a priori sino es finalmente una secesión de hechos acumulados, en parte al azar, en los que el comportamiento reproductivo responde a deseos individuales que de algún modo están determinados por costumbres y creencias colectivas. Así, se advierte que la mayoría de las MUEF, en el periodo inicial de sus relaciones sexuales, no tiene una posición definida a favor de la PF, más precisamente, no ha establecido como referente ninguna edad mínima para ser madre al nacimiento del primer hijo ni un tamaño de su respectiva familia. Ellas se interesan en planificar su familia luego de contar con uno o dos hijos vivos, como también las hay quienes planifican después del tercer hijo. Esta hipótesis se sustenta en la reducida frecuencia (30%) de las MUEF que manifestaron haberse iniciado en el uso de MAC cuando no tenían hijos. Información que indica que el 70% restante se unió para tener hijos inmediatamente o se unió como consecuencia del primer embarazo. Además, la unión o embarazo a temprana edad es un comportamiento reproductivo que no es exclusivo de quienes comparten un específico contexto sociocultural que enaltece y sobrepone la maternidad por encima de otras posibles realizaciones personales. En efecto, se trataría de un comportamiento común en la sociedad peruana. Comportamiento reproductivo que aproximadamente se entiende como "lo normalmente aceptado" y que es legitimado socialmente en los respectivos ámbitos locales.

14. Una de las variables de la ENDES que definimos como descriptiva de la estructura básica de la sociedad peruana, porque contiene y ofrece referencias de elementos contextuales, es la educación. Así, al relacionar dicha variable con el uso actual de MAC se determinó que entre las menos educadas (con primaria completa o menor nivel educativo) se halla el mayor componente de las MUEF no usuarias de MAC y la menor proporción de usuarias de MAC moderno. Esta relación positiva entre educación y uso de MAC, indica que a mayor nivel educativo es de esperar mayor aceptación de MAC modernos. Asimismo, se determinó que la principal razón de abandono de la escuela (MUEF de 15 a 24 años de edad) fue por motivos de embarazo o unión (37%), comportamiento revelador de la fuerza determinante del contexto sociocultural. En este mismo sentido, luego de cruzar la variable educación con la edad al primer coito, se deduce que ambas variables están fuertemente interrelacionadas. Es decir, el bajo nivel educativo está asociado tanto a la permisiva aceptación

social a las relaciones sexuales y a la unión marital, ambos a temprana edad, como al no uso de MAC desde el inicio de la convivencia conyugal. Efectivamente, los dos grupos de MUEF que experimentaron el primer coito antes de los 15 y entre 15 y 20 años de edad, tienen los más elevado componentes con secundaria incompleta o menor nivel educativo (92% y 65 %, respectivamente).

15. La relación entre las variables "patrón de uso de MAC" y "deseo del último embarazo" permite advertir la contradicción entre deseo y comportamiento de las MUEF. La ENDES establece que quienes deseaban después el embarazo o no deseaban más hijos, fueron el 55% de la población estudiada. Asimismo, en dichos grupos habían nunca usuarias (22% y 28%, respectivamente) y usuarias de MAC sólo después del último nacimiento (30% y 18%, respectivamente). Prueba de que los deseos expresados por la mayoría de ellas fueron desmentidos por los hechos. Quizá es más propio afirmar que esta situación sea el fiel reflejo de la evidente ambigüedad con la que ellas asumen la planificación familiar en su vida cotidiana. Ambigüedad que no debería confundirse como contradicción entre deseo y comportamiento, al momento de atender la demanda de SR de este difuso segmento de mujeres unidas, en razón de que la anticoncepción no es un asunto resuelto para todas ellas.

16. Considerando el elevado déficit de conocimiento de SR y el incremento en las preferencias por los MAC modernos, cabe deducir que aumentó la dependencia o sujeción de las MUEF a las recomendaciones del personal de salud. Es explicable dicha dependencia porque las mujeres no llegan a tener una clara comprensión del funcionamiento del MAC moderno dentro de sus respectivos cuerpos. Además, como el uso de MAC modernos incluye la posible presencia de efectos colaterales, ellas estarán pendientes de que tal cosa ocurra para regresar al servicio de salud. Esta situación de dependencia implica transferencia del control de la fecundidad de las mujeres hacia los "expertos" y será más gravosa para las mujeres rurales, cuyos hogares están distantes de los centros de salud, porque padecerán los efectos colaterales o abandonarán el método. Asimismo, en contra de la autonomía de las mujeres estaría actuando el paternalismo del personal de salud, basado en suponer que ellas no entienden ni de MAC ni de conservación de la salud. Paternalismo que podría ocurrir por omisión de las explicaciones o al recomendar sólo métodos modernos por la eficacia de los mismos.

17. Se estima que la falta de conocimiento de MAC, en el sentido de saber cómo funcionan, es un hecho que no queda del todo superado en aquellas MUEF que son actualmente usuarias de métodos modernos. Con los datos expuestos, podemos afirmar que no todas estas mujeres han alcanzado la real atención a su necesidad de planificar su familia ni a su eventual necesidad de espaciar o limitar sus próximos nacimientos. Por consiguiente, es previsible que ellas seguirán incurriendo en falla de

método, soportarán efectos colaterales por desconocer otros métodos alternativos al de uso actual, mantendrán dudas por desconocimiento del funcionamiento del MAC y abandonarán estos métodos para regresar a los tradicionales, entre otras posibles situaciones reales. En consecuencia, una elevada tasa de preferencia de métodos modernos no es garantía de que tales usuarias logren sus propósitos personales de planificar. Sí recordamos que en promedio el 63% de las actualmente usuarias de MAC moderno no posee un adecuado conocimiento de salud reproductiva.

18. De una primera selección de veintisiete variables que explican o están asociadas a la demanda de MAC (usa o no usa actualmente) se determinó que sólo cinco tienen capacidad discriminante para ubicar a las MUEF en un respectivo segmento de demanda de MAC. Una de estas últimas, y con mayor influencia discriminadora, es la variable "número de hijos vivos". Además, el simple hecho de que cada mujer cuente con uno o más hijos es de por sí un atributo para prever que ellas tendrán más interés en ingresar al grupo de las usuarias de MAC. No obstante, cabe precisar que ésta es la conducta lógica o esperada entre las mujeres "occidentalizadas"; lógica que no siempre se cumple a plenitud en las poblaciones rurales o de lengua aborigen, dado su mayor apego a las ideas y visiones reproductivas propias de su contexto sociocultural.

19. El análisis de regresión múltiple entre las variables independientes "número de hijos al primer uso de MAC" y "edad al primer coito", permite una elevada estimación de la variable dependiente "demanda de MAC" (usa o no usa actualmente), del orden del 77.7%. La contribución en el pronóstico de la demanda de MAC de la segunda variable independiente deviene de un contenido influenciado por aspectos socioculturales, recogido a través de la conducta de las MUEF y asociada a la temprana edad de la iniciación sexual. Dicha variable, además, está vinculada a otros problemas de SR como son la iniciación sexual sin protección (respecto del embarazo) y la mayor probabilidad de muchos hijos.

20. La generación más joven casi siempre tiene importantes contribuciones en el cambio de conducta individual e influir, como grupo, en la transformación de su respectivo contexto sociocultural. Parte de esta afirmación es confirmada por el comportamiento del grupo de MUEF de 15 a 19 años de edad, quienes tienen un mayor componente de usuarias de MAC antes del primer hijo, en comparación al conjunto de 15 a 29 años de edad (34% versus 29%, respectivamente en 2000). Este hallazgo confirma las afirmaciones parciales, en diversos estudios cualitativos, de un patrón de comportamiento en la iniciación sexual, caracterizado por la desprotección ante un eventual embarazo. Desprotección que ocurre en la mayoría de ellas pero que no es argumento para afirmar que en todos esos casos hubo una relación sexual y de pareja improvisadas. Deducción que tiene sentido, al observar que en este segmento sólo una de cada cuatro se inició sexualmente antes de cumplir los

15 años de edad. Salvo excepciones, lo predominante sería que acceden a dicha iniciación o a la unión marital dentro de una forma de vida estimada usual y legitimada en sus respectivos contextos socioculturales.

21. En la demanda actual de MAC también encontramos diferencias entre el segmento de 15 a 19 años de edad y el conjunto de 15 a 29 años de edad. Este segmento de adolescentes muestra una mayor asociación de pobreza con usuarias de MAC, respecto al conjunto citado, tanto de métodos tradicionales (72% vs. 59%) como de métodos modernos (61% vs. 48%). La distinción más trascendente de este segmento respecto al conjunto es su elevada propensión al no uso actual de MAC (54% vs. 38%, respectivamente). Propensión que responde a un patrón sociocultural que deviene de un deseo implícito o del vínculo, en extremo estrecho, entre unión marital y el primer embarazo o viceversa.

22. El mayor número de hijos por hogar en el área rural, salvo excepciones, sería más el efecto de una forma de vida asociada a sus necesidades de reproducción económica agropecuaria o familiar que a una posición del puro azar. De otra manera no sería entendible el crecimiento en el consumo de MAC alcanzado por las mujeres de dichos lugares de residencia. Asimismo, el número de hijos es una variable importante por su capacidad discriminadora de las MUEF. Es decir, en los grupos de las residentes urbanas y de las no pobres, se observa una menor participación de las mujeres con tres y más hijos, respecto de los grupos residentes rurales y estrato de pobres, respectivamente. Por tanto, los contextos y elementos socioculturales asociados a los estratos de pobreza y a las áreas de residencia rural, tendrían una mayor fuerza determinista en la conformación de hogares cuyas madres tienen tres o más hijos.

23. El déficit en el acceso a servicios de salud reproductiva se incrementó en 9% en el periodo 1996-2000; llegó al 29% en el 2000, y se concentró en las usuarias de MAC moderno (41%). Esto significa que en dicho periodo, un mayor número de MUEF ha interiorizado su responsabilidad en el planeamiento de la familia, sumándose al segmento de usuarias de MAC modernos. Preferencia que es acompañada por un incremento de tales usuarias en el grupo de las que tuvieron acceso a los servicios de salud. No obstante, tal concentración del déficit en usuarias actuales de MAC moderno, estaría indicando, además de algún problema de limitaciones en la oferta, que en dichas usuarias habría un exceso de confianza en sí mismas, con el probable efecto de fallas de MAC y padecimiento de efectos colaterales.

24. Entre los cambios ocurridos en la demanda de MAC durante el periodo 1996-2000, se estima que el más destacable ha sido el incremento en el uso actual de MAC modernos. Esto ha implicado un significativo cambio en el patrón de comportamiento en SR que a su vez ha derivado en la adopción de un patrón de consumo de anticonceptivos más cercano al modelo de salud occidental. Dicho cambio,

incremento del 10% en la preferencia de MAC moderno, fue acompañado de una reducción de las no usuarias en 5.2%, hecho registrado en los tres grupos de edades aquí estudiados.

25. Aún cuando las adolescentes usuarias de MAC antes de tener el primer hijo, muestran una mayor proporción al promedio de las MUEF de 15 a 29 años de edad (1996 y 2000), en los últimos cuatro años esa proporción cae de 37% a 34%. Este cambio es preocupante por las elevadas tasas de desconocimiento en salud reproductiva en dicho segmento (el 75% del grupo de 15 a 19 años, no conoce el ciclo ovulatorio). El efecto directo y más probable será la falla en la anticoncepción de al menos el 12% (2000) de quienes usan métodos tradicionales.

26. Una deducción importante es que la "nunca usuaria de MAC" del segmento de MUEF de 15 a 19 años de edad, se encontraría en dicha situación más por razones de contexto sociocultural que por dificultades en el acceso a los servicios de salud reproductiva, considerando que el 52% de ellas señaló haber tenido acceso a los servicios estatales o privados de salud. En ellas, fue significativo el déficit de información en PF (el 57% señaló no haber escuchado mensajes de PF propalados por medios de comunicación). Entre las menos informadas de PF, la mayoría fue residente rural y del estrato pobre, esto es, 74% del grupo que escuchó PF sólo por radio y 70% del grupo que no escuchó PF en ningún medio de información.

27. La misma ENDES da algunas respuestas para comprender el cambio en el patrón de comportamiento de uso de MAC en el conjunto de las MUEF de 15 a 29 años de edad: el incremento de usuarias de MAC modernos. Por un lado, entendemos que hay una significativa proporción que no desea más hijos (preferencias de fecundidad en el 2000 indica que el 44% no desea más hijos). Por otro lado, podemos inferir que la sujeción a los patrones socioculturales no fue inflexible en el caso de las residentes urbanas, las mismas que incrementaron el uso de MAC moderno (las urbanas usuarias de MAC moderno pasaron de 50% a 60% entre 1996 y 2000). El patrón de comportamiento que se mantuvo invariable en la preferencia por MAC moderno fue el de las residentes del área rural (43% en 1996 y 2000).

28. La variable "edad al nacimiento del primer hijo" resumiría el comportamiento colectivo que evidencia la importancia de los determinantes contextuales dentro de la lógica social de una población marcada por la pobreza, en la que impera una cultura que privilegia el presente y el condicionamiento social que minimiza otros roles de la mujer para consolidar el de ser madre, determinarían el comportamiento reproductivo de la mayoría de las mujeres. La mejor evidencia que la ENDES proporciona para corroborar esta interpretación es la variable sobre si el embarazo actual fue deseado, la cual determinó que el 63% de las actualmente embarazadas tuvo su primer nacimiento antes de los 20 años de edad. Así, mientras los analistas se

empeñan en destacar significados de distinguir entre las que querían el embarazo entonces (42%) y las que querían el embarazo después (35%), es probable que para las mismas protagonistas de estos datos, lo importante fue que la mayoría sí quería embarazarse (77%, de las actualmente embarazadas).

29. El deseo del embarazo relativo al último hijo nacido vivo es un dato, por sí mismo, importante para comprender el sentir de las MUEF frente al hecho de haber procreado, con independencia de que tal evento haya sido o no planeado. Por un lado, se constata que entre 1996 y 2000 para el conjunto de MUEF se redujo el embarazo no deseado de 24% a 14%. En tanto, en el grupo de 15 a 19 años, el embarazo no deseado fue 7% en 2000. Destacamos que en el segmento de adolescentes la tasa de embarazo deseado, entonces o más tarde, fue 93% en 2000. Esta evidencia de que entre las MUEF adolescentes hay una abrumadora mayoría que quería dicho embarazo (entonces o más tarde) corrobora el apreciado intento de algunos investigadores que han desmentido ciertas ideas dominantes sobre el problema de la salud reproductiva en los adolescentes. Desmienten a quienes sostienen la gravedad del fenómeno del embarazo no deseado en este grupo de edad. Es decir, la evidencia empírica no avala lo que se viene diciendo, "con exagerado interés", sobre el problema de salud reproductiva que representaría el fenómeno del embarazo en los adolescentes, fenómeno que es un hecho particular de un grupo más bien pequeño.

Recomendaciones

1. No obstante las diferencias culturales entre indígenas y residentes rurales, la oscuridad del manto de la pobreza y la extendida ausencia de conocimiento de salud reproductiva los homogeniza. Es decir, una parte significativa (en algunas localidades la mayoría) de las MUEF no tiene ni la educación, ni el poder social, ni los recursos materiales y financieros para defender sus derechos más fundamentales (alimentación, integridad física, justicia y libertad). Por tanto, es recomendable ser realistas con los programas sociales a fin de no crear falsas expectativas en la población prometiendo atenciones que no llegarán, ni en la extensión ni en la intensidad deseada, incluso con un probable "paquete básico".

2. Es probable que las dos preguntas sobre embarazo deseado (la 205 sobre el embarazo actual y la 405 sobre el embarazo del último hijo nacido vivo) encubran alguna asociación de hechos no equivalentes que estaría alterando los resultados. Para evitar errores se sugiere formular ambas preguntas de una manera más precisa o reiterativa. El probable error es que las entrevistadas asuman como equivalentes dos hechos distintos: el embarazo y el nacimiento. La pregunta es relativa en exclusividad sobre un aspecto cualitativo, esto es, si el embarazo ocurrió dentro del tiempo deseado o no. Se debe advertir a la entrevistada que no se pregunta por el efecto cuantitativo ni por el aspecto afectivo (hijo deseado o no). En ese sentido, se sugiere que al formularse la pregunta se recalque que la información a recoger se refiere al

momento de ocurrencia del embarazo y no por el hijo.

3. Las ENDES recogen información para obtener mediciones objetivas sobre la SR de las MEF. Dado que estas encuestas no tienen el propósito de recoger información contextuada, siempre será necesario acudir a las investigaciones cualitativas para esclarecer los elementos sociales, económicos y culturales que explican el comportamiento de la demanda o consumo de SSR, entre otros objetivos. En ese sentido y aún cuando no se cuente con evidencia precisa sobre dicho comportamiento, se sugiere, en particular a los proveedores de salud, considerar que parte de la conducta corriente en las poblaciones rurales y comunidades nativas alejadas de centros urbanos es el no expresar sus necesidades en SR en forma de demanda.

4. Se sugiere usar el dato del conocimiento del ciclo ovulatorio como un indicador resumen de las diversas necesidades de conocimiento en salud reproductiva (SR). Esto es, por razones de seguridad en la conservación de la SR, en particular por las MEF que son usuarias de MAC tradicionales. Este indicador señala que el déficit en conocimiento de SR fue de 63% en 1996. Por tanto, se recomienda atender dicho déficit de manera segmentada, considerando los elementos socioculturales implícitos en el área de residencia e idioma habitual del hogar y los grupos de edad. Segmentada, porque más allá de capacitar a las mujeres en los medios de regular la fecundidad. Se debe notar que dichas mujeres las mujeres rurales son personas con visiones, concepciones y creencias diferentes a las dominantes en las ciudades.

