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

Uso de Métodos Anticonceptivos en las Provincias del Perú. 2005

Lima, agosto 2007

Dirección y Supervisión:
Lic. Lupe Berrocal de Montestruque
Asesora Jefatura INEI
(Directora Técnica CIDE hasta 08/01/2007)

Documento elaborado por:
Dem. Guillermo Vallenas Ochoa

Las opiniones y conclusiones de esta investigación son de exclusiva responsabilidad del autor, 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	:	150 Ejemplares
Domicilio	:	Av. General Garzón 658, Jesús María. Lima - Perú
Orden de Impresión	:	00000-OI-OTA-INEI

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº : ~~2006-4326~~

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), continuando con su política de promover y difundir estudios especializados en temas de salud materno infantil en base a las encuestas permanentes y otras fuentes de datos que ejecuta, pone a disposición de la comunidad nacional, autoridades, instituciones públicas y privadas y usuarios en general, el documento **Uso de Métodos Anticonceptivos en las Provincias del Perú, 2005**, elaborado a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua) 2004-2005.

En el tema de la salud reproductiva, el abordaje de la demanda de métodos anticonceptivos, resulta fundamental por su vinculación directa con la fecundidad así como su relación con la mortalidad materna e infantil. En ese entendido la presente investigación aporta al conocimiento del mercado de demanda satisfecha de planificación familiar, según los criterios de lugar de residencia de las mujeres usuarias y la mezcla anticonceptiva que adoptan. El ámbito de referencia del estudio son las provincias del país, asimismo, se abordan los dos grandes grupos de métodos anticonceptivos: modernos y tradicionales.

El trabajo contiene asimismo, un aporte metodológico de estimaciones de las tasas de prevalencia anticonceptiva (por tipo de método utilizado) y número de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos a nivel departamental y provincial. Entre otros hallazgos, el estudio muestra evidencias de que el país, en el último decenio, ha entrado a una etapa significativa de reducción de la fecundidad, aunque en un grado muy diferenciado explicado, en parte, por el desarrollo desigual de los departamentos y sus provincias, donde alguna de estas últimas han recibido mayores beneficios del proceso de modernización de la sociedad y su influencia en los niveles de comportamiento en relación a la fecundidad.

Esta publicación ha sido realizada en el marco del proyecto "Administración de programas de investigación 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.

Confiamos que los resultados de esta investigación sean de utilidad para implementar políticas y acciones en procura del logro de la equidad en el acceso al uso de los métodos anticonceptivos en el país.

Lima, agosto 2007

Mg. Renán Quispe Llanos
Jefe del INEI

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO **17**

INTRODUCCION **23**

I. ASPECTOS PRELIMINARES **27**

1.1 Conceptos 27
1.2 Estratos Departamentales 28
1.3 La pobreza 30
1.4 Densidad Demográfica 33
1.5 Estudios Publicados 36
1.6 Fuentes de Datos 37
1.7 Algunos problemas para la estimación en áreas Pequeñas. 37

II. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO **39**
2.1 El Estado de la Población 39
2.1.1 División por género 39
2.1.2 Estructura por edad 41
2.1.3 Analfabetismo 44
2.1.4 Nivel de Educación 48
2.2 La Dinámica Demográfica 52
2.3 La Transición Demográfica 54
2.4 Cambios en la Estructura por Edad de la Población 57
2.5 Proceso de Urbanización y Concentración Poblacional 58

III. MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF) **61**
3.1 Características sociales 63
3.2 La Fecundidad 64
3.2.1 Niveles y tendencias de la Fecundidad en el Área: Urbana-Rural. 67
3.2.2 Niveles y tendencias de la Fecundidad por Departamentos. 69
3.3 Actividad sexual 72
3.4 Exposición al riesgo de embarazo 73
3.5 Demanda de métodos de planificación familiar 75

IV. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS **81**
4.1 Alguna vez usuaria 81
4.2 Uso Actual 83
4.2.1 Prevalencia anticonceptiva y estado conyugal 83
4.2.2 Tipo de Método usado 85
4.2.3 Diferenciales de la Prevalencia Anticonceptiva 89

V. METODOLOGIA DE ESTIMACION PARA AREAS MENORES 99
5.1 Modelo de Combinación Lineal 100
5.1.1 Definición de subclases independientes 100
5.1.2 Estimación muestral de la variable dependiente 101
5.1.3 Estimación regional de los ponderadores 101
5.1.4 Combinación Lineal 101
5.2 Estimación del número de usuarias de anticonceptivos 102
5.3 Variables en Estudio 102
5.3.1 Variables de la encuesta y el censo 103
5.3.2 Variables Seleccionadas 104
5.4 Análisis Discriminante 104
5.5 Identificación de las subclases independientes 105

VI. ESTIMACIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS 107
6.1 Tasa de Prevalecia de Uso de Métodos Anticonceptivos 107
6.2 Ponderadores 118
6.3 Resultados 110
6.3.1 Para los departamentos 110
6.3.2 Para las provincias 119
6.3.3 Niveles de la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva en las Provincias 121

VII. CAMBIOS EN LA DEMANDA SATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR 125
7.1 Crecimiento y Distribución Espacial de las Mujeres en estudio 125
7.2 Estado Conyugal de la Mujer 128
7.3 Distribución Espacial y Crecimiento de las Mujeres Usuarias de anticonceptivos 131
7.4 Tendencia de la prevalencia anticonceptiva 135

VIII. INFLUENCIA DEL USO DE PONDERADORES DESFASADOS EN EL TIEMPO EN LAS ESTIMACIONES MEDIANTE LA COMBINACION LINEAL 141
8.1 Estimaciones departamentales 141
8.2 Error de estimación 144

IX. CONCLUSIONES 145

BIBLIOGRAFIA 149

ANEXO Nº 01
ESTIMACIONES PROVINCIALES 151

INDICE DE CUADROS

I. ASPECTOS PRELIMINARES

Cuadro Nº 1.1 31
PERU: PORCENTAJE DE POBRES Y POBRES EXTREMOS, POR AÑO, SEGÚN CUARTILES. 2001-2004

Cuadro Nº 1.2 32
PERU: PORCENTAJE DE POBRES Y POBRES EXTREMOS, POR AÑO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2001-2004

Cuadro Nº 1.3 34
PERU: POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

Cuadro Nº 1.4 35
PERU: POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD SEGÚN ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 2005

II. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Cuadro Nº 2.1 39
PERÚ: POBLACIÓN, SEGÚN LOS CENSOS. 1940-2005

Cuadro Nº 2.2 40
PERU: POBLACION, POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. Censo 2005

Cuadro Nº 2.3 41
PERU: POBLACION, POR SEXO, SEGÚN ESTRATOS. Censo 2005

Cuadro Nº 2.4 43
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICADORES DE LA ESTRUCTURA POR EDAD, SEGÚN ESTRATOS. 2005

Cuadro Nº 2.5 44
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICADORES DE LA ESTRUCTURA POR EDAD, SEGÚN ESTRATOS Y DEPARTAMENTOS. 2005

Cuadro Nº 2.6 45
PERU: POBLACION QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR, SEGÚN EDAD. 2005, 1993

Cuadro Nº 2.7 47
PERU: POBLACION QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR, SEGÚN ESTRATOS. 2005

Cuadro Nº 2.8 47
PERU. PORCENTAJE DE ANALFABETOS, POR GENERO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

Cuadro Nº 2.9 49
PERU: POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD, POR GENERO, SEGÚN NIVELES DE EDUCACION. 2005

Cuadro Nº 2.10 49
PERU. POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE EDUCACION. CENSOS DE 1993 Y 2005

Cuadro Nº 2.11 51
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION, SEGÚN ESTRATOS. CENSO DEL 2005

Cuadro Nº 2.12 52
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION, SEGÚN DEPARTAMENTOS
Cuadro Nº 2.13 56
PERU: POBLACION Y CRECIMIENTO NATURAL. 1876-2025
Cuadro Nº 2.14 57
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD Y RELACION DE DEPENDENCIA. 1940-2025
Cuadro Nº 2.15 60
PERU: PROPORCION DE POBLACION URBANA Y RURAL 1940-2025

III. MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF)
Cuadro Nº 3.1 61
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN ESTRATOS. 2005
Cuadro Nº 3.2 63
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASAS DE FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2005
Cuadro Nº 3.3 64
PERU: MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, POR TIPO DE OCUPACION, ENDES 2004 - 2005
Cuadro 3.4 64
PERU: POBLACION POBRE Y NO POBRE POR GRUPOS ESPECIALES. ENAHO. 2001
Cuadro Nº 3.5 67
PERU. TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD. 1961-2005
Cuadro Nº 3.6 71
PERU: NIVEL DE LAFECUNDIDAD POR AÑO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 1961-2005
Cuadro Nº 3.7 72
PERU: MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, POR ACTIVIDAD SEXUAL, SEGÚN CARACTERISTICAS. 2005
Cuadro Nº 3.8 77
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2005
Cuadro Nº 3.9 79
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 1996-2005

IV. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Cuadro Nº 4.1 82
PERU: MUJERES ALGUNA VEZ USUARIAS O NO DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CIVIL, SEGÚN CARACTERIATICAS. 2005
Cuadro Nº 4.2 83
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR INTENCION REPRODUCTIVA, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2005
Cuadro Nº 4.3 85
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2000-2005

Cuadro Nº 4.4 86
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2005
Cuadro Nº 4.5 87
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2000-2005
Cuadro Nº 4.6 88
PERU: USUARIAS UNIDAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2005
Cuadro Nº 4.7 90
PERU: MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN NIVEL DE EDUCACION. 2005
Cuadro Nº 4.8 92
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADOCONYUGAL, SEGUN AREA DE RESIDENCIA. 2005
Cuadro Nº 4.9 93
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS , POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS. 2005
Cuadro Nº 4.10 95
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL. SEGÚN EDAD. 1996-2005
Cuadro Nº 4.11 96
PERU: MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ANALFABETISMO SEGÚN LAS ENDES 2004 - 2005
Cuadro Nº 4.12 97
PERU: PREVALECIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA. 2005

VI. ESTIMACIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS
Cuadro Nº 6.1 107
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL, USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SUGUN SUBCLASES INDEPENDIENTES. 2005
Cuadro Nº 6.2 109
HUANCAVELICA: MUJERES EN EDAD FERTIL Y PONDERADORES, SEGÚN TOTAL DE HJOS TENIDOS Y NIVEL DE EDUCACION. 2005
Cuadro Nº 6.3 111
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA ESTIMADAS, POR ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
(Sin corregir)
Cuadro Nº 6.4 111
ERRORES DE ESTIMACION, POR TIPO DE METODO Y ESTADO CONYUGAL
Cuadro Nº 6.5 112
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
(Corregido)

Cuadro Nº 6.6 114
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005 (Corregido)
Cuadro Nº 6.7 115
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL NO UNIDAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005 (Corregido)
Cuadro Nº 6.8 117
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y CUARTILES DEPARTAMENTALES. 2005
Cuadro Nº 6.9 119
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS SELECCIONADAS. 2005
Cuadro Nº 6.10 120
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y CUARTILES PROVINCIALES. 2005
Cuadro Nº 6.11 122
PERU: TOTAL MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA, SEGÚN NIVELES. 1991-2005
Cuadro Nº 6.12 123
PERU: TOTAL MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA, SEGÚN NIVELES. 1991-2005

VII. CAMBIOS EN LA DEMANDA SATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Cuadro Nº 7.1 125
PERU: ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LAS ENCUESTAS ENDES 1986-2005
Cuadro Nº 7.2 126
PERU. POBLACION FEMENINA Y TASA DE CRECIMIEN TO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 1991-2005
Cuadro Nº 7.3 127
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 1991-2005
Cuadro Nº 7.4 128
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGUN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS PROVINCIALES. 1991-2005
Cuadro Nº 7.5 129
PERU: PROPORCION DE MUJERES UNIDAS, POR FUENTE DEL DATO.
Cuadro Nº 7.6 131
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR LUGAR DE RESIDENCIA, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ETRATOS. 2005
Cuadro Nº 7.7 132
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO. 1991-2005

Cuadro Nº 7.8 133
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA E INCREMENTO RELATIVO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO. 1991-2005
Cuadro Nº 7.9 134
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 1991-2005
Cuadro Nº 7.10 135
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 1991-2005
Cuadro Nº 7.11 138
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR AREA URBANO-RURAL Y ESTADO CIVIL. SEGUN TIPO DE METODO. 1991-2005

VIII. INFLUENCIA DEL USO DE PONDERADORES DESFASADOS EN EL TIEMPO EN LAS ESTIMACIONES MEDIANTE LA COMBINACION LINEAL
Cuadro Nº 8.1 142
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA ESTIMADA, POR TIPO DE METODO Y FUENTE DEL PONDERADOR, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
Cuadro Nº 8.2 143
PERU: PORCENTAJE DE SOBRESTIMACION, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
Cuadro Nº 8.3 144
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA Y ERROR DE ESTIMACION, POR FUENTE DE LOS PONDERADORES Y TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO. 2005

INDICE DE GRAFICOS

I. ASPECTOS PRELIMINARES
Gráfico Nº 1.1 33
PERU: POBREZA Y POBREZA EXTREMA. 2001-2004
(Líneas de Pobreza por el gasto)

II. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO
Gráfico Nº 2.1 42
PERÚ: PIRAMIDE DE POBLACIÓN
Gráfico Nº 2.2 42
PERU: PIRAMIDE DE POBLACION, POR ESTRATOS. CENSO DE POBLACION. 2005
Gráfico Nº 2.3 46
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN ESTRATOS. 2005
Gráfico Nº 2.4 46
PERU: TASA DE ANALFABETISMO, POR GÉNERO. 1993-2005

Gráfico Nº 2.5 48
PERU: TASA DE ANALFABETISMO, POR DEPARTAMENTOS. 2005
(Ambos sexos)
Gráfico Nº 2.6 50
PERU: ANALFABETISMO, POR GÉNERO. 1993-2005
Gráfico Nº 2.7 50
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS POR NIVEL DE
EDUCACION, SEGUN GÉNERO. 2005
Gráfico Nº 2.8 51
PERU: POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD,
POR NIVEL DE EDUCACION. 1993-2005
Gráfico Nº 2.9 54
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD, SIN NIVEL
DE INSTRUCCIÓN, POR DEPARTAMENTOS. 2005
Gráfico Nº 2.10 55
PERU: EVOLUCION DEL TAMAÑO DE LA POBLACION
Y LA TASA DE CRECIMIENTO. 1950-2005
Gráfico Nº 2.11 55
PERU: EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
Y LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER. 1990-2005
Gráfico Nº 2.12 58
PERU: TRANSICION DEMOGRAFICA. 1876-2025
Gráfico Nº 2.13 59
PERU: POBLACION DE 65 Y MAS AÑOS DE EDAD Y
RELACION DE DEPENDENCIA. 1961-2025

III. MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF)
Gráfico Nº 3.1 62
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL. 2005
Gráfico Nº 3.2 62
PERU: NIVEL DE EDUCACION Y AREA DE
RESIDENCIA. 2005
Gráfico Nº 3.3 66
TENDENCIA DEL NIVEL DE LA FECUNDAD. 1961-2005
Gráfico Nº 3.4 66
PERÚ: ESTRUCTURA POR EDAD DE LA FECUNDIDAD. 1961-2005
Gráfico Nº 3.5 68
PERÚ: NIVEL DE LA FECUNDIDAD POR AREA URBANA Y RURAL.
1961-2005
Gráfico Nº 3.6 68
PERÚ: ESTRUCTURA POR EDAD DE LA FECUNDIDAD
URBANO RURAL. 2005
Gráfico Nº 3.7 70
PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR
DEPARTAMENTOS. 2005
Gráfico Nº 3.8 70
PERU. TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, SEGÚN CUARTILES 2005
Gráfico Nº 3.9 74
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL EXPUESTAS
AL RIESGO DE EMBARAZO. 2005

Gráfico Nº 3.10 79
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES. 1996-2005

IV. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Gráfico 4.1 84
PERU: MUJERES USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, SEGÚN LAS ENDES 2004 - 2005.
Gráfico Nº 4.2 86
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN TIPO. 2000, 2005
Grafico Nº 4.3 91
PERU: TASA DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE EDUCACION. ENDES 2004-05
Gráfico Nº 4.4 93
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR RESIDENCIA URBANO-RURAL, SEGÚN TIPO DE METODO. 2005
Grafico Nº 4.5 94
PERU: MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR HIJOS SUPERVIVIENTES. ENDES 2004-2005

VI. ESTIMACIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS
Gráfico Nº 6.1 108
PERU: ESTERUCTURA DE LAS TASAS DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION Y NÚMERO DE HIJOS TENIDOS. 2005
Gráfico 6.2 109
PERU: ESTRUCTURA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, POR NIVEL DE EDUCACION Y NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, SEGÚN LA ENDES Y LA ENCO. 2005
Gráfico 6.3 113
PERU: TOTAL DE MEF USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005
Gráfico 6.4 116
PERU: MUJERES UNIDAS USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005
Gráfico 6.5 116
PERU: MUJERES NO UNIDAS USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005
Gráfico 6.6 118
PERU: MUJERES USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR ESTRATOS DEPARTAMENTALES Y TIPO DE METODO. 2005
Gráfico 6.7 118
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTRATOS DEPARTAMENTALES Y TIPO DE METODO. 2005

VII. CAMBIOS EN LA DEMANDA SATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Grafico Nº 7.1 129
PERU: POBLACION FEMENINA, EN EDAD FERTIL Y UNIDAS 1991-2005

Grafico Nº 7.2 130
PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, POR FUENTE DEL DATO.1961-2005
Grafico Nº 7.3 130
PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
Grafico Nº 7.4 133
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL. 1991-2005
Gráfico Nº 7.5 136
PERU: TENDENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MEF. 1969-2005
Gráfico Nº 7.6 137
PERU: PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVO MUJERES UNIDAS. 1969-2005
Grafico Nº 7.7 138
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES UNIDAS. 1991-2005.

INDICE DE DIAGRAMAS, TABLAS Y MAPAS

Diagrama Nº 01 73
MUJERES EN EDAD FERTIL. 2005
Diagrama Nº 02 75
MUJERES EN EDAD FERTIL EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO. 2005
Diagrama Nº 03 78
DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR. 2005
(Método de Westoff)

Tabla Nº 5.1 100
SUBCLASES INDEPENDIENTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL
Tabla Nº 5.2 105
SUBCLASES INDEPENDIENTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SELECCIONADAS

Mapa Nº 1.1
ESTRATIFICACION DEPARTAMENTAL, SEGÚN EL INDICE DE DESARROLLO HUMANO. 2005
Mapa Nº 3.1
PERU. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, POR CUARTILES SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
Mapa Nº 6.1
PERU: TASA DE PREVALENCIA DE USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
Mapa Nº 6.2
PERU: TASA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LAS PROVINCIAS. 2005

Mapa Nº 6.3
DEPARTAMENTO DE HUANCAVELICA
Mapa Nº 6.4
DEPARTAMENTO DE LIMA
Mapa Nº 6.5
DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN

RESUMEN EJECUTIVO

1. El objetivo principal del estudio es fragmentar el mercado de Demanda Satisfecha de Planificación Familiar, según los criterios de lugar de residencia y mezcla anticonceptiva. Tomando en el primer caso como unidad de referencia las provincias, y en el segundo, dos grandes grupos de métodos anticonceptivos: Modernos y Tradicionales. Para ello se realizan estimaciones departamentales y provinciales de tasas de prevalencia anticonceptiva (por tipo de método utilizado) y número de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos.

2. Un segundo objetivo es estudiar los cambios históricos sobre la prevalencia de la anticoncepción en los departamentos y provincias del Perú.

3. Finalmente se plantea cuantificar la influencia del uso de ponderadores desfasados en el tiempo, en la estimación de la prevalencia anticonceptiva mediante la Combinación Lineal. Para ello se estiman tasas departamentales combinando el Censo 1993 y 2005 con la ENDES 2004-2005.

4. En los 65 años transcurridos entre 1940 y el 2005, la población se ha multiplicado en aproximadamente cuatro veces, a diferentes velocidades de crecimiento, de acuerdo a los cambios experimentados en las tendencias del nivel de la mortalidad, fecundidad y migración externa, llegando a una población de 27 millones 219 mil 264 personas en el 2005.

5. La estructura por edad de la población peruana contornea una Pirámide Poblacional Constrictiva, caracterizada por un menor número de personas en edades menores, efecto indudable del descenso de los niveles de fecundidad y mortalidad observados en las últimas décadas, lo que nos embarca en un acelerado proceso de envejecimiento.

6. En el país en el año 2005 había cerca de 7 millones 300 mil mujeres en edad reproductiva, este grupo de mujeres creció entre 1993 y 2005 a una tasa promedio anual 1.9%, más o menos 123 mil personas anuales. Del total de las MEF aproximadamente 3 millones 400 mil serían unidas, las que presionan la demanda de servicios sociales sobre todo los vinculados a la salud reproductiva, esto es, sobre los servicios de Planificación Familiar, Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, así mismo aumenta el número de mujeres en riesgo de embarazo con sus colaterales relativos al aborto y la mortalidad materna.

7. Cada uno de los departamentos muestran evidencias de haber entrado en el último decenio a una etapa significativa de reducción de la fecundidad, aunque en un grado muy diferenciado, explicado en parte, por el desarrollo desigual de los departamentos y sus provincias, donde alguna de estas últimas han recibido mayores beneficios del proceso de modernización de la sociedad y sus influencias en los valores de comportamiento en relación a la fecundidad.

8. Cerca de la mitad de las MEF son sexualmente activas, la otra mitad serían mujeres sexualmente no activas por estar en abstinencia o porque nunca tuvieron relaciones sexuales. Según la edad de las mujeres, el grupo de 35 a 39 años es el que muestra mayor porcentaje de actividad sexual, muy de cerca esta el grupo 30 a 34 años, disminuyendo las proporciones hacia las de mayor edad.

9. En el año 2005 cerca de 3 millones 800 mil mujeres están inmersas en el mercado de planificación familiar, de ellas, 2 millones 400 mil lo hacen porque ya no quieren tener más hijos, el resto porque desean espaciar el nacimiento de su próximo hijo.

10. El 44.9% de las MEF tienen demanda satisfecha, es decir están usando algún método contraceptivo. Una menor proporción 370 mil mujeres se consideran con demanda no satisfecha, porque quedaron embarazadas sin desearlo, finalmente 152 mil mujeres quedaron embarazadas porque falló el método anticonceptivo usado.

11. En al año 2005, en nuestro país había 3 millones 300 mil mujeres que practican la contracepción, 2 millones 700 mil serían unidas y únicamente 600 mil no unidas. De acuerdo a las intenciones reproductivas, las dos terceras partes de las mujeres usuarias, lo hacen porque ya no quieren tener más hijos, el resto de mujeres tienen planeado tener un hijo en un tiempo no menor a los dos años. En el grupo de mujeres unidas, que son la gran mayoría de las usuarias, 1 millón 900 mil quieren limitar su fecundidad. En las mujeres no unidas que practican la anticoncepción, la mayoría desea esperar por lo menos dos años para intentar un embarazo.

12. El ritmo o abstinencia periódica es el método de mayor frecuencia de uso, preferido por el 24.1% de las mujeres, siendo prácticamente el único anticonceptivo tradicional que prefieren una gran parte de mujeres. Sin embargo, alrededor de 10 de cada 100 mujeres en edad fértil que lo emplean no conocen con certeza el período de riesgo de concepción durante el ciclo menstrual; por consiguiente hay un mal uso lo que origina que la falla del método también sea alta.

13. Al ritmo le sigue la Inyección (17.0%), el Condón (14.9%), la Esterilización femenina (14.5%) y la Píldora (10.1%). Comparando con la frecuencia registrada en el año 2000, los métodos que han incrementado su frecuencia de uso son el ritmo, el condón y la píldora, es de señalar que el incremento del ritmo no es la mejor noticia para los fines de la planificación familiar, dado su bajo nivel de eficacia, pues, como se ha comentado, muchas usuarias desconocen su adecuado empleo.

14. Se observa un retroceso entre el 2000 y el 2005 en el uso de métodos eficaces (modernos) en favor de los menos eficientes (tradicionales) este paso negativo estaría explicado por los cambios de política relacionada con la planificación familiar, ocurrida a partir del año 2001, donde el Ministro de Salud puso restricciones a los programas de planificación familiar del gobierno anterior, sobre todo satanizó el Programa de Esterilización en base a algunos excesos aislados que se detectaron en algunos lugares del país, agregándose la restricciones en el abastecimiento del condón, DIU e inyección, los de mayor frecuencia en su uso. Como consecuencia

se eleva el uso de métodos tradicionales, que como es conocido tienen tasas de falla importantes, aspecto que indudablemente tendrá repercusión en el nivel de la fecundidad cuya tendencia de descenso ya se nota atenuada.

15. El deseo manifiesto de las mujeres de no querer más hijos es alto tanto en el área urbana como en la rural; sin embargo la fecundidad es dispar, pues el promedio de hijos en las mujeres del área rural todavía de 4 hijos (el doble de hijos que las mujeres del sector urbano).

16. La proporción de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos muestra una tendencia creciente, aunque con un pequeño retroceso en el periodo 2000-2005, pese a ello, la tasa de prevalencia se sextuplicó entre 1969 y 2005, pasando de 5% a 30%. En cambio, los métodos tradicionales, cuya prevalencia creció hasta 1986, se mantiene prácticamente estacionaria alrededor del 15%, con una pequeña depresión en el año 2000.

17. En el grupo de mujeres unidas, la tendencia de la prevalencia anticonceptiva es contundente. En el periodo 1969-2005, la proporción de usuarias se incrementó de 20% a 71%, aunque la velocidad de incremento se ve atenuado en las últimas décadas, sobre todo en el quinquenio 2000-2005.

18. Entre 1991 y 2005 el número de mujeres usuarias se incrementó en cerca de 1 millón 300 mil, esto es un promedio de 90 mil mujeres por año, que en términos relativos implica una tasa de crecimiento promedio anual de 3.5%, crecimiento mayor que el de las MEF que en ese periodo fue de 2.0%, esto significa que el número de usuarias de anticonceptivos se va incrementando no solamente por el incremento poblacional, sino que cada vez más mujeres optan por la limitación de su fecundidad.

19. El nivel de protección de las mujeres urbanas es mayor que el de las residentes en áreas rurales dado que el uso de métodos anticonceptivos modernos esta más extendido en el área urbana del país, siendo así que el 72.2% de las mujeres residentes en áreas urbanas que practican la anticoncepción, emplean métodos modernos, una proporción menor lo hace en las áreas rurales.

20. La proporción de mujeres usuarias sin hijos es 12.0%; en las multíparas, con 3 ó más hijos, esta alrededor del 68%. En la mujeres unidas el sentido de las desigualdades persisten aunque en cifras mayores, pues las usuarias sin hijos son el 46% en tanto que las que tienen 3 ó más están cercanas al 75%. En las mujeres no unidas, debido a la actividad sexual y al propio estado conyugal, las proporciones son menores, aunque en el mismo sentido. Es de advertir que sobre los 4 hijos la prevalencia anticonceptiva muestra una pequeña contracción, debido indudablemente a factores relacionados con la edad e infertilidad.

21. El incremento en la edad va acompañado al aumento de la prevalencia anticonceptiva solamente hasta los 35 a 39 años de edad, a partir de esta edad decrece, sobre todo en el grupo final de la vida fértil, disminución que es más acentuada en las mujeres unidas. Se constata entonces menores proporciones de uso de anticonceptivos en las edades extremas de la vida fértil. Las

mujeres más jóvenes seguramente motivadas por estar posponiendo el nacimiento de los hijos y en el caso de las mayores porque el nivel de infertilidad, actividad sexual u otros factores evidencian un menor riesgo de embarazo. Sin embargo, si se excluyen las mujeres de 45 a 49 años, la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos es evidente, pues se registra alto coeficiente de correlación positiva.

22. La prevalencia anticonceptiva es mayor en las mujeres que saben leer frente a las que no saben leer, sobre tasa que se manifiesta tanto en mujeres unidas como en las que no lo están.

23. Los resultados de la ENDES 2004-2005 muestran que las mejores condiciones de la vivienda favorecen al uso de la anticoncepción, tanto en las mujeres unidas como en las no unidas, evidencia empírica de la influencia de la pobreza en la práctica anticonceptiva.

24. La aplicación del método de combinación lineal permite calcular el número de mujeres usuarias y tasas de uso de métodos de planificación familiar, para todas las provincias del país. Estas estimaciones se desagregaron por estado conyugal (total de mujeres y unidas) y tipo de método de anticoncepción usado (modernos y tradicionales).

25. La segmentación del mercado de demanda satisfecha de planificación familiar, según los departamentos y mezcla anticonceptiva, indica con toda claridad que el gran número de usuarias se encuentran en el departamento de Lima, más de un millón, de las cuales las dos terceras partes utilizan métodos modernos. En el resto de cada uno de los departamentos las usuarias de anticonceptivos están por debajo de las 200 mil mujeres, menos que la quinta parte del mercado limeño.

26. El segundo departamento, después de Lima, es Piura, con cerca de 200 mil usuarias de la anticoncepción, cifra bastante alejada a la registrada en Lima, que responde no solamente al volumen poblacional, sino además a la menor tasa de prevalencia anticonceptiva. El departamento con el menor número de usuarias es Madre de Dios, lugar que ocupa por ser el departamento menos poblado, pese a tener alta tasa de prevalencia.

27. Se observa en general una relación de dos a uno entre el uso de métodos modernos y tradicionales, lo que indica que las acciones futuras para agrandar el mercado de planificación familiar deberá dar énfasis en captar a las mujeres que van ingresando al la edad reproductiva, es decir, incrementar el número de usuarias a mayor velocidad que el crecimiento poblacional, al mismo tiempo tratar de minimizar el empleo de métodos de poca eficacia, como los tradicionales.

28. Hay solamente ocho provincias con más de 50 mil usuarias de anticonceptivos, destacando la provincia de Lima con 934 mil, seguida de lejos por la provincia de Arequipa con 114 mil usuarias, cerrando esta lista la provincia de Huancayo del departamento de Junín con 58 mil usuarias.

29. Hay seis provincias con menos de mil usuarias de anticonceptivos, donde la provincia de Purús del departamento de Ucayali registra 424 mujeres que practican la anticoncepción, la cantidad más baja entre las provincias del país.

30. Al segmentar el mercado de la demanda satisfecha de planificación familiar por estratos de pobreza, se constata que el estrato más pobre esta conformado por 36 provincias con el 6.4% del total de mujeres en edad fértil, con una tasa promedio de uso del 45.0% que involucra en el uso de anticonceptivos a 208 mil mujeres. Las usuarias de métodos modernos, en este estrato, suman 129 mil, esto es el 5.9% del total de mujeres que practican la anticoncepción con métodos modernos.

31. El segundo estrato esta conformado por 96 provincias con el 24.9% de las MEF del país y 826 mil usuarias de planificación familiar que implican una prevalencia anticonceptiva promedio de 45.6%, además 534 mil mujeres usan métodos modernos.

32. El tercer estrato agrupa a 49 provincias con el 26.3% de las mujeres del país y una tasa de prevalencia promedio de 26.5%, alrededor de 864 mil usuarias, de las cuales 587 mil usan métodos modernos.

33. El estrato menos pobre esta conformado por 15 provincias, que por incluir a la Provincia de Lima es el de mayor número de mujeres, este estrato agrupa un millón 362 mil usuarias con una prevalencia promedio de 41.8%. En este grupo de usuarias, 949 mil utilizan métodos modernos.

34. Comparando las estimaciones, al 2005, de la prevalencia anticonceptiva, elaboradas con ponderadores del Censo de 1993 y con la ENCO 2006, se deduce de las elaboradas con ponderadores del Censo de 1993, dan cifras menores a las obtenidas al considerar ponderadores de la ENCO 2006. Las diferencias se agrandan en los departamentos menos desarrollados. En el caso de uso de métodos modernos, las diferencias son aún mayores, en tanto que en los métodos tradicionales sucede lo contrario, es decir, se produce una sobreestimación.

INTRODUCCION

La reproducción es un desarrollo social donde intervienen los individuos, las familias y los grupos humanos con el objetivo de generar nacimientos, como una forma de garantizar que la población no se extinga en el tiempo. Este proceso tiene una base eminentemente biológica, ya que el nacimiento de un niño es el resultado final de una cadena de acontecimientos que se origina en la fusión del espermatozoide con el óvulo. Sin embargo, desde el punto de vista demográfico, la importancia no radica tanto en los aspectos biológicos de la reproducción sino en su resultado: los nacimientos. Desde esta perspectiva, la reproducción es estudiada como un hecho social, o sea, los hombres y mujeres crean las condiciones de su propia existencia mediante una continua apropiación y transformación de su medio[1/]. El proceso reproductivo se concretiza a través de la fecundidad, que no es otra cosa que la capacidad que tiene la población para procrear, a su vez, la concepción esta determinada por una serie de circunstancias intermedias como la educación, nupcialidad y la anticoncepción, entre otras, consideradas como determinantes de gran impacto en el nivel de la fecundidad.

En la actualidad, dado el nivel relativamente bajo de la mortalidad, la fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento natural de la población. En nuestro país, en las últimas décadas, esta variable ha mantenido una tendencia decreciente, aunque su nivel es todavía elevado sobre todo en ciertos grupos poblacionales y en zonas donde las condiciones de vida no son las mejores. El descenso del nivel de la fecundidad no se ha producido uniformemente, por el contrario, su intensidad es variada en el tiempo, debido a los avances y retrocesos en la Política de Población, sobre todo a la calidad y cobertura que tengan los programas de Planificación Familiar, que cambian en función del político de turno que toma decisiones al respecto. Es evidente el impacto diferencial de un programa de Planificación Familiar que incluya la esterilización como método anticonceptivo, con otro donde se restrinja algo tan simple y eventual como el uso de la píldora del día siguiente.

Una de las principales estrategias en la lucha contra la pobreza y la disminución de la mortalidad infantil y materna es la reducción de la fecundidad, sobre todo en grupos de mujeres consideradas en alto riesgo reproductivo, para ello es importante brindar Servicios de Planificación Familiar en todo el país, dando prioridad a los grupos de población más deprimidos, desarrollando programas a cargo del Ministerio de Salud y el sector privado, los que se deben ejecutar dentro del marco de la Ley de Política Nacional de Población, que propugna el "Promover y asegurar la decisión libre, informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos, proporcionando para ello los servicios educativos y de salud para contribuir a la estabilidad y solidaridad familiar y mejorar la calidad de vida".

1/ José Miguel Guzmán. "Fecundidad". CELADE. Santiago de Chile, 1991

En este marco, el estudio de la demanda y uso de métodos anticonceptivos es de particular importancia, no sólo porque es el determinante próximo más importante del nivel de la fecundidad, sino por la utilización práctica que puedan hacer los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud, de la información que se obtenga en estos estudios. La eficiencia de las actividades en el marco de la Política de Población, en una población como la peruana, cuya principal característica es su composición sociodemográfica heterogénea con grandes desequilibrios regionales, depende del nivel de cobertura territorial y calidad de la planificación de la prestación de los servicios, esto significa llegar con los servicios y recursos necesarios a los departamentos, provincias y distritos.

La programación de este tipo de actividades y la respectiva estimación de los recursos de planificación familiar en niveles geográficos desagregados como los mencionados, tropieza con un problema fundamental: la carencia de información. Los registros administrativos del Ministerio de Salud (MINSA), toman en cuenta únicamente la cobertura de sus propios programas, dejando de lado las realizadas por el sector privado, no dan información sobre la demanda potencial de estos servicios, además no tienen población de referencia que permita calcular tasas. Ante este inconveniente, una fuente adicional de información la constituyen las encuestas de hogares, como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que mediante la técnica del muestreo obtiene información sobre el uso y demanda de métodos anticonceptivos en toda la población, no obstante, problemas financieros y/o metodológicos limitan el nivel de inferencia de los resultados a grandes regiones lo que no permiten obtener directamente datos desagregados para provincias o distritos, como lo exige la programación y evaluación de los servicios de planificación familiar.

En América Latina y con toda seguridad en el Perú, las estimaciones de indicadores, estadísticas y datos sobre aspectos sociales, económicos y demográficos, para áreas pequeñas, ha generado gran interés y expectativas en los últimos años debido a las necesidades de información desagregadas geográficamente, como insumo básico en la elaboración de las estrategias de desarrollo, fundamentadas en la descentralización de los servicios públicos y de la administración de los recursos económicos. En este contexto, las políticas y programa destinados a atender las necesidades básicas de la población, tenderán a dar mayor responsabilidad a los gobiernos locales.

El análisis del uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional y departamental, es utilizado generalmente para determinar la prevalencia anticonceptiva, por medio de estimaciones directas realizadas con las encuestas ENDES. Estas estimaciones no son confiables para áreas pequeñas como son las provincias o distritos, porque el diseño y tamaño de las muestras no lo permite. El panorama se complica en el país con el cambio de la ENDES CONTINUA 2004-2005 que, por aspectos metodológicos, solamente permite inferir sus datos al ámbito nacional, regiones naturales y área urbana-rural, no da posibilidad, por el momento, de estudio en los departamentos como las encuestas anteriores, por ese inconveniente, el propósito de este trabajo es estimar la tasa de prevalecia de la práctica anticonceptiva para los departamentos y provincias a la vez que cuantificar subgrupos de población femenina consideradas como usuarias de métodos anticonceptivos, información importante para la programación y evaluación de los servicios de planificación familiar, cuantificaciones que además contribuirán al conocimiento de los cambios

ocurridos en los últimos años en el nivel de fecundidad de estos subgrupos de población.

Para alcanzar el propósito planteado, previamente se hará una somera descripción del contexto demográfico del país, en base a los resultados del último Censo de Población, necesario para cuantificar el número de usuarias de anticonceptivos y su distribución en el territorio nacional; desde que la población objetivo son las mujeres en edad de procrear, se hará un análisis especifico de este grupo de mujeres, dando énfasis en los aspectos vinculados a la procreación. Como un preámbulo para las estimaciones provinciales de la prevalencia anticonceptiva se hace un breve comentario sobre los principales aspectos de la Demanda de Planificación Familiar y el Uso Actual de Anticonceptivos, vinculando a variables que generan diferenciales de relevancia, para cumplir con el objetivo del estudio, esto es las estimaciones provinciales de la prevalencia anticonceptiva, se aplicará una metodología que combina datos de la ENDES, de inferencia nacional, con datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2005 y de la Encuesta Nacional Continua 2006 PRIMER SEMESTRE (ENCO 2006) para departamentos y provincias. Finalmente se explora sobre la influencia que pueda tener el desfase en el tiempo de las fuentes de datos utilizadas en la combinación lineal.

I. ASPECTOS PRELIMINARES

El desarrollo del estudio requiere de la descripción y conocimiento de algunos conceptos y características sociodemográficas de la población peruana, así como de las fuentes de datos y tratamiento dado a la información base para posibilitar las estimaciones que se proponen. Temas que no son parte del trabajo, pero que es necesario tenerlos presentes. Con esa finalidad se comenta brevemente los aspectos considerados de mayor relevancia que directa o indirectamente se relacionan a la estimación de los indicadores relativos a la planificación de la familia.

1.1 Conceptos

Concepción. Fusión del óvulo y del espermatozoide para dar un huevo fecundado. Sin embargo, a veces no se considera que se haya iniciado la concepción hasta que el huevo fecundado está implantado en el útero (Anidación).

Contracepción. Práctica que tiene como finalidad impedir que las relaciones sexuales terminen en una concepción. Recurrir a la contracepción es una práctica muy antigua que sin embargo no tomó suficiente importancia y se benefició de una serie de decisivas aportaciones técnicas hasta una época reciente. La actual variedad de métodos contraceptivos ayuda ampliamente a la difusión de la contracepción, difusión que también depende de las motivaciones que tengan las poblaciones para recurrir a la prevención de los nacimientos.

Contraceptivo o Anticonceptivo. Producto que permite la práctica de la contracepción. Estos productos pueden actuar mecánicamente, impidiendo la confluencia de los espermatozoides con el óvulo, lo que tiene lugar con los preservativos masculinos (condón) y femeninos (diafragma vaginal, capa cervical), o químicamente inmovilizando y luego eliminando los espermatozoides (espermicidas formando contenidos en óvulos, gels, cremas o espumas); los contraceptivos químicos, de menor eficacia que los preservativos, son empleados especialmente asociados a estos últimos. En la ducha vaginal poscoito, es el agua pura la que interviene, a veces acidificada con limón o con vinagre; este método, ampliamente utilizado en otro tiempo, es de una eficacia muy reducida. Son los últimos llegados, el dispositivo intrauterino y, más aún, los contraceptivos orales, los que actualmente predominan, porque asocian a una gran facilidad de uso una elevada eficacia.

Prevalencia Anticonceptiva (PA). Proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) un método anticonceptivo en un determinado momento. A menudo se restringe a las mujeres casadas o en unión sexual. Para el cálculo de esta proporción se requiere el número total de mujeres de edad reproductiva, por estado civil (optativo); y de éstas, el número de mujeres que utilizan actualmente un método anticonceptivo. La PA proporciona una medida de la cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos.

Internacionalmente se ha generalizado el concepto de Tasa de Prevalencia Anticonceptiva para hacer referencia a la Prevalencia Anticonceptiva, que como se ha dicho es una proporción no una tasa. La prevalencia se mide por una proporción y la

incidencia, por una tasa. Para un año dado, la prevalencia anticonceptiva mide la proporción de mujeres de edad reproductiva que utilizan una forma de anticoncepción. Para obtener una tasa verdadera del uso anticonceptivo, la medida deberá tener en el denominador la población sometida a riesgo (de embarazo), es decir, las mujeres sexualmente activas que no son infecundas, que no están embarazadas o que no son amenorreicas.

En los fueros demográficos comúnmente se suelen utilizar términos que técnicamente no son los apropiados, ejemplo, Tasa de mortalidad infantil, cuando en realidad es una relación entre hechos vitales y en una población estacionaria es una probabilidad; Tasa de Mortalidad Materna, refiriéndose a la relación de mortalidad materna.

Usuarios actuales. Es el número de mujeres (o sus parejas) en edad reproductiva que estén utilizando un método anticonceptivo en un determinado momento. El número de usuarios actuales proporciona una medida del volumen total de servicios de Planificación Familiar. El número de usuarios actuales en la población total puede estimarse multiplicando el número estimado de mujeres de edad reproductiva (si es necesario discriminada por estado civil) tomando de los censos o proyecciones de población, por la prevalencia anticonceptiva, calculada en una encuesta especializada como la ENDES.

Alguna vez usuaria. Es la proporción de mujeres en edad reproductiva que han utilizado alguna vez un método anticonceptivo (uso pasado), incluidas las que están utilizando un método en la actualidad. El número de personas que alguna vez han practicado la anticoncepción da una medida aproximada del grado en el que una población ha experimentado con métodos de anticoncepción, es decir, tiene conocimiento directo de la anticoncepción al haber ensayado el método en algún momento. Las comparaciones del uso pasado y el uso actual proporcionan información útil sobre continuación de la anticoncepción.

Fuente de suministro. Es la distribución porcentual de las fuentes de adquisición del método anticonceptivo (si se trata de más de una fuente se considera la última). Este indicador es útil para que los funcionarios de los programas de planificación familiar muestren dónde los usuarios de anticonceptivos obtienen sus suministros, para evaluar la eficacia del programa y para pronosticar las necesidades de adquisiciones.

Mezcla anticonceptiva. Es la distribución relativa de usuarios de anticonceptivos por tipo de método. Pueden tomarse dos grandes grupos; las usuarias de métodos modernos y las usuarias de métodos tradicionales (incluyendo los folklóricos), la alternativa es clasificar según el método especifico.

Tasas de falla del anticonceptivo. Es la probabilidad acumulada de que las mujeres que están usando un método anticonceptivo experimenten un embarazo dentro de un período de tiempo específico (por ejemplo, un año).

La falla del método incluye los embarazos debidos a fallas del método y fallas del usuario. Falla del método se refiere a la probabilidad teórica de embarazo accidental en la condición ideal de uso adecuado por todas las mujeres que utilizan un método en particular. Falla del usuario se refiere a embarazos accidentales resultantes del uso inadecuado.

1.2 Estratos Departamentales

La ubicación geográfica del Perú lo ha privilegiado en variedad y riqueza de ecosistemas, flora y fauna. En general prevalece un clima de características tropicales con vegetación profusa, producto de lluvias abundantes y variadas temperaturas que dan lugar a una diversidad de climas, no obstante la presencia del sistema

montañoso de los Andes, la Corriente Peruana y el Anticiclón del Pacífico Sur. Así se tiene que en la costa hay escasez de lluvias, excepto la zona norte. En la sierra se registra un clima variado, según la altitud de los parajes y las precipitaciones varían entre límites extremos. En la vertiente Este de los Andes se observa otra variedad de climas desde las zonas secas, templadas con lluvias temporales y el clima de selva tropical húmedo y lluvioso.

El territorio nacional posee una superficie de 1 millón 285 mil 215 kilómetros cuadrados, con tres regiones naturales (costa, sierra y selva) que establecen condiciones de vida y procesos culturales fuertemente diferenciados entre sí. Está dividido políticamente en 24 departamentos, 1 provincia constitucional, 194 provincias y 1,829 distritos, así mismo se define el Área Metropolitana de Lima-Callao, conformada por la provincia Constitucional del Callao y la provincia de Lima, territorio altamente urbanizado que concentra cerca de la tercera parte de la población peruana y la mayor parte de la actividad económica y comercial del país.

En estas condiciones geográficas y delimitaciones políticas, la mayor accesibilidad a los servicios de salud, incluyendo los relativos a los Programas de Planificación Familiar, depende de múltiples y complejas acciones, que varían desde las decisiones políticas, asignación de recursos económicos llegando a la ampliación y mantenimiento de los medios de comunicación carrozables, lo cual se torna difícil por su alto costo, pues en nuestro país si hay algo constante es la falta recursos económicos.

Así mismo, el país muestra una diversidad de características socio-demográficas entre los departamentos y aún dentro de ellos, por ejemplo, los contextos sociales y/o demográficos de Huancavelica y del Callao, o de las provincias de Yauyos y Lima son marcadamente diferentes. Esta percepción empírica sugiere que en algunos procesos de análisis o de estimación de indicadores es conveniente construir grupos o unidades de estudio con características aproximadamente homogéneas dentro de sí y heterogénea entre ellos, con una doble finalidad: darle mayor objetividad al análisis y conseguir mayor consistencia en la información.

Existen varios criterios para estratificar la población en grupos de departamentos según su nivel de vida. Así, en el análisis estadístico hay variedad de métodos que estudian la pertenencia de casos a diversos grupos, uno de ello es el "Análisis de Cluster", que se aplicó en un estudio sobre la Mortalidad Materna, con la finalidad de consolidar la información en grupos de departamentos[2/]. Este tipo de análisis, no considera grupos predefinidos; éstos se definen mediante el cálculo de proximidades (distancias o similaridades), a partir de los valores de las múltiples variables que se consideran adecuadas para ello. En este caso, se seleccionaron seis variables altamente relacionadas al nivel de fecundidad, en base a las cuales se definieron cuatro grupos o estratos departamentales.

En el año 2000 el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) elaboró el Mapa de Pobreza, con el objetivo de construir un instrumento que permita focalizar los programas de inversión social en áreas que se caracterizan por los bajos niveles de consumo de la población, especialmente infantil, elevados déficit de infraestructura social y una evidente incapacidad de integración de la población al proceso de desarrollo económico y social. Bajo esta concepción se seleccionaron siete indicadores básicos que reflejan estas deficiencias: 1) Tasa de desnutrición crónica; 2) Porcentaje de población excedente en relación a las aulas en uso; 3)

2/ Vallenas Ochoa, Guillermo. MINSA-OGE. "La Mortalidad Materna en el Perú". Lima-Perú, 2003.

Porcentaje de población que excede en relación a la capacidad de las postas; 4) Porcentaje de población sin servicio de agua; 5) Porcentaje de población sin servicio de desagüe; 6) Inaccesibilidad vial; y 7) Porcentaje de población sin electrificación. En base a la agregación de estos siete indicadores básicos que definen el nivel de pobreza, se construye un indicador único, el que permite establecer un ordenamiento de los departamentos del país y una agrupación de los mismos según estratos del nivel de vida.

Recientemente FONCODES ha publicado un nuevo Mapa de Pobreza, elaborado en base a la información del Censo de Población 2005. En su elaboración utiliza A) Indicadores de Carencias en servicios básicos como: 1) Porcentaje de población sin acceso a agua potable (red publica o pilones); 2) Porcentaje de población sin acceso a servicios higiénico (red pública o letrinas); y 3) Porcentaje de población sin acceso a servicios de electricidad. B) Indicadores de vulnerabilidad: 1) tasa de analfabetismo de mujeres de 15 años y más de edad; 2) porcentaje de niños de 0 a 12 años de edad; y 3) tasa de desnutrición crónica de niños de 6 a 9 años de edad. Como se observa, indicadores diferentes a los empleados el 2000. Como en el caso anterior, en base a las variables señaladas se define un indicador agregado de pobreza.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado un Informe sobre el desarrollo humano en el Perú[3/]. Este informe presenta el Índice de Desarrollo Humano 2005 para los ámbitos departamentales, provinciales y distritales. En la definición del IDH se utilizan indicadores de la longevidad (esperanza de vida al nacer), alfabetismo, escolaridad, logro educativo e ingreso familiar por persona. Con el rango de variación del IDH departamental, se construyen cuartiles, los cuales agrupan departamentos, en una escala ascendente del grado de desarrollo, que indudablemente lleva implícito niveles diferenciados de pobreza. En la misma forma se pueden construir cuartiles para el ámbito provincial.

Por considerar que este índice es actualizado y en gran parte de su elaboración se utiliza datos del censo 2005, se adopta la estratificación resultante para el tratamiento de la información utilizada en el presente documento. Los estratos departamentales resultantes se muestran en el mapa 1.1.

Los tres procedimientos utilizados en la formación de grupos departamentales muestran una escala degradante de estratos con gran similitud en sus componentes. El grupo más deprimido se conforma con los departamentos de la sierra central y sur, el estrato de mejores condiciones de vida lo conforman básicamente Lima, Callao y algunos departamentos de la costa sur, en tanto que uno de los grupos intermedios esta conformado sobre todo por los departamentos de la selva. La inclusión o exclusión de uno u otro departamento, sobre todo en los estratos intermedios son los principales factores que diferencias las formas de agrupamiento. Con gran dosis de objetividad se puede decir que las tres formas de estratificación conducen a lo mismo, esto es a mostrar las brechas globalizadas de inequidades que subsisten en el país.

1.3 La pobreza

El Perú enfrenta altos niveles de pobreza y desigualdad. En el 2004, un poco más de la mitad de la población del Perú era pobre y cerca del 20 por ciento vivía en la pobreza extrema. Aunque es difícil hacer comparaciones regionales debido a la utilización de diferentes líneas de pobreza en cada país, los niveles de pobreza en el Perú son inferiores a los de Ecuador y Colombia pero están por encima de los de Argentina y Brasil, si

3/ PNUD. "Informe sobre el Desarrollo Humano/Perú 2006". Lima-Perú, 2006

consideramos una línea de pobreza de 2 dólares por día[4/].

La Encuesta Nacional de Hogares aporta datos para el estudio de la pobreza por el método de las Líneas de Pobreza, en función del gasto que se realiza en los hogares, según esta encuesta, en el año 2004, el 51.6 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza, de los cuales, el 19.2 por ciento eran considerados pobres extremos. En los últimos cuatro años, la tendencia del porcentaje de pobres ha disminuido en cerca de 3 puntos porcentuales, descenso de menor importancia que la ocurrida en los pobres extremos donde los puntos porcentuales ganados están cercanos a cuatro.

