



Año del Bicentenario del Nacimiento del Libertador Simón Bolívar

PN-ABC - 0074 6043

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS EN EL PERÚ

Resultados de la Primera Encuesta

Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos

1981

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA



WASHINGHOUSE HEALTH SYSTEM



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

**INSTITUTO NACIONAL
DE ESTADÍSTICA**

Dra. Graciela Fernández Baca de Valdez
Jefe

Dr. Eduardo Mostajo Turner
Director Técnico

Dem Yolanda Céspedes Ascencio
Directora General de Demografía

LEY DEL SISTEMA ESTADÍSTICO NACIONAL

Decreto Ley N° 21372

Artículo 1°- Establécese el Sistema Estadístico Nacional - SEN -, con la finalidad de asegurar que las actividades estadísticas oficiales se desarrollen en forma integrada, coordinada, racionalizada y bajo una normatividad común.

Artículo 4°- El SEN está conformado por : a - El Instituto Nacional de Estadística - INE; b - Las Oficinas Sectoriales de Estadística y demás Oficinas de Estadística de los Ministerios y las Oficinas de Estadística de los Organismos cuyos jefes tienen rango de Ministro, excepto las de la Fuerza Armada; c - Las Oficinas de Estadística de los Organismos Públicos descentralizados; y d.- Las Oficinas de Estadística de los Gobiernos Locales.

Artículo 5°- En el SFN la actividad técnico - normativa será efectuada por el INE y la actividad operativa se efectuará por las Oficinas de Estadística integrantes del Sistema.

Artículo 9°- Inc g - Centralizar la elaboración de los sistemas de cuentas y ejecutar las actividades estadísticas que no puedan ser realizadas por las Oficinas de Estadísticas inte? antes del SEN.

Artículo 13°- El INE es el Organismo Público Descentralizado vinculado a la Presidencia de la República, directamente dependiente del Primer Ministro, encargado de planear, dirigir, coordinar y supervisar las actividades estadísticas del Sistema.

**ASPECTOS DEMOGRAFICOS
Y
PREVALENCIA
DE ANTICONCEPTIVOS
EN EL PERU**

Resultados de la Primera Encuesta
Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos

1981

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

JEFE

Dra. GRACIELA FERNANDEZ BACA DE VALDEZ

**Av. 28 de Julio - 1056
Lima-Perú**

**MINISTERIO DE SALUD DEL PERU
DIRECCION GENERAL DE ATENCION A LAS
PERSONAS**

Director General

Dr. LUIS SOBREVILLA ALCAZAR

**Av. Salaverry s/n
Lima - Perú**

WESTINGHOUSE HEALTH SYSTEMS

Director

Dr. LAWRENCE SMITH

**P.O. Box - 866, Columbia
Maryland - 21044, U.S.A.**

**PREPARADO POR: Dirección General de Demografía
Composición e Impresión en los Talleres de la Oficina de Comunicación,
Información e Impresiones
Edición de 800 ejemplares
Domicilio, Redacción y Talleres: Av. 28 de Julio N°1056
LIMA - PERU
Mayo 1983
787-83-OCII-INE**

PRESENTACION

El Instituto Nacional de Estadística (INE) firmó un convenio con el Ministerio de Salud y la Westinghouse Health Systems (WHS), para realizar en el país, en 1981, la primera Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (ENPA).

Esta investigación forma parte del programa internacional de Encuestas de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos que la WHS está promoviendo con el aporte financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional.

La ENPA, además de investigar sobre la situación actual de la práctica anticonceptiva, recogió información acerca de los niveles recientes de la fecundidad y de la mortalidad, variables que determinan el crecimiento de la población peruana y sobre algunos aspectos relacionados con la atención de la salud materno-infantil. En esta encuesta por muestreo se entrevistó a mujeres en edad fértil.

En esta ocasión, el INE presenta resultados de la ENPA referentes a: características generales de las entrevistadas; niveles de fecundidad y mortalidad; intenciones reproductivas; atención materno-infantil; conocimiento, uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos.

Se presentan también los antecedentes de la investigación, su metodología y un anexo con los cuestionarios utilizados en la entrevista.

Conviene señalar que este documento constituye sólo un primer análisis de los resultados de la Encuesta. Ha primado en su publicación el ánimo de difundir oportunamente la información recogida a fin de que pueda ser tomada en cuenta en los planes de desarrollo para el corto plazo. Se espera que sea especialmente útil a fin de orientar y evaluar con mejor criterio las actividades en el campo de la salud y de la planificación familiar.

La conducción de la ENPA estuvo a cargo de la Dirección General de Demografía del INE. El agradecimiento de la Jefatura al personal de dicha Dirección que participó con eficiencia y responsabilidad en todas y cada una de las etapas de la investigación, principalmente a su Directora General demógrafa Yolanda Céspedes Ascencio, a la demógrafa Teodora Morales de Díaz, Directora Adjunta de la Encuesta y al Investigador Principal sociólogo Rubén Durand. Asimismo el reconocimiento a la antropóloga Elsa Alcántara de Samaniego, representante de la Dirección General de Atención a las Personas del Ministerio de Salud, por su acertada participación y colaboración, al estadístico Jorge Bernedo, quien diseñó la muestra de la encuesta y a la demógrafa Delicia Ferrando por su valiosa colaboración en la fase del análisis de los datos.

Mención especial merece el eficiente trabajo realizado por el personal de entrevistadoras, supervisoras y auxiliares de muestreo quienes actuaron con verdadera dedicación, visitando cerca de siete mil hogares en nuestro difícil y accidentado territorio.

Un reconocimiento especial a la WHS por el valioso apoyo de su Director señor Lawrence Smith, y a sus técnicos; señor Alfredo Aliaga, por su participación en el diseño de la muestra; señora Jane Cushing, en el procesamiento automático de la información y muy en particular nuestro sincero agradecimiento al señor Sushil Kumar por su acertada asesoría y valiosas sugerencias en las diferentes etapas de la encuesta.

El agradecimiento del INE por la colaboración desinteresada que han prestado las mujeres entrevistadas, quienes con notable sinceridad y dedicando parte de su valioso tiempo informaron sobre cada una de las preguntas del cuestionario.

Finalmente a la Agencia para el Desarrollo Internacional el agradecimiento por su ayuda financiera.

Graciela H. B. de Valdez
Dra. Graciela Fernández Baca de Valdez
JEFE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

d

INDICE

	<u>Página</u>
PRESENTACION	
CAPITULO I: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO. Yolanda Céspedes A.	3
1.1 <u>Características Generales del País</u>	5
1.1.1 Aspectos geográficos	5
1.1.2 Distribución espacial de la población	6
1.2 <u>Política de Población y Planificación Familiar</u>	10
CAPITULO II: ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA ENCUESTA. Rubén Durand y Jorge Bernedo	15
2.1 <u>Organización</u>	16
2.2 <u>Diseño Conceptual de la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos</u>	16
2.3 <u>Instrumentos de Recolección de Datos</u>	16
2.4 <u>La Muestra</u>	18
2.4.1 Características del diseño muestral de la ENPA	18
2.4.2 El marco muestral	18
2.4.3 Unidades muestrales	20
2.4.4 La selección de la muestra	21
2.4.5 Ponderación y expansión	25
2.5 <u>El Trabajo de Campo</u>	28
2.5.1 Personal	28
2.5.2 Encuesta piloto	29
2.5.3 Material cartográfico	29
2.5.4 Los documentos de la encuesta	29
2.5.5 Apoyo logístico	30
2.5.6 Marco geográfico	30
2.5.7 El trabajo de campo de la ENPA	31
2.6 <u>Resultados del Trabajo de Campo</u>	31
2.6.1 Incrementos en las direcciones seleccionadas	31
2.6.2 Las pérdidas de direcciones	33
2.6.3 Las tasas de respuesta en las diferentes unidades de selección	33
2.7 <u>Calidad de la Información</u>	37
2.7.1 La crítica y codificación manual	37
2.7.2 La crítica mecanizada	38
2.8 <u>Elaboración de la Información</u>	39

	<u>Página</u>
CAPITULO III: CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS, Rubén Durand	41
3.1 <u>Estructura por Edad de las Mujeres Entrevistadas</u>	42
3.2 <u>Nivel Educativo de las Mujeres Entrevistadas</u>	45
3.3 <u>Condición de Actividad de las Mujeres Entrevistadas e Ingreso Familiar</u>	47
3.4 <u>Estado Conyugal</u>	49
3.5 <u>Exposición al Riesgo de Embarazo</u>	50
RESUMEN	54
CAPITULO IV: FECUNDIDAD, Delicia Ferrando	55
4.1 <u>Resultado de los Embarazos</u>	57
4.2 <u>Estimación del Nivel de Fecundidad Para el Total del País</u>	58
4.2.1 Fecundidad reciente	58
4.2.2 Fecundidad retrospectiva	65
4.3 <u>Fecundidad Diferencial</u>	67
4.3.1 Areas geográficas	67
4.3.2 Nivel de educación	73
4.3.3 Estado conyugal	73
4.3.4 Condición de actividad económica	74
RESUMEN	75
CAPITULO V: INTENCIONES REPRODUCTIVAS, Teodora Morales	77
5.1 <u>Mecanismo de Medición</u>	78
5.2 <u>El Deseo de Continuar o Cesar la Procreación</u>	79
5.2.1 El deseo de no tener más hijos	79
5.2.2 El deseo de tener más hijos	81
5.2.3 Demanda no satisfecha	82
5.3 <u>Nivel de la Fecundidad Deseada</u>	83
5.4 <u>Nivel de la Fecundidad No Deseada</u>	86
RESUMEN	86

CAPITULO VI: CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Elsa Alcántara	88
6.1 <u>Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres Alguna Vez Unidas</u>	89
6.2 <u>Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres Actualmente Unidas</u>	90
6.3 <u>Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de Todas las Mujeres en Edad Fértil</u>	91
6.3.1 Tipo de métodos conocidos (modernos y tradicionales)	91
6.3.2 Nivel de conocimiento	93
6.3.3 Índice de conocimiento	95
6.3.4 Diferenciales en el conocimiento de métodos anticonceptivos	96
RESUMEN	99
CAPITULO VII: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. Elsa Alcántara	100
7.1 <u>Experiencia y Prevalencia Anticonceptivas en las Mujeres en Edad Fértil</u>	100
7.1.1 Según áreas urbana y rural	101
7.1.2 Según estado conyugal	102
7.1.3 Razones por las que no se usan anticonceptivos	103
7.2 <u>Experiencia Anticonceptiva de las Mujeres Alguna Vez Unidas, Según la ENAF y la ENPA</u>	104
7.3 <u>Experiencia y Prevalencia Anticonceptivas de las Mujeres en Unión Actual</u>	107
7.3.1 Diferencias en la prevalencia anticonceptiva	108
7.3.2 Tipo de método usado	110
7.3.3 Espaciamiento o limitación de hijos	112
7.4 <u>Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo y Uso de Anticonceptivos</u>	113
7.4.1 Diferenciales del uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres expuestas, según las áreas urbana y rural y regiones de planificación	113
7.4.2 Diferenciales en el uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres expuestas, según edad y número de hijos	114