5. Son diversas las variables con contenido sociocultural que señalan notables diferencias de la conducta en SR asociadas a las áreas urbano y rural, tales como inicio sexual y formación de pareja a temprana edad, y uso de MAC sólo después del primer o segundo hijo, entre otras. Así, es mayor la proporción de mujeres iniciadas sexualmente a temprana edad, en el grupo de las MEF no unidas de 15 a 19 años de edad con residencia rural, respecto de las urbanas (antes de los 15 años: 25% rural vs. 18% urbano). A lo cual se agrega los hallazgos socioculturales de algunos estudios cualitativos que se refieren a la fuerza de las tradiciones por la unión marital temprana, sea por el elevado valor del rol de madre y la legitimación social a la unión de adolescentes en colectividades rurales. Sin embargo, es preciso señalar que la división urbano-rural no es del todo definitoria del comportamiento en SR. Así, la variable construida con el "área de residencia" y la "tenencia de TV", indica que el nivel de desconocimiento de SR en las MEF urbanas sin TV (70%) se haya muy próximo al grupo con residencia rural y sin TV (74%). De manera similar, se observa que las cuotas de participación de las no usuarias de MAC que tienen residencia urbana y sin TV (42%) son muy cercanas a las de residencia rural y sin TV (54%). De allí que sea recomendable no sólo segmentar la demanda de SR distinguiendo urbano y rural sino que además se podría segmentar, en el área urbana, entre pobres y no pobres. No así en el área

rural debido a la dificultad de operativizar la segmentación por estratos de pobreza, particularmente entre las MEF residentes rurales, tanto porque la mayoría es pobre como porque hay población dispersa.

6. Los determinantes socioculturales están acompañados por elementos psicosociales, conocimientos adquiridos y actitudes; todos ellos moldeados por el efecto combinado de prácticas e ideas como las contempladas en el ámbito de la salud reproductiva. Existe tanta complejidad entre los determinantes de la conducta humana que es previsible que ciertas costumbres tradicionales no encajen en los planes curativos hospitalarios y de prevención del sistema de salud. Además, las personas actúan en función de diversos intereses como son la formación de la familia, la decisión autónoma sobre el número de hijos y la defensa de sus ideas y preferencias anticonceptivas. Asimismo, ellas seguirán atendiendo sus necesidades médicas y considerando las ventajas del espaciamiento en el parto y los peligros de la interrupción del embarazo. Por tanto y en definitiva, lo que se plantea es que los programas de salud deberían articular su conocimiento médico con las informaciones biológicas, psicológicas y socioculturales de la población local. Esto implica estructurar la oferta con equidad y conocimiento actualizado sobre las necesidades (demanda) de atención local.

7. Usando los resultados del análisis discriminante se recomienda configurar la oferta de SSR de tal manera que los servicios de promoción de la salud se orienten diferenciadamente, por segmentos, a las mujeres (y sus parejas, en el caso de las unidas) que respondan a las siguientes relaciones entre clases de población (urbano y rural) y grupos de edad (de 15 a 19 y de 20 a 29 años de edad), con respecto a las siguientes situaciones:

   Con secundaria completa o más educación
   Con secundaria incompleta o menos educación y un hijo vivo.
   Con secundaria incompleta o menos educación y dos o más hijos vivos.

   Esta segmentación sugerida para ambos grupos de edad de MUEF no implica introducir más divisiones administrativas en el MINSA sino incorporar capacidad de atención diferenciada en la promoción de la salud, buscando la equidad de los sexos, reforzando los derechos de la mujer y asegurando que sea ella quien controle su propia fecundidad. Por tanto, se insiste en afirmar que cada segmento merece una atención diferenciada al menos, porque hay una distancia sociocultural entre urbano-rural, las mujeres con escaso nivel educativo son más propensas a realizarse socialmente sólo como madres y porque una parte de las madres con dos o más hijos estarían gustosas de comprender y aceptar un método anticonceptivo definitivo, siempre que no haya riesgos para su salud personal.

8. Para terminar, se estima deseable que en el planeamiento y en la prestación directa de SR se relativice la linealidad de los principios o ideas dominantes

del programa de salud, a fin de considerar que el propósito y fin último es el bienestar de las personas y no tales principios. Esto significa comprender que los objetivos y las ideas dominantes de un programa de salud no siempre son compartidos por todas las personas que acuden al servicio de SR, que las "verdades" del programa no son universales y que las personas, como productos de la educación y del contexto sociocultural, tienen particulares formas de convivencia (estilos de vida) que distan de una pretendida uniformidad, identificada con pocos hijos esmeradamente cuidados, bien alimentados y mejor educados. Quizá lo más importante de esta última reflexión sea: respetar los estilos de vida o valorar lo que realmente desean las personas en salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Anderson, Jeanine.** "Tendiendo Puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud". Movimiento Manuela Ramos. 2001 (pág. 64 y 65).

2. **Antezana, Julián y Susana Guevara.** Comportamiento reproductivo de las mujeres en las comunidades indígenas de la Amazonía peruana. INEI. Lima, mayo de 1996.

3. **Banco Mundial.** La Herencia es Fundamental para el Desarrollo: La cultura es el tema dominante en una importante conferencia del Banco. Tomado del INTERNET como Noticias del Banco Mundial, 24 de septiembre de 1998. Para mayores nformes, comuníquese vía e-mail foyewole@worldbank.org.

4. **Bant, Astrid y Angélica Motta** Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali.. Movimiento Manuela Ramos. 2001.

5. **Cepal Celade** Notas de población.. Santiago de Chile, Diciembre, 1997.

6. **Defossez, A., D. Fassin y M. Viveros (editores).** Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. Instituto francés de estudios andinos, IFEA. Universidad Externado de Colombia. 1992.

7. **Falconier, Marta y otros.** Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. UNFPA. La adolescencia y la salud reproductiva.. Pág.16, 2º párrafo.

8. **Francke, Pedro.** "La Educación pública, los pobres y el ajuste".

9. **Huber, Ludwing.** "Consumo, cultura e identidad en el mundo globalizado". Estudios de caso en los Andes. Instituto de Estudios Peruanos. Perú, 2002.

10. **León, Federico y Magdalena Chu, editores.** Investigación de operaciones en planificación familiar y salud reproductiva: Conceptos y casos. Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de estudios de población.. 1998.

11. **Li, Dina.** Barreras que afectan el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres en las áreas marginales del Perú. Publicado en el libro Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. Op.cit.

12. **Li, Dina y otros.** Mujer indígena, salud reproductiva y organización comunitaria. Investigación cuantitativa y cualitativa sobre el estado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular, de

las poblaciones indígenas del Alto Ucayali, Bajo Urubamba, Alto Andino del Cusco y Satipo. Preparado por encargo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). No publicado.

13. **Li, Dina y otros.** " Mujer indígena, salud reproductiva y organización comunitaria". Investigación encargada por convenio entre INANDEP, FONUAP Y PROMUDEH. 1998.

14. **Li, Dina, Virgilio Ramos y Carlos E. Aramburu.** Estimación de la demanda y aspectos de la calidad de planificación familiar en el Perú. INANDEP-PROMUDEH-UNFPA. Lima, diciembre de 1998.

15. **Nussbaum, Martha y Amartya Sen (copiladores).** La calidad de Vida, Seccion II. "Capacidad y Bienestar" de A. Sen.

16. **Organización de las Naciones Unidas, ONU.** Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo (Egipto), del 5 al 13 de Setiembre de 1994. Informe sobre dicha conferencia.

17. **Ortiz, Alejandro.** "La pareja y el mito". Estudios sobre las concepciones de la persona y de la pareja de los andes. Pontificia Universidad Católica del Perú. Fondo editorial, 2001.

18. **Ramos, Irma y otros.** "Continuidad en la planificación familiar: un seguimiento de usuarias de establecimientos públicos de la provincia del Santa", publicado en Investigación de Operaciones en PF y salud reproductiva: Conceptos y casos. Univ. Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios de Población.

19. **Ramos, Virgilio.** "La educación y el círculo vicioso de la pobreza en el Perú", en convenio con el INEI, Programa MECOVI-Perú, financiado por el BID. Publicado por el INEI. 2000.

20. **Richardson, Mary.** "Concebir, Alumbrar, Educar: Algunos Aspectos de la Vida Reproductiva de las Mujeres en el Yucatán Rural", en: Luis A. Ramírez Carrillo (editor), Género y cambio social en Yucatán. Ed. Universidad Autónoma de Yucatán, Tratados y Memorias de Investigación UCS 2, Mérida, México, 1995, pp. 183-234.de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi" unidad de ciencias sociales colección digital

21. **Ryder, N.** Fertility and family estructure. Population Bulletin N° 5, Washington, D.C. 1983. Citado en Notas de población. Cepal, Celade. Santiago de Chile, Diciembre, 1997.

22. **UNESCO.** Informe mundial sobre la cultura. "Iguales y diferentes". Capítulo 2 Alain Touraine. Sociólogo de la Escuela de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (EHESS). Fundador del Centro de Análisis e Intervención Sociológica (CADIS), París (Francia). UNESCO SANTIAGO 1998. www.unesco.cl

23. **UNICEF - INEI,** El desarrollo educativo de la niñez y la adolescencia.1996.

24. **Vaca, Rocioi.** La cultura, el género y la fecundidad. Un acercamiento a la reproducción del campesinado en el Ecuador. Publicado en el libro Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud.

25. **Westoff, C y L. Ochoa.** Unmet need the demand for Family Planning. Demografhic and Health Surveys, in comparative studies Nº5. Institute for resource Development. Macro International Columbia. Maryland. 1991.

26. **Yon, Carmen.** Hablan las mujeres andinas. En base a autodiagnósticos del Proyecto Reprosalud, ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos. 2000.

Anexos

ANEXO I. Cuadros

ANEXO II. Informe Metodológico

ANEXO I
CUADROS

Tabla Nº 1
Comparación de la situación de pobreza MUEF 2000

Indicador de pobreza en base a material del piso: 2000

Grupos de edad	Material del Piso		Total
	Tierra/madera o pobre	Otro material o no pobre	
15-19	66.2	33.8	100.0
20-24	57.2	42.8	100.0
25-29	51.7	48.3	100.0
Total	55.3	44.7	100.0

Tabla Nº 2
Indicador de pobreza en base a NBI: 2000

Grupos de edad	Necesidad básica insatisfecha (NBI)		Total
	Al menos una NBI(pobre)	Sin NBI(no pobre)	
15-19	59.5	40.5	100.0
20-24	52.4	47.6	100.0
25-29	49.0	51.0	100.0
Total	51.4	48.6	100.0

Tabla Nº 3
Estado de la pobreza en las MUEF 1996-2000

Grupos de edad	Tierra/madera o Pobres		Diferencia
	1996	2000	
15-19	69.9	66.2	-3.7
20-24	55.4	57.2	1.8
25-29	54.0	51.7	-2.3
Total	56.4	55.3	-1.1

Tabla Nº 4
Comparación del nivel educativo de las MUEF 1996-2000

Nivel educativo	1996	2000	Diferencia
Ninguno	4.3	3.5	-0.8
Primaria incompleta	16.4	18.3	1.9
Primaria completa	17.6	16.3	-1.3
Secundaria incompleta	22.8	22.0	-0.8
Secundaria completa	23.6	25.8	2.3
Superior	15.5	14.3	-1.2
Total	100.2	100.2	

Tabla Nº 5
Acceso a SSR por sector proveedor según grupos de edad

Grupos de edad	Acceso a SSR			Total
	No	Servicio privado	Servicio público	
15-19	25.5	8.3	66.1	100.0
20-24	12.5	12.3	75.3	100.0
25-29	10.7	15.6	73.7	100.0
Total	13.1	13.5	73.4	100.0

Tabla Nº 6
Acceso a salud sexual y reproductiva por residencia / idioma según sector proveedor

Acceso a SSR	Lugar de Residencia/ Idioma				Total
	Periférico/ castellano	Urbano/ castellano	Rural/ castellano	Rural/ aborigen	
No	7.2	21.4	40.7	30.7	100.0
Servicio privado	23.1	66.3	8.5	2.1	100.0
Servicio público	14.8	50.9	26.1	8.2	100.0
Total	15.0	49.2	25.6	10.2	100.0

Tabla Nº 7
Acceso a SSR por sector proveedor según material del piso

Acceso a SSR	Material piso		Total	
	Otro	Tierra / madera		
0 No	21.0	79.0	100.0	13.1
1 Servicio Privado	69.3	30.7	100.0	13.5
2 Servicio Público	42.9	57.1	100.0	73.4
Total	43.6	56.4	100.0	100.0

Tabla Nº 8
Acceso a salud reproductivo y sexual según numero de hijos

Acceso a SSR	Número de hijos vivos		Total
	De 0 a 2 hijos	De 3 y + hijos	
0 No	71.1	28.9	100.0
1 Servicio privado	85.3	14.7	100.0
2 Servicio público	74.2	25.8	100.0
Total	75.3	24.7	100.0

Tabla Nº 9
Acceso a salud reproductivo y sexual según numero miembros

Acceso a SSR1	Número de miembros 1 - 4	5 - 6	7 a más	Total
0 No	37.2	33.6	29.2	100.0
1 Servicio privado	41.9	29.2	28.9	100.0
2 Servicio público	40.7	30.8	28.5	100.0
Total	**40.4**	**31.0**	**28.6**	**100.0**

Tabla Nº 10
Uso de métodos anticonceptivos según cuidado de salud

Alguna vez usuaria MAC	Acceso SSR2: examen PAP o visitó est. salud 0 No	1 Si	Total
Nunca usó	32.1	10.9	15.2
Usó solo tradicional/folk	34.3	18.2	21.4
Usó solo moderno	33.6	71.0	63.4
Total	100.0	100.0	100.0
Total	**20.3**	**79.7**	**100.0**

Tabla Nº 11
Uso de métodos anticonceptivos según acceso a servicios SSR

Alguna vez usuaria MAC	Acceso a SSR No	Servicio privado	Servicio público	Total
Nunca usó	40.9	5.1	54.0	100.0
Usó solo tradicional/folk	20.4	5.4	74.1	100.0
Usó solo modero	3.9	18.3	77.8	100.0
Total	**13.1**	**13.5**	**73.4**	**100.0**

Tabla Nº 12
Uso de métodos anticonceptivos según acceso a servicios SSR

Usa MAC actualmente / primer método usado	Acceso a SSR No	Servicio privado	Serv. público	Total	
Nunca	40.8	5.1	54.1	100.0	15.2
No actual y 1º moderno	9.5	8.8	81.7	100.0	9.3
No actual y 1º tradicional	18.1	6.5	75.4	100.0	13.2
Actual tradicional y 1º tradicional	16.7	6.7	76.5	100.0	15.0
Actual tradicional y 1º moderno	7.0	9.7	83.2	100.0	4.6
Actual moderno y 1º tradicional	2.6	23.1	74.4	100.0	12.1
Actual moderno y 1º moderno	1.4	22.2	76.4	100.0	30.5
Total	**13.1**	**13.5**	**73.5**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 13
Necesidad de conocimiento de SR según grupos de edad

Grupos de edad	Necesidad conocimiento SR1:usó alguna vez MAC		
	No	Si	Total
15-19	30.6	69.4	100.0
20-24	17.3	82.7	100.0
25-29	10.1	89.9	100.0
Total	**15.2**	**84.8**	**100.0**

Tabla Nº 14
Riesgo de embarazo y lactancia por grupos de edad

Grupos de edad	Nec. conocimiento SR3: riesgo embarazo por lactancia		
	No sabe	Si, reduce riesgo	Total
15-19	81.4	18.6	100.0
20-24	74.3	25.7	100.0
25-29	74.2	25.8	100.0
Total	**74.9**	**25.1**	**100.0**

Tabla Nº 15
Conocimiento de ETS por grupos de edad

Grupos de edad	Conocimiento ETS			
	No	Sífilis/ gonorrea	Solo hongos/ genital	Total
15-19	87.2	12.4	0.4	100.0
20-24	81.2	18.3	0.6	100.0
25-29	75.6	24.1	0.3	100.0
Total	**79.1**	**20.5**	**0.4**	**100.0**

Tabla Nº 16
Conocimiento sobre SIDA por grupos de edad

Grupos de edad	Conocimiento de SIDA		
	No	Si	Total
15-19	39.3	60.7	100.0
20-24	24.2	75.8	100.0
25-29	22.9	77.1	100.0
Total	**25.3**	**74.7**	**100.0**

Tabla Nº 17
Conocimiento de ciclo reproductivo según área de residencia año 2000

Área de residencia	Necesidad conocimiento SR: No sabe	Si sabe	Total
Urbana	59.4	40.6	100.0
Rural	72.8	27.2	100.0
Total	64.9	35.1	100.0

Tabla Nº 18
Uso de anticonceptivos según si escuchó medios de comunciación

Necesidad inf1: escuchó PF	MAC uso actual No	Tradicional	Moderno	Total
Sólo radio/ ninguno	54.2	20.0	25.8	100.0
En diversos medios	30.2	19.4	50.4	100.0
Total	37.8	19.6	42.6	100.0