Las relaciones entre la variación del índice de pobreza o pobreza extrema son en el mismo sentido que las comparaciones anteriores, en la medida que mejora las condiciones de vida de los grupos de departamentos (Estratos), el porcentaje de pobres y pobres extremos disminuye. En el 2004 en el estrato 1, que agrupa departamentos cuyas condiciones de vida son las menos favorables del país, el 70.7 por ciento de sus habitantes eran pobres, en cambio, en el estrato de mejores condiciones de vida el 37.1 por ciento, un poco más de la tercera parte de sus habitantes, eran considerados pobres. La pobreza extrema muestra la misma inequidad, aunque sus cifras son de magnitudes menores, en el estrato 1 la pobreza extrema envolvía al 37.5 por ciento, contra 5.0 por ciento del estrato 4. Los departamentos de Huancavelica y Huanuco son los que albergan al mayor porcentaje de pobres y pobres extremos, en tanto que Tacna y Callao los de menor pobreza. Cuadro Nº 1.1

Cuadro Nº 1.1
PERU: PORCENTAJE DE POBRES Y POBRES EXTREMOS, POR AÑO, SEGÚN CUARTILES. 2001-2004

CUARTILES	POBLACION EN POBREZA (%) (Línea de pobreza con el gasto)				POBLACION EN EXTREMA POBREZA (%) (Línea de pobreza con el gasto)			
	2001 (a)	2002 (a)	2003 (b)	2004 (b)	2001 (a)	2002 (a)	2003 (b)	2004 (b)
TOTAL	**54,3**	**53,8**	**52,2**	**51,6**	**24,1**	**24,2**	**21,9**	**19,2**
MAS POBRE	76,1	76,2	73,4	72,0	53,4	52,0	46,5	39,2
CUARTIL 2	66,9	64,2	66,2	60,1	36,7	35,3	33,5	25,8
CUARTIL 3	56,8	55,8	50,8	48,8	23,2	24,1	19,7	18,4
MENOS POBRE	34,7	35,6	35,0	36,6	4,6	4,3	4,2	4,8

Fuente: INEI.- a/ Encuesta Nacional de Hogares-IV trimestre: 2001 y 2002.
b/ Encuesta Nacional de Hogares -Anual: 2003 y 2004.

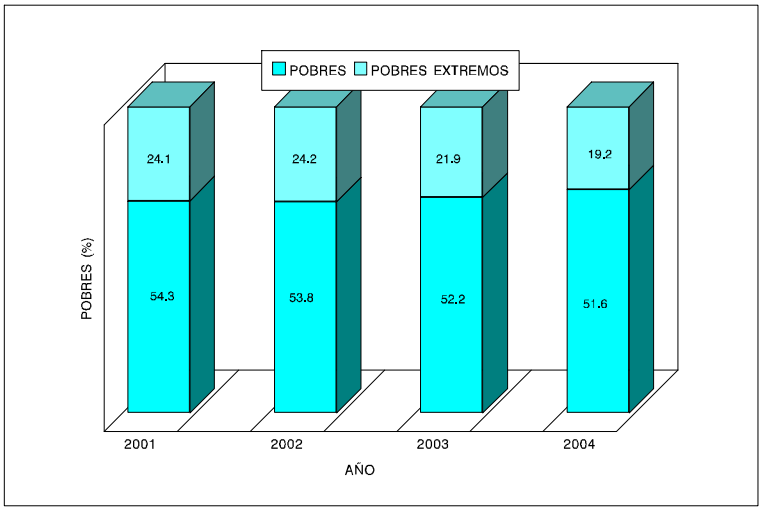
4/ Banco Mundial. "Oportunidades para todos: Por un Perú menos pobre y más incluyente". Resumen Ejecutivo. Lima-Perú. 2006

Cuadro Nº 1.2
PERU: PORCENTAJE DE POBRES Y POBRES EXTREMOS, POR AÑO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2001-2004

CUARTILES Y DEPARTAMENTOS	POBLACION EN POBREZA (%) (Línea de pobreza con el gasto)				POBLACION EN EXTREMA POBREZA (%) (Línea de pobreza con el gasto)			
	2001 (a)	2002 (a)	2003 (b)	2004 (b)	2001 (a)	2002 (a)	2003 (b)	2004 (b)
TOTAL	**54,3**	**53,8**	**52,2**	**51,6**	**24,1**	**24,2**	**21,9**	**19,2**
AMAZONAS	69,4	76,9	72,7	60,9	44,3	55,9	46,0	28,9
ANCASH	57,4	55,7	55,2	55,3	28,2	23,1	27,3	23,4
APURIMAC	73,0	75,5	68,0	65,9	46,3	51,8	36,7	30,7
AREQUIPA	45,4	38,6	38,7	40,9	16,5	10,9	11,4	10,7
AYACUCHO	70,8	73,8	71,8	64,9	40,1	43,3	37,7	24,9
CAJAMARCA	77,6	78,8	76,7	74,2	56,4	55,9	51,2	36,9
CALLAO	31,8	34,2	33,7	36,6	2,0	2,8	2,6	3,4
CUSCO	72,7	62,8	58,6	59,2	50,2	37,7	26,1	25,9
HUANCAVELICA	86,0	84,2	85,7	84,4	70,4	63,6	68,6	59,9
HUANUCO	76,6	82,3	81,0	77,6	60,5	61,7	58,4	49,6
ICA	46,7	42,6	30,6	29,2	9,0	5,6	2,6	2,4
JUNIN	56,3	62,5	57,8	52,6	22,7	31,8	22,5	18,3
LA LIBERTAD	53,1	47,9	49,7	48,2	20,0	20,7	21,2	22,5
LAMBAYEQUE	64,8	63,9	46,3	46,7	26,5	24,7	11,2	12,5
LIMA	32,6	34,7	35,1	37,1	2,6	3,2	3,2	4,2
LORETO	71,6	63,4	67,2	62,7	46,5	37,7	38,2	32,0
MADRE DE DIOS	48,7	43,1	31,4	20,4	15,8	17,5	3,8	4,5
MOQUEGUA	28,5	35,3	32,1	37,2	7,6	11,9	6,7	10,5
PASCO	63,6	65,8	56,7	61,6	31,2	34,8	26,7	27,3
PIURA	62,5	63,2	66,5	60,9	24,2	28,9	28,6	20,8
PUNO	77,3	80,4	77,1	79,2	50,7	54,9	52,2	49,8
SAN MARTIN	68,2	58,7	66,8	57,1	43,0	31,2	32,0	24,0
TACNA	34,4	34,3	33,9	26,7	6,6	6,2	9,6	5,2
TUMBES	44,4	35,7	25,8	21,6	7,5	6,7	3,7	1,1
UCAYALI	70,8	65,8	61,4	55,8	47,8	41,3	36,2	30,2

Fuente: INEI.- a/ Encuesta Nacional de Hogares-IV trimestre: 2001 y 2002.
b/ Encuesta Nacional de Hogares -Anual: 2003 y 2004.

Gráfico Nº 1.1
PERÚ: POBREZA Y POBREZA EXTREMA. 2001-2004
(Líneas de Pobreza por el gasto)



Fuente. ENAHO

La pobreza, medida por el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), ha disminuido a un ritmo constante durante los últimos diez años a medida que se expandía el acceso a la infraestructura y los servicios básicos. La parte de la población que tenía por lo menos una NBI ha bajado de 57 por ciento en 1993 a 40 por ciento en 2003. El avance ha sido importante tanto en las áreas urbanas como en las rurales, ya que durante este periodo el índice de NBI ha bajado de 42 por ciento a 25 por ciento en las áreas urbanas y de 90 por ciento a 71 por ciento en las rurales. Sin embargo, la mayoría de la disminución se dio durante la década de 1990, antes de que los niveles de inversión pública se recortaran significativamente, hecho que frenó el ritmo de avance en el acceso a los servicios básicos.

1.4 Densidad Demográfica

La Provincia Constitucional del Callao debido a su superficie relativamente pequeña y la alta concentración de población registra la más alta densidad poblacional, 5 mil 727 habitantes por kilómetro cuadrado, cifra que contrasta con la del Departamento de Madre de Dios que con su considerable extensión (el tercer departamento de mayor superficie) y el escaso número de habitantes (el menos poblado del país) muestra una densidad de 1 habitante por kilómetro cuadrado.

La densidad, como indicador de la concentración demográfica, tiene serias limitaciones, pues supone una distribución homogénea de la población en el territorio considerado, y puede llevar a interpretar equivocadamente que todo el territorio analizado esta igualmente poblado, lo cual no es cierto, pues como es de conocimiento general, en todos los departamentos existen zonas de alta densidad como las ciudades, grandes o pequeñas, a la vez que otras de baja densidad, como las áreas rurales.

Por razones obvias, los centros de salud se habilitan en las zonas urbanas, generalmente capitales de distrito, la alta dispersión de la población rural contribuye con esta realidad pues difícilmente se podrá dotar de estos establecimientos aún a los centros poblados

Cuadro Nº 1.3
PERU: POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD
SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

DEPARTAMENTO	POBLACION	SUPERFICIE Km²	DENSIDAD hab/Km²
PERU	**27 219 264**	**1 285 215,60**	**21,2**
AMAZONAS	404 710	39 249,13	10,3
ANCASH	1 079 460	35 825,57	30,1
APURIMAC	435 019	20 895,79	20,8
AREQUIPA	1 184 762	63 345,39	18,7
AYACUCHO	643 200	43 814,80	14,7
CAJAMARCA	1 411 380	33 247,77	42,5
CALLAO	841 801	146,98	5 727,3
CUSCO	1 216 633	71 891,97	16,9
HUANCAVELICA	464 278	22 131,47	21,0
HUANUCO	759 021	36 938,09	20,5
ICA	691 238	21 327,83	32,4
JUNIN	1 193 127	44 409,67	26,9
LA LIBERTAD	1 599 100	25 569,67	62,5
LAMBAYEQUE	1 133 594	14 231,30	79,7
LIMA	8 120 727	34 801,59	233,3
LORETO	918 199	368 851,95	2,5
MADRE DE DIOS	95 567	85 182,63	1,1
MOQUEGUA	165 443	15 733,97	10,5
PASCO	277 037	25 319,59	10,9
PIURA	1 693 594	35 892,49	47,2
PUNO	1 293 489	71 999,00	18,0
SAN MARTIN	695 771	51 253,31	13,6
TACNA	285 069	16 075,89	17,7
TUMBES	199 099	4 669,20	42,6
UCAYALI	417 946	102 410,55	4,1

Fuente: INEI. Censos Nacionales.
Nota: Población nominalmente censada más la omitida. No incluye la población de los distritos de Mazamari y Pangoa de la provincia de Satipo en el departamento de Junín que no fueron censados.

rurales de mayor población, por esta razón, el número de centros de salud y recursos humanos especializados es todavía insuficiente.

En esta situación se espera que la cobertura de los servicios de salud, que involucra la Planificación Familiar, aumentará por el acceso de la población a ellos más que por su diseminación territorial, debido a que el proceso de urbanización, que se da en todo el territorio nacional, concentra cada vez más la población en las áreas urbanas, donde están los establecimientos de salud, de esta manera habrá mayor población con posibilidades de acceso a los servicios de salud, aunque esto genere un posible deterioro de calidad de atención.

En cuanto a la demanda de servicios de salud, a parte de las facilidades de acceso hay otro aspecto no menos importante que es el factor cultural, una de cuyas facetas es la educación para la salud, a la par de la alfabetización, que debe concretarse en acciones de política cuyo objetivo principal sea acabar con el analfabetismo y educar a la población, entre otros aspectos, para agudizar su capacidad de advertir el estado de deterioro de su salud o el incremento del riesgo reproductivo y los impulse a acudir a los establecimientos de salud en busca de alivio. El ideal es conseguir que el paciente o poblador que demande servicios de salud este informado o en trance de buscar información.

Esta imagen resulta coherente con los cambios que deberían operarse en el paciente, que dejaría de ser un sujeto pasivo para convertirse en un agente activo, autónomo y capaz de llevar las riendas de su salud. Los pobladores deberían estar informados cada vez más, ser cada vez más exigentes y tener mayor capacidad de decisión. Y, ciertamente, esta imagen tiene una base real que está directamente relacionada con la facilidad de acceso a la información, con el desarrollo de la medicina basada en la evidencia y con una mayor madurez social, entre otros factores.

Lo que se plantea como ideal, a la postre, es promover no sólo la educación de los pobladores demandantes de servicios de salud, sino también la modernización y eficiencia del sistema sanitario, pues los pacientes informados gestionan mejor su salud y utilizan mejor los recursos sanitarios y evidentemente exigen servicios de calidad.

La densidad poblacional, tal como la hemos medido, depende del número de habitantes de los departamentos y su extensión territorial, por lo que no debería establecerse relación alguna con el grado de pobreza o desarrollo socioeconómico de sus pobladores, sin embargo, se observa en la estratificación departamental cierta tendencia al incremento de la densidad en la medida que disminuye el grado de pobreza, evidentemente distorsionada por la extensión de Loreto y la concentración poblacional del Callao. En alguna medida se detecta una relación inversa entre densidad poblacional y pobreza, lo cual se explica por el grado de urbanización de los departamentos, esto es, que cuanto más dispersa esta la ocupación territorial o cuanto menor sea el grado de urbanización el contexto social, económico y demográfico se constituye en un factor negativo para el desarrollo de sus habitantes.

Cuadro Nº 1.4
PERU: POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD
SEGÚN ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 2005

CUARTILES	POBLACION	SUPERFICIE Km²	DENSIDAD hab/Km²
TOTAL	**27 219 264**	**1 285 215,60**	**21,2**
CUARTIL (I)	6 223 020	300 918,89	20,7
CUARTIL (II)	4 407 257	622 977,02	7,1
CUARTIL (III)	5 299 947	209 888,04	25,3
CUARTIL (IV)	11 289 040	151 431,65	74,5

Fuente: INEI. Censos Nacionales.
Nota: Población nominalmente censada más la omitida. No incluye la población de los distritos de Mazamari y Pangoa de la provincia de Satipo en el departamento de Junín que no fueron censados.

Finalmente, la disminución importante de los índices de pobreza dará oportunidad a la población a acceder a los servicios de salud, acción que de todas maneras representa un costo, sea para movilizarse, comprar medicinas y pagos mínimos por los servicios. El seguro Integral de Salud, en este aspecto, es de mucha importancia.

1.5 Estudios Publicados

En el país se han aplicado en contadas oportunidades diferentes metodologías de estimación para áreas pequeñas, el INEI, ha revisado las proyecciones de población en función de la información proporcionada por la ENDES 2000, esta revisión comprende dos etapas, la primera aplica el método de los componentes para proyectar la población de todo el país, en la segunda realiza estimaciones al nivel de departamentos, provincias y distritos, en base a la técnica de las "Tendencias y Prorrateo". El mismo trabajo se realizó con ocasión de la ENDES 1996, en esa oportunidad se probaron las técnicas de estimación en áreas pequeñas conocidas como "Variables Sintomáticas" y la de "Tendencias y Prorrateo", pues además de los datos de la ENDES 1996, se realizó trabajo de campo en un conteo selectivo, y se recolectó estadísticas vitales para ciertos distritos.

En 1997 la UNMSM en su revista "Sienta Oni"[5/] publicó la investigación "Mezcla Anticonceptiva en las Provincias del Perú", que trata de estimaciones sobre el uso, tipo y número de mujeres usuarias de anticonceptivos en las provincias. El método de estimación fue el de la "Combinación Lineal", en base al Censo de Población 1993 y la ENDES 1996, cuyo nivel de inferencia alcanza a los departamentos.

En 1995 el INEI publicó el estudio "Perú: Demanda de Planificación Familiar"[6/], el mismo que considera estimaciones de la Demanda de Planificación Familiar y sus componentes (Uso Actual, Demanda Insatisfecha y Falla del método anticonceptivo) para las provincias, mediante la aplicación del método de "Combinación Lineal" a datos de la ENDES 1991-92 y el Censo de 1993[7/].

En octubre del 2002, el INEI publicó la Investigación "Metodologías para estimar Indicadores Sociodemográficos en Áreas Menores" donde se definen tres métodos de estimación que combinan información de las ENDES 1991-92, 1996 y 2000 y el Censo 1993.

En el año 2004, en el Instituto de Investigación de Ciencias Matemáticas de la UNMSM, se desarrolló el proyecto de Investigación "Formulación y Aplicación del método de Contextos para estimar Indicadores de Cohortes en Áreas Menores". Un planteamiento metodológico que utiliza no solo la combinación de fuentes de datos, sino además otros métodos como la "regresión" y la "tendencia y Prorrateo".

Entre los trabajos publicados en otros países se tienen el de José García Núñez, Yolanda Palma C., Leopoldo Núñez y Javier Jiménez. "Estimaciones Programáticas para Áreas Geográficas Pequeñas", Mayo de 1994. México. En Paraguay, se desarrolló la metodología que combinó datos de la Encuesta Nacional de 1995-1996 en el nivel regional, con datos correlacionados del Censo de Población y vivienda de 1992 por distrito, realizada por José García Núñez y Maria Mercedes Melían, en 1997.

5/ Vallenas, Guillermo. "Mezcla Anticonceptiva en las Provincias del Perú". UNMSM, Sienta Omni, Volumen 1, Número 2. Lima Perú 1997.

6/ Vallenas, Guillermo. "Perú: Demanda de Planificación Familiar". INEI-UNFPA-MINSA. Lima Perú, 1995.

7/ Vallenas, Guillermo. "Metodologías para estimar indicadores sociodemográficos en áreas menores" DHS-INEI. Lima-Perú 2002

En Colombia, se aplicó la metodología de la combinación Lineal para estimar indicadores de prevalencia, violencia intrafamiliar, fecundidad y mortalidad para los 1.050 municipios del país, esta fue aplicada por José García Núñez y otros, a través del Departamento Administrativo Nacional de Estadística en 1998.

En el año 2001 el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) publico un "Numero Especial" sobre Estimaciones indirectas para áreas menores. Los artículos que contiene la publicación abarcan distintos temas como: población, prevalencia y demanda anticonceptiva, ingreso y pobreza.

1.6 Fuentes de Datos

Los censos de población tienen la ventaja de su cobertura para todo el país y el sistema de recolección que llega a cada uno de los individuos del universo, sin embargo, el hecho de ser una operación estadística de gran envergadura y alto costo produce desventajas sobre todo referidas a su periodicidad y a la profundidad de la información recogida sobre cada tema. Los censos de población se realizan por lo general a intervalos de 10 años, en fechas cercanas al año inicial del decenio, según lo recomiendan organismos internacionales. En el país se dispone, entre otros, los Censos de Población y Vivienda de 1993 y 2005.

Las Encuestas Nacionales, en concreto las ENDES, proporcionan información sobre características socio-demográficas y de salud para todo el país, áreas urbanas y rurales, regiones naturales, grandes ciudades y departamentos. Se dispone de los resultados de las ENDES 1986, 1991-92, 1996, 2000 y 2004-2005. Todas proporcionan información especializada sobre distintos temas demográficos, en especial sobre la Planificación Familiar. Aunque la del 2004-2005 es una encuesta en etapas, a la fecha de elaboración de este trabajo se tenía entrevistada a cerca de 12,000 mujeres en edad fértil, que dan información sobre anticoncepción con alto grado de aceptabilidad para ámbitos: nacional, regiones naturales y área de residencia urbano rural.

La Encuesta Nacional Continua Primer Semestre 2006 (ENECO I), que es complementaria del censo de Población 2005, investiga temas no considerados en el Censo 2005 como: estado civil, residencia urbano-rural, fecundidad, mortalidad, migraciones y actividad de la población, entre otros. Esta encuesta empadrona aproximadamente 300,000 personas y se lleva a cabo con carácter permanente, al cabo de algunos años se espera alcanzar inferencias hasta el nivel provincial. En esta primera etapa se permite un nivel de inferencia Departamental, aunque para proporciones entre dos grupos se puede llegar a las provincias.

1.7 Algunos problemas para la estimación en áreas pequeñas

Cuando se utilizan dos fuentes de datos y en algunos casos encuestas levantadas en diferentes momentos, no se emplean las mismas definiciones o conceptos, por ejemplo, tanto en los diferentes censos o encuestas las definición de las poblaciones urbanas y rurales no siempre se han usado los mismos conceptos, hay criterios urbanísticos, cuantitativos, de dispersión poblacional y mezcla de estos, este aspecto debe ser tratado con sumo cuidado y en el mejor de los casos superado con planteamientos hipotéticos. El último Censo de Población (2005) es un buen ejemplo de este tipo de inconvenientes, pues la población considerada es de "derecho o de jure", en tanto que en el censo anterior (1993) la población es de "hecho o de facto". Poblaciones técnicamente incomparables.

Un problema no menos importante es el vinculado a la fecha de referencia de las Fuentes de Datos que se combinan para realizar las estimaciones, es el caso que si bien las encuestas dan información actualizada, el dato de ponderación que es el Censo se mantiene estático, entonces no se toma en cuenta en las estimaciones los cambios en las estructuras sociales que se podría producir entre la fecha del Censo y de la Encuesta. Ahora que se dispone de un nuevo Censo, se podrá evaluar este aspecto.

En tal sentido, un problema crítico en las estimaciones indirectas basadas en distintas fuentes de datos se vincula a considerar datos correspondientes a periodos diferentes, sobre todo si se trata de analizar cambios en el tiempo, aunque se disminuye esta dificultad si se realizan estimaciones puntuales. Sin embargo, el hecho de que algunas variables muestren cierta estabilidad en el tiempo podría dar cierta confianza en las estructuras diferenciales, en tanto que los cambios del nivel tomaran mayor fuerza en las estimaciones directas para el dominio de la encuesta. El estudio de estas características dará la validez necesaria a las estimaciones en áreas pequeñas.

II. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

2.1 El Estado de la Población

Según el Censo de Población del 2005, el país estaba habitado por 27 millones 219 mil 264 personas[8/], población 1.2 veces mayor que la censada en el año 1993. En los 65 años transcurridos entre 1940 y el 2005, años censales, la población se ha multiplicado en aproximadamente cuatro veces, a diferentes velocidades de crecimiento, de acuerdo a los cambios experimentados en las tendencias del nivel de la mortalidad, fecundidad y migración externa.

Cuadro Nº 2.1
PERÚ: POBLACIÓN, SEGÚN LOS CENSOS. 1940-2005

AÑO DEL CENSO	POBLACION			
	TOTAL	CENSADA	NO CENSADA (Omitida)	ESTIMADA EN LA AMAZONIA
1940	7 023 111	6 207 967	465 144	350 000
1961	10 420 357	9 906 746	412 781	100 830
1972	14 121 564	13 538 208	543 556	39 800
1981	17 762 231	17 005 210	727 021	30 000
1993	22 639 443	22 048 356	531 543	59 544
2005	27 219 264	26 152 265	1 066 999	Sin información

Fuente: INEI. Censos Nacionales de 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 Y 2005.

En el 2005 el departamento de Lima era el más poblado con un poco menos de la tercera parte de la población del país (8 millones 120 mil 127 habitantes), población que en su gran mayoría residía en la ciudad de Lima. Estableciendo un orden de acuerdo al tamaño de la población, le sigue a Lima el departamento de Piura (1'693,594 habitantes), La Libertad (1'599,100 habitantes), Cajamarca (1'411,380 habitantes). En el lado opuesto, es decir, algunos de los departamentos de menor población, son: Tacna (285,069 habitantes), Moquegua (165,443 habitantes), y Madre de Dios (95, 567 habitantes), este último era el departamento de menor población (Cuadro 2.2).

2.1.1 División por género

Según datos empíricos, en todas las poblaciones se produce una sobre natalidad masculina, aproximadamente nacen 105 varones por cada 100 mujeres, a partir del nacimiento esta relación se altera por efectos de la mayor intensidad de la mortalidad masculina, lo que haría disminuir la relación de masculinidad en la medida que avanza la edad, así mismo, la migración diferencial por género altera esta relación, en este caso no hay un patrón de cambios definido.

8/ Esta cifra considera la población nominalmente censada más la omitida. No incluye la población de los distritos de Mazamari y Pangoa de la provincia de Satipo en el departamento de Junín, que no fueron empadronadas.

La relación de masculinidad[9] de la población total es un promedio que resume los efectos, tanto de la mortalidad, como de la migración sobre la proporcionalidad entre hombres y mujeres de la población. Según el Censo del 2005 la distribución de la población nacional, en relación al género, denota una ligera sobrepoblación femenina ya que se censaron 997 hombres por cada 1,000 mujeres. En los departamentos esta distribución es variada, pues el efecto de la migración interna, diferencial por género, determina situaciones particulares. Resaltando los extremos, se tiene el departamento de Tumbes la mayor proporción de varones, con 1,084 hombres por 1,000 mujeres y Lima, el opuesto, con 966 hombres por 1,000 mujeres.

Cuadro Nº 2.2
PERU: POBLACION, POR SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. Censo 2005

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN			RELACIÓN DE MASCULINIDAD (%)
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
TOTAL	**27 219 264**	**13 590 840**	**13 628 424**	**99,70**
AMAZONAS	404 710	208 663	196 047	106,44
ANCASH	1 079 460	537 434	542 026	99,15
APURIMAC	435 019	218 525	216 494	100,94
AREQUIPA	1 184 762	589 642	595 120	99,08
AYACUCHO	643 200	320 565	322 635	99,36
CAJAMARCA	1 411 380	708 051	703 329	100,67
CALLAO	841 801	416 021	425 780	97,71
CUSCO	1 216 633	614 163	602 470	101,94
HUANCAVELICA	464 278	229 696	234 582	97,92
HUÁNUCO	759 021	384 596	374 425	102,72
ICA	691 238	343 050	348 188	98,52
JUNIN	1 193 127	594 677	598 450	99,37
LA LIBERTAD	1 599 100	792 867	806 233	98,34
LAMBAYEQUE	1 133 594	558 172	575 422	97,00
LIMA	8 120 727	3 990 672	4 130 055	96,63
LORETO	918 199	473 927	444 272	106,67
MADRE DE DIOS	95 567	51 695	43 872	117,83
MOQUEGUA	165 443	84 368	81 075	104,06
PASCO	277 037	141 487	135 550	104,38
PIURA	1 693 594	851 589	842 005	101,14
PUNO	1 293 489	652 683	640 806	101,85
SAN MARTÍN	695 771	365 264	330 507	110,52
TACNA	285 069	143 829	141 240	101,83
TUMBES	199 099	103 564	95 535	108,40
UCAYALI	417 946	215 640	202 306	106,59
AREA METROP. LIMA-CALLAO	7 796 384	3 820 831	3 975 553	96,11

Fuente: Censo de Población 2005

9/ La relación de masculinidad se calcula dividiendo el número de hombres entr5e el de mujeres, multiplicando el resultado por cien.

Los movimientos migratorios internos se dirigen de las áreas rurales hacia las urbanas y de los centros poblados pequeños hacia los grandes, además, en esos movimientos hay mayor intensidad en la migración femenina. Este proceso queda evidenciado al observar la relación por género de los estratos, donde los conformados por los departamentos más deprimidos, expulsores de población, muestran una sobrepoblación masculina, en cambio, los estratos de mejores condiciones económicas, con mayor urbanización, hay una sobrepoblación femenina.

Cuadro Nº 2.3
PERU: POBLACION, POR SEXO, SEGÚN ESTRATOS. Censo 2005

ESTRATOS	POBLACION			RELACION DE MASCULINIDAD (%)
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	
TOTAL	**27 219 264**	**13 590 840**	**13 628 424**	**99,70**
MAS POBRE	6 223 020	3 128 279	3 094 741	101,08
CUARTIL 2	4 407 257	2 256 570	2 150 687	104,92
CUARTIL 3	5 299 947	2 638 409	2 661 538	99,13
MENOS POBRE	11 289 040	5 567 582	5 721 458	97,31

Fuente: Censo de Población 2005

2.1.2 Estructura por edad

La estructura por edad de la población peruana contornea una Pirámide Poblacional Constrictiva, esto es un menor número de personas en edades menores, efecto indudable del descenso de los niveles de fecundidad y mortalidad observados en las última décadas, lo que nos embarca en un acelerado proceso de envejecimiento que en el futuro cercano presionará la demanda de servicios de Geriatría, donde la infraestructura física y personal profesional especializado para brindar servicios a los adultos mayores es fundamental y el país debe estar preparado.

En el interior del país la situación es variada, sin embargo, se aprecia claramente que a mayor pobreza la estructura por edad se convierte en un factor desfavorable al desarrollo de su población. Los departamentos agrupados en el estrato de mayor pobreza muestran una pirámide poblacional "joven" donde los contingentes de niños inician su retracción, consecuencia de un descenso de la fecundidad reciente y un relativo alto nivel de la mortalidad, en cambio, el estrato opuesto muestra una población en proceso de envejecimiento, donde la disminución del número de niños es de larga data.

Las características de la estructura por edad de la población se resumen en algunos indicadores que son producto de las relaciones entre grupos distintos de edad. Así se tiene que en el país la relación de dependencia[10/] en el 2005 indica 60 personas dependientes, por cada 100 habitantes de la fuerza de trabajo, cifra que ha descendido considerablemente en relación a 1993 donde se registró 71, este cambio se debe a la considerable disminución relativa de los menores de 15 años

10/ La relación de dependencia es el cociente entre la suma de los menores de 15 años y los de 65 y más años de edad, entre la población en edad de trabajar (15 a 64 años).

de edad, pese al incremento de los adultos mayores. Es indudable que los efectos de la caída del nivel de la fecundidad tienen mayor impacto en la relación de dependencia que el incremento de la longevidad por la baja de la mortalidad.

En el estrato "más pobre", la tasa de dependencia es de 73, esto es que cerca de 7 pobladores, menores y viejos, dependen de 10 personas en edad de trabajar, cifra relativamente alta debido al gran contingente de menores de 15 años, el que

Gráfico Nº 2.1
PERÚ: PIRAMIDE DE POBLACIÓN

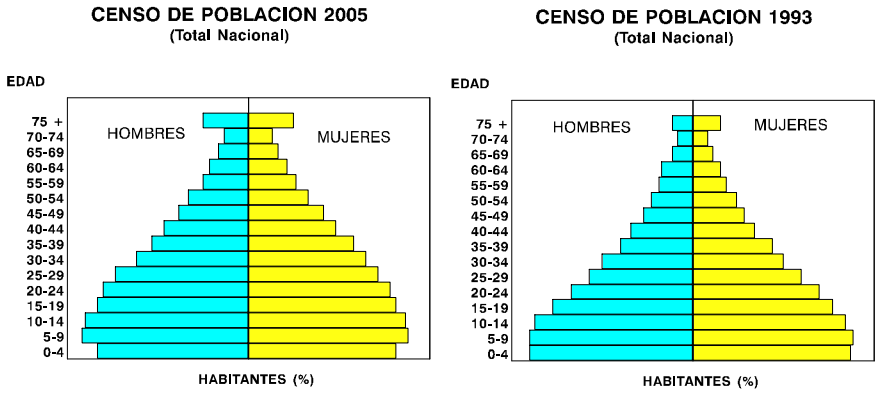
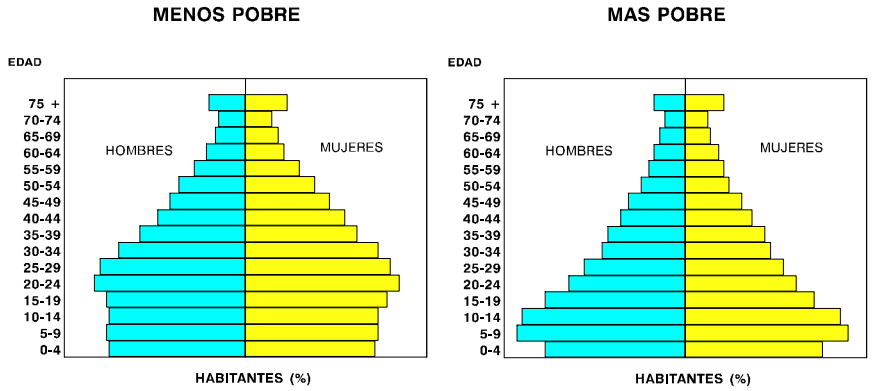


Gráfico Nº 2.2
PERU: PIRAMIDE DE POBLACION, POR ESTRATOS.
CENSO DE POBLACION. 2005



Fuente. Censo de Población 2005

a su vez es consecuencia de los altos niveles de fecundidad que los departamentos que conforman este estrato han mantenido en las últimas décadas (relación de puerilidad de 50.1)[11/]. La relación de

11/ La relación de dependencia se suele dividir en dependencia por ancianidad (el cociente entre personas de 65 y más años y las personas de 15 a 64 años) y la dependencia por puerilidad (el cociente entre personas menores de 15años y las personas de 15 a 64 años).

dependencia muestra una clara tendencia a disminuir en la medida que la población pasa de estratos consi derados con niveles de vida adversos hacia los que registran mejores condiciones de vida. Otra relación clara es la existente entre las condiciones de vida de los departamentos y el grado de juventud de su población, a menores condiciones de vida mayor proporción de niños menores de 15 años.

El grupo de departamentos del estrato "menos pobre", opuesto al grupo anterior, muestra una pirámide poblacional en pleno proceso de envejecimiento, hay una contracción de los grupos de pobladores menores de 15 años, la relación de dependencia promedio en estos departamentos es de 49.6, cercana a la mitad de la observada en el estrato "muy pobre", la relación de puerilidad de 39.9. En los departamentos que integran este estrato, el descenso de los niveles de fecundidad y mortalidad es un proceso de varias décadas.

Cuadro Nº 2.4
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICADORES DE LA ESTRUCTURA POR EDAD, SEGÚN ESTRATOS. 2005

ESTRATOS	POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD				RELACION DE		
	TOTAL	00-14	15-64	65 +	DEPENDENCIA (Porcentaje)	ANCIANIDAD (Porcentaje)	PUERILIDAD (Porcentaje)
TOTAL	**27 219 264**	**8 523 460**	**17 025 393**	**1 670 411**	**59,9**	**9,8**	**50,1**
MAS POBRE	6 223 020	2 231 741	3 597 206	394 073	73,0	11,0	62,0
CUARTIL 2	4 407 257	1 590 080	2 611 798	205 379	68,7	7,9	60,8
CUARTIL 3	5 299 947	1 697 155	3 267 721	335 071	62,2	10,3	51,9
MENOS POBRE	11 289 040	3 004 484	7 548 668	735 888	49,6	9,7	39,9

Fuente: Censo de Población 2005

En el ámbito departamental, los departamentos de mayor relación de dependencia y con altos índices de pobreza son: Huancavelica (89.9%), Apurímac (83.0%), Amazonas (77.4%) y Ayacucho (77.3%), que exceptuando Amazonas, pertenecen al estrato más deprimido. Los de menor tasa de dependencia como: Tacna (46.3), Lima (48.8%), Moquegua (49.4%) y Callao (50.1%), pertenecen al grupo de departamentos con mejores condiciones de vida.

El área Metropolitana de Lima-Callao, conformado por las provincias de Lima y Callao, reviste de gran importancia, pues a parte de ser el primer centro industrial y comercial de nuestro país, da residencia a cerca de la tercera parte de la población nacional. Su composición por edad y género, aparte del impacto de los cambios en el nivel de fecundidad y mortalidad, es producto de una migración interna de gran intensidad que por varias décadas ha señalado como destino principal a esta gran urbe. La tasa de dependencia es una de las más bajas del país (47.7%), nos indica que aproximadamente hay un dependiente por cada dos habitantes en edad de trabajar. Esta dependencia es reducida debido a que la fuerza de trabajo (población en edad de trabajar) está fuertemente incrementada por la migración interna.

Cuadro Nº 2.5
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD E INDICADORES DE LA ESTRUCTURA POR EDAD, SEGÚN ESTRATOS Y DEPARTAMENTOS. 2005

NIVELES Y DE VIDA DEPARTAMENTOS	POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD				RELACION DE		
	TOTAL	00-14	15-64	65 +	DEPENDENCIA (Porcentaje)	ANCIANIDAD (Porcentaje)	PUERILIDAD (Porcentaje)
TOTAL	**27 219 264**	**8 523 460**	**17 025 393**	**1 670 411**	**59,9**	**9,8**	**50,1**
AMAZONAS	404 710	157 590	228 111	19 009	77,4	8,3	69,1
ANCASH	1 079 460	349 581	650 181	79 698	66,0	12,3	53,8
APURIMAC	435 019	166 065	237 765	31 189	83,0	13,1	69,8
AREQUIPA	1 184 762	319 700	783 061	82 001	51,3	10,5	40,8
AYACUCHO	643 200	235 383	362 768	45 049	77,3	12,4	64,9
CAJAMARCA	1 411 380	506 990	816 885	87 505	72,8	10,7	62,1
CALLAO	841 801	229 559	560 795	51 447	50,1	9,2	40,9
CUSCO	1 216 633	429 356	715 710	71 567	70,0	10,0	60,0
HUANCAVELICA	464 278	190 195	244 541	29 542	89,9	12,1	77,8
HUANUCO	759 021	287 971	431 928	39 122	75,7	9,1	66,7
ICA	691 238	202 166	443 449	45 623	55,9	10,3	45,6
JUNIN	1 193 127	395 495	726 265	71 367	64,3	9,8	54,5
LA LIBERTAD	1 599 100	505 071	991 569	102 460	61,3	10,3	50,9
LAMBAYEQUE	1 133 594	352 849	711 134	69 611	59,4	9,8	49,6
LIMA	8 120 727	2 133 320	5 455 819	531 588	48,8	9,7	39,1
LORETO	918 199	363 475	521 653	33 071	76,0	6,3	69,7
MADRE DE DIOS	95 567	32 571	60 488	2 508	58,0	4,1	53,8
MOQUEGUA	165 443	42 893	110 721	11 829	49,4	10,7	38,7
PASCO	277 037	95 618	169 079	12 340	63,9	7,3	56,6
PIURA	1 693 594	568 682	1 027 037	97 875	64,9	9,5	55,4
PUNO	1 293 489	415 781	787 609	90 099	64,2	11,4	52,8
SAN MARTIN	695 771	249 055	417 907	28 809	66,5	6,9	59,6
TACNA	285 069	76 846	194 823	13 400	46,3	6,9	39,4
TUMBES	199 099	61 588	128 084	9 427	55,4	7,4	48,1
UCAYALI	417 946	155 660	248 011	14 275	68,5	5,8	62,8

Fuente: Censo de Población 2005

2.1.3 Analfabetismo

El analfabetismo que confronta la sociedad peruana, constituye una de las mayores preocupaciones del Sistema Educativo. Desde la década de 1950, se vienen desarrollando Programas de Alfabetización y de educación para Adultos; sin embargo, los resultados obtenidos no son lo suficientemente satisfactorios, más aun si se conceptúa que alfabetizar no es el simple hecho de enseñar a leer y escribir a adolescentes y adultos, sino que además es incorporarlos a su realidad socio-económica y comprometer su participación en el desarrollo de la comunidad nacional.

Los datos que aportan los Censos de Población, permiten conocer los niveles, la composición por edad y género, así como la distribución geográfica de los analfabetos. En general se puede establecer

que en las áreas rurales se concentra el grueso de la población analfabeta, las tasas de analfabetismo son mayores en las edades adultas, además existe una mayor proporción de población analfabeta femenina. Lamentablemente el Censo del 2005, no discrimina la población según la residencia urbano-rural, lo cual no permite actualizar cifras.

Según el Censo 2005, en el país había 1 millón 525 mil 104 personas, analfabetas[12/], esto es que no saben leer y escribir; 213 mil 088 menos que en 1993, este dato es un indicador del logro alcanzado en este periodo inter-censal, pues la cifra absoluta disminuye pese al incremento general de la población. No obstante es de señalar que este avance en la lucha contra al analfabetismo no es igual según el género, desde que se ha obtenido mejores resultados en los hombres.

En 1993, el 14,7% de la población de 15 y más años de edad no sabía leer y escribir, esta proporción baja a 8.1% para el 2005. En este mismo periodo, la tasa de analfabetismo masculino pasa de 8.2% a 4.1%, una disminución del cincuenta por ciento. En cambio, el analfabetismo femenino varía de 21.0% a 12.0%.

En el 2005, la tasa promedio de analfabetismo era de 8.1%, sin embargo, se observa que esta cifra varía de menos a más en la medida que aumenta la edad, marcando 1.4% para los de 15 a 19 años de edad, y 16.3% para los de 40 y más. Esta variación señala que el ingreso a la educación formal es cada vez mayor, o lo que es lo mismo, la población joven participa de las oportunidades de mayor cobertura y accesibilidad que brinda el sistema educativo, lo cual es evidente al comparar con las tasas por edad de 1993, donde los del grupo de menor edad tenían una tasa del 4.4%, pasando al 28.8% para los de 40 y más años de edad.

A nivel departamental, como en todos los indicadores, se observan importantes diferencias. El grupo de departamentos cuyo contexto económico y social es el menos favorecido registra una tasa analfabetos de 16.8%, cerca de 6 veces más que el estrato que agrupa a los departamentos de mejores condiciones económicas y sociales, cuya tasa es 3.0%. Las brechas según género disminuyen en la medida que mejora el contexto socio-económico de los departamentos

Cuadro Nº 2.6
PERU: POBLACION QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR, SEGÚN EDAD. 2005, 1993

EDADES	TASA DE ANALFABETISMO (%)					
	1993			2005		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PERU	**14,7**	**8,2**	**21,0**	**8,1**	**4,2**	**12,0**
15-19	4,4	3,0	5,8	1,5	1,1	1,8
20-24	6,3	3,9	8,6	2,2	1,4	3,0
25-29	7,8	4,4	10,9	2,9	1,6	4,2
30-34	9,0	4,7	13,1	3,9	2,0	5,7
35-39	12,1	5,6	18,2	5,6	2,6	8,3
40 Y MAS	28,8	16,0	41,3	16,3	8,2	24,1

Fuente: Censos de Población

12/ Se considera analfabeta a toda persona de 15 años o más de edad, que no sabe leer y escribir un texto sencillo sobre la vida cotidiana. Los que no cumplen esta condición son los alfabetos.

Gráfico Nº 2.3
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD SEGÚN ESTRATOS. 2005

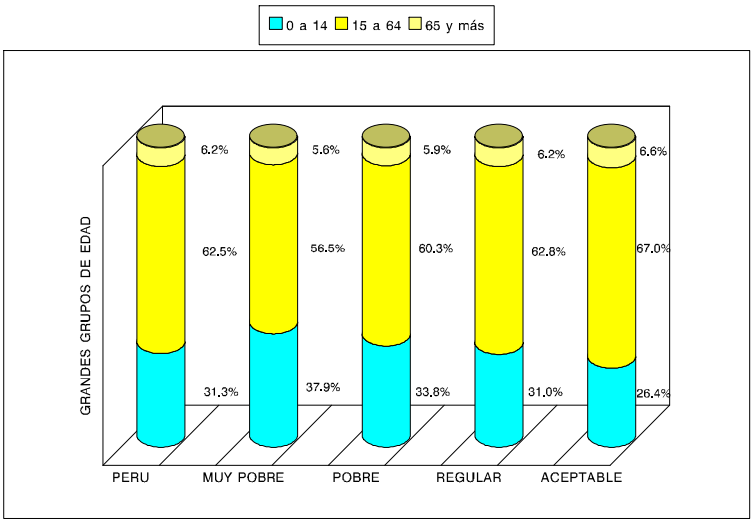
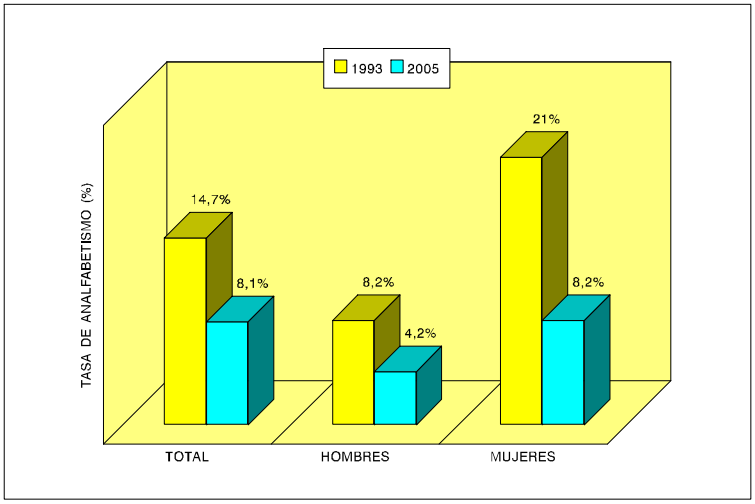


Gráfico Nº 2.4
PERU: TASA DE ANALFABETISMO, POR GÉNERO. 1993-2005



Fuente: Censos de Población

Cuadro Nº 2.7
PERU: POBLACION QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR, SEGÚN ESTRATOS. 2005

ESTRATOS	TASA DE ANALFABETISMO (%)		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PERU	**8,1**	**4,2**	**12,0**
MAS POBRE	17,2	8,4	26,0
CUARTIL 2	9,2	5,7	13,0
CUARTIL 3	9,2	4,7	13,6
MENOS POBRE	2,9	1,3	4,4

Fuente: Censo 2005

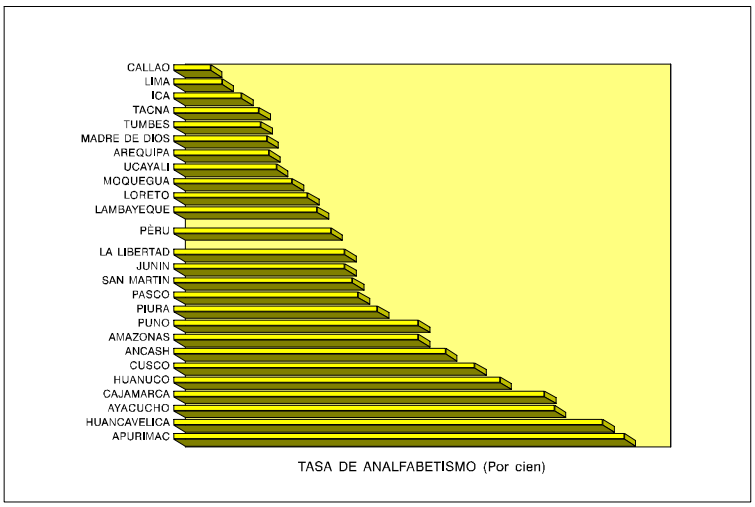
Diez departamentos (incluyendo la Provincia Constitucional del Callao) tenían una tasa de analfabetismo por debajo del promedio nacional, destacando Callao (1.9%) y Lima (2.5%) con las tasas más bajas del país. En el lado opuesto, esto es por encima del promedio nacional, Apurímac (23.2%) y Huancavelica (22.1%) son los departamentos con mayor tasa de analfabetismo.

Cuadro Nº 2.8
PERU. PORCENTAJE DE ANALFABETOS, POR GENERO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

DEPARTAMENTOS	TASA DE ANALFABETISMO (%)		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER
PERU	**8,1**	**4,2**	**12,0**
AMAZONAS	12,6	6,8	19,0
ANCASH	14,0	7,0	20,9
APURIMAC	23,2	11,7	34,5
AREQUIPA	4,9	2,1	7,7
AYACUCHO	19,6	9,5	29,3
CAJAMARCA	19,1	9,7	28,4
CALLAO	1,9	0,9	2,8
CUSCO	15,5	7,5	23,4
HUANCAVELICA	22,1	10,7	32,9
HUANUCO	16,8	9,0	24,7
ICA	3,5	1,9	5,0
JUNIN	8,4	3,6	13,1
LA LIBERTAD	8,8	4,5	13,0
LAMBAYEQUE	7,4	4,3	10,3
LIMA	2,5	1,1	3,9
LORETO	6,9	4,2	9,9
MADRE DE DIOS	4,8	2,6	7,5
MOQUEGUA	6,1	2,8	9,5
PASCO	9,5	4,7	14,5
PIURA	10,5	7,0	14,0
PUNO	12,6	5,3	19,9
SAN MARTIN	9,2	5,4	13,4
TACNA	4,4	1,9	7,0
TUMBES	4,5	3,9	5,2
UCAYALI	5,3	3,5	7,2

Fuente: Censo 2005

Gráfico Nº 2.5
PERU: TASA DE ANALFABETISMO, POR DEPARTAMENTOS. 2005
(Ambos sexos)



Fuente: Censo 2005

2.1.4 Nivel de Educación

El perfil educativo de la población es uno de los indicadores de la productividad del sistema; la intensidad de como se asimilan las tecnologías depende de la formación profesional y de la capacidad técnica de los recursos humanos. El nivel educativo es una cualidad importante que adquieren los individuos y que constituye un elemento que contribuye significativamente en el desarrollo personal, pues, cuanto más años de estudio alcance una persona, mayores serán las oportunidades de competencia en las actividades a desempeñar.

El análisis del nivel educativo de la población permite visualizar los sectores de la población en los que es necesario intensificar la oferta de los servicios de educación para lograr un mejoramiento educativo y una mayor y mejor participación en las actividades del país, sean estas de tipo económico o del ejercicio de los derechos sociales.

Clasificada la población por niveles de educación o de instrucción[13/], los datos del Censo de Población 2005 señalan que de los 24 millones 646 mil 357 habitantes de 5 y más años de edad, el 11.2% no tiene ningún nivel de instrucción, un porcentaje 3 veces mayor (34.2%) habrían aprobado por lo menos un año de educación primaria, una cifra cercana (35.7%) declararon haber aprobado por lo menos un año de secundaria, en tanto que el 19% aprobó por lo menos un año de educación superior, entendiéndose como tal la educación universitaria y la no universitaria.

13/ El Nivel de Instrucción indica el último año aprobado en el sistema regular de enseñanza

Cuadro Nº 2.9
PERU: POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD, POR GENERO, SEGÚN NIVELES DE EDUCACION. 2005

NIVEL DE EDUCACIÓN	POBLACIÓN DE 5 Y MAS AÑOS (a)					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
TOTAL	**24 646 357**	**100,0**	**12 286 076**	**100,0**	**12 360 281**	**100,0**
SIN NIVEL (b)	2 761 475	11,2	1 028 335	8,4	1 733 140	14,0
PRIMARIA	8 427 897	34,2	4 178 445	34,0	4 249 452	34,4
SECUNDARIA	8 809 349	35,7	4 691 781	38,2	4 117 568	33,3
SUPERIOR	4 647 636	18,9	2 387 515	19,4	2 260 121	18,3

Fuente: Censo de Población
(a) Poblacion Nominalmente Censada más omitida
(b) Incluye Educación Inicial

Los resultados del Censo 2005 nos ratifican la histórica desigualdad según género, el nivel educativo alcanzado por la población de 5 y más años de edad es diferencial entre hombres y mujeres. Observando las cifras relativas (tasas), está claro que la instrucción de las mujeres, muestra una proporción mayor en los niveles educativos menores, es así que en la categoría "Sin Nivel" el 14% corresponde a este grupo, contra el 8.4% de varones. El 34.4% de las mujeres aprobó algún año de primaria, un porcentaje ligeramente menor de varones alcanzó ese nivel educativo. En los niveles de secundaria y superior, se observa mayores diferencias con porcentajes que favorecen a los varones. Estas diferencias son más resaltantes si se comparan las proporciones en cada nivel educativo, así se tiene que en la categoría "sin nivel" el 62.8% corresponde a mujeres contra el 37.2% de varones. En el nivel "secundaria", 46.7% de las mujeres aprobaron por lo menos un año de instrucción secundaria, en tanto que los varones alcanzan la tasa de 53.3%. En el nivel de educación superior, la brecha, al igual que en secundaria, es desfavorable para las mujeres.