g

	<u>Página</u>
7.5 <u>Actitudes y Opiniones de las Mujeres Respecto al Uso de Métodos Anticonceptivos</u>	115
7.5.1 Opinión sobre el uso de anticonceptivos	116
7.5.2 Continuidad en el uso de métodos anti - conceptivos y problemas que derivan de su uso	117
7.5.3 Insatisfacción con el método usado o deseo de cambiarlo por otro	119
7.5.4 Métodos que preferirían usar	120
7.5.5 Métodos que preferirían usar en el futu ro las mujeres que no los usan	122
7.6 <u>Relación Entre la Anticoncepción y el Deseo de Tener Más Hijos en la ENAF y la ENPA</u>	122
7.6.1 Conocimiento de métodos y deseos de te ner más hijos	123
7.6.2 Uso de métodos y deseos de tener más hi jos	123
7.6.3 Demanda no satisfecha de métodos anti - conceptivos	125
7.6.4 Demanda futura no satisfecha de las mu jeres embarazadas	127
RESUMEN	129
CAPITULO VIII: DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICON - CEPTIVOS, Elsa Alcántara	130
8.1 <u>Lugares en los que las Usuarías de Métodos Mo dernos Obtienen los Anticonceptivos</u>	132
8.2 <u>Lugares de Obtención de Cada Método Moderno</u>	134
8.3 <u>Accesibilidad a los Servicios de Planificación Familiar</u>	134
8.3.1 Tiempo de traslado al lugar de obten ción	135
8.3.2 Medios de transporte	135
8.3.3 Dificultades para llegar al lugar de obtención	136
8.3.4 Horarios preferidos	136
8.4 <u>Percepción de la Accesibilidad por las que No Usan Métodos Modernos</u>	137
8.5 <u>Lugares Donde Obtendrían Anticonceptivos las Mujeres que No los Usan</u>	139
8.6 <u>Conocimiento Efectivo de Métodos Modernos En tre las Mujeres Actualmente Unidas</u>	141
RESUMEN	141

lu

	<u>Página</u>
CAPITULO IX: MORTALIDAD. Delicia Ferrando	143
9.1 <u>Mortalidad en los Primeros Años de Vida</u>	145
9.2 <u>Mortalidad Adulta</u>	152
9.2.1 Orfandad	152
9.2.2 Viudez	153
9.2.3 Análisis de los resultados	153
9.3 <u>Mortalidad Diferencial por Areas</u>	160
RESUMEN	164
CAPITULO X: UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA E INFANTIL . Elsa Alcántara	166
10.1: <u>Atención Pre-Natal</u>	166
10.2: <u>Atención del Ultimo Parto o Pérdida</u>	169
10.3: <u>Lugar de Atención del Ultimo Parto o Pérdida y Educación de la Madre</u>	171
10.4: <u>Relación Entre la Utilización de los Servicios de Control Pre-Natal y de Atención del Parto o Pérdida</u>	172
10.5: <u>El Control Pre-Natal en Relación a la Mortalidad Fetal</u>	173
10.6: <u>Control Pre-Natal y Atención del Parto en Relación a la Mortalidad Infantil</u>	175
10.7: <u>Tiempo Transcurrido Desde el Ultimo Nacimiento y Lugar de Atención del Parto</u>	176
10.8: <u>Atención del Niño en Su Primer Año de Vida</u>	177
RESUMEN	178
ANEXOS	
ANEXO 1, ERRORES MUESTRALES	180
ANEXO 2, CUESTIONARIOS DE LA ENCUESTA	183
BIBLIOGRAFIA	213

INDICE DE CUADROS

Página

CAPITULO I

CUADRO 1.1:	Tasas de Crecimiento Medio Anual de la Población Total.	10
CUADRO 1.2:	Número Estimado de Usuarías y de Insumos por Método Anticonceptivo, Según Programación del Ministerio de Salud para 1981 (en Miles).	13
CUADRO 1.3:	Distribución de Anticonceptivos a las Regiones de Salud 1978-1981 (en Miles).	13

CAPITULO II

CUADRO 2.1:	Número de UPM'S Seleccionadas por Categoría de Representación, Según Regiones de Planificación.	22
CUADRO 2.2:	Número de USM'S y Viviendas Seleccionadas por Areas Urbana y Rural, Según Regiones de Planificación y Categorías de Representación.	25
CUADRO 2.3:	Tipo de Vivienda en el Area Urbana por Resultado Muestral, Según Dominio.	32
CUADRO 2.4:	Distribución Porcentual de las Viviendas Seleccionadas por Entrevista, Según Regiones.	34
CUADRO 2.5:	Resultado de la Encuesta, por Dominio	36

CAPITULO III

CUADRO 3.1:	Distribución Porcentual de la Población del País por Sexo, Según Grupos de Edades.	41
CUADRO 3.2:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años, Según Areas Urbana y Rural, Regiones Naturales y Regiones de Planificación.	42
CUADRO 3.3:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años, Según Grupos de Edades.	43
CUADRO 3.4:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años por Grupos de Edades, Según Areas Urbana y Rural y Regiones Naturales.	43

Página

CUADRO 3.5:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años, por Nivel Educativo, Según Grupos de Edades, Regiones Naturales y Areas Urbana y Rural.	45
CUADRO 3.6:	Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Unidas por Nivel Educativo del Conyuge.	47
CUADRO 3.7:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años, por Condición de Actividad, Según Grupos de Edades y Areas Urbana y Rural.	48
CUADRO 3.8:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años por Ingresos Familiares, Según Areas Urbana y Rural y Regiones Naturales.	48
CUADRO 3.9:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años por Estado Conyugal, Según Areas Urbana y Rural y Regiones Naturales.	49
CUADRO 3.10:	Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Unidas por Exposición al Riesgo de Embarazo, Según Algunas Características Demográficas y Sociales.	50

CAPITULO IV

CUADRO 4.1:	Tasa Bruta de Natalidad (TBN) y Tasa Global de Fecundidad (TGF) para Distintos Años del Período 1940-81, Según Diversas Fuentes.	56
CUADRO 4.2:	Distribución Porcentual de los Embarazos y Promedio de Embarazos por Entrevistada, Según Resultados de los mismos por Areas Urbana y Rural.	58
CUADRO 4.3:	Aplicación del Método de Brass (P/F) para Estimar la Fecundidad (Todos los Nacimientos).	60
CUADRO 4.4:	Aplicación del Método de Brass (P/F) para Estimar la Fecundidad (Primeros Nacimientos).	62
CUADRO 4.5:	Tasas de Fecundidad por Edad Ajustadas con un Factor (P/F) de Primeros Nacimientos.	65

CUADRO 4.6:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer (P ₁), Según ENAF (1978) y ENPA (1981), por Edad.	66
CUADRO 4.7:	Lima Metropolitana, Tasas de Fecundidad - por Edad y Distribución Porcentual de las Tasas, Según ENAF y ENPA.	67
CUADRO 4.8:	Distribución Porcentual de las Tasas de Fecundidad por Edad, Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción, Según Areas Urbana y Rural y Regiones Naturales ENPA.	69
CUADRO 4.9:	Distribución Porcentual de las Tasas de Fecundidad por Edad, Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción, Según Areas Urbana y Rural, y Regiones Naturales ENAF.	70
CUADRO 4.10:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer P ₁ por Edad, Según Areas y Regiones Naturales.	71
CUADRO 4.11:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer Según Nivel de Educación, por Edad.	73
CUADRO 4.12:	Promedio de Hijos por Mujer, Según Estado Conyugal, por Edad.	74
CUADRO 4.13:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer Según Condición de Actividad, por Edad.	75

CAPITULO V

CUADRO 5.1:	Distribución de las Mujeres Actualmente Unidas, Según Intenciones Reproductivas.	79
CUADRO 5.2:	Porcentaje de Mujeres Alguna Vez Unidas que No Desean Tener Más Hijos, por Regiones de Planificación y Número de Hijos Nacidos Vivos.	80
CUADRO 5.3:	Distribución de las Mujeres Expuestas Según Intenciones Reproductivas.	81
CUADRO 5.4:	Promedio de Hijos Deseados por las MEF y Promedio de Hijos no Deseados por las Mujeres que no Desean Tener más Hijos	84
CUADRO 5.5:	Promedio de Hijos Deseados por MEF, Según Regiones de Planificación y Estado Conyugal	85

CAPITULO VI

CUADRO 6.1:	Porcentaje de Mujeres Alguna Vez Unidas que Conocen Métodos Anticonceptivos, Según Datos de Varias Encuestas.	89
CUADRO 6.2:	Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que Conocen por lo Menos Un Método Anticonceptivo, Según Número de Hijos Vivos en Areas Urbana y Rural.	91

L

CUADRO 6.3:	Porcentaje de Mujeres de 15-49 Años que Conocen Cada Uno de los Métodos, Según Tipo en Areas Urbana y Rural.	92
CUADRO 6.4:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años, Según Nivel de Conocimiento por Areas Urbana y Rural.	93
CUADRO 6.5:	Promedio de Métodos Conocidos (Toldos y Modernos) por las Mujeres de 15-49 Años y por las Mujeres Actualmente Unidas, Según Areas Urbana y Rural y Grupo de Edades.	95
CUADRO 6.6:	Porcentaje de Mujeres de 15-49 Años que Conocen por lo Menos un Método Anticonceptivo, Según Características Demográficas y Socio-Económicas en Areas Urbana y Rural.	98
 <u>CAPITULO VII</u> 		
CUADRO 7.1:	Porcentaje de Mujeres de 15-49 Años que Usan Actualmente y/o han usado Alguna Vez Métodos Anticonceptivos, Según Areas Urbana y Rural y Estado Conyugal.	101
CUADRO 7.2:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años de Acuerdo a las Razones por las que No Usa Métodos Anticonceptivos, Según Areas Urbana y Rural.	103
CUADRO 7.3:	Porcentaje de Mujeres Alguna Vez Métodos Anticonceptivos, Según Características.	106
CUADRO 7.4:	Porcentaje de Usuarias y Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas, que Usan Algún Método Anticonceptivo, Según Características Socio-Económicas.	109
CUADRO 7.5:	Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas que Usan Métodos Anticonceptivos, Según Número de Hijos y Tipo de Método.	110
CUADRO 7.6:	Porcentaje de Mujeres Actualmente Unidas y Usuarias y Distribución Porcentual Entre Quienes Desean Españar o Limitar el Número de Hijos, Según Area y Tipo de Método Actualmente Usado.	112

M

CUADRO 7.7:	Porcentaje de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo que Usan Métodos, Según Areas Urbana y Rural en las Regiones de Planificación.	113
CUADRO 7.8:	Porcentaje de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo que Usan Anticonceptivos y Distribución Porcentual de Usuarías de Métodos Modernos y Tradicionales, Según Edad de la Madre y Número de Hijos.	115
CUADRO 7.9:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años que Conocen Métodos por Opinión Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos, Según Algunas Características Socio-Económicas y de Uso de Anticonceptivos.	117
CUADRO 7.10:	Razones de Abandono Temporal del Uso del Método por Más de Un Mes, Según el Tipo de Método Usado.	118
CUADRO 7.11:	Porcentaje de Usuarías Actualmente Unidas que Prefieren Cambiar el Método que Están Usando por Otro, Según Areas Urbana y Rural y Método Anticonceptivo Usado.	119
CUADRO 7.12:	Método Preferido por las Usuarías Actualmente Unidas que Desean Cambiar de Método, Según Método Usado.	120
CUADRO 7.13:	Distribución Porcentual de Todas las Mujeres de 15-49 Años y Mujeres Actualmente Unidas No Usuarías por Método que Preferirían Usar en el Futuro, Según Areas Urbana y Rural.	121
CUADRO 7.14:	Porcentaje de Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo por Conocimiento y Uso de Anticonceptivos y Deseos de Tener Más Hijos, Según Resultados de la ENAF y la ENPA.	122
CUADRO 7.15:	Demanda No Satisfecha de las Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo.	
CUADRO 7.16:	Demanda Futura No Satisfecha de las Mujeres Actualmente Unidas y Embarazadas.	125