Tabla Nº 19
Escuchó planificación familiar según número de hijos

Número de hijos vivos más embarazo actual	Necesidad inf1: escuchó PF Sólo radio o ninguno	En diversos medios	Total
Ninguno	29.1	70.9	100.0
1 hijo	25.8	74.2	100.0
2 hijos	27.2	72.8	100.0
3 hijos y más	45.8	54.2	100.0
Total	31.8	68.2	100.0

Tabla Nº 20
Escuchó planificación familiar según área de residencia y conocimiento de ciclo reproductivo

Área de residencia / ciclo reproductivo	Necesidad Inf1 escuchó PF Sólo radio o ninguno	En diversos medios	Total	
Urbana				
No sabe	15.1	84.9	100.0	38.1
Si sabe	8.9	91.1	100.0	26.4
Total	**12.5**	**87.5**	**100.0**	**64.5**
Rural				
No sabe	72.7	27.3	100.0	24.8
Si sabe	54.0	46.0	100.0	10.7
Total	67.1	32.9	100.0	35.5
Total	**31.9**	**68.1**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 21
Escuchó planificación familiar en medios según
uso actual de anticonceptivos

MAC uso actual	Necesidad de Inf1: escuchó PF		Total	
	En radio o ninguno	En otros medios		
No	45.7	54.3	100.0	37.8
Tradicional	32.5	67.5	100.0	19.6
Moderno	19.4	80.6	100.0	42.6
Total	**31.9**	**68.1**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 22
Escuchó planificación familiar en medios según
área de residencia y grupos de edad

Lugar de residencia / grupos de edad	Necesidad de Inf1: esuchó PF		Total	
	En radio o ninguno	En otros medios		
Urbana				
15-19	19.8	80.2	100.0	5.6
20-24	12.9	87.1	100.0	25.3
25-29	11.0	89.0	100.0	33.5
Total	**12.5**	**87.5**	**100.0**	**64.5**
Rural				0.0
15-19	76.2	23.8	100.0	5.7
20-24	65.4	34.6	100.0	13.6
25-29	65.2	34.8	100.0	16.1
Total	67.1	32.9	100.0	35.5
Total	**31.9**	**68.1**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 23
1 razón de no estar usando MAC según
área de residencia:1996

Razón no esta usando MAC	Area de residencia		
	Urbana	Rural	Total
Relación con fecundidad	20.3	10.2	15.5
Lactancia	17.3	21.0	19.1
Embarazo	38.8	26.0	32.8
Oposición a usar	3.2	6.0	4.5
Falta de conocimiento	2.7	16.2	9.0
Relación c/ método	10.0	10.1	10.1
Relación c/ acceso costo	7.6	10.5	9.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 24
2 razón de no estar usando mac, según lugar de residencia: 1996-2000 1/

Razón no esta usando MAC	Área de residencia		Total
	Urbana	Rural	
ENDES 1996			
Oposición a usar	14	14	14
Falta de conocimiento	11	38	28
Relación c/método	42	24	31
Relación c/acceso costo	32	24	28
Total	**100**	**100**	**100**
ENDES 2000			
Oposición a usar	19.9	20.5	20.3
Falta de conocimiento	0.0	21.5	13.4
Relación c/método	47.1	41.3	43.5
Relación c/acceso costo	33.0	16.7	22.8
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

1/ Razones recogidas en v375a, luego de retiradas las agrupadas por fecundidad, otros y no sabe

Tabla Nº 25
Deseo de más hijos según área de residencia y grupos de edad

Área de residencia / grupos de edad	Desean más hijos		Total	
	Desean más e indecisas	No desean más hijos		
Urbana				
15-19	60.6	39.4	100.0	5.6
20-24	59.2	40.8	100.0	25.4
25-29	48.6	51.4	100.0	33.5
Total	**53.8**	**46.2**	**100.0**	**64.5**
Rural				
15-19	53.2	46.8	100.0	5.7
20-24	41.2	58.8	100.0	13.6
25-29	31.6	68.4	100.0	16.1
Total	38.8	61.2	100.0	35.5
Total	**48.5**	**51.5**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 26
Deseo de más hijos según área de residencia y nivel educativo

Área de residencia / nivel de educación	Desean más hijos: Desean más hijos e indecisas	Desean más hijos: No desean más hijos	Total	
1 Urbano				
Ninguno	35.0	65.0	100.0	0.9
Primaria incompleta	37.9	62.1	100.0	5.1
Primaria completa	39.2	60.8	100.0	7.1
Secundaria incompleta	47.7	52.3	100.0	17.0
Secundaria completa	57.3	42.7	100.0	20.2
Superior	70.6	29.4	100.0	14.1
Total	**53.8**	**46.2**	**100.0**	**64.5**
2 Rural				
Ninguno	22.9	77.1	100.0	3.4
Primaria incompleta	33.6	66.4	100.0	11.3
Primaria completa	44.2	55.8	100.0	10.4
Secundaria incompleta	38.5	61.5	100.0	5.8
Secundaria completa	50.7	49.3	100.0	3.3
Superior	51.8	48.2	100.0	1.3
Total	**38.8**	**61.2**	**100.0**	**35.5**
Total	**48.5**	**51.5**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 27
Deseo de más hijos según área de residencia y estado de pobreza

Área de residencia / material piso o Sit. pobreza	Desean más hijos: Desean mas e indecisas	Desean más hijos: No desean más hijos	Total	
Urbana				
Tierra/madera o pobre	46.5	53.5	100.0	26.3
Otro material o no pobre	58.9	41.1	100.0	38.2
Total	**53.8**	**46.2**	**100.0**	**64.5**
Rural				
Tierra/madera o pobre	38.2	61.8	100.0	30.0
Otro material o no pobre	42.0	58.0	100.0	5.5
Total	**38.8**	**61.2**	**100.0**	**35.5**
Total	**48.5**	**51.5**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 28
Deseo de más hijos según área de residencia y edad al primer coito

Área de residencia / edad al primer coito	Desean más hijos: Desean mas e indecisas	Desean más hijos: No desean más hijos	Total	
Urbana				
Menos de 15	37.2	62.8	100.0	5.6
15 – 19	50.9	49.1	100.0	42.5
20 - 24	67.4	32.6	100.0	15.3
25 - 29	79.7	20.3	100.0	1.2
Total	**54.2**	**45.8**	**100.0**	**64.7**
Rural				
Menos de 15	30.0	70.0	100.0	6.4
15 – 19	38.0	62.0	100.0	24.4
20 - 24	54.8	45.2	100.0	4.1
25 - 29	77.3	22.7	100.0	0.3
Total	38.9	61.1	100.0	35.3
Total	**48.8**	**51.2**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 29
Edad al primer nacimiento por situación de pobreza según nivel educativo:2000

Edad al primer nacimiento/ situación pobreza	Nivel educativo: Ninguno	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	Total	
Pobres (piso de tierra/madera)								
Menos de 15	14.8	44.3	25.0	14.8	1.1		100	3.4
15 – 19	6.2	33.4	25.0	23.7	10.1	1.6	100	62.0
20 - 24	5.5	20.5	21.9	18.9	22.9	10.3	100	31.6
25 - 29	3.8	7.7	12.8	11.5	26.9	37.2	100	3.0
Total	**6.2**	**28.9**	**23.6**	**21.5**	**14.3**	**5.4**	**100**	**100.0**
No pobres (otro material de piso)								
Menos de 15		50.0	11.1	11.1	27.8		100	0.9
15 – 19	0.6	9.1	11.3	33.3	37.5	8.2	100	45.5
20 - 24	0.6	3.7	5.7	12.6	46.3	31.2	100	44.4
25 - 29	0.5	1.6	1.6	8.8	35.2	52.2	100	9.2
Total	**0.6**	**6.4**	**7.9**	**21.6**	**41.1**	**22.4**	**100**	**100.0**

Tabla Nº 30
Área de residencia según medios de comunicación masiva: 1996-2000

Lee periódico, TV, radio	Área de residencia / año: Urbana 1996	Urbana 2000	Rural 1996	Rural 2000	Total 1996	Total 2000
Periódico y otros	20	10.2	16	2.9	18	7.2
TV y radio	72	52.3	29	19.4	57	38.7
Resto en TV	5	20.5	4	6.0	4	14.5
Sólo radio	2	7.6	28	30.5	11	17.1
Ninguno	2	9.4	23	41.2	9	22.5
Total	**100**	**100.0**	**100**	**100.0**	**100**	**100.0**

Tabla Nº 31
Número de hijos vivos por grupos de edad: 2000

Grupos de edad	Número de hijos vivos					
	No tiene hijos	1 hijo	2 hijos	3 hijos	4 y más	Total
1 15-19	34.7	57.4	7.2	0.7		100.0
2 20-24	12.3	48.4	29.1	8.6	1.5	100.0
3 25-29	5.4	29.5	35.1	17.7	12.3	100.0
Total	**11.2**	**39.6**	**29.8**	**12.5**	**6.9**	**100.0**

Tabla Nº 32
Número de hijos vivos por grupos de edad: 1996-2000

Grupos de edad / años		Número de hijos vivos más embarazo actual				
		0	1	2	3 y+	Total
15-19						
	1996	13.1	65.0	19.8	2.0	100.0
	2000	17.7	69.4	12.2	0.7	100.0
20-24						
	1996	5.5	45.9	31.8	16.8	100.0
	2000	7.2	47.9	32.8	12.1	100.0
25-29						
	1996	3.9	24.6	30.7	40.8	100.0
	2000	3.7	28.4	35.4	32.5	100.0
Total						
	1996	**5.6**	**37.5**	**29.9**	**27.0**	**100.0**
	2000	**6.5**	**40.2**	**31.9**	**21.5**	**100.0**

Tabla Nº 33
Edad al primer nacimiento por grupos de edad actual:1996-2000

Grupos de edad		Edad al nacimiento del primer hijo				
		-15	-20	-25	-30	Total
15-19						
	1996	8.2	91.8	0.0	0.0	100.0
	2000	6.1	93.9			100.0
20-24						
	1996	2.8	59.8	37.5	0.0	100.0
	2000	2.7	60.7	36.6		100.0
25-29						
	1996	2.1	43.2	45.2	9.5	100.0
	2000	1.6	45.2	42.6	10.6	100.0
Total						
	1996	**2.9**	**54.1**	**38.1**	**4.9**	**100.0**
	2000	**2.4**	**55.0**	**36.9**	**5.8**	**100.0**

Tabla Nº 34
Uso actual de MAC por área de residencia y acceso a medios de comunicación

Area de residencia y TV Lee period, TV, radio	MAC uso actual No	2000	Moderno	Total
Rural y no TV				
1 Periódico y otros	14.9	20.1	23.6	18.2
2 TV y radio	11.5	14.0	18.2	13.8
3 Resto en TV	1.3	4.4	3.0	2.4
4 Solo radio	36.4	37.3	33.7	35.9
5 Ninguno	35.8	24.2	21.5	29.8
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Rural y si TV				
1 Periódico y otros	12.5	7.7	10.4	10.6
2 TV y radio	67.0	73.8	79.2	73.4
3 Resto en TV	8.0	8.5	5.4	7.1
4 Solo radio	6.7	5.4	3.8	5.2
5 Ninguno	5.8	4.6	1.3	3.7
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Urbano y no TV				
1 Periódico y otros	28.5	20.9	36.3	30.2
2 TV y radio	39.9	55.5	50.6	47.0
3 Resto en TV	6.7	5.5	3.8	5.3
4 Solo radio	11.9	7.3	5.5	8.5
5 Ninguno	13.0	10.9	3.8	9.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Urbano y si TV				
1 Periódico y otros	19.9	18.8	16.5	17.9
2 TV y radio	73.8	75.5	78.2	76.4
3 Resto en TV	4.7	5.3	4.7	4.8
4 Solo radio	1.1	0.4	0.2	0.5
5 Ninguno	0.6		0.4	0.4
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**37.9**	**19.6**	**42.6**	**100.0**

Tabla Nº 35
Uso MAC alguna vez según área de residencia y acceso a medios de comunicación

Área de residencia Lee periodico, radio ó ve TV	USO MAC ALGUNA VEZ No	Tradicional/folk	Moderno	Total	
1 Urbana	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**58.8**
Periodico y otros medios	7.2	14.4	10.1	10.2	6.0
Ve TV y escucha radio	42.5	51.2	53.0	52.3	30.8
Resto en TV	24.3	18.0	20.5	20.5	12.1
Sólo escucha radio	10.5	9.2	7.2	7.6	4.5
En ninguno	15.5	7.2	9.2	9.4	5.5
2 Rural	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**41.2**
Periodico y otros medios	1.8	2.8	3.3	2.9	1.2
Ve TV y escucha radio	10.0	14.4	23.9	19.4	8.0
Resto en TV	3.4	4.9	7.1	6.0	2.4
Sólo escucha radio	29.4	33.4	30.1	30.5	12.6
En ninguno	55.4	44.5	35.6	41.2	17.0
Total	**11.7**	**12.0**	**76.2**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 36
Razón de abandono de la escuela según idioma y grupos de edad: 2000

Grupos de edad / Idioma	Razón abandono escuela					Total
	Embarazo/ casada	Cuidar niños	Económico	Graduó/ suficiente estudio	Otras	
Año 1996						
15-19						
Aborigen	39.1	4.3	33.7		22.8	100.0
Castellano	39.0	5.3	32.8	0.5	22.3	100.0
Total	39.0	5.2	32.9	0.5	22.4	100.0
20-24						
Aborigen	32.3	3.9	43.5	0.4	19.8	100.0
Castellano	37.4	6.1	34.7	5.2	16.6	100.0
Total	36.9	5.9	35.6	4.7	16.9	100.0
Total	**37.4**	**5.7**	**35.0**	**3.7**	**18.2**	**100.0**
Año 2000						
15-19						
Aborigen	27	5	38	12	18	100
Castellano	37	6	26	12	19	100
Total	35	6	28	12	19	100
20-24						
Aborigen	22	8	39	11	19	100
Castellano	30	5	37	14	13	100
Total	29	5	37	14	14	100
Total	**31**	**5**	**35**	**13**	**15**	**100**

Tabla Nº 37
Preferencia de fecundidad por grupos de edad

Grupos de edad / años	Preferencia de fecundidad					Total
	Tener otro	Indecisa	No más	Esterilizada	Declarada infecunda	
1996						
15-19	53.5	3.3	43.1	0.0	0.1	100.0
20-24	50.0	1.8	47.1	0.7	0.3	100.0
25-29	36.8	2.2	56.9	3.3	0.8	100.0
Total	**43.9**	**2.2**	**51.5**	**1.9**	**0.5**	**100.0**
2000						
15-19	67.0	2.1	30.9			100.0
20-24	56.8	1.7	40.3	1.0	0.1	100.0
25-29	44.3	1.7	48.9	4.9	0.2	100.0
Total	**51.4**	**1.8**	**43.7**	**2.9**	**0.1**	**100.0**

Tabla Nº 38
Uso actual de MAC según preferencias de fecundidad

Preferencia de fecundidad	Usuarias actual MAC		
	No usuarias	Moderno / tradicional	Total
1996			
Tener otro	37.2	47.9	43.9
Indecisa	2.5	1.9	2.2
No más	59.1	46.9	51.5
Esterilizada		3.1	1.9
Declarada infecunda	1.1	0.2	0.5
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
2000			
Tener otro	46.2	54.0	51.4
Indecisa	2.3	1.5	1.8
No más	51.2	40.1	43.7
Esterilizada		4.4	2.9
Declarada infecunda	0.3		0.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 39
Persona que más influyó en uso de MAC según grupos de edad:1996

Área de residencia Persona que más influyó uso PF	Grupos de edad			
	15-19	20-24	25-29	Total
Urbana				
Médico, obstetriz o enfermera	41.3	29.7	26.3	28.8
Sanitario, farmacéutico, partera o promotor	0.6	1.5	2.3	1.8
Esposo	15.6	23.1	23.9	23.0
Ella misma	15.6	20.3	27.9	23.9
Otro	26.8	25.3	19.6	22.5
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Rural				
Médico, obstetriz o enfermera	43.9	40.0	39.2	40.1
Sanitario, farmacéutico, partera o promotor	9.8	5.8	6.5	6.6
Esposo	19.7	22.8	23.5	22.7
Ella misma	9.1	16.0	16.1	15.2
Otro	17.4	15.5	14.8	15.4
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**8.3**	**40.7**	**51.0**	**100.0**

Tabla Nº 40
Uso actual de MAC según la persona que más influyó en uso de PF

Área de residencia	MAC uso actual			
Persona que más influyó uso PF	No	Tradicional	Moderno	Total
Urbana				
Médico, obstetriz o enfermera	25.1	24.5	30.9	28.7
Sanitario, farmacéutico, partera o promotor	1.5	1.2	2.1	1.8
Esposo	23.7	31.4	20.2	23.1
Ella misma	25.1	22.7	24.0	23.9
Otro	24.6	20.1	22.8	22.5
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
2 Rural				
Médico, obstetriz o enfermera	38.4	18.2	55.5	40.2
Sanitario, farmacéutico, partera o promotor	8.0	5.6	7.3	6.7
Esposo	18.8	32.4	16.8	22.7
Ella misma	16.1	21.5	10.6	15.1
Otro	18.8	22.3	9.9	15.3
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**12.0**	**26.0**	**62.0**	**100.0**