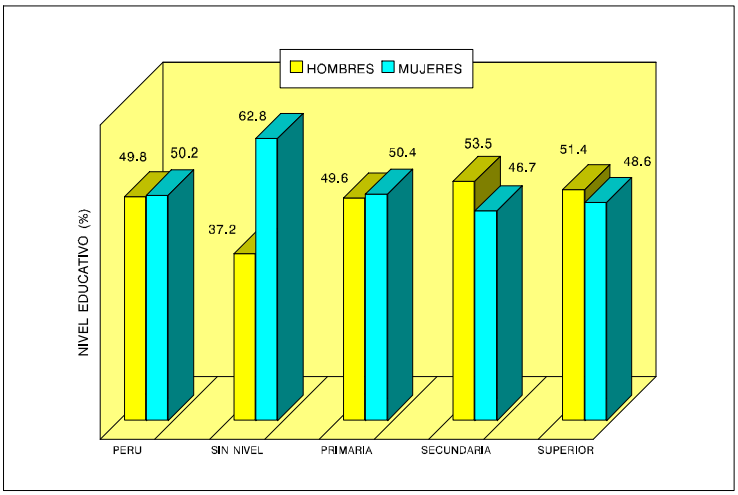
Cuadro Nº 2.10
PERU. POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD, SEGÚN NIVEL DE EDUCACION. CENSOS DE 1993 Y 2005

NIVEL DE INTRUCCION	POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD (b)			
	1993		2005	
	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL (a)	**19 826 241**	**100,0**	**24 646 357**	**100,0**
SIN NIVEL	2 266 305	11,4	1 989 430	8,1
PRE-ESCOLAR	512 803	2,6	772 045	3,1
PRIMARIA	8 083 416	40,8	8 427 897	34,2
SECUNDARIA	5 700 416	28,8	8 809 349	35,7
SUPERIOR	3 263 302	16,4	4 647 636	18,9

Fuente: Censos Nacionales
(a) Excluye a las personas que no declararon Nivel de Instrucción
(b) Población Nominalmente Censada más la omitida

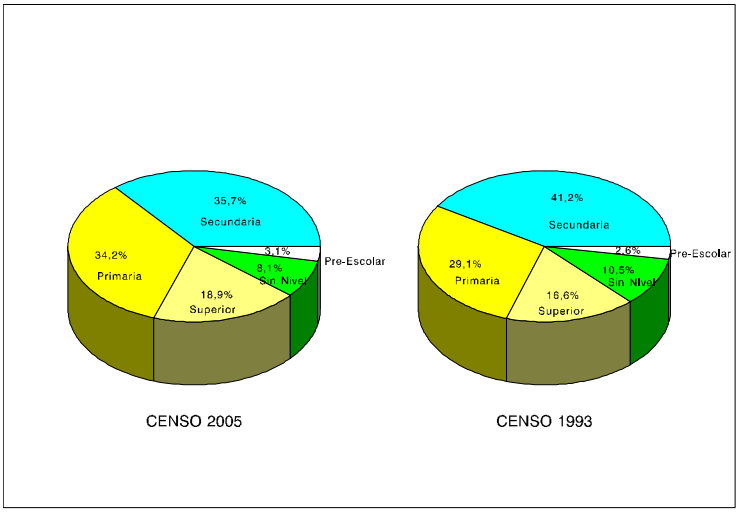
Comparando los años 1993 y 2005, se observa que la estructura según nivel educativo de la población de 5 y más años ha mejorado notablemente , en efecto, según los datos del Censo de Población 2005, de los 18 millones 28 mil 325 habitantes de 15 y más años de edad, el 7.7% no tiene nivel de instrucción cifra relativa significativamente menor a la observada en el año 1993 que fue de 12,3%. Así mismo en el nivel primaria, esto es, las personas que aprobaron por lo menos un año de instrucción primaria, la cifra se reduce en 6 puntos porcentuales, al pasar de 31,5% en 1993 a 25,5% en el 2005, lo que indica que la población, en este intervalo de tiempo, ha logrado alcanzar mayor nivel educativo, esto se evidencia con las cifras de los niveles

Gráfico Nº 2.6
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS POR NIVEL DE EDUCACION, SEGUN GÉNERO. 2005



Fuente: Censo de Población 2005

Gráfico Nº 2.7
PERU: POBLACION DE 5 Y MAS AÑOS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION. 1993-2005



secundaria y superior donde el 41,8% y 24,8% de la población de 15 y más años de edad alcanzaron el nivel secundaria y superior, respectivamente, porcentajes mayores que los observados por el Censo de 1993.

Los departamentos agrupados en los estratos de condiciones económicas y sociales más deprimidos, muestran mayores tasas en los niveles inferiores de instrucción, situación que se invierte al tratarse de los estratos en mejores condiciones de desarrollo.

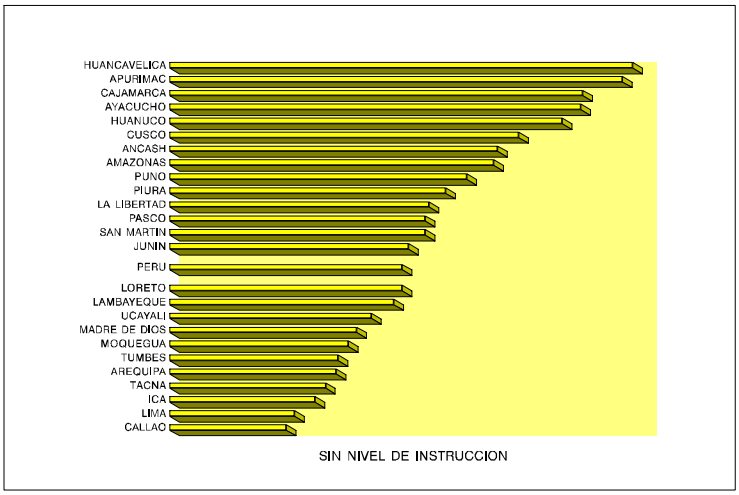
Cuadro Nº 2.11
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION, SEGÚN ESTRATOS. CENSO DEL 2005

ESTRATOS	NIVEL DE EDUCACION				
	TOTAL	SIN NIVEL (a)	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
TOTAL	**100,0**	**11,2**	**34,2**	**35,7**	**18,9**
MAS POBRE	100,0	18,4	43,4	26,9	11,3
CUARTIL 1	100,0	12,5	44,7	31,1	11,7
CUARTIL 2	100,0	12,3	37,3	33,8	16,6
MENOS POBRE	100,0	6,3	23,8	43,2	26,7

Fuente: Censo de Población
(a) Poblacion Nominalmente Censada más omitida
(b) Incluye Educación Inicial

Si se toma en cuenta la categoría "sin nivel de instrucción" se identifica catorce departamentos con un porcentaje mayor que el promedio nacional, entre ellos Huancavelica (22.3%), Apurímac (21.8%), Cajamarca (19.9%) y Ayacucho (19.8%). El resto de departamentos, registran porcentajes por debajo del promedio, siendo los que tienen menor proporción de habitantes "sin nivel de educación" Callao (5.6%), Lima (6.0%), Ica (7.0%) y Tacna (7.5%).

Gráfico Nº 2.8
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD, SIN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, POR DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: Censo 2005

Cuadro Nº 2.12
PERU: POBLACION DE 5 AÑOS Y MAS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION, SEGÚN DEPARTAMENTOS

DEPARTAMENTOS	NIVEL DE EDUCACION				
	TOTAL	SIN NIVEL (b)	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
TOTAL	**100,0**	**11,2**	**34,2**	**35,7**	**18,9**
AMAZONAS	100,0	15,6	53,3	23,6	7,5
APURIMAC	100,0	21,8	41,2	26,9	10,1
AYACUCHO	100,0	19,8	41,2	27,0	12,0
CAJAMARCA	100,0	19,9	52,2	20,2	7,7
HUANCAVELICA	100,0	22,3	46,0	24,4	7,3
HUANUCO	100,0	18,9	46,0	24,9	10,2
LORETO	100,0	11,2	45,6	33,0	10,2
ANCASH	100,0	15,8	38,5	31,5	14,2
CUSCO	100,0	16,8	38,1	30,0	15,1
JUNIN	100,0	11,5	35,1	35,2	18,2
PASCO	100,0	12,3	37,3	34,2	16,2
PIURA	100,0	13,3	42,4	30,9	13,4
PUNO	100,0	14,3	38,4	33,4	13,9
SAN MARTIN	100,0	12,3	50,3	28,2	9,2
UCAYALI	100,0	9,7	40,2	37,4	12,7
ICA	100,0	7,0	27,4	41,8	23,8
LA LIBERTAD	100,0	12,5	39,4	31,2	16,9
LAMBAYEQUE	100,0	10,8	36,0	36,4	16,8
MADRE DE DIOS	100,0	9,0	35,5	42,0	13,5
TUMBES	100,0	8,1	35,4	39,5	17,0
AREQUIPA	100,0	8,0	26,4	38,7	26,9
CALLAO	100,0	5,6	23,2	46,6	24,6
LIMA	100,0	6,0	23,0	43,8	27,2
MOQUEGUA	100,0	8,6	28,4	37,2	25,8
TACNA	100,0	7,5	27,0	41,2	24,3
AREA METROPOLITANA	100,0	9,9	32,2	37,8	20,1

Fuente: Censo de Población 2005
(b) Incluye Educación Inicial

2.2 La Dinámica Demográfica

En los años 80 el Perú inicia una de las etapas más difíciles de su historia debido al accionar de los grupos subversivos cuyo impacto en los aspectos políticos, económicos y sociales fue totalmente negativo. A partir de 1990, y con mayor énfasis en la última década se aplicaron programas de reactivación económica y de reformas sociales, los que permitieron cierta estabilización macroeconómica y la reinserción del país en los mercados financieros internacionales. Sin embargo, las condiciones de vida de la población más vulnerable no muestran signos importantes de mejora, la pobreza sigue afectando a la mayoría de la población, persisten los bajos accesos a los servicios de salud, incidencia significativa de desnutrición, sobre todo en niños, y de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Pese a estas características negativas, la salud promedio de los peruanos ha tenido una mejoría paulatina, tal como lo muestran la mayoría de los indicadores, cuyos niveles alcanzan, a la fecha, cifras relativamente bajas, debido indudablemente a que

la salud y la mortalidad son fenómenos exógenos al desarrollo de la microeconomía y dependen, sobre todo, de la efectividad de las políticas sociales y las estrategias diseñadas para resolver los retos que el crecimiento demográfico plantean.

La población se va renovando o cambiando constantemente debido a procesos de entrada y salida de personas producto de los nacimientos, las muertes, los inmigrantes y los emigrantes. Estos cambios o crecimiento general de la población son consecuencia de la renovación natural de las generaciones y de las migraciones. Esta dinámica del crecimiento demográfico y sus perspectivas futuras son aspectos que llaman la atención a políticos, investigadores y especialistas, por las múltiples vinculaciones que tiene con los aspectos sociales, económicos y en general con las condiciones de vida de la población. El crecimiento demográfico puede explicarse solamente en base al comportamiento de la fecundad y mortalidad, variables relacionadas al crecimiento vegetativo, por ser las que responden directa e indirectamente a la estructura histórico-social de la población. No obstante, las migraciones desempeñan un papel, en algunos casos, de gran impacto en el crecimiento de la población, aunque su efecto puede ser breve, sostenido en el tiempo o nulo, en todo caso no es un factor indispensable para el crecimiento demográfico como si lo es la natalidad y la mortalidad, esto significa que el principal factor del crecimiento de la población es el balance entre nacimientos y muertes.

En las últimas décadas en nuestro país, la tendencia histórica del crecimiento se caracteriza por una constante declinación de la natalidad y la mortalidad, lo que nos conduce a un proceso de envejecimiento. En tal situación el crecimiento, si bien empieza con características aceleradas, será cada vez más lento, en el futuro, los grupos de edad media habrán de envejecer y por fin morir sin siquiera ser reemplazados por las generaciones subsiguientes, pues el nivel de la fecundidad estará cercana o por debajo del nivel de reemplazo.[14/]

Entre 1993 y el 2005, la población peruana se incrementó en 4 millones 937 mil 254 habitantes, aproximadamente 400 mil personas por año, con una tasa de crecimiento de 1.6% promedio anual para el periodo, tasa que en 1993 fue de 1.8%, disminuyendo a 1.5% en el 2005. De persistir esta última tasa de crecimiento, la población peruana se duplicaría en 48 años, esto es que para el 2053 llegaría aproximadamente a 55 millones de habitantes, afortunadamente, la tasa de crecimiento seguirá la tendencia decreciente hasta alcanzar la estabilidad de la población.

Indudablemente hay tres factores determinantes de este cambio en el crecimiento: la fecundidad; la mortalidad; y la emigración internacional. En efecto, se nota el bajo crecimiento de los menores de 5 años (efecto de la fecundidad), igualmente un crecimiento ligeramente menor al promedio nacional en el grupo de personas en edad de trabajar (efecto de la migración internacional) y un incremento considerable en los adultos viejos (envejecimiento debido a la menor mortalidad).

La mortalidad es uno de los determinantes del crecimiento poblacional, y como consecuencia de su descenso la longevidad crece significativamente. En nuestro país la esperanza de vida al nacer[15/], que para 1993 era de 66.8 años, para el 2005 este indicador, aumentó a 70.5 años, en este periodo de tiempo el peruano promedio incrementa su expectativa de vivir en

14/ Cuando la tasa neta de reproducción es igual a uno, se dice que la población esta en el nivel de reemplazo.

15/ La Esperanza de Vida al Nacer es el número promedio de años de vida de una persona tomada en el nacimiento, si las condiciones de mortalidad no cambian en el futuro. Es, también, la edad media de las defunciones de la Tabla. Desde que el supuesto es que las condiciones de mortalidad en el futuro no cambian, se considera a la Esperanza de Vida al Nacer como un indicador teórico de la longevidad y a la vez de la mortalidad.

cerca de 4 años más. Para el mismo periodo la tasa bruta de mortalidad cambia de 6.9 muertes por mil habitantes a 6.1, cifra última que señala un bajo nivel de mortalidad, aunque se espera para el futuro un estancamiento o un leve incremento debido a la influencia del envejecimiento de la estructura por edad de nuestra población.

La tasa de mortalidad infantil descendió de 53.8 por mil nacidos vivos, en 1993 a 31.1 en 2005, un descenso cercano al 50%, lo que no ocurría en periodos anteriores. Pese a este cambio, la mortalidad infantil se considera todavía en niveles altos, esto indica que las muertes post-neonatales y las causas exógenas son aún de gran peso relativo en el total de muertes de niños menores de un año. En la medida que el descenso de la mortalidad infantil sea más pronunciado, irán tomando mayor importancia relativa las muertes neonatales consecuencia de causas endógenas de mayor dificultad en su control, pues requiere no solamente aumentar el número de los controles prenatales, sino también la calidad de estos.

Un hecho vital de gran impacto en el crecimiento demográfico es la natalidad, en el país a partir de los finales de la década del 60 se ha observado un descenso persistente en el nivel de la fecundidad por efecto combinado de la mejora en los niveles de educación, la urbanización y la Política de Población, que tiene como principal componente la Planificación Familiar. En el periodo ínter censal, la tasa global de fecundidad pasó 3.6 hijos por mujer a 2.9 hijos por mujer.

2.3 La Transición Demográfica

La teoría de la transición demográfica trata de formular una explicación generalizada del cambio poblacional a través del tiempo, esta teoría sostiene que tanto la mortalidad como la fecundidad de una población pasarán de altos a bajos niveles como resultado de la modernización. El descenso de la mortalidad se produce antes que el de la fecundidad, lo que origina un crecimiento elevado de la población durante el periodo de transición. Una vez que desciende tanto el nivel de fecundidad como el de mortalidad, se alcanza nuevamente un crecimiento moderado de la población.

La teoría plantea que el proceso de modernización, entendiéndose como tal el avance en el nivel de educación, nivel de ingreso, urbanización, industrialización, etc., provoca una mejora en las condiciones de vida y de salud de la población, lo que inicialmente lleva a una disminución del nivel de la mortalidad. El descenso de la mortalidad se traduce en presiones en las familias, ya que el pretender un mejor nivel de vida, mejorar la educación de los hijos, mayor participación en las actividades laborales, conducen a la reducción de la fecundidad, como la alternativa más factible para alcanzar esas aspiraciones.

Gráfico Nº 2.9
PERU: EVOLUCION DEL TAMAÑO DE LA POBLACION Y LA TASA DE CRECIMIENTO. 1950-2005

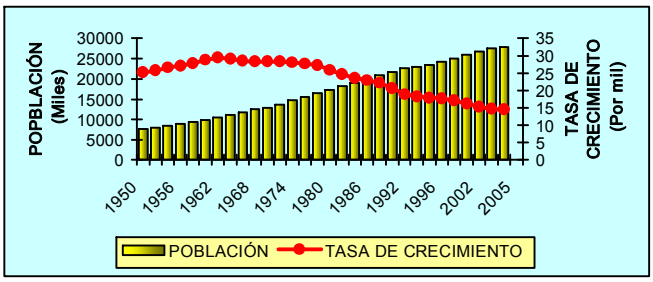


Gráfico Nº 2.10
PERU: EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER. 1990-2005

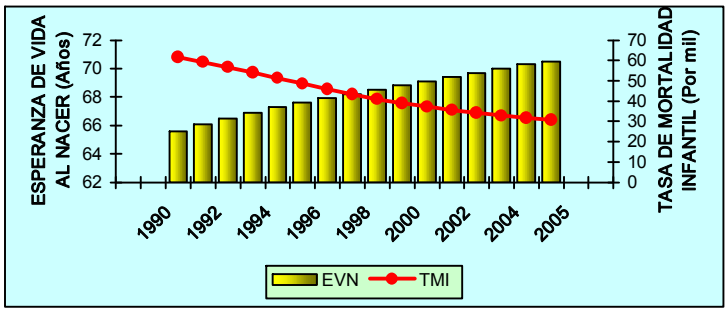
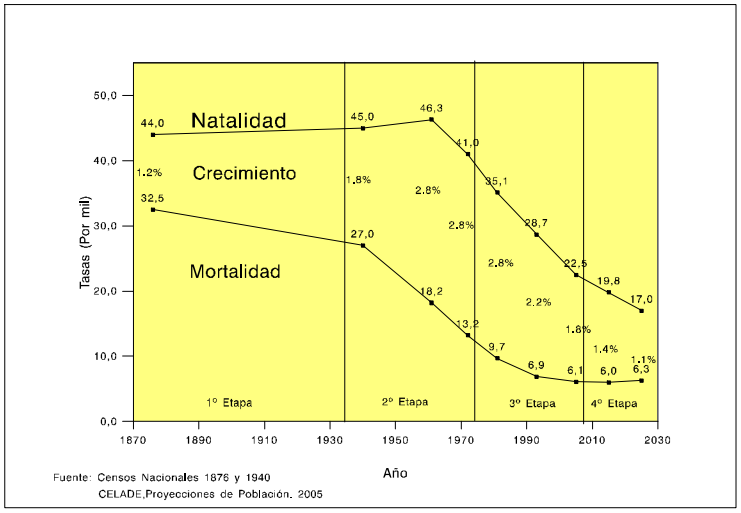


Gráfico Nº 2.11
PERU: TRANSICION DEMOGRAFICA. 1876-2025



Se plantean cuatro etapas en el proceso de transición:

1) Primera etapa, de transición incipiente, donde la natalidad y mortalidad mantienen altas tasas, lo que da como resultado poco o ningún crecimiento natural, esta situación se ve en el Perú antes de 1940 con un tasa bruta de natalidad entre 44 y 45 por mil y tasa bruta de mortalidad entre 32 y 27 por mil, dando lugar a un crecimiento natural anual bajo, de aproximadamente 1.3 por ciento en promedio.

2) Segunda etapa, de transición moderada, donde se mantienen una tasa alta de natalidad, en tanto que la tasa de mortalidad es decreciente, dando como resultado un crecimiento elevado de la población. Entre 1940 y 1972, el país tenía una tasa bruta de natalidad entre 45.0 y 41.0 por mil, y la tasa bruta de mortalidad disminuyendo rápidamente de 27.0 a 13.2 por mil. La mayor tasa de crecimiento natural, en esta etapa alcanza el 3.0 alrededor de 1970. El descenso de la mortalidad antecediendo a la fecundidad, se debió a la lucha que la humanidad emprendió por

controlar las enfermedades que eran causa de muerte, sobre todo las infecciosas y parasitarias, logrando ampliar de manera gradual la esperanza de vida.

3) Tercera etapa, de transición plena, con tasa bruta de natalidad en continuo descenso, y tasa bruta de mortalidad relativamente baja, el crecimiento natural atenuado, el Perú en el periodo 1972 al 2005, atraviesa esta etapa, con la tasa bruta de natalidad que disminuye 41.0 por mil del año 1972 a 22.5 por mil en el 2005, la tasa bruta de mortalidad cambia en ese periodo de 13.2 a 6.1 por mil, dando como resultado un crecimiento natural de 1.4 por ciento en promedio, el mismo que continuará su tendencia a la baja. Con la disminución de la mortalidad, surge un nuevo ideal de familia que prefiere un número menor de hijos. Ambos acontecimientos se hicieron presentes en la sociedad urbana, dando margen a la reducción de la fecundidad.

Cuadro Nº 2.13
PERU: POBLACION Y CRECIMIENTO NATURAL. 1876-2025

AÑO	TASA BRUTA DE NATALIDAD (Por mil)	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (Por mil)	CRECIMIENTO NATURAL (Cor cien)
1876	44,0	32,5	1,2
1940	45,0	27,0	1,8
1961	46,3	18,2	2,8
1972	41,0	13,2	2,8
1981	35,1	9,7	2,5
1993	28,7	6,9	2,2
2005	22,5	6,1	1,6
2015	19,8	6,0	1,4
2025	17,0	6,3	1,1

Fuente: Censos de Población y Proyecciones CELADE ajustadas con el Censo 2005

La vida urbana despojó a la familia de muchas funciones productivas, consumidoras, recreativas y educacionales establecidas en la sociedad rural. Aparecen tecnologías con nuevas oportunidades para el progreso del individuo, se amplia la cobertura del sistema educativo que da perspectivas más racionales en la vida de las personas, se reduce la contribución económica de parte de los hijos aumentando el costo de su crianza, se crean nuevas oportunidades de trabajo para las mujeres, menos compatibles con su mayor fecundidad.

4) Cuarta etapa, transición avanzada, con bajas tasas de natalidad y mortalidad, lo que produce un crecimiento de población muy lento. En efecto, según las proyecciones de población, en el periodo del 2005 al 2025 la tasa bruta de natalidad cambiaría de 22.5 a 17.0 por mil y la de mortalidad de 6.1 a 6.3 por mil, un ligero aumento producto del envejecimiento de la población, la tasa de crecimiento natural promedio estaría alrededor de 1.0 por ciento.

Se han planteado numerosas críticas a la teoría de la transición demográfica, tales como el alejamiento de la realidad, desde que no considera la migración como un componente importante del cambio demográfico, también se le quita el carácter general que debe acompañar a toda teoría, pues

se la considera una descripción de lo acontecido parcialmente en Europa, pese a estas críticas y otras, la transición demográfica describe adecuadamente el paso de niveles altos de fecundidad y mortalidad a niveles bajos en muchas poblaciones, como la peruana.

La transición demográfica no solo incide sobre las tendencias del crecimiento, tiene también repercusiones importantes en la estructura por edad de la población. Así mismo, va acompañada y posiblemente con relaciones de causa y efecto con otros procesos como el de envejecimiento de la población, la urbanización, concentración de la población, cambios en las causas de muerte y transición epidemiológica, cambios políticos, etc.

2.4 Cambios en la Estructura por Edad de la Población

En la primera etapa de la transición demográfica la población esta conformada por alto porcentaje de menores y una muy baja presencia de adultos. Al pasar a la segunda etapa la población se rejuvenece, aumentando la proporción de menores, llegando cerca de 43.8% en 1972, esto debido a que la mortalidad que más desciende es la de niños de corta edad. En la tercera etapa la estructura por edad de la población muestra un porcentaje inferior de menores de 15 años, esta proporción es aún alta por efecto de la elevada fecundidad del pasado, que produce un gran número de mujeres en edad fértil, en el año 2005 los menores de 15 años son el 32.2% de la población total.

En la cuarta etapa de la transición el porcentaje de menores está bastante disminuido, en tanto que el porcentaje de ancianos aumenta considerablemente, según las proyecciones al año 2025 los menores de 15 años apenas llegarían al 25.1%. La población adulta vieja en todo el proceso aumenta considerablemente pasando de 5.2% en 2005 al 8.3% en el 2025. Se puede decir que en general el proceso de transición demográfica produce un envejecimiento de la población.

Cuadro Nº 2.14
PERU: POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD Y RELACION DE DEPENDENCIA. 1940-2025

AÑO	POBLACION			RELACION DE DEPENDENCIA (%)
	MENORES DE 15 AÑOS (%)	15 a 64 AÑOS (%)	DE 65 Y MAS AÑOS (%)	
1940	42,1	53,6	4,3	86,6
1961	43,5	53,0	3,5	88,7
1972	43,8	52,7	3,5	89,8
1981	41,6	54,8	3,6	82,5
1993	37,1	58,8	4,1	70,1
2005	32,2	62,6	5,2	59,7
2015	28,0	65,7	6,3	52,2
2020	26,5	66,3	7,2	50,8
2025	25,1	66,6	8,3	50,2

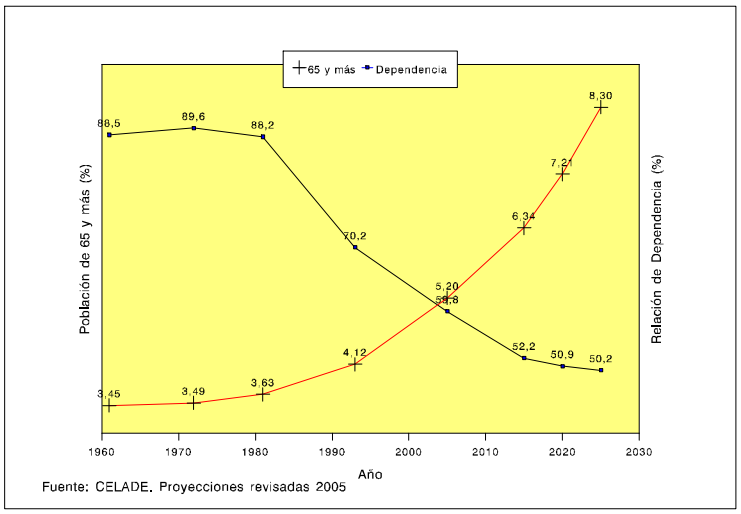
Fuente: Censos Nacionales y Proyecciones de Población de CELADE 2005

El gráfico 2.13 muestra el efecto del envejecimiento de la población en la relación de dependencia demográfica. En la medida que aumenta el porcentaje de población de 65 años y más, la tasa de dependencia, se ve disminuida considerablemente, es decir hay una relación inversa, producto sobre todo de la disminución relativa de la población joven y el aumento de la fuerza de trabajo.

2.5 Proceso de Urbanización y Concentración Poblacional

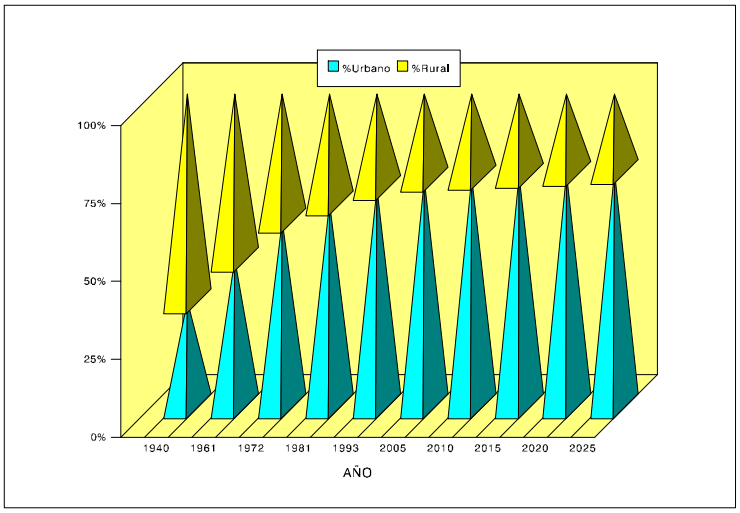
Desarrollar escenarios posibles producto de la interrelación de los eventos demográficos y el cambio social, de por sí es un tema de gran magnitud aún tratándose de un país en particular como el Perú y evidentemente de complejidad mucho mayor si se propone realizarlo en el nivel internacional. Esto debido a que primero es necesario entender las múltiples relaciones existentes entre los aspectos sociales, económicos y políticos que definen un problema demográfico y su consiguiente impacto en los cambios sociales, en poblaciones como la peruana que mantienen un dualismo estructural entre la modernidad y la acumulación de lo tradicional, sociedades con relaciones personales e impersonales, donde comparten los status "adscrito" y "adquirido", donde conviven pobladores cuyas normas y valores son "no racionales" (heredados de sus antepasados) con otros de normas y valores "racionales". Un dualismo entre los grupos de ricos y pobres, entre los beneficiados por la salud, la educación, la cultura y los otros; características que a no dudar, originan y/o determinan comportamientos demográficos "diferenciales" que a la larga producen tendencias demográficas de impacto diversificado en la composición social de la población.

Gráfico Nº 2.12
PERU: POBLACION DE 65 Y MAS AÑOS DE EDAD Y RELACION DE DEPENDENCIA. 1961-2025



Fuente: CELADE. Proyecciones revisadas 2005

Gráfico Nº 2.13
PERU: PROCESO DE URBANIZACION. 1940-2025



Como se ha señalado, el país está en una etapa de plena expansión demográfica dentro del proceso de "Transición Demográfica", pero eso no es todo, pues al mismo tiempo se vive un proceso de redistribución en la ocupación del territorio que adquiere nuevas y más amplias dimensiones de indudable impacto en la prestación de servicios sociales.

Sin olvidar las influencias recíprocas entre migración y tasa de crecimiento, en particular ésta última sobre la primera, para explicar la mayor movilidad espacial habría que tomar en consideración los efectos de demostración, producidos por los adelantos tecnológicos sobre la estructura de la producción, tanto agraria como industrial, las comunicaciones y la difusión de noticias, como también la elevación progresiva de los niveles de vida, incluyendo mejor educación y, en muchos aspectos, la política social del Estado en defensa de las clases con bajos ingresos, en materia de empleo, vivienda y asistencia social, en general de alivio a la pobreza, que se desarrollan sobre todo en las grandes ciudades. En el Perú hasta hace pocos años Lima-Metropolitana era el único punto de concentración demográfica, recientemente se agregan otras ciudades de la costa, algunas de la sierra y de la selva.

Durante las últimas décadas la sociedad peruana ha estado marcada por una clara tendencia a la urbanización, determinante de la redistribución de la población en el territorio. Los flujos migratorios se evidencian, primero, a través de un acelerado crecimiento de la población de las áreas urbanas, por acción de la tasa de migración más que por la tasa de crecimiento natural; así como de un lento crecimiento y una pérdida relativa de población de las áreas rurales, pese a su alta tasa de crecimiento natural.

Cuadro Nº 2.15
PERU: PROPORCION DE POBLACION URBANA Y RURAL
1940-2025

FECHA DEL CENSO	POBLACION		
	TOTAL	URBANA	RURAL
1940	100,0	33,6	66,4
1961	100,0	47,0	53,0
1972	100,0	59,4	40,6
1981	100,0	65,1	34,9
1993	100,0	69,9	30,1
2005	100,0	72,6	27,4
2010	100,0	73,3	26,7
2015	100,0	73,9	26,1
2020	100,0	74,5	25,5
2025	100,0	75,1	24,9

Fuente: INEI, Censos Nacionales de 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2005.
Nota: La población urbana-rural del 2005 se estima en base a las Proyecciones Oficiales de Población, ya que el Censo no ha recabado este dato.

Según el cuadro 2.15, los cambios en la distribución de la población peruana entre 1940 y 2005, son significativos. De una población mayoritariamente rural en 1940, con 66% de población residente en áreas rurales, pasa a una población predominantemente urbana para el 2005, que alcanza el 73% de pobladores residentes en áreas urbanas. Si bien es cierto que la urbanización es un proceso de redistribución de la población que se produce en todo el territorio nacional, en forma paralela se observa la concentración de la población en Lima Metropolitana, que en 1940 albergaba al 10.4% de la población, aumentando al 18.6% para 1961, hasta alcanzar al 28.6% en el 2005. En tendencia similar, se da cuenta que la concentración poblacional, parecida en intensidad a la de Lima Metropolitana, se da en otras 31 ciudades de la costa, sierra y selva.

En relación a la intensidad del crecimiento, la población urbana lo hace mucho más rápido que la rural. Así, las tasas de crecimiento de la primera en los períodos 1940-61, 1981-93 y 1993-2005 fueron de 3.7, 2.8 y 1.9 por ciento respectivamente. Mientras que la segunda, en los mismos períodos, creció a un promedio de 1.3, 0.9 y 0.8 por ciento. En el último período 1993-2005, se aprecia un descenso relativo de la velocidad de crecimiento de la urbanización.

De 1940 al 2005, la población urbana ha crecido 8.4 veces, mientras que la población nacional 3.8 veces, en tanto que la rural en apenas 1.6 veces. En todo caso queda claramente establecido que no existe despoblamiento rural, pues pese a la baja tasa de crecimiento, la población rural sigue aumentando su volumen. Las perspectivas futuras que sugieren las proyecciones de población indican que este proceso de urbanización y concentración de la población en grandes ciudades continuará, con un mayor crecimiento de las ubicadas en el litoral.

III. MUJERES EN EDAD FERTIL (MEF)

Según el Censo de Población del 2005, en el país cerca de 7 millones 300 mil mujeres estaban en edad reproductiva (mujeres entre 14 y 50 años de edad), este grupo de mujeres creció entre 1993 y 2005 a una tasa promedio anual 1.9%, más o menos 123 mil personas anuales. Del total de las MEF aproximadamente 3 millones 900 mil (54.2%) serían unidas (casadas o en convivencia)[16/] contingente de mujeres que presionan la demanda de servicios sociales sobre todo los vinculados a la salud reproductiva, esto es, sobre los servicios de Planificación Familiar, Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, así mismo aumenta el número de mujeres en riesgo de embarazo con sus colaterales relativos al aborto y la mortalidad materna.

Las MEF de los dos estratos en mejores condiciones de vida alcanzan cerca de las dos terceras partes del total nacional, mostrando, además, la mayor proporción de mujeres unidas, cifras que muestran claramente la demanda potencial por servicios de salud en estos estratos donde los departamentos que las conforman muestran un grado elevado de urbanización, es el caso de Lima-Callao.

Cuadro Nº 3.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN ESTRATOS. 2005

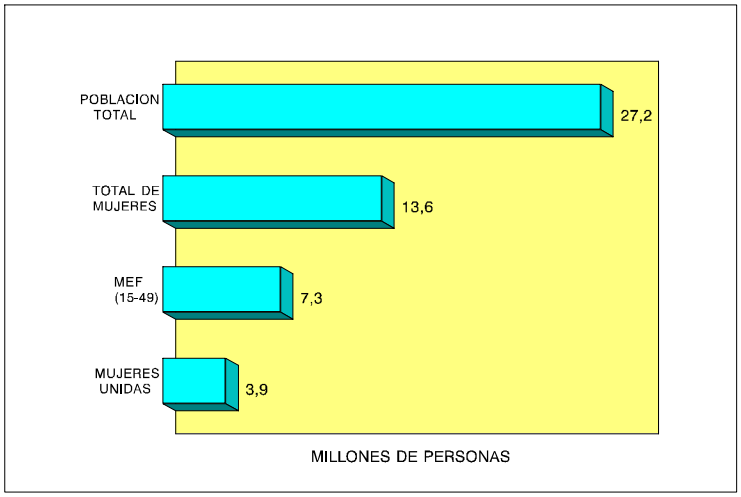
ESTRATOS	MUJERES EN EDAD FERTIL		
	TOTAL	UNIDAS (a)	
		TOTAL	%
PERU	**7 259 197**	**3 934 485**	**54,2**
MAS POBRE	1 520 898	886 541	58,3
CUARTIL 2	1 104 516	672 408	60,9
CUARTIL 3	1 384 502	751 703	54,3
MENOS POBRE	3 249 281	1 623 833	50,0

(a) Estimada en base a la ENCO 2006 Primer Semestre y Censo 2005

Las mujeres entre 20 y 34 años de edad que representan el 48.2% del total de MEF, son las de mayor aporte a la fecundidad con el 68.6%, sin embargo, por factores relacionados a la edad y/o al número de partos acumulados (en el caso de las de mayor edad), las menores de 20 años y las mayores de 34 años son consideradas como mujeres en alto riesgo reproductivo, esto es, que están expuestas a un embarazo y/o parto con complicaciones, en consecuencia a un mayor riesgo de muerte materna, aunque es cierto que en la mortalidad materna influye muchos otros factores ajenos a la edad, como el nivel de educación, lugar de residencia, acceso a los servicios de salud, etc.

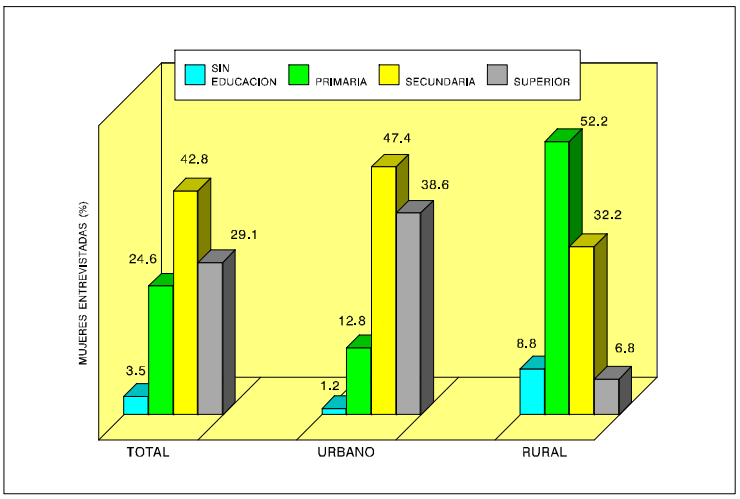
16/ Según datos de la ENCO 2006 Primer Semestre, porque el Censo no consigna información sobre estado civil.

Gráfico Nº 3.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL. 2005



FUENTE: Censo de Población 2005 y ENCO 2006 Primer Semestre

Gráfico Nº 3.2
PERU: NIVEL DE EDUCACION Y AREA DE RESIDENCIA. 2005



FUENTE: ENDES 2004-05

Cuadro Nº 3.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASAS DE FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. 2005

EDAD	MUJERES EN EDAD FERTIL		TASAS DE FECUNDIDAD	
	TOTAL	%	TOTAL	%
TOTAL	**7 259 197**	**100,0**	**0,5808**	**100,0**
15-19	1 333 773	18,4	0,0631	10,8
20-24	1 279 387	17,6	0,1327	22,9
25-29	1 175 501	16,2	0,1447	24,9
30-34	1 047 301	14,4	0,1206	20,8
35-39	935 568	12,9	0,0807	13,9
40-44	807 881	11,1	0,0338	5,8
45-49	679 786	9,4	0,0051	0,9

Fuente: Censo de Población y ENCO 2006 Primer Semestre.

3.1 Características sociales

El nivel de educación que alcanzan las MEF constituye uno de los principales factores que influyen en su conducta reproductiva, el descenso de la fecundidad siempre ha estado acompañado por un mejoramiento en los niveles educativos de la población, sobre todo de las mujeres. La ENDES 2004 - 2005 indica que del total de mujeres en edad fértil, el 3.5% no tenían nivel de educación, este porcentaje disminuye en relación a 2000 que se registró el 5.1% en esta categoría; el 24.6 tenía primaria, el 42.8% secundaria y el 29.1% educación superior. En el área urbana 39 de cada 100 mujeres en edad reproductiva tiene educación superior versus 7 del área rural. En el área rural la proporción de mujeres que no pueden leer (analfabetas) es de 18.2% mientras que en el área urbana es de apenas 2.4%.[17/]

En cuanto a la actividad económica que realizan la MEF, la ENDES 2004-2005 señala que más de la mitad se encontraban trabajando (62.6%), el resto no trabaja, aunque una parte había trabajado en algún momento de los 12 meses anteriores a la entrevista. La situación es parecida para las residentes en las áreas urbanas, en cambio en las áreas rurales el porcentaje de mujeres que trabajan aumenta (69.7%), aunque es de suponer que gran parte de ellas se ocuparon en actividades agrícolas de tipo estacional.

Al categorizar las MEF por estado conyugal, se observa que la menor proporción que trabajan son las solteras, alrededor de la mitad, la proporción crece para las unidas (63.9) y mucho más para el grupo de divorciadas, separadas y viudas (79.7%). Según el nivel de educación, a excepción de las del nivel secundario, los porcentajes están por encima del 60%.

En general en las distintas categorías mostradas se observa una mayoría de mujeres que trabajan, aunque sería interesante profundizar más en el sentido del tipo de ocupación, característica que posiblemente muestre diferenciales importantes en cuanto a la fecundidad y uso de anticonceptivos.

17/ El nivel de educación en alguna de la categorías se refiere a haber aprobado por lo menos un año en la respectiva categoría. Ejemplo, primaria implica haber aprobado por lo menos un año de primaria.

Cuadro Nº 3.3
PERU: MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, POR TIPO DE OCUPACION, ENDES 2004 – 2005

CARACTERISTICA	MUJERES EN EDAD FERTIL		
	TOTAL	NO TRABAJA	TRABAJA
TOTAL	**100,0**	**37,4**	**62,6**
AREA DE RESIDENCIA			
URBANA	100,0	40,5	59,5
RURAL	100,0	30,3	69,7
ESTADO CONYUGAL			
SOLTERAS	100,0	43,8	56,2
UNIDAS	100,0	36,1	63,9
OTRO	100,0	20,3	79,7
NIVEL DE EDUCACION			
SIN NIVEL	100,0	19,4	80,6
PRIMARIA	100,0	28,5	71,5
SECUNDARIA	100,0	46,7	53,3
SUPERIOR	100,0	33,5	66,5

Fuente: ENDES 2004-2005

Cuadro 3.4
PERU: POBLACION POBRE Y NO POBRE POR GRUPOS ESPECIALES. ENAHO. 2001

SITUACION DE POBREZA	GRUPOS ESPECIALES		
	PRE ESCOLAR	ESCOLAR	MUJERES EN EDAD FERTIL
TOTAL	**100,0**	**100,0**	**100,0**
POBRES	67,3	65,5	50,2
NO POBRES	32,7	34,5	49,8

Fuente: INEI. "Estado de la Población Peruana 2002."

Los datos para las mujeres en edad reproductiva, señalan que una de cada dos mujeres en esa edad se encontraba en situación de pobreza y son mujeres con alta fecundidad y bajos niveles educativos, que deben asumir la responsabilidad de conducir el hogar. Los niños en edad preescolar que viven en situación de pobreza llegaban al 67.3% y los que tienen la edad escolar al 65.5%. Estos grupos de pobres conforman familias con muchos hijos, y en su mayoría residen en las zonas marginales de las grandes ciudades y áreas rurales del país, con carencia de servicios básicos en la vivienda y acceso limitado a los servicios de salud y educación.

3.2 La Fecundidad

La historia del país señala continuos periodos de crisis económica, a partir de 1990, y sobre todo en la última década se aplicaron programas de

reactivación económica y de reformas sociales, los que permitieron cierta estabilización macroeconómica, no obstante las condiciones de vida de la población más vulnerable no muestran signos importantes de mejora, la falta de trabajo estable y la pobreza sigue afectando a la mayoría de la población, persisten los bajos accesos a los servicios de salud, incidencia significativa de desnutrición sobre todo en niños y mujeres en edad reproductiva, características del entorno económico y social de la población que deberían condicionar altos niveles de fecundidad. Sin embargo, se ha constatado algunos hechos que han favorecido el descenso de la fecundidad, tales como el mayor acceso de la población a los servicios de salud materno-infantil, servicios de planificación familiar, mejora en el nivel de educación y la disminución del analfabetismo.

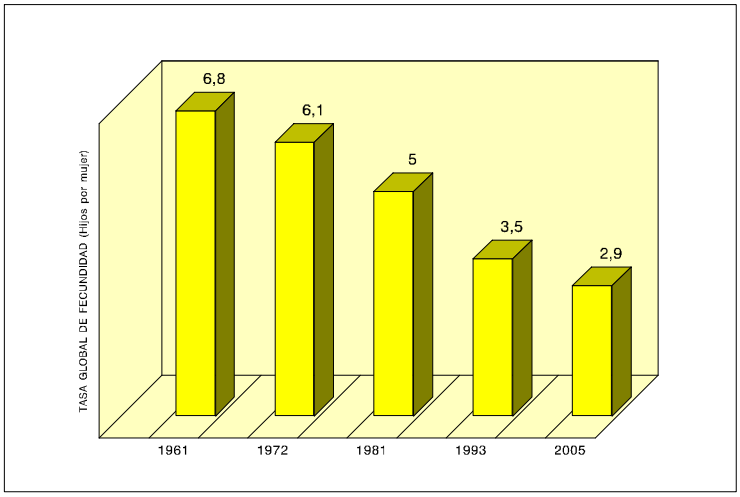
Según los últimos Censos Nacionales de Población, desarrollados desde 1961 a 2005, y otros datos provenientes de diferentes encuestas como las ENDES, ENAHO y ENCO, el nivel de la fecundidad muestra una clara tendencia al descenso. En el periodo 1961-1972 se produce una disminución moderada de la tasa global de fecundidad (11%), acelerando su declinación entre 1972-1981 (17%). En el periodo ínter censal 1981-1993 la caída fue más rápida (29.4%), pasando de una tasa global de fecundidad de 5.0 a 3.5 hijos por mujer, entre 1993 y 2005 el descenso fue más lento (17%), al llegar al final del periodo a 2.9 hijos por mujer.[18/]

Los cambios del nivel de la fecundidad están asociados a la estructura de la fecundidad según la edad de las mujeres, en efecto, se observa que en el periodo 1961-1972 la contribución más significativa en el descenso de la fecundidad, proviene de las mujeres mas jóvenes entre los 15 a 29 años; hecho que generó la mayor concentración de la fecundidad entre las mujeres de 25 a 29 años, tipificando una fecundidad de cúspide tardía. En el siguiente periodo (1972-1981), las mujeres mayores de 25 años son las que contribuyen con mayor fuerza, pues bajan notoriamente el promedio de hijos por mujer. En el periodo inter censal 1981-1993, donde el descenso de la fecundidad es mayor, todos los grupos de edad bajan su nivel de fecundidad, mostrando una cúspide dilatada en 1993. Finalmente en el lapso 1993-2005 se puede considerar que la caída de la fecundidad ha sido moderada, en forma uniforme en todos los grupos de edad.

En general el descenso de la fecundidad entre 1961 y 2005, afectó a todos los grupos de edad de las mujeres, en especial a las mayores de 20 años y más, cuyos porcentajes de reducción son de alrededor del 50%, siendo diferentes en los dos grupos extremos, donde las mujeres comprendidas entre 45 y 49 años redujeron su fecundidad en un 83%, mientras que las de 15-19 solo en un 42%. Los cambios señalados significan que los patrones de fecundidad, de las cohortes de mujeres jóvenes que ingresaron a la vida reproductiva en las décadas anteriores han venido cambiando al avanzar estas en edad, por lo que el descenso de la fecundidad se aprecia mucho más en las cohortes mayores.

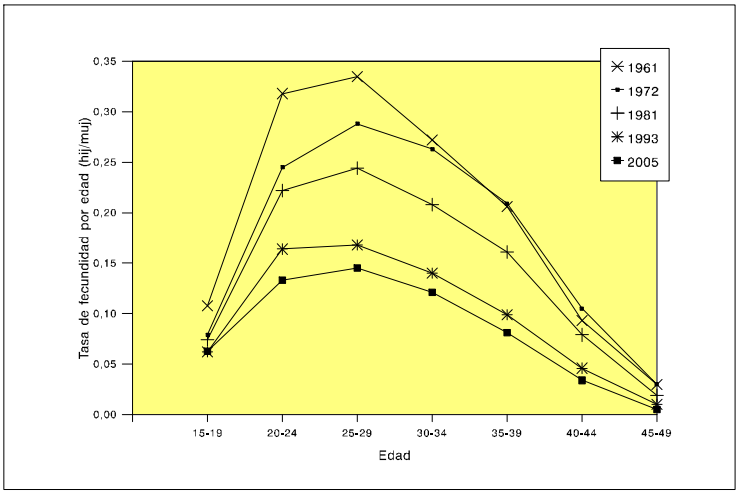
18/ Respecto del nivel de la fecundidad para el 2005, se puede comentar que la TGF estimada por la ENCO 2006 Primer Semestre, es la resultante de aplicar un método indirecto, que como es conocido sobreestima el nivel de la fecundidad. La ENDES 2004-2005 calcula en forma directa una TGF de 2.5, en este caso las estimaciones directas subestiman el nivel, en consecuencia el nivel de la fecundidad del país estaría entre 2.5 y 2.9. Según las Proyecciones de Población de CELADE 2005, la TGF sería 2.8

Gráfico Nº 3.3
TENDENCIA DEL NIVEL DE LA FECUNDAD. 1961-2005



FUENTE: Censos de Población y ENCO 2006 Primer Semestre

Gráfico Nº 3.4
PERÚ: ESTRUCTURA POR EDAD DE LA FECUNDIDAD. 1961-2005



Fuente: Censos de Población, ENCO 2006 Primer Semestre

Cuadro Nº 3.5
PERU. TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD. 1961-2005

GRUPOS DE EDAD	1961		1972		1981		1993		2005	
	TASA	%	TASA	%	TASA	%	TASA	%	TASA	%
15-19	0,108	7,9	0,079	6,5	0,074	7,4	0,062	9,0	0,063	10,8
20-24	0,318	23,4	0,245	20,1	0,222	22,1	0,164	23,8	0,133	22,9
25-29	0,335	24,6	0,288	23,6	0,244	24,2	0,168	24,4	0,145	24,9
30-34	0,272	20,0	0,263	21,6	0,208	20,7	0,140	20,3	0,121	20,8
35-39	0,206	15,1	0,209	17,1	0,161	16,0	0,099	14,4	0,081	13,9
40-44	0,093	6,8	0,105	8,6	0,078	7,7	0,046	6,6	0,034	5,8
45-49	0,030	2,2	0,030	2,5	0,019	1,9	0,010	1,5	0,005	0,9
TGF	6,8	100,0	6,1	100,0	5,0	100,0	3,5	100,0	2,9	100,0

Fuente: Censos Nacionales. INEI

3.2.1 Niveles y tendencias de la Fecundidad en el Área: Urbana-Rural

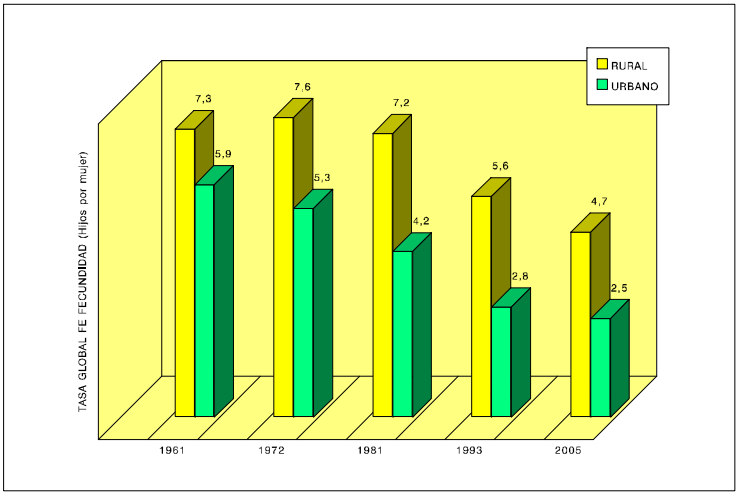
Históricamente el país ha experimentado un proceso generalizado de urbanización en todo el país, a la vez que la concentración poblacional, en especial de las grandes ciudades, fenómeno demográfico originado en gran parte por la migración interna, cuyo direccionamiento va del campo a la ciudad o de los pequeños centros poblados a las capitales de distrito, provincia o de departamento, o de las ciudades pequeñas a las ciudades intermedias o grandes ciudades. La mayoría de las ciudades de la costa, sobre todo Lima, han sido los principales receptores de los inmigrantes internos.

Los procesos migratorios, generan una serie de hechos, tanto en su lugar de origen como de destino, los inmigrantes internos al llegar a su lugar de destino, reciben la influencia de los contextos sociales, económicos, culturales y demográficos, en especial sobre los comportamientos individuales, que son marcadamente diferentes entren las zonas urbanas y rurales. Los efectos en los cambios sobre el tamaño de la familia, concretamente en los patrones reproductivos, no son en forma inmediata, sino que ocurre paulatinamente de forma que genera características particulares que se reflejan en actitudes, hábitos y comportamientos, lo que además es incentivado con la presencia de agresivos programas de planificación familiar.

Los niveles de fecundidad en el área urbana y rural, muestran diferenciales importantes, los mismos que en el tiempo señalan una tendencia a incrementarse, debido al estancamiento o descenso lento que caracteriza a las zonas rurales en comparación con las urbanas. Así, el nivel de la fecundidad entre el área urbana y rural en el año 1961 se diferenciaba en 24%, con TGF de 7.3 y 5.9 hijos por mujer, respectivamente, luego en el año 1972 la diferencia subió a 43%, en 1981 a 71% y en los años 1993 y 2005 cercanos al 100%.