N

CAPITULO VIII

CUADRO 8.1:	Distribución Porcentual de Usuarías de Métodos Modernos por Sector y Lugar de Obtención del Método Anticonceptivo , en Areas Urbana y Rural.	130
CUADRO 8.2:	Distribución Porcentual de las Usuarías de Métodos Modernos, Según Método Es <u>pe</u> cífico por Sector de Obtención.	132
CUADRO 8.3:	Indicadores de Accesibilidad para las Usuarías de Métodos Modernos, Según Areas Urbana y Rural.	134
CUADRO 8.4:	Indicadores de Accesibilidad Percibida por las No Usuarías para Obtener Méto <u>do</u> s Anticonceptivos en Algunos Lugares Seleccionados.	136
CUADRO 8.5:	Porcentaje de Mujeres No Usuarías y Fé <u>er</u> tiles que Conocen Métodos Modernos y Lugares de Obtención en Forma Global y Es <u>pe</u> cífica Considerando Cada Método y el Lugar Donde lo Obtendría, en Areas Urbana y Rural.	138
CUADRO 8.6:	Promedio del Índice de Conocimiento Efectivo de Métodos Anticonceptivos que Requieren Abastecimiento de las Muje <u>res</u> Actualmente Unidas y Fé <u>er</u> tiles Según Algunas Características Demográficas y Socio-Económicas.	140

CAPITULO IX

CUADRO 9.1:	Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y Esperanza de Vida al Nacer (e) para Distintos Años del Período 1876-1981, Según Diversas Fuentes.	144
CUADRO 9.2:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos y de Hijos Sobrevivientes y Porcentaje de Hijos Sobrevivientes Según Edad de la Mujer.	147
CUADRO 9.3:	Aplicación de las Técnicas de Sullivan y Trussell para Estimar la Mortalidad en los Primeros Años de Vida.	148
CUADRO 9.4:	Aplicación de la Técnica de Feeney para Estimar la Mortalidad Infantil.	149
CUADRO 9.5:	Estimaciones de la Mortalidad en la Niñez Mediante la Técnica de Trussell a Partir de los Datos de la EDEN, ENAF y ENPA.	151

CUADRO 9.6:	Proporción de Población (por Mil) por Grupos de Edades, Según Condición de Orfandad de Madre, de Padre y de Viudez del Primer Conyuge ENPA.	154
CUADRO 9.7:	Esperanza de Vida al Nacer por Edad Según las Técnicas de Orfandad y Viudez, Período 1965-1981.	155
CUADRO 9.8:	Esperanza de Vida al Nacer, por Sexo para Distintos Años del Período 1959-1981, Según los Datos de la EDEN-ENAF y ENPA.	158
CUADRO 9.9:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos y de Hijos Sobrevivientes y Porcentaje de Hijos Sobrevivientes, Según Edad de la Mujer, por Areas.	160
CUADRO 9.10:	Aplicación de la Técnica de Trussell, Para Estimar la Mortalidad Infantil, por Areas, Según la EDEN-ENAF y ENPA.	161
CUADRO 9.11:	Esperanza de Vida al Nacer por Areas, Según las Técnicas de Orfandad de Padre y de Madre Para el Período 1965-1977 ENPA 1981.	163

CAPITULO X

CUADRO 10.1:	Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años que Han Terminado Su Ultimo Embarazo por Indicadores de Atención Pre-Natal, Según Areas Urbana y Rural y Comparación con ENAF.	167
CUADRO 10.2:	Distribución Porcentual de las Mujeres que Han Tenido al Menos Un Embarazo, por Areas Urbana y Rural, Según Atención en el Ultimo Parto o Pérdida y Comparación con ENAF.	170
CUADRO 10.3:	Distribución Porcentual de las Mujeres que Han Tenido al Menos Un Embarazo, por Lugar de Atención del Ultimo Parto o Pérdida Según Educación de la Madre en Comparación con ENAF.	171
CUADRO 10.4:	Distribución Porcentual de Mujeres que Han Tenido Algún Parto en los Tres Ultimos Años, por Lugar de Control Pre-Natal y Parto, Según Areas Urbana y Rural.	172

CUADRO 10.5:	Resultado del Ultimo Embarazo en los Tres Ultimos Años Según Control Pre-Natal y Areas Urbana y Rural.	174
CUADRO 10.6:	Sobrevivencia del Ultimo Nacido (en los Tres Ultimos Años), Según Control Pre-Natal, Lugar de Atención del Parto y Areas Urbana y Rural.	175
CUADRO 10.7:	Distribución Porcentual de las Mujeres que Han Tenido por lo Menos Un Hijo Nacido Vivo, Según Lugar de Atención del Ultimo Parto y Tiempo Transcurrido Desde el Ultimo Nacimiento.	177
CUADRO 10.8:	Porcentaje de Madres que Hicieron Vacunar a Su Ultimo Hijo en Su Primer Año de Vida, Según Tiempo Transcurrido Desde el Nacimiento, Areas Urbana y Rural y Regiones de Planificación.	178

INDICE DE GRAFICOS

	<u>Página</u>
<u>CAPITULO I</u>	
GRAFICO 1.1: Mapa de América del Sur	6
GRAFICO 1.2: Regiones Naturales	8
GRAFICO 1.3: Regiones de Planificación del Perú	9
<u>CAPITULO II</u>	
GRAFICO 2.1: Lugares Seleccionados para la Muestra de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos.	23
<u>CAPITULO III</u>	
GRAFICO 3.1: Distribución Porcentual de las Mujeres de 15-49 Años por Regiones Naturales, Según Edad.	44
GRAFICO 3.2: Distribución Porcentual de Mujeres de 15-49 Años, por Educación, Según Areas Urbana y Rural.	46
GRAFICO 3.3: Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Unidas por Exposición al Riesgo de Embarazo y Grupos Quinquenales de Edad.	51
GRAFICO 3.4: Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Unidas por Exposición al Riesgo de Embarazo, Según Número de Hijos Actualmente Vivos.	52
GRAFICO 3.5: Distribución Porcentual de Mujeres Actualmente Unidas por Exposición al Riesgo de Embarazo, Según Estado Conyugal.	53
GRAFICO 3.6: Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Unidas por Exposición al Riesgo de Embarazo, Según Areas Urbana y Rural.	53

CAPITULO IV

GRAFICO 4.1:	Tasas de Fecundidad por Edad, Según la EDEN, ENAF y ENPA.	63
GRAFICO 4.2:	Estructura de la Fecundidad, Según la EDEN, ENAF y ENPA.	64
GRAFICO 4.3:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer, Según Edad de la Madre (ENAF y ENPA)	66
GRAFICO 4.4:	Distribución Relativa de las Tasas de Fecundidad por Edad (Lima Metropolitana).	68
GRAFICO 4.5:	Promedio de Hijos Nacidos Vivos por Mujer, por Edad de la Madre, Según Areas.	72

CAPITULO V

GRAFICO 5.1:	Mujeres en Edad Fértil Expuestas al Riesgo de Embarazo, Según Deseo de Tener o No Más Hijos (1 Millón 745 Mil MEF).	82
GRAFICO 5.2:	Tasas de Natalidad, Tasas de Mortalidad y Tasas de Crecimiento Natural	87

CAPITULO VI

GRAFICO 6.1:	Conocimiento (Total y por Declaración Espontánea) de Cada Uno de los Métodos.	92
GRAFICO 6.2:	Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos, Según Areas Urbana y Rural.	94
GRAFICO 6.3:	Conocimiento de Anticonceptivos, Según Educación e Ingresos Familiares, en Areas Urbana y Rural.	96

CAPITULO VII

GRAFICO 7.1:	Uso de Métodos Anticonceptivos, Según Areas Urbana y Rural.	102
GRAFICO 7.2:	Uso Actual de Métodos, Razones por los que No Se Usan y Método Preferido que Usarían en el Futuro.	107
GRAFICO 7.3:	Uso de Métodos Anticonceptivos, Según Número de Hijos.	111
GRAFICO 7.4:	Demanda No Satisfecha de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo.	124
GRAFICO 7.5:	Mujeres Expuestas al Riesgo de Un Embarazo No Deseado.	126

13

CAPITULO VIII

GRAFICO 8.1: Lugares de Obtención de Métodos Modernos, Según Area de Residencia. 131

GRAFICO 8.2: Métodos Anticonceptivos Modernos, Según Sectores del Lugar de Obtención. 133

CAPITULO IX

GRAFICO 9.1: Mortalidad Infantil en el Período 1967-80, Según la Técnica de Trussell (Modelo Sur de Coale y Demeny). 149

GRAFICO 9.2: Mortalidad Infantil en el Período 1965-81 (Técnica de Feeney). 150

GRAFICO 9.3: Mortalidad Infantil en el Período 1962-81, Según la EDEN, ENAF y ENPA. 151

GRAFICO 9.4: Proporción de Personas con Padre y Madre Sobrevivientes. 155

GRAFICO 9.5: Esperanza de Vida al Nacer (C_0) por Sexo Estimadas Según las Técnicas de Orfandad y Viudez Femenina y Ajustadas para Distintos Años del Período 1965-1981 ENPA 1981. 156

GRAFICO 9.6: Probabilidad de Morir por Sexo 157

GRAFICO 9.7: Esperanza de Vida al Nacer para el Período 1959-81, Según la EDEN, ENAF y ENPA. 159

GRAFICO 9.8: Mortalidad Infantil en el Período 1961-81 por Areas, Según la EDEN, ENAF Y ENPA. 162

CAPITULO X

GRAFICO 10.1: Control Pre-Natal Según Areas Urbana y Rural. 168

SIGNOS CONVENCIONALES

- No existe el fenómeno que se trata o no corresponden valores.
 - 0 La intensidad del fenómeno materia de estudio no alcanza la mitad de la unidad formada como base.
- El fenómeno existe, pero no hay datos suficientes

I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos en el Perú (ENPA) fue conducida por el Instituto Nacional de Estadística (INE), durante 1981, en colaboración con el Ministerio de Salud. Ello fue posible gracias al Convenio tripartito celebrado entre ambos organismos estatales y la Westinghouse Health Systems (WHS), la que viene coordinando la realización de un Programa de Encuestas de Prevalencia de Anticonceptivos en varios países del mundo. En América Latina ya han sido efectuadas en Costa Rica, Colombia, México, Honduras, Nicaragua, en dos estados de Brasil y se encuentra en proceso de realización en Ecuador. Los tres primeros países ya han levantado dos encuestas de este tipo.

La realización de la Encuesta en el Perú obedeció en términos generales a los objetivos del Programa de Encuestas de Prevalencia, entre los que se encuentran: la medición periódica de los niveles del conocimiento, uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos; identificación de los factores que permitan ampliar el conocimiento y uso de tales métodos, y la utilización de los servicios de planificación familiar. A ellos se agregan los objetivos propios del país que se detallan más adelante.

Para cumplir con los objetivos propuestos, la metodología utilizada por la WHS consiste en seleccionar una muestra de hogares, en los que, luego de recoger información sobre algunas características generales de la población, se identifica a las mujeres en edad fértil para aplicarles un cuestionario individual bastante breve y con preguntas sencillas. El propósito es que los resultados de la encuesta puedan ser procesados rápidamente y entregados con la debida oportunidad a los planificadores y usuarios. En la ENPA se incorporaron preguntas sobre: orfandad materna, sobrevivencia de hijos y viudez del primer cónyuge, las que permitieron -mediante el uso de técnicas indirectas- obtener estimaciones de la mortalidad. También se incorporaron preguntas referentes a ingresos familiares mensuales, actividad económica de la mujer y otras relacionadas con los servicios de salud materno-infantil.

Los objetivos nacionales de la Encuesta se pueden sintetizar de la siguiente manera:

Objetivos inmediatos

- a) Obtener un volumen de datos que permitan establecer el conocimiento y uso de anticonceptivos, así como también su disponibilidad actual.
- b) Obtener información acerca de la afinidad entre las características de las poblaciones seleccionadas (la mujer y su familia) y las prácticas de anticoncepción.
- c) Obtener información para enriquecer el conocimiento de niveles recientes de fecundidad y mortalidad en subconjuntos de la población peruana.