Tabla Nº 41
Trabaja gana en efectivo según el número de hijos

	Trabaja/ gana en efectivo			
Número hijos vivos más embarazo actual	No trabaja	Trab /no gana cash	Trab/ gana cash	Total
0	3.6	5.5	7.8	5.6
1	36.8	28.0	41.1	37.5
2	30.9	27.4	29.6	29.9
3 y+	28.7	39.1	21.6	27.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**45.6**	**12.4**	**42.0**	**100.0**

Tabla Nº 42
Discute PF con el esposo según el número de hijos

	Discute PF con la pareja			
Número de hijos vivos más embarazo actual	Nunca	Una o dos veces	Más frecuente	Total
0	9.1	4.2	7.1	5.6
1	32.2	37.0	40.2	37.5
2	26.7	29.5	31.9	29.9
3 y+	32.0	29.3	20.8	27.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**10.9**	**58.7**	**30.4**	**100.0**

Tabla Nº 43
Discusión de planificación familiar según area de residencia y número de hijos

Año /área de residencia / número hijos vivos más embarazo actual	Discutió PF con pareja			
	Nunca	Una o dos veces	Mas frecuente	Total
1996				
Urbana				
0 hijos	13.8	41.4	44.8	100.0
1 hijo	6.7	56.1	37.2	100.0
2 hijos	7.9	55.8	36.2	100.0
3 y + hijos	9.1	61.8	29.1	100.0
Total	8.0	56.3	35.7	100.0
Rural				
0 hijos	28.3	49.5	22.2	100.0
1 hijo	16.6	63.0	20.5	100.0
2 hijos	13.5	61.9	24.5	100.0
3 y + hijos	16.6	65.5	17.9	100.0
Total	16.3	63.1	20.7	100.0
Total	**10.9**	**58.7**	**30.4**	**100.0**
2000				
Urbana				
0 hijos	7.5	73.1	19.4	100.0
1 hijo	10.3	58.2	31.5	100.0
2 hijos	12.0	66.3	21.7	100.0
3 y + hijos	16.3	61.8	21.9	100.0
Total	11.7	62.2	26.1	100.0
Rural				
0 hijos	43.5	46.8	9.7	100.0
1 hijo	24.8	64.5	10.6	100.0
2 hijos	22.4	66.8	10.8	100.0
3 y + hijos	25.3	66.6	8.1	100.0
Total	25.3	64.9	9.8	100.0
Total	**17.4**	**63.4**	**19.3**	**100.0**

Tabla Nº 44
Ttrabaja y gana dinero en efectivo según área de residencia

Años/Área de residencia/ Número de hijos vivos	Trabaja/gana dinero			
	No trabaja	Trabaja/no gana efectivo	Trabaja/ gana efectivo	Total
1996				
Urbana				
0 hijos	27.9	6.1	66.0	100.0
1 hijo	43.0	4.1	53.0	100.0
2 hijos	47.4	3.5	49.2	100.0
3 y + hijos	52.1	3.8	44.1	100.0
Total	45.3	3.9	50.8	100.0
Rural				
0 hijos	33.3	28.3	38.4	100.0
1 hijo	49.3	22.8	27.9	100.0
2 hijos	46.7	27.5	25.8	100.0
3 y + hijos	45.1	31.3	23.6	100.0
Total	46.3	27.7	26.1	100.0
Total	**45.6**	**12.4**	**42.0**	**100.0**
2000				
Urbano				
0 hijos	30.4	3.6	66.1	100.0
1 hijo	43.2	2.8	54.1	100.0
2 hijos	43.3	4.9	51.8	100.0
3 y + hijos	46.7	5.3	48.0	100.0
Total	42.8	3.9	53.3	100.0
Rural				
0 hijos	39.2	39.2	21.7	100.0
1 hijo	42.2	33.4	24.3	100.0
2 hijos	34.7	41.9	23.4	100.0
3 y + hijos	38.6	41.1	20.4	100.0
Total	38.5	38.8	22.7	100.0
Total	**41.0**	**18.3**	**40.7**	**100.0**

Tabla Nº 44
Mujeres unidas en edad fértil 15-19 años: escuchó mensajes de PF

Cond3 Area/piso/TV/ refrigerado	Nec Inf2 Escuchó PF				
	Periódico y otros	Radio y TV	Sólo radio	En ninguno	Total
Rural					
Piso tierra	20.3	18.0	73.9	69.5	45.3
Piso no tierra /tiene TV	4.3	4.1		2.3	2.9
Urbano					
Piso tierra	24.6	40.6	16.3	13.4	25.4
Piso no tierra /no TV	7.2	4.9	3.3	1.1	3.5
P no tierra /TV/ refrigerado	31.9	17.3		3.1	11.0
Otros	11.6	15.0	6.5	10.7	11.9
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total	**10.0**	**38.6**	**13.4**	**38.0**	**100.0**

Tabla Nº 46
Regresión Nº 1

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	173.458	.438	.605

Classification Table[a]

Observed			Predicted		
			Demanda MAC 2		Percentage Correct
			Actual trad/folk	Actual moderno	
Step 1	Demanda MAC 2	Actual Trad/folk	77	7	91.7
		Actual Moderno	32	128	80.0
	Overall Percentage				84.0

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V311A			.434	2	.805	
	V311A(1)	.389	1.913	.041	1	.839	1.475
	V311A(2)	.640	1.914	.112	1	.738	1.897
	V369A(1)	3.663	.480	58.167	1	.000	38.970
	VS013			16.288	5	.006	
	VS013(1)	2.140	1.485	2.078	1	.149	8.501
	VS013(2)	3.457	1.407	6.039	1	.014	31.728
	VS013(3)	4.267	1.284	11.037	1	.001	71.320
	VS013(4)	3.287	1.283	6.567	1	.010	26.763
	VS013(5)	3.370	1.377	5.991	1	.014	29.066
	Constant	-4.921	2.317	4.510	1	.034	.007

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, V369A, VS013.

Tabla Nº 47
Regresión Nº 2

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	107.778	.448	.728

Classification table[a]

Observed			Predicted: Demanda MAC4 – Insatisfecha	Predicted: Demanda MAC4 – Satisfecha	Percentage Correct
Step 1	Demanda MAC4	Insatisfecha	40	15	72.7
		Satisfecha	0	244	100.0
	Overall Percentage				95.0

a. The cut value is .500

Variables in the equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	V311A			.456	3	.928	
	V311A(1)	16.843	49.593	.115	1	.734	2.1E+07
	V311A(2)	17.196	49.595	.120	1	.729	2.9E+07
	V311A(3)	25.542	163.319	.024	1	.876	1.2E+11
	V369A			.445	1	.505	
	V369A(2)	.411	.615	.445	1	.505	1.508
	VS013			1.096	5	.954	
	VS013(1)	-7.304	34.935	.044	1	.834	.001
	VS013(2)	1.946	71.003	.001	1	.978	6.998
	VS013(3)	-6.528	34.929	.035	1	.852	.001
	VS013(4)	-6.780	34.929	.038	1	.846	.001
	VS013(5)	-6.180	34.942	.031	1	.860	.002
	Constant	-7.889	36.075	.048	1	.827	.000

a. Variable(s) entered on step 1: V311A, V369A, VS013.

RESULTADO DE ANÁLISIS DETERMINANTE ENDES 2000

Mujeres de 15 a 29 años

La correlación canónica de la variables entre los grupos es del 80,7%. Las variables propuestas para la discriminación si discriminan. Las variables más importante en la función discriminante resultantes son: "Número de hijos vivos" y "Años de estudios". Asimismo se puede comprobar que existe una correlación de 33,8% entre la variable "Número de hijos vivos" y la función discriminante.

La función discriminante resultante es:

$$D(y) = -14{,}213 + 5{,}806X_1 - 0{,}529\,X_2 + 0{,}229X_3 + 0{,}754X_4 - 0{,}034X_5$$

Si D(y) » -1,338 de debe clasificar a la mujer como que ***No usa MAC***.
Si D(y) » 1,338 de debe clasificar a la mujer como que ***Usa MAC***.

Tabla Nº 48

Classification Results[b,c]

			Predicted Group Membership		
		Uso actual de MAC -1	Usa	No usa	Total
Original	Count	Usa	23	2	25
		No usa	2	23	25
	%	Usa	92,0	8,0	100,0
		No usa	8,0	92,0	100,0
Cross-validated[a]	Count	Usa	23	2	25
		No usa	3	22	25
	%	Usa	92,0	8,0	100,0
		No usa	12,0	88,0	100,0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b. 92,0% of original grouped cases correctly classified.

c. 90,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Mujeres de 15 a 19 años

Del análisis del reporte de la comparación de media entre grupos se puede observar que sólo la variables "Visitas de control antes del parto", "Años de estudios" y "Edad al primer coito" tienen medias diferentes. La correlación canónica de la variables entre los grupos es del 84,2%. Las variables propuestas para la discriminación si discriminan. Las variables más importante en la función discriminante resultante es "Número de hijos vivos". Asimismo se puede comprobar que existe una correlación de 56,9% entre la variable "Número de hijos vivos" y la función discriminante; y una correlación inversa de 52,3% entre la variable "Meses desde el último periodo menstrual" y la función discriminante.

La función discriminante resultante es:

$$D(y) = -3{,}757 + 5{,}826X_1 - 0{,}431\ X_2 - 0{,}014X_3 + 0{,}473X_4 - 0{,}167X_5$$

Si D(y) » -1,560 de debe clasificar a la mujer como que ***No usa MAC***.

Si D(y) » 1,497 de debe clasificar a la mujer como que ***Usa MAC***.

Tabla Nº 49

Classification Results[b,c]

			Predicted Group Membership		
		Uso actual de MAC -1	Usa	No Usa	Total
Original	Count	Usa	22	3	25
		No usa	1	24	25
	%	Usa	88,0	12,0	100,0
		No usa	4,0	96,0	100,0
Cross-validated[a]	Count	Usa	21	4	25
		No usa	1	24	25
	%	Usa	84,0	16,0	100,0
		No usa	4,0	96,0	100,0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b. 92,0% of original grouped cases correctly classified.

c. 90,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Mujeres de 20 a 29 años

Del análisis del reporte de la comparación de media entre grupos se puede observar que todas las variable tienen medias diferentes. La correlación canónica de la variables entre los grupos es del 74,5%. Las variables propuestas para la discriminación si discriminan. Las variables más importante en la función discriminante resultante son "Número de hijos vivos" y "Años de estudios". Asimismo se puede comprobar que existe una correlación de 24,3% entre la variable "Número de hijos vivos" y la función discriminante.

La función discriminante resultante es:

$$D(y) = -17{,}744 + 6{,}201X_1 - 0{,}438\,X_2 + 0{,}493X_3 + 0{,}723X_4 - 0{,}007X_5$$

Si D(y) » -1,094 de debe clasificar a la mujer como que ***No usa MAC***.
Si D(y) » 1,094 de debe clasificar a la mujer como que ***Usa MAC***.

Tabla Nº 50

Classification Results[b,c]

			Predicted Group Membership		
		Uso actual de MAC -1	Usa	No usa	Total
Original	Count	Usa	24	1	25
		No usa	4	21	25
	%	Usa	96,0	4,0	100,0
		No usa	16,0	84,0	100,0
Cross-validated[a]	Count	Usa	23	2	25
		No usa	6	19	25
	%	Usa	92,0	8,0	100,0
		No usa	24,0	76,0	100,0

a. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b. 90,0% of original grouped cases correctly classified.

c. 84,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

VARIABLES	ENDES 1996					
	DE 15 A 29		DE 15 A 19		DE 20 A 29	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Número de hijo vivos	10,362	0,002	19,606	0,000	1,893	0,175
Meses desde el último período menstrual	163,828	0,000	22,808	0,000	132,185	0,000
Visitas de control antes del parto	3,872	0,055	2,161	0,148	3,645	0,062
Años de estudio	7,128	0,010	0,121	0,730	7,826	0,007
Edad al 1er Coito	0,652	0,424	1,151	0,289	0,005	0,945

Tabla Nº 51
Distribución de las mujeres por número ideal de hijos según área de residencia y grupos de edad

Tipo de residencia grupos de edad	Nº ideal de hijos 0-1 hijos	2 hijos	3 y más	Total
Urbana				
15-19	16.0	67.7	16.3	100.0
20-24	14.5	66.3	19.2	100.0
25-29	13.9	58.1	28.0	100.0
Total	**14.3**	**61.8**	**23.9**	**100.0**
Rural				
15-19	20.3	57.8	21.9	100.0
20-24	14.8	54.1	31.1	100.0
25-29	10.5	46.4	43.1	100.0
Total	13.6	51.1	35.3	100.0
Total	**14.0**	**57.5**	**28.5**	**100.0**

Tabla Nº 52
Grupos de edad según el estado de pobreza: 1996-2000

Situación de pobreza	Edad3 15-19		20-29		Total 15-29	
Material piso y tenencia TV	1996	2000	1996	2000	1996	2000
Pobres	69.9	61.0	54.7	50.5	56.4	51.7
1 Tierra/ madera y no tiene TV	44.5	37.1	28.6	26.3	30.4	27.5
2 Tierra/ madera y tiene TV	25.4	23.9	26.1	24.2	26.0	24.2
No pobres	30.1	39.0	45.3	49.5	43.6	48.3
3 Otro mat. y no tiene TV	8.2	11.3	4.8	5.7	5.2	6.4
4 Otro mat. y tiene TV	21.9	27.7	40.5	43.8	38.4	42.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 53
Grupos de edad según el nivel educativo alcanzado:1996-2000

Edad3	Edad3 1 15-19		20-29		Total 15-29	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000
0 Sin educación	4.8	3.3	4.3	3.6	4.3	3.5
1 Primaria incompleta	21.9	21.1	15.7	17.9	16.4	18.3
2 Primary completa	25.5	22.7	16.6	15.5	17.6	16.3
3 Secundaria incompleta	32.9	34.9	21.5	20.4	22.8	22.0
4 Secundaria completa	12.8	17.5	24.9	26.9	23.6	25.8
5 Más secundaria	2.2	0.5	17.2	16.0	15.5	14.3
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Tabla Nº 54
Variaciñon del déficit en acceso a ssr según uso actual de mac

MAC uso actual	Acceso SSR2: Examen pap mama o visitó ES 1/				Variación déficit
	No (déficit de acceso SR2)		Si		
	1996	2000	1996	2000	2000- 1996
No	52.3	37.6	34.0	30.6	-14.7
Tradicional	27.6	21.1	17.6	12.4	-6.5
Moderno	20.1	41.3	48.4	57.0	21.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
%	20.3	28.9	79.7	71.1	8.6

1/ Examen de papanicolaou o mamas, o visitó establecimiento de salud

Tabla Nº 55
Variación del déficit en acceso a ssr según situación de pobreza, material de piso y tenencia de tv

Situación de pobreza Material piso y tenencia TV	Acceso SSR2: Examen pap mama o visitó ES 1/				Variación déficit
	No (déficit de acceso SSR2)		Si		
	1996	2000	1996	2000	2000- 1996
Pobres					
Tierra/ madera y no tiene TV	50.1	44.5	25.3	23.9	-5.6
Tierra/ madera y tiene TV	19.8	24.9	27.7	27.8	5.2
No pobres					
Otro material y no tiene TV	7.0	5.1	4.8	3.5	-1.9
Otro material y tiene TV	23.1	25.5	42.2	44.8	2.3
Total material	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
%	20.2	28.9	79.8	71.1	8.7

1/ Examen de papanicolaou o mamas, o visitó establecimiento de salud

Tabla Nº 56
Variación del déficit en acceso a ssr según situación de pobreza y fuente de agua

Material piso o situación de pobreza y tenencia de agua	Acceso SSR2: Examen PAP/MA o visitó ES 1/				Variación déficit
	No		Si		
	1996	2000	1996	2000	2000- 1996
Pobres					
Piso tierra y otra fuente	51.6	45.9	33.4	28.7	-5.7
Piso tierra y fuente red int	18.3	22.9	19.5	21.1	4.6
No pobres					
Otro material y otra fuente	10.2	9.6	10.2	8.6	-0.6
Otro material y fuente red int	19.9	21.5	36.8	41.6	1.6
Otros	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
%	20.2	28.9	79.8	71.1	8.7

1/ Examen de papanicolaou o mamas, o visitó establecimiento de salud

Tabla Nº 57
Variación del déficit en conocimiento de sr (ciclo reproductivo)
según la situación de pobreza y tenencia de tv

Situación de pobreza	Nec SR: conoce ciclo reproductivo				
Material de piso y tenencia TV	No sabe (déficit)		Si sabe		Variación déficit
	1996	2000	1996	2000	2000- 1996
Pobres					
Piso de tierra y no tiene TV	35.5	35.1	21.8	20.3	-0.4
Piso de tierra y tiene TV	26.6	27.1	25.1	26.7	0.5
No pobres					
Piso de tierra y no tiene TV	5.8	4.4	4.2	3.1	-1.4
Piso de tierra y tiene TV	32.2	33.5	48.9	49.8	1.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
%	63.0	64.9	37.0	35.1	1.9

Tabla Nº 58
Número de hijos al primer uso de mac, según grupos de edad: 1996 - 2000