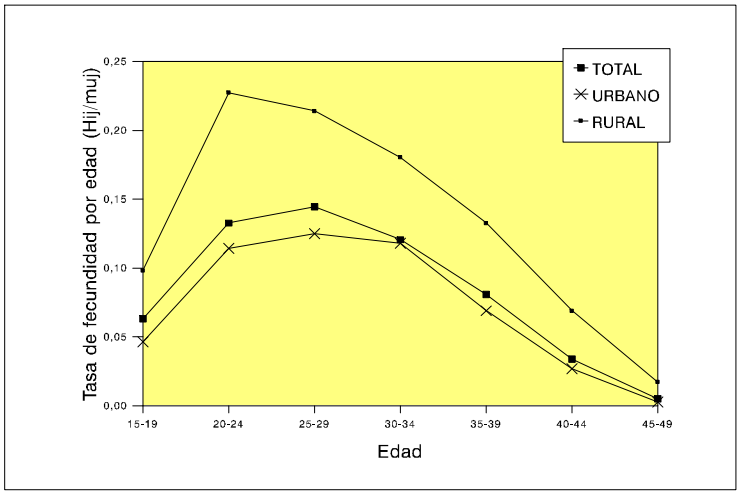
Los cambios en el nivel de fecundidad, en el tiempo, en cada una de estas áreas han sido diferenciados. Entre los años 1961 y 1981, el nivel de la fecundidad en el área rural, se mantiene relativamente constante, con una TGF al rededor de 7.4 hijos por mujer. Entre los años censales 1981-1993 se observó una caída de 22% y en el último periodo ínter censal la TGF rural bajó el 16%, alcanzando una TGF para el 2005 de 4.7 hijos por mujer. La tendencia en las zonas urbanas denota una ligera caída del nivel de la fecundidad del 10% entre 1961 y 1972, se acelera el

Gráfico Nº 3.5
PERÚ: NIVEL DE LA FECUNDIDAD POR AREA URBANA Y RURAL.
1961-2005



FUENTE: Censos de Población y ENCO 2006 Primer Semestre

Gráfico Nº 3.6
PERÚ: ESTRUCTURA POR EDAD DE LA FECUNDIDAD
URBANO RURAL. 2005



Fuente. ENCO 2006 Primer Semestre

descenso al 21% para el periodo 1972-1981 en tanto que entre 1981-1993, este porcentaje sube a 33%. La velocidad de cambio de la TGF ente 1993 y 2005 se atenúa, alcanzando una baja del 11%, debido a que los niveles ya son relativamente bajos, cercanos al nivel de reemplazo, donde los cambios se hacen necesariamente lentos por estar llegando a un límite razonable, además se observa cierto estancamiento de la tasa de prevalencia anticonceptiva, a partir del año 2000, sobre todo en el uso de anticonceptivos seguros.

En síntesis, en el periodo 1961-2005, la TGF de las áreas rurales pasó de 7.3 a 4.7 hijos por mujer, una disminución del 36%, para el mismo lapso, en las áreas urbanas los cambios en la TGF van del 5.9 al 2.5, que señala una disminución del 58%. Si consideramos que en las áreas urbanas, el porcentaje de residentes es mucho mayor que el las rurales, el cambio en el nivel de la fecundad urbana estaría justificando las variaciones históricas del nivel de la fecundidad promedio del país. En el futuro, los cambios en la fecundidad del país deberán producirse sobre todo por efecto de lo que se produzca en las áreas rurales.

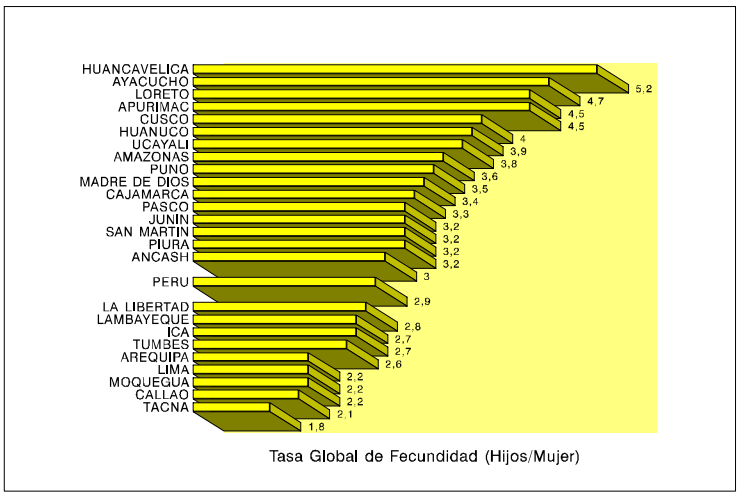
En el año 2005, las diferencias en la estructura de la fecundidad por grupos de edad de las mujeres, entre el área urbana y rural son marcadas, como se observa en el gráfico 3.6. En las áreas urbanas la fecundidad tiende a concentrarse en las edades de 20 a 29 años (cúspide dilatada), mientras que, en las rurales se agrupan entre los 20-24 años (cúspide temprana). Las curvas de la fecundidad muestran que la menor fecundidad en el área urbana se debe principalmente a la marcada diferencia de fecundidad entre los grupos de 20 a 39 años, donde cada valor de las tasas específicas representa casi el 50% menos de lo que sucede en el área rural.

3.2.2 Niveles y tendencias de la Fecundidad por Departamentos

En la mayoría de los departamentos ubicados en la región Sierra los altos niveles de fecundidad, permanecieron casi estacionarios hasta la década del 80 (alrededor de 6 hijos). Entre 1981-1993 se nota un descenso importante en Ancash y Arequipa, mientras que en los departamentos netamente costeños (Ica, Lambayeque, Moquegua, Tacna y Tumbes) el descenso ha sido paulatino hasta 1993, donde permanece relativamente constante hasta el 2005. Es un hecho que en los promedios de estos departamentos juegan un rol significativo las provincias de la Costa, donde la fecundidad presenta promedios bajos, al lado de las provincias de la Sierra cuyos promedios de fecundidad son más altos.

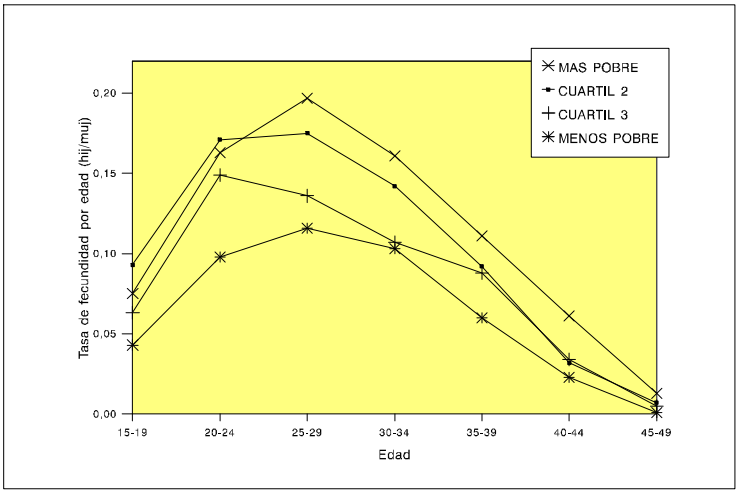
Cada uno de los departamentos de la Costa, Sierra y Selva muestran evidencias de haber entrado en el último decenio a una etapa significativa de reducción de la fecundidad, aunque en un grado muy diferenciado, explicado en parte, por el desarrollo desigual de los departamentos y sus provincias, donde alguna de estas últimas han recibido mayores beneficios del proceso de modernización de la sociedad y sus influencias en los valores de comportamiento en relación a la fecundidad.

Gráfico Nº 3.7
PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: ENCO 2006 Primer Semestre

Gráfico Nº 3.8
PERU. TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, SEGÚN CUARTILES 2005



Fuente: Censos de Población, ENCO 2006 Primer Semestre

La fecundidad en Lima y Callao experimentó el mayor descenso porcentual entre 1961 y 2005, debido en gran parte a su situación de privilegio de ser la provincia capital de la República, o área metropolitana, convirtiéndose en el polo de modernización más importante del país, donde radica aproximadamente el 29% de la población del país, donde hasta los grupos de más baja educación o los trabajadores no agrícolas, en su gran mayoría inmigrantes en especial mujeres, se

ven incorporados tempranamente al proceso, aunque en una situación de grupos marginados (asentamientos humanos), pero que a la postre, después de algunos años llegan a ser parte de su nuevo mundo, al participar de los beneficios del sector salud, educación, ocupación y los medios de comunicación de masas y otros, que de alguna manera les llega en mejores condiciones que en su tierra de origen, donde las condiciones eran mas precarias que en un asentamiento humano de Lima, Trujillo o cualesquiera sea la ciudad más importante del país.

Los diferenciales en el nivel y estructura de la fecundidad son marcados al tratar por grupos de departamentos, los cuartiles extremos, "más pobres" y "menos pobres" muestran las grandes desigualdades en el interior del país, en todos los aspectos que modelan el comportamiento reproductivo de la población.

Finalmente, el cuadro 3.6 nos da una idea clara de la evolución de la fecundidad medida con la tasa global de fecundidad, en los departamentos del Perú durante los últimos 45 años, vemos que en el años 1961 la diferencia de hijos por mujer al final de su periodo reproductivo entre Lima y los departamentos de la Sierra y Selva era de 4 y 3 hijos menos respectivamente. En el 2005 estas diferencias aún subsisten, con niveles más bajos.

Cuadro Nº 3.6
PERU: NIVEL DE LAFECUNDIDAD POR AÑO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 1961-2005

DEPARTAMENTOS	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (HIJ/MUJ)				
	1961	1972	1981	1993	2005
PERU	**6,8**	**6,2**	**5,0**	**3,5**	**2,9**
AMAZONAS	7,8	8,1	7,1	5,4	3,6
ANCASH	7,4	6,5	6,1	3,9	3,0
APURIMAC	7,4	8,0	7,4	5,9	4,5
AREQUIPA	6,5	5,5	4,5	2,7	2,2
AYACUCHO	7,4	7,5	6,5	5,2	4,7
CAJAMARCA	7,8	7,5	6,8	5,0	3,3
CALLAO	4,9	4,3	3,2	2,2	2,1
CUSCO	6,9	7,1	6,3	4,6	4,0
HUANCAVELICA	7,5	7,5	7,9	6,5	5,2
HUANUCO	7,6	7,1	6,6	5,4	3,9
ICA	6,9	5,7	4,7	2,9	2,7
JUNIN	7,0	6,2	5,7	4,0	3,2
LA LIBERTAD	6,6	5,9	5,2	3,3	2,8
LAMBAYEQUE	7,8	6,6	5,1	3,1	2,7
LIMA	4,8	4,3	3,5	2,3	2,2
LORETO	8,3	7,6	6,2	5,3	4,5
MADRE DE DIOS	8,7	7,2	6,1	4,2	3,4
MOQUEGUA	7,0	5,5	4,5	2,3	2,2
PASCO	8,1	7,1	6,7	4,3	3,3
PIURA	8,3	7,3	6,0	4,0	3,2
PUNO	6,7	6,7	6,4	4,5	3,5
SAN MARTIN	8,7	7,5	4,0	3,5	3,2
TACNA	6,0	5,2	4,4	2,4	1,8
TUMBES	7,6	7,1	5,5	3,3	2,6
UCAYALI	8,3	7,6	6,4	4,6	3,8

Fuente. Censos Nacionales. ENCO 2006 Primer Semestre

De esta suerte, y a manera de conclusión podemos decir que el descenso más acentuado de la fecundidad en los departamentos con provincias en el litoral peruano como Arequipa, Moquegua, Ica, Lambayeque, Tacna y Tumbes, esta relacionado con los diversos factores de desarrollo socio-económico que interactúan a través de las variables intermedias, como el uso de anticonceptivos (mencionados en párrafos anteriores) y que tienen mayor o menor presencia en cada uno de los estratos: alto, medio o bajo, los que favorecen o no la planificación de una familia pequeña. En este sentido, en cada una de las ciudades de la Costa y las principales ciudades del país, los programas de planificación familiar han tenido mayor presencia en estos últimos años, que ha contribuido a que las parejas hagan efectivo sus ideales del número deseado de hijos. (ver Mapa Nº 3.1)

3.3 Actividad sexual

Los resultados de la ENDES 2004-2005 señalan que cerca de la mitad de las MEF eran sexualmente activas[19/], consideradas así porque declararon que tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas anteriores a la entrevista, la otra mitad serían mujeres sexualmente no activas por estar en abstinencia, en el mes de referencia, o porque nunca tuvieron relaciones sexuales. Según la edad de las mujeres, el grupo de 35 a 39 años es la que muestra mayor porcentaje de actividad sexual (69.4%), muy de cerca está el grupo de 30 a 34 años, que muestra un porcentaje de actividad sexual (67.1), disminuyendo las proporciones hacia las de mayor edad, trayecto similar a la fecundidad.

Cuadro Nº 3.7
PERU: MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, POR ACTIVIDAD SEXUAL, SEGÚN CARACTERISTICAS. 2005

CARACTERISTICA	TOTAL	SEXUALMENTE ACTIVA	EN ABSTINENCIA	NUNCA TUVO RELACIONES
TOTAL	**100,0**	**49,5**	**24,6**	**25,9**
EDAD				
15-19	100,0	11,9	11,5	76,6
20-24	100,0	37,8	26,5	35,7
25-29	100,0	57,7	28,6	13,7
30-34	100,0	67,0	26,6	6,4
35-39	100,0	69,4	27,8	2,8
40-44	100,0	65,1	31,2	3,7
45-49	100,0	60,2	38,1	1,7
AREA DE RESIDENCIA				
URBANO	100,0	46,6	26,3	27,1
RURAL	100,0	56,3	24,8	18,9
NIVEL DE EDUCACION				
SIN NIVEL	100,0	61,7	33,8	4,5
PRIMARIA	100,0	64,0	26,1	9,9
SECUNDARIA	100,0	43,4	23,0	33,6
SUPERIOR	100,0	44,8	28,8	26,4

Fuente: ENDES 2004-2005

19/ En este grupo se incluye a mujeres embarazadas, infértiles y menopáusicas.

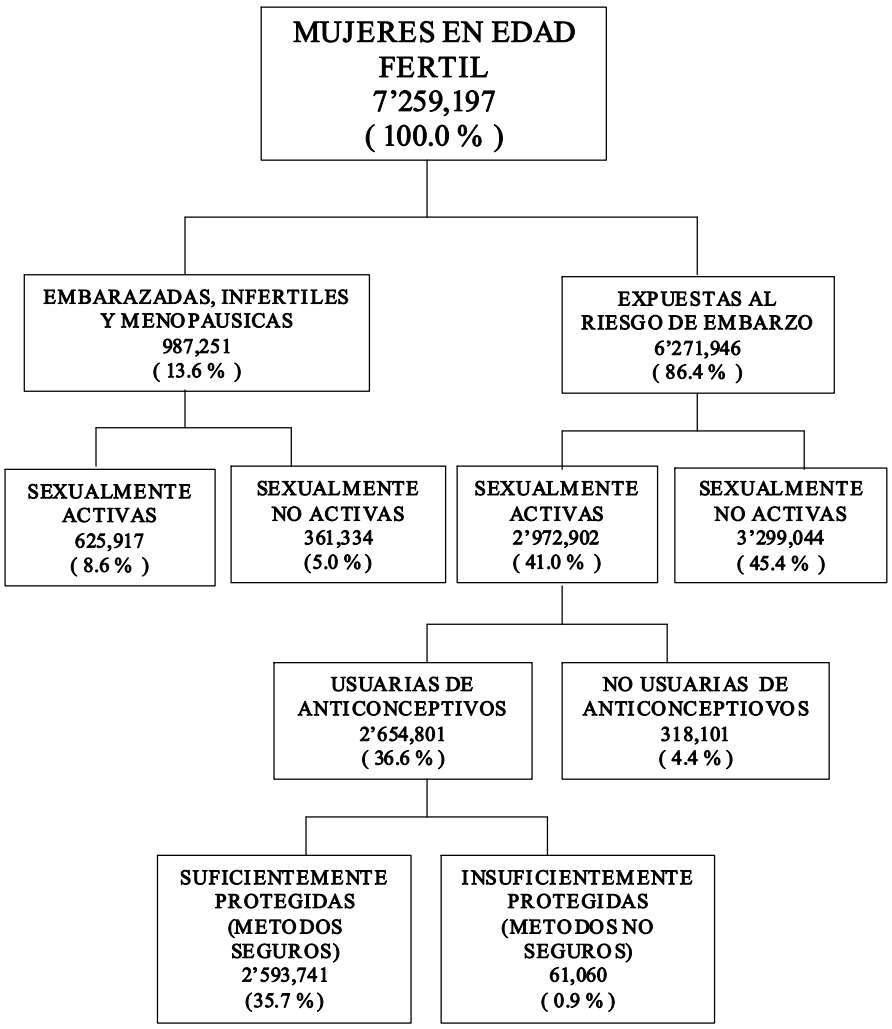
Las MEF que residen en las áreas rurales en su mayoría eran sexualmente activas, lo contrario de las residentes urbanas. El nivel de educación y la proporción de mujeres sexualmente activas se relacionan en forma inversa, esto es que a menor nivel de educación, la actividad sexual es mayor.

3.4 Exposición al riesgo de embarazo

Las posibilidades que tienen las mujeres en edad reproductiva de quedar embarazada dependen de: 1) factores biológicos; 2) la actividad sexual; y 3) la práctica anticonceptiva.

Los factores biológicos como el estar embarazada, ser infecunda o estar en menopausia son indicadores definitivos para excluirlas de la exposición al riesgo de embarazo. Según el

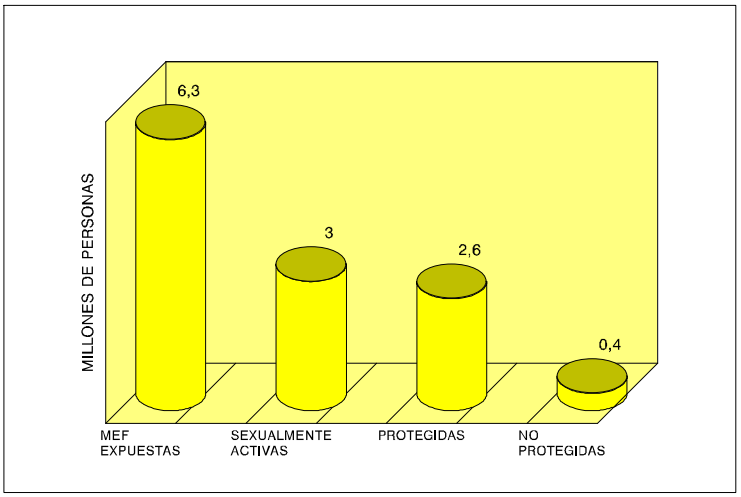
Diagrama Nº 01
MUJERES EN EDAD FERTIL. 2005



método de análisis aplicado a los datos de las ENDES, se considera infértiles a las mujeres no embarazadas que han permanecido en unión durante los cinco últimos años y que no han tenido hijos pese a no usar anticonceptivos. Asimismo, se incluye en esta categoría a las mujeres consideradas en menopausia, es decir, aquellas mujeres que reportaron directamente ser menopáusicas o manifestaron ausencia del periodo menstrual durante 6 meses, por lo menos, pese a no estar embarazadas. La ENDES 2004-2005 indica que el 3.6% de las MEF estaban embarazadas y el 10.0% eran infecundas, es decir un poco más de 987 mil mujeres, al margen de su actividad sexual, no estarían expuestas a quedar embarazadas, porque su situación biológica no lo permite. En relación a la actividad sexual de este grupo de mujeres, se señala que el 8.6% eran activas sexualmente y el 5.0% no lo eran.

Si del total de MEF se excluyen las embarazadas, infértiles y menopáusicas, quedarían cerca de 6 millones 300 mil mujeres **expuestas** al riesgo de quedar embarazadas (el 86.4% de las mujeres en edad fértil). La posibilidad de embarazo de una mujer expuesta depende de la frecuencia de sus relaciones sexuales y de la práctica contraceptiva. Los resultados de la ENDES 2004-2005 señalan que el 47.4% (3 millones) de las MEF expuestas eran **sexualmente activas**, en consecuencia, la otra parte, esto es el 52.6%, estaban protegidas del riesgo de quedar embarazadas en forma natural, porque no tenían actividad sexual.

Gráfico Nº 3.9
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO. 2005



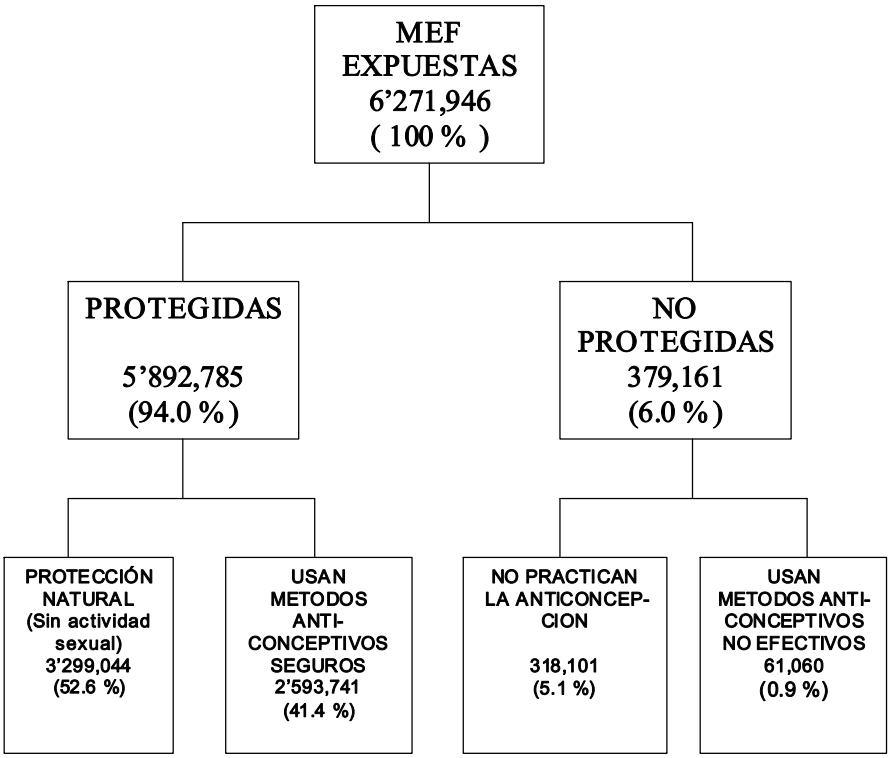
FUENTE: Censo de Población 2005 y ENDES 2004-05

Del total de mujeres expuestas, sexualmente activas, el 89.3% (2 millones 700 mil) eran usuarias de métodos anticonceptivos, de las cuales el 97.7% (2 millones 600 mil) se consideraban **suficientemente protegidas** contra el riesgo de embarazo, por estar usando métodos de planificación familiar seguros, el resto de mujeres sexualmente activas, 61 mil aproximadamente, no estaban debidamente protegidas, por lo que tenían una alta probabilidad de quedar embarazadas. En este último grupo de mujeres se incluyen a las que no practicaban la anticoncepción, usaban

métodos como el ritmo sin conocer el ciclo menstrual, o inseguros como los tradicionales o folclóricos.

En resumen, la gran mayoría del total de mujeres expuestas al riesgo de embarazo, el 94.0% (5 millones 900 mil) estarían suficientemente protegidas, ya sea en forma natural por no tener actividad sexual (52.6%) o porque usaban métodos de planificación familiar efectivos (41.4%). El resto, cerca de 380 mil mujeres (6.0%) se considerarían como mujeres expuestas no protegidas, por que no practicaban la anticoncepción (5.1%) o porque usaban métodos de planificación familiar no efectivos.

Diagrama Nº 02
MUJERES EN EDAD FERTIL EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO. 2005



3.5 Demanda de métodos de planificación familiar

En el 2005 existía un mercado de planificación familiar, definido por las mujeres en edad fértil que comprende aproximadamente 7 millones 300 mil mujeres en todo el territorio nacional, las que de acuerdo a sus intenciones reproductivas, demandan métodos contraceptivos con la finalidad de controlar su fecundidad.

Para poder comprender el proceso que conduce a la adopción de la anticoncepción se reconocen tres elementos básicos que parecen seguir una secuencia temporal; en primer lugar, debe existir una percepción de la posibilidad de limitar el

tamaño de la familia; luego, deben existir los elementos para que una pareja esté motivada, ya sea para tener menos hijos o para espaciar sus nacimientos, y, por último, la decisión de adoptar la anticoncepción debe ser el resultado de la evaluación positiva de por lo menos un método y de una fuente de obtención, en el caso de los métodos no tradicionales.[20/] De acuerdo a estos conceptos, la demanda de planificación familiar estaría estrechamente relacionada al deseo de las mujeres de tener o no más hijos, desde que si no desean hijos tendrán que optar por el uso de algún método anticonceptivo.

Para sistematizar el estudio de la demanda de planificación familiar Westoff[21/] plantea las categorías de mujeres que conforman la demanda total de Planificación Familiar como: 1) mujeres con necesidad satisfecha o mujeres que actualmente están usando anticonceptivos (usuarias actuales); 2) mujeres en necesidad no satisfecha o mujeres que no practican la anticoncepción pero que por alguna razón desean controlar su fecundidad (usuarias potenciales); y 3) mujeres que pese a estar practicando la anticoncepción quedaron embarazadas porque les falló el método que estaban usando, en todo caso entiéndase como demanda de métodos anticonceptivos más seguros.

De acuerdo a las intenciones reproductivas, las mujeres que están usando anticonceptivos lo hacen con dos propósitos, es que quieren posponer o espaciar por lo menos por dos años el siguiente hijo (espaciadoras) o es que no quieren tener más hijos (limitadoras), tal vez porque alcanzaron el número ideal de hijos o el tamaño de su familia que considera adecuado. En el grupo que no están usando anticonceptivos evidentemente hay mujeres que desean un hijo pronto, también están aquellas que querían postergar el embarazo (espaciadoras) o que deseaban controlar su fecundidad por considerar suficiente los que ya tienen (limitadoras). En forma similar aquellas mujeres que quedaron embarazadas por que les falló el método anticonceptivo, algunas no querían el embarazo hijos (limitadoras) y otras querían postergar el nacimiento de su próximo hijo (espaciadoras).

Según la ENDES 2004-2005 y el Censo de Población 2005, en el año 2005 el 52.1% del total de mujeres en edad reproductiva, esto es cerca de 3 millones 800 mil, debieron estar inmersas en el mercado de planificación familiar, de ellas, 2 millones 400 mil (32.7%) porque ya no querían tener más hijos, el resto porque deseaban espaciar el nacimiento de su próximo hijo. El 44.9% de las MEF (3 millones 259 mil) tenían demanda satisfecha, es decir estaban usando algún método contraceptivo ya sea con el propósito de postergar su próximo embarazo (16.3%) o porque ya no deseaban más hijos (28.6%). Una menor proporción 370 mil mujeres se consideran con demanda no satisfecha (5.1%), finalmente 2.1% (152 mil mujeres) quedaron embarazadas porque falló el método anticonceptivo usado.

Estas cifras indican que el deseo mayoritario de las mujeres es el no querer más hijos, en consecuencia, debería ser tomada en cuenta por los administradores de programas de planificación familiar con la finalidad de orientar la oferta de servicios que involucre métodos anticonceptivos seguros y de largo alcance que permitan satisfacer los deseos de limitar la descendencia.

20/ José García Núñez, Yolanda Palma C., Leopoldo Núñez y Javier Jiménez. "Estimaciones Programáticas para Áreas Geográficas Pequeñas", Mayo de 1994. México.

21/ Westoff, C y Ochoa, L. H., Unmet Need the Demand for Family Planning, en Demographic and Health Surveys, en Comparative Studies, Nº 5. Institute for Resource Development/Macro International Columbia, Mayland, 1991.

Cuadro Nº 3.8
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2005

CARACTERISTICA	DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR		
	TOTAL	UNIDAS	NO UNIDAS
DEMANDA TOTAL	**52,1**	**82,8**	**16,1**
PARA ESPACIAR	19,4	26,8	10,7
PARA LIMITAR	32,7	56,0	5,4
DEMANDA NO SATISFECHA	**5,1**	**8,8**	**0,7**
PARA ESPACIAR	1,8	2,9	0,5
PARA LIMITAR	3,3	5,9	0,2
DEMANDA SATISFECHA	**44,9**	**70,7**	**14,6**
PARA ESPACIAR	16,3	22,0	9,6
PARA LIMITAR	28,6	48,7	5,0
FALLA DEL METODO	**2,1**	**3,3**	**0,8**
PARA ESPACIAR	1,3	1,9	0,6
PARA LIMITAR	0,8	1,4	0,2

Fuente: ENDES 2004-2005

La cohabitación más o menos estable de las parejas, sea por matrimonio o por unión de hecho, es un condicionante de la exposición al riesgo de embarazo, puesto que la finalidad principal del inicio de la vida conyugal es la procreación, lo que pareciera evidente desde que la mayor parte de los nacimientos se producen dentro de esta unión. Según la ENCO, las mujeres unidas en el año 2005 representaban el 54.2% del total de mujeres en edad fértil, aproximadamente 3 millones 934 mil mujeres. De este total, 3 millones 258 mil (82.8%) demandarían servicios de planificación familiar. Como es de esperar, por la alta exposición al riesgo de embarazo de este grupo de mujeres, las tasas de demanda, en todos los componentes, son mucho más altas que las registradas en el total de MEF.

Haciendo un breve recuento histórico de la evolución de la Demanda de Planificación Familiar, se advierten una tendencia al crecimiento en la demanda satisfecha, así mismo, un descenso de la demanda no satisfecha, balance que es positivo en términos del impacto en el nivel de fecundidad, pese a que en periodo 2000-2005 se produce un cierto estancamiento en la demanda total.

Diagrama Nº 03
DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR. 2005
(Método de Westoff)

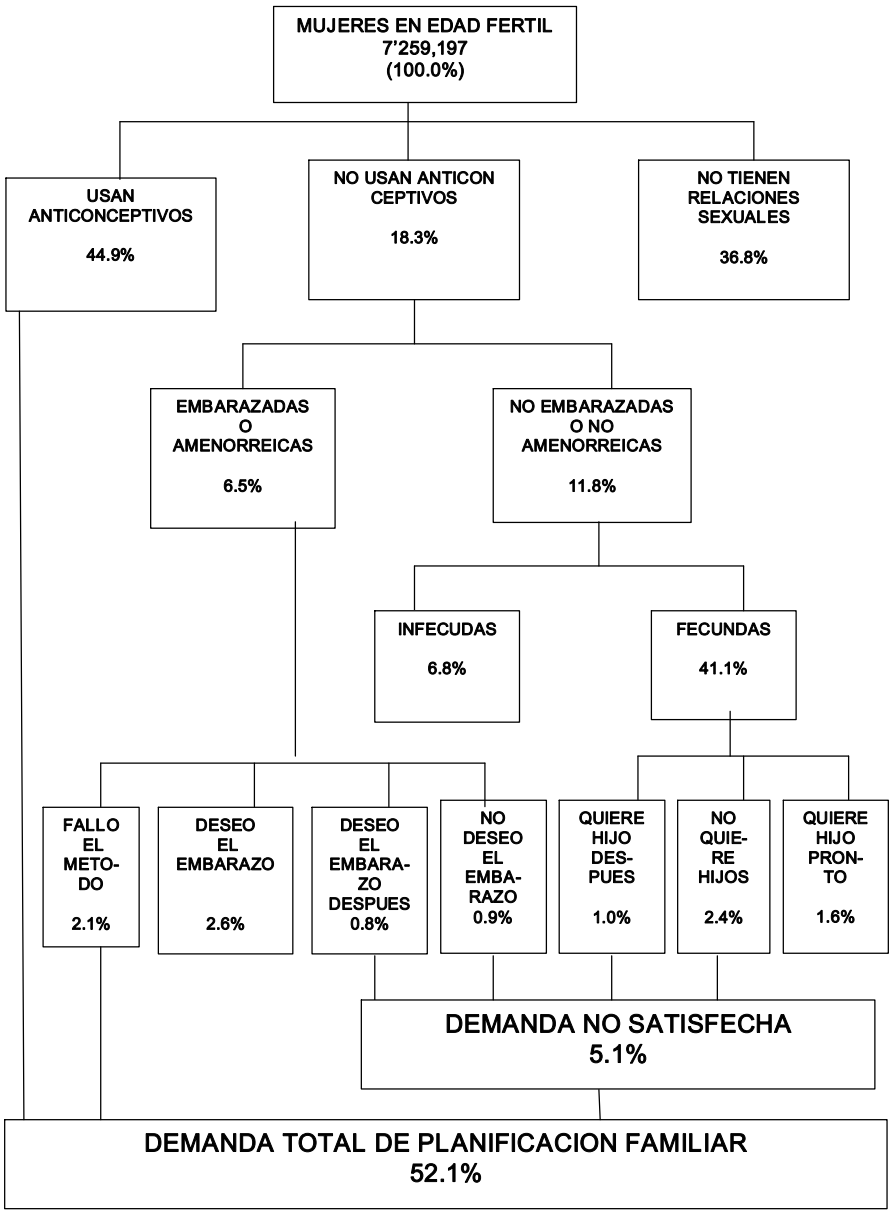
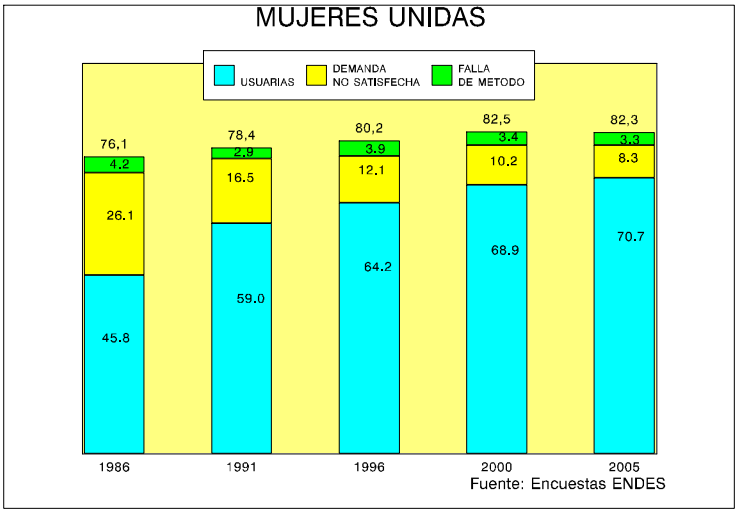


Gráfico Nº 3.10
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES. 1996-2005



Cuadro Nº 3.9
PERU: DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR COMPONENTES, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 1996-2005

CARACTERISTICA	1996	2000	2005
MUJERES ENEDAD FERTIL UNIDAS			
DEMANDA TOTAL	**82,0**	**82,5**	**82,8**
DEMANDA SATISFECHA	64,2	68,9	70,7
DEMANDA NO SATISFECHA	12,8	10,2	8,8
FALLA DEL METODO	5,0	3,4	3,3
TOTAL DE MUJERES ENEDAD FERTIL			
DEMANDA TOTAL	**52,0**	**52,4**	**52,1**
DEMANDA SATISFECHA	40,9	44,0	44,9
DEMANDA NO SATISFECHA	7,8	6,2	5,1
FALLA DEL METODO	3,3	2,2	2,1

Fuente: Encuestas ENDES.

IV: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La práctica anticonceptiva es uno de los factores que ejercen mayor influencia en los niveles de fecundidad y como es de esperarse, los cambios en el tiempo de la proporción de mujeres que practican la anticoncepción, debería encontrar su correlato en los cambios del nivel de fecundidad.

En el país, el nivel de fecundidad continúa descendiendo por acción de lo que se conoce como los determinantes próximos (nupcialidad, infertilidad, posparto, anticoncepción y aborto) y se señala como uno de los principales factores que influyen en esta tendencia, el uso de métodos anticonceptivos, que como se sabe, es una práctica de gran impacto en la limitación de la fecundidad. El uso de anticonceptivos esta relacionado a tres factores: 1) tener claro el objetivo que se desea alcanzar con el uso del método, ya sea para limitar o para espaciar los hijos 2) conocimiento de los métodos como una actitud favorable a su uso, lo que presupone un cambio importante en la estructura de valores sociales y de hábitos culturales de la población, sobre todo de las mujeres en edad fértil, cambios que se vienen dando en nuestra población dentro de un acelerado proceso de urbanización paralelo al incremento de la escolaridad, aumento del nivel educativo y la disminución del analfabetismo; y 3) la facilidad del uso y la efectividad del método, que tiene que ver con el acceso al centro de abastecimiento y la disponibilidad física de los métodos eficaces.

El desarrollo de las Políticas de Población y el progreso de las ciencias de la salud reproductiva, ha posibilitado que las parejas que deseen regular su fecundidad, tengan la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no, así como determinar el momento de hacerlo y el número de hijos deseados. Sin embargo, este acceso a la práctica contraceptiva puede demandar un costo económico y en algunos casos riesgos para la salud. Por lo tanto, la selección de un método anticonceptivo no es una tarea sencilla, desde que se relaciona con las características sociales, demográficas, de salud y culturales de las parejas, de por si muy complejas. Por ello, lo ideal es que la adopción, sin riesgos, de los diferentes métodos contraceptivos debería ser evaluado profesionalmente para cada usuaria.

Como se ha señalado, el principal componente de la Demanda de Planificación Familiar lo constituye el grupo de mujeres con demanda satisfecha o mujeres que en el momento de la entrevista manifiestan estar usando algún método anticonceptivo en clara respuesta a sus deseos de limitar su fecundidad, ya sea por no querer más hijos o porque no lo quieren pronto. Para conocer la prevalencia anticonceptiva, las ENDES preguntaron a las mujeres que no se encontraban embarazadas al momento de la entrevista si ella o el marido usaban en la actualidad algún método anticonceptivo, en función de la respuesta, estas mujeres se clasifican como usuarias o no de la anticoncepción.

4.1 Alguna vez usuaria.

Este concepto se refiere al uso de algún método en el pasado, aún cuando haya dejado de usarlo o este usando actualmente, incluyendo la esterilización. El número de personas que alguna

vez han practicado la anticoncepción da una medida aproximada del grado en el que una población está motivada para adoptar la práctica anticonceptiva, es decir, tiene conocimiento directo de la anticoncepción al haber ensayado el método en algún momento.

De acuerdo a los datos de la ENDES 2004-2005, el 69.1% del total de mujeres en edad reproductiva ha usado alguna vez un método anticonceptivo para regular su fecundidad (5 millones de MEF). La proporción de mujeres no unidas que alguna vez usó algún método anticonceptiva es 38.6%, esto es cerca de 1 millón 300 mil un poco menos de la quinta parte del total de mujeres. Como es natural, la proporción de mujeres unidas que alguna vez usó algún método anticonceptivo es considerablemente mayor, 95.1% (3 millones 700 mil).

Cuadro Nº 4.1
PERU: MUJERES ALGUNA VEZ USUARIAS O NO DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CIVIL, SEGÚN CARACTERISTICAS. 2005

CARACTERISTICA	MUJERES QUE USARON O NO ALGUNA VEZ ANTICONCEPTIVOS					
	TOTAL DE MEF		MEF UNIDAS		MEF NO UNIDAS	
	USO METODOS (%)	NUNCA USO (%)	USO METODOS (%)	NUNCA USO (%)	USO METODOS (%)	NUNCA USO (%)
TOTAL	**69,1**	**30,9**	**95,1**	**4,9**	**38,6**	**61,4**
AREA DE RESIDENCIA						
URBANO	68,8	31,2	97,6	2,4	41,3	58,7
RURAL	69,8	30,2	90,8	9,2	29,0	71,0
EDAD						
15-19	18,2	81,8	82,5	17,5	11,1	88,9
20-24	57,3	42,7	94,2	5,8	35,9	64,1
25-29	81,1	18,9	97,5	2,5	58,6	41,4
30-34	88,7	11,3	97,0	3,0	65,7	34,3
35-39	91,6	8,4	96,4	3,6	74,4	25,6
40-44	89,7	10,3	94,8	5,2	74,0	26,0
45-49	88,1	11,9	92,4	7,6	74,1	25,9
NIVEL DE EDUCACION						
SIN EDUCACION	75,2	24,8	84,2	15,8	41,9	58,1
PRIMARIA	79,4	20,6	92,5	7,5	39,6	60,4
SECUNDARIA	62,4	37,6	97,7	2,3	30,5	69,5
SUPERIOR	69,5	30,5	97,1	2,9	48,9	51,1

Fuente: ENDES 2004-2005

Según la residencia urbana-rural de las mujeres unidas, se observa una proporción ligeramente mayor en las áreas urbanas, aunque en términos absolutos la diferencia es considerable. El patrón de mujeres unidas alguna vez usuarias, según la edad, es similar al de la fecundidad, menores proporciones en las edades extremas con valor modal alrededor de los 30 años. El nivel de educación y el la condición de alguna vez usuarias muestra cambios en relación directa, a mayor nivel de educación mayor proporción de mujeres alguna vez usuarias, el menor porcentaje

corresponde a mujeres sin nivel de educación, mostrando una brecha grande en relación a los niveles superiores.

4.2 Uso Actual

En el ámbito mundial, el uso de métodos anticonceptivos ha venido creciendo debido a la implementación de Políticas de Población cuyo componente principal son los programas de planificación familiar, que han generalizado el acceso a los métodos contraceptivos, facilitando de esta forma, que se alcance el tamaño deseado de la familia, evitando los hijos no deseados.

Según el Estado de la Población Mundial 2005 (UNFPA), a nivel mundial el porcentaje de mujeres unidas que usaban anticonceptivos fue de 61% (todos los métodos), en los países desarrollados 69% y en los países en desarrollo 59%, aunque en este caso hay grandes oscilaciones como que en Angola fue 6% y en Costa Rica 80%. En América del Sur la proporción de usuarias unidas fue de 71%, Bolivia presentan el menor porcentaje de práctica anticonceptiva con 58%, el lado opuesto es Colombia con 77%. El Perú tenía una proporción similar al promedio sudamericano.

4.2.1 Prevalencia anticonceptiva y estado conyugal

Tanto en los estudios de la fecundidad, como en los referidos a la práctica anticonceptiva, una de las variables considerada como determinante es el estado conyugal, desde que permite distinguir la proporción de mujeres en edad reproductiva que tienen relaciones sexuales estables, que las sitúa como mujeres altamente expuestas al riesgo de embarazo.

Cuadro Nº 4.2
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR INTENCION REPRODUCTIVA, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2005

ESTADO CONYUGAL	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	MUJERES USUARIAS			TASA DE PREVALENCIA (%)		
	TOTAL	PARA ESPACIAR	PARA LIMITAR	TOTAL	PARA ESPACIAR	PARA LIMITAR
TOTAL	**3 259 379**	**1 183 249**	**2 076 130**	**44,9**	**16,3**	**28,6**
UNIDAS	2 781 681	865 587	1 916 094	70,7	22,0	48,7
NO UNIDAS	477 698	330 439	188 317	14,6	9,6	5,0

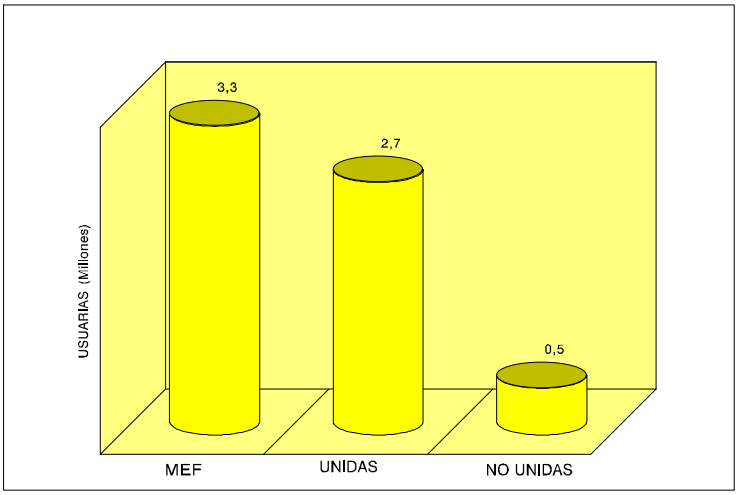
Fuente: ENDES 2004-2005
Nota: Proporcion de Unidas de la ENCO

En el Perú en el 2005, la prevalencia anticonceptiva en todas las MEF, esto es, el porcentaje de mujeres que al momento de la entrevista estaban usando algún método anticonceptivo, fue de 44.9%, este indicador se eleva a 70.7% al tomar como referencia a las mujeres unidas y una proporción menor, de apenas 14.6% en las mujeres no unidas. Como era de esperar la tasa de prevalencia en las unidas fue mayor que la observada en el total de mujeres por la propia naturaleza de la exposición al riesgo de embarazo y por el mayoritario deseo de limitar el número de hijos.

Combinando las cifras relativas de la ENDES con los datos del Censo de Población se establece

que en el año 2005, en nuestro país habría 3 millones 300 mil mujeres que practican la contracepción, 2 millones 800 mil serían unidas y únicamente 500 mil no unidas. De acuerdo a las intenciones reproductivas, las dos terceras partes de las mujeres usuarias, cercana a los 2 millones 100 mil, lo hacían porque ya no querían tener más hijos, el resto de mujeres tenían planeado tener un hijo en un tiempo no menor a los dos años. En el grupo de mujeres unidas, que eran la gran mayoría de las usuarias, 1 millón 900 mil querían limitar su fecundidad. En las mujeres no unidas que practicaban la anticoncepción, la mayoría deseaba esperar por lo menos dos años para intentar un embarazo.

Gráfico 4.1
PERU: MUJERES USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, SEGÚN LAS ENDES
2004 - 2005



Fuente: Endes 2004-2005

De acuerdo a la eficacia del método anticonceptivo que usan las mujeres se establecen dos grandes grupos: 1) Las que usan métodos modernos; y 2) las que usan métodos tradicionales. Dentro de los métodos modernos se considera la Píldora, DIU (dispositivo intrauterino), Inyección, Métodos Vaginales (espuma, jalea), Condón, Anticoncepción Quirúrgica (esterilización masculina y femenina), norplant, MELA (amenorrea por lactancia) y contracepción de emergencia. Como métodos tradicionales se consideran el Ritmo, Retiro y los Folclóricos.

Según los resultados de las ENDES, en el 2005 el 30.2% de las mujeres empleaban métodos modernos para limitar su fecundidad, cerca de 2 puntos porcentuales menos que en el 2000. Aproximadamente la mitad (55.2%) de las mujeres en edad fértil manifestaron no practicar la anticoncepción. La prevalencia de uso de los métodos tradicionales o menos eficientes era todavía significativo 14.6% un tanto mayor que en el 2000.

Cuadro Nº 4.3
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 2000-2005

TIPO DE METODO	PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA					
	TOTAL		UNIDAS		NO UNIDAS	
	2005	2000	2005	2000	2005	2000
TOTAL	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
CUALQUIER METODO	**44,8**	**44,0**	**70,7**	**68,9**	**14,5**	**12,1**
METODOS MODERNOS	30,2	32,0	47,1	50,4	10,4	8,4
METODOS TRADICIONALES	14,6	12,0	23,6	18,5	4,1	3,7
NO USAN	**55,2**	**56,0**	**29,3**	**31,1**	**85,5**	**87,9**

Fuente: ENDES 2004-2005, 2000

Si se toma como universo a las mujeres unidas se observa que el 47.1% eran usuarias de métodos modernos, tres puntos porcentuales menos que en el 2000, siendo la inyección y el AQV femenino los más usados. El 23.6% usaban métodos tradicionales, de los cuales la abstinencia es predominante con 17.6%. En relación a las mujeres no unidas, es evidente que la gran mayoría fueron no usuarias 85.5%, los métodos modernos fueron utilizados por el 10.4% donde el de mayor frecuencia fue el condón, como en los casos anteriores, el ritmo fue el preferido por las mujeres.

4.2.2 Tipo de Método usado

El ritmo o abstinencia periódica fue el método de mayor frecuencia de uso, preferido por el 24.1% de las mujeres peruanas que practicaban la planificación familiar. Su empleo se incrementó en relación al año 2000, siendo prácticamente el único anticonceptivo tradicional que prefieren una gran parte de mujeres. Sin embargo, alrededor de 10 de cada 100 mujeres en edad fértil que lo empleaban no conocían con certeza el período de riesgo de concepción durante el ciclo menstrual; por consiguiente hay un mal uso lo que condiciona que la falla del método también es alta, 3 de cada 10 de las mujeres que dejaron de usar, lo hicieron por haberles ocasionado un embarazo no planeado, esto es por la ineficacia del método.

El método del ritmo fue preferido por un tercio de las mujeres usuarias residentes en las áreas rurales, en tanto que en las áreas urbanas, solo un quinto de ellas lo usaban, esta situación esta relacionada a la mayor información sobre los métodos modernos y acceso a los servicios de planificación familiar que se tiene en las áreas urbanas, además de otros factores sociales marcadamente diferentes entre ambas áreas de residencia. Según el nivel educativo de las mujeres se percibe una correlación negativa, esto es que a mayor nivel educativo menor preferencia por usar el ritmo.

Una característica general observada en las mujeres usuarias del ritmo y que merece resaltar es que el método es empleado a lo largo de todo el ciclo reproductivo de la mujer, decreciendo su uso recién al final de dicho ciclo, es decir que se está usando para limitar los nacimientos y no solo para espaciar.

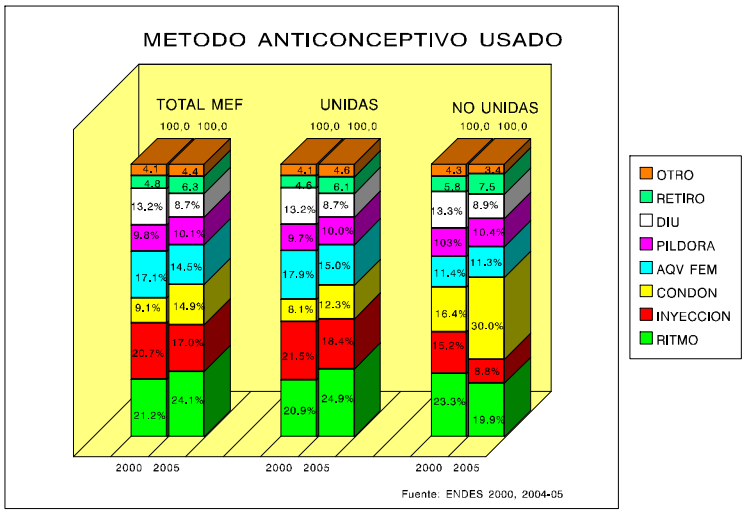
Cuadro Nº 4.4
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2005

TIPO DE METODO	TOTAL DE MEF: FRECUENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO						
	TOTAL	RESIDENCIA		NIVEL DE EDUCACION			
		URBANO	RURAL	SIN NIVEL	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
CUALQUIER METODO	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
RITMO	24,1	20,1	33,3	35,8	28,5	21,3	21,9
INYECCION	17,0	13,7	24,5	24,1	21,6	18,6	9,0
CONDON	14,9	18,8	6,1	1,1	6,0	14,4	26,8
AQV FEMENINA	14,5	14,8	13,7	19,8	18,9	13,0	11,3
PILDORA	10,1	11,1	7,7	3,2	9,3	11,8	9,2
DIU	8,7	11,1	3,2	2,7	3,1	9,6	14,1
RETIRO	6,3	6,6	5,6	4,8	7,0	7,1	4,5
OTROS	4,4	3,8	5,9	8,5	5,6	4,2	3,2

Fuente: ENDES 2000 y 2004-2005

Al ritmo le sigue la Inyección (17.0%), el Condón (14.9%), la Esterilización femenina (14.5%) y la Píldora (10.1%). Comparando con la frecuencia registrada en el año 2000, los métodos que han incrementado su frecuencia de uso son el ritmo, el condón y la píldora, es de señalar que el incremento del ritmo no es la mejor noticia para los fines de la planificación familiar, dado su bajo nivel de eficacia, pues, como se ha comentado, muchas usuarias desconocen su adecuado empleo. Los métodos seguros como la inyección y la esterilización femenina caen en la frecuencia de uso lo cual sumado sobre todo al incremente del ritmo, tendrá repercusión en la tendencia del nivel de la fecundidad, posiblemente haciendo más lenta su velocidad de retracción.