Objetivos a largo plazo

- a) Obtener datos sobre la conducta de la población con respecto al uso de anticonceptivos, necesarios para la aplicación de programas de planificación familiar en el país.
- b) Institucionalizar las Encuestas de Prevalencia de Anticonceptivos como un instrumento agregado de evaluación, con el fin de mejorar la eficiencia de los programas de planificación familiar.

El INE ha conducido, en los últimos años, encuestas especializadas para satisfacer las demandas de información sobre el comportamiento de la población peruana. La Encuesta Demográfica Nacional (EDEN) llevada a cabo entre 1974-76 bajo los auspicios del CELADE proporcionó información referente al nivel y estructura de la fecundidad, mortalidad y migración interna. Posteriormente, con la finalidad de indagar acerca de los factores explicativos de tales niveles y estructuras demográficas se llevó a cabo en 1977-78 la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) como parte del Proyecto de la Encuesta Mundial de Fecundidad. Esta encuesta investigó acerca del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, del número deseado de hijos y sobre la atención materno-infantil.

Vale la pena mencionar que a inicios de la década pasada, en el país ya se había investigado sobre la fecundidad y su regulación mediante métodos anticonceptivos. En 1969 se hizo con la Encuesta Nacional de Fecundidad Urbana y Rural (que excluía Lima-Callao) como parte del Programa PECFAL y en 1970 a través de la Encuesta de Aborto Inducido, Conocimiento y Uso de Anticonceptivos en el Área Metropolitana de Lima y Callao 1/ como parte del Programa PEAL, ambas patrocinadas por el CELADE. Dado el poco tiempo transcurrido entre ambas investigaciones, ha sido posible unir sus resultados y obtener indicadores a nivel nacional.

De la comparación de las encuestas PEAL-PECFAL con ENAF se pudo extraer valiosas conclusiones acerca del comportamiento reproductivo de la población. Se constató que la fecundidad peruana había descendido alrededor de un 22 por ciento entre 1969 y 1978, el que puede considerarse notable si se le compara con el 33 por ciento que experimentó Colombia para ese mismo período, con la diferencia que en ese país existió un programa oficial de planificación familiar en tanto que en el Perú no se lograban desarrollar todavía las acciones necesarias para la adecuada implementación de un programa de planificación familiar conducido por el Gobierno.

Otra conclusión importante que se obtuvo fue que a pesar de que el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos había aumentado durante la década transcurrida, sin embargo, el uso de métodos, en particular los considerados eficaces, era aun bajo. Quedó en evidencia el interés de las mujeres peruanas en regular su fecundidad, a pesar de la falta de ayuda y orientación al respecto 2/.

1/ En adelante el Área Metropolitana de Lima y Callao, que incluye las provincias de Lima y Callao, será denominado Lima Metropolitana.

2/ Instituto Nacional de Estadística (INE), Informe General de la ENAF 1977-78, págs. 179-186.

Además se pudo demostrar que el uso de métodos anticonceptivos había tenido influencia en la declinación de la fecundidad observada en este período, y que esa influencia era más pronunciada en el caso de los métodos eficientes. Las mujeres que los usaban al momento de la aplicación de la ENAF mostraron un alargamiento del intervalo genésico abierto y un menor promedio de nacidos vivos en los últimos cinco años ^{3/}

Otro dato interesante se refiere a la actitud de las mujeres frente a la fecundidad. La ENAF reveló que el 57 por ciento de las mujeres unidas y fértiles, al momento de la encuesta, no deseaban tener más hijos.

Estos hallazgos resultaron ser de trascendental importancia, pues significaba por una parte, que la declinación de la fecundidad (más acentuada que la preñata) no se debió al efecto de los programas de planificación familiar sino a la regulación espontánea de su fecundidad por parte de las mujeres a través de diversos procedimientos, dentro de los cuales el uso de anticonceptivos ocupó un lugar importante. Por otra parte, quedó de manifiesto que existía una actitud favorable por parte de las mujeres hacia la planificación familiar, circunstancia que ayudó grandemente a la difícil tarea de implementar un programa oficial al respecto con suficiente cobertura para satisfacer la necesidad de las mujeres peruanas.

Obviamente, la buena marcha de un programa de planificación familiar requiere de información actualizada sobre los niveles y tendencias recientes de la fecundidad y la mortalidad, sobre la conducta de las mujeres respecto al uso de métodos y sus intenciones reproductivas, y también información complementaria acerca de la disponibilidad de tales métodos, es decir, se necesita saber cual es el grado de conocimiento de las mujeres acerca de los lugares de abastecimiento de métodos, en qué medida están siendo utilizados y cuál es el nivel de accesibilidad que tienen hacia ellos. La ENPA, por primera vez, dará luces respecto a estas estadísticas.

Al mismo tiempo la ENPA brindará información más completa que las proporcionadas por ENAF sobre aspectos relacionados con la utilización y acceso a los servicios de atención materno-infantil, la que es de vital importancia considerarla para la formulación de los planes del sector salud y evaluación de los programas de planificación familiar.

1.1 Características Generales del País

1.1.1 Aspectos geográficos

El Perú se encuentra ubicado en la región centroccidental de América del Sur (Gráfico 1.1). Limita con cinco países: Ecuador y Colombia por el norte, Brasil y Bolivia por el este y Chile por el Sur. Al oeste se halla su mar territorial, en el Océano Pacífico, hasta una distancia de 200 millas. Incluyendo las islas costeras y la parte que le corresponde del Lago Titicaca tiene una superficie de 1'285,316 Km² repartidos en 24 departamentos y una provincia constitucional, es el tercer país más extenso de sudamérica después de Brasil y Argentina y con algo más de 18 millones 200 mil habitantes estimados para mediados de 1982 ocupa el cuarto lugar respecto a su importancia demográfica.

^{3/} Suárez, Flor, TENDENCIAS REGIONALES DEL CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS 1959-77 Y SU RELACION CON LA FECUNDIDAD, Lima, INE, (en impresión).

GRAFICO 1.1: MAPA DE AMERICA DEL SUR



Por estar situado en la zona tropical, su clima debería ser mayormente cálido y húmedo, pero la influencia de fenómenos geográficos diversos como la altura, la Cordillera de los Andes y la corriente marina fría, entre otros, determinan un clima variado entre las regiones naturales: Costa, Sierra y Selva y en las distintas zonas geomorfológicas del país.

1.1.2 Distribución espacial de la población

La división del territorio peruano según áreas urbana y rural, regiones naturales o ecológicas y regiones de planificación revela, no sólo las más variadas condiciones topográficas y climatológicas, sino además, profundas desigualdades en los niveles de vida y en las oportunidades de tipo económico, cultural y social que cada región ofrece a su población 4/.

4/ INE, Boletín de Análisis Demográfico N° 22, págs. 5 al 11.

Estos criterios de diferenciación de la población entrevistada, serán utilizados en los capítulos posteriores para analizar las variaciones existentes en fecundidad, mortalidad, ideales reproductivos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y en otros temas investigados en la Encuesta.

A continuación se describe muy brevemente cómo varía la distribución espacial según cada uno de los criterios mencionados.

a) Áreas urbana y rural

Las definiciones de urbano y rural, adoptados en la encuesta, coinciden con los utilizados en el Censo Nacional de 1981 5/.

El rápido aumento de la proporción de población urbana y la disminución constante de la proporción que reside en el área rural, constituye una de las notas más saltantes del crecimiento de la población peruana. Este proceso de urbanización se ha intensificado en el país, en las tres últimas décadas, debido principalmente al efecto de las migraciones internas.

La urbanización no se ha dado homogéneamente en las unidades administrativas que conforman el país; la población procedente del campo ha preferido dirigirse a los departamentos costeros y dentro de éstos a las ciudades que han alcanzado determinado nivel de desarrollo económico, social y cultural, en especial se ha dirigido a Lima Metropolitana. Esta área, cuya población representa el 27 por ciento del total del país (más de cinco millones de habitantes), incluye la capital de la república y al primer puerto del país, y es también el centro político administrativo por excelencia que concentra la mayor parte de las actividades económicas, industriales, comerciales y de servicios.

Lima Metropolitana destaca dentro de la jerarquización urbana y para fines de análisis estadístico se acostumbra presentarla independientemente del resto urbano.

Conviene señalar también tres puntos, que entre otros, expresan la diferencia entre lo urbano y lo rural en el país; primero, la población urbana tiene mayor acceso que la rural a los servicios de salud y educación, y en general cuenta con más servicios básicos; segundo, existe una diferencia en la relación instrucción-información en los individuos que conforman una u otra población, ya que con similares niveles de instrucción un habitante urbano cuenta con un mayor número de fuentes y canales de información; finalmente, en las áreas urbanas la población está sujeta a un mayor dinamismo de las pautas de comportamiento, más aún cuando, por efecto de la migración se produce una mixtura de concepciones culturales y patrones de conducta.

5/ Véase el capítulo de Metodología del presente informe, punto 2.4.2.

GRAFICO 1.2: REGIONES NATURALES

b) Regiones naturales

Los patrones de asentamiento de la población peruana están vinculados en mayor y menor grado a las condiciones geográficas y a las características topográficas de su territorio. La conjunción entre el territorio, la población (a menudo con diferencias culturales) y los acontecimientos históricos ha dado lugar a tres grandes grupos de población que corresponden a las tres regiones Costa, Sierra y Selva (Gráfico 1.2).



La Costa, franja estrecha y predominantemente árida, es el margen continental marítimo que se extiende hasta los 2,000 metros de altitud, albergada a más de la mitad de la población del país y a la mayor parte de la población urbana, incluyendo la de Lima Metropolitana. También concentra el 80 por ciento de las actividades industriales, así como una gran proporción de la infraestructura de los servicios sociales.

La Sierra, región predominantemente montañosa se extiende entre el límite superior de la Costa y los 2,000 metros de altitud del flanco oriental de la Cordillera de los Andes. Esta región que a inicios de la década de los años cuarenta concentra al 65 por ciento de la población, actualmente sólo alberga al 39 por ciento debido principalmente a la emigración de sus pobladores hacia la Costa. En la segunda región más extensa y poblada del país. Tradicional y eminentemente agrícola y minera, es la región de más bajo nivel de desarrollo económico y social, aunque al interior de ella existan ciudades como Arequipa, Cuzco, Huancayo, Cajamarca y Puno que han alcanzado cierto florecimiento.

Finalmente, la Selva es la región tropical de los grandes ríos amazónicos que se extiende desde los límites de la Sierra en las estribaciones de las cordilleras central y oriental hacia el este del país. Es la más extensa, con una superficie equivalente al 57 por ciento de la extensión territorial peruana.

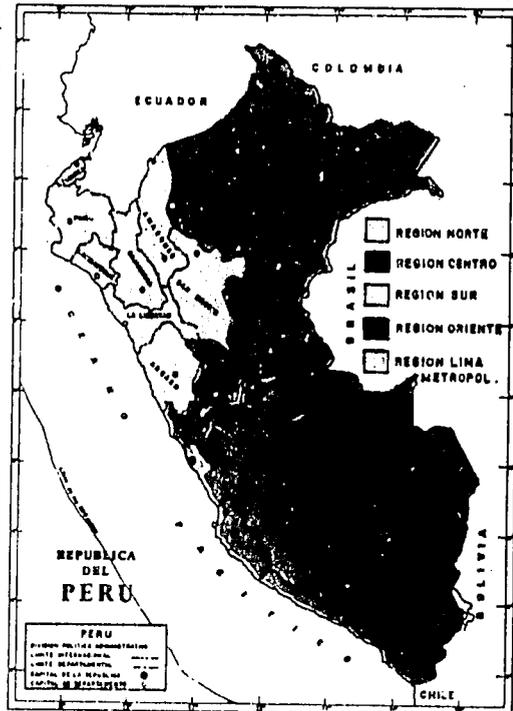
Sin embargo es la menos poblada, pues concentra tan sólo al 11 por ciento de la población total. Gran parte de sus habitantes residen en muchos centros dispersos ubicados a lo largo de los ríos y, frecuentemente, con difícil acceso. Presenta bajo desarrollo económico y social, a pesar del auge producido por el petróleo de la selva.