	Número de hijos vivos al primer uso				
Grupos de edad	0 hijos	1 a 2 hijos	3 y más	Nunca usó	Total
Año 1996					
15-19	36.9	32.0	0.4	30.7	100.0
20-24	34.8	44.3	3.6	17.3	100.0
25-29	25.3	50.9	13.8	10.1	100.0
Total	**30.3**	**46.2**	**8.3**	**15.2**	**100.0**
Año 2000					
15-19	34.2	37.1	0.3	28.4	100.0
20-24	32.1	51.8	3.7	12.5	100.0
25-29	25.0	55.5	11.8	7.8	100.0
Total	**28.6**	**52.1**	**7.5**	**11.8**	**100.0**

Tabla Nº 59
Uso actual de mac en 1996 y 2000 según grupos de edad

	MAC uso actual			
Grupos de edad	No	Tradicional	Moderno	Total
1996				
15-19	54.0	15.0	31.0	100.0
20-24	40.6	18.4	40.9	100.0
25-29	31.9	21.5	46.6	100.0
Total	**37.8**	**19.6**	**42.6**	**100.0**
2000				
15-19	48.4	11.5	40.1	100.0
20-24	34.7	13.7	51.6	100.0
25-29	27.8	16.5	55.7	100.0
Total	**32.6**	**14.9**	**52.5**	**100.0**

Tabla Nº 60
Uso de métodos anticonceptivos según lugar de residencia
y deseo de tener más hijos

Lugar de residencia	MAC uso actual				
Desea más hijos	No	Tradicional	Moderno	Total	
1996					
Urbano					
Antes de 2 años	36.9	24.9	38.2	100.0	9.4
2 y más años	24.8	20.5	54.7	100.0	39.2
No más	35.9	17.2	46.9	100.0	46.2
otros	26.5	12.1	61.4	100.0	5.2
Total	31.2	19.0	49.9	100.0	100.0
Rural					
Antes de 2 años	55.6	31.8	12.6	100.0	6.6
2 y más años	40.9	20.2	38.8	100.0	27.0
No más	53.6	20.8	25.5	100.0	61.3
otros	45.3	7.7	47.0	100.0	5.1
Total	49.9	20.7	29.4	100.0	100.0
Total nacional	**37.8**	**19.6**	**42.6**	**100.0**	
2000					
Urbano					
Antes de 2 años	37.9	16.9	45.2	100.0	9.6
2 y más años	23.6	15.2	61.3	100.0	47.7
No más	30.1	10.9	59.0	100.0	37.9
otros	19.7	5.4	74.8	100.0	4.7
Total	27.2	13.3	59.5	100.0	100.0
Rural					
Antes de 2 años	47.7	21.9	30.3	100.0	7.1
2 y más años	33.3	19.5	47.3	100.0	35.1
No más	46.7	15.7	37.6	100.0	52.1
Otros	16.9	10.5	72.6	100.0	5.7
Total	40.4	17.2	42.5	100.0	100.0
Total nacional	**32.6**	**14.9**	**52.5**	**100.0**	

ANEXO II
INFORME METODOLÓGICO

Para contar con una lectura sociocultural de la conducta humana relacionada con la salud reproductiva se suele utilizar técnicas cualitativas como las antropológicas y las etnográficas, entre otras. En el caso particular de esta investigación, se planteó que con los diversos datos demográficos de las ENDES es posible hallar información cualitativa de contenidos socioculturales. Así, se explicó que con dicha data (variables) se construirían otras que denominamos variables proxys en contenidos cualitativos. La bondad de dichas variables estuvo en su capacidad explicativa del conocimiento usual y del comportamiento regular de las MEF en la esfera de la salud reproductiva. Estas aproximaciones fueron, en determinados casos, complementadas con los aportes específicos de otras investigaciones sobre el mismo tema, en las cuales se usaron metodologías cualitativas. La presente lectura no sólo fue interpretativa de la realidad nacional en salud reproductiva sino que además contó con mucha información factual del comportamiento de las MUEF.

El propósito de la lectura fue que sus hallazgos, demográficos y socioculturales, sirvieran de soporte, a través de variables seleccionadas, para la determinación de segmentos de demanda de servicios de salud reproductiva (SSR). Diferenciación que tiene como propósito, reconocer que a cada grupo le corresponde una oferta estructurada en función de sus características peculiares. Tratándose de salud reproductiva y en cuya oferta interviene el Estado (con entregas gratuitas), el mercado por atender se amplía a todos los peruanos, entonces la pregunta a responder no es a quiénes dirigirse (ya está definido de antemano) sino cómo y en base a qué motivos o razones. Al proponer segmentos de demanda, en cierto modo también se atiende a la pregunta a quiénes dirigirse pero siguiendo determinadas precisiones según características peculiares. Es decir, por ejemplo, siguiendo ciertas semejanzas en las necesidades (comportamiento sexual, consumo/uso de MAC, etc.) al interior del grupo y observando diferencias entre grupos, debido a la sujeción de los mismos a aspectos particulares socio-culturales.

Se eligió estudiar la población femenina de 15 a 29 años de edad, conjunto que fue el 55% y el 53% del total de las MEF, según las ENDES de 1996 y del 2000, respectivamente.

En general, se aplicó el método lógico deductivo para identificar y asociar variables que reunieran información complementaria respecto de un hecho o comportamiento de las MEF. Este proceso deductivo fue orientado y efectuado desde lo general hacia lo particular. Esto requirió de un largo proceso exploratorio que consideró los aspectos de interés para la investigación y los peculiares contenidos y restricciones que definieran a cada variable seleccionada. Asimismo, se empleó el

método de prueba-error y el enfoque de interrelación de las variables, con el propósito de descartar la mínima posibilidad de pérdida de cualquier contenido sociocultural, como consecuencia de la combinación de dos o más variables.

En gran parte de la investigación, se hizo uso del análisis de frecuencias cruzadas o tablas de contingencia para determinar las características más destacables de la población examinada en función de variables que permiten apreciar la trascendencia de las estructuras que mejor describen la situación social de la población estudiada. Este análisis estadístico proporcionó relaciones y asociaciones entre variables muy útiles para identificar variables independientes y dependientes, con el propósito de explicar los hechos relativos al comportamiento de las MEF en SR susceptibles de ser interpretados como derivados de los elementos socioculturales y de las variables demográficas.

Cuando tenemos variables dependientes no métricas o categóricas, las técnicas más apropiadas son la regresión logística y el análisis discriminante, como se hizo con la variable "uso actual de MAC", la misma que tenía dos o tres categorías, de acuerdo como fue planteada cada variable dependiente. Es decir, esa variable correspondía a "uso de MAC"y "no uso de MAC" en un determinado caso y, en otra función, a "no uso de MAC", "uso de MAC tradicional" y "uso de MAC moderno". La aplicación de la técnica de análisis discriminante fue útil para identificar el grupo al cual una persona pertenece. En cada situación o investigación, las personas están en grupos y se desea que la pertenencia a cada grupo pueda predecirse o explicarse con un conjunto de variables independientes seleccionadas.

También se hizo uso de la regresión multivariada. La bondad de la regresión múltiple es su capacidad para predecir y explicar las variables continuas o métricas. Así, se aplicó la regresión logística para explicar dependencia respecto de determinadas variables independientes, a fin de describir o establecer las relaciones entre conductas, costumbres y preferencias individuales respecto de determinadas razones o contextos. Al inicio fue necesario realizar diversas pruebas de regresión para seleccionar las variables independientes, por la mayor asociación con la variable dependiente "uso actual de MAC", por ejemplo. Luego, fueron determinadas las variables independientes por su mayor capacidad predictiva y explicativa de las variables dependientes examinadas. En este análisis se usó el método de regresión logística de las variables. Con esta técnica estadística fue posible establecer tanto el grado de asociación entre unas y otras variables, como la selección de aquellas variables independientes con mayor capacidad predictiva de la variable dependiente.

En la última etapa y con la finalidad de comprobar la existencia de conductas o preferencias similares al interior de cada grupo, y diferentes entre los grupos definidos (respecto a la aceptación o rechazo de PF o uso de MAC, por ejemplo), se aplicó el análisis discriminante. Esta última verificación nos brinda la información pertinente respecto de los factores demográficos y socio-culturales que mejor determinan los segmentos de demanda, grupos de

población sujetos a elementos contextuales y patrones socioculturales diferenciados. La aplicación del análisis discriminante consistió en seleccionar las variables que constituyeron factores de los componentes (clases) en las que se dividieron las variables explicativas asociadas a los elementos socioculturales y demográficos con poder discriminatorio sobre la variable dependiente, sea ésta el acceso a SSR o el uso actual de MAC. Esto es, se buscó establecer variables que, por ejemplo, distingan a las MEF que acceden y que no acceden a los SSR. El análisis discriminante permitió evaluar, en base a indicadores, las distancias entre las medias y las desviaciones estándar de las variables confrontadas. Esta combinación de variables predictoras (variables independientes) fue aplicada para grupos predeterminados de la población examinada, esto es, MEF unidas y no unidas, de manera tal que dicho análisis mostrara la variable o grupo de variables independientes que mejor clasifica los casos de MEF con acceso a SSR, o ubicarlas en varios grupos conocidos o clases.

El análisis discriminante fue útil para examinar las diversas situaciones que ofrece la conducta reproductiva de las MUEF asociadas con la demanda de métodos anticonceptivos (MAC) donde generalmente el investigador desea construir un modelo predictivo del número de miembros de grupo basado en las características observadas de cada caso. El procedimiento genera una función del discriminante (si son más de dos grupos, se genera un juego de funciones del discriminante) basado en las combinaciones lineales de las variables del predictor que proporcionan la discriminación mejor entre los grupos. Esta segunda habilidad del método discriminante fue las más usada en esta investigación, de modo tal que a medida que se seleccionaba un menor número de variables independientes se observaba también una mejor capacidad predictiva de la función discriminante. Las funciones fueron generadas de una muestra de casos donde el número de miembros del grupo es conocido.

Este análisis fue efectuado con los datos de las ENDES 1996 y 2000 y en cada caso fueron examinados tres grupos de edad: 15-29, 20-29 y 15-19 años de edad. Dicho análisis permitió interpretar la naturaleza de la función discriminante lineal, identificando las variables independientes con capacidad discriminante significativa. Para esta investigación fueron estudiadas 22 variables independientes, y después de varias pruebas se llegó a la selección de cinco variables, que en conjunto, ejercen una mejor capacidad discriminante sobre la variable dependiente uso actual de MAC. Entre los resultados del referido análisis tenemos:

"Número de hijos vivos" (X1) y "meses desde último periodo menstrual" (X2) son las variables altamente significativas. Porque están indicando el interés de las MUEF por la planificación familiar, siempre que ellas posean las características contenidas en las respectivas variables independientes.

Al analizar las medias y la desviación estándar, se encuentra que existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto en la ENDES 1996 y 2000 (ver cuadro desde el Nº 4 hasta el Nº 9).

Según los datos de la ENDES 1996, las variables independientes que más

contribuyen significativamente a una mejor discriminación está la variable "número de hijos vivos"[1], toman en cuenta el tamaño del estadístico F y el nivel de significación en los tres grupos de edad estudiados (Cuadros Nº 10 y Nº 11). Asimismo, se observa que la capacidad predictiva de las funciones discriminantes está por encima del 90% de asertividad entre los grupos. Este análisis consistió en elegir las variables independientes que mejor definiera una función canónica que fuese capaz de predecir, con mayor probabilidad de acierto, la clasificación de cada miembro de la población estudiada en cada uno de los dos grupos en que se divide la variable dependiente. Después de varias pruebas se seleccionaron las siguientes cinco variables:

x1 = Número de hijos vivos
x2 = Meses desde el ultimo periodo menstrual
x3 = Visitas de control antes del parto
x4 = Años de estudios
x5 = Edad al primer coito

Con los datos de la ENDES 2000 y de conformidad a los indicadores estadísticos F y coeficientes de significancia, la variable que más contribuye significativamente a una mejor discriminación para establecer segmentos de demanda de MAC también fue "número de hijos vivos", asimismo, se observa que la capacidad predictiva de la función discriminante está por encima del 90% en todos los grupos de demanda clasificados. Esta elevada probabilidad de acierto en la capacidad predictiva de la función canónica la podemos observar en el cuadro que lleva el nombre de clasificación de resultados (Clasification results, cuadros desde el Nº 4 al Nº 9), el cual indica la clasificación de los datos en cada uno de los grupos de la variable dependiente. Todas estas apreciaciones de confiabilidad son observadas en los tres grupos de edad examinados.

Cuadro Nº 1
Nivel de significación estadística

VARIABLES	ENDES 1996					
	DE 15 A 29		DE 15 A 19		DE 20 A 29	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Número de hijos vivos	10,362	0,002	19,606	0,000	1,893	0,175
Meses desde ultimo período menstrual	**163,828**	0,000	**22,808**	0,000	**132,185**	0,000
Visitas de control antes del parto	3,872	0,055	2,161	0,148	3,645	0,062
Años de estudios	7,128	0,010	0,121	0,730	7,826	0,007
Edad al 1er. Coito	0,652	0,424	1,151	0,289	0,005	0,945

Por otro lado, los datos utilizados en el presente trabajo, corresponden a las mujeres de 15 a 29 años entrevistadas en las encuestas ENDES-1996 y ENDES-2000, clasificadas como mujeres que usan y no usan métodos anticonceptivos. La base de datos de la ENDES 1996 contiene los datos de 15 963 mujeres (44,8% unidas y 55,2% no unidas). Mientras que la base de datos de la ENDES 2000, está comprendida por 14 708 mujeres (40,8% unidas y 59,2% no unidas). Los datos de

1/ Afirmación que hacemos en virtud de que en los grupos de edad examinados el estadístico F es mayor (en 15 a 29 años es de 10.205 y en 15 a 19 es 37.078) y teniendo en consideración que el nivel de significación tiende cero. Con los datos de 1996, la variable que mejor discrimina en los tres grupos de edades estudiados es "meses desde ultimo periodo menstrual».

ambas encuestas provienen de los 25 departamentos del país (véase cuadro Nº 12). Ahora bien, con el objeto de evitar en la obtención de la función discriminante datos "en blanco o de no respuesta (missing)" las bases de datos a nivel de departamento, obteniendo los valores promedio y considerando tan sólo los datos de las mujeres unidas. Asimismo, se generó 3 bases de datos para cada uno de los tres grupos de edad, esto es: 15 a 29 años, 15 a 19 años y 20 a 29 años.

Para los resultados definitivos en la obtención de la función discriminante sólo fueron consideradas las cinco variables seleccionadas antes mencionadas (véase cuadros desde el Nº 4 al Nº 9):

Así, las observaciones de las muestras corresponden al grupo de mujeres que usa métodos anticonceptivos (k = 1) y al grupo de mujeres que no usa métodos anticonceptivos (k = 2)

De este modo, las observaciones de las muestras correspondientes a ambos grupos se pueden especificar en forma matricial de la siguiente manera:

Matriz de mujeres que usan MAC $$\mathbf{X_1} = \begin{bmatrix} \mathbf{x_{11}} & \mathbf{x_{21}} & \cdots & \mathbf{x_{125}} \\ \mathbf{x_{21}} & \mathbf{x_{22}} & \cdots & \mathbf{x_{225}} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ \mathbf{x_{51}} & \mathbf{x_{52}} & \cdots & \mathbf{x_{525}} \end{bmatrix}$$

Matriz de mujeres que no usan MAC $$\mathbf{X_2} = \begin{bmatrix} \mathbf{x_{11}} & \mathbf{x_{21}} & \cdots & \mathbf{x_{125}} \\ \mathbf{x_{21}} & \mathbf{x_{22}} & \cdots & \mathbf{x_{225}} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ \mathbf{x_{51}} & \mathbf{x_{52}} & \cdots & \mathbf{x_{525}} \end{bmatrix}$$

Vector de medias de mujeres que usan MAC $$\vec{\bar{\mathbf{X}}}_1 = \begin{bmatrix} \bar{\mathbf{x}}_1 \\ \bar{\mathbf{x}}_2 \\ \vdots \\ \bar{\mathbf{x}}_3 \end{bmatrix}$$

Vector de medias de mujeres que no usan MAC $$\vec{\bar{\mathbf{X}}}_2 = \begin{bmatrix} \bar{\mathbf{x}}_1 \\ \bar{\mathbf{x}}_2 \\ \vdots \\ \bar{\mathbf{x}}_3 \end{bmatrix}$$

EVALUACIÓN DE SUPUESTOS MÍNIMOS

En la aplicación del análisis discriminante, los datos deben cumplir como mínimo el supuesto de que las muestras provengan de poblaciones normales multivariantes. Para tal efecto se usó la prueba de multinormalidad,[2] basada en las medidas de asimetría y curtosis poblacional, que denotadas como b_{1p} y b_{2p} respectivamente.

2/ Metodología propuesta en Mardia, K.V., Multivariate Analysis, Academic Press, 1970.

Las hipótesis propuestas son las siguientes:

H_0 : La muestra de mujeres que (usan y no usan MAC) proviene de una distribución normal multivariante.

H_1 : La muestra de mujeres que (usan y no usan MAC) no provienende una distribución normal multivariante.

Cabe mencionar que el sesgo multivariante está dado por:

$$\mathbf{b_{1p}^{k}} = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{n_k}} \sum_{\mathbf{r=1}}^{\mathbf{n_k}} \sum_{\mathbf{s=1}}^{\mathbf{n_k}} \mathbf{g_{rs}^{3}}$$

y la curtosis multivariante por:

$$\mathbf{b_{2p}^{k}} = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{n_k}} \sum_{\mathbf{r=1}}^{\mathbf{n_k}} \mathbf{g_{rr}^{2}}$$

siendo $\mathbf{g_{rr}} = \left(\vec{\mathbf{X}}_\mathbf{r} - \vec{\bar{\mathbf{X}}}_\mathbf{k}\right)' \mathbf{S_k^{-1}} \left(\vec{\mathbf{X}}_\mathbf{r} - \vec{\bar{\mathbf{X}}}_\mathbf{k}\right)$

y $\mathbf{S_k^{-1}}$ es la inversa de la matriz de covarianzas del grupo k de mujeres.