Gráfico Nº 4.2
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN TIPO. 2000, 2005



Pese que en los últimos años se ha observado una mayor motivación de planificar la familia a través de la práctica anticonceptiva, con incrementos significativos en el nivel de educación y la urbanización, sin embargo la proporción de uso de métodos tradicionales en relación al total de métodos usados es todavía significativa.

La inyección fue preferida por 25 de cada 100 mujeres de las áreas rurales, en tanto que solamente lo escogían 14 en las urbanas, resultado poco menos que curioso si se tiene entendido que el uso de métodos modernos es predominio de las áreas urbanas. Al igual que el ritmo, hay una correlación negativa, más marcada, entre el uso de la inyección y el nivel educativo. El condón fue mayormente usado por las residentes urbanas, posiblemente debido a las facilidades de acceso y a prejuicios de rechazo acentuados con mayor fuerza en los residentes rurales. En cuanto al uso del condón y el nivel educativo, se nota una clara correlación positiva, las mayores frecuencias de uso se registran en secundaria y más, donde tienen gran peso las residentes urbanas.

La esterilización femenina ocupa el cuarto lugar en la preferencia de las usuarias, sin mostrar mayor diferencia entre las residentes urbanas y rurales, descendiendo la frecuencia de su uso en la medida que aumenta el nivel educativo.

En general se observa un retroceso entre el 2000 y el 2005 en el uso de métodos eficaces (modernos) en favor de los menos eficientes (tradicionales) este paso negativo estaría explicado por los cambios de política relacionada con la planificación familiar, ocurrida a partir del año 2001, donde el Ministro de Salud puso restricciones a los programas de planificación familiar del gobierno anterior, sobre todo satanizó el Programa de Esterilización en base a algunos excesos aislados que se detectaron en algunos lugares del país, agregándose las restricciones en el abastecimiento del condón, DIU e inyección, los de mayor frecuencia en su uso. Como consecuencia se eleva el uso de métodos tradicionales, que como es conocido tienen tasas de falla importantes, aspecto que indudablemente tendrá repercusión en el nivel de la fecundidad cuya tendencia de descenso ya se nota atenuada.

Cuadro Nº 4.5
PERU: USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2000-2005

TIPO DE METODO	MEF		UNIDAS		NO UNIDAS	
	2005	2000	2005	2000	2005	2000
CUALQUIER METODO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
RITMO	24,1	21,2	24,9	20,9	19,7	23,3
INYECCION	17,0	20,7	18,4	21,5	8,8	15,2
CONDON	14,9	9,1	12,3	8,1	30,0	16,4
AQV FEMENINA	14,5	17,1	15,0	17,9	11,3	11,4
PILDORA	10,1	9,8	10,0	9,7	10,4	10,3
DIU	8,7	13,2	8,7	13,2	8,9	13,3
RETIRO	6,3	4,8	6,1	4,6	7,5	5,8
OTRO	4,4	4,1	4,6	4,1	3,4	4,3

Fuente: ENDES 2000 y 2004-2005

La distribución relativa del tipo de método usado por las mujeres unidas, nos dice que el de mayor preferencia fue el ritmo pues 25 de cada 100 mujeres lo usaban, frecuencia mayor en 4 puntos

porcentuales que la registrada en el año 2000, le siguen en importancia la inyección 18.4% y el AQV femenino 15.0%, ambas frecuencias menores que las del año 2000.

Cuadro Nº 4.6
PERU: USUARIAS UNIDAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR AREA DE RESIDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO, SEGÚN TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO. 2005

TIPO DE METODO	MUJERES UNIDAS: FRECUENCIA DE USO ANTICONCEPTIVO						
	TOTAL	RESIDENCIA		NIVEL DE EDUCACION			
		URBANO	RURAL	SIN NIVEL	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
CUALQUIER METODO	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
RITMO	24,9	20,5	33,6	36,3	29,3	22,0	21,6
INYECCION	18,4	15,2	25,0	23,6	22,1	19,5	10,8
AQV FEMENINA	15,0	15,8	13,5	19,2	17,8	13,0	13,8
CONDON	12,3	15,8	5,3	1,1	5,7	12,8	22,2
PILDORA	10,0	11,2	7,5	3,3	9,2	12,0	8,8
DIU	8,7	11,4	3,3	2,7	3,2	9,7	15,4
RETIRO	6,1	6,3	5,6	4,9	6,8	6,6	4,4
OTROS	4,6	3,8	6,2	8,9	5,9	4,4	3,0

Fuente: ENDES 2000 y 2004-2005

La preferencia del tipo de método anticonceptivo, por área de residencia y nivel de educación es similar al comentado en el total de mujeres, desde que la gran mayoría de usuarias son mujeres unidas que prácticamente determinan la distribución promedio.

En relación a las mujeres no unidas, es evidente que la gran mayoría eran no usuarias 85.5%. A diferencia de las mujeres unidas, el condón fue el de mayor frecuencia, preferido por el 30.0%, el ritmo ocupa el segundo puesto en la escala de preferencias pues lo usaban una de cada cinco mujeres. Estas preferencias están en función de la actividad sexual que tienen las mujeres no unidas, de menor estabilidad que las unidas, a lo que se adecuan el uso de métodos de corta duración como el condón y el ritmo. El AQV femenino ocupa un tercer lugar con 11.3%, declarado seguramente por las mujeres no solteras, esto es las viudas, separadas o divorciadas.

Según el área de residencia, el condón fue de uso predominante en el área urbana en tanto que el ritmo en la rural. La esterilización femenina ha sido declarada en mayor proporción por las mujeres de las áreas rurales, así mismo, tiene una fuerte correlación negativa con el nivel de instrucción, la explicación podría recaer en la campaña de planificación familiar que caracterizo la década del 90, donde se tenia como población objetivo las mujeres pobres y residentes en las zonas más deprimidas del país, situación que fue revertida a partir del 2001.

Como comentario adicional se puede manifestar que sólo el retiro (tradicional), el uso del condón y la esterilización masculina (0.6%), hacen que la responsabilidad del control de la fecundidad recaiga principalmente en el hombre, mientras que todo el resto dependen de la mujer, lo que hace necesario una mayor participación e incorporación de los varones como multiplicadores del uso y difusión de los servicios de planificación familiar.

Una de las causas de la falta de uso o mal uso de la planificación familiar son los embarazos no deseados, es por eso que existe un número

importante de niños que son fruto de embarazos no deseados y cuyo nacimiento la mujer no lo tenía planificado, ya sea por falta de medios, por desinformación o por falta de apoyo de la pareja pues el tamaño de la familia debería ser una decisión de pareja dentro de un determinado contexto socio cultural.

Según la ENDES 2004-2005, más del 50% de las mujeres en edad fértil manifestaron que el número ideal de hijos era dos. Entre las mujeres que todavía no han tenido hijos el porcentaje de 2 hijos, como el ideal, se eleva al 66 %. A partir del segundo hijo el deseo de evitar un nuevo embarazo se hace notorio y aumenta con cada nacimiento.

El porcentaje de mujeres en unión que no deseban tener más hijos es elevado, siendo mas del 50%, esto evidencia una actitud clara de limitar los nacimientos desde tempranas edades. El deseo manifiesto de las mujeres de no tener más hijos es mayoritario tanto en el área urbana como en la rural; sin embargo la fecundidad es dispar, pues el promedio de hijos en las mujeres del área rural es todavía de 4 hijos (el doble de hijos que las mujeres del sector urbano).

La práctica anticonceptiva esta altamente relacionada con el aborto, si se consideran alternativas para evitar hijos no deseados, puesto que es evidente que existe un deseo expreso de las parejas de limitar el número de hijos que quieren tener, sin embargo este deseo no esta adecuadamente orientado por cuanto el anticonceptivo preferido por la mujer peruana continua siendo el ritmo, el cual presenta un alto porcentaje de falla en su uso. Por otra parte, se encuentra que el 55.2% del total de mujeres en edad fértil no usaban método anticonceptivo alguno, produciéndose muchos embarazos no deseados, para poner fin a los cuales se recurre al aborto clandestino, mecanismo cuyo uso no debería estar extendido entre las parejas ya que implica un altísimo riesgo para la salud de la mujer.

En general, dado el interés de la mujer peruana en regular su fecundidad, se requiere mayor información y orientación sobre las ventajas y desventajas de usar un determinado tipo de método anticonceptivo, garantizando siempre el ejercicio de la libertad y los derechos reproductivos de las personas.

4.2.3 Diferenciales de la Prevalencia Anticonceptiva

Los niveles del uso actual de métodos anticonceptivos están condicionados por algunos factores del contexto social y demográfico, los cuales permiten establecer algunas diferencias importantes entre ellos. El análisis de estos diferenciales es necesario no solamente para comprender la influencia de las variables intermedias en la decisión de optar por la planificación familiar, sino además, como un elemento exploratorio de suma utilidad en la aplicación del procedimiento para realizar estimaciones en áreas menores, puesto que la calidad de estas estimaciones dependerá de las variables independientes utilizadas.

a) Planificación Familiar y Nivel de Educación

En los últimos años nuestro país ha experimentado una importante disminución en los niveles de fecundidad que implica una importante caída en la tasa bruta de natalidad, tal como muchas investigaciones lo afirman, esta retracción en la natalidad sería producto de: 1) la disminución del promedio de hijos en cada edad, sobre todo de las mujeres unidas, consecuencia de la practica anticonceptiva; 2) los cambios en las características demográficas tales como la estructura por edad, la edad de inicio de la unión, y la nupcialidad; 3) los cambios sociales, la creciente urbanización, mejora en los niveles de educación, al margen de la incidencia que pudiera tener el aborto y 4) la

cada vez mayor participación de la mujer en el campo profesional y laboral que ha obligado a que dedique más tiempo a estas actividades, este cambio no sólo significa una reorientación de sus actitudes frente a los roles que le toca desempeñar en su vida, sino también una manera distinta de percepción y apreciación respecto a los hijos, que toma diferentes matices de acuerdo con el nivel educacional alcanzado.

El nivel de educación es una variable que en alguna medida define un estatus social de la mujer que le permite visualizar motivaciones diferenciales respecto a la fecundidad y su regulación, debido entre otras razones a que la educación no solamente cambia la valoración respecto a los hijos y el tamaño de la familia, sino también posibilita el acceso a la información sobre los métodos de planificación familiar y la capacidad para usarlos. En las mujeres de mayor nivel de educación la valoración de los hijos y el número de estos está en función de metas trazadas o como una forma de realización personal, indudablemente tiene alta relación con las preferencias sobre el tamaño de la familia; en cambio, en los grupos de mujeres con menor nivel de educación, sobre todo de las áreas rurales, los hijos se valoran en términos de la ayuda, apoyo económico y compañía que estos puedan proporcionar, en algunos casos se piensa en los hijos como un amparo en la vejez, aspectos estos que permiten establecer una asociación entre altos niveles de fecundidad y bajo uso de anticonceptivos.

Similar apreciación se puede realizar en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, en efecto, Nelly Mostajo[22/] concluye que "La educación de la mujer es la variable más importante en la explicación del uso actual de métodos anticonceptivos, marcando el nivel de primaria completa en el área rural y secundaria o más en el área urbana como los puntos de corte donde se observa un cambio significativo de usuarias". Se afirma, entonces, que el uso de métodos anticonceptivos asociado al nivel de educación de la mujer es un indicador importante respecto a como las parejas tratan el tema de la regulación de la fecundidad.

Para fines del presente estudio, los diferentes niveles de educación se formaron teniendo en cuenta los resultados comentados. Distinguiéndose cuatro grupos: sin nivel, primaria, secundaria y superior, grupos que son combinados con el estado conyugal de la mujer y el uso o no de anticonceptivos.

Cuadro Nº 4.7
PERU: MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGÚN NIVEL DE EDUCACION. 2005

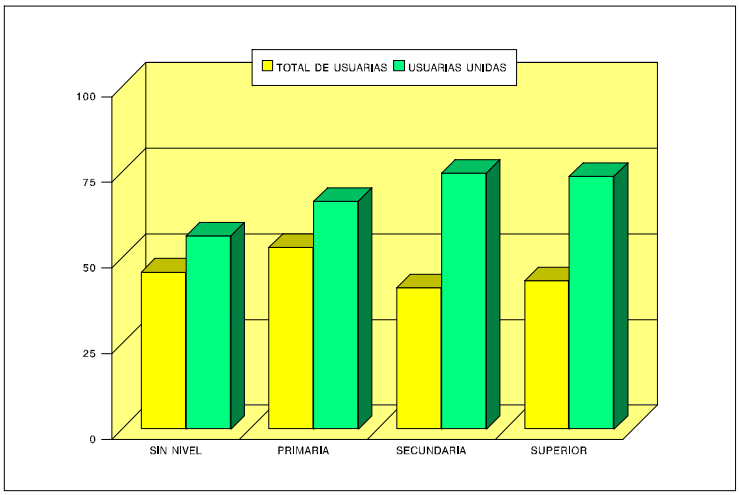
NIVEL DE EDUCCION	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	TODAS LAS MEF		MEF UNIDAS		MEF NO UNIDAS	
	%	TASA (%)	%	TASA (%)	%	TASA (%)
TOTAL	**100,0**	**44,9**	**100,0**	**70,7**	**100,0**	**14,6**
SIN EDUCACION	3,4	45,8	7,5	56,4	1,8	6,9
PRIMARIA	21,0	53,0	39,3	66,5	13,6	11,9
SECUNDARIA	45,7	41,2	32,5	74,7	51,0	11,0
SUPERIOR	29,9	43,3	20,7	73,7	33,6	20,7
Cof. Corr.	0,712	--	0,563	--	0,987	--

Fuente: ENDES 2004-2005

22/ Nelly Mostajo. "Actitudes de la mujer frente a la fecundidad y uso de métodos anticonceptivos". CELADE, Santiago de Chile, 1981.

Analizando la proporción de mujeres que estaban usando métodos anticonceptivos según su nivel educativo, se verifica que las proporciones más bajas de mujeres que usaban anticonceptivos corresponden a aquéllas que no tienen ninguna educación. Tomando en cuentas el conjunto de mujeres unidas, se advierte una correlación positiva entre la practica anticonceptiva y el nivel de educación, pese a la baja proporción de mujeres usuarias en el nivel superior. En las mujeres no unidas la correlación positiva entre uso y educación es más evidente.

Grafico Nº 4.3
PERU: TASA DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR NIVEL DE EDUCACION. ENDES 2004-05



Fuente. ENDES 2004-2005

b) Anticoncepción y Área de Residencia Urbano-Rural

El lugar de residencia, define el contexto cultural específico que permite diferenciar tanto las actitudes frente a la fecundidad como a la práctica anticonceptiva. En los últimos años los problemas de concentración poblacional se han agudizado, mucho más cuando los flujos migratorios internos se direccionan hacia los principales centros urbanos de cada región o departamento.

En la medida que este proceso de creciente urbanización se ha ido dando, la dotación de servicios de salud, educación y vivienda se han orientado hacia las grandes y medianas ciudades donde residen la gran mayoría de pobladores, produciéndose como consecuencia cierto abandono de ciudades pequeñas o zonas de población dispersa, situación que es más notoria si se considera las áreas urbanas y rurales, en tal sentido, el asentamiento poblacional según residencia urbana-rural lleva tácito el concepto de población concentrada y población dispersa, conceptos relacionados a todo lo que significa modernidad, niveles de vida y acceso a los servicios que proporciona el estado, consecuentemente, define un contexto cultural específico que permite diferenciar tanto las actitudes frente a la fecundidad como la práctica anticonceptiva.

Generalmente en las áreas urbanas el acceso femenino a los servicios de salud, a la educación

y al empleo es mayor que en las rurales, esta situación conlleva a que la cobertura de los servicios de planificación familiar, que están integrados a los servicios oficiales de salud, sea bastante diferencial entre las localidades urbanas y rurales. Por otro lado, al margen del nivel de educación y de la disponibilidad de servicios de salud, la organización de los hogares en cada área de residencia, basada en patrones culturales propios, define la forma en que las parejas valoran el tamaño de su familia, es el caso de las áreas rurales, donde posiblemente se espera de los hijos un apoyo en el trabajo agrícola y doméstico, lo cual tiene influencia decisiva sobre la regulación de la fecundidad, en cambio en las áreas urbanas, sobre todo en las ciudades grandes, como Lima-Callao, las condiciones de vida de la mayoría de los habitantes, agobiadas por factores económicos, propician la conformación de familias con pocos hijos. A esto se agrega que los costos asociados a la práctica anticonceptiva (métodos no tradicionales), generalmente son más altos en áreas alejadas de centros urbanos.

Cuadro Nº 4.8
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADOCONYUGAL, SEGUN AREA DE RESIDENCIA. 2005

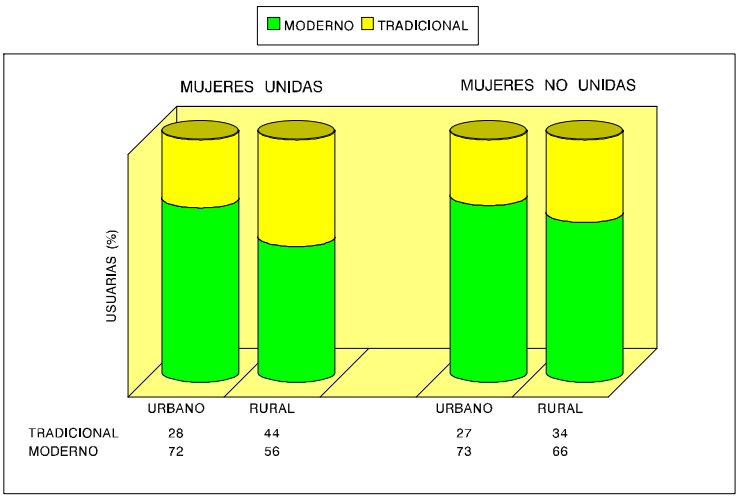
AREA DE RESIDENCIA	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	TODAS LAS MEF		MEF UNIDAS		MEF NO UNIDAS	
	USA (%)	NO USA (%)	USA (%)	NO USA (%)	USA (%)	NO USA (%)
TOTAL	**44,9**	**55,1**	**70,7**	**29,3**	**14,6**	**85,4**
URBANA	44,7	55,3	74,3	25,7	16,4	83,6
RURAL	45,3	54,7	64,4	35,6	8,3	91,7

Fuente: ENDES 2004-2005

Según la ENDES 2004-2005 el 74.3%, de las mujeres unidas que vive en el área urbana eran usuarias de algún método de planificación familiar, en tanto que el 64.4% lo fueron en las áreas rurales. Estas diferencias, aunque a escalas menores, también se registran en las mujeres no unidas.

El nivel de protección de las mujeres urbanas fue mayor que el de las residentes en áreas rurales dado que el uso de métodos anticonceptivos modernos estaba más extendido en el área urbana del país, siendo así que el 72.2% de las mujeres residentes en áreas urbanas que practicaban la anticoncepción, empleaban métodos modernos, una proporción menor lo hacía en las áreas rurales. Estas diferencias se repiten al analizar las usuarias unidas y no unidas según área de residencia, donde las proporciones de mujeres usuarias de métodos modernos fueron mayores en las localidades urbanas.

Gráfico Nº 4.4
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR RESIDENCIA URBANO-RURAL, SEGÚN TIPO DE METODO. 2005



Fuente. ENDES 2004-2005

Si bien predominaban las usuarias de los métodos modernos, sin embargo su uso fue todavía bajo, especialmente en los sectores urbanos marginales y en el área rural, donde la mayoría de las mujeres presentaban altas tasas de fecundidad, donde el embarazo y la maternidad en las edades de alto riesgo eran elevadas. En estos sectores persisten los temores, mitos y rumores en torno a algunos métodos modernos, debido a los bajos niveles de escolaridad y altas tasas de analfabetismo existentes en ellos.

Cuadro Nº 4.9
PERU: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS , POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS. 2005

HIJOS VIVOS (a)	TOTAL DE MEF USAN		MEF UNIDAS USAN		MEF NO UNIDAS USAN	
	TOTAL	PARA LIMITAR	TOTAL	PARA LIMITAR	TOTAL	PARA LIMITAR
TOTAL	**44,9**	**28,6**	**70,7**	**48,7**	**14,6**	**5,0**
0	12,2	0,4	46,3	1,3	10,2	0,4
1	52,2	11,3	70,9	13,6	20,6	7,3
2	67,2	47,1	73,4	50,9	35,8	27,9
3	68,2	59,1	74,1	64,1	27,6	24,5
4	69,1	65,6	75,2	71,4	26,7	25,7
5 +	60,7	59,0	64,2	62,4	29,8	29,0
Coef. Corre.	0,8	1,0	1,0	1,0	0,7	0,9

(a) Incluyed el embarazo actual

Fuente: ENDES 2004-2005

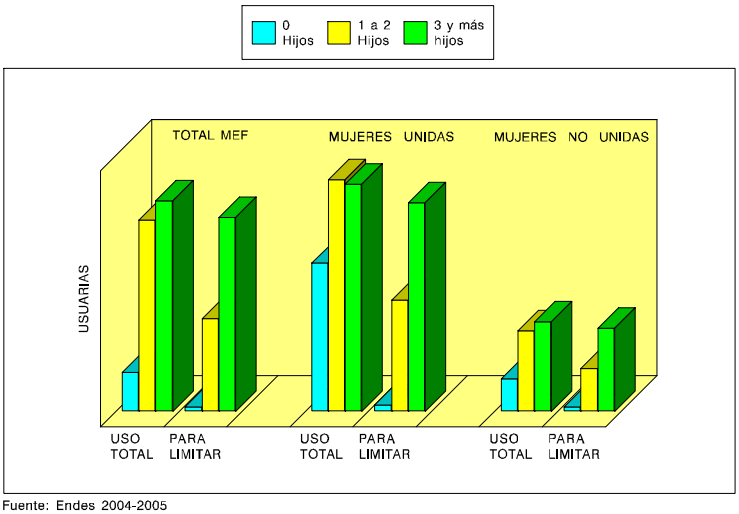
c) Anticoncepción e Hijos Nacidos Vivos

El número de hijos nacidos vivos que tiene la mujer a lo largo de su vida fértil es resultado de las distintas alternativas tomadas sobre su fecundidad, opciones que a no dudar están estrechamente vinculadas a la práctica anticonceptiva. Los resultados de la ENDES 2004-2005 muestran que en la medida que aumenta el número de hijos tenidos se incrementa la prevalencia anticonceptiva, es decir hay una relación directa, con elevado coeficiente de correlación, entre la práctica anticonceptiva y el número total de hijos actualmente vivos.

En efecto, mientras que la proporción de mujeres usuarias sin hijos fue 12%, en las multíparas, con 3 ó más hijos, estaba alrededor del 68%, en las mujeres unidas el sentido de las desigualdades persisten aunque en cifras mayores, pues las usuarias sin hijos fueron el 46% en tanto que las que tienen 3 ó más estaban cercanas al 75%. En las mujeres no unidas, debido a la actividad sexual y al propio estado conyugal, las proporciones fueron menores, aunque en el mismo sentido. Es de advertir que sobre los 4 hijos la prevalencia anticonceptiva muestra una pequeña contracción, debido indudablemente a factores relacionados con la edad e infertilidad.

Los cambios en el tiempo indican el deseo cada vez mayor de las mujeres por regular su fecundidad. Según la ENAF (1976), la proporción de mujeres unidas sin hijos, que usaban algún método anticonceptivo, fue de solamente el 6.7%, porcentaje que se eleva, a 16,5% en 1986 y 23.4% en 1991-92 (Gloria Loza y Guillermo Vallenas[23/]), en el 2005 la proporción llega a 46%. Estas cifras muestran que en nuestro país las parejas están posponiendo, cada vez más, el nacimiento del primer hijo. Según los resultados de la ENDES 2004-2005 solamente el 1.3% de las mujeres unidas sin hijos eran "limitadoras" o mujeres que no deseaban más hijos, proporción que aumenta rápidamente a 13.6% y 50.9% para las que tienen 1 y 2 hijos respectivamente.

Gráfico Nº 4.5
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR RESIDENCIA URBANO-RURAL, SEGÚN TIPO DE METODO. 2005



Fuente: Endes 2004-2005

23/ CELADE. Gloria Loza y Guillermo Vallenas "Uso y Demanda de Métodos Anticonceptivos en el Perú. Santiago de Chile, 1992.

La observación global es que el uso de anticonceptivos y el deseo de no tener más hijos, crece rápidamente en la medida que aumenta el número de hijos supervivientes (alto coeficiente de correlación), esta relación se acentúa por el peso de las "limitadoras", lo que significa que hay un considerable incremento en la motivación a reducir el tamaño de la familia y su evidente correlato con la practica anticonceptiva, además, independientemente de la condición de la mujer, los mayores niveles de uso de métodos se da entre las mujeres que llegan a tener 3 hijos o más, tendencia que se mantiene desde 1986, observación importante para formar las categorías en el análisis exploratorio para la aplicación de la combinación lineal en la estimación para áreas menores.

d) Anticoncepción y edad

La edad y otras variables como el nivel de educación, la fecundidad y el estado conyugal están estrechamente relacionas, así mismo, el uso de anticonceptivos está relacionado al grado de exposición de una mujer al riesgo acumulado de embarazo, el mismo que en gran medida está definido por la edad desde que ésta tiene fuerte influencia sobre muchas de las variables intermedias como: inicio de las uniones maritales, frecuencia de relaciones sexuales, esterilidad y menopausia.

En el cuadro 4.11 se puede observar la asociación entre edad y el uso de métodos anticonceptivos, el incremento en la edad va acompañado al aumento de la prevalencia anticonceptiva solamente hasta los 35 a 39 años de edad, a partir de esta edad decrece la prevalencia anticonceptiva, sobre todo en el grupo final de la vida fértil, disminución que es más acentuada en las mujeres unidas. Se constata entonces menores proporciones de uso de anticonceptivos en las edades extremas de la vida fértil. Las mujeres más jóvenes seguramente motivadas por estar posponiendo el nacimiento de los hijos y en el caso de las mayores porque el nivel de infertilidad, actividad sexual u otros factores evidencian un menor riego de embarazo. Sin embargo, si se excluyen las mujeres de 45 a 49 años, la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos es evidente, pues se registran altos coeficientes de correlación positiva.

Cuadro Nº 4.10
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL. SEGÚN EDAD. 1996-2005

GRUPOS DE EDADES	USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	2005		2000		1996	
	TOTAL	UNIDAS	TOTAL	UNIDAS	TOTAL	UNIDAS
TOTAL	**44,9**	**70,7**	**40,0**	**68,9**	**40,9**	**64,2**
15-19	10,4	56,8	8,8	51,6	7,5	46,0
20-24	34,3	69,3	35,5	65,2	33,4	59,4
25-29	52,3	73,2	53,7	72,2	52,1	68,1
30-34	60,3	73,5	64,4	75,9	60,6	70,8
35-39	69,7	79,9	63,4	75,1	62,1	72,9
40-44	61,1	73,8	62,0	71,9	56,8	67,2
45-49	44,2	52,4	40,0	48,6	35,1	40,9
Coef. Corre.	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8

Fuente. Encuestas ENDES

e) Anticoncepción y Alfabetismo

El alfabetismo de la mujer es un importante indicador del nivel de accesibilidad a los conocimientos que el mundo moderno brinda en la familia, por lo cual las decisiones y actitudes respecto a la procreación están, en alguna medida, condicionadas al hecho de saber leer y escribir o no.

Los resultados de la ENDES 2004-2005 indican mayor prevalencia anticonceptiva en las mujeres que saben leer frente a las que no saben leer, sobre tasa que se manifiesta tanto en mujeres unidas como en las que no lo están, así, el 61.3%, de las mujeres unidas que no sabían leer practicaban la contracepción, la proporción sube a 71.7% para las que sabían leer.

Cuadro Nº 4.11
PERU: MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR ANALFABETISMO SEGÚN LA ENDES 2004 – 2005

FACLIDAD PARA LEER	PRACTICA ANTICONCEPTIVA			
	MUJERES UNIDAS		MUJERES NO UNIDAS	
	USAN	NO USAN	USAN	NO USAN
TOTAL	**70,7**	**29,3**	**14,6**	**85,4**
NO SABE LEER	61,3	38,7	7,6	92,4
SABE LEER	71,7	28,3	14,8	85,2

Fuente: ENDES 2004-05

f) Características de la Vivienda

Ante la ausencia de información sobre el nivel de ingreso en los hogares, las características de la vivienda permiten definir un contexto socioeconómico para realizar estudios diferenciales, desde que el tipo y condiciones de la vivienda son el resultado de la capacidad económica de los hogares y de la disponibilidad de servicios comunitarios los que en gran medida definen su forma de vida. Estudios sobre carencias de las viviendas permiten deducir una alta asociación con los niveles de pobreza de la población, por ello, algunas características de la vivienda se vinculan de manera importante con el comportamiento reproductivo en particular, con el uso de anticonceptivos.

Entre las características importantes de las viviendas, están la disponibilidad o no de poseer servicios básicos, variables que, pese a no estar directamente asociadas a la motivación para tener menos o más hijos, lo estarían en forma indirecta, dada su relación con la pobreza que sí estaría asociada a la fecundidad, aunque hay planteamientos teóricos que sostienen que en las condiciones de crisis económica, la regulación de la fecundidad es utilizada como una estrategia de supervivencia de las familias pobres, independientemente de las condiciones de vida de las familias, tal vez esto explique la pérdida de la capacidad de discriminar el uso o no de la contracepción de las variables relacionadas a los servicios básicos en la vivienda que se observa en el transcurso de la ENDES 1991-92 a la del 2000 y posteriormente en el 2004-05. Sin embargo, dada la disponibilidad de clasificar a las mujeres en función de estas variables en los ámbitos provinciales, con datos del Censo de Población, es necesario considerarlas para construir ponderadores a ese nivel, para realizar estimaciones en áreas pequeñas.

Al clasificar las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos según las características de su vivienda, se observa que las que residen en viviendas con un mejor servicio o lo que puede significar un mejor nivel de vida, es decir, tienen electricidad, red pública como fuente de agua, material de piso diferente a la tierra, red pública como desagüe, alcanzan porcentajes más altos en el uso actual de anticonceptivos. Esta constatación empírica significaría una relación estrecha entre buenas condiciones de la vivienda y una mejor comprensión de las necesidades de limitar la fecundidad a través del uso de anticonceptivos, relación que como ya se dijo estaría funcionando a través de otras variables intermedias.

La condición de la vivienda se caracteriza tomando en cuenta cuatro aspectos: la disponibilidad de servicios de agua potable, servicio de desagüe, disponibilidad de energía eléctrica y el material predominante en los pisos. Las categorías formadas son:

- Agua conectada a Red Pública (Si, dentro de la vivienda; Si, fuera de la vivienda), No dispone de agua conectada a Red Pública.

- Con desagüe (Si, conectado a Red Pública; Si, conectado a fosa séptica); No tiene desagüe.

- Energía Eléctrica (Tiene y No tiene).

- Material de los pisos (Tierra; Otros).

Los resultados de la ENDES 2004-2005 muestran que las mejores condiciones de la vivienda favorecen a la práctica anticonceptiva, tanto en las mujeres unidas como en las no unidas, evidencia empírica de la influencia que ejerce la pobreza en la contracepción, aunque esto no signifique que estas variables sean las que mejor discriminan el uso o no de anticonceptivos.

Cuadro Nº 4.12
PERU: PREVALECIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA. 2005

SERVICIOS EN LA VIVIENDA	PRACTICA ANTICONCEPTIVA			
	UNIDA		NO UNIDA	
	USAN	NO USAN	USAN	NO USAN
TOTAL	**70,7**	**29,3**	**14,6**	**85,4**
SERVICIOS HIGIENICOS				
SIN RED PUBLICA	66,1	33,9	10,4	89,6
CON RED PUBLICA	74,7	25,3	16,4	83,6
MATERIA DE PISO				
TIERRA	66,6	33,4	9,0	91,0
OTRO	73,2	26,8	16,4	83,6
ELECTRICIDAD				
NO TIENE	62,8	37,2	8,5	91,5
TIENE	73,4	26,6	15,7	84,3
AGUA				
SIN RED	64,7	35,3	10,0	90,0
CON RED	73,2	26,8	15,7	84,3

Fuente: ENDES 2004-05

V. METODOLOGIA DE ESTIMACION PARA AREAS MENORES

Uno de los objetivos del presente trabajo es estimar para los departamentos y provincias del país, la tasa de prevalencia anticonceptiva y el número de mujeres usuarias, según estado civil y tipo de método anticonceptivo utilizado; para ello se utiliza la información sobre uso actual de anticonceptivos, proveniente de la ENDES 2004-2005, y las mujeres expuestas al riesgo de embarazo obtenida del Censo de Población 2005 y ampliada por la ENCO 2006 Primer Semestre.

La utilización de dos fuentes de datos, como los mencionados, necesita el respaldo de una metodología que combine la información que brindan ambos eventos estadísticos. Con tal fin se utilizará el método propuesto por J. García Núñez, Y. Palma C., Leopoldo Núñez y J. Jiménez en el trabajo titulado "Estimaciones Programáticas para Áreas Geográficas Pequeñas"[24/] que permite correlacionar, mediante una combinación lineal, los resultados a nivel nacional de la ENDES con los datos del Censo del 2005 desagregados a nivel departamental y provincial. Desde que el Censo 2005 no consigna información sobre el estado civil de las mujeres, se utiliza la ENCO 2006 Primer Semestre para estimar esta variable y aplicarla al Censo, de manera que se pueda realizar estimaciones del uso de anticonceptivos en los departamentos y provincias, para mujeres Unidas y no Unidas.

La ENDES permite conocer el estatus de la mujer en relación al uso de anticonceptivos, que incluye diversas categorías como: 1) usuarias actuales o no usuarias actuales; 2) alguna vez usuarias o nunca usuarias; y 3) usuarias actuales o nunca usuarias. De estas características se selecciona la primera, es decir, la que considera el uso o no de anticonceptivos en el momento de la encuesta (uso actual) que se constituye en la variable dependiente, con una cobertura únicamente para el ámbito nacional. La información proveniente del Censo complementada con la ENCO, proporciona ponderadores a nivel departamental y provincial, ambos datos desagregados en categorías definidas por variables consideradas como explicativas del uso de métodos de planificación familiar.

Para la selección de las variables explicativas del uso anticonceptivo, se aplica el Análisis Discriminante a los resultados de la ENDES 2004-2005, para ello se selecciona previamente un conjunto de variables que estarían relacionadas al uso o no de métodos de planificación familiar, con la condición fundamental que estén consideradas tanto en la ENDES como en el Censo o la ENCO.

El Análisis Discriminante es una técnica del Análisis Estadístico Multivariado, que usa combinaciones lineales de las variables independientes para clasificar los casos individuales en grupos previamente definidos, de manera que muestren homogeneidad dentro del grupo y heterogeneidad entre grupos, permitiendo además, identificar las variables de mayor peso en la explicación de la variable dependiente.

24/ José García Núñez, Yolanda Palma C., Leopoldo Núñez y Javier Jiménez. "Estimaciones Programáticas para Áreas Geográficas Pequeñas". México, 1994.

Dado que la ENDES 2004-2005 da resultados únicamente para el total del país, el Análisis Discriminante se realiza en ese nivel. En el caso de las ENDES que dan inferencia a los departamentos o regiones político-administrativas, como la ENDES 1991-92, las estimaciones se realizan tomando como universo cada departamento o región, pues hay variación en la clasificación de las variables explicativas, debido fundamentalmente a aspectos culturales relacionados al lugar de residencia de los subgrupos poblacionales.

5.1 Modelo de Combinación Lineal

El modelo propone combinar mediante una función lineal, la información proveniente de dos fuentes de datos, de las cuales una de ellas permite estimar tasas únicamente para una área mayor y la otra proporciona ponderadores, por lo general población, para las áreas menores en las cuales no se pueden calcular las tasas directamente. La condición básica es que ambas fuentes de datos estudien las mismas variables, independientemente de la fecha de la encuesta. Es de esperar que en la medida que las fechas de recolección de las fuentes de datos estén más cercanas, los errores serían menores, pues, pese a que las estructuras demográficas cambian lentamente en el tiempo, los cambios que se pudieran producir tienen influencia en las estimaciones.

5.1.1 Definición de subclases independientes

El primer paso a realizar en este proceso metodológico, es identificar "n" subclases independientes, cada subclase esta conformada por grupos homogéneos de mujeres que cumplan con las características que definen las dos variables independientes seleccionadas en orden de importancia en base al Análisis Discriminante, las mismas que estarían explicando las diferencias entre usuarias y no usuarias de anticonceptivos.

Tabla Nº 5.1
SUBCLASES INDEPENDIENTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL

VARIABLE 1	VARIABLE 2			
	Categoría 1	Categoría 2	.....	Categoría j
Categoría 1	Subclase 11	Subclase 12	.....	Subclase 1j
Categoría 2	Subclase 21	Subclase 22	.....	Subclase 2j
.....	.....	.....	.....	.....
Categoría i	Subclase i1	Subclase i2	.....	Subclase ij

La Tabla de Contingencia que muestra estas subclases independientes debe ser construida para el total de mujeres en edad fértil (MEF) y para las mujeres Unidas (MUEF) de manera que se puedan calcular tasas de prevalencia y ponderadores para cada una le las subclases y categorías de mujeres, separadamente.

5.1.2 Estimación muestral de la variable dependiente

Como ya se mencionó la variable dependiente es la condición de la entrevistada en relación a la práctica anticonceptiva, que de acuerdo al análisis discriminante se subdivide en dos grupos: usuarias y no usuarias, para los cuales se debe calcular la tasa de prevalencia anticonceptiva, definida como:

$$X = \frac{x}{N} \times 100$$

Donde:

X Es la Tasa de Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos para toda la Región (en este caso para todo el país). Expresada en porcentaje.

x Son las Mujeres en Edad Fértil Usuarias de métodos anticonceptivos en toda la región.

N Son las mujeres en edad fértil expuestas al uso de métodos anticonceptivos en toda la región.

Para la aplicación del método de la Combinación Lineal se debe realizar cuantificaciones de la tasa de uso de métodos anticonceptivos para cada subclase independiente, en este caso para el ámbito nacional, definida por las variables explicativas de la práctica anticonceptiva. La expresión matemática es:

$$X_{ij} = \frac{x_{ij}}{N_{ij}}$$

Donde:

Xij Es la tasa de prevalencia anticonceptiva para la subclase "ij".

xij Es el número de mujeres usuarias de la sub clase "ij".

Nij Es el número de mujeres en edad fértil de la subclase "ij".

5.1.3 Estimación regional de los ponderadores

Los ponderadores están representados por las frecuencias relativas del número de mujeres en edad fértil expuestas al uso anticonceptivo de cada subclase independiente, residentes en la región o área menor para la cual se quiere estimar la tasa de prevalencia anticonceptiva (en este caso departamento o provincia). La definición de la ponderación "W" para cada sub-región "k" y subclase "ij" está dada por la siguiente ecuación:

$$W_{ij}^{k} = \frac{N_{ij}^{k}}{\sum_{1}^{j}\sum_{1}^{i} N_{ij}^{k}}$$

Donde:

W^{k}_{ij} Es la ponderación de la sub-región "k" subclase "ij".

N^{k}_{ij} Es el número de mujeres de la sub-región "k" subclase "ij".

Además se cumple que:

$$\sum_{1}^{j}\sum_{1}^{i} W_{ij} = 1$$

5.1.4 Combinación Lineal

Calculada la tasa de uso de anticonceptivos en base a la encuesta a nivel de la región (nacional) y las ponderaciones en base al censo para cada sub-región (departamento y provincia) para cada una de las subclases independientes, se procede a la estimación combinada de la tasa de prevalencia de la sub-región a través de la siguiente ecuación:

$$X^{k} = \sum_{1}^{j}\sum_{1}^{i} X_{ij} W_{ij}^{k}$$

Donde:

X^{k} Es la estimación de la tasa de uso de anticonceptivos de la sub-región "k".

5.2 Estimación del número de usuarias de anticonceptivos

Calculada la proporción de mujeres en edad fértil usuarias del algún método anticonceptivo o tasa de prevalencia a nivel de la sub-región, se procede a multiplicar esta cifra por el número de Mujeres en Edad Fértil de cada sub-región, calculando de esta manera el total de mujeres usuarias de métodos de planificación familiar en cada sub-región. Este cálculo se realiza mediante la siguiente ecuación:

$$x_k = X^k N^k$$

Donde:

x_k Es el número de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos de la sub-región "k".

X^k Es el la tasa de uso de anticonceptivos de la sub-región "k".

N^k Es el número de mujeres en edad fértil de la sub-región "k".

La suma de las usuarias estimadas de cada sub-región da el total regional respectivo, que dividido por las MEF de la región nos proporciona la estimación de la tasa de uso regional estimado, mediante la combinación lineal.

$$x^E = \sum x_k$$

$$X^E = \frac{x^E}{N} \times 100$$

Donde:

x^E Es el número estimado de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos para la Región.

X^E Es la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, estimada para toda la región.

El error de estimación se calcula, relativizando la diferencia entre el valor "real" y el "estimado".

$$e = \frac{\left| X - X^E \right|}{X} \times 100$$

Para la presentación de los resultados finales debe corregirse el error en las estimaciones sub-regionales.

Cuando las estimaciones son para áreas pequeñas de varias sub-regiones, para las cuales se tenga resultados de la encuesta, el error de estimación se calcula utilizando las varianza explicada y la varianza total.

5.3 Variables en Estudio

A partir de la década del 70, se han realizado en el país importantes encuestas nacionales con el objetivo de proporcionar los datos necesarios para conocer el comportamiento de la mujer con respecto a su fecundidad y práctica anticonceptiva. Las más conocidas son: Las Encuestas de Fecundidad Urbana y Rural de 1969-1970 (PECFAL-PEAL), Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú de 1977-1978 (ENAF-PERU), Encuesta Nacional de Prevalencia y Uso de Anticonceptivos de 1981 (ENPA), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 1986 y 1991\1992, 1996, 2000 y 2004-05. Igualmente se han realizado esfuerzos importantes para estudiar algunos de los factores o variables intermedias relacionados con las decisiones sobre la fecundidad y regulación de la misma en base a los resultados de estas encuestas.[25/] Sin embargo, muy poco se conoce sobre las modalidades de los cambios de la fecundidad y su relación con la práctica anticonceptiva entre grupos de mujeres de áreas geográficas pequeñas, llámese provincias o distritos, debido indudablemente al carácter limitante del dato proveniente de las encuestas que, en el mejor de los casos, presentan resultados a niveles agregados como las grandes regiones y departamentos. La ENDES 2004-2005 solamente tiene como ámbito

25/ Nelly Mostajo, "Actitudes de la Mujer frente a la Fecundidad y Uso de Métodos Anticonceptivos". CELADE. Santiago de Chile, 1981. J. Ortiz y E. Alcántara, "Cambios en la Fecundidad Peruana", Centro de Investigación en Población Cuzco, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco. Lima, 1988

de inferencia el total nacional, área urbano-rural y regiones naturales.

Como ya se mencionó anteriormente, un propósito de este trabajo es contribuir al conocimiento de la práctica anticonceptiva en las provincias, generando para ello estimaciones de tasas de prevalencia anticonceptiva a esos niveles a partir de los resultados a nivel nacional que proporciona la ENDES y los grupos de mujeres en edad fértil de los departamentos y provincias.

La base del método de estimación es utilizar variables explicativas que se hayan incluido tanto en la ENDES 2004-05 como en el Censo y/o ENCO 2006. Las variables consideradas son las referidas a aspectos socioeconómicos, demográficos y culturales de la mujer, que estarían definiendo un contexto para la decisión del uso de la anticoncepción, dejando de lado otras variables intermedias de gran importancia, que inciden sobre todo en la motivación para regular la fecundidad, tales como el tamaño ideal de la familia o fecundidad ideal, intenciones reproductivas, conocimiento de por lo menos un método y de alguna fuente de abastecimiento para métodos modernos, las que estarían relacionadas fuertemente a la decisión de adoptar la práctica anticonceptiva.

5.3.1 Variables de la encuesta y el censo

A fin de facilitar la selección de las variables a incluir en el estudio se presenta la relación de las estudiadas en ambos eventos.

a) Características Demográficas y Sociales

VARIABLE	ENDES 2004-05	CENSO 2005	ENCO 2006
- Relación con el jefe del hogar	si	si	si
- Residencia habitual en la vivienda	si	no	no
- Residencia en área urbana-rural	si	no	si
- Sexo	si	si	si
- Edad	si	si	si
- Lugar de residencia habitual	si	no	si
- Supervivencia de la madre	si	no	si
- Idioma o dialecto materno	si	no	si
- Alfabetismo	si	si	si
- Nivel de Instrucción	si	si	si
- Asistencia escolar	si	si	si
- Profesión u Oficio	si	no	si
- Actividad económica	si	no	si
- Estado civil	si	no	si
- Hijos nacidos vivos y sobrevivientes	si	no	si
- Hijos fallecidos	si	no	si
- Fecha de nacimiento del ult. hijo	si	no	si
- Sobrevivencia del ultimo hijo	si	no	no
- Embarazo, parto y menstruación	si	no	no
- Conocimiento y uso de anticonceptivos	si	no	no
- Preferencias de fecundidad	si	no	no

b) Características y Servicios de la Vivienda

VARIABLE	ENDES 2004-05	CENSO 2005	ENCO 2006
- Tipo de vivienda	no	si	si
- Condición de ocupación de la vivienda	no	si	si
- Material predominante en las paredes	si	si	si
- Material predominante en el techo	si	si	si
- Material predominante en el piso	si	si	si
- Abastecimiento de agua	si	si	si
- Tipo de servicio higiénico	si	si	si
- Alumbrado eléctrico	si	si	si
- Número de habitaciones	si	si	si
- Equipamiento del hogar	si	no	no
- Tenencia de medios de comunicación	si	no	no

5.3.2 Variables Seleccionadas

Para el desarrollo práctico del Análisis Discriminante se toma en cuenta la información sobre nueve variables independientes, tomadas de la ENDES 2004-2005 las que necesariamente tienen que estar consideradas en la ENCO 2006. Estas variables son: nivel de instrucción, área de residencia urbana-rural, hijos nacidos vivos, alfabetismo, edad, material del piso, abastecimiento de agua, servicio higiénico y alumbrado con electricidad.

5.4 Análisis Discriminante

El Análisis Discriminante es una técnica del Análisis Estadístico Multivariado, que usa combinaciones lineales de las variables independientes para clasificar los casos individuales en grupos mutuamente excluyentes previamente establecidos, El análisis discriminante busca identificar, a partir de una serie de indicadores, si es posible "discriminar" si una observación pertenece a un determinado grupo de entre varios existentes; seleccionar cuál o cuáles de esos indicadores contribuyen más al proceso de discriminación.

Mediante este análisis, se estudia las técnicas de clasificación de sujetos en grupos ya definidos. Partimos de una muestra de "N" sujetos en los que se ha medido "p" variables cuantitativas independientes, que son las que se utilizarán para tomar la decisión en cuanto al grupo en el que se clasifica cada sujeto, mediante el modelo matemático estimado a partir de los datos. Dentro del análisis discriminante nos encontramos a su vez con dos enfoques diferentes, uno que denominaremos predictivo y otro descriptivo.

El modelo predictivo aplica un algoritmo algebraico mediante el cual se pueda determinar a qué grupo pertenece una nueva observación, dando importancia a la cuantificación de la precisión con que se clasifica a un nuevo sujeto.

A diferencia del anterior, en el modelo descriptivo se pone mayor interés en las variables empleadas para diferenciar los grupos, esto es, en las variables explicativas, y lo que se busca es determinar cuáles de esas variables son las que más diferencian a los grupos, cuáles son importantes y cuáles no a efectos de clasificar los sujetos.

En el presente estudio se aplica el Análisis Discriminante Descriptivo, puesto que nos interesa saber qué variables son más importantes en relación con la práctica anticonceptiva, lo que nos permitirá construir las clases independientes de mujeres usuarias, elemento fundamental para poder hacer la Combinación Lineal.

Para el desarrollo práctico del Análisis Discriminante se cuenta con información sobre nueve variables independientes seleccionadas, tomadas de la ENDES 2004-2005 las que necesariamente tienen que estar consideradas en la ENCO 2006, saliendo definidas como las dos primeras variables de mayor relación con el uso de anticonceptivos el Nivel de Educación de la mujer y el Total de Hijos nacidos vivos.

VARIABLE	NOMBRE	WILKS LAMBDA
v106	Nivel de Educación de la mujer	0.886
v201	Total de hijos Nacidos Vivos	0.874

5.5 Identificación de las subclases independientes

Definidas las dos variables de mayor importancia en el uso de anticonceptivos, y teniendo en cuenta el diferencial por estado conyugal, la tabla de contingencia a construir tanto para las tasas de uso a nivel nacional, como para los ponderadores sub-regionales del total de MEF y de las unidas (MUEF) sería:

Tabla Nº 5.2
SUBCLASES INDEPENDIENTES DE MUJERES EN EDAD FERTIL SELECCIONADAS

NIVEL DE EDUCACION	NUMERO DE HIJOS TENIDOS		
	NINGUNO	1 A 2	3 Y MAS
SIN NIVEL	Subclase 1	Subclase 2	Subclase 3
PRIMARIA	Subclase 4	Subclase 5	Subclase 6
SECUNDARIA	Subclase 7	Subclase 8	Subclase 9
SUPERIOR	Subclase 10	Subclase 11	Subclase 12

VI. ESTIMACIONES PARA LOS DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS

6.1 Tasa de Prevalecia de Uso de Métodos Anticonceptivos

La tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se definió como el cociente entre las mujeres en edad fértil usuarias y el total de mujeres expuestas a la práctica anticonceptiva. Este cálculo se realiza para todas las 12 subclases definidas por el cruce de las variables Nivel de Educación y Número de Hijos Tenidos. El cuadro muestra la información básica y las tasas calculadas para cada subclase.

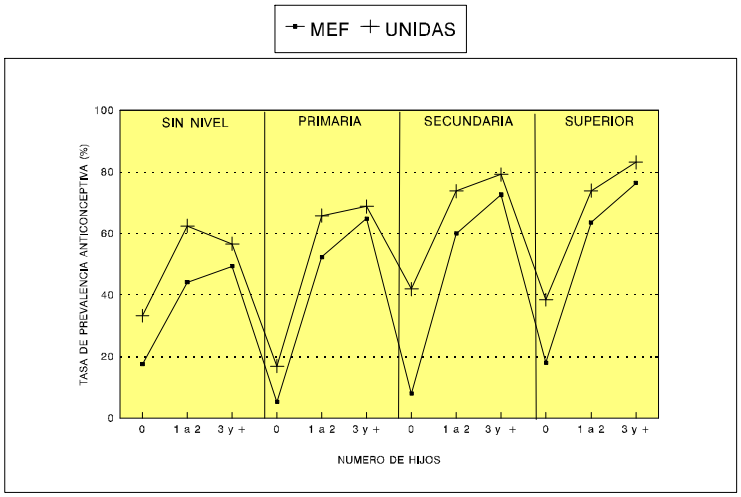
Cuadro Nº 6.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL, USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN SUBCLASES INDEPENDIENTES. 2005

NIVEL DE EDUCACION	TOTAL DE MEF				MEF UNIDAS			
	NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS				NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS			
	TOTAL	0	1 a 2	3 y +	TOTAL	0	1 a 2	3 y +
TOTAL	**11 716**	**4 194**	**3 850**	**3 672**	**6 329**	**293**	**2 823**	**3 213**
SIN EDUCACION	408	34	52	322	321	12	32	277
PRIMARIA	2 888	414	767	1 707	2 175	65	573	1 537
SECUNDARIA	5 018	2 112	1 696	1 210	2 379	112	1 231	1 036
SUPERIOR	3 402	1 634	1 335	433	1 454	104	987	363
NIVEL DE EDUCACION	**TOTAL DE MEF USUARIAS**				**MEF UNIDAS USUARIAS**			
	NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS				NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS			
	TOTAL	0	1 a 2	3 y +	TOTAL	0	1 a 2	3 y +
TOTAL	**5 259**	**493**	**2 292**	**2 474**	**4 474**	**102**	**2 034**	**2 338**
SIN EDUCACION	187	6	23	158	181	4	20	157
PRIMARIA	1 531	22	402	1 107	1 446	11	377	1 058
SECUNDARIA	2 066	170	1 018	878	1 776	47	908	821
SUPERIOR	1 475	295	849	331	1 071	40	729	302
NIVEL DE EDUCACION	**TASA DE USO. TOTAL DE MEF**				**TASA DE USO. MEF UNIDAS**			
	NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS				NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS			
	TOTAL	0	1 a 2	3 y +	TOTAL	0	1 a 2	3 y +
TOTAL	**44,9**	**11,8**	**59,5**	**67,4**	**70,7**	**34,8**	**72,1**	**72,8**
SIN EDUCACION	45,8	17,6	44,2	49,1	56,4	33,3	62,5	56,7
PRIMARIA	53,0	5,3	52,4	64,9	66,5	16,9	65,8	68,8
SECUNDARIA	41,2	8,0	60,0	72,6	74,7	42,0	73,8	79,2
SUPERIOR	43,4	18,1	63,6	76,4	73,7	38,5	73,9	83,2

Fuente: ENDES 2004-2005

Como era de esperar, la estructura de las tasas de la práctica anticonceptiva, tanto en el total de MEF, como en las MEF unidas, muestra en general una tendencia creciente en la medida que aumenta el nivel de educación, y dentro de cada nivel educativo la tasa se incrementa en relación al número de hijos tenidos.