GRAFICO 1.3: REGIONES DE PLANIFICACION

c) Regiones de planificación

A diferencia de las regiones naturales de nuestro país que se distinguen por sus diferentes características ecológicas que presentan, y de las áreas urbana y rural que se han configurado históricamente, la regionalización económico-administrativa del Perú, ha inspirado muchos proyectos, aunque solamente algunos de ellos han sido aplicados a la realidad.

Un intento de regionalización del país se efectuó la década pasada, dando lugar a la configuración de cinco regiones: Lima Metropolitana, norte, centro, sur y oriente (Gráfico 1.3).



Entre los criterios de regionalización expuestos, que la ENPA utilizó para la estratificación de la población, este último es el menos significativo porque incluye agregados de población sin articulaciones básicas permanentes y atiende más bien a un criterio administrativo. No obstante, en la medida en que dio lugar al diseño de políticas públicas y a la recolección, elaboración y análisis de datos estadísticos, es un criterio a tener en consideración esencialmente con fines comparativos.

La región norte concentra aproximadamente el 31.2 por ciento de la población del país. En general se caracteriza por su gran dinamismo, debido principalmente a la agricultura intensiva de la Costa, a las actividades vinculadas a la extracción y procesamiento de hidrocarburos y a las áreas urbanas que contiene, destacando entre estas últimas, la ciudad de Trujillo, tercera del país en importancia demográfica.

El centro, que alberga al 19.8 del total nacional, está conformado por el Departamento de Lima (excepto la provincia de Lima) y los departamentos adyacentes hacia el sur y el este. Es una región heterogénea que comprende algunas zonas de gran dinamismo, debido a la presencia de actividades mineras y

otras de escaso desarrollo y predominantemente agrícolas. En esta región se ubica la Ciudad de Huancayo, de intensa actividad comercial.

El sur está constituido por los departamentos de Arequipa, Apurímac, Cuzco, Madre de Dios y los restantes hacia la frontera del sur. Región de gran heterogeneidad, comprende una zona adyacente al litoral y otra predominantemente altiplánica, de menor nivel socio-económico. Incluye en total el 17.8 por ciento de la población nacional.

Finalmente, el oriente comprende a los departamentos amazónicos de Loreto, Ucayali y la Provincia de Pachitea del Departamento de Huánuco; incluye aproximadamente el 4.1 por ciento de la población total del país.

1.2 Política de Población y Planificación Familiar

A partir de la década del 40 la población del Perú ha experimentado cambios sustanciales que se han manifestado principalmente en un crecimiento acelerado (Cuadro 1.1).

CUADRO 1.1: TASAS DE CRECIMIENTO
MEDIO ANUAL DE LA
POBLACION TOTAL

<u>PERIODO INTERCENSAL</u>	<u>TASA (%)</u>
1940-1961	2.2
1961-1972	2.9
1972-1981	2.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, "Perú, Algunas Características de la Población", Boletín Especial No. 6, Octubre, 1981.

Dicho crecimiento estuvo basado en una reducción de la mortalidad (debido a la aplicación de medidas protectoras de la salud) frente a una declinación menos acentuada de la fecundidad.

Estos cambios en la población del país fueron percibidos aunque desde diferentes puntos de vista del problema, con preocupación. Por tal razón, para estudiar el curso de la población del país el Gobierno Peruano creó en 1964 en el seno de la Dirección Nacional de Estadística (hoy INE) una Unidad de Análisis Demográfico (hoy Dirección General de Demografía). Simultáneamente se iniciaron programas experimentales de "planificación familiar" que tuvieron su mayor auge en la segunda mitad de la década de los 60.

A lo anterior se añadió una rápida urbanización de la población como resultado del acentuado proceso de migración interna.

La planificación familiar fue concebida como acción de salud e impulsó algunos programas destinados a facilitar el acceso de la población al conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, pero fueron interrumpidos en 1969 por el Gobierno Militar de la época. Sin embargo, años más tarde, en agosto de 1976 se aprobó el D.S. N° 00625-76-SA, donde se sentaron los "Lineamientos de Política de Población en el Perú", como documento orientador.

Los objetivos de dicha política de eran:

- Un crecimiento poblacional en armonía con la libre decisión de la población acerca del tamaño de la familia,
- Una reducción significativa de la morbimortalidad, en especial de la madre y el niño y,
- Una distribución más racional de la población en el territorio.

Sin embargo, puede afirmarse, que a pesar del tiempo transcurrido desde 1976, no se han apreciado con claridad acciones gubernamentales para atenuar el crecimiento demográfico ni para modificar la desigual distribución espacial de la población peruana.

Con el restablecimiento del Gobierno Constitucional, a partir de julio de 1980, fue planteada una serie de medidas referente a la política de salud para el período 1980-1985. En la exposición del Presidente del Consejo de Ministros del día 20 de agosto de 1980 se anunció que el Gobierno tenía fijadas tres metas fundamentales:

- Disminuir la morbi-mortalidad con énfasis en la infantil,
- Proteger al binomio madre-niño, asegurando la implementación de una coherente política de población y,
- Extender y mejorar los servicios de salud.

La segunda meta pretende lograr que toda mujer en edad fértil tenga derecho a un embarazo, parto y lactancia felices, etapas que serían cubiertas por un vigoroso plan de protección con recursos profesionales de la salud, nutrición y previsión social. Esta política busca promocionar un sentido de responsabilidad que aliente el control voluntario de la fecundidad.

La estrategia básica para lograr el cumplimiento de la política de salud en el período 1982-1985 es la ampliación de la cobertura de la atención primaria de la salud.

Entre los doce programas prioritarios, junto con la atención del embarazo, parto y puerperio, y lactancia, figura la planificación familiar; la que ha quedado incorporada dentro de los servicios y acciones de la atención de salud materno-infantil, considerados necesarios para el logro de los objetivos de la política de población del país.

En relación con esta línea de acción se elaboró el documento "Normas de Planificación Familiar" que fue publicado en diciembre de 1980. Su finalidad es orientar las acciones administrativas, técnicas y educativas (que se integran en los programas de salud materno-infantil) para la atención de la población que demanda servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen también actividades destinadas a impulsarla, tales como capacitación y entrenamiento del personal de salud, información y educación a la comunidad, investigación, dotación de recursos humanos y materiales, programación y distribución de anticonceptivos, y supervisión y evaluación de los servicios.

Los programas de planificación familiar se vienen desarrollando progresivamente en casi toda la estructura sanitaria del país, es decir, en los hospitales regionales, generales, centros de salud y puestos sanitarios. Además se están proyectando a la comunidad.

Las tareas que se realizan en cada uno de estos niveles de atención difieren de acuerdo a los recursos de salud disponibles. En ellos se ofrece información y consejo acerca de los métodos anticonceptivos. La mujer que acude al servicio por primera vez, recibe atención médica especializada, en su ausencia, por una obstetriz o a falta de ella por una enfermera que ha recibido capacitación en planificación familiar.

En la comunidad, el auxiliar de salud se encarga de distribuir preservativos, espermicidas, óvulos, etc. y efectúa también el seguimiento de las usuarias.

En el puesto sanitario -a cargo de una enfermera- además de la atención que se ofrece en el nivel antes señalado, se agrega la distribución de píldoras anticonceptivas.

En los otros niveles (hospitales regionales, generales y centros de salud) se efectúan la aplicación y control de todos los métodos que ofrece el programa, bajo la dirección de personal médico. Se realiza además el control del cáncer cervicouterino, una vez al año, a todas las mujeres que acuden a los servicios y a las mujeres que lo solicitan se les brinda atención en casos de infertilidad. Cabe anotar que ni la esterilización ni el aborto están comprendidos en dichos programas.

De acuerdo a los planes de salud para el año 1981, la población susceptible de atención en los servicios de planificación familiar estaba constituida básicamente por las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (aproximadamente 3 millones setecientas mil mujeres), de las cuales, las dos terceras partes deberían ser atendidas por el Ministerio de Salud. La atención, al inicio del programa, debió beneficiar como mínimo al 10 por ciento de la población en edad fértil, de ahí que el estimado de usuarias llegaba a 258 mil mujeres, y el número de insumos a distribuir era cercano a los 3 millones (Cuadro 1.2). No obstante, si se examinan las cifras del Cuadro 1.3 se verá que el total distribuido llegó sólo a 5.4 millones de anticonceptivos, es decir menos del 70 por ciento de lo esperado para el año 1981, de lo cual se infiere que la población femenina beneficiada con los servicios de planificación familiar estaría alrededor del 6.5 por ciento. Esta aproximación podría estar sobreestimada, pues habría que conocer cuánto de lo entregado a los establecimientos de salud fue distribuido luego a la población femenina y cuál fue el grado de efectividad de los métodos. No es posible saberlo por el momento, debido a que aún no existen estadísticas disponibles al respecto. Los formularios de registro de datos han comenzado a incluir actividades de planificación familiar, recién desde 1981.

CUADRO 1.2: NUMERO ESTIMADO DE USUARIAS Y DE INSUMOS
POR METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN PROGRAMACION DEL
MINISTERIO DE SALUD PARA 1981
(En miles)

METODO ANTICONCEPTIVO	ESTIMACION	
	De usuarias	De insumos 1/
TOTAL	257.9	7 955.6
Píldoras (ciclos)	101.3	1 316.9
DIUs	107.2	117.9
Otros 2/	49.4	6 520.8

- 1/ Calculado en base a los coeficientes señalados en las Normas de Planificación Familiar.
2/ Comprende: preservativos, espumas y tabletas vaginales.

Fuente: Sobrevilla, Luis; "Las actividades de Planificación Familiar en el Ministerio de Salud del Perú, 1981".

Se puede afirmar en cambio, que la distribución de anticonceptivos hormonales, mecánicos y de otro tipo se ha incrementado significativamente en 1981, en comparación con los tres años anteriores, como puede verse en el Cuadro 1.3.

CUADRO 1.3: DISTRIBUCION DE ANTICONCEPTIVOS A LAS
REGIONES DE SALUD, 1978-1981
(En miles)

METODO ANTICONCEPTIVO	ANTICONCEPTIVOS DISTRIBUIDOS		
	1978	1979-80	1981
TOTAL	89.1	128.9	5 410.1
Píldoras (ciclos)	52.8	52.5	932.0
DIUs	14.2	30.6	121.6
Otros 1/	22.1	45.8	4 356.7

- 1/ Comprende: preservativos, espumas y tabletas vaginales.

Fuente: Sobrevilla, Luis; Op. cit.

Del examen de las cifras precedentes se puede concluir las dificultades existentes para expandir la cobertura de los servicios de planificación familiar.

Una de las metas que el Ministerio de Salud se ha propuesto es que a partir de 1982 todos los establecimientos de salud del país dispongan de los materiales de anticoncepción suficientes para atender la demanda de la población, y espera asimismo que a través del Plan de Acciones Coordinadas de Salud (1982-1985) se consoliden especialmente los aspectos promocionales y de enlace con el sector educación y otros comprometidos en las acciones multisectoriales de la Política de Población y Desarrollo Nacional.