La regla de decisión para la evaluación de las hipótesis propuestas es la siguiente.: Se acepta H_0 si y solo si $\frac{\mathbf{1}}{\mathbf{6}} \mathbf{n_k}\, \mathbf{b_{1p}^{k}} < \chi^{2}_{(\mathbf{p(p+2)},\, \alpha)}$ y

$\mathbf{z}_\alpha < \dfrac{\mathbf{b_{2p}^{k}} - \mathbf{p(p+2)}}{\sqrt{\mathbf{8p(p+2)/2}}} < \mathbf{z}_{\mathbf{1}-\alpha}$, caso contrario H_0 se rechaza.

Los resultados obtenidos de los estadísticos de las pruebas cálculos son los siguientes:

Cuadro Nº 2
ENDES 1996

	De 15 a 29 años	De 15 a 19 años	De 20 a 29 años
Grupo	Usan MAC		
$\mathbf{b_{1p}^{1}}$	2,396	-5,632	1,765
$\frac{\mathbf{1}}{\mathbf{6}} \mathbf{n_1}\, \mathbf{b_{1p}^{1}}$	9,984	-23,466	7,353
$\chi^{2}_{(\mathbf{35,\,0,05})}$	49,802	49,802	49,802
$\mathbf{b_{2p}^{1}}$	3,341	7,526	3,192
$\dfrac{\mathbf{b_{2p}^{1}} - \mathbf{p(p+2)}}{\sqrt{\mathbf{8p(p+2)/2}}}$	-9,46	-8,209	-9,504
$Z_{0,05}$	-1,96	-1,96	-1,96
$Z_{0,95}$	1,96	1,96	1,96
Decisión	Se acepta H_0	Se acepta H_0	Se acepta H_0

Cuadro Nº 2 (Continuación)

Grupo	No usan MAC		
b^2_{1p}	-8,908	-1,758	-4,032
$\frac{1}{6} n_2 b^2_{1p}$	-37,115	-7,324	-16,799
$\chi^2_{(35,\ 0,05)}$	49,802	49,802	49,802
b^2_{2p}	6,373	19,838	4,872
$\frac{b^2_{2p} - p(p+2)}{\sqrt{8p(p+2)/2}}$	-8,554	-4,53	-9,003
$Z_{0,05}$	-1,96	-1,96	-1,96
$Z_{0,95}$	1,96	1,96	1,96
Decisión	Se acepta H_0	Se acepta H_0	Se acepta H_0

Cuadro Nº 3
ENDES 2000

	De 15 a 29 años	De 15 a 19 años	De 20 a 29 años
Grupo	Usan MAC		
b^1_{1p}	0,012	0,015	0,239
$\frac{1}{6} n_1 b^1_{1p}$	0,052	0,064	0,996
$\chi^2_{(35,\ 0,05)}$	49,802	49,802	49,802
b^1_{2p}	2,644	2,642	2,324
$\frac{b^1_{2p} - p(p+2)}{\sqrt{8p(p+2)/2}}$	-9,668	-9,669	-9,764
$Z_{0,05}$	-1,96	-1,96	-1,96
$Z_{0,95}$	1,96	1,96	1,96
Decisión	Se acepta H_0	Se acepta H_0	Se acepta H_0

Cuadro Nº 3 (Continuación)

Grupo	No usan MAC		
b^2_{1p}	-6,451	-7,851	-38,206
$\frac{1}{6} n_2 b^2_{1p}$	-26,877	-32,711	-159,191
$\chi^2_{(35,\ 0,05)}$	49,802	49,802	49,802
b^2_{2p}	4,856	6,931	12,916
$\frac{b^2_{2p} - p(p+2)}{\sqrt{8p(p+2)/2}}$	-9,007	-8,387	-6,599
$Z_{0,05}$	-1,96	-1,96	-1,96
$Z_{0,95}$	1,96	1,96	1,96
Decisión	Se acepta H_0	Se acepta H_0	Se acepta H_0

Además de los métodos descriptivos y deductivos, en esta investigación se aplicó la reducción transcendental, a través de la cual el investigador vuelve a su ego transcendental como base de la constitución de todo significado. Se logra comprender cómo el significado está basado en otros tantos significados, como los estratos en un proceso de sedimentación. Esta fase metodológica pertenece al análisis fenomenológico. Los fenomenólogos creen que su método da una más profunda información sobre el mundo empírico del que puedan ofrecer los métodos empíricos usuales. Este método cuenta con una explicación existencialista que, en resumen, sostiene que una comprensión fenomenológica viene de la existencia común al investigador y lo investigado. "Comprender es lo mismo que el ser existencial relacionado con el propio ser y capacidad de un ser humano, y tiene lugar en tal modo que este ser refleja el sentido de su propia existencia a su vez en sí mismo[3]. Esto es, cuando nuestra comprensión se ha desarrollado, la llamamos interpretación. En esta etapa del proceso mental, la interpretación no consiste en adquirir conocimiento sobre lo que entendemos: "interpretar consiste en ser consciente de las potencialidades proyectadas por la comprensión". Se comprenderá que esta parte del análisis no fue aislado y por el contrario se apoyó en las aproximaciones proporcionadas por las variables proxys, las relaciones de dependencia entre variables y, en determinados casos, dichas evidencias fueron complementadas con el aporte específico de otras investigaciones que utilizaron metodologías cualitativas.

El presente es un estudio de diagnóstico sociocultural de corte transversal, en la parte que permita establecer, por comparación de la data examinada, determinados cambios importantes ocurridos en la estructura de la demanda de servicios en salud reproductiva, registrados entre 1996 y 2000 (en algunos casos 1992-2000), teniendo como fuente de información las tres últimas ENDES. Aún cuando se comenzó teniendo una clara idea preliminar de nuestro objeto de estudio y de sus peculiares análisis, una gran dificultad que se encontró con la data de la ENDES fue que muchas de ellas (la data) estaban sujetas a especificidades muy propias y a filtros que particularizaban distintos grupos de mujeres entrevistadas. Estas definiciones y procedimientos de aplicación de las encuestas, dadas desde el origen del registro, definen y determinan los grupos específicos de MEF para quienes están dirigidas determinadas secciones de preguntas del cuestionario. Todas las complejidades de dichas encuestas son pertinentes y hasta cierto punto inevitables. Lo que parece desde la perspectiva del usuario de base de datos, es que persiste determinadas dificultades supuestamente fáciles de ser eliminadas. Me refiero concretamente a la entrega de datos con variables no aplicables al Perú (sin datos), a la existencia de un diccionario de variables con imprecisiones en algunas de ellas, a la ausencia de un listado de equivalencias entre variables para los diversos años y a las demoras del personal del INEI para resolver dudas o facilitar material complementario como son los manuales del entrevistador utilizados en las encuestas.

3/ Heidegger, del libro Sein und Zeit, 1972

Más adelante se pudo aplicar los métodos más apropiados para los fines de la presente investigación. Sin embargo, a veces fue difícil definir a priori lo que era pertinente aplicar, considerando que, en parte, las variables no son las mismas en las tres ENDES examinadas (cambiaron las preguntas, los contenidos y las categorías, en determinados casos). Estas dificultades, son advertidas y superadas sólo estando en el examen mismo de los fenómenos estudiados porque estos aparecen o se manifiestan a través del análisis mismo. Aquí, como en otros casos, fue necesario reunir gran cantidad de material, particularmente cuantitativo, antes de definir el conjunto de variables que proporcionaría los más evidentes contenidos a propósito de alcanzar el objetivo final de nuestro proyecto. En otras palabras, parte del material cuantitativo podría parecer innecesario, pero no es así. Aunque se presienta que, tal vez, dicho material tan abundante no será usado en el análisis final, este no puede ser descartado con facilidad o ligereza. Recordemos que en todo análisis cualitativo hay una especial dedicación a la interrelación de las partes para comprender el todo. Lo que en el análisis cuantitativo puede estar limitado a la evidencia de una parte específica, para el análisis cualitativo este es parte (subsistema) de un determinado asunto (sistema) más complejo, conjunto sobre al cual no siempre se dispone de datos mensurables ni textuales.

Muchos de los problemas de la investigación exploratoria ocurridos en la presente investigación no pudieron ser evitados como suele ocurrir en aquellos otros casos de investigación en los que el investigador aplica un determinado modelo, desarrollado en estudios anteriores. En este segundo caso, el investigador intenta ver si el material recogido es conforme al modelo o si debe corregir el modelo. Aquí no hubo ningún modelo previo a seguir, ni siquiera algo parecido aplicado en cualquier otra temática que pudiera servir de referencia metodológica.

En otras palabras, como una de las implicaciones de esta línea metodológica, se podría afirmar que todos encuentran fácil entender los productos de su propia cultura o que la interpretación parte desde el investigador más que desde los datos. En parte suele ser así, porque siempre el investigador cuenta con una parte de los datos de una compleja realidad, que para nuestro caso es relativo al ámbito demográfico y socio cultural. Pero no es así de sencillo como pareciera ser; la simple observación confirma que no todos son investigadores. Por lo demás, queda claro que en la práctica, el "método fenomenológico" con frecuencia simplemente indica que el investigador realiza un esfuerzo especial para mediar en los atributos simbólicos factores que son asociados a su objeto de estudio. Esfuerzo que para el filósofo alemán Martin Heidegger, significaba la exigencia de hacer manifiesto lo que está oculto en lo ordinario o en la experiencia cotidiana.

En este proyecto como en otros en los que se ha aplicado la lógica deductiva, parcialmente la interrelación de variables cuantitativas con determinados símbolos de la percepción cualitativa y la interpretación de la realidad con los escasos datos disponibles, son realmente tan llanas como la del estilo cuantitativo de investigación. Mientras que ambos

tipos de investigación comprenden una búsqueda de información, rara vez ocurre que no se conozca casi nada sobre el asunto en el momento de inicio del proyecto. Aquí es donde cabe señalar la importancia de distinguir entre uno y otro analista capacitado, experimentado e informado sobre el tema a investigar. Es igualmente importante considerar la posibilidad de abreviar años de experiencia con investigadores que reúnen agudeza en la observación y destreza analítica. De una u otra forma, se estima que, en parte, puede evitarse cierta incertidumbre ante la posibilidad de comenzar con una impresión más bien vaga o imprecisa de lo que se desea estudiar.

En pocas palabras, la metodología empleada es lógico-deductiva; pero fundamentalmente sostenida sobre datos empíricos (ENDES) a efectos de identificar las variables socioculturales que explican el comportamiento en salud reproductiva de las MEF. En este informe no se detalla la metodología empleada pero sí presenta una necesaria justificación. El esfuerzo por realizar una lectura cualitativa de la ENDES parte del conocimiento genérico de que toda variable cuantitativa, de una encuesta sobre temas sociales, conlleva además contenidos cualitativos. Estos son rescatables a partir de la experiencia de los investigadores que perciben, por asociación de hechos, contenidos normalmente no explícitos en las variables cuantitativas. En esta tarea se privilegia el estudio de los hechos en función de lo que representan para los individuos, respecto del análisis de estos mismos hechos como ocurrencias independientemente de los sujetos.

Por otro lado, los investigadores adoptan este alternativa metodológica, la de rescatar contenidos cualitativos no preguntados en un encuesta, porque a la fecha de efectuarse un estudio no se encuentra con mejores datos que la aludida encuesta con datos cuantitativos y por la importancia de inferir o deducir implicancias extendibles al universo de la población estudiada. Una razón significativa, como otras que justifican esta alternativa metodológica, es la económica. Es decir, es conocido que levantar la data de la ENDES, tanto por la cantidad de preguntas como por su cobertura nacional, tiene un elevado costo. En ese sentido, bien valen los diversos intentos metodológicos que permiten hacer un uso más intensivo de una misma data recogida. Otra razón y la más importante, aún considerando que se utilicen supuestos de por medio, es que la lectura de las variables de la ENDES desde una perspectiva cualitativa permite ofrecer una interpretación complementaria a los aportes cuantitativos existentes.

Cuadro Nº 4
ENDES-1996, Mujeres de 15 a 29 años / Discriminant

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	1,9879	0,2622	24	24
	Meses desde ult. periodo meunstral	1,4885	0,5813	24	24
	Visitas de control antes del parto	4,2456	1,4345	24	24
	Años de estudios	8,1493	1,3316	24	24
	Edad al 1er Coito	18,9651	1,56	24	24
No Usa	Número de hijos vivos	1,7343	0,2833	24	24
	Meses desde ult. periodo meunstral	4,4155	0,9577	24	24
	Visitas de control antes del parto	3,441	1,3983	24	24
	Años de estudios	6,8724	1,9281	24	24
	Edad al 1er Coito	18,6158	1,4346	24	24
Total	Número de hijos vivos	1,8611	0,2989	48	48
	Meses desde ult. periodo meunstral	2,952	1,6738	48	48
	Visitas de control antes del parto	3,8433	1,4592	48	48
	Años de estudios	7,5108	1,7616	48	48
	Edad al 1er Coito	18,7904	1,4931	48	48

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,816	10,362	1	46	0,002
Meses desde ult. periodo menstrual	0,219	163,828	1	46	0
Visitas de control antes del parto	0,922	3,872	1	46	0,055
Años de estudios	0,866	7,128	1	46	0,01
Edad al 1er Coito	0,986	0,652	1	46	0,424

Analysis 1

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	8,197(a)	100	100	0,944
a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.				

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,109	96,521	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	1,168
Meses desde ult. periodo menstrual	-1,017
Visitas de control antes del parto	0,509
Años de estudios	0,502
Edad al 1er Coito	0,376

Structure Matrix

	Function
	1
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,659
Número de hijos vivos	0,166
Años de estudios	0,137
Visitas de control antes del parto	0,101
Edad al 1er Coito	0,042

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions

Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	4,281
Meses desde ult. periodo menstrual	-1,283
Visitas de control antes del parto	0,359
Años de estudios	0,303
Edad al 1er Coito	0,251
(Constant)	-12,551
Unstandardized coefficients	

Functions at Group Centroids

	Function
Demanda MAC1 Uso actual	1
Usa	2,803
No Usa	-2,803
Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means	

Classification Statistics

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases used in analysis	
Demanda MAC1 uso actual		Unweighted	Weighted
Usa	0,5	24	24
No usa	0,5	24	24
Total	1	48	48

Classification Function Coefficients

	Demanda MAC1 uso actual	
	Usa	No Usa
Número de hijos vivos	113,659	89,664
Meses desde ult. periodo menstrual	-11,461	-4,268
Visitas de control antes del parto	5,373	3,359
Años de estudios	12,23	10,532
Edad al 1er Coito	10,731	9,325
(Constant)	-268,135	-197,783
Fisher's linear discriminant functions		

Classification Results(b,c)

			Predicted Group Membership		Total
	Demanda MAC1 uso actual	Usa	No usa		
Original	**Count**	**Usa**	24	0	24
		No Usa	1	23	24
	%	**Usa**	100	0	100
		No Usa	4,2	95,8	100
Cross-validated(a)	**Count**	**Usa**	24	0	24
		No Usa	1	23	24
	%	**Usa**	100	0	100
		No Usa	4,2	95,8	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b 97,9% of original grouped cases correctly classified.

c 97,9% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 5
ENDES-1996, Mujeres de 15 a 19 años / Discriminant

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	1,0047	0,2007	24	24
	Meses desde ult. periodo meunstral	1,4623	1,4095	24	24
	Visitas de control antes del parto	3,6854	1,9275	24	24
	Años de estudios	6,6478	1,4335	24	24
	Edad al 1er. Coito	16,7083	3,1191	24	24
No usa	Número de hijos vivos	0,7215	0,2408	24	24
	Meses desde ult. periodo meunstral	5,3116	3,6885	24	24
	Visitas de control antes del parto	2,9475	1,5272	24	24
	Años de estudios	6,4809	1,8641	24	24
	Edad al 1er. Coito	15,9567	1,4324	24	24
Total	Número de hijos vivos	0,8631	0,2618	48	48
	Meses desde ult. periodo meunstral	3,387	3,3783	48	48
	Visitas de control antes del parto	3,3165	1,7602	48	48
	Años de estudios	6,5644	1,6472	48	48
	Edad al 1er. Coito	16,3325	2,4309	48	48

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,701	19,606	1	46	0
Meses desde ult. periodo menstrual	0,669	22,808	1	46	0
Visitas de control antes del parto	0,955	2,161	1	46	0,148
Años de estudios	0,997	0,121	1	46	0,73
Edad al 1er. Coito	0,976	1,151	1	46	0,289

Analysis 1

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,255(a)	100	100	0,746
a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.				

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,443	35,381	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	0,751
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,801
Visitas de control antes del parto	0,267
Años de estudios	-0,068
Edad al 1er. Coito	0,075

Structure Matrix

	Function
	1
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,628
Número de hijos vivos	0,583
Visitas de control antes del parto	0,193
Edad al 1er. Coito	0,141
Años de estudios	0,046
Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions	
Variables ordered by absolute size of correlation within function.	