Gráfico Nº 6.1
PERU: ESTERUCTURA DE LAS TASAS DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION Y NÚMERO DE HIJOS TENIDOS. 2005



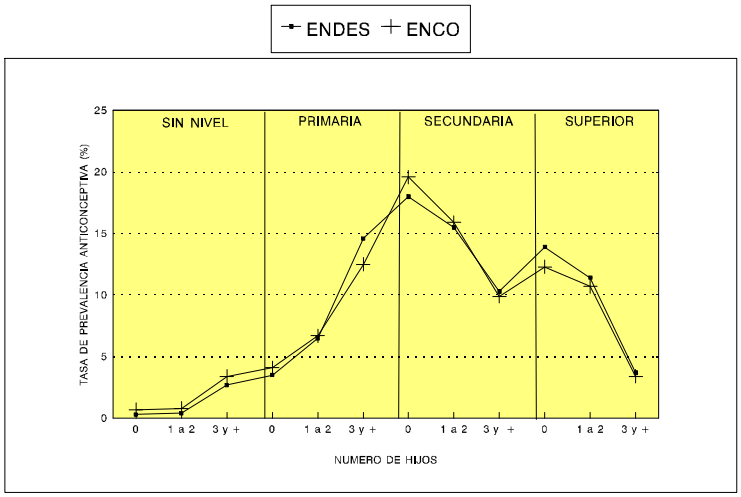
Fuente: ENDES 2004-2005

6.2 Ponderadores

Para seleccionar los ponderadores se ha tomado en cuenta el estado conyugal. El Censo de Población del 2005 no ha investigado el Estado Conyugal, en cambio, la ENCO 2006, si considera esta característica. Con la finalidad de atribuir al Censo el estado conyugal de las MEF, se aplica las proporciones provinciales de esta variable, obtenida por la ENCO, a la respectiva población femenina en edad fértil del Censo. Realizada esta operación, se tiene las frecuencias de MEF según estado conyugal para las provincias. El proceso del cálculo del estado civil para complementar los datos censales se realiza en tres etapas: 1) Se calcula el estado civil para el total nacional; 2) se calcula el estado civil para los departamentos, de manera que sean compatibles con el total nacional; 3) se estima el estado civil para las provincias de forma que guarden compatibilidad con el total departamental. Como ponderadores se ha seleccionado la proporción del total de MEF o de las MEF unidas en cada subclase.

La cercanía entre las tasas provenientes de la ENDES y las estimaciones que se obtengan mediante la combinación lineal, dependen, en gran medida, de la semejanza de estructuras de datos en las distintas variables. Con la finalidad de dar mayores indicios al respecto se analiza las proporciones de mujeres distribuidas en subclase, de acuerdo al nivel de educación y número de hijos tenidos en todo el país. Como se aprecia en el gráfico 6.2, las proporciones según la ENDES y la ENCO muestran gran coherencia.

Gráfico 6.2
PERU: ESTRUCTURA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, POR NIVEL DE EDUCACION Y NÚMERO DE HIJOS TENIDOS, SEGÚN LA ENDES Y LA ENCO. 2005



Fuente: ENDES 2004-2005 Y ENCO 2006 PRIMER SEMESTRE

Como ejemplo del cálculo de los ponderadores se muestra la aplicación realizada para el departamento de Huancavelica.

Cuadro Nº 6.2
HUANCAVELICA: MUJERES EN EDAD FERTIL Y PONDERADORES, SEGÚN TOTAL DE HJOS TENIDOS Y NIVEL DE EDUCACION. 2005

NIVEL DE EDUCACION	MUJERES EN EDAD FERTIL				PONDERADORES			
	TOTAL DE HIJOS TENIDOS				TOTAL DE HIJOS TENIDOS			
	NINGUNO	1 a 2	3 y +	TOTAL	NINGUNO	1 a 2	3 y +	TOTAL
SIN EDUCACION	881	1 427	11 215	13 523	0,9	1,4	11,2	13,5
PRIMARIA	8 571	9 675	26 385	44 631	8,6	9,7	26,5	44,8
SECUNDARIA	18 976	6 917	5 396	31 289	19,0	6,9	5,4	31,3
SUPERIOR	4 238	4 267	1 847	10 352	4,2	4,3	1,9	10,4
TOTAL	32 666	22 286	44 843	99 795	32,7	22,3	45,0	100,0

Fuente: ENCO 2006. Primer Semestre. Ajustado a los datos censales

Para estimar la tasa de uso de anticonceptivos se procede a combinar linealmente las tasas nacionales con las tasas de los departamentos o provincias. En el caso de Huancavelica se tiene:

$$X^{Huancavelica} = \frac{1}{100}(17.6 \times 0.9 + 44.2 \times 1.4 + ...63.6 \times 22.3 + 76.4 \times 45.0) = 16.2$$

6.3 Resultados

Las ENDES consideran un módulo especial para estudiar la Anticoncepción, lo que permite cuantificar la Prevalencia Actual del Uso de Métodos Anticonceptivos, así como la Mezcla Anticonceptiva, en combinación con otras características demográficas y sociales de las mujeres, que también se estudian con profundidad en dichas encuestas. Para el cálculo de las tasas se utiliza frecuencias de mujeres que declaran estar practicando la anticoncepción en el momento de la encuesta, las tasas se calculan dentro de cada subgrupo poblacional; como en este caso interesa el estado conyugal, se calculan tasas para el total de MEF(total de mujeres en edad fértil), las MUEF(mujeres unidas en edad fértil) y las NMUEF(mujeres no unidas), los informes de las ENDES se explayan en las mediciones del grupo de mujeres unidas, por el alto riesgo de embarazo al que están expuestas. En este trabajo se ha dado un tratamiento igual a las estimaciones de las MEF y MUEF, lo que da la posibilidad de derivar estimaciones para las mujeres no unidas, cuyas tasas van tomando cada vez más importancia dentro del mercado de planificación familiar.

En cuanto a la mezcla anticonceptiva, las estimaciones elaboradas para los departamentos y provincias tratan únicamente dos categorías de métodos: Modernos y Tradicionales, este último incluye los folclóricos, sin embargo, la estimación por separado de cada método es solo cuestión de más cálculos, el modelo de estimación lo permite.

6.3.1 Para los departamentos

Para obtener estimaciones de la prevalencia anticonceptiva en los departamentos, año 2005, se aplica la combinación lineal a las MEF, y a las MUEF, según el tipo de método anticonceptivo usado, de modo que se obtiene tasas para todos los métodos, métodos modernos y métodos tradicionales, de acuerdo a la siguiente agrupación:

a) Todos los Métodos
   - Métodos Modernos
   - Métodos Tradicionales

b) Métodos Modernos
   - Píldora
   - DIU
   - Inyección
   - Vaginales
   - Condón
   - Esterilización (masculina y femenina)
   - MELA

c) Métodos Tradicionales
   - Abstinencia Periódica
   - Retiro
   - Folclóricos

Las estimaciones de las tasas de prevalencia anticonceptiva para los departamentos, por estado conyugal y tipo de método utilizado (cuadro 6.3), son independientes del total nacional, esto significa que si se calcula a partir de estas tasas departamentales el total nacional, este valor no coincidirá con la tasa nacional calculada directamente con los datos de la encuesta. Como era previsible, la prevalencia anticonceptiva estimada para todo el país, mediante la agregación de los estimados departamentales, producto de la combinación lineal, discrepan de las calculada directamente con datos de la ENDES, esa discrepancia es el error de estimación global, que para el total de mujeres es del 2.2%, cifra considerada pequeña lo que estaría mostrando la bondad de la Combinación Lineal. Las cifras relativizadas del error de estimación se muestran en el cuadro 6.4. Es de recordar, que con datos de la ENDES 2004-05 no se pueden calcular tasas de prevalecia departamentales, porque el nivel de inferencia, en esta etapa de la ENDES CONTINUA no lo permite.

Cuadro Nº 6.3

PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA ESTIMADAS, POR ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

(Sin corregir)

DEPARTAMENTO	TODAS LAS MEF			MEF UNIDAS		
	TIPO DE METODO (%)			TIPO DE METODO (%)		
	TODOS	MODERNOS	TRADICIONALES	TODOS	MODERNOS	TRADICIONALES
PERU	**43,9**	**29,6**	**14,3**	**69,9**	**46,5**	**23,4**
AMAZONAS	46,6	29,7	16,9	66,9	42,1	24,8
ANCASH	43,6	28,9	14,7	69,2	45,3	23,9
APURIMAC	44,3	28,5	15,8	67,2	42,4	24,8
AREQUIPA	43,4	29,9	13,5	71,2	48,6	22,6
AYACUCHO	45,6	29,5	16,1	67,5	42,7	24,8
CAJAMARCA	42,1	26,6	15,5	65,5	40,6	24,9
CALLAO	44,7	31,2	13,5	72,1	49,9	22,2
CUSCO	43,6	28,5	15,1	68,4	43,9	24,5
HUANCAVELICA	43,5	27,4	16,1	66,6	41,1	25,5
HUANUCO	44,0	28,2	15,8	66,6	41,8	24,8
ICA	46,0	32,1	13,9	72,6	50,4	22,2
JUNIN	44,7	30,0	14,7	70,5	46,8	23,7
LA LIBERTAD	43,5	29,0	14,5	69,3	45,7	23,6
LAMBAYEQUE	42,6	28,6	14,0	69,9	46,6	23,3
LIMA	43,0	29,9	13,1	71,8	49,5	22,3
LORETO	48,0	31,9	16,1	69,5	45,4	24,1
MADRE DE DIOS	49,5	33,7	15,8	70,8	47,5	23,3
MOQUEGUA	45,6	31,5	14,1	71,6	49,1	22,5
PASCO	45,1	30,1	15,0	70,2	46,4	23,8
PIURA	44,0	29,1	14,9	69,1	45,0	24,1
PUNO	43,2	28,4	14,8	69,5	45,2	24,3
SAN MARTIN	47,8	31,2	16,6	68,1	43,7	24,4
TACNA	44,4	30,2	14,2	71,1	48,0	23,1
TUMBES	48,0	32,8	15,2	70,7	47,8	22,9
UCAYALI	48,4	32,5	15,9	69,3	45,7	23,6

Cuadro Nº 6.4

ERRORES DE ESTIMACION, POR TIPO DE METODO Y ESTADO CONYUGAL

FUENTE REFERENCIA	TIPO DE METODO					
	TODOS		MODERNOS		TRADICIONALES	
	MEF	UNIDAS	MEF	UNIDAS	MEF	UNIDAS
ENDES	**44,9**	**70,7**	**30,3**	**47,1**	**14,6**	**23,6**
ESTIMADO	**43,9**	**69,9**	**29,6**	**46,5**	**14,3**	**23,4**
ERROR	**2,2**	**1,1**	**2,3**	**1,3**	**2,1**	**0,8**

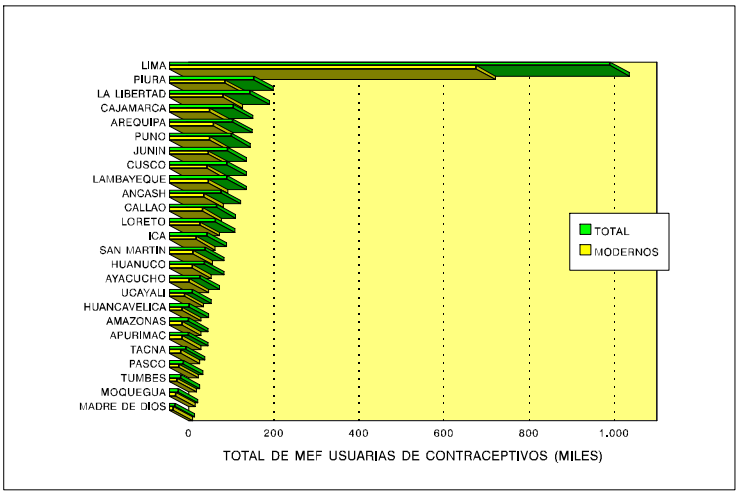
Para la presentación final de los resultados, se debe corregir las estimaciones departamentales de forma que las tasas resultantes sean congruentes con la tasa nacional derivada de la ENDES. Con esta finalidad, para la corrección de las estimaciones se utiliza el método del prorrateo, para ello, previamente se calcula el número de usuarias según estado conyugal y la respectiva mezcla anticonceptiva para los departamentos, tomando como población de referencia la del censo (nominalmente censada más la omitida). Como el censo no investiga el estado civil, para calcular las mujeres unidas se utilizó las proporciones la ENCO 2006 Primer Semestre.

Cuadro Nº 6.5
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
(Corregido)

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
PERU	**7 259 197**	**3 259 379**	**44,9**	**2 199 537**	**30,3**	**1 059 842**	**14,6**
AMAZONAS	94 692	45 112	47,6	28 793	30,4	16 319	17,2
ANCASH	273 123	121 745	44,6	80 811	29,6	40 934	15,0
APURIMAC	99 135	44 899	45,3	28 925	29,2	15 974	16,1
AREQUIPA	334 800	148 552	44,4	102 487	30,6	46 065	13,8
AYACUCHO	153 567	71 593	46,6	46 380	30,2	25 213	16,4
CAJAMARCA	349 181	150 292	43,0	95 092	27,2	55 200	15,8
CALLAO	240 283	109 809	45,7	76 752	31,9	33 057	13,8
CUSCO	302 525	134 851	44,6	88 272	29,2	46 579	15,4
HUANCAVELICA	104 222	46 351	44,5	29 237	28,1	17 114	16,4
HUANUCO	183 361	82 483	45,0	52 939	28,9	29 544	16,1
ICA	190 147	89 424	47,0	62 490	32,9	26 934	14,1
JUNIN	297 362	135 893	45,7	91 332	30,7	44 561	15,0
LA LIBERTAD	424 651	188 854	44,5	126 080	29,7	62 774	14,8
LAMBAYEQUE	310 998	135 448	43,6	91 062	29,3	44 386	14,3
LIMA	2 354 291	1 034 984	44,0	720 685	30,6	314 299	13,4
LORETO	221 095	108 499	49,1	72 207	32,7	36 292	16,4
MADRE DE DIOS	24 749	12 525	50,6	8 538	34,5	3 987	16,1
MOQUEGUA	45 950	21 422	46,6	14 818	32,2	6 604	14,4
PASCO	71 653	33 039	46,1	22 081	30,8	10 958	15,3
PIURA	440 120	197 984	45,0	131 123	29,8	66 861	15,2
PUNO	328 907	145 265	44,2	95 633	29,1	49 632	15,1
SAN MARTIN	170 725	83 432	48,9	54 534	31,9	28 898	17,0
TACNA	83 810	38 044	45,4	25 913	30,9	12 131	14,5
TUMBES	53 619	26 313	49,1	18 006	33,6	8 307	15,5
UCAYALI	106 231	52 566	49,5	35 347	33,3	17 219	16,2

(a) Población nominanlmente censada mas la omitida. Censo 2005

Gráfico 6.3
PERU: TOTAL DE MEF USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: ENDES 2004-05, CENSO 2005 Y ENCO 2006

De los resultados se desprende que la segmentación del mercado de planificación familiar, según los departamentos y mezcla anticonceptiva, indica con toda claridad que el gran número de usuarias residían en el departamento de Lima, más de un millón, de las cuales las dos terceras partes utilizaban métodos modernos. En el resto de cada uno de los departamentos las usuarias de anticonceptivos estaban por debajo de las 200 mil mujeres, menos que la quinta parte del mercado limeño.

En efecto, el segundo departamento, después de Lima, es Piura, con cerca de 200 mil usuarias de anticonceptivos, cifra bastante alejada a la registrada en Lima, que responde no solamente al volumen poblacional, sino además a la menor tasa de prevalencia anticonceptiva. El departamento con el menor número de usuarias fue Madre de Dios, lugar que ocupa por ser el departamento menos poblado, pese a tener alta tasa de prevalencia.

En cuanto al tipo de método utilizado, se observa en general una relación de dos a uno entre métodos modernos y tradicionales, lo que indica que las acciones futuras para agrandar el mercado de planificación familiar deberá dar énfasis en captar a las mujeres que van ingresando a la edad reproductiva, es decir, incrementar el número de usuarias a mayor velocidad que el crecimiento poblacional, al mismo tiempo tratar de minimizar el empleo de métodos de poca eficacia, como los tradicionales.

El mercado de planificación familiar relacionado a las mujeres unidas muestra características similares, con mayores proporciones de mujeres usuarias. Lima es el departamento que agrupaba a más de la tercera parte del mercado nacional con un poco más de 800 mil mujeres donde el 70 por ciento usan métodos modernos.

En orden descendente le siguen a Lima: Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno, con menos de la quinta parte de usuarias y bajas tasas de prevalencia, indudablemente el factor poblacional y posiblemente la nupcialidad influyen en estos resultados. Tumbes, Moquegua y Madre de Dios son los departamentos de menor número de usuarias de anticonceptivos

en una proporción equivalente a 13 mujeres por cada mil de Lima. En cuanto al uso de métodos modernos, se mantiene el orden de magnitudes departamentales, sobre todo, en los primeros puestos.

En el grupo de las mujeres no unidas, nuevamente Lima es la de mayor volumen de usuarias (216 mil), seguida de Arequipa (28 mil 700), La Libertad (27 mil 500) y Piura (26 mil 400).El orden de usuarias de métodos modernos es el mismo que el del total de usuarias, Lima ocupa el primer lugar, con la mitad del total de usuarias, le sigue Arequipa, La Libertad con cerca de 20 mil mujeres usuarias de métodos modernos.

Cuadro Nº 6.6
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
(Corregido)

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
PERU	**3 934 485**	**2 781 681**	**70,7**	**1 853 142**	**47,1**	**928 539**	**23,6**
AMAZONAS	61 845	41 831	67,6	26 369	42,6	15 462	25,0
ANCASH	149 699	104 738	70,0	68 680	45,9	36 058	24,1
APURIMAC	60 483	41 095	67,9	25 972	42,9	15 123	25,0
AREQUIPA	172 790	124 387	72,0	85 048	49,2	39 339	22,8
AYACUCHO	91 236	62 265	68,2	39 455	43,2	22 810	25,0
CAJAMARCA	205 357	135 997	66,2	84 439	41,1	51 558	25,1
CALLAO	118 001	86 020	72,9	59 634	50,5	26 386	22,4
CUSCO	173 380	119 904	69,2	77 085	44,5	42 819	24,7
HUANCAVELICA	60 773	40 923	67,3	25 297	41,6	15 626	25,7
HUANUCO	107 470	72 367	67,3	45 495	42,3	26 872	25,0
ICA	101 557	74 546	73,4	51 838	51,0	22 708	22,4
JUNIN	157 037	111 936	71,3	74 431	47,4	37 505	23,9
LA LIBERTAD	231 903	162 487	70,1	107 333	46,3	55 154	23,8
LAMBAYEQUE	162 061	114 534	70,7	76 484	47,2	38 050	23,5
LIMA	1 160 885	842 736	72,6	581 972	50,1	260 764	22,5
LORETO	141 307	99 295	70,3	64 972	46,0	34 323	24,3
MADRE DE DIOS	16 412	11 749	71,6	7 896	48,1	3 853	23,5
MOQUEGUA	25 921	18 764	72,4	12 889	49,7	5 875	22,7
PASCO	40 205	28 536	71,0	18 893	47,0	9 643	24,0
PIURA	246 514	172 226	69,9	112 347	45,6	59 879	24,3
PUNO	187 842	131 994	70,3	85 989	45,8	46 005	24,5
SAN MARTIN	114 749	79 009	68,9	50 785	44,3	28 224	24,6
TACNA	44 679	32 118	71,9	21 720	48,6	10 398	23,3
TUMBES	34 591	24 727	71,5	16 745	48,4	7 982	23,1
UCAYALI	67 788	47 497	70,1	31 374	46,3	16 123	23,8

(a) Estimada en base a la ENCO 2006 PRIMER SEMESTRE y Censo 2005

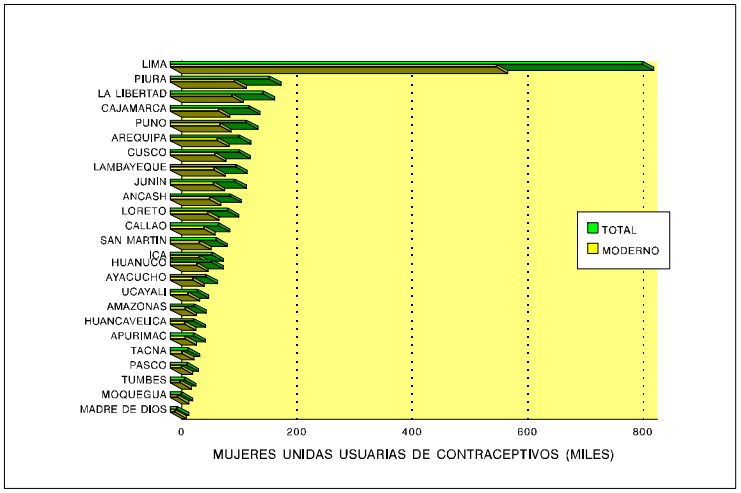
Cuadro Nº 6.7

PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL NO UNIDAS USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005
(Corregido)

DEPARTAMENTOS	MUJERES EN EDAD FERTIL NO UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
PERU	**3 324 712**	**477 698**	**14,4**	**346 395**	**10,4**	**131 303**	**4,0**
AMAZONAS	32 847	3 281	10,0	2 424	7,4	857	2,6
ANCASH	123 424	17 007	13,8	12 131	9,8	4 876	4,0
APURIMAC	38 652	3 804	9,8	2 953	7,6	851	2,2
AREQUIPA	162 010	24 165	14,9	17 439	10,8	6 726	4,1
AYACUCHO	62 331	9 328	15,0	6 925	11,1	2 403	3,9
CAJAMARCA	143 824	14 295	9,9	10 653	7,4	3 642	2,5
CALLAO	122 282	23 789	19,5	17 118	14,0	6 671	5,5
CUSCO	129 145	14 947	11,6	11 187	8,7	3 760	2,9
HUANCAVELICA	43 449	5 428	12,5	3 940	9,1	1 488	3,4
HUANUCO	75 891	10 116	13,3	7 444	9,8	2 672	3,5
ICA	88 590	14 878	16,8	10 652	12,0	4 226	4,8
JUNIN	140 325	23 957	17,1	16 901	12,0	7 056	5,1
LA LIBERTAD	192 748	26 367	13,7	18 747	9,7	7 620	4,0
LAMBAYEQUE	148 937	20 914	14,0	14 578	9,8	6 336	4,2
LIMA	1 193 406	192 248	16,1	138 713	11,6	53 535	4,5
LORETO	79 788	9 204	11,5	7 235	9,1	1 969	2,4
MADRE DE DIOS	8 337	776	9,3	642	7,7	134	1,6
MOQUEGUA	20 029	2 658	13,3	1 929	9,6	729	3,7
PASCO	31 448	4 503	14,3	3 188	10,1	1 315	4,2
PIURA	193 606	25 758	13,3	18 776	9,7	6 982	3,6
PUNO	141 065	13 271	9,4	9 644	6,8	3 627	2,6
SAN MARTIN	55 976	4 423	7,9	3 749	6,7	674	1,2
TACNA	39 131	5 926	15,1	4 193	10,7	1 733	4,4
TUMBES	19 028	1 586	8,3	1 261	6,6	325	1,7
UCAYALI	38 443	5 069	13,2	3 973	10,3	1 096	2,8

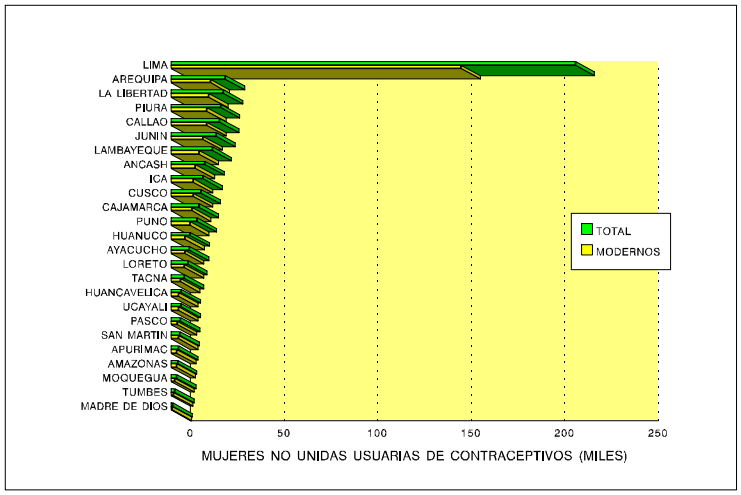
(a) Estimada en base a la ENCO 2006 PRIMER SEMESTRE y Censo 2005

Gráfico 6.4
PERU: MUJERES UNIDAS USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: ENDES 2004-05, CENSO 2005 Y ENCO 2006

Gráfico 6.5
PERU: MUJERES NO UNIDAS USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: ENDES 2004-05, CENSO 2005 Y ENCO 2006

El cuadro 6.8 muestra mujeres y tasas de prevalencia para los departamentos agrupados en estratos, por estado conyugal y tipo de método anticonceptivo. En general, se observa que el estrato conformado por los departamentos de mayor pobreza agrupa un número menor de mujeres usuarias de planificación familiar, en cambio el estrato de menor pobreza la proporción de usuarias es mucho mayor, esta distribución esta en relación directa con el tamaño de la población de los departamentos que conforman los estratos, en efecto, en el estrato de mayor pobreza residían el 16.6% de las MEF, mientras que en el estrato de menor pobreza donde está Lima y Callao el 42.2% de las MEF. La distribución de mujeres unidas muestra características similares aunque las cifras se agrandan en el estrato más pobre y disminuyen el menos pobre, debido sin duda a las proporciones de mujeres unidas que agrupan los estratos. La distribución relativa se invierte al considerar las usuarias de métodos tradicionales pues el estrato más pobre tiene mayor tasa anticonceptiva que el menos pobre.

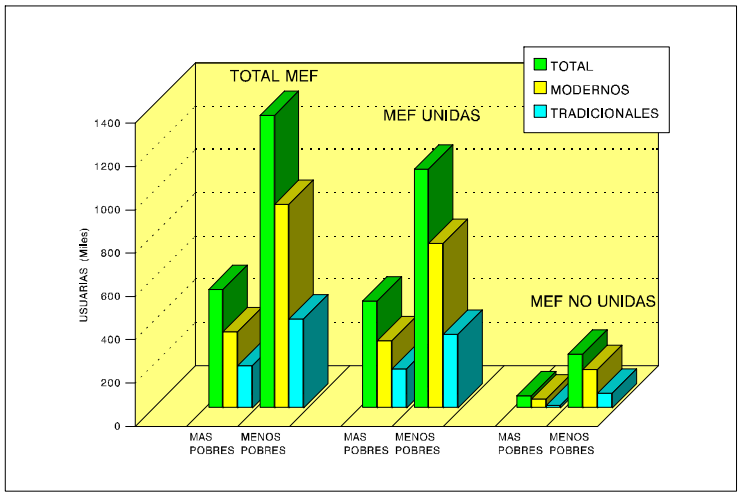
Cuadro Nº 6.8
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y CUARTILES DEPARTAMENTALES. 2005

CUARTILES DEPARTAMENTALES	NUMERO DE DEPARTAMENTOS	MUJERES		USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TOTAL	%	TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
				MUJERES	TASA (%)	MUJERES	TASA (%)	MUJERES	TASA (%)
TOTAL DE MEF	**25**	**7 259 197**	**100,0**	**3 259 379**	**44,9**	**2 199 537**	**30,3**	**1 059 842**	**14,6**
MAS POBRE	7	1 205 253	16,6	549 229	45,6	353 573	29,3	195 656	16,2
CUARTIL 2	9	1 990 646	27,4	904 775	45,5	599 133	30,1	305 642	15,4
CUARTIL 3	6	1 004 164	13,8	452 564	45,1	306 176	30,5	146 388	14,6
MENOS POBRE	3	3 059 134	42,2	1 352 811	44,2	940 655	30,7	412 156	13,5
MEF UNIDAS	**25**	**3 934 485**	**100,0**	**2 781 681**	**70,7**	**1 853 142**	**47,1**	**928 539**	**23,6**
MAS POBRE	7	728 471	18,5	493 846	67,8	311 961	42,8	181 885	25,0
CUARTIL 2	9	1 137 214	28,9	795 988	70,0	519 402	45,7	276 586	24,3
CUARTIL 3	6	546 524	13,9	388 052	71,0	260 167	47,6	127 885	23,4
MENOS POBRE	3	1 522 276	38,7	1 103 795	72,5	761 612	50,0	342 183	22,5
MEF NO UNIDAS	**25**	**3 324 712**	**100,0**	**477 698**	**14,4**	**346 395**	**10,4**	**131 303**	**4,0**
MAS POBRE	7	476 782	14,3	55 383	11,6	41 612	8,7	13 771	2,9
CUARTIL 2	9	853 432	25,7	108 787	12,7	79 731	9,3	29 056	3,4
CUARTIL 3	6	457 640	13,8	64 512	14,1	46 009	10,1	18 503	4,0
MENOS POBRE	3	1 536 858	46,2	249 016	16,2	179 043	11,6	69 973	4,6

En los grupos de mujeres analizados, la proporción de usuarias de métodos modernos es mayor en el estrato de menor pobreza, situación que se invierte al considerar los métodos tradicionales, lo cual concuerda con las observaciones hechas sobre la influencia de la pobreza, sobre todo en el tipo de método utilizado.

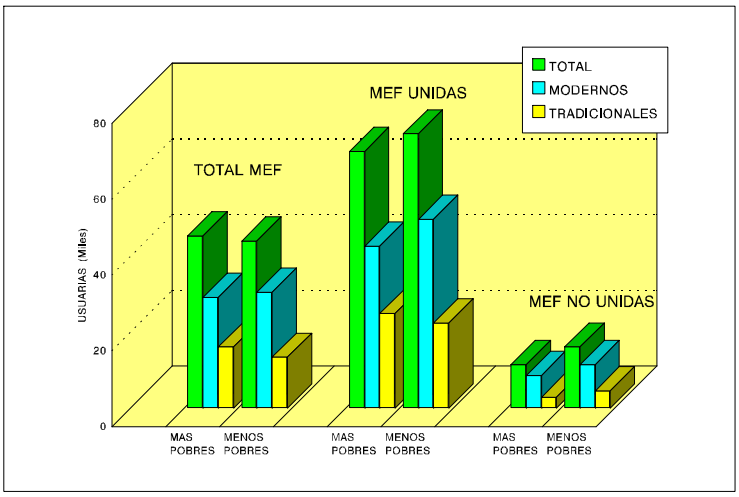
La segmentación del mercado de planificación familiar de mujeres unidas, según los grupos departamentales, es similar al comentado para todas las mujeres, pues estas constituían cerca del 85% de las usuarias de anticonceptivos.

Gráfico 6.6
PERU: MUJERES USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS, POR ESTRATOS DEPARTAMENTALES Y TIPO DE METODO. 2005



Fuente: Estimaciones elaboradas en este trabajo

Gráfico 6.7
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR ESTRATOS DEPARTAMENTALES Y TIPO DE METODO. 2005



Fuente: Estimaciones elaboradas en este trabajo

6.3.2 Para las provincias

El procedimiento de estimación en las provincias es similar al aplicado en los departamentos, en este caso no se pueden estimar errores dado la imposibilidad de calcular tasas departamentales en forma directa. Teniendo en cuenta este inconveniente, las correcciones, para la presentación final, se realizan tomando como referencia el total ajustado de los departamentos, así mismo, la distribución por estado conyugal se define de acuerdo a la ENCO.

Los resultados muestran solo ocho provincias con más de 50 mil usuarias de anticonceptivos, destacando la provincia de Lima con 934 mil, seguida de lejos por la provincia de Arequipa con 114 mil usuarias, cerrando esta lista la provincia de Huancayo del departamento de Junín con 58 mil usuarias. En el lado opuesto, se ha seleccionado seis provincias con menos de mil usuarias de anticonceptivos, donde la provincia de Purús del departamento de Ucayali registra 424 mujeres que practicaban la anticoncepción, la cantidad más baja entre las provincias del país.

Cuadro Nº 6.9
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS SELECCIONADAS. 2005

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	MUJERES EN EDAD FERTIL	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		
			TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES
PERU	**PERU**	**7 259 197**	**3 259 379**	**2 199 537**	**1 059 842**
LIMA	LIMA	2 135 473	934 188	651 426	282 762
AREQUIPA	AREQUIPA	262 379	114 033	79 306	34 727
CALLAO	CALLAO	240 283	109 809	76 752	33 057
LA LIBERTAD	TRUJILLO	228 597	101 073	69 459	31 614
LAMBAYEQUE	CHICLAYO	218 371	96 000	65 526	30 474
PIURA	PIURA	182 939	82 660	55 435	27 225
LORETO	MAYNAS	131 000	62 962	42 995	19 967
JUNIN	HUANCAYO	131 341	58 431	40 042	18 389
ANCASH	ASUNCION	2 224	988	636	352
LIMA	CAJATAMBO	1 937	970	643	327
ANCASH	CORONGO	1 728	839	538	301
TACNA	TARATA	1 610	802	528	274
ANCASH	OCROS	1 412	683	447	236
UCAYALI	PURUS	860	424	271	153

Si segmentamos el mercado de planificación familiar por estratos de pobreza, construidos con cuartiles del IDH provincial 2005, constatamos que el estrato más pobre estaba conformado por 36 provincias con el 6.4% del total de mujeres en edad fértil, con una tasa promedio de uso del 45.0% que involucra en el uso de anticonceptivos a 208 mil mujeres. Las usuarias de métodos modernos, en este estrato, suman 129 mil, esto es el 5.9% de total de mujeres que practican la anticoncepción con métodos modernos. El segundo estrato estaba conformado por 96 provincias con el 24.9% de las MEF del país y 826 mil usuarias de planificación familiar que implican una prevalencia anticonceptiva promedio de 45.6%, además 534 mil mujeres usaban métodos modernos. El tercer cuartil agrupa a 49 provincias con el 26.3% de las mujeres del país y una tasa de prevalencia promedio de 45.3%, alrededor de 864 mil usuarias, de las cuales 587 mil usaban métodos modernos.

El estrato menos pobre esta conformado por 15 provincias, que por incluir a la Provincia de Lima es el de mayor número de mujeres. Este estrato agrupa un millón 362 mil usuarias con una prevalencia promedio de 44.2%. En este grupo de usuarias, 949 mil utilizaban métodos modernos.

Cuadro Nº 6.10
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y CUARTILES PROVINCIALES. 2005

ESTRATOS PROVINCIALES	NUMERO DE PRO-VINCIAS	MUJERES		USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TOTAL	%	TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
				MUJERES	TASA (%)	MUJERES	TASA (%)	MUJERES	TASA (%)
TOTAL DE MEF	**195**	**7 259 197**	**100,0**	**3 259 379**	**44,9**	**2 199 537**	**30,3**	**1 059 842**	**14,6**
MAS POBRE	36	462 485	6,4	207 993	45,0	129 346	28,0	78 647	17,0
CUARTIL 2	95	1 810 546	24,9	825 805	45,6	534 302	29,5	291 503	16,1
CUARTIL 3	49	1 906 799	26,3	863 760	45,3	587 335	30,8	276 425	14,5
MENOS POBRE	15	3 079 367	42,4	1 361 821	44,2	948 554	30,8	413 267	13,4
MEF UNIDAS	**195**	**3 934 485**	**100,0**	**2 781 681**	**70,7**	**1 853 142**	**47,1**	**928 539**	**23,6**
MAS POBRE	36	286 092	7,3	188 414	65,9	114 969	40,2	73 445	25,7
CUARTIL 2	95	1 091 095	27,7	743 836	68,2	473 727	43,4	270 109	24,8
CUARTIL 3	49	1 033 510	26,3	742 412	71,8	499 456	48,3	242 956	23,5
MENOS POBRE	15	1 523 788	38,7	1 107 019	72,6	764 890	50,2	342 129	22,4
MEF NO UNIDAS	**195**	**3 324 712**	**100,0**	**477 698**	**14,4**	**346 395**	**10,4**	**131 303**	**4,0**
MAS POBRE	36	176 393	5,3	19 579	11,1	14 377	8,2	5 202	2,9
CUARTIL 2	95	719 451	21,6	81 969	11,4	60 575	8,4	21 394	3,0
CUARTIL 3	49	873 289	26,3	121 348	13,9	87 879	10,1	33 469	3,8
MENOS POBRE	15	1 555 579	46,8	254 802	16,4	183 664	11,8	71 138	4,6

Con la finalidad de construir mapas provinciales de la práctica anticonceptiva, se han establecido cuatro niveles de provincias, sobre la base de rangos de la tasa de prevalencia anticonceptiva de las provincias, rangos que agrupan en cuartiles las tasas provinciales, tanto del total de usuarias como de las usuarias unidas. A continuación se muestran los mapas para el ámbito nacional y, a manera de ilustración se tiene los resultados de los departamentos de Huancavelica, Lima y San martín, aclarando que las estimaciones para todas las provincias están en el Anexo respectivo.

6.3.3 Niveles de la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva en las Provincias

Con la finalidad de sintetizar los resultados provinciales sobre el uso de anticonceptivos, se han establecido grupos de provincias etiquetados como niveles: bajo, medio y alto; sobre la base de rangos de la tasa de prevalencia anticonceptiva de la provincia, rangos que agrupan en terciles las tasas provinciales, tanto del total de usuarias como de las usuarias unidas, tomando como referencia los resultados para el año 2005.

Los niveles establecidos son:

Total de usuarias

Bajo, con tasas de prevalencia anticonceptiva de 42.7% ó menos.
Medio, con tasa de prevalencia anticonceptiva en el rango 42.8% a 48.5%.
Alto, con tasa de prevalecia anticonceptiva de 48.6% a más.

Usuarias unidas

Bajo, con tasas de prevalencia anticonceptiva de 64.6% ó menos.
Medio, con tasa de prevalencia anticonceptiva en el rango 64.7% a 69.3%.
Alto, con tasa de prevalecia anticonceptiva de 69.4% a más.

a) Total de Usuarias

Analizando los resultados de las estimaciones provinciales en el periodo 1991-2005 sobre el uso de métodos de planificación familiar, se observan tendencias claras de cambios en la distribución del total de usuarias, así, el número de provincias de bajo nivel de uso va en descenso, mientras que las provincias calificadas con nivel de uso medio y alto aumentan, a la vez, la prevalencia anticonceptiva, promedio, de cada estrato aumenta, lo que nos dice que algunas provincias, pese a permanecer en el mismo nivel incrementan la tasa de uso anticonceptivo.

En 1991, la gran mayoría de provincias donde residían el 96% de las mujeres usuarias de anticonceptivos fueron consideradas con un bajo nivel de prevalencia anticonceptiva, en este grupo de mujeres usuarias 56 de cada 100 preferían los métodos modernos. En el nivel medio calificaron apenas 12 provincias, y ninguna en el nivel alto.

En el año 1996 el número de provincias con bajo nivel de uso anticonceptivo disminuye, involucrando al 66% de las usuarias, sin embargo, al mismo tiempo que incrementaron la prevalencia promedio la proporción de mujeres que deseaban planificar su familia con métodos modernos subió a 64 por cada 100 mujeres. Las provincias catalogadas en el nivel medio se triplicaron involucrando al 27% de las usuarias, con una mayoría que preferían los métodos modernos. El incremento de la prevalencia anticonceptiva hizo que 31 provincias se ubiquen en el nivel alto, con 8% del total de usuarias.

El 22% de mujeres usuarias de anticonceptivos residían en el año 2000 en 75 provincias de nivel bajo de prevalencia, en cambio, más de la mitad de usuarias lo hacían en 69 provincias catalogadas en el nivel medio de prevalencia. En el nivel alto registran 51 provincias con 15% del total de usuarias. Tanto en el nivel medio como en el alto, la proporción de mujeres que usaron métodos modernos es 75 por cada 100.

En el año 2005 solamente 21 provincias con el 8% de usuarias se ubicaron en el nivel bajo; la mayoría de mujeres usuarias 2 millones 700 mil (83%) residían en las 123 provincias en el nivel medio. La tasa de prevalencia promedio en este nivel fue

44.7%, con un poco más de las dos terceras partes que preferían los métodos modernos. Las provincias con alto nivel de uso fueron 51, igual que en el año 2000 aunque con una cantidad menor de mujeres usuarias, además con tasas de prevalencia total y de métodos modernos de menor magnitud.

Cuadro Nº 6.11
PERU: TOTAL MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA, SEGÚN NIVELES. 1991-2005

NIVELES Y AÑO	TOTAL DE PRO-VINCIAS	PRACTICA ANTICONCEPTIVA					
		TODOS LOS METODOS			METODOS MODERNOS		
		USUARIAS		TASA	USUARIAS		TASA
		TOTAL	%	(%)	TOTAL	%	(%)
1991							
PERU	**195**	**1 961 983**	**100,0**	**35,7**	**1 090 248**	**100,0**	**19,9**
BAJO	183	1 889 415	96,3	35,5	1 050 211	96,3	19,7
MEDIO	12	72 568	3,7	44,0	40 037	3,7	24,3
ALTO	--	--	--	--	--	--	--
1996							
PERU	**195**	**2 507 956**	**100,0**	**40,9**	**1 618 827**	**100,0**	**26,4**
BAJO	119	1 647 494	65,7	38,6	1 058 289	65,4	24,8
MEDIO	45	669 122	26,7	44,7	426 377	26,3	28,5
ALTO	31	191 340	7,6	51,6	134 161	8,3	36,2
2000							
PERU	**195**	**2 937 659**	**100,0**	**44,0**	**2 136 477**	**100,0**	**32,0**
BAJO	75	650 654	22,1	39,7	427 931	20,0	26,1
MEDIO	69	1 870 367	63,7	44,2	1 397 694	65,4	33,0
ALTO	51	416 638	14,2	51,9	310 852	14,6	38,7
2005							
PERU	**195**	**3 259 379**	**100,0**	**44,9**	**2 199 537**	**100,0**	**30,3**
BAJO	21	250 664	7,7	41,9	161 141	7,3	26,9
MEDIO	123	2 695 779	82,7	44,7	1 831 643	83,3	30,4
ALTO	51	312 936	9,6	49,8	206 753	9,4	32,9

Los cambios comentados señalan un avance en la planificación familiar en el país, desde que el mejoramiento en la proporción de usuarias en los niveles medio y alto acompañado por una significativa disminución del uso de métodos tradicionales abona a la intensidad y calidad de la práctica anticonceptiva, aunque es evidente que todavía falta mucho para lograr las tasas de uso necesarias que permitan que las parejas lleguen al nivel de fecundidad deseada. Según la ENDES 2004, la tasa global de fecundidad observada es 2.4 hijos por mujer, mientras que la deseada es 1.5 hijos por mujer.

En el 2005 se registran provincias como Hualgayoc, Chota, San Pablo y Cajabamba (todas del departamento de Cajamarca), Canas y Cusco (departamento del Cusco), Lambayeque, Acobamba (Huancavelica) tasas de uso de prevalencia anticonceptiva por debajo del 43%, donde cerca del 60% usan métodos tradicionales. En este grupo de bajo nivel de uso, todas las provincias pertenecen a departamentos de la sierra.

Las provincias con mayor tasa de prevalencia anticonceptiva son: Tahuamanu (Madre de Dios), Yauyos y Oyón (departamentos de Lima), Jorge Basadre (Tacna), Bellavista (San Martín), Datem del Marañón, Requena y Ucvayali (departamento de Loreto) y Bolivar (La Libertad) con tasas de prevalencia por encima del 50%.

b) Usuarias Unidas

En el grupo de mujeres unidas, que son la gran mayoría de usuarias de planificación familiar, las tendencias de cambio entre 1991 y el 2005, según el nivel de uso, son las mismas que en el total de MEF, es decir, las provincias con bajo nivel de uso disminuyen con lo que contribuyen al incremento de las que tienen nivel medio y alto, evidentemente la intensidad del uso esta en proporciones mayores.

Cuadro Nº 6.12
PERU: MUJERES UNIDAS USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE PREVALENCIA, SEGÚN NIVELES. 1991-2005

NIVELES Y AÑO	TOTAL DE PRO-VINCIAS	PRACTICA ANTICONCEPTIVA					
		TODOS LOS METODOS			METODOS MODERNOS		
		USUARIAS		TASA	USUARIAS		TASA
		TOTAL	%	(%)	TOTAL	%	(%)
1991							
PERU	**195**	**1 843 813**	**100,0**	**58,7**	**1 018 195**	**100,0**	**32,4**
BAJO	175	1 002 350	54,4	51,3	487 732	47,9	25,0
MEDIO	12	89 353	4,8	68,0	50 696	5,0	38,6
ALTO	8	752 110	40,8	71,3	479 767	47,1	45,5
1996							
PERU	**195**	**2 204 548**	**100,0**	**58,7**	**1 418 191**	**100,0**	**32,4**
BAJO	131	820 756	37,2	51,3	489 068	34,5	25,0
MEDIO	29	216 795	9,8	68,0	144 571	10,2	38,6
ALTO	35	1 166 997	53,0	71,3	784 552	55,3	45,5
2000							
PERU	**195**	**2 520 858**	**100,0**	**68,9**	**1 843 995**	**100,0**	**50,4**
BAJO	98	539 950	21,4	59,1	343 418	18,6	37,6
MEDIO	34	371 593	14,7	67,2	256 968	13,9	46,4
ALTO	63	1 609 315	63,9	73,4	1 243 609	67,5	56,7
2005							
PERU	**195**	**2 740 623**	**100,0**	**70,7**	**1 825 790**	**100,0**	**47,1**
BAJO	6	38 430	1,4	63,0	22 515	1,2	36,9
MEDIO	102	715 204	26,1	67,5	447 782	24,5	42,3
ALTO	87	1 986 989	72,5	72,1	1 355 493	74,3	49,2

En el periodo 1991-2005, el número de provincias con bajo nivel de prevalencia anticonceptiva, pasa de 175 a 6, de forma que la proporción de usuarias unidas que se ubicaban en este estrato disminuyen del 54.4% en 1991 a 1.4% el 2005. Sumando en pro de la planificación familiar, las provincias del nivel medio se incrementan de 12 a 102 involucrando a 626 mil mujeres usuarias más. Las provincias del nivel alto, pasan de 8 a 87, aumentando un poco más de 200 mil usuarias en todo el periodo.

Las provincias que en el 2005 tenían las tasas de prevalencia más bajas son: Hualgayoc (Cajamarca), Cotabambas (Apurimac), Sanchez Carrión (La Libertad) y Paucartambo (Cusco), con una tasa de prevalencia anticonceptiva promedio de 63%, y con el 60% de usuarias de métodos modernos.

En el extremo opuesto, es decir, las provincias con mayor tasa de prevalencia estan: Ica, Nasca, Pisco y Palpa del departamento de Ica; Yauli y Jauja (departamento de Junín); Ilo (Moquegua), Cañete y Yauyos (Lima); Callao; y Santa (Ancash), con tasas por encima del 72%.

VII. CAMBIOS EN LA DEMANDA SATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR

En las últimas décadas en el país se han realizado encuestas nacionales con el propósito de conocer el comportamiento de la mujer respecto de su fecundidad y práctica anticonceptiva, las mismas que posibilitan obtener indicadores a diferentes ámbitos de inferencia e incluso varían en la metodología, tal como ocurre con las ENDES CONTINUAS (ver cuadro 7.1). La información de estas encuestas ha permitido estudiar, para grandes áreas, algunos de los factores o variables intermedias que se relacionan con las decisiones sobre la fecundidad y su regulación. Sin embargo, poco o nada se conoce sobre las modalidades de los cambios de la fecundidad y su relación a la práctica anticonceptiva entre grupos de mujeres de áreas geográficas pequeñas, llámese provincias o distritos, debido indudablemente al carácter limitante del dato proveniente de las encuestas que, en el mejor de los casos, presentan resultados a niveles agregados como las grandes regiones o departamentos, y en el caso de la ENDES CONTINUA, todavía no permite la inferencia departamental, recién lo hará al finalizar el 2008.

Cuadro Nº 7.1
PERU: ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LAS ENCUESTAS ENDES 1986-2005

ENDES	MEF	INFERENCIA					
		NACIONAL	AREA URBANO-RURAL	REGION NATURAL	REGION ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTOS	NIVEL DE URBANIZACION
1986	4 999	SI	SI	SI	NO	NO	NO
1991-1992	15 882	SI	SI	SI	SI (13 REGIONES)	NO	SI
1996	31 241	SI	SI	SI	NO	SI	SI
2000	29 422	SI	SI	SI	NO	SI	SI
2004 (continua)	6 251	SI	SI	SI	NO	NO	NO
2005 (continua)	5 465	SI	SI	SI	NO	NO	NO
2004-05 (continua)	11 716	SI	SI	SI	NO	NO	NO

7.1 Crecimiento y Distribución Espacial de las Mujeres en estudio

El número total de mujeres del país[26/] en el año 2005 fue de 13 millones 604 mil 756 de este total cerca de la mitad, 7 millones 259 mil, son mujeres en edad fértil. Dentro de las MEF se consideran unidas a 3 millones 876 mil. Entre 1991 y el 2005 las MEF se incrementaron en 1 millón 770 mil, 126 mil en promedio por año. En el mismo periodo, las mujeres unidas aumentaron en aproximadamente 53 mil por año. Este incremento en números absolutos se produjo a distintas velocidades, con tasas que a la vez que van reduciendo su intensidad son diferenciales según el grupo de mujeres que se trate. En efecto, en el periodo 1991-1996, mientras que el total de mujeres creció con una tasa de 1.8% promedio anual, las MEF aumentaban al

26/ Población Censada más la omitida. Censo de Población 2005

2.2% y las unidas a un ritmo 1.8% anual. En el siguiente periodo 1996-2000 el ritmo de crecimiento anual del total de mujeres fue menor 1.7%, las MEF 2.2%, ambos grupos mostraban tasas de crecimiento menores que en el periodo anterior pero con tendencia similar, en tanto, las mujeres unidas crecieron solamente al 1.6% anual, a un ritmo menor que los grupos anteriores.

En el lapso 2000-2005 la velocidad de crecimiento se reduce aún más, el total de mujeres crece a 1.5% anual. El grupo de mujeres en edad fértil muestra un crecimiento mayor que el poblacional 1.7% anual, debido a la incorporación de nuevos contingentes de mujeres jóvenes a la edad reproductiva que provienen de cohortes de nacimientos de años anteriores con relativas elevadas tasas de natalidad. La tasa de crecimiento de las mujeres unidas sigue en tendencia decreciente, 1.5%.

Haciendo un resumen, entre 1991 y el 2005, el total de mujeres creció a una tasa promedio anual de 1.6%, las MEF los hicieron con una tasa mayor, 2.0%, en tanto que las unidas a una velocidad de 1.6%. La caída en la velocidad de crecimiento en las MEF, se explica por la menor tasa de crecimiento demográfico e influencias de la estructura por edad, sin embargo, en el caso de las mujeres unidas, tiene un adicional que es la estructura por estado conyugal.