La creación mediante el D.S. 049-80, del Consejo Nacional de Población como organismo central, de ámbito multisectorial, encargado de promover, coordinar y evaluar todas las acciones de política de población que los diferentes sectores públicos deben ejecutar, así como las acciones que realiza el sector privado, llena la necesidad de la existencia de un órgano coordinador de la Política de Población del país.

La actualización de la política con un criterio dinámico y ajustable a las circunstancias coyunturales y teniendo en cuenta los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad, la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos y el Censo Nacional de 1981, permitirá al Gobierno Constitucional tomar decisiones en beneficio de nuestro pueblo en su marcha hacia el desarrollo

II. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA ENCUESTA

El INE, genera estadísticas relativas al crecimiento, composición y distribución de la población en base a los censos de población, encuestas por muestreo, y al Registro Civil. De esta forma logra la continuidad de la información demográfica requerida para los análisis de la fecundidad, la mortalidad, las migraciones y de ciertas características económicas así como los basamentos para la formulación de las proyecciones de población.

En los últimos años, el INE ha realizado varias encuestas por muestreo, entre ellas la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN), durante los años 1974 a 1976, y posteriormente la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF), desde 1977 hasta 1978

La necesidad de obtener evidencias y datos actualizados sobre algunos aspectos del comportamiento de la fecundidad y, específicamente, para "proporcionar información sobre la conducta de la población con respecto al uso de anticonceptivos para la elaboración de los planes de salud y la evaluación de programas de planificación familiar", hizo que el INE y el Ministerio de Salud suscribieran un convenio con la Westinghouse Health Systems. Su propósito fue levantar la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (ENPA), la que se llevó a cabo durante 1981.

La información obtenida permitió conocer los niveles recientes de la fecundidad y la mortalidad de la población del Perú, establecer las características del conocimiento, uso y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, y algunos aspectos relacionados con los servicios de salud materno-infantil en el país.

La ENPA cuya representatividad es a nivel nacional y regional consideró como población sujeta a estudio la de mujeres en edad fértil (a las que se llama MEF en adelante), las cuales fueron definidas operacionalmente como aquellas cuyas edades fluctúan entre los 15 y los 49 años sin tomar en cuenta su estado conyugal.

El diseño general de la ENPA fue similar al de la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF). En ambas se aplicó un cuestionario durante la entrevista a las mujeres seleccionadas. No obstante, difirió en el criterio de selección de las mismas. en la ENPA se entrevistó a todas las mujeres en edad fértil que se encontraron en las viviendas seleccionadas, mientras que en la ENAF se incluyó

solamente a aquellas que habían tenido experiencia conyugal alguna vez. Ambas encuestas se diferenciaron de la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN), en relación a la metodología seguida. En la EDEN, en su modalidad prospectiva, se efectuaron visitas repetidas cada cierto tiempo, con el fin de recurrir lo menos posible a la memoria de las entrevistadas; en cambio en la ENPA y en la ENAF se entrevistó a la mujer seleccionada una sola vez.

2.1 Organización

Para efectuar la encuesta se conformó, dentro del área correspondiente a la Dirección General de Demografía del INE, un equipo permanente de trabajo, compuesto de la siguiente manera:

- Director General de la Encuesta
- Director Adjunto
- Muestrista
- Investigador Principal
- Personal de apoyo

A lo largo de todo el proyecto participaron, un Consultor del Ministerio de Salud y un Asesor Técnico de la Westinghouse Health Systems, y ocasionalmente se contó con la participación de especialistas vinculados a las áreas de muestreo, estadística y salud.

De acuerdo a los requerimientos de personal para realizar las labores correspondientes a las diferentes fases del proyecto, se contrató temporalmente a investigadores especializados, un asistente, supervisoras de trabajo de campo, entrevistadoras, auxiliares de muestreo, crítico-codificadores, analistas de sistemas y programadores.

2.2 Diseño Conceptual de la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos

El diseño de la ENPA estuvo orientado a obtener información que permitiera indagar básicamente las características de: 1° la fecundidad; 2° las intenciones reproductivas; 3° el conocimiento, uso y disponibilidad de los métodos anticonceptivos; 4° la mortalidad y 5° servicios de salud materno-infantil. Además se trató de investigar la vinculación que aquéllas guardan entre sí y con otras características socioeconómicas de la población, tales como la ocupación y los ingresos familiares.

Para efectuar el análisis de cada uno de los aspectos mencionados se definieron previamente los indicadores más adecuados para su análisis, seleccionándolos de la metodología del análisis demográfico o construyéndolos para tal efecto. Como es usual en este tipo de investigaciones, se definieron tipologías que permitieron categorizar a las mujeres seleccionadas de acuerdo a criterios propios dentro de cada aspecto estudiado.

2.3 Instrumentos de Recolección de Datos

Los datos recolectados están referidos a las MEF y a los miembros del hogar que durmieron la noche anterior a la entrevista en la vivienda seleccionada. Fueron obtenidos a través de entrevistas efectuadas a las mujeres en edad fértil, identificadas en la vivienda visitada, y a un miembro del hogar, que bien podía ser la misma mujer.

Para llevar a cabo lo anterior se utilizaron dos tipos de cuestionarios, el Cuestionario del Hogar y el Cuestionario Individual (Anexo 2). Con el primero se obtuvo información mínima acerca de las viviendas seleccionadas y de los miembros del hogar, mientras que el segundo fue diseñado para la entrevista con las MEF identificadas a través del primer cuestionario.

-17-

El Cuestionario ... permitió registrar las características muestrales de las viviendas seleccionadas haciendo posible analizar los resultados y evaluar la representatividad del grupo beneficiario a estudio. Por otro lado hizo posible conocer las características de la población relativas a su estructura por edad y sexo, actualizar las estimaciones de mortalidad adulta femenina y masculina a través de las preguntas de exfandad, e identificar a las mujeres susceptibles de aplicarles el Cuestionario Individual.

El Cuestionario Individual comprendió cinco secciones, referentes a los siguientes aspectos:

- Sección I: Características Generales de las entrevistadas
- Sección II: Fecundidad
- Sección III: Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Sección IV: Disponibilidad de métodos anticonceptivos
- Sección V: Estado conyugal

Se tomó mucho cuidado en elaborar el Cuestionario Individual, de tal modo que fuese fácilmente utilizable tanto desde el punto de vista de su uso manual como en relación a la secuencia de las preguntas aplicables a cada mujer entrevistada.

Las preguntas estuvieron, en su mayor parte pre-codificadas. Llevaron impresas en el cuestionario todas las respuestas posibles; no obstante se consideró la categoría "Otros", en previsión de recibir respuestas que no coincidieran con las esperadas.

La elaboración del cuestionario individual se realizó tomando como base el Cuestionario Modelo de la Westinghouse Health Systems (WHS). Sin embargo, se efectuaron modificaciones de acuerdo a los objetivos de la investigación propuestos para el Perú.

Entre las características de la población del Perú se halla su acentuada heterogeneidad cultural, que se refleja en diferentes expresiones lingüísticas. Junto con el español se habla otras lenguas, como el quechua (incluyendo diversas variedades), el aymara y otros dialectos. En consecuencia, tomando en cuenta tales características de la población por encuestar, el cuestionario definitivo se tradujo al quechua -de la región sur- y al aymara. En dichos casos se tomaron las precauciones necesarias a fin de evitar cualquier distorsión que afectara el sentido de los cuestionarios. Estas versiones estuvieron destinadas a ser usadas en las entrevistas a mujeres que habitan principalmente las áreas rurales de la Sierra -región del país ocupada por la cordillera de los Andes- o que, teniendo aquel origen se trasladaron luego a las ciudades.

Cabe señalar que el Cuestionario Individual experimentó un exigente proceso de perfeccionamiento desde la primera versión hasta la definitiva.

La primera versión, elaborada en base al Cuestionario Modelo de la WHS, experimentó modificaciones como resultado de las sugerencias efectuadas durante el desarrollo del primer cursillo de entrenamiento dirigido a las entrevistadoras. En consecuencia, se efectuaron cambios en las secciones primera, segunda -en la que se introdujo el mayor número de modificaciones con respecto al modelo- y tercera principalmente. Entre ellos se puede mencionar que el término "Planificación Familiar" fue sustituido por el de "Métodos Anticonceptivos"; debido fundamentalmente a la presunción

de que una gran mayoría de mujeres desconocía el significado de "Planificación Familiar". Asimismo en el Esquema I, que contiene una relación de los métodos anticonceptivos más utilizados, se prefirió utilizar términos "populares", más difundidos en nuestro medio, para nombrar los métodos.

El cuestionario modificado fue probado durante la Encuesta Piloto, lo que permitió efectuar los cambios finales, obteniéndose de esta manera el cuestionario definitivo.

2.4 La Muestra

La naturaleza de la Encuesta de Prevalencia de Anticonceptivos supone un alto grado de riesgo. Este se halla presente en la obtención de datos de buena calidad, debido a las dificultades de los procedimientos de su recolección (errores no-muestrales) y también en las dificultades de índole propiamente estadística. Una de estas es que las variables que se miden con mayor frecuencia en este tipo de encuestas tienen una alta dispersión. Por consiguiente, tanto por las posibilidades de sesgo en la recolección de datos como por la dispersión estadística propia de las variables investigadas, las Encuestas de Prevalencia exigen mayores costos y, además, mayor especialización.

2.4.1 Características del diseño muestral de la ENPA

El diseño de la muestra de la ENPA consideró, principalmente, la necesidad de obtenerla en tiempo reducido, tomando el marco muestral proporcionado por el empadronamiento precensal del Censo de Población y Vivienda de 1981. Por tal razón la estructura de la selección fue simplificada al máximo.

Se partió, como es usual en este tipo de encuestas, de restricciones presupuestales. Al haberse limitado el costo total de la encuesta en función de la ejecución de entrevistas personales a todas las MEF (15 a 49 años) en 6300 viviendas particulares, se previó también la siguiente distribución por regiones de planificación:

TOTAL	6 300
Lima	1 500
Norte	1 200
Centro	1 200
Sur	1 200
Oriente	1 200

Dicha distribución supone un tamaño de muestra confiable para el estudio de la mayor parte de proporciones sobre prevalencia a nivel de las regiones, e inclusive tabulaciones regionales bivariadas, en las que no se amplía demasiado el número de celdas (digamos cruces de 5x8 ó 6x8 categorías). Se presupone además un promedio de 1.1 ó 1.2 mujeres en edad fértil por vivienda

2.4.2 El marco muestral

El archivo precensal del VIII Censo de Población y III de Vivienda de 1981 que sirvió como marco muestral para la Encuesta, tiene información de viviendas del área urbana, agrupadas en segmentos de ocho viviendas. En el censo, el 25 por ciento de tales segmentos fueron utilizados para la aplicación de un cuestionario ampliado, que contiene variables económicas y demográficas adicionales.

Para el área rural, en cambio, no se produjo una segmentación. Las menores unidades manejables fueron las áreas de empadronamiento, las cuales contaron con 100 viviendas aproximadamente. En consecuencia a diferencia del área urbana, donde se conocía en qué segmentos se iba a aplicar el cuestionario censal ampliado, en el área rural se desconocía tal cosa.

Como el archivo contiene -a nivel de centros poblados- además de la información sobre cantidad de viviendas y personas, datos acerca de los establecimientos principales, se tomaron los concernientes al número de establecimientos de servicios médicos como variable útil para la estratificación. Estos eran los más relacionados con los objetivos de la ENPA.

Es preciso señalar que fueron excluidas de la población encuestada 50 distritos de muy difícil acceso y reducida población (menos del 1.4 por ciento de la población del país).

Es evidente que la mayor limitación -como usualmente sucede- fue el tamaño previsto para la muestra total.