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	3,388
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,287
Visitas de control antes del parto	0,154
Años de estudios	-0,041
Edad al 1er. Coito	0,031
(Constant)	-2,704
Unstandardized coefficients	

Functions at Group Centroids

	Function
Demanda MAC1 uso actual	1
Usa	1,097
No usa	-1,097
Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means	

Classification Statistics

Prior Probabilities for Groups

	Prior	ses Used in Analysis	
Demanda MAC1 uso actual		Unweighted	Weighted
Usa	0,5	24	24
No usa	0,5	24	24
Total	1	48	48

Classification Function Coefficients

	Demanda MAC1 Uso actual	
	Usa	No Usa
Número de hijos vivos	22,966	15,534
Meses desde ult. periodo menstrual	1,15E-02	0,641
Visitas de control antes del parto	-0,757	-1,094
Años de estudios	3,763	3,852
Edad al 1er. Coito	2,404	2,336
(Constant)	-43,439	-37,508
Fisher's linear discriminant functions		

Classification Results(b,c)

		Predicted Group Membership			Total
	Demanda MAC1 Uso actual	Usa	No usa		
Original	Count	Usa	23	1	24
		No usa	3	21	24
	%	Usa	95,8	4,2	100
		No usa	12,5	87,5	100
Cross-validated(a)	Count	Usa	21	3	24
		No usa	4	20	24
	%	Usa	87,5	12,5	100
		No usa	16,7	83,3	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than th

b 91,7% of original grouped cases correctly classified.

c 85,4% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 6
ENDES-1996, Mujeres de 20 a 29 años / Discriminant

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	2,0908	0,3015	24	24
	Meses desde ult. periodo menstrual	1,4904	0,5727	24	24
	Visitas de control antes del parto	4,2902	1,4199	24	24
	Años de estudios	8,3009	1,3267	24	24
	Edad al 1er. Coito	19,1822	1,6088	24	24
No usa	Número de hijos vivos	1,9619	0,3459	24	24
	Meses desde ult. periodo menstrual	4,2059	1,0054	24	24
	Visitas de control antes del parto	3,5059	1,4262	24	24
	Años de estudios	6,9504	1,9576	24	24
	Edad al 1er. Coito	19,2148	1,6214	24	24
Total	Número de hijos vivos	2,0264	0,3275	48	48
	Meses desde ult. periodo menstrual	2,8481	1,5931	48	48
	Visitas de control antes del parto	3,8981	1,4626	48	48
	Años de estudios	7,6257	1,7895	48	48
	Edad al 1er. Coito	19,1985	1,5979	48	48

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,96	1,893	1	46	0,175
Meses desde ult. periodo menstrual	0,258	132,185	1	46	0
Visitas de control antes del parto	0,927	3,645	1	46	0,062
Años de estudios	0,855	7,826	1	46	0,007
Edad al 1er. Coito	1	0,005	1	46	0,945

Analysis 1

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	4,597(a)	100	100	0,906

a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,179	74,918	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	0,872
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,962
Visitas de control antes del parto	0,424
Años de estudios	0,532
Edad al 1er. Coito	0,253

Structure Matrix

	Function
	1
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,791
Años de estudios	0,192
Visitas de control antes del parto	0,131
Número de hijos vivos	0,095
Edad al 1er. Coito	-0,005

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	2,687
Meses desde ult. periodo menstrual	-1,176
Visitas de control antes del parto	0,298
Años de estudios	0,318
Edad al 1er. Coito	0,157
(Constant)	-8,692

Unstandardized coefficients

Functions at Group Centroids

	Function
Demanda MAC1 Uso actual	1
Usa	2,099
No usa	-2,099

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Statistics

Prior Probabilities for Groups

	Prior	ses Used in Analysis	
Demanda MAC1 Uso actual		**Unweighted**	**Weighted**
Usa	0,5	24	24
No usa	0,5	24	24
Total	1	48	48

Classification Function Coefficients

	Demanda MAC1 Uso actual	
	Usa	**No usa**
Número de hijos vivos	83,536	72,256
Meses desde ult. periodo menstrual	-5,6	-0,663
Visitas de control antes del parto	4,345	3,095
Años de estudios	11,999	10,664
Edad al 1er. Coito	8,794	8,136
(Constant)	-227,321	-190,834

Fisher's linear discriminant functions

Classification Results(b,c)

			Predicted Group Membership		Total
	Demanda MAC1 Uso actual	**Usa**	**No usa**		
Original	**Count**	**Usa**	24	0	24
		No usa	2	22	24
	%	**Usa**	100	0	100
		No usa	8,3	91,7	100
Cross-validated(a)	**Count**	**Usa**	24	0	24
		No usa	2	22	24
	%	**Usa**	100	0	100
		No usa	8,3	91,7	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b 95,8% of original grouped cases correctly classified.

c 95,8% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 7
ENDES-2000, Mujeres de 15 a 29 años / Discriminant

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	1,8049	0,2152	25	25
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,2432	1,2713	25	25
	Visitas de control antes del parto	4,461	1,5988	25	25
	Años de estudios	8,4725	1,4511	25	25
	Edad al 1er. Coito	18,1666	1,0321	25	25
No usa	Número de hijos vivos	1,5362	0,3615	25	25
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,8508	0,6779	25	25
	Visitas de control antes del parto	4,0338	2,7767	25	25
	Años de estudios	7,545	1,8902	25	25
	Edad al 1er. Coito	18,0828	1,2261	25	25
Total	Número de hijos vivos	1,6705	0,3242	50	50
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,547	1,054	50	50
	Visitas de control antes del parto	4,2474	2,2528	50	50
	Años de estudios	8,0087	1,7323	50	50
	Edad al 1er. Coito	18,1247	1,1224	50	50

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,825	10,205	1	48	0,002
Meses desde ult. periodo menstrual	0,915	4,446	1	48	0,04
Visitas de control antes del parto	0,991	0,444	1	48	0,508
Años de estudios	0,927	3,788	1	48	0,058
Edad al 1er. Coito	0,999	0,068	1	48	0,795

Analysis 1
Summary of Canonical Discriminant Functions
Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,865(a)	100	100	0,807

a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,349	47,896	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	1,727
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,539
Visitas de control antes del parto	0,518
Años de estudios	1,271
Edad al 1er. Coito	-0,039

Structure Matrix

	Function
	1
Número de hijos vivos	0,338
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,223
Años de estudios	0,206
Visitas de control antes del parto	0,07
Edad al 1er. Coito	0,028

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	5,806
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,529
Visitas de control antes del parto	0,229
Años de estudios	0,754
Edad al 1er. Coito	-0,034
(Constant)	-14,213
Unstandardized coefficients	

Functions at Group Centroids

	Function
Uso actual de MAC -1	1
Usa	1,338
No usa	-1,338
Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means	

Classification Statistics

Prior Probabilities for Groups

		Cases Used in Analysis	
Uso actual de MAC -1	Prior	Unweighted	Weighted
Usa	0,5	25	25
No usa	0,5	25	25
Total	1	50	50

Classification Function Coefficients

	Uso actual de MAC -1	
	Usa	No usa
Número de hijos vivos	98,506	82,968
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,961	0,455
Visitas de control antes del parto	2,081	1,469
Años de estudios	13,45	11,431
Edad al 1er. Coito	14,248	14,34
(Constant)	-279,072	-241,035
Fisher's linear discriminant functions		

Classification Results(b,c)

			Predicted Group Membership		Total
		Uso actual de MAC -1	Usa	No usa	
Original	Count	Usa	23	2	25
		No usa	2	23	25
	%	Usa	92	8	100
		No usa	8	92	100
Cross-validated(a)	Count	Usa	23	2	25
		No usa	3	22	25
	%	Usa	92	8	100
		No usa	12	88	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than
b 92,0% of original grouped cases correctly classified.
c 90,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 8
ENDES-2000, Mujeres de 15 a 19 años / Discriminant

Analysis Case Processing Summary

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	0,9153	0,17	25	25
	Meses desde ult. periodo menstrual	2,0081	1,4742	25	25
	Visitas de control antes del parto	5,8487	5,3961	25	25
	Años de estudios	7,3282	1,4601	25	25
	Edad al 1er. Coito	15,5819	1,2645	25	25
No usa	Número de hijos vivos	0,5977	0,1948	24	24
	Meses desde ult. periodo menstrual	4,1494	1,1908	24	24
	Visitas de control antes del parto	5,3932	6,8152	24	24
	Años de estudios	6,9589	1,5889	24	24
	Edad al 1er. Coito	16,2739	2,0203	24	24
Total	Número de hijos vivos	0,7597	0,2416	49	49
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,0569	1,7134	49	49
	Visitas de control antes del parto	5,6256	6,0719	49	49
	Años de estudios	7,1473	1,52	49	49
	Edad al 1er. Coito	15,9209	1,6963	49	49

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,559	37,078	1	47	0
Meses desde ult. periodo menstrual	0,602	31,129	1	47	0
Visitas de control antes del parto	0,999	0,068	1	47	0,796
Años de estudios	0,985	0,719	1	47	0,401
Edad al 1er. Coito	0,958	2,084	1	47	0,156

Analysis 1

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	2,434(a)	100	100	0,842

a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,291	54,906	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	1,064
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,578
Visitas de control antes del parto	-0,084
Años de estudios	0,721
Edad al 1er. Coito	-0,28

Structure Matrix

	Function
	1
Número de hijos vivos	0,569
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,522
Edad al 1er. Coito	-0,135
Años de estudios	0,079
Visitas de control antes del parto	0,024
Pooled within-groups correlations between discriminating variables and Variables ordered by absolute size of correlation within function.	

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	5,826
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,431
Visitas de control antes del parto	-0,014
Años de estudios	0,473
Edad al 1er. Coito	-0,167
(Constant)	-3,757
Unstandardized coefficients	

Functions at Group Centroids

	Function
Uso actual de MAC -1	1
Usa	1,497
No Usa	-1,56
Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means	

Classification Statistics

Classification Processing Summary

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases Used in Analysis	
Uso actual de MAC -1		Unweighted	Weighted
Usa	0,5	25	25
No Usa	0,5	24	24
Total	1	49	49

Classification Function Coefficients

	Uso actual de MAC -1	
	Usa	No Usa
Número de hijos vivos	58,206	40,397
Meses desde ult. periodo menstrual	0,863	2,18
Visitas de control antes del parto	0,06	0,101
Años de estudios	8,094	6,649
Edad al 1er. Coito	5,198	5,708
(Constant)	-98,532	-87,145
Fisher's linear discriminant functions		

Classification Results(b,c)

			Predicted Group Membership		Total
		Uso actual de MAC -1	Usa	No usa	
Original	**Count**	**Usa**	22	3	25
		No Usa	1	24	25
	%	**Usa**	88	12	100
		No Usa	4	96	100
Cross-validated(a)	**Count**	**Usa**	21	4	25
		No Usa	1	24	25
	%	**Usa**	84	16	100
		No Usa	4	96	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b 92,0% of original grouped cases correctly classified.

c 90,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 9
ENDES-2000, Mujeres de 20 a 29 años / Discriminant

Group Statistics

		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Usa	Número de hijos vivos	1,9091	0,2559	25	25
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,3827	1,4077	25	25
	Visitas de control antes del parto	4,3794	1,5584	25	25
	Años de estudios	8,5756	1,4496	25	25
	Edad al 1er. Coito	18,4361	1,0969	25	25
No usa	Número de hijos vivos	1,7376	0,396	25	25
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,7642	0,8371	25	25
	Visitas de control antes del parto	3,7905	2,3406	25	25
	Años de estudios	7,6531	1,9858	25	25
	Edad al 1er. Coito	18,4275	1,3524	25	25
Total	Número de hijos vivos	1,8233	0,3412	50	50
	Meses desde ult. periodo menstrual	3,5734	1,1623	50	50
	Visitas de control antes del parto	4,0849	1,9903	50	50
	Años de estudios	8,1143	1,7827	50	50
	Edad al 1er. Coito	18,4318	1,2186	50	50

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Número de hijos vivos	0,936	3,309	1	48	0,075
Meses desde ult. periodo menstrual	0,973	1,357	1	48	0,25
Visitas de control antes del parto	0,978	1,096	1	48	0,3
Años de estudios	0,932	3,52	1	48	0,067
Edad al 1er. Coito	1	0,001	1	48	0,98

Analysis 1

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,247(a)	100	100	0,745
a First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.				

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	0,445	36,832	5	0

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	2,067
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,508
Visitas de control antes del parto	0,98
Años de estudios	1,257
Edad al 1er. Coito	0,008

Structure Matrix

	Function
	1
Años de estudios	0,243
Número de hijos vivos	0,235
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,151
Visitas de control antes del parto	0,135
Edad al 1er. Coito	0,003
Pooled within-groups correlations between discriminating variables and Variables ordered by absolute size of correlation within function.	

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function
	1
Número de hijos vivos	6,201
Meses desde ult. periodo menstrual	-0,438
Visitas de control antes del parto	0,493
Años de estudios	0,723
Edad al 1er. Coito	0,007
(Constant)	-17,744
Unstandardized coefficients	

Functions at Group Centroids

	Function
Uso actual de MAC -1	1
Usa	1,094
No usa	-1,094
Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means	

Classification Statistics

Prior Probabilities for Groups

	Prior	Cases Used in Analysis	
Uso actual de MAC -1		Unweighted	Weighted
Usa	0,5	25	25
No usa	0,5	25	25
Total	1	50	50

Classification Function Coefficients

	Uso actual de MAC -1	
	Usa	No usa
Número de hijos vivos	125,127	111,559
Meses desde ult. periodo menstrual	-3,319	-2,36
Visitas de control antes del parto	7,804	6,726
Años de estudios	14,94	13,358
Edad al 1er. Coito	12,755	12,74
(Constant)	-313,241	-274,416
Fisher's linear discriminant functions		

Classification Results(b,c)

			Predicted Group Membership		Total
		Uso actual de MAC -1	Usa	No usa	
Original	Count	Usa	24	1	25
		No usa	4	21	25
	%	Usa	96	4	100
		No usa	16	84	100
Cross-validated(a)	Count	Usa	23	2	25
		No usa	6	19	25
	%	Usa	92	8	100
		No usa	24	76	100

a Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

b 90,0% of original grouped cases correctly classified.

c 84,0% of cross-validated grouped cases correctly classified.

Cuadro Nº 10
Nivel de significación estadística

VARIABLES	ENDES 1996					
	DE 15 A 29		DE 15 A 19		DE 20 A 29	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Número de hijos vivos	10,362	0,002	19,606	0,000	1,893	0,175
Meses desde último periodo menstrual	**163,828**	0,000	**22,808**	0,000	**132,185**	0,000
Visitas de control antes del parto	3,872	0,055	2,161	0,148	3,645	0,062
Años de estudios	7,128	0,010	0,121	0,730	7,826	0,007
Edad al 1er. Coito	0,652	0,424	1,151	0,289	0,005	0,945

Cuadro Nº 11
Nivel de significancia estadística

VARIABLES	ENDES 2000					
	DE 15 A 29		DE 15 A 19		DE 20 A 29	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Número de hijos vivos	**10,205**	0,002	**37,078**	0,000	**3,309**	0,075
Meses desde último periodo menstrual	4,446	0,040	31,129	0,000	1,357	0,250
Visitas de control antes del parto	0,444	0,508	0,068	0,796	1,096	0,300
Años de estudios	3,788	0,058	0,719	0,401	3,520	0,067
Edad al 1er. Coito	0,068	0,795	2,084	0,156	0,001	0,980

Cuadro Nº 12

Departamentos	ENDES - 1996			ENDES - 2000		
	Mujeres unidas y no unidas			Mujeres unidas y no unidas		
	No unida	Unida	Total	No unida	Unida	Total
AMAZONAS	178	217	395	266	305	571
ÁNCASH	319	193	512	290	172	462
APURÍMAC	174	231	405	230	300	530
AREQUIPA	373	259	632	396	188	584
AYACUCHO	279	202	481	376	285	661
CAJAMARCA	350	358	708	259	224	483
CALLAO				140	53	193
CUSCO	312	346	658	259	218	477
HUANCAVELICA	204	253	457	226	266	492
HUANUCO	274	269	543	312	243	555
ICA	422	247	669	370	175	545
JUNÍN	369	222	591	393	205	598
LA LIBERTAD	353	249	602	375	212	587
LAMBAYEQUE	384	228	612	369	175	544
LIMA	1756	877	2633	1184	461	1645
LORETO	397	480	877	300	325	625
MADRE DE DIOS	155	256	411	264	274	538
MOQUEGUA	222	188	410	299	207	506
PASCO	275	237	512	369	221	590
PIURA	488	376	864	424	259	683
PUNO	284	199	483	376	298	674
SAN MARTÍN	241	363	604	249	279	528
TACNA	398	231	629	346	165	511
TUMBES	364	335	699	337	212	549
UCAYALI	248	328	576	301	276	577
Total	8819	7144	15963	8710	5998	14708