Cuadro Nº 7.2
PERU: POBLACION FEMENINA Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL. 1991-2005

ESTADO CONYUGAL	POBLACION FEMENINA							
	AÑO DE LAS ENDES				CRECIMIENTO ANUAL(%)			
	1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05	1991-05
TOTAL DE MUJERES	**10 848 275**	**11 852 028**	**12 653 114**	**13 604 756**	**1,79**	**1,65**	**1,46**	**1,63**
TOTAL MEF	5 489 330	6 131 922	6 676 497	7 259 197	2,24	2,15	1,69	2,02
MEF UNIDAS	3 139 897	3 433 876	3 658 720	3 934 485	1,81	1,60	1,46	1,62
MEF NO UNIDAS	2 349 433	2 698 046	3 017 777	3 324 712	2,81	2,84	1,96	2,51

Fuente: INEI

La distribución de la población femenina según el departamento de residencia en el 2005 nos dice que potencialmente el mayor número de usuarias de planificación familiar estaban en el departamento de Lima, seguidas a distancia por Piura, La Libertad y Cajamarca que en conjunto representaban la mitad de las mujeres del país. Otros departamentos con menor población femenina como Apurímac, San Martín, Amazonas, Huancavelica, Madre de Dios, Lotero, no dejan de tener importancia como mercado de consumidoras de métodos contraceptivos por la alta proporción de mujeres unidas, que superan el 65%.

Si agrupamos los departamentos por estratos, en base al IDH 2005, se observa que el total de MEF del grupo de mayor pobreza mantiene un crecimiento estacionario del 2% entre 1991 y 2005,

no así el estrato menos pobre que tiene una tasa de crecimiento marcadamente decreciente. Las mujeres Unidas del estrato más pobre esta decreciendo lentamente como efecto combinado del incremento demográfico y el cambio en la proporción de unidas que disminuye cada vez más rápidamente, en cambio en el estrato menos pobre muestra una tasa de crecimiento que se reduce rápidamente por efecto casi exclusivo del crecimiento poblacional pues la proporción de unidas no varía.

Agrupando las provincias, según estratos conformados por el IDH 2005, se determina que en el estrato más pobre, conformado por 36 provincias, residían alrededor del 7% de las MEF, proporción menor a la observada en el estrato similar que agrupa departamentos, posiblemente porque las provincias capitales de departamento no están dentro de la categoría de más pobres y son las que tienen mayor dinámica de crecimiento debido sobre todo a la migración interna.

Cuadro Nº 7.3
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 1991-2005

ESTRATOS DEPARTAMENTALES	NUMERO DE DEPARTA-MENTOS	MUJERES EN EDAD FERTIL				TASA DE CRECIMIENTO(%)		
		1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05
TOTAL DE MEF	**25**	**5 489 330**	**6 131 922**	**6 676 497**	**7 259 197**	**2,2**	**2,1**	**1,7**
MAS POBRE	7	1 168 826	1 280 616	1 373 693	1 520 898	1,8	1,8	2,1
ESTRATO 2	9	1 324 562	1 443 162	1 570 287	1 699 750	1,7	2,1	1,6
ESTRATO 3	6	1 007 644	1 123 805	1 228 426	1 360 165	2,2	2,3	2,1
MENOS POBRE	3	1 988 298	2 284 339	2 504 091	2 678 384	2,8	2,3	1,4
MEF UNIDAS	**25**	**3 139 897**	**3 433 876**	**3 658 720**	**3 934 485**	**1,8**	**1,6**	**1,5**
MAS POBRE	7	762 768	806 650	834 805	886 541	1,1	0,9	1,2
ESTRATO 2	9	850 413	900 433	951 462	995 556	1,1	1,4	0,9
ESTRATO 3	6	598 203	643 037	677 722	728 823	1,5	1,3	1,5
MENOS POBRE	3	928 513	1 083 756	1 194 731	1 323 565	3,1	2,5	2,1
% DE MEF UNIDAS	**25**	**57,2**	**56,0**	**54,8**	**54,2**	**-0,4**	**-0,5**	**-0,2**
MAS POBRE	7	65,3	63	60,8	58,3	-0,7	-0,9	-0,8
ESTRATO 2	9	64,2	62,4	60,6	58,6	-0,6	-0,7	-0,7
ESTRATO 3	6	59,4	57,2	55,2	53,6	-0,8	-0,9	-0,6
MENOS POBRE	3	46,7	47,4	47,7	49,4	0,3	0,2	0,7

En el estrato de menor pobreza, con 15 provincias, residían cerca del 42% de las MEF, cifra similar al estrato departamental, indudablemente debido al peso de Lima Metropolitana y las principales provincias capitales de departamentos.

Cuadro Nº 7.4
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGUN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS PROVINCIALES. 1991-2005

ESTRATOS PROVINCIALES	NUMERO DE PROVINCIAS	MUJERES EN EDAD FERTIL				TASA DE CRECIMIENTO(%)		
		1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05
TOTAL DE MEF	**195**	**5 489 330**	**6 131 922**	**6 676 497**	**7 259 197**	**2,2**	**2,1**	**1,7**
MAS POBRE	36	364 125	402 913	435 528	462 485	2,0	2,0	1,2
ESTRATO 2	95	1 403 696	1 535 988	1 657 611	1 810 546	1,8	1,9	1,8
ESTRATO 3	49	1 437 725	1 579 965	1 720 233	1 906 799	1,9	2,1	2,1
MENOS POBRE	15	2 283 784	2 613 056	2 864 125	3 079 367	2,7	2,3	1,5
MEF UNIDAS	**195**	**3 139 897**	**3 433 876**	**3 658 720**	**3 934 485**	**1,8**	**1,6**	**1,5**
MAS POBRE	36	254 166	270 581	281 798	279 400	1,3	1,0	-0,2
ESTRATO 2	95	912 249	974 716	1 025 446	1 096 206	1,3	1,3	1,3
ESTRATO 3	49	876 538	926 923	971 220	1 035 091	1,1	1,2	1,3
MENOS POBRE	15	1 096 943	1 261 656	1 380 256	1 523 788	2,8	2,3	2,0
% DE MEF UNIDAS	**195**	**57,2**	**56,0**	**54,8**	**54,2**	**-0,4**	**-0,5**	**-0,2**
MAS POBRE	36	69,8	67,2	64,7	60,4	-0,8	-0,9	-1,4
ESTRATO 2	95	65	63,5	61,9	60,5	-0,5	-0,6	-0,5
ESTRATO 3	49	61	58,7	56,5	54,3	-0,8	-1,0	-0,8
MENOS POBRE	15	48	48,3	48,2	49,5	0,1	-0,1	0,5

7.2 Estado Conyugal de la Mujer

En los estudios de la fecundidad y el uso y mezcla anticonceptiva, una de las variables considerada como determinante es el estado conyugal, desde que permite distinguir la proporción de mujeres en edad reproductiva que tienen relaciones sexuales estables, que las sitúa como mujeres altamente expuestas al riesgo de embarazo, razón que explica que el grupo de mujeres casadas o convivientes aporten con el mayor número de nacimientos y muestren las mayores tasas de prevalencia anticonceptiva.

El estado civil de las mujeres se ha estudiado tanto en las encuestas por muestreo como en los censos, a excepción del Censo del 2005, sin embargo, en las estimaciones del uso de anticoncepción no se considera como variable independiente debido a su alta asociación con la práctica anticonceptiva, pues más que explicar el uso anticonceptivo lo estaría condicionando, en tanto que en el estudio de la fecundidad si se considera como variable independiente, pues en este caso el estado conyugal es una variable explicativa.

El cuadro 7.5 y gráfico 7.1, muestran el porcentaje de mujeres unidas para un periodo largo 1961-2005, provenientes de las encuestas especializadas y los censos de población. Los datos provenientes de las encuestas muestran cambios inconsistentes en el tiempo, como sabemos, los patrones de nupcialidad no pueden variar tan bruscamente en periodos relativamente cortos, por más crisis económica o social que afecte al país. La información de las encuestas es errática, con proporciones fuera de tendencia en los años 1975 (EDEN) y 1978 (ENAF), a partir de 1981 (EMPA) la tendencia es al decrecimiento, con valores por encima de las proporcionadas por los censos.

A diferencia de las proporciones obtenidas en las encuestas, los datos censales señalan una tendencia consistente, con marcado descenso a partir de 1972. Solamente en el periodo transcurrido entre los censos de 1993 y 2005, la proporción de mujeres unidas descendió en un 6 por ciento.

Cuadro Nº 7.5
PERU: PROPORCION DE MUJERES UNIDAS, POR FUENTE DEL DATO.

AÑO	PORCENTAJE DE UNIDAS		
	CENSOS	ENCUESTAS	
1961	59,0	--	--
1972	60,0	--	--
1975	--	55,0	EDEN
1981	59,0	60,0	EMPA
1986	--	58,0	ENDES
1991	--	58,3	ENDES
1993	56,8	--	--
1996	--	55,1	ENDES
2000	--	56,1	ENDES
2005	54,2	54,0	ENDES

Fuente: INEI

Ante esta variedad de datos relativos a la estructura por estado conyugal, se decide utilizar las estimaciones muestrales para el cálculo diferencial por estado conyugal de la prevalencia anticonceptiva, pese a las variaciones inconsistentes entre una y otra encuesta, por razones obvias, pues son factibles de realizar tabulaciones cruzadas con otras variables investigadas en la propia encuesta. En cambio, para determinar el número de mujeres según estado conyugal, se utiliza las proporciones derivadas de los censos de población.

Grafico Nº 7.1
PERU: POBLACION FEMENINA, EN EDAD FERTIL Y UNIDAS 1991-2005

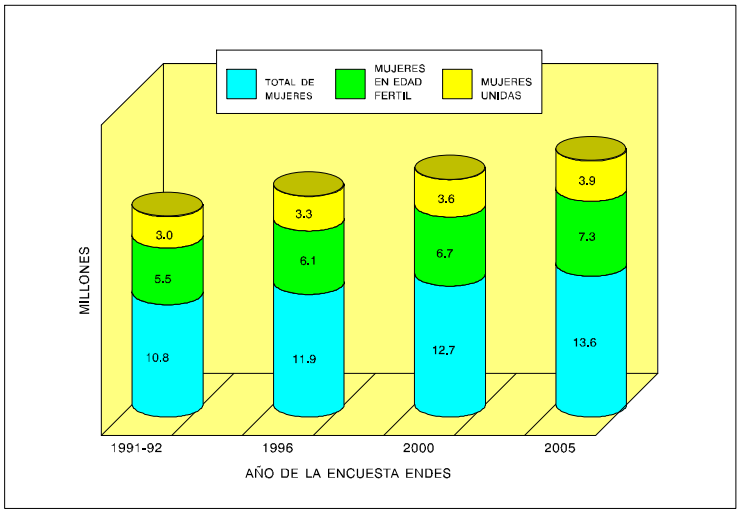
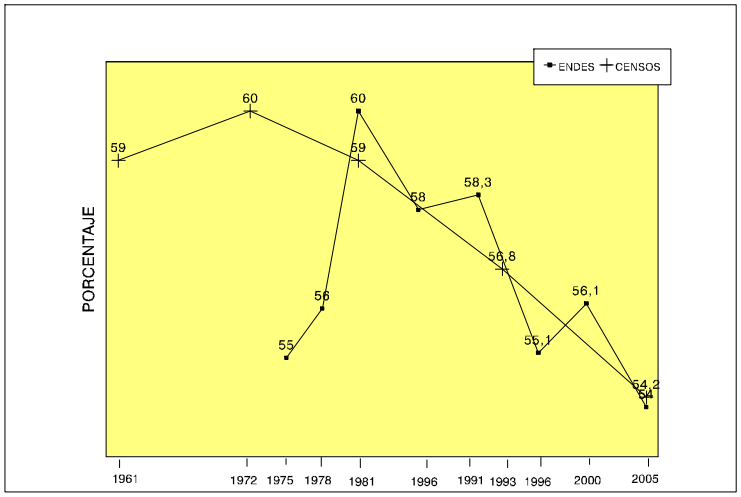


Grafico Nº 7.2
PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, POR FUENTE DEL DATO.1961-2005

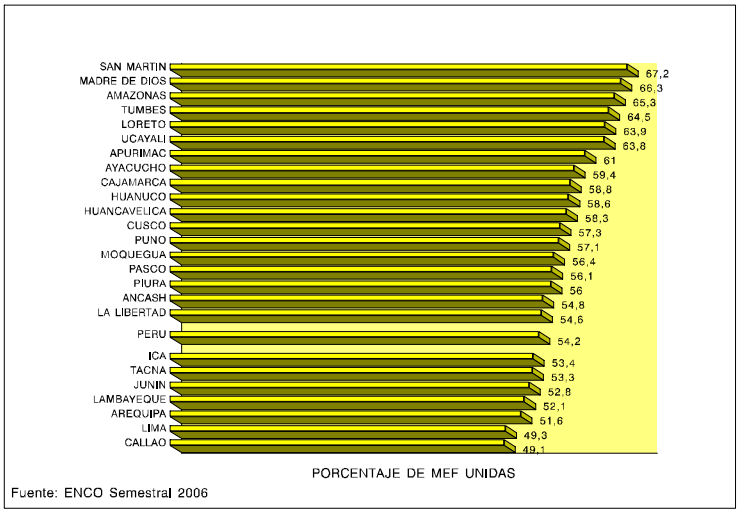


FUENTE: INEI

En el ámbito nacional, la proporción de unidas adoptada para el Censo 2005 (con datos de la ENCO 2006) y la ENDES 2000 y 2004-2005 guardan cierta coherencia, no así con las observadas en 1996 y 1991-92, luego cabe suponer que en la encuesta del 91-92 se sobreestimó la proporción de mujeres unidas o se subestimó en 1996, más parece lo segundo, lo que produce ese disloque en la proporción de mujeres unidas en los periodos comentados. Este aspecto es de importancia porque la tasa de contracepción y la proporción de mujeres unidas son gravitantes en el número de usuarias de planificación familiar.

Los porcentajes de mujeres en edad fértil unidas de los departamentos son variados, destacando

Grafico Nº 7.3
PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005



Fuente: ENCO Semestral 2006

aquellos departamentos con mayor dispersión poblacional como los de más altos porcentajes de unidas, y viceversa, aquellos departamentos como Lima-Callao y Arequipa, con alta concentración de habitantes en la ciudad capital, son los que muestran menor proporción de unidas.

7.3 Distribución Espacial y Crecimiento de las Mujeres Usuarias de anticonceptivos

Según las estimaciones realizadas, en el 2005 había, en todo el país, alrededor de 3 millones 300 mil mujeres usuarias de anticonceptivos. El 21.0%, cerca de 676 mil, residían en 7 departamentos catalogados como los de mayor pobreza. La gran mayoría de las usuarias de estos departamentos pobres son unidas (90%), quedando un mínima parte en la categoría de no unidas. El estrato conformado por tres departamentos de menor pobreza, albergaba al 36% de las usuarias de todo el país, igual al caso anterior con una gran mayoría de unidas (81%).

Según la estratificación provincial, el grupo de 36 provincias consideradas como las más pobres daban residencia a solo el 3.6% de las usuarias (208 mil mujeres) con alto porcentaje de unidas, en cambio las 15 provincias de menor pobreza albergaban al 42% de usuarias. La otra mitad de usuarias residían en los estratos intermedios conformados por 144 provincias.

Cuadro Nº 7.6
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR LUGAR DE RESIDENCIA, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS. 2005

ESTRATOS Y ESTADO CONYUGAL	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	DEPARTAMENTOS			PROVINCIAS		
	Nº	MUJERES		Nº	MUJERES	
		TOTAL	%		TOTAL	%
TOTAL DE MEF	**25**	**3 259 379**	**100,0**	**195**	**3 259 379**	**100,0**
MAS POBRE	7	675 734	20,7	36	207 993	6,4
CUARTIL 2	9	790 795	24,3	95	825 805	25,3
CUARTIL 3	6	610 013	18,7	49	863 760	26,5
MENOS POBRE	3	1 182 837	36,3	15	1 361 821	41,8
MEF UNIDAS	**25**	**2 781 681**	**100,0**	**195**	**2 781 681**	**100,0**
MAS POBRE	**7**	604 545	21,7	**36**	184 892	6,6
CUARTIL 2	9	696 817	25,1	95	749 763	27,0
CUARTIL 3	6	519 445	18,7	49	740 157	26,6
MENOS POBRE	3	960 874	34,5	15	1 106 869	39,8
MEF NO UNIDAS	**25**	**477 698**	**100,0**	**195**	**477 698**	**100,0**
MAS POBRE	7	71 189	14,9	36	23 101	4,8
CUARTIL 2	9	93 978	19,7	95	76 042	15,9
CUARTIL 3	6	90 568	19,0	49	123 603	25,9
MENOS POBRE	3	221 963	46,4	15	254 952	53,4

El crecimiento de las mujeres que practican la contracepción esta determinado por dos factores: 1) la dinámica de crecimiento de las mujeres en edad fértil; 2) las variaciones de la prevalencia anticonceptiva. En efecto, en el tiempo transcurrido entre las ENDES 1991-92 y 2004-05 el número de usuarias creció con una tasa promedio anual de 3.7%, cerca del doble del crecimiento de las MEF, debido sobre todo al incremento de la prevalencia anticonceptiva (25.8%). Las mujeres usuarias unidas crecieron con menor rapidez, 3.0% promedio anual e incremento relativo de la tasa de

prevalencia anticonceptiva de 20.4%, en cambio las mujeres no unidas muestran una tasa de crecimiento promedio anual del 10.5% y un incremento relativo de la prevalencia anticonceptiva de 188.0%. Es de aclarar que las variaciones relativas tienen cierta importancia, pero no se debe perder de vista el orden de magnitud de los grupos de mujeres que se comparan, siendo así que las no unidas están en órdenes de magnitud cercanos a la décima parte de las unidas, entonces en relación al mercado de planificación familiar, pese a las menores tasas de crecimiento de las unidas, los contingentes de mujeres de este grupo son mucho más importantes que las no unidas. Las usuarias de métodos modernos crecen con mayor rapidez que las de métodos tradicionales, con tasa aproximadamente cuatro veces mayor.

En el lapso 1991-1996, las mujeres usuarias de planificación familiar se incrementaron con una tasa promedio anual de 5.0% y un aumento relativo de la tasa de prevalencia de 7.6%. Las usuarias unidas crecieron a menor tasa (3.6%), aunque a mayor rapidez que el total de mujeres unidas. En el tiempo trascurrido entre 1996 y el 2000, las mujeres usuarias de anticonceptivos aumentaron con una tasa promedio anual de 4.0%, más baja que la observada en el periodo anterior, debido sin duda al menor ritmo de crecimiento de las MEF y además a la desaceleración del incremento de la tasa de prevalencia (7.6%). Las usuarias unidas crecieron a menor tasa (3.4%) y el incremento de la prevalencia anticonceptiva de 7.3%.

Cuadro Nº 7.7
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO. 1991-2005

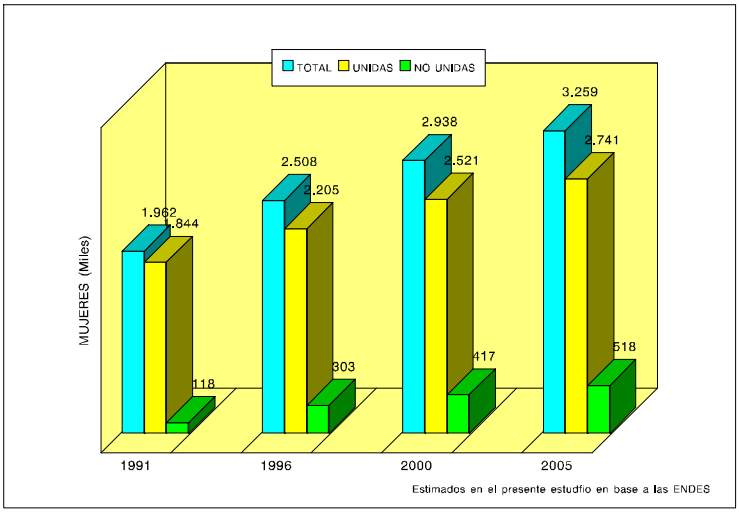
TIPO DE METODO Y ESTADO CONYUGAL	MUJERES USUARIAS DE CONTRACEPTIVOS				TASA DE CRECIMIENTO			
	1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05	1991-05
TODOS LOS METODOS								
TOTAL USUARIAS	**1 961 983**	**2 507 956**	**2 937 659**	**3 259 379**	**5,0**	**4,0**	**2,1**	**3,7**
USUARIAS UNIDAS	1 843 813	2 204 548	2 520 858	2 781 681	3,6	3,4	2,0	3,0
USUARIAS NO UNIDAS	118 170	303 408	416 801	477 698	20,8	8,3	2,8	10,5
METODOS MODERNOS								
TOTAL USUARIAS	**1 090 248**	**1 618 827**	**2 136 477**	**2 199 537**	**8,2**	**7,2**	**0,6**	**5,1**
USUARIAS UNIDAS	1 018 195	1 418 191	1 843 995	1 853 142	6,9	6,8	0,1	4,4
USUARIAS NO UNIDAS	72 053	200 636	292 482	346 395	22,7	9,9	3,4	11,9
METODOS TRADICIONALES								
TOTAL USUARIAS	**871 735**	**889 129**	**801 182**	**1 059 842**	**0,4**	**-2,6**	**5,8**	**1,4**
USUARIAS UNIDAS	825 618	786 357	676 863	928 539	-1,0	-3,7	6,5	0,8
USUARIAS NO UNIDAS	46 117	102 772	124 319	131 303	17,4	4,9	1,1	7,8

En el transcurso de 2000-2005, las usuarias de planificación familiar se incrementaron con una tasa anual de 2.1%, tasa mayor que la correspondiente a las MEF. Como se aprecia el crecimiento relativo se va desacelerando, como consecuencia de la disminución del incremento de la tasa de prevalencia (7.6%), aunque el crecimiento poblacional también tiene su parte. Las usuarias unidas de planificación familiar también crecieron más lentamente que en el periodo anterior (2.0%) disminuyendo aún más el incremento de la tasa de prevalencia 2.6%).

La diferencia entre el total de usuarias y las unidas no es otra cosa que el número de mujeres no unidas (solteras, viudas, separadas y divorciadas) que usan anticoncepción, en el gráfico se ve que este grupo es relativamente pequeño, pero con una tasa de crecimiento importante. En el primer periodo

de estudio el número de usuarias no unidas aumentó en cerca de 37,000 mujeres por año, lo que en cifras relativas significa una extraordinaria tasa anual de crecimiento del 20.8%, con un incremento relativo de la tasa de prevalencia anticonceptiva igualmente grande (124.0%). En el periodo 1996 al 2000 las MEF no unidas mostraron una dinámica de crecimiento mucho menor que la observada en el periodo anterior, a un ritmo de 28,500 mujeres por año, esto es, con una tasa anual de 8.3% e incremento relativo de la tasa de prevalencia de 23.2%.

Grafico Nº 7.4
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS, POR ESTADO CONYUGAL



Cuadro Nº 7.8
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA E INCREMENTO RELATIVO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y TIPO DE METODO. 1991-2005

TIPO DE METODO Y ESTADO CONYUGAL	PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA				INCREMENTO RELATIVO			
	1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05	1991-05
TODOS LOS METODOS								
TOTAL USUARIAS	**35,7**	**40,9**	**44,0**	**44,9**	**14,6**	**7,6**	**2,0**	**25,8**
USUARIAS UNIDAS	58,7	64,2	68,9	70,7	9,4	7,3	2,6	20,4
USUARIAS NO UNIDAS	5,0	11,2	13,8	14,4	124,0	23,2	4,3	188,0
METODOS MODERNOS								
TOTAL USUARIAS	**19,9**	**26,4**	**32,0**	**30,3**	**32,7**	**21,2**	**-5,3**	**52,3**
USUARIAS UNIDAS	32,4	41,3	50,4	47,1	27,5	22,0	-6,5	45,4
USUARIAS NO UNIDAS	3,1	7,4	9,7	10,4	138,7	31,1	7,2	235,5
METODOS TRADICIONALES								
TOTAL USUARIAS	**15,8**	**14,5**	**12,0**	**14,6**	**-8,2**	**-17,2**	**21,7**	**-7,6**
USUARIAS UNIDAS	26,3	22,9	18,5	23,6	-12,9	-19,2	27,6	-10,3
USUARIAS NO UNIDAS	1,9	3,8	4,1	4,0	100,0	7,9	-2,4	110,5

En el lapso transcurrido entre el 2000 y el 2005, las usuarias no unidas siguen la misma tendencia, mostrando tasas mayores que las unidas pero sin las grandes diferencias observadas en los periodos anteriores. En números absolutos se incrementaron un promedio de 10,800 mujeres por año que significa una tasa de crecimiento de 2.8% anual y un incremento relativo de la prevalencia anticonceptiva de 4.3%, bastante menor a los periodos anteriores. De seguir esta tendencia, con tasas mayores que las mujeres unidas, en el futuro este grupo tomará cada vez mayor importancia como consumidoras de métodos contraceptivos.

La dinámica de crecimiento de las mujeres usuarias de anticonceptivos, según estratos departamentales no muestra un patrón definido. En el periodo 1991-2005, en el estrato conformado por los departamentos de mayor pobreza el número de mujeres usuarias prácticamente se duplicó, con una tasa promedio de 4.1% anual y un incremento absoluto de 21 mil mujeres, promedio anual. En el lado opuesto, el de los departamentos de menor pobreza, la tasa de crecimiento anual fue de 3.5%, pese a esta menor tasa, el incremento de mujeres fue de 82 mil por año, en promedio.

Cuadro Nº 7.9
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS DEPARTAMENTALES. 1991-2005

ESTRATOS DEPARTAMENTALES	MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS				TASA DE CRECIMIENTO(%)			
	1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05	1991-05
TOTAL DE MEF	**1 961 983**	**2 507 956**	**2 937 659**	**3 259 379**	**5,0**	**4,0**	**2,1**	**3,7**
MAS POBRE	382 675	444 664	583 255	675 734	3,0	7,0	3,0	4,1
CUARTIL 2	470 859	610 631	724 855	790 795	5,3	4,4	1,8	3,8
CUARTIL 3	376 708	479 891	535 894	610 013	5,0	2,8	2,6	3,5
MENOS POBRE	731 741	972 770	1 093 655	1 182 837	5,9	3,0	1,6	3,5
MEF UNIDAS	**1 843 813**	**2 204 548**	**2 520 858**	**2 781 681**	**3,6**	**3,4**	**2,0**	**3,0**
MAS POBRE	366 783	416 652	513 685	604 545	2,6	5,4	3,3	3,6
CUARTIL 2	447 308	570 456	650 419	696 817	5,0	3,3	1,4	3,2
CUARTIL 3	371 412	439 467	483 276	519 445	3,4	2,4	1,5	2,4
MENOS POBRE	658 310	777 973	873 478	960 874	3,4	2,9	1,9	2,7
MEF NO UNIDAS	**118 170**	**303 408**	**416 801**	**477 698**	**20,8**	**8,3**	**2,8**	**10,5**
MAS POBRE	15 892	28 012	69 570	71 189	12,0	25,5	0,5	11,3
CUARTIL 2	23 551	40 175	74 436	93 978	11,3	16,7	4,8	10,4
CUARTIL 3	5 296	40 424	52 618	90 568	50,2	6,8	11,5	22,5
MENOS POBRE	73 431	194 797	220 177	221 963	21,5	3,1	0,2	8,2

Cuadro Nº 7.10
PERU: MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASA DE CRECIMIENTO, SEGÚN ESTADO CONYUGAL Y ESTRATOS PROVINCIALES. 1991-2005

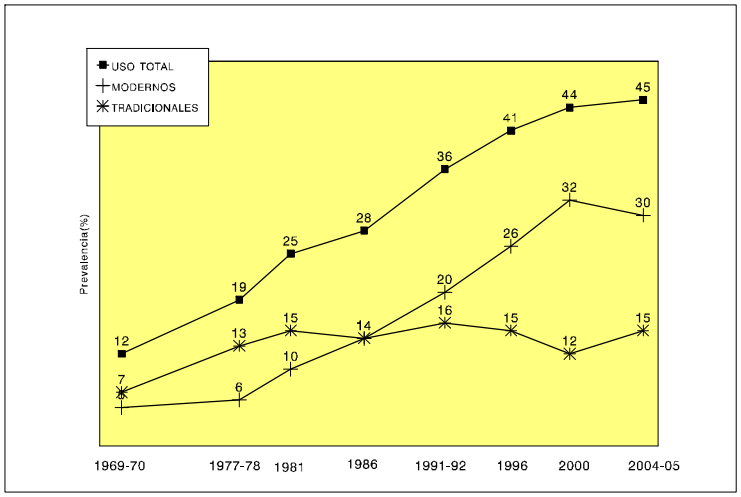
ESTRATOS PROVINCIALES	MUJERES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS				TASA DE CRECIMIENTO(%)			
	1991	1996	2000	2005	1991-96	1996-00	2000-05	1991-05
TOTAL DE MEF	**1 961 983**	**2 507 956**	**2 937 659**	**3 259 379**	**5,0**	**4,0**	**2,1**	**3,7**
MAS POBRE	102 654	131 673	177 973	207 993	5,1	7,8	3,2	5,2
CUARTIL 2	477 612	574 621	723 424	825 805	3,8	5,9	2,7	4,0
CUARTIL 3	536 875	680 524	781 991	863 760	4,9	3,5	2,0	3,5
MENOS POBRE	844 842	1 121 138	1 254 271	1 361 821	5,8	2,8	1,7	3,5
MEF UNIDAS	**1 843 813**	**2 204 548**	**2 520 858**	**2 781 681**	**3,6**	**3,4**	**2,0**	**3,0**
MAS POBRE	98 623	127 608	161 288	184 892	5,3	6,0	2,8	4,6
CUARTIL 2	457 304	541 759	654 121	749 763	3,4	4,8	2,8	3,6
CUARTIL 3	521 086	625 587	688 457	740 157	3,7	2,4	1,5	2,5
MENOS POBRE	766 800	909 594	1 016 992	1 106 869	3,5	2,8	1,7	2,7
MEF NO UNIDAS	**118 170**	**303 408**	**416 801**	**477 698**	**20,8**	**8,3**	**2,8**	**10,5**
MAS POBRE	4 031	4 065	16 685	23 101	0,2	42,3	6,7	13,3
CUARTIL 2	20 308	32 862	69 303	76 042	10,1	20,5	1,9	9,9
CUARTIL 3	15 789	54 937	93 534	123 603	28,3	14,2	5,7	15,8
MENOS POBRE	78 042	211 544	237 279	254 952	22,1	2,9	1,4	8,8

7.4 Tendencia de la prevalencia anticonceptiva

Las encuestas especializadas levantadas en el país revelan una tendencia ascendente de la prevalencia anticonceptiva, incrementando el porcentaje de usuarias de 12% a 45% en el periodo 1969-2005, esto es que en 35 años se ha multiplicado en cerca de 4 veces el porcentaje de usuarias. Teniendo en cuenta que la población expuesta crece en ese período, las cifras absolutas significan una cantidad de suma importancia. Analizando por periodos trascurridos entre las ENDES, se tiene que la mayor tasa de crecimiento fue entre 1991 y 1996, 4.5%, luego en los dos periodos posteriores, 1996-2000 y 2000-2005, la intensidad del crecimiento muestra una tendencia a la baja, lo cual no significa que en números absolutos disminuya el numero de usuarias (solamente con tasas negativas disminuye el numero absoluto).

La proporción de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos muestra una tendencia creciente, aunque con un pequeño retroceso en el periodo 2000-2005, pese a ello, la tasa de prevalencia se sextuplicó entre 1969 y 2005, pasando de 5% a 30%. En cambio, los métodos tradicionales, cuya prevalencia creció hasta 1986, se mantiene prácticamente estacionaria alrededor del 15%, con una pequeña depresión en el año 2000.

Gráfico Nº 7.5
PERU: TENDENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS MEF. 1969-2005



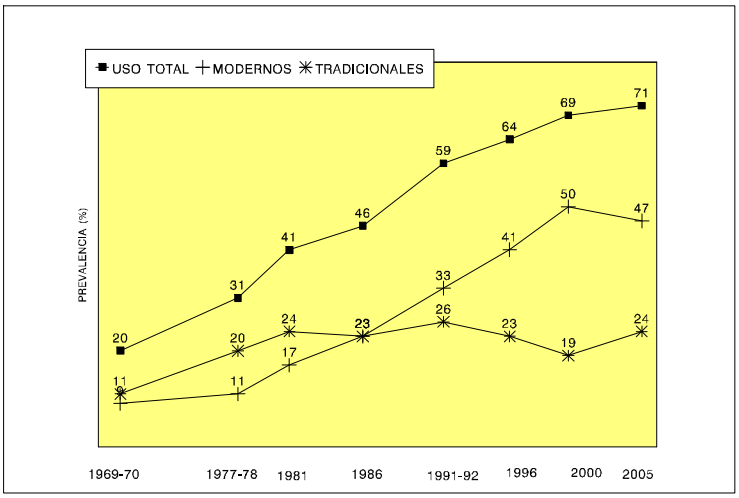
FUENTE: INEI Encuestas Endes y otras

Los métodos tradicionales, que hasta 1963 se usaban en mayor proporción que los modernos, muestran un crecimiento en el periodo 1969-1981, pasando de 7% a 15%, para luego permanecer casi estacionario hasta 1996, fecha que invierte su tendencia descendiendo a 12% en año 2000. Entre el 2000 y el 2005 se incrementa en 3 puntos porcentuales, pese a eso esta muy distante de la prevalencia de métodos modernos.

Este repunte del uso de métodos anticonceptivos tradicionales, no va a compensar el efecto que ha tenido la baja del uso de métodos modernos en la fecundidad, dado que los métodos tradicionales tienen un alto porcentaje de falla. La misma encuesta ENDES evidencia este problema al señalar que un porcentaje importante de mujeres que usan, por ejemplo el Ritmo, no conocen su periodo fértil.

En el grupo de mujeres unidas, la tendencia de la prevalencia anticonceptiva es contundente. En el periodo 1969-2005, la proporción de usuarias se incremento de 20% a 71%, aunque la velocidad de incremento se ve atenuado en las últimas décadas, sobre todo en el quinquenio 2000-2005, que solamente aumenta 2 puntos porcentuales (pasa de 69% a 71%). La tendencia del uso de métodos modernos, en este grupo de mujeres, se muestra casi paralelo al crecimiento total, en un aproximado de 10 puntos porcentuales por debajo, a excepción del quinquenio 2000-2005 que muestra una caída de 3 puntos, esto es, pasa de 50% a 47%, variación que indudablemente tendrá efecto en el nivel de la fecundidad, dado la eficacia de los métodos modernos en la prevención de los embarazos.

Gráfico Nº 7.6
PERU: PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVO
MUJERES UNIDAS. 1969-2005



FUENTE: INEI ENCUESTAS ENDES Y OTRAS

Los métodos tradicionales, eran mayoritariamente utilizados en el país hasta la década del 80. La ENAF (1977-1978) y la ENPA (1981), determinaron que la mayoría de las mujeres preferían los métodos tradicionales (21,0% y 24,0% respectivamente). En la ENDES 1986, se determina la paridad de métodos tradicionales con los modernos. En 1991-1992, se aprecia una mayor aceptación de métodos modernos, sin embargo los tradicionales continúan siendo usados por una proporción muy importante de mujeres (26,2%). Los porcentajes de uso de métodos tradicionales luego de caer entre el año 1991 y el 2000, repuntan para el 2005 pasando de 19% del 2000 al 24% en el 2005.

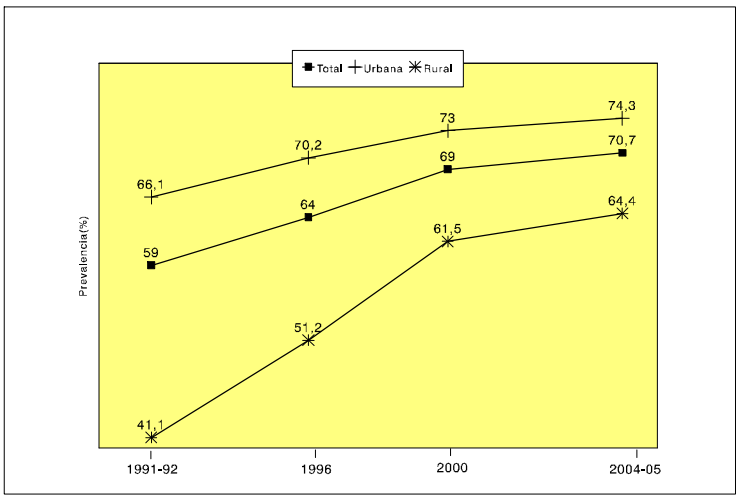
Entre 1991 y 2005 el número de mujeres usuarias ha crecido en cerca de 1 millón 300 mil, esto es un promedio de 90 mil mujeres por año, que en términos relativos implica una tasa de crecimiento promedio anual de 3.5%, crecimiento mayor que el de las MEF que en ese periodo fue de 2.0%, esto significa que el número de usuarias de anticonceptivos se va incrementando no solamente por la dinámica de crecimiento poblacional, sino que cada vez más mujeres optan por la limitación de su fecundidad.

En el grupo de mujeres unidas el crecimiento de las usuarias de planificación familiar, entre 1991 y 2005, fue cercano a las 900 mil mujeres, 62 mil por año en promedio, esto es con una velocidad anual de crecimiento del 2.8%, mayor que el incremento por nupcialidad que fue de 1.8%.

La diferencia entre el total de usuarias y las unidas no es otra cosa que el número de mujeres no unidas (solteras, viudas, separadas y divorciadas) que practican la anticoncepción, en el gráfico se ve que este grupo es relativamente pequeño, pero con un crecimiento relativo importante. En el periodo 1991-96 el número de usuarias no unidas se incrementó en cerca de 220 mil mujeres, lo que en cifras relativas significa una extraordinaria tasa anual de crecimiento del 20.2%, en los periodos sucesivos la tasa disminuye de forma que entre el 2000 y

2005 es de 3.4%. Entre 1991 y 2005, este grupo de usuarias se incrementó con una tasa promedio anual de 9.5%, cerca de cuatro veces mayor que la tasa de incremento poblacional. De seguir esta tendencia en el futuro este grupo tomará cada vez mayor importancia como consumidoras de métodos contraceptivos.

Grafico Nº 7.7
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES UNIDAS. 1991-2005



FUENTE: INEI Encuestas Endes

Cuadro Nº 7.11
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA, POR AREA URBANO-RURAL Y ESTADO CIVIL. SEGUN TIPO DE METODO. 1991-2005

TIPO DE METODO	MUJERES USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS							
	URBANO				RURAL			
	TOTAL	SOLTERA	UNIDA	OTRO	TOTAL	SOLTERA	UNIDA	OTRO
2004-05								
CUALQUIER METODO	44,7	12,1	74,3	32,6	45,3	5,7	64,4	17,2
MODERNO	32,3	8,3	53,6	25,7	25,6	3,2	36,1	13,4
TRADICIONAL	12,4	3,9	20,7	6,9	19,7	2,5	28,4	3,8
2000								
CUALQUIER METODO	44,0	9,2	73,0	32,2	43,8	5,4	61,5	17,3
MODERNO	33,4	5,3	56,1	27,8	28,8	2,8	40,3	15,8
TRADICIONAL	10,6	3,9	16,9	4,4	15,0	2,6	21,2	1,5
1996								
CUALQUIER METODO	42,3	6,5	70,2	21,2	37,0	2,8	51,2	12,6
MODERNO	28,7	3,7	47,8	16,8	19,9	0,9	27,4	9,9
TRADICIONAL	13,6	2,8	22,4	4,4	17,1	1,9	23,8	2,7
1991,92								
CUALQUIER METODO	37,4	5,5	66,1	21,8	29,8	2,2	41,1	7,1
MODERNO	22,4	2,4	39,7	17,2	11,2	0,1	15,5	5,2
TRADICIONAL	15,0	3,1	26,4	4,7	18,6	2,1	25,6	1,9

Fuente. Encuestas ENDES

Tomando como referencia al grupo de mujeres unidas, se observa que la tendencia de la prevalencia anticonceptiva, por área de residencia, en el país destaca un incremento importante en el periodo 1991-2000, sobre todo en las residentes del área rural, la misma que disminuye en intensidad entre el lapso 2000-2005, con incrementos paralelos entre ambas áreas de residencia, aunque con guarismos de mayor magnitud en las áreas urbanas.

Las Endes definen como área rural a las localidades con menos de 2,000 habitantes, en contraposición las de 2,000 ó más son las áreas urbanas. Esta definición basada en un criterio cuantitativo no es la misma que se usa en los censos, donde mezclan criterios cuantitativos con cualitativos con la finalidad de dar una definición que facilite la operación de campo, por lo tanto el manejo de los datos censales conjuntamente con los de la Endes, chocará con este inconveniente, en todo caso se asume el riesgo de tomar grupos poblacionales no comparables estrictamente, aunque se supone con grandes características comunes. Es conveniente aclarar que en el Censo del 2005, no se ha investigado la residencia urbano-rural, aunque si se ha incluido esta variable en la ENCO 2005.

VIII. INFLUENCIA DEL USO DE PONDERADORES DESFASADOS EN EL TIEMPO EN LAS ESTIMACIONES MEDIANTE LA COMBINACION LINEAL

El método de la Combinación Lineal para realizar estimaciones en áreas pequeñas, utiliza ponderadores que correspondan a esas áreas pequeñas, que las combina con las tasas nacionales. El primer dato, es decir los ponderadores, provienen de los Censos, en cambio el segundo dato, las tasas, se calculan en base a una encuesta por muestreo, cuyo principal nivel de inferencia sea el nacional. Los Censos de Población son investigaciones estadísticas que se llevan a cabo con intervalos de tiempo de por lo menos 10 años, en cambio, las encuestas especializadas se ejecutan con mayor frecuencia, es el caso de las ENDES que se realizan cada 5 años, incluso las actuales ENDES se llevan a cabo anualmente. Esto significa que en la mayoría de las veces, se deberán combinar datos antiguos de un censo, con los de una encuesta por muestreo reciente. Por ejemplo, para estimar tasas de prevalencia anticonceptiva para las provincias en el año 2000, se utiliza como ponderadores las mujeres en edad fértil del Censo de Población de 1993, los que se combinan con las tasas calculadas con datos de la ENDES 2000, es decir se combinan datos censales con muestrales con un desfase de siete años en el tiempo.

El método aplicado para estimar la prevalencia anticonceptiva en áreas pequeñas, lleva implícito el supuesto que las estructuras provinciales (ponderadores) definidas por ciertas variables, permanezcan constantes en el tiempo y, además, permitan discriminar el uso de la anticoncepción, supuestos que en la realidad no se dan. Para atenuar el efecto de estos supuestos, se recomienda utilizar variables cuyos cambios sean lentos en el tiempo, es decir variables relativas a aspectos estructurales como el nivel de educación, estado civil, fecundidad, etc., no obstante siempre prevalece la influencia de los cambios en el tiempo, además, las variables seleccionadas no siempre son del tipo de cambios estructurales que se mencionó, en algunos casos se utilizan variables relativas a los servicios básicos que poseen las viviendas, y estas pueden cambiar rápidamente en el tiempo, pues solamente dependen de la inversión en infraestructura básica que realice el Gobierno. Por ejemplo, se ha determinado que algunas variables sobre características de la vivienda, que en la ENDES 1991-92 permiten discriminar el uso o no de métodos de planificación familiar, en el 2000, ya no tienen esa capacidad discriminatoria.

En consecuencia, un aspecto pendiente de estudio es la influencia de los cambios en las estructuras de los ponderadores sobre las estimaciones. En la actualidad se tiene información del Censo del 2005 y de la ENDES CONTINUA 2004-05, lo que nos permite realizar estimaciones de la prevalencia en los departamentos combinando el Censo 1993 y ENCO 2006 con la ENDES 2004-2005. Desde que la encuesta y la ENCO, recientes, coinciden en el año de ejecución, las estimaciones, con la información de estos eventos, estarían libres del desfase en el tiempo. En consecuencia, comparando las estimaciones con ponderadores del Censo 1993, con las obtenidas con ponderadores de la ENCO 2006, se podrá medir la influencia del desfase en el tiempo de las fuentes de datos utilizados en las estimaciones.

8.1 Estimaciones departamentales

De acuerdo al Análisis Discriminante aplicado a los datos de la ENDES 2004-05, se estableció como

variables de mayor capacidad discriminatoria sobre la práctica anticonceptiva, el Nivel de Educación y el Número de Hijos Tenidos. En razón de ello, se construyen las tasas de prevalencia anticonceptiva nacional en base a la ENDES, y los ponderadores departamentales en base a la ENCO 2006 y el Censo de Población 1993, para luego realizar las estimaciones departamentales respectivas, mediante la combinación lineal. Los resultados se muestran en el cuadro 8.1.

Cuadro Nº 8.1
PERU: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA ESTIMADA, POR TIPO DE METODO Y FUENTE DEL PONDERADOR, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

DEPARTAMENTO	PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA					
	ESTIMADA CON EL CENSO DE 1993			ESTIMADA CON LA ENCO 2006		
	TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES	TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES
PERU	**42,0**	**27,9**	**14,1**	**43,9**	**29,6**	**14,3**
AMAZONAS	42,3	26,6	15,7	46,6	29,7	16,9
ANCASH	41,6	27,1	14,5	43,6	28,9	14,7
APURIMAC	39,1	25,2	13,9	44,3	28,5	15,8
AREQUIPA	42,3	28,6	13,7	43,4	29,9	13,5
AYACUCHO	38,9	25,2	13,7	45,6	29,5	16,1
CAJAMARCA	37,9	24,0	13,9	42,1	26,6	15,5
CALLAO	43,7	29,8	13,9	44,7	31,2	13,5
CUSCO	40,5	26,5	14,0	43,6	28,5	15,1
HUANCAVELICA	38,9	24,6	14,3	43,5	27,4	16,1
HUANUCO	41,0	26,4	14,6	44,0	28,2	15,8
ICA	43,7	29,5	14,2	46,0	32,1	13,9
JUNIN	43,1	28,4	14,7	44,7	30,0	14,7
LA LIBERTAD	41,6	27,6	14,0	43,5	29,0	14,5
LAMBAYEQUE	41,0	27,1	13,9	42,6	28,6	14,0
LIMA	42,7	29,1	13,6	43,0	29,9	13,1
LORETO	45,4	29,5	15,9	48,0	31,9	16,1
MADRE DE DIOS	47,2	31,1	16,1	49,5	33,7	15,8
MOQUEGUA	44,3	29,6	14,7	45,6	31,5	14,1
PASCO	41,5	27,2	14,3	45,1	30,1	15,0
PIURA	40,9	26,6	14,3	44,0	29,1	14,9
PUNO	39,5	25,3	14,2	43,2	28,4	14,8
SAN MARTIN	46,2	29,7	16,5	47,8	31,2	16,6
TACNA	42,6	28,5	14,1	44,4	30,2	14,2
TUMBES	44,3	29,2	15,1	48,0	32,8	15,2
UCAYALI	46,4	30,4	16,0	48,4	32,5	15,9

Comparando las estimaciones, al 2005, de la prevalencia anticonceptiva, elaboradas con ponderadores del Censo de 1993 y con la ENCO 2006, se deduce de inmediato que las primeras, es decir, las elaboradas con ponderadores del Censo de 1993, producen tasas de prevalencia anticonceptiva menores a las estimadas con la ENCO. Estas diferencias crecen en el caso de departamentos menos desarrollados, es decir hay una relación inversa entre la subestimación de la tasa y el desarrollo relativo de los departamentos o de los cambios positivos que se producen en las variables consideradas en los departamentos. En el caso de uso de métodos modernos, la subestimación crece, mostrando la misma correlación inversa. En tanto que en los métodos tradicionales

aparecen signos negativos que indicarían sobreestimación.

Si identificamos como cambios positivos los que se producen a favor de la población, a través del tiempo, en las variables explicativas de la prevalencia anticonceptiva, por ejemplo, elevación del nivel de instrucción y disminución de la fecundidad (menos hijos en promedio), se debe esperar una subestimación de la tasa. Del mismo modo, si consideramos como positivo el incremento de la proporción de usuarias de métodos modernos, la subestimación es mayor. En cambio en el caso de los métodos tradicionales, el sentido del cambio de la tasa sería inverso, produciéndose bajas proporciones de subestimación e inclusive proporciones negativas que indicarían sobrestimación.

En resumen, si las variables utilizadas en la aplicación de la Combinación Lineal, muestran cambios positivos en el tiempo, se espera una subestimación de los resultados, que irá creciendo en la medida que aumente el tiempo de desfase entre el censo y la Encuesta.

Cuadro Nº 8.2
PERU: PORCENTAJE DE SOBRESTIMACION, POR TIPO DE METODO, SEGÚN DEPARTAMENTOS. 2005

DEPARTAMENTO	PORCENTAJE DE SUBESTIMACION DE LA TASA		
	TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES
PERU	4,3	5,7	1,4
AMAZONAS	9,2	10,4	7,1
ANCASH	4,6	6,2	1,4
APURIMAC	11,7	11,6	12,0
AREQUIPA	2,5	4,3	-1,5
AYACUCHO	14,7	14,6	14,9
CAJAMARCA	10,0	9,8	10,3
CALLAO	2,2	4,5	-3,0
CUSCO	7,1	7,0	7,3
HUANCAVELICA	10,6	10,2	11,2
HUANUCO	6,8	6,4	7,6
ICA	5,0	8,1	-2,2
JUNIN	3,6	5,3	0,0
LA LIBERTAD	4,4	4,8	3,4
LAMBAYEQUE	3,8	5,2	0,7
LIMA	0,7	2,7	-3,8
LORETO	5,4	7,5	1,2
MADRE DE DIOS	4,6	7,7	-1,9
MOQUEGUA	2,9	6,0	-4,3
PASCO	8,0	9,6	4,7
PIURA	7,0	8,6	4,0
PUNO	8,6	10,9	4,1
SAN MARTIN	3,3	4,8	0,6
TACNA	4,1	5,6	0,7
TUMBES	7,7	11,0	0,7
UCAYALI	4,1	6,5	-0,6

8.2 Error de estimación

Para medir la magnitud del error global de estimación comparamos las tasas nacionales, calculadas directamente con los resultados de la ENDES 2004-2005, con las tasas nacionales deducidas a partir de los resultados departamentales estimados con la Combinación Lineal. La magnitud de los errores de estimación al utilizar el Censo de 1993 es más del doble que la producida al emplear los datos de ENCO 2006.

Cuadro Nº 8.3
PERU: PREVALENCIA ANTICONCVEPTIVA Y ERROR DE ESTIMACION, POR FUENTE DE LOS PONDERADORES Y TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO. 2005

REFERENCIA	PREVALENCCIA ANTICONCEPTIVA					
	CON PONDERADORES DEL CENSO DE 1993			CON PONDERADORES DE ENCO 2006		
	TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES	TOTAL	MODERNOS	TRADICIONALES
ENDES	44,9	30,3	14,6	44,9	30,3	14,6
ESTIMADO	42,0	27,9	14,1	43,9	29,6	14,3
ERROR	**6,5**	**7,9**	**3,4**	**2,2**	**2,3**	**2,1**

IX. CONCLUSIONES

1. En el tiempo transcurrido entre 1940 y el 2005, la población se ha multiplicado en aproximadamente cuatro veces, a diferentes velocidades de crecimiento, de acuerdo a los cambios experimentados en las tendencias del nivel de la mortalidad, fecundidad y migración externa, llegando a una población de 27 millones 219 mil 264 personas en el 2005.

2. La estructura por edad de la población peruana contornea una Pirámide Poblacional Constrictiva, caracterizada por un menor número de personas en edades menores, efecto indudable del descenso del nivel de fecundidad y mortalidad observado en las últimas décadas, lo que embarca a la población peruana en un acelerado proceso de envejecimiento.

3. En el interior del país la situación es variada, sin embargo, se aprecia claramente que a mayor pobreza la estructura por edad se convierte en un factor desfavorable al desarrollo de su población. Los departamentos agrupados en el estrato de mayor pobreza muestran una pirámide poblacional "joven" donde los contingentes de niños inician su retracción, consecuencia de un descenso de la fecundidad reciente y un relativo alto nivel de la mortalidad, en cambio, el estrato opuesto muestra una población en proceso de envejecimiento, donde la disminución del número de niños es de larga data.