La compensación más inmediata consistió en extender la dispersión geográfica -manteniendo tamaños pequeños en las unidades muestrales- y en depurar la estratificación. Ambas medidas fueron adoptadas en el diseño de la muestra de la ENPA. Para la estratificación de las unidades primarias (distritos) se utilizó una combinación de las variables siguientes: cantidad de la población urbana, proporción de la población urbana y cantidad de establecimientos médicos. Las unidades secundarias (segmentos censales), se estratificaron por la densidad del segmento (población/vivienda), mientras que los segmentos rurales (centros poblados) fueron estratificados por la cercanía a la capital distrital. Otro aspecto interesante para el perfeccionamiento del diseño fue la utilización de la técnica de selección "al espejo" dentro de cada estrato de unidades primarias. Esta técnica permite equilibrar la selección al interior de cada estrato de tal manera que al elegir dos unidades por estrato ambas son equidistantes a la mediana.

Es también importante señalar que el diseño de la muestra no adoptó tasas diferenciales para las áreas rurales dentro de cada región. El grado de confiabilidad de las variables en el área rural, será en este caso altamente comparable con las del área urbana. Frente a la decisión tradicional de disminuir la tasa de muestreo de las áreas rurales, en el diseño de la ENPA dicha tasa se ha mantenido. Esta medida significó un mayor desplazamiento de las entrevistadoras.

Respecto a otras encuestas, la ENPA ha asegurado un mayor tamaño de muestra en la región riante. En efecto, por su menor tamaño y dispersión poblacional las encuestas asignadas a la región oriente fueron usualmente pequeñas. Esta región, sin embargo, es de alta fecundidad y tiene además una serie de características (menor movilidad social, tradicionalismo, concentración de actividades recolectoras, etc.) que le confieren especial importancia en el terreno científico.

La población encuestada como se ha dicho al inicio de este capítulo, se definió como el conjunto de todas las mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 49 años, residentes en las viviendas particulares en las áreas urbanas y rurales del país. Se excluyó a todas aquellas mujeres residentes en locales especiales de alojamiento (viviendas colectivas) tales como hoteles, pensiones, etc.

La clasificación en áreas urbanas y rurales de los centros poblados del país se efectuó de acuerdo con las definiciones empleadas en el recuento precensal de los Censos de Población y Vivienda de 1981. Se consideró área urbana todo territorio que incluía 100 viviendas como mínimo, agrupadas contiguamente. Excepcionalmente se consideró áreas urbanas a capitales de distrito, aun cuando no contasen con el mínimo número de viviendas que se indica. El área rural de un distrito es la parte de su territorio que se extiende desde los linderos de los centros poblados definidos como área urbana, hasta los límites del distrito.

Para efectuar la estratificación de la población -que permitiera comparar los resultados de la ENPA con la ENAF- se adoptó el criterio de regiones de planificación en las que se dividió al país durante la década pasada:

Región Norte: Departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Cajamarca, Amazonas y San Martín.

Región Centro: Departamentos de Ica, Junín, Pasco, Huancavelica, Lima (excepto la provincia de Lima y Callao), Ayacucho y Huánuco (excepto la provincia de Pachitea).

Región Sur: Departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna, Apurímac, Madre de Dios, Cuzco y Puno.

Región Oriente: Departamentos de Loreto, Ucayali y la provincia de Pachitea

Area Metropolitana de Lima y Callao: Provincias de Lima y Callao. Esta región está considerada como urbana y en adelante aparece con la denominación de Lima Metropolitana.

Aunque el diseño muestral contempló las regiones de planificación, permitió también estimar valores comparables para las regiones naturales.

2.4.3 Unidades muestrales

Unidades primarias de muestreo

Las unidades primarias de muestreo (UPM's) se definieron como un distrito, o un conjunto de ellos en caso de conformar un conglomerado poblacional. El distrito es la menor unidad político-administrativa del país (un conjunto de distritos conforman una provincia, y un conjunto de éstas conforman un departamento). El Perú tiene 24 departamentos y el Callao -con el título histórico de "Provincia Constitucional"- se considera como un departamento para todos los efectos legales y estadísticos.

Según se ha mencionado, las UPM's se seleccionaron dentro de las regiones de planificación, principalmente con fines de comparabilidad.

Unidades primarias auto-representadas (UPM's AR).

Dentro de cada región, todos aquellos conglomerados con 20,000 habitantes o más constituyen por sí mismas un estrato, y son denominadas auto-representadas; esto es, que se incluyen directamente en la muestra. Se considera como UPM auto-representada para la región Oriente a todos aquellos conglomerados mayores de 5,000 habitantes.

Estas unidades pueden incluir más de un distrito cuando la configuración geográfica así lo exige, pero de ningún modo puede ser menor que uno de ellos.

Unidades primarias no auto-representadas (UPM's NAR).

Con el resto de UPM's, es decir distritos, se conformaron estratos, esperando que la población incluida dentro de cada estrato tuviera características similares, en tamaño, urbanización y servicios médicos.

Unidades secundarias (USM's).

Además de las UPM's, se definieron las Unidades Secundarias de Muestro (USM's) dentro de cada una de las anteriores. Siguiendo las pautas del marco muestral utilizado -proveniente del recuento pre-censal del Censo de 1981- se definió como USM, en el área urbana, a un conjunto de aproximadamente ocho viviendas, denominado segmento. Es conveniente recordar que el marco muestral comprendió los segmentos incluidos en la muestra del censo, es decir, el 25% de los segmentos del área urbana.

En el área rural el tamaño de los segmentos dependió de su ubicación, ya sea dentro de las UPM's auto-representadas o de las no auto-representadas. En el primer caso se determinaron segmentos de ocho viviendas y además, fueron seleccionadas regionalmente y no dentro de cada UPM.

En el caso del área rural de UPM's no auto-representadas el número de viviendas asignadas a cada segmento fue 12, uniendo centros poblados pequeños y cercanos o subdividiendo centros poblados. En consecuencia fueron los centros poblados las entidades directamente seleccionadas. Se indicó a los responsables del trabajo en el campo el número de segmentos que debían ser definidos en cada uno de ellos.

Llegados al nivel de los segmentos se procedía a visitar todas las viviendas comprendidas en cada segmento y entrevistar a todas las mujeres entre 15 y 49 años que hubieren dormido la noche anterior en la vivienda.

2.4.4 La selección de la muestra

De manera general, conocido el tamaño de muestra para cada región se definió su tasa como el cociente entre el número de viviendas en el marco muestral y el número de viviendas requerido para la muestra. En adelante, para subdivisiones siguientes (UPM's, área), la muestra fue asignándose por repartimiento proporcional, de manera que se mantuviera la autoponderación regional.

Fue necesario, incluso, dar instrucciones de campo para cumplir con esta permanencia de la autoponderación, puesto que las características del marco muestral (el archivo precensal) no permitían otra alternativa.

Primera etapa:

Consistió en la selección de UPM's. La selección varió de acuerdo a su categoría de autorepresentación o no autorepresentación, aparte del caso de Lima Metropolitana que presenta características especiales. La distribución espacial de las UPM's seleccionadas puede ser apreciado en el Gráfico 2.1.

El área de Lima Metropolitana se considera simultáneamente una región y una UPM. En consecuencia ya no es necesaria esta etapa de selección. En el resto de las regiones la selección de las UPM's que llamamos "auto representadas" significó la inclusión con certeza, es decir la auto-representación de las principales ciudades del país, definiéndolas siempre a partir de los distritos. Para tal efecto se enumeraron los conglomerados urbanos con 20 mil o más habitantes, excepto para la región Oriente, en donde se consideró conglomerados de 5 mil habitantes o más.

En función de la definición de la auto-representación, la cantidad de UPM's auto-representadas fue previamente establecido en cada región.

El resto de UPM's (los distritos que no conforman UPM's auto-representadas) fueron estratificados para su selección. El problema de la estratificación fue resuelto a base de las siguientes variables de clasificación:

- La población urbana del distrito
- La proporción de la población urbana en relación a la población total, y
- El número de establecimientos médicos.

La combinación lineal de estas variables permitió la estratificación de los distritos. Luego al interior de cada estrato se seleccionaron dos unidades por el método de selección "al espejo", ya explicado.

CUADRO 2.1: NUMERO DE UPM'S SELECCIONADAS POR CATEGORIA DE REPRESENTACION, SEGUN REGIONES DE PLANIFICACION

REGIONES DE PLANIFICACION	TOTAL	CATEGORIA DE LAS UPM'S	
		Auto-representadas	No auto-representadas
TOTAL	98	50	48
Norte	37	19	18
Centro	31	17	14
Sur	20	8	12
Oriente	9	5	4
Lima Metropolitana	1	1	-

Segunda etapa:

En esta etapa se procedió a seleccionar las USM's en las áreas urbanas y rurales de las UPM's seleccionadas en la etapa anterior. Aceptando como marco muestral la selección previamente ejecutada del 25 por ciento de los segmentos en el Censo de 1981 en el área

urbana de Lima Metropolitana, el tamaño deseado de la muestra determinó la cantidad de segmentos necesarios. Antes de ser seleccionados, aquéllos fueron previamente estratificados, siendo su densidad poblacional (número de habitantes del segmento/número de viviendas del segmento) el criterio de estratificación. La selección de segmentos se efectuó virtualmente con igual probabilidad puesto que la variación de tamaño entre segmentos es despreciable.

GRAFICO 3.1: LUGARES SELECCIONADOS PARA LA MUESTRA DE LA ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS



Cierta área perteneciente a Lima Metropolitana fue considerada como "rural" en virtud de la definición utilizada en el recuento pre-censal. Por ello se adoptó un procedimiento similar al anterior, procediendo a segmentar las áreas de empadronamiento en grupos de ocho viviendas. Conociendo el número de viviendas y el tamaño deseado de la muestra se procedió luego a seleccionar segmentos sistemáticamente. En el análisis de los resultados obtenidos en la Encuesta, Lima Metropolitana es considerada como una área urbana aun cuando incluye los factores señalados, que no son significativos de un área rural; además, el número de casos observados aquí fue muy pequeño (20), no permitiendo ninguna generalización válida, para toda el área en su conjunto.

Con el fin de obtener la autoponderación -en el área urbana- de las UPM's auto-representadas, se seleccionó una cantidad de segmentos muestrales urbanos proporcional al tamaño de la misma población. Se hizo leves ajustes para aproximar la sub-muestra a una función de ocho. El procedimiento fue aplicado en forma similar al de Lima Metropolitana.

En el área rural de las UPM's auto-representadas, existía una reducida muestra para distribuir entre las diferentes UPM's, debido a que la proporción de población rural alrededor de grandes o medianas ciudades es relativamente pequeña. Como habría resultado costoso entrevistar pocas viviendas rurales en determinadas unidades, se procedió a agrupar las viviendas rurales en segmentos de ocho viviendas. Fueron seleccionadas al interior de toda la región hasta alcanzar el tamaño de la muestra deseada, en vez de hacerlo dentro de cada una de las UPM's auto-representadas.

Del mismo modo, en las UPM's no auto-representadas el tamaño de muestra en cada UPM quedó asignado a la población urbana y rural de manera proporcional. Es conveniente hacer notar que los segmentos rurales de estas UPM's estuvieron compuestos teóricamente por 12 viviendas, obtenidas agrupando centros poblados. Esta decisión se tomó, básicamente, por razón del costo.

Tercera etapa:

Esta etapa se cumplió necesariamente para mantener la auto-ponderación en aquellos casos en que resultaran seleccionados centros poblados que fuesen múltiplos de 8 (UPM's auto-representadas) de 12 (UPM's no auto-representadas), y se hiciera necesario listar, segmentar y sub-seleccionar de acuerdo al tamaño de muestra deseado.

CUADRO 2.2: NUMERO DE USM'S Y VIVIENDAS SELECCIONADAS POR AREAS URBANA Y RURAL SEGUN REGIONES DE PLANIFICACION Y CATEGORIAS DE REPRESENTACION

REGIONES DE PLANIFICACION Y CATEGORIAS	USM's			V I V I E N D A S		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
TOTAL	717	526	191	6 289	4 149	2 140
Auto-representadas	446	403	43	3 555	3 211	344
No auto-representadas	271	123	148	2 734	938	1 796
NORTE	133	86	47	2 236	688	462
Auto-representadas	52	48	4	421	389	32
No auto-representadas	81	38	43	815	299	516
CENTRO	127	83	44	1 140	632	430
Auto representadas	42	37	5	320	280	40
No auto-representadas	85	46	39	82	352	468
SUR	122	68	54	1 129	525	518
Auto-representadas	49	38	11	386	298	88
No auto-representadas	73	30	43	743	227	516
ORIENTE	131	87	44	1 118	674	398
Auto-representadas	99	78	21	782	614	168
No auto-representadas	32	9	23	336	60	276
LIMA METROPOLITANA (Auto-representadas)	204	202	2	1 650	1 630	20

2.4.5 Ponderación y expansión

El diseño de la muestra contempló la autoponderación por regiones. Por consiguiente habría bastado ponderar el conjunto de selecciones en función de una de las regiones. Sin embargo, para obtener estimaciones más finas de los valores relativos de las variables de la muestra, se consideró necesario agregar -en el procedimiento de ponderación-, los siguientes pasos:

Primero, ponderar en cada región a las MEF's entrevistadas en función de la inversa de la proporción de mujeres respondientes por la inversa de la proporción de viviendas (más propiamente hogares) que respondieron a la encuesta.

Peso MEF = TRV . TRP , en donde

TRV = $\frac{\text{inversa de la tasa de respuesta de las viviendas}}{\text{hogares}}$

TRP = $\frac{\text{inversa de la tasa de respuesta de las MEF}}{\text{mujeres en edad fértil}}$

Se buscó así restituir (artificialmente) los casos de no respondientes; "inflando" el número de casos en la misma proporción de la pérdida. Hasta aquí, este procedimiento no tendría mayor significación en cuanto a mejorar la calidad de la información. Sin embargo, es posible efectuar el mismo procedimiento, desagregando la población en función de variables adecuadas, de manera que los pesos se adjudiquen a sub-poblaciones relativamente homogéneas. En

otras palabras, si las pérdidas fueron mayores, por ejemplo, entre las mujeres adultas, las observaciones de éstas tendrán mayor peso. Por lo demás, se mantiene la condición de que:

$$\text{Peso MEF} = \sum (\text{peso MEF}) \cdot W_i$$

Suponiendo que se crearon k categorías y W_i es la proporción de cada una de ellas en la muestra total.

Para el caso de la ENPA, se clasificaron a las MEF's de cada región en 32 categorías, a partir de las variables edad (cuatro categorías decenales) y tamaño del centro poblado de entrevista (ocho categorías).

Ello significa que la mayor parte de variables estudiadas en la encuesta pueden estar correlacionadas con la edad y el tamaño del centro poblado. Si tal caso sucede, como parece razonable, este tipo de ponderación mejora la calidad de los datos, porque "reemplaza" la falta de una observación con el comportamiento promedio de las observaciones afines. Adicionalmente, este procedimiento es posible porque tiene información de edad y tamaño del centro poblado, tanto para las MEF respondientes como para las no-respondientes.

Segundo, incluir en la ponderación anterior, el factor adicional que permita no solamente restituir la no respuesta, sino también las proporciones entre las tasas de las diferentes regiones y expandir directamente la muestra, restituyendo el tamaño poblacional. Este factor es, desde luego, la inversa de la fracción de muestreo de cada región. Se obtiene así.

$$\text{Peso final} = F \cdot \text{TRV} \cdot \text{TRP}$$

Peso final = ponderación de cada MEF en su respectivo grupo j (edad-tamaño del centro poblado) y región i .

en donde,

F = inversa de la fracción de muestreo de la región.

TRV = inversa de la tasa de respuesta de los hogares de toda la región

TRP = inversa de la tasa de respuesta de la MEF dentro de su respectivo grupo j (edad-tamaño del centro poblado) y región i .

El valor peso final ij , es una estimación no sesgada de la población siempre y cuando las tasas sean exactas, es decir los tamaños consignados en el marco muestral lo sean y no se haya producido ninguna irregularidad a través del proceso de selección.

Lógicamente, estas condiciones no se dan en la práctica, tanto por la defectuosidad de los marcos, como por necesidades prácticas en el proceso selectivo. Estas condiciones producen alteraciones, redondeos, irregularidades en los listados, pérdidas de observaciones no consignadas como tales, etc.

Ante ello es posible mejorar el ajuste (siempre y cuando las discrepancias originales no sean altas, lo cual no ocurrió) reemplazando la inversa de la fracción de muestreo F , por una semejante F_{aj} , obtenida dividiendo directamente el total poblacional estimado en el marco, por el total de la muestra obtenida, de manera

que se mejora la aproximación de los valores expandidos. Esta alternativa se adoptó en la presente Encuesta.

Algunas observaciones respecto a este proceso pueden ser interesantes. Por un lado, es posible trabajar solamente con cifras relativas sin necesidad de ponderar de tal manera que se obtengan y utilicen cifras expandidas (estimados del total de población). Obviamente, esto simplifica el trabajo de la encuesta, aunque, trasladada a cada usuario la preocupación por las cifras absolutas. Se podrá averiguar, por ejemplo, qué proporción o porcentaje de mujeres en edad fértil de la región oriente tienen un solo hijo. Esta metodología ha sido seguida en el análisis de la información predominante.

Es necesario advertir que los guarismos expandidos no se emplearon como cifras absolutas verdaderas, sino como una estimación de éstas, sujetas a errores muestrales. Esta razón, aunada al hecho lógico que la acumulación de estimaciones raramente puede ser exacta (debido al redondeo), crea una impresión de inexactitud en los usuarios menos experimentados, disconformidad que se aduce -muchas veces con razón- entre quienes prefieren no utilizar cifras expandidas.

Por otro lado, teóricamente, un mayor número de sub-poblaciones mejoraría la calidad de los datos, pero con el supuesto poderoso de que cada nueva sub-división vaya homogenizando más las observaciones con respecto al conjunto de variables estimadas. Esto es casi imposible, e inclusive el intento puede ser contraproducente, por lo cual la creación de las categorías con las que se pondera es una operación riesgosa. Para el caso nuestro, creemos que hubiera sido tal vez deseable no utilizar una sola tasa de respuesta de vivienda para cada región, pero la cantidad de pesos que se acabaría manejando nos detuvo en el intento 1/.

Finalmente, se ha observado con acierto, que una estimación basada, no en el cociente de poblaciones totales (en el marco y la muestra), sino en el cociente de número de MEF's, sería más conveniente. Para nuestro caso, estas relaciones no estaban aún disponibles (porque se requeriría del censo) o las que existían, tenían 10 años de antigüedad (Censo 1972), por lo que fue imposible continuar esta orientación. Nada impide, sin embargo, que en cualquier ocasión la muestra se puede reponderar, mejorando las estimaciones y teniendo a la vez, la ventaja de poder comparar los efectos de varios métodos de ponderación.

1/ En realidad, debido a que en algunas regiones no se presentaban casos dentro de ciertas categorías de tamaño de centro poblado, los pesos empleados fueron 115.

2.5 El Trabajo de Campo

2.5.1 Personal

El reclutamiento y el entrenamiento de las supervisoras, entrevistadoras y auxiliares de muestreo comprendió una serie de actividades realizadas entre el 25 de mayo y el 20 de julio de 1981.

Con el fin de seleccionar a las entrevistadoras para la encuesta piloto, se convocó un concurso público. En esta selección se puso énfasis en la experiencia, habilidad y calificación profesional de las candidatas, siendo elegidas diez postulantes quienes pasaron a participar en el primer cursillo de capacitación (para entrevistadoras de la encuesta piloto).

Los objetivos del cursillo indicado fueron: capacitar a las entrevistadoras en los procedimientos que se utilizarían para la recolección de datos y en el trabajo de campo de la encuesta propiamente dicha; proporcionar información sobre aspectos técnicos de la encuesta y buscar que las postulantes mejorasen su dominio de las técnicas de la entrevista, así como de los documentos de la encuesta.

La metodología empleada comprendió la exposición de conocimientos teóricos y técnicos con ayudas audio visuales y prácticas en el aula y campo.

Uno de los resultados de este primer cursillo tal como se mencionó anteriormente fue introducir las primeras modificaciones iniciales en el cuestionario, contando para ello con la activa intervención del Asesor de la Westinghouse.

Posteriormente, con el fin de efectuar la recolección y el procesamiento de los datos de la encuesta, se procedió a cubrir las plazas de entrevistadoras, crítico-codificadores y auxiliares de muestreo, convocando un segundo concurso. Los requisitos exigidos fueron similares a los del caso anterior, es decir, experiencia en el trabajo de campo, calificación profesional, buena salud y, de preferencia, conocimiento de idiomas nativos. La convocatoria se efectuó durante la primera semana de julio, pasando -las personas seleccionadas- a participar en el segundo cursillo de capacitación.

Este segundo cursillo fue impartido durante 13 días, con sesiones de 5 horas diarias. Se capacitó 70 personas para seleccionar 40 entrevistadoras, 8 crítico-codificadores y 4 auxiliares de muestreo. Las clases se impartieron en dos turnos, uno en la mañana y otro en la tarde a grupos de 35 personas en cada turno.

La estructura y la metodología de este cursillo fueron similares al primero. Se trató, en lo posible, de aplicar las experiencias adquiridas durante el primer cursillo y la encuesta piloto. Una particularidad fue la intensificación de las prácticas con la intervención de las nueve entrevistadoras que participaron en la encuesta piloto, quienes actuaron como Jefes de Práctica.

Las prácticas comprendieron:

- entrevistas simuladas
- discusión de los problemas en pequeños grupos
- exposición de casos especiales
- desarrollo de ejercicios de práctica para cada sección del cuestionario
- uso de transparencias y grabaciones.

Finalmente se efectuó una práctica en el campo.

2.5.2 Encuesta Piloto

Los objetivos principales de la encuesta piloto fueron:

- Conocer el nivel de aceptación del cuestionario individual,
- Probar el funcionamiento y aplicabilidad del cuestionario como una unidad coherente y lógica,
- Comprobar el grado de comprensión de cada pregunta por parte de las mujeres entrevistadas,
- Probar la eficacia de los documentos auxiliares de trabajo de campo.

Para la encuesta piloto se eligieron áreas representativas tanto urbanas como rurales. Comprendió dos salidas al campo; la primera fue predominantemente urbana y la segunda, rural.

La primera salida fue realizada por nueve entrevistadoras seleccionadas para dicha ocasión. Durante tres días consecutivos cada entrevistadora completó un promedio de 21 cuestionarios. Se eligieron áreas propiamente urbanas en Lima Metropolitana y áreas sub-urbanas cercanas a la ciudad.

La segunda salida, se efectuó a una zona propiamente rural. En total se lograron 54 entrevistas. Doce de ellas fueron grabadas, con el fin de analizarlas con mayor detenimiento en la oficina.

2.5.3 Material cartográfico

Luego que se determinó la selección de la muestra se procedió a preparar el material cartográfico necesario. Para ello se contó con el apoyo de la oficina encargada de la cartografía dentro de la Dirección General de Censos y Encuestas del INE.

Dicha oficina proporcionó los planos urbanos y los croquis distritales de todos los distritos seleccionados. Se procedió a ubicar en dichos documentos la situación precisa de las manzanas donde se encontraban las viviendas