Cuadro Nº 13 ENDES-1996, mujeres de 15 a 29 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que usan MAC					Mujeres que no usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	2,644	2,063	19,991	6,973	0,760	2,191	2,113	18,915	5,472	2,776
ÁNCASH	6,802	1,721	20,628	9,349	1,169	3,891	1,531	18,781	7,000	4,696
APURÍMAC	3,863	2,341	19,605	6,574	1,354	3,024	1,941	20,324	4,549	4,547
AREQUIPA	5,750	1,683	19,963	9,672	1,080	5,113	1,300	17,449	9,157	4,100
AYACUCHO	3,482	2,289	18,444	8,067	1,800	2,040	2,063	18,473	4,580	6,450
CAJAMARCA	2,239	2,146	18,043	5,632	0,907	1,529	1,751	18,035	4,162	3,366
CALLAO										
CUSCO	4,329	2,148	20,227	6,339	1,444	3,837	1,871	20,389	5,282	5,725
HUANCAVELICA	1,514	2,379	17,724	5,989	0,788	1,021	2,120	16,741	2,886	4,578
HUANUCO	2,939	2,058	17,710	7,435	1,193	1,746	1,931	18,053	4,656	5,695
ICA	5,867	1,843	18,337	10,693	1,374	4,847	1,617	17,691	9,679	4,105
JUNÍN	4,385	1,906	18,289	8,836	0,867	4,740	1,984	18,206	7,794	5,947
LA LIBERTAD	4,231	1,827	18,128	7,617	1,146	2,783	1,871	17,750	6,362	3,471
LAMBAYEQUE	4,655	2,115	21,949	7,924	2,686	4,426	1,535	18,143	8,648	4,541
LIMA	7,793	1,681	18,518	9,932	1,368	6,338	1,225	18,017	9,863	4,124
LORETO	3,243	2,136	17,566	8,202	2,404	2,294	1,901	18,155	6,221	4,517
MADRE DE DIOS	3,880	2,226	18,994	8,366	2,775	4,200	1,815	21,902	7,391	4,987
MOQUEGUA	5,362	1,429	17,748	10,095	1,316	4,958	1,415	17,854	8,732	3,385
PASCO	3,553	2,170	19,748	8,497	1,489	2,605	1,967	19,256	7,878	5,193
PIURA	3,492	2,119	18,552	7,655	1,443	2,467	1,791	18,403	6,049	3,805
PUNO	3,122	1,755	22,029	8,529	1,584	2,438	1,722	22,347	7,093	5,155
SAN MARTÍN	4,527	2,004	17,206	7,018	0,904	4,139	1,741	17,784	6,304	4,000
TACNA	5,345	1,531	18,793	9,366	1,474	5,257	1,268	19,714	9,643	4,231
TUMBES	4,973	1,841	21,407	8,986	2,404	4,250	1,215	18,025	8,215	3,786
UCAYALI	3,907	2,300	15,563	7,841	1,994	2,451	1,934	16,372	7,322	2,795

Cuadro Nº 14 ENDES-1996, mujeres de 15 a 19 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que usan MAC					Mujeres que no usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	1,333	1,000	15,250	5,375	0,286	1,350	0,852	15,259	5,222	4,308
ÁNCASH	7,333	0,500	15,667	9,000	0,333	3,200	0,545	16,182	6,455	5,333
APURÍMAC	2,667	1,000	14,875	4,750	0,714	3,000	1,143	15,786	4,143	5,143
AREQUIPA	5,182	1,000	15,250	7,250	1,250	4,857	0,462	15,692	7,308	3,222
AYACUCHO	3,667	1,167	15,250	6,917	1,636	1,889	1,000	15,043	4,652	21,750
CAJAMARCA	1,063	1,000	19,600	4,100	0,769	1,750	0,533	15,567	3,867	5,727
CALLAO										
CUSCO	2,538	0,941	15,471	5,588	1,071	3,238	0,700	18,700	4,833	6,632
HUANCAVELICA	0,400	0,556	15,889	4,333	0,444	1,095	0,759	16,034	2,966	5,125
HUANUCO	2,667	1,167	15,083	6,000	1,778	1,632	1,217	14,826	3,957	2,714
ICA	5,500	1,500	25,000	9,250	0,800	5,800	0,500	15,500	9,000	4,333
JUNÍN	2,364	0,929	15,929	7,929	0,583	1,500	1,000	15,333	6,500	4,000
LA LIBERTAD	2,727	1,000	15,000	6,583	1,091	1,600	0,333	15,533	6,000	3,500
LAMBAYEQUE	3,294	1,235	25,176	4,765	4,000	4,750	0,444	16,444	9,667	2,000
LIMA	6,300	0,850	15,825	7,875	2,294	6,429	0,654	15,692	8,923	5,435
LORETO	2,273	1,081	14,649	7,243	1,875	2,243	0,929	16,018	5,482	4,000
MADRE DE DIOS	3,538	1,059	14,471	7,235	0,846	3,357	0,789	14,632	8,579	3,929
MOQUEGUA	6,429	0,941	15,529	8,412	0,929	3,500	0,800	15,600	7,600	4,667
PASCO	2,900	1,083	22,500	7,667	2,333	2,375	0,643	15,643	8,143	6,538
PIURA	3,429	1,000	16,063	7,188	1,769	2,130	0,861	15,778	5,833	5,231
PUNO	1,600	0,833	15,167	5,333	0,833	1,111	0,563	21,600	6,563	6,385
SAN MARTÍN	3,360	1,000	17,667	5,467	0,852	4,750	0,974	14,895	5,947	4,111
TACNA	5,882	1,000	15,765	7,444	0,583	4,500	0,500	16,100	8,600	5,333
TUMBES	5,765	1,105	15,158	7,211	6,833	1,875	0,400	15,960	8,160	4,364
UCAYALI	6,240	1,167	14,767	6,633	1,190	2,810	0,714	15,143	7,143	3,700

Cuadro Nº 15 ENDES-1996, mujeres de 20 a 29 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que Usan MAC					Mujeres que no usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	2,741	2,146	20,363	7,097	0,794	2,419	2,544	20,165	5,557	2,222
ÁNCASH	6,786	1,780	20,870	9,366	1,212	3,976	1,736	19,321	7,113	4,600
APURÍMAC	3,928	2,430	19,917	6,694	1,396	3,027	2,068	21,045	4,614	4,474
AREQUIPA	5,791	1,729	20,284	9,836	1,067	5,152	1,491	17,857	9,579	4,293
AYACUCHO	3,452	2,462	18,936	8,244	1,826	2,074	2,337	19,360	4,562	4,096
CAJAMARCA	2,374	2,285	17,855	5,818	0,919	1,500	2,007	18,552	4,224	2,709
CALLAO										
CUSCO	4,483	2,271	20,720	6,416	1,482	3,947	2,135	20,773	5,383	5,518
HUANCAVELICA	1,594	2,590	17,936	6,179	0,831	1,008	2,409	16,891	2,869	4,448
HUANUCO	2,971	2,143	17,960	7,571	1,145	1,768	2,083	18,741	4,806	6,096
ICA	5,890	1,861	18,000	10,766	1,394	4,759	1,775	18,000	9,775	4,063
JUNÍN	4,565	2,000	18,517	8,924	0,891	5,182	2,088	18,509	7,930	6,000
LA LIBERTAD	4,387	1,909	18,438	7,719	1,152	2,851	2,099	18,079	6,416	3,463
LAMBAYEQUE	4,840	2,221	21,554	8,307	2,533	4,400	1,694	18,393	8,500	4,925
LIMA	7,885	1,737	18,698	10,070	1,308	6,329	1,294	18,299	9,977	3,947
LORETO	3,416	2,312	18,054	8,362	2,490	2,307	2,229	18,884	6,470	4,672
MADRE DE DIOS	3,917	2,361	19,524	8,497	2,976	4,411	2,082	23,795	7,082	5,230
MOQUEGUA	5,216	1,492	18,038	10,315	1,361	5,091	1,500	18,167	8,889	3,217
PASCO	3,607	2,267	19,504	8,570	1,405	2,632	2,211	19,921	7,829	4,795
PIURA	3,497	2,219	18,775	7,697	1,417	2,535	2,021	19,055	6,103	3,441
PUNO	3,221	1,813	22,458	8,729	1,632	2,606	1,951	22,488	7,198	4,800
SAN MARTÍN	4,708	2,157	17,136	7,253	0,911	3,904	2,041	18,927	6,443	3,961
TACNA	5,272	1,592	19,121	9,586	1,560	5,355	1,435	20,500	9,870	3,900
TUMBES	4,891	1,913	22,015	9,159	1,961	4,567	1,427	18,563	8,229	3,618
UCAYALI	3,535	2,492	15,699	8,045	2,106	2,343	2,430	16,872	7,395	2,453

Cuadro Nº 16 ENDES-2000, mujeres de 15 a 29 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que usan MAC					Mujeres que no usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	2,871	1,891	17,475	7,180	2,091	1,640	1,705	16,620	6,475	3,455
ÁNCASH	5,556	1,856	17,712	8,045	4,163	3,000	1,934	17,246	5,705	3,000
APURÍMAC	4,903	1,855	18,130	7,269	2,714	3,067	1,789	17,316	6,044	4,662
AREQUIPA	5,358	1,602	17,962	10,075	3,632	3,485	1,127	19,691	9,709	4,513
AYACUCHO	3,407	1,955	19,942	7,245	2,052	2,250	1,800	19,862	5,438	3,972
CAJAMARCA	3,584	1,727	19,409	5,682	3,224	2,443	1,891	18,370	5,435	4,327
CALLAO	8,265	1,432	17,614	9,750	3,711	5,500	0,778	17,556	7,667	2,833
CUSCO	4,000	1,797	17,706	6,987	1,766	3,245	1,554	18,523	6,169	3,622
HUANCAVELICA	2,117	2,171	20,439	6,553	1,330	1,532	2,063	19,580	4,699	3,667
HUANUCO	2,808	1,914	16,583	6,881	3,135	1,633	2,250	16,626	4,337	4,318
ICA	5,775	1,507	18,657	10,493	3,152	8,379	1,268	18,707	11,024	4,586
JUNÍN	3,210	1,919	18,453	9,878	1,876	2,400	1,649	17,000	8,702	4,486
LA LIBERTAD	4,709	1,629	18,448	9,126	1,760	1,978	1,884	20,507	5,913	4,927
LAMBAYEQUE	3,138	2,018	17,143	9,339	3,904	3,462	1,460	17,524	7,937	4,442
LIMA	6,486	1,432	18,413	10,646	2,631	6,494	1,288	18,791	10,036	4,117
LORETO	2,931	2,053	18,578	7,801	3,241	2,310	1,639	16,303	6,756	2,917
MADRE DE DIOS	3,899	1,961	19,391	8,469	3,810	4,716	1,505	19,242	7,758	3,132
MOQUEGUA	7,581	1,451	18,086	10,920	3,912	14,619	0,911	20,022	10,756	2,914
PASCO	3,619	1,961	17,052	8,148	5,233	4,196	1,364	17,394	8,955	3,000
PIURA	4,043	1,936	18,699	8,827	3,917	4,130	1,233	18,698	8,849	3,500
PUNO	2,839	1,925	17,563	7,966	1,786	2,575	1,702	17,444	7,242	3,632
SAN MARTÍN	4,223	1,941	16,197	6,882	3,180	3,130	1,697	16,237	6,276	3,400
TACNA	6,489	1,493	19,338	10,022	3,730	6,053	1,138	17,414	9,034	3,500
TUMBES	5,916	1,708	18,280	9,609	7,221	5,214	1,157	17,843	9,412	4,447
UCAYALI	3,796	1,990	16,897	8,021	3,910	3,393	1,617	17,556	8,296	4,902

Cuadro Nº 17 ENDES-2000, mujeres de 15 a 19 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que usan MAC					Mujeres que no usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	3,77	0,93	14,87	6,27	0,25	2,27	0,58	15,29	6,50	4,15
ÁNCASH	3,88	1,00	15,00	5,75	0,71	4,22	0,80	16,00	6,70	3,86
APURÍMAC	5,74	0,92	15,77	6,42	1,32	5,40	0,63	16,25	6,75	4,00
AREQUIPA	5,50	0,89	15,22	8,89	5,40	3,00	0,33	15,17	7,83	5,17
AYACUCHO	4,11	1,21	15,16	6,21	2,20	3,50	0,76	16,12	5,06	6,30
CAJAMARCA	2,60	0,74	15,17	5,87	1,83	3,69	0,93	20,80	5,47	6,13
CALLAO	9,00	0,60	16,60	10,80	1,00	0,00	0,00	16,67	7,67	3,67
CUSCO	4,42	0,93	15,53	6,93	5,90	5,00	0,82	23,27	4,18	3,63
HUANCAVELICA	3,93	1,00	20,89	6,83	1,06	4,40	0,72	15,08	5,68	2,53
HUANUCO	4,38	0,84	14,95	5,26	1,38	2,90	0,86	15,29	4,93	6,00
ICA	7,50	0,86	16,00	10,29	3,40	2,00	0,25	15,50	9,00	4,67
JUNÍN	2,00	0,88	15,38	8,25	4,13	2,67	0,43	15,71	7,43	4,20
LA LIBERTAD	6,80	0,67	15,80	8,20	1,23	2,40	0,58	16,17	5,58	3,38
LAMBAYEQUE	2,67	1,20	14,80	6,90	0,67	6,67	0,30	15,90	7,80	3,25
LIMA	6,63	0,89	15,44	9,56	1,63	7,44	0,47	15,68	8,84	5,75
LORETO	2,25	1,08	17,00	6,63	2,74	2,55	0,58	14,86	5,81	4,22
MADRE DE DIOS	5,25	0,89	15,37	8,05	2,00	3,20	0,75	19,15	6,80	3,62
MOQUEGUA	30,25	0,67	14,33	7,33	2,80	36,67	0,60	16,00	9,00	1,67
PASCO	4,93	0,87	15,20	7,27	0,70	5,38	0,60	15,53	7,27	2,38
PIURA	6,80	0,63	16,31	6,88	2,00	4,67	0,30	16,90	9,60	3,00
PUNO	2,50	1,14	15,14	5,71	0,33	5,24	0,65	15,62	8,04	3,63
SAN MARTÍN	3,76	1,08	14,65	5,50	2,04	3,43	0,80	14,80	5,00	4,83
TACNA	7,17	1,14	15,00	8,00	0,75	6,00	0,50	15,00	7,25	5,00
TUMBES	6,00	0,93	15,20	8,33	3,20	3,25	0,36	15,82	10,00	4,11
UCAYALI	4,39	0,90	14,76	7,07	1,55	3,50	0,72	14,67	6,50	4,14

Cuadro Nº 18 ENDES-2000, mujeres de 20 a 29 años, valores promedios por departamentos

Departamentos	Mujeres que usan MAC					Mujeres que No usan MAC				
	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual	Visitas de control antes del parto	Número de hijos vivos	Edad al primer coito	Años de estudios	Meses desde el último periodo menstrual
AMAZONAS	2,789	1,976	17,708	7,262	2,235	1,551	1,980	16,948	6,469	3,211
ÁNCASH	5,703	1,922	17,922	8,223	4,429	2,738	2,157	17,490	5,510	2,750
APURÍMAC	4,756	2,006	18,516	7,406	2,911	2,929	1,877	17,396	5,991	4,701
AREQUIPA	5,347	1,653	18,161	10,161	3,554	3,516	1,224	20,245	9,939	4,394
AYACUCHO	3,299	2,059	20,610	7,390	2,034	2,094	1,956	20,425	5,496	3,590
CAJAMARCA	3,756	1,936	20,303	5,642	3,480	2,197	2,078	17,896	5,429	4,000
CALLAO	8,194	1,538	17,744	9,615	4,121	5,500	1,167	18,000	7,667	2,000
CUSCO	3,956	1,891	17,942	6,993	1,404	2,837	1,704	17,556	6,574	3,622
HUANCAVELICA	1,833	2,371	20,362	6,505	1,383	1,138	2,347	20,534	4,492	3,981
HUANUCO	2,617	2,068	16,818	7,114	3,391	1,449	2,500	16,870	4,231	3,886
ICA	5,667	1,543	18,803	10,504	3,140	8,607	1,378	19,054	11,243	4,577
JUNÍN	3,286	1,979	18,629	9,971	1,727	2,378	1,820	17,180	8,880	4,533
LA LIBERTAD	4,500	1,742	18,758	9,234	1,824	1,925	2,158	21,421	5,982	5,303
LAMBAYEQUE	3,197	2,098	17,373	9,578	4,211	3,194	1,679	17,830	7,962	4,659
LIMA	6,481	1,447	18,498	10,677	2,661	6,385	1,417	19,283	10,225	3,842
LORETO	3,085	2,274	18,935	8,065	3,338	2,239	2,096	16,928	7,169	2,306
MADRE DE DIOS	3,737	2,088	19,869	8,519	4,031	4,982	1,707	19,267	8,013	3,032
MOQUEGUA	6,779	1,481	18,231	11,058	3,951	10,944	0,950	20,525	10,975	3,031
PASCO	3,467	2,079	17,250	8,243	5,613	3,947	1,588	17,941	9,451	3,172
PIURA	3,828	2,070	18,943	9,025	4,106	4,098	1,355	18,934	8,750	3,556
PUNO	2,854	1,958	17,665	8,060	1,843	2,067	1,980	17,929	7,031	3,635
SAN MARTÍN	4,311	2,068	16,424	7,085	3,357	3,077	1,833	16,455	6,470	3,224
TACNA	6,443	1,512	19,574	10,132	3,841	6,063	1,240	17,800	9,320	3,421
TUMBES	5,907	1,788	18,596	9,740	7,685	5,542	1,375	18,400	9,250	4,552
UCAYALI	3,694	2,181	17,271	8,187	4,299	3,364	1,873	18,381	8,810	5,128