4. Pese a que la estructura económica no es favorable para la disminución de la fecundidad se ha constatado algunos hechos que han favorecido el descenso de la fecundidad, tales como el mayor acceso de la población a los servicios de salud materno-infantil, servicios de planificación familiar, mejora en el nivel de educación y la disminución del analfabetismo.

5. Cerca de la mitad de las MEF son sexualmente activas, la otra mitad serían mujeres sexualmente no activas por estar en abstinencia o porque nunca tuvieron relaciones sexuales. Según la edad de las mujeres, el grupo de 35 a 39 años es el que muestra mayor porcentaje de actividad sexual, muy de cerca esta el grupo 30 a 34 años, disminuyendo las proporciones hacia las de mayor edad.

6. La gran mayoría del total de mujeres expuestas al riesgo de embarazo, estarían suficientemente protegidas, ya sea en forma natural por no tener actividad sexual o porque usan métodos de planificación familiar efectivos. El resto, serían mujeres expuestas no protegidas, por que no practican la anticoncepción o porque usan métodos de planificación familiar no efectivos.

7. La evolución de la Demanda de Planificación Familiar, advierten una tendencia al crecimiento en la demanda satisfecha, así mismo, un descenso de la demanda no satisfecha, balance que es positivo en términos del impacto en el nivel de fecundidad, pese a que en periodo 2000-2005 se produce un cierto estancamiento en la demanda total.

8. De acuerdo a las intenciones reproductivas, las dos terceras partes de las mujeres usuarias de anticoncepción, lo hacen porque ya no quieren tener más hijos, el resto de mujeres tienen planeado tener un hijo en un tiempo no menor a los dos años.

9. En el año 2005 cerca de 3 millones 800 mil mujeres están inmersas en el mercado de planificación familiar, de ellas, 2 millones 400 mil lo hacen porque ya no quieren tener más hijos, el resto porque desean espaciar el nacimiento de su próximo hijo.

10. El 44.9% de las MEF tienen demanda satisfecha, es decir están usando algún método contraceptivo. Una menor proporción 370 mil mujeres se consideran con demanda no satisfecha, porque quedaron embarazadas sin desearlo, finalmente 152

mil mujeres quedaron embarazadas porque falló el método anticonceptivo usado.

11. El método del ritmo es preferido por un tercio de las mujeres usuarias residentes en las áreas rurales, en tanto que en las áreas urbanas, solo un quinto de ellas lo usan, esta situación esta relacionada a la mayor información sobre los métodos modernos y acceso a los servicios de planificación familiar que se tiene en las áreas urbanas, además de otros factores sociales marcadamente diferentes entre ambas áreas de residencia. Según el nivel educativo de las mujeres se percibe una correlación negativa, esto es que a mayor nivel educativo menor preferencia por usar el ritmo.

12. Los métodos seguros como la inyección y la esterilización femenina caen en la frecuencia de uso entre el 2000 y el 2005 lo cual sumado, sobre todo al incremente del ritmo, tendrá repercusión en la tendencia del nivel de la fecundidad, posiblemente haciendo más lenta su velocidad de retracción.

13. Se observa un retroceso entre el 2000 y el 2005 en el uso de métodos eficaces (modernos) en favor de los menos eficientes (tradicionales) este paso negativo estaría explicado por los cambios de política relacionada con la planificación familiar, ocurrida a partir del año 2001, donde el Ministro de Salud puso restricciones a los programas de planificación familiar del gobierno anterior, sobre todo satanizó el Programa de Esterilización en base a algunos excesos aislados que se detectaron en algún lugar del país, agregándose la restricciones en el abastecimiento del condón, DIU e inyección, los de mayor frecuencia en su uso. Como consecuencia se eleva el uso de métodos tradicionales, que como es conocido tienen tasas de falla importantes, aspecto que indudablemente tendrá repercusión en el nivel de la fecundidad cuya tendencia de descenso ya se nota atenuada.

14. En el grupo de mujeres unidas, la tendencia de la prevalencia anticonceptiva es contundente. En el periodo 1969-2005, la proporción de usuarias se incremento de 20% a 71%, aunque la velocidad de incremento se ve atenuado en las últimas décadas, sobre todo en el quinquenio 2000-2005.

15. El nivel de protección de las mujeres urbanas es mayor que el de las residentes en áreas rurales dado que el uso de métodos anticonceptivos modernos esta más extendido en el área urbana del país.

16. El uso de anticonceptivos y el deseo de no tener más hijos, crece rápidamente en la medida que aumenta el número de hijos supervivientes, esta relación se acentúa por el peso de las "limitadoras", lo que significa que hay un considerable incremento en la motivación a reducir el tamaño de la familia y su evidente correlato con la practica anticonceptiva.

17. El incremento en la edad va acompañado al aumento de la prevalencia anticonceptiva solamente hasta los 35 a 39 años de edad, a partir de esta edad decrece la anticoncepción. Se constata entonces menores proporciones de uso de anticonceptivos en las edades extremas de la vida fértil.

18. La prevalencia anticonceptiva es mayor en las mujeres que saben leer frente a las que no saben leer, sobre tasa que se manifiesta tanto en mujeres unidas como en las que no lo están. La misma relación, aunque en magnitudes menores, se observa en las mujeres no unidas.

19. En el grupo de mujeres unidas, la tendencia al crecimiento de la prevalencia anticonceptiva es contundente. En el periodo 1969-2005, la proporción de usuarias se incremento de 20% a 71%, aunque la velocidad de incremento se ve atenuado en las últimas décadas, sobre todo en el quinquenio 2000-2005.

20. El nivel de protección de las mujeres urbanas es mayor que el de las residentes en áreas rurales dado que el uso de métodos anticonceptivos modernos esta más extendido en el área urbana del país, siendo así que el 72.2% de las mujeres residentes en áreas urbanas que practican la anticoncepción, emplean métodos modernos, una proporción menor lo hace en las áreas rurales.

21. Hay solamente ocho provincias con más de 50 mil usuarias de anticonceptivos, destacando la provincia de Lima con 934 mil, seguida de lejos por la provincia de Arequipa con 114 mil usuarias, cerrando esta lista la provincia de Huancayo del departamento de Junín con 58 mil usuarias.

22. Hay seis provincias con menos de mil usuarias de anticonceptivos, donde la provincia de Purús del departamento de Ucayali registra 424 mujeres que practican la anticoncepción, la cantidad más baja entre las provincias del país.

23. El estrato menos pobre esta conformado por 15 provincias, que por incluir a la Provincia de Lima es el de mayor número de mujeres, Este estrato agrupa un millón 362 mil usuarias con una prevalencia promedio de 41.8%. En este grupo de usuarias, 949 mil utilizan métodos modernos

24. La información que proporciona la ENDES 2004-05, combinada con la del Censo 2005 y la ENCO 2006 permite realizar estimaciones confiables de la prevalencia anticonceptiva y tipo de método usado para ámbitos menores como los departamentos y provincias.

25. El desfase en el tiempo entre las tasas y los ponderadores, subestiman el nivel de prevalencia anticonceptiva.

26. Los errores de estimación crecen en la medida que se agranda el tiempo trascurrido entre la colección de los ponderadores y de las tasas de prevalencia anticonceptiva.

27. El método de la Combinación Lineal ha sido aplicado con éxito para estimar tasas expresadas como proporciones, es el cado de la Demanda de Planificación Familiar y sus componentes. Sería de mucho interés realizar estudios sobre la estimación de otro tipo de indicadores demográficos, no expresados como proporciones, como la Tasa Global de Fecundidad o Esperanza de vida al Nacer. Se han hecho estimaciones sobre ingreso o niveles de pobreza en áreas menores, combinando datos de encuestas y censos, mas la combinación no es de tipo lineal.

BIBLIOGRAFIA

- Banco Mundial. "Oportunidades para todos: Por un Perú menos pobre y más incluyente". Resumen Ejecutivo. Lima-Perú. 2006

- CEPAL-CELADE. "Estimaciones Indirectas para Áreas Menores". Notas de Población Número Especial, año XXIII, Nº 71. Santiago de Chile. 2001.

- CEPAL-CELADE. "Proyecciones de Población", actualizadas en agosto del 2005. Santiago de Chile.

- Delicia Ferrando. "El Aborto clandestino en el Perú". Pathfinder International, Flora Tristán. Lima, Perú. 2002.

- García Núñez José, Palma Yolanda, Núñez Leopoldo y Jiménez J. "Estimaciones Programáticas para Áreas Geográficas Pequeñas", Mayo de 1994. México.

- Guzmán José. "Fecundidad". CELADE, Santiago de Chile, 1991.

- INEI, DHS. "Perú: Encuesta Demográfica y de salud Familiar 1991\1992". Lima-Perú, 1992.

- INEI, DHS. "Perú: Encuesta Demográfica y de salud Familiar 1996". Lima-Perú, 1997.

- INEI, DHS. "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000". Lima-Perú, 2001.

- INEI. "Aspectos Demográficos y Prevalencia de Anticonceptivos en el Perú". Lima-Perú, 1981.

- INEI. "Estimaciones y Proyecciones de la Población por Años Calendario y Edades Simples. 1970-2025". Boletín Especial Nº 14. Lima-Perú, 1995.

- INEI. "Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050". Lima-Perú, 2001

- INEI. "Proyecciones de Población del Perú. 1995-2025". Boletín de Análisis Demográfico Nº 34. Lima-Perú, 1995.

- Loza, Gloria y Vallenas, Guillermo. "Uso y Demanda de Métodos Anticonceptivos en el Perú", DHS y CELADE, Santiago de Chile, 1992.

- Mostajo, Nelly. "Actitudes de la Mujer frente a la Fecundidad y Uso de Métodos Anticonceptivos". CELADE. Santiago de Chile, 1981.

- J. Ortiz y E. Alcántara, "Cambios en la Fecundidad Peruana", Centro de Investigación en Población Cuzco, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cuzco. Lima, 1988.

- PNUD. "Informe sobre el Desarrollo Humano/ Perú 2006". Lima-Perú, 2006

- Ramos, Héctor. "Perú: Niveles y Tendencias de la Fecundidad". INEI. Lima-Perú. 1995

- Vallenas, Guillermo. "Perú. Demanda de Planificación Familiar". INEI, MINSA, UNFPA. Lima-Perú, 1995.

- Vallenas, Guillermo. "Mezcla Anticonceptiva en las Provincias del Perú". UNMSM, Sienta Omni, Volumen 1, Número 2. Lima Perú 1997.

- Vallenas Ochoa, Guillermo. "Construcción de Indicadores Demográficos a partir de Censos y Encuestas". UNFPA-INEI. Lima-Perú, 2000.

- Vallenas Ochoa, Guillermo. "Metodologías para estimar indicadores sociodemográficos en áreas menores" DHS-INEI. Lima-Perú 2002.

- Westoff, C. y Ochoa, L. H. "Unmet Need the Demand for Family Planning, in Demographic and Health Surveys, in Comparative Studies, Nº 5. Institute for Resource Development, Macro International Columbia. Maryland. 1991

Anexo Nº 01

ESTIMACIONES PROVINCIALES

Cuadro Nº A.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
PERU	**7 259 197**	**3 259 379**	**44,9**	**2 199 537**	**30,3**	**1 059 842**	**14,6**
AMAZONAS	**94 692**	**45 112**	**47,6**	**28 793**	**30,4**	**16 319**	**17,2**
CHACHAPOYAS	13 190	6 285	47,6	4 136	31,4	2 149	16,2
BAGUA	18 762	8 690	46,3	5 615	29,9	3 075	16,4
BONGARA	6 114	2 919	47,7	1 867	30,5	1 052	17,2
CONDORCANQUI	10 280	5 224	50,8	3 224	31,4	2 000	19,4
LUYA	10 970	5 204	47,4	3 294	30,0	1 910	17,4
RODRIGUEZ DE MENDOZA	6 113	3 026	49,5	1 929	31,6	1 097	17,9
UTCUBAMBA	29 263	13 764	47,0	8 728	29,8	5 036	17,2
ANCASH	**273 123**	**121 745**	**44,6**	**80 811**	**29,6**	**40 934**	**15,0**
HUARAZ	40 489	17 581	43,4	11 871	29,3	5 710	14,1
AIJA	2 081	1 046	50,3	680	32,7	366	17,6
ANTONIO RAYMONDI	3 832	1 727	45,1	1 115	29,1	612	16,0
ASUNCION	2 224	988	44,4	636	28,6	352	15,8
BOLOGNESI	5 943	2 994	50,4	1 955	32,9	1 039	17,5
CARHUAZ	11 269	4 906	43,5	3 085	27,4	1 821	16,1
CARLOS F. FITZCARRALD	4 894	2 105	43,0	1 299	26,5	806	16,5
CASMA	11 209	5 337	47,6	3 561	31,8	1 776	15,8
CORONGO	1 728	839	48,6	538	31,1	301	17,5
HUARI	13 228	5 934	44,9	3 783	28,6	2 151	16,3
HUARMEY	6 840	3 389	49,5	2 327	34,0	1 062	15,5
HUAYLAS	12 712	5 689	44,8	3 597	28,3	2 092	16,5
MARISCAL LUZURIAGA	5 442	2 325	42,7	1 434	26,4	891	16,3
OCROS	1 412	683	48,4	447	31,7	236	16,7
PALLASCA	6 356	2 877	45,3	1 799	28,3	1 078	17,0
POMABAMBA	6 656	2 938	44,1	1 863	28,0	1 075	16,1
RECUAY	4 491	1 927	42,9	1 248	27,8	679	15,1
SANTA	111 558	49 243	44,1	33 844	30,3	15 399	13,8
SIHUAS	6 990	3 364	48,1	2 128	30,4	1 236	17,7
YUNGAY	13 769	5 853	42,5	3 601	26,2	2 252	16,3
APURIMAC	**99 135**	**44 899**	**45,3**	**28 925**	**29,2**	**15 974**	**16,1**
ABANCAY	26 663	11 826	44,4	7 988	30,0	3 838	14,4
ANDAHUAYLAS	36 106	15 720	43,5	9 932	27,5	5 788	16,0
ANTABAMBA	2 642	1 226	46,4	805	30,5	421	15,9
AYMARAES	6 833	3 295	48,2	2 131	31,2	1 164	17,0
COTABAMBAS	9 575	4 628	48,3	2 780	29,0	1 848	19,3
CHINCHEROS	11 566	5 401	46,7	3 442	29,8	1 959	16,9
GRAU	5 750	2 803	48,7	1 847	32,1	956	16,6
AREQUIPA	**334 800**	**148 552**	**44,4**	**102 487**	**30,6**	**46 065**	**13,8**
AREQUIPA	262 379	114 033	43,5	79 306	30,2	34 727	13,3
CAMANA	14 762	6 945	47,0	4 764	32,3	2 181	14,7
CARAVELI	7 861	3 906	49,7	2 634	33,5	1 272	16,2
CASTILLA	9 097	4 335	47,7	2 889	31,8	1 446	15,9
CAYLLOMA	18 490	8 811	47,7	5 778	31,2	3 033	16,5
CONDESUYOS	4 501	2 048	45,5	1 346	29,9	702	15,6

(Contiúa)

Cuadro Nº A.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
ISLAY	14 110	6 666	47,2	4 612	32,7	2 054	14,5
LA UNION	3 600	1 808	50,2	1 158	32,2	650	18,0
AYACUCHO	**153 567**	**71 593**	**46,6**	**46 380**	**30,2**	**25 213**	**16,4**
HUAMANGA	64 704	28 998	44,8	19 200	29,7	9 798	15,1
CANGALLO	8 611	3 929	45,6	2 441	28,3	1 488	17,3
HUANCA SANCOS	2 956	1 406	47,6	917	31,0	489	16,6
HUANTA	21 551	9 813	45,5	6 197	28,8	3 616	16,7
LA MAR	19 267	9 598	49,8	5 895	30,6	3 703	19,2
LUCANAS	14 110	6 886	48,8	4 606	32,6	2 280	16,2
PARINACOCHAS	6 432	3 165	49,2	2 133	33,2	1 032	16,0
PAUCAR DEL SARA SARA	2 269	1 121	49,4	759	33,5	362	15,9
SUCRE	2 890	1 449	50,1	950	32,9	499	17,2
VICTOR FAJARDO	5 212	2 586	49,6	1 637	31,4	949	18,2
VILCAS HUAMAN	5 565	2 642	47,5	1 645	29,6	997	17,9
CAJAMARCA	**349 181**	**150 292**	**43,0**	**95 092**	**27,2**	**55 200**	**15,8**
CAJAMARCA	79 251	33 567	42,4	21 992	27,7	11 575	14,7
CAJABAMBA	18 037	7 603	42,2	4 691	26,0	2 912	16,2
CELENDIN	21 969	9 373	42,7	5 805	26,4	3 568	16,3
CHOTA	43 309	17 812	41,1	11 044	25,5	6 768	15,6
CONTUMAZA	8 131	3 719	45,7	2 407	29,6	1 312	16,1
CUTERVO	34 642	15 276	44,1	9 508	27,4	5 768	16,7
HUALGAYOC	25 715	9 524	37,0	5 636	21,9	3 888	15,1
JAEN	46 175	21 589	46,8	13 950	30,2	7 639	16,6
SAN IGNACIO	28 548	13 056	45,7	8 274	29,0	4 782	16,7
SAN MARCOS	12 570	5 581	44,4	3 437	27,3	2 144	17,1
SAN MIGUEL	14 408	6 088	42,3	3 851	26,7	2 237	15,6
SAN PABLO	6 003	2 518	41,9	1 562	26,0	956	15,9
SANTA CRUZ	10 423	4 586	44,0	2 935	28,2	1 651	15,8
CALLAO	**240 283**	**109 809**	**45,7**	**76 752**	**31,9**	**33 057**	**13,8**
CUSCO	**302 525**	**134 851**	**44,6**	**88 272**	**29,2**	**46 579**	**15,4**
CUSCO	106 924	45 049	42,1	31 349	29,3	13 700	12,8
ACOMAYO	6 014	2 828	47,0	1 732	28,8	1 096	18,2
ANTA	13 351	6 253	46,8	4 024	30,1	2 229	16,7
CALCA	15 050	6 879	45,7	4 351	28,9	2 528	16,8
CANAS	9 692	4 014	41,4	2 484	25,6	1 530	15,8
CANCHIS	26 333	11 687	44,4	7 613	28,9	4 074	15,5
CHUMBIVILCAS	16 514	7 684	46,5	4 689	28,4	2 995	18,1
ESPINAR	16 642	7 079	42,5	4 521	27,2	2 558	15,3
LA CONVENCION	41 019	19 673	48,0	12 657	30,9	7 016	17,1
PARURO	6 573	3 287	50,0	2 028	30,9	1 259	19,1
PAUCARTAMBO	10 746	5 175	48,2	3 150	29,3	2 025	18,9
QUISPICANCHI	19 504	9 074	46,5	5 638	28,9	3 436	17,6
URUBAMBA	14 163	6 169	43,6	4 036	28,5	2 133	15,1
HUANCAVELICA	**104 222**	**46 351**	**44,5**	**29 237**	**28,1**	**17 114**	**16,4**
HUANCAVELICA	34 206	14 877	43,5	9 642	28,2	5 235	15,3

(Contiúa)

Cuadro Nº A.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
ACOBAMBA	14 559	6 124	42,1	3 745	25,7	2 379	16,4
ANGARAES	11 567	4 936	42,7	3 035	26,2	1 901	16,5
CASTROVIRREYNA	4 277	2 066	48,3	1 363	31,9	703	16,4
CHURCAMPA	9 360	4 435	47,4	2 735	29,2	1 700	18,2
HUAYTARA	6 398	2 927	45,7	1 895	29,6	1 032	16,1
TAYACAJA	23 855	10 986	46,1	6 822	28,6	4 164	17,5
HUANUCO	**183 361**	**82 483**	**45,0**	**52 939**	**28,9**	**29 544**	**16,1**
HUANUCO	69 114	30 139	43,6	19 582	28,3	10 557	15,3
AMBO	12 756	5 511	43,2	3 418	26,8	2 093	16,4
DOS DE MAYO	9 820	4 563	46,5	2 932	29,9	1 631	16,6
HUACAYBAMBA	4 363	1 983	45,5	1 218	27,9	765	17,6
HUAMALIES	15 997	7 139	44,6	4 548	28,4	2 591	16,2
LEONCIO PRADO	30 021	14 193	47,3	9 334	31,1	4 859	16,2
MARAÑON	5 684	2 721	47,9	1 709	30,1	1 012	17,8
PACHITEA	12 199	5 494	45,0	3 343	27,4	2 151	17,6
PUERTO INCA	7 072	3 459	48,9	2 206	31,2	1 253	17,7
LAURICOCHA	7 425	3 450	46,5	2 279	30,7	1 171	15,8
YAROWILCA	8 910	3 831	43,0	2 370	26,6	1 461	16,4
ICA	**190 147**	**89 424**	**47,0**	**62 490**	**32,9**	**26 934**	**14,1**
ICA	86 673	40 094	46,3	28 291	32,6	11 803	13,7
CHINCHA	51 653	24 157	46,8	16 649	32,2	7 508	14,6
NAZCA	15 508	7 443	48,0	5 173	33,4	2 270	14,6
PALPA	3 574	1 748	48,9	1 222	34,2	526	14,7
PISCO	32 739	15 982	48,8	11 155	34,1	4 827	14,7
JUNIN	**297 362**	**135 893**	**45,7**	**91 332**	**30,7**	**44 561**	**15,0**
HUANCAYO	131 341	58 431	44,5	40 042	30,5	18 389	14,0
CONCEPCION	15 661	7 000	44,7	4 582	29,3	2 418	15,4
CHANCHAMAYO	37 801	18 519	49,0	12 105	32,0	6 414	17,0
JAUJA	25 471	11 540	45,3	7 869	30,9	3 671	14,4
JUNIN	8 599	3 702	43,1	2 446	28,4	1 256	14,7
SATIPO	23 009	11 295	49,1	7 203	31,3	4 092	17,8
TARMA	27 842	12 358	44,4	8 203	29,5	4 155	14,9
YAULI	13 960	6 739	48,3	4 670	33,5	2 069	14,8
CHUPACA	13 678	6 309	46,1	4 212	30,8	2 097	15,3
LA LIBERTAD	**424 651**	**188 854**	**44,5**	**126 080**	**29,7**	**62 774**	**14,8**
TRUJILLO	228 597	101 073	44,2	69 459	30,4	31 614	13,8
ASCOPE	31 846	14 243	44,7	9 774	30,7	4 469	14,0
BOLIVAR	3 725	1 902	51,1	1 200	32,2	702	18,9
CHEPEN	19 848	8 796	44,3	5 889	29,7	2 907	14,6
JULCAN	8 351	3 607	43,2	2 213	26,5	1 394	16,7
OTUZCO	21 485	9 631	44,8	6 023	28,0	3 608	16,8
PACASMAYO	26 366	11 739	44,5	7 931	30,1	3 808	14,4
PATAZ	14 832	7 027	47,4	4 446	30,0	2 581	17,4
SANCHEZ CARRION	30 671	12 934	42,2	7 751	25,3	5 183	16,9
SANTIAGO DE CHUCO	13 740	6 243	45,4	3 936	28,6	2 307	16,8

(Contiúa)

Cuadro Nº A.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
GRAN CHIMU	7 054	3 399	48,2	2 151	30,5	1 248	17,7
VIRU	18 136	8 260	45,5	5 307	29,3	2 953	16,2
LAMBAYEQUE	**310 998**	**135 448**	**43,6**	**91 062**	**29,3**	**44 386**	**14,3**
CHICLAYO	218 371	96 000	44,0	65 526	30,0	30 474	14,0
FERREÑAFE	24 578	11 132	45,3	7 200	29,3	3 932	16,0
LAMBAYEQUE	68 049	28 316	41,6	18 336	26,9	9 980	14,7
LIMA	**2 354 291**	**1 034 984**	**44,0**	**720 685**	**30,6**	**314 299**	**13,4**
LIMA	2 135 473	934 188	43,7	651 426	30,5	282 762	13,2
BARRANCA	37 828	16 432	43,4	11 116	29,4	5 316	14,0
CAJATAMBO	1 937	970	50,1	643	33,2	327	16,9
CANTA	3 108	1 480	47,6	1 003	32,3	477	15,3
CAÑETE	52 788	24 766	46,9	17 363	32,9	7 403	14,0
HUARAL	44 668	19 678	44,1	13 357	29,9	6 321	14,2
HUAROCHIRI	15 474	7 544	48,8	5 170	33,4	2 374	15,4
HUAURA	53 497	24 988	46,7	17 266	32,3	7 722	14,4
OYON	4 167	2 121	50,9	1 410	33,8	711	17,1
YAUYOS	5 351	2 817	52,6	1 931	36,1	886	16,5
LORETO	**221 095**	**108 499**	**49,1**	**72 207**	**32,7**	**36 292**	**16,4**
MAYNAS	131 000	62 962	48,1	42 995	32,8	19 967	15,3
ALTO AMAZONAS	24 338	12 096	49,7	7 688	31,6	4 408	18,1
LORETO	14 121	7 264	51,4	4 620	32,7	2 644	18,7
MARISCAL RAMON CASTILLA	12 212	5 919	48,5	3 770	30,9	2 149	17,6
REQUENA	15 245	7 841	51,4	5 160	33,8	2 681	17,6
UCAYALI	13 105	6 687	51,0	4 408	33,6	2 279	17,4
DATEM DEL MARAÑON	11 074	5 730	51,7	3 566	32,2	2 164	19,5
MADRE DE DIOS	**24 749**	**12 525**	**50,6**	**8 538**	**34,5**	**3 987**	**16,1**
TAMBOPATA	18 475	9 308	50,4	6 386	34,6	2 922	15,8
MANU	4 404	2 206	50,1	1 454	33,0	752	17,1
TAHUAMANU	1 870	1 011	54,1	698	37,3	313	16,8
MOQUEGUA	**45 950**	**21 422**	**46,6**	**14 818**	**32,2**	**6 604**	**14,4**
MARISCAL NIETO	20 445	9 184	44,9	6 331	31,0	2 853	13,9
GENERAL SANCHEZ CERRO	6 610	3 057	46,2	2 019	30,5	1 038	15,7
ILO	18 895	9 181	48,6	6 468	34,2	2 713	14,4
PASCO	**71 653**	**33 039**	**46,1**	**22 081**	**30,8**	**10 958**	**15,3**
PASCO	41 533	18 854	45,4	12 756	30,7	6 098	14,7
DANIEL ALCIDES CARRION	10 634	4 499	42,3	2 960	27,8	1 539	14,5
OXAPAMPA	19 486	9 686	49,7	6 365	32,7	3 321	17,0
PIURA	**440 120**	**197 984**	**45,0**	**131 123**	**29,8**	**66 861**	**15,2**
PIURA	182 939	82 660	45,2	55 435	30,3	27 225	14,9
AYABACA	30 107	13 727	45,6	8 538	28,4	5 189	17,2
HUANCABAMBA	28 636	12 119	42,3	7 475	26,1	4 644	16,2
MORROPON	40 200	17 424	43,3	11 193	27,8	6 231	15,5
PAITA	28 983	13 037	45,0	8 693	30,0	4 344	15,0
SULLANA	79 011	35 862	45,4	24 185	30,6	11 677	14,8
TALARA	34 723	16 221	46,7	11 091	31,9	5 130	14,8

(Contiúa)

Cuadro Nº A.1
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
SECHURA	15 521	6 934	44,7	4 513	29,1	2 421	15,6
PUNO	**328 907**	**145 265**	**44,2**	**95 633**	**29,1**	**49 632**	**15,1**
PUNO	61 408	27 167	44,2	18 596	30,3	8 571	13,9
AZANGARO	33 775	14 320	42,4	9 123	27,0	5 197	15,4
CARABAYA	16 254	7 556	46,5	4 690	28,9	2 866	17,6
CHUCUITO	28 564	12 373	43,3	8 066	28,2	4 307	15,1
EL COLLAO	19 397	9 017	46,5	5 874	30,3	3 143	16,2
HUANCANE	17 264	7 372	42,7	4 734	27,4	2 638	15,3
LAMPA	12 506	5 418	43,3	3 429	27,4	1 989	15,9
MELGAR	21 687	9 239	42,6	6 012	27,7	3 227	14,9
MOHO	6 283	2 753	43,8	1 787	28,4	966	15,4
SAN ANTONIO DE PUTINA	11 751	5 306	45,2	3 414	29,1	1 892	16,1
SAN ROMAN	71 069	31 294	44,0	21 303	30,0	9 991	14,0
SANDIA	16 137	7 403	45,9	4 738	29,4	2 665	16,5
YUNGUYO	12 812	6 047	47,2	3 867	30,2	2 180	17,0
SAN MARTIN	**170 725**	**83 432**	**48,9**	**54 534**	**31,9**	**28 898**	**17,0**
MOYOBAMBA	26 652	12 669	47,5	8 274	31,0	4 395	16,5
BELLAVISTA	11 128	5 779	51,9	3 706	33,3	2 073	18,6
EL DORADO	7 158	3 615	50,5	2 266	31,7	1 349	18,8
HUALLAGA	5 374	2 774	51,6	1 772	33,0	1 002	18,6
LAMAS	17 762	8 897	50,1	5 623	31,7	3 274	18,4
MARISCAL CACERES	12 014	6 067	50,5	4 038	33,6	2 029	16,9
PICOTA	8 638	4 379	50,7	2 824	32,7	1 555	18,0
RIOJA	24 186	12 090	50,0	7 831	32,4	4 259	17,6
SAN MARTIN	41 931	19 547	46,6	13 318	31,8	6 229	14,8
TOCACHE	15 882	7 615	47,9	4 882	30,7	2 733	17,2
TACNA	**83 810**	**38 044**	**45,4**	**25 913**	**30,9**	**12 131**	**14,5**
TACNA	77 899	35 080	45,0	23 940	30,7	11 140	14,3
CANDARAVE	2 146	1 039	48,4	677	31,5	362	16,9
JORGE BASADRE	2 155	1 123	52,1	768	35,6	355	16,5
TARATA	1 610	802	49,8	528	32,8	274	17,0
TUMBES	**53 619**	**26 313**	**49,1**	**18 006**	**33,6**	**8 307**	**15,5**
TUMBES	39 362	19 256	48,9	13 276	33,7	5 980	15,2
CONTRALMIRANTE VILLAR	4 161	1 963	47,2	1 314	31,6	649	15,6
ZARUMILLA	10 096	5 094	50,5	3 416	33,8	1 678	16,7
UCAYALI	**106 231**	**52 566**	**49,5**	**35 347**	**33,3**	**17 219**	**16,2**
CORONEL PORTILLO	85 741	42 269	49,3	28 820	33,6	13 449	15,7
ATALAYA	8 780	4 391	50,0	2 753	31,4	1 638	18,6
PADRE ABAD	10 850	5 482	50,5	3 503	32,3	1 979	18,2
PURUS	860	424	49,3	271	31,5	153	17,8

Cuadro Nº A.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
PERU	**3 934 485**	**2 781 681**	**70,7**	**1 853 142**	**47,1**	**928 539**	**23,6**
AMAZONAS	**61 845**	**41 831**	**67,6**	**26 369**	**42,6**	**15 462**	**25,0**
CHACHAPOYAS	7 527	5 253	69,8	3 420	45,4	1 833	24,4
BAGUA	12 227	8 260	67,6	5 257	43,0	3 003	24,6
BONGARA	3 883	2 651	68,3	1 673	43,1	978	25,2
CONDORCANQUI	7 173	4 708	65,6	2 845	39,7	1 863	25,9
LUYA	7 152	4 867	68,1	3 061	42,8	1 806	25,3
RODRIGUEZ DE MENDOZA	4 108	2 812	68,5	1 771	43,1	1 041	25,4
UTCUBAMBA	19 775	13 280	67,2	8 342	42,2	4 938	25,0
ANCASH	**149 699**	**104 738**	**70,0**	**68 680**	**45,9**	**36 058**	**24,1**
HUARAZ	20 770	14 713	70,8	9 717	46,8	4 996	24,0
AIJA	1 073	751	70,0	481	44,8	270	25,2
ANTONIO RAYMONDI	2 431	1 656	68,1	1 056	43,4	600	24,7
ASUNCION	1 386	952	68,7	610	44,0	342	24,7
BOLOGNESI	3 289	2 337	71,1	1 519	46,2	818	24,9
CARHUAZ	6 538	4 348	66,5	2 681	41,0	1 667	25,5
CARLOS F. FITZCARRALD	3 152	2 058	65,3	1 264	40,1	794	25,2
CASMA	6 499	4 638	71,4	3 073	47,3	1 565	24,1
CORONGO	1 126	786	69,8	501	44,5	285	25,3
HUARI	8 458	5 728	67,7	3 623	42,8	2 105	24,9
HUARMEY	4 575	3 330	72,8	2 276	49,7	1 054	23,1
HUAYLAS	8 458	5 617	66,4	3 535	41,8	2 082	24,6
MARISCAL LUZURIAGA	3 882	2 308	59,5	1 427	36,8	881	22,7
OCROS	1 102	669	60,7	442	40,1	227	20,6
PALLASCA	3 632	2 474	68,1	1 526	42,0	948	26,1
POMABAMBA	3 856	2 526	65,5	1 558	40,4	968	25,1
RECUAY	2 046	1 402	68,5	897	43,8	505	24,7
SANTA	54 432	39 924	73,3	27 271	50,1	12 653	23,2
SIHUAS	4 215	2 850	67,6	1 792	42,5	1 058	25,1
YUNGAY	8 779	5 671	64,6	3 431	39,1	2 240	25,5
APURIMAC	**60 483**	**41 095**	**67,9**	**25 972**	**42,9**	**15 123**	**25,0**
ABANCAY	13 377	9 596	71,7	6 310	47,2	3 286	24,5
ANDAHUAYLAS	22 612	15 320	67,8	9 559	42,3	5 761	25,5
ANTABAMBA	2 042	1 194	58,5	788	38,6	406	19,9
AYMARAES	4 268	2 932	68,7	1 862	43,6	1 070	25,1
COTABAMBAS	6 589	4 230	64,2	2 441	37,0	1 789	27,2
CHINCHEROS	8 097	5 370	66,3	3 426	42,3	1 944	24,0
GRAU	3 498	2 453	70,1	1 586	45,3	867	24,8
AREQUIPA	**172 790**	**124 387**	**72,0**	**85 048**	**49,2**	**39 339**	**22,8**
AREQUIPA	127 345	92 096	72,3	63 564	49,9	28 532	22,4
CAMANA	8 294	5 990	72,2	4 070	49,1	1 920	23,1
CARAVELI	5 292	3 821	72,2	2 567	48,5	1 254	23,7
CASTILLA	6 168	4 323	70,1	2 882	46,7	1 441	23,4
CAYLLOMA	12 161	8 499	69,9	5 499	45,2	3 000	24,7
CONDESUYOS	2 773	1 933	69,7	1 251	45,1	682	24,6

(Contiúa)

Cuadro Nº A.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
ISLAY	8 437	6 136	72,7	4 217	50,0	1 919	22,7
LA UNION	2 320	1 589	68,5	998	43,0	591	25,5
AYACUCHO	**91 236**	**62 265**	**68,2**	**39 455**	**43,2**	**22 810**	**25,0**
HUAMANGA	34 117	23 566	69,1	15 253	44,7	8 313	24,4
CANGALLO	5 526	3 669	66,4	2 223	40,2	1 446	26,2
HUANCA SANCOS	1 838	1 283	69,8	831	45,2	452	24,6
HUANTA	13 203	8 793	66,6	5 406	40,9	3 387	25,7
LA MAR	12 952	8 534	65,9	5 120	39,5	3 414	26,4
LUCANAS	8 955	6 343	70,8	4 183	46,7	2 160	24,1
PARINACOCHAS	3 996	2 782	69,6	1 826	45,7	956	23,9
PAUCAR DEL SARA SARA	1 291	940	72,8	631	48,9	309	23,9
SUCRE	1 884	1 314	69,7	849	45,1	465	24,6
VICTOR FAJARDO	3 514	2 422	68,9	1 502	42,7	920	26,2
VILCAS HUAMAN	3 960	2 619	66,1	1 631	41,2	988	24,9
CAJAMARCA	**205 357**	**135 997**	**66,2**	**84 439**	**41,1**	**51 558**	**25,1**
CAJAMARCA	41 130	28 014	68,1	17 834	43,4	10 180	24,7
CAJABAMBA	11 585	7 524	64,9	4 648	40,1	2 876	24,8
CELENDIN	12 627	8 195	64,9	4 990	39,5	3 205	25,4
CHOTA	24 701	16 005	64,8	9 787	39,6	6 218	25,2
CONTUMAZA	4 636	3 173	68,4	2 024	43,7	1 149	24,7
CUTERVO	21 035	13 985	66,5	8 547	40,6	5 438	25,9
HUALGAYOC	16 310	9 427	57,8	5 588	34,3	3 839	23,5
JAEN	27 894	19 495	69,9	12 179	43,7	7 316	26,2
SAN IGNACIO	19 226	12 841	66,8	8 122	42,2	4 719	24,6
SAN MARCOS	7 984	5 198	65,1	3 139	39,3	2 059	25,8
SAN MIGUEL	8 360	5 535	66,2	3 448	41,2	2 087	25,0
SAN PABLO	3 288	2 167	65,9	1 326	40,3	841	25,6
SANTA CRUZ	6 581	4 438	67,4	2 807	42,7	1 631	24,7
CALLAO	**118 001**	**86 020**	**72,9**	**59 634**	**50,5**	**26 386**	**22,4**
CUSCO	**173 380**	**119 904**	**69,2**	**77 085**	**44,5**	**42 819**	**24,7**
CUSCO	51 127	36 892	72,2	25 188	49,3	11 704	22,9
ACOMAYO	4 095	2 710	66,2	1 628	39,8	1 082	26,4
ANTA	8 612	5 927	68,8	3 748	43,5	2 179	25,3
CALCA	9 605	6 484	67,5	4 015	41,8	2 469	25,7
CANAS	5 435	3 636	66,9	2 211	40,7	1 425	26,2
CANCHIS	15 046	10 538	70,0	6 776	45,0	3 762	25,0
CHUMBIVILCAS	10 733	6 985	65,1	4 149	38,7	2 836	26,4
ESPINAR	9 422	6 570	69,7	4 138	43,9	2 432	25,8
LA CONVENCION	27 886	19 107	68,5	12 300	44,1	6 807	24,4
PARURO	4 707	3 211	68,2	1 962	41,7	1 249	26,5
PAUCARTAMBO	6 637	4 266	64,3	2 526	38,1	1 740	26,2
QUISPICANCHI	12 485	8 277	66,3	5 042	40,4	3 235	25,9
URUBAMBA	7 590	5 301	69,8	3 402	44,8	1 899	25,0
HUANCAVELICA	**60 773**	**40 923**	**67,3**	**25 197**	**41,5**	**15 726**	**25,8**
HUANCAVELICA	16 897	11 969	70,8	7 408	43,8	4 561	27,0

(Contiúa)

Cuadro Nº A.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
ACOBAMBA	8 630	5 627	65,2	3 382	39,2	2 245	26,0
ANGARAES	7 840	4 789	61,1	2 949	37,6	1 840	23,5
CASTROVIRREYNA	2 465	1 749	71,0	1 141	46,3	608	24,7
CHURCAMPA	6 057	3 999	66,0	2 410	39,8	1 589	26,2
HUAYTARA	3 674	2 503	68,1	1 592	43,3	911	24,8
TAYACAJA	15 210	10 287	67,6	6 315	41,5	3 972	26,1
HUANUCO	**107 470**	**72 367**	**67,3**	**45 495**	**42,3**	**26 872**	**25,0**
HUANUCO	37 971	25 990	68,4	16 490	43,4	9 500	25,0
AMBO	7 524	4 961	65,9	3 008	40,0	1 953	25,9
DOS DE MAYO	5 494	3 755	68,3	2 364	43,0	1 391	25,3
HUACAYBAMBA	2 909	1 900	65,3	1 151	39,6	749	25,7
HUAMALIES	9 595	6 336	66,0	3 944	41,1	2 392	24,9
LEONCIO PRADO	18 501	12 629	68,3	8 109	43,8	4 520	24,5
MARAÑON	3 938	2 612	66,3	1 619	41,1	993	25,2
PACHITEA	6 660	4 324	64,9	2 568	38,6	1 756	26,3
PUERTO INCA	5 368	3 422	63,7	2 184	40,7	1 238	23,0
LAURICOCHA	3 738	2 669	71,4	1 733	46,4	936	25,0
YAROWILCA	5 772	3 769	65,3	2 325	40,3	1 444	25,0
ICA	**101 557**	**74 546**	**73,4**	**51 838**	**51,0**	**22 708**	**22,4**
ICA	44 954	33 202	73,9	23 283	51,8	9 919	22,1
CHINCHA	28 103	20 416	72,6	14 014	49,9	6 402	22,7
NAZCA	8 397	6 184	73,6	4 297	51,2	1 887	22,4
PALPA	2 113	1 548	73,3	1 073	50,8	475	22,5
PISCO	17 990	13 196	73,4	9 171	51,0	4 025	22,4
JUNIN	**157 037**	**111 936**	**71,3**	**74 431**	**47,4**	**37 505**	**23,9**
HUANCAYO	59 658	43 698	73,2	29 594	49,6	14 104	23,6
CONCEPCION	8 173	5 699	69,7	3 698	45,2	2 001	24,5
CHANCHAMAYO	25 442	17 741	69,7	11 436	44,9	6 305	24,8
JAUJA	12 780	9 312	72,9	6 327	49,5	2 985	23,4
JUNIN	4 676	3 327	71,2	2 164	46,3	1 163	24,9
SATIPO	16 704	10 944	65,5	7 035	42,1	3 909	23,4
TARMA	13 410	9 406	70,1	6 191	46,2	3 215	23,9
YAULI	8 674	6 390	73,7	4 408	50,8	1 982	22,9
CHUPACA	7 520	5 419	72,1	3 578	47,6	1 841	24,5
LA LIBERTAD	**231 903**	**162 487**	**70,1**	**107 333**	**46,3**	**55 154**	**23,8**
TRUJILLO	117 568	84 446	71,8	57 773	49,1	26 673	22,7
ASCOPE	16 976	12 245	72,1	8 307	48,9	3 938	23,2
BOLIVAR	2 529	1 733	68,5	1 087	43,0	646	25,5
CHEPEN	10 234	7 093	69,3	4 677	45,7	2 416	23,6
JULCAN	5 174	3 371	65,2	2 035	39,3	1 336	25,9
OTUZCO	13 342	8 977	67,3	5 531	41,5	3 446	25,8
PACASMAYO	14 526	10 346	71,2	6 932	47,7	3 414	23,5
PATAZ	9 786	6 633	67,8	4 136	42,3	2 497	25,5
SANCHEZ CARRION	17 888	11 421	63,8	6 693	37,4	4 728	26,4
SANTIAGO DE CHUCO	8 396	5 683	67,7	3 523	42,0	2 160	25,7

(Contiúa)

Cuadro Nº A.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
GRAN CHIMU	4 561	3 091	67,8	1 923	42,2	1 168	25,6
VIRU	10 923	7 448	68,2	4 716	43,2	2 732	25,0
LAMBAYEQUE	**162 061**	**114 534**	**70,7**	**76 484**	**47,2**	**38 050**	**23,5**
CHICLAYO	108 099	77 784	72,0	53 009	49,0	24 775	23,0
FERREÑAFE	14 993	10 243	68,3	6 577	43,9	3 666	24,4
LAMBAYEQUE	38 969	26 507	68,0	16 898	43,4	9 609	24,6
LIMA	**1 160 885**	**842 736**	**72,6**	**581 972**	**50,1**	**260 764**	**22,5**
LIMA	1 037 605	753 731	72,6	521 961	50,3	231 770	22,3
BARRANCA	20 957	14 714	70,2	9 736	46,5	4 978	23,7
CAJATAMBO	1 193	839	70,3	545	45,7	294	24,6
CANTA	1 924	1 388	72,1	925	48,1	463	24,0
CAÑETE	29 249	21 455	73,4	14 773	50,5	6 682	22,9
HUARAL	24 689	17 835	72,2	11 895	48,2	5 940	24,0
HUAROCHIRI	8 396	6 065	72,2	4 079	48,6	1 986	23,6
HUAURA	31 422	22 794	72,5	15 457	49,2	7 337	23,3
OYON	2 422	1 703	70,3	1 108	45,7	595	24,6
YAUYOS	3 028	2 212	73,1	1 493	49,3	719	23,8
LORETO	**141 307**	**99 295**	**70,3**	**64 972**	**46,0**	**34 323**	**24,3**
MAYNAS	77 395	55 739	72,0	37 339	48,2	18 400	23,8
ALTO AMAZONAS	16 353	11 146	68,2	6 946	42,5	4 200	25,7
LORETO	10 308	7 005	68,0	4 379	42,5	2 626	25,5
MARISCAL RAMON CASTILLA	8 646	5 832	67,5	3 717	43,0	2 115	24,5
REQUENA	10 976	7 646	69,7	4 996	45,5	2 650	24,2
UCAYALI	9 212	6 390	69,4	4 134	44,9	2 256	24,5
DATEM DEL MARAÑON	8 417	5 537	65,8	3 461	41,1	2 076	24,7
MADRE DE DIOS	**16 412**	**11 749**	**71,6**	**7 896**	**48,1**	**3 853**	**23,5**
TAMBOPATA	12 460	8 976	72,0	6 069	48,7	2 907	23,3
MANU	2 656	1 830	68,9	1 188	44,7	642	24,2
TAHUAMANU	1 296	943	72,8	639	49,3	304	23,5
MOQUEGUA	**25 921**	**18 764**	**72,4**	**12 889**	**49,7**	**5 875**	**22,7**
MARISCAL NIETO	11 856	8 561	72,2	5 877	49,6	2 684	22,6
GENERAL SANCHEZ CERRO	3 302	2 311	70,0	1 513	45,8	798	24,2
ILO	10 763	7 892	73,3	5 499	51,1	2 393	22,2
PASCO	**40 205**	**28 536**	**71,0**	**18 893**	**47,0**	**9 643**	**24,0**
PASCO	21 503	16 153	75,1	10 788	50,2	5 365	24,9
DANIEL ALCIDES CARRION	4 457	3 285	73,7	2 041	45,8	1 244	27,9
OXAPAMPA	14 245	9 098	63,9	6 064	42,6	3 034	21,3
PIURA	**246 514**	**172 226**	**69,9**	**112 347**	**45,6**	**59 879**	**24,3**
PIURA	94 995	67 234	70,8	44 297	46,6	22 937	24,2
AYABACA	20 009	13 128	65,6	7 976	39,9	5 152	25,7
HUANCABAMBA	16 252	10 663	65,6	6 445	39,7	4 218	25,9
MORROPON	24 851	17 060	68,6	10 960	44,1	6 100	24,5
PAITA	16 218	11 445	70,6	7 515	46,3	3 930	24,3
SULLANA	45 013	31 858	70,8	21 266	47,2	10 592	23,6
TALARA	19 794	14 350	72,5	9 712	49,1	4 638	23,4

(Contiúa)

Cuadro Nº A.2
PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE METODO, SEGÚN PROVINCIAS. 2005

DEPARTAMENTO	MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS (a)	USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
		TODOS LOS METODOS		METODOS MODERNOS		METODOS TRADICIONALES	
		MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)	MUJERES	TASA (Por cien)
SECHURA	9 382	6 488	69,2	4 176	44,5	2 312	24,7
PUNO	**187 842**	**131 994**	**70,3**	**85 989**	**45,8**	**46 005**	**24,5**
PUNO	33 742	25 498	75,6	17 483	51,8	8 015	23,8
AZANGARO	19 219	13 239	68,9	8 139	42,3	5 100	26,6
CARABAYA	8 533	5 826	68,3	3 447	40,4	2 379	27,9
CHUCUITO	15 338	10 721	69,9	6 779	44,2	3 942	25,7
EL COLLAO	9 689	6 821	70,4	4 200	43,3	2 621	27,1
HUANCANE	10 895	7 094	65,1	4 570	41,9	2 524	23,2
LAMPA	5 130	3 451	67,3	2 043	39,8	1 408	27,5
MELGAR	12 597	8 793	69,8	5 682	45,1	3 111	24,7
MOHO	3 274	2 266	69,2	1 447	44,2	819	25,0
SAN ANTONIO DE PUTINA	8 272	5 190	62,7	3 331	40,3	1 859	22,4
SAN ROMAN	40 620	30 835	75,9	21 044	51,8	9 791	24,1
SANDIA	13 184	7 175	54,4	4 621	35,1	2 554	19,3
YUNGUYO	7 349	5 085	69,2	3 203	43,6	1 882	25,6
SAN MARTIN	**114 749**	**79 009**	**68,9**	**50 785**	**44,3**	**28 224**	**24,6**
MOYOBAMBA	17 757	12 180	68,6	7 815	44,0	4 365	24,6
BELLAVISTA	8 757	5 518	63,0	3 572	40,8	1 946	22,2
EL DORADO	5 516	3 494	63,3	2 189	39,7	1 305	23,6
HUALLAGA	3 914	2 653	67,8	1 664	42,5	989	25,3
LAMAS	12 007	8 091	67,4	4 950	41,2	3 141	26,2
MARISCAL CACERES	7 490	5 161	68,9	3 266	43,6	1 895	25,3
PICOTA	6 484	4 336	66,9	2 802	43,2	1 534	23,7
RIOJA	16 610	11 861	71,4	7 685	46,3	4 176	25,1
SAN MARTIN	25 795	18 585	72,0	12 424	48,2	6 161	23,8
TOCACHE	10 419	7 130	68,4	4 418	42,4	2 712	26,0
TACNA	**44 679**	**32 118**	**71,9**	**21 720**	**48,6**	**10 398**	**23,3**
TACNA	40 066	29 482	73,6	19 922	49,7	9 560	23,9
CANDARAVE	1 517	918	60,5	613	40,4	305	20,1
JORGE BASADRE	2 030	965	47,5	694	34,2	271	13,3
TARATA	1 066	753	70,6	491	46,1	262	24,5
TUMBES	**34 591**	**24 727**	**71,5**	**16 745**	**48,4**	**7 982**	**23,1**
TUMBES	25 125	18 007	71,7	12 287	48,9	5 720	22,8
CONTRALMIRANTE VILLAR	2 696	1 888	70,0	1 250	46,4	638	23,6
ZARUMILLA	6 770	4 832	71,4	3 208	47,4	1 624	24,0
UCAYALI	**67 788**	**47 497**	**70,1**	**31 374**	**46,3**	**16 123**	**23,8**
CORONEL PORTILLO	52 341	37 381	71,4	24 952	47,7	12 429	23,7
ATALAYA	6 658	4 278	64,3	2 689	40,4	1 589	23,9
PADRE ABAD	8 115	5 446	67,1	3 481	42,9	1 965	24,2
PURUS	674	392	58,2	252	37,4	140	20,8

(a) Estimada en base a la ENCO 2006 PRIMER SEMESTRE y Censo 2005

Doctor
ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

Doctor
JORGE DEL CASTILLO GÁLVEZ
Presidente

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Magister
RENÁN QUISPE LLANOS
Jefe

Licenciada
GENARA RIVERA ARAUJO
Directora Técnica del Centro de Investigación y Desarrollo

LEY DE ORGANIZACION Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

DECRETO LEGISLATIVO Nº 604

Artículo 1º Los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática tienen por finalidad asegurar, en los respectivos campos, que sus actividades se desarrollen en forma integrada, coordinada y racionalizada y bajo una normatividad técnica común, contando para ello con autonomía técnica y gestión.

Artículo 2º Son objetivos de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática:

a. Normar las actividades de estadística e informática oficial.
b. Coordinar, integrar y racionalizar las actividades de Estadísticas e Informática; y
c. Promover la capacitación, investigación y desarrollo de las actividades de Estadística e Informática.

Artículo 3º Los ámbitos de competencia de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática son:

a. Del Sistema Nacional de Estadística
   Los levantamientos censales, estadísticas contínuas, las encuestas por muestreo, las estadísticas de población, los indicadores e índices en general, las cuentas nacionales y regionales, los esquemas macroestadísticos, análisis e investigación. Corresponde a éste las tareas técnicas y científicas que se desarrollan con fines de cuantificar y proyectar los hechos económicos y sociales para producir las estadísticas oficiales del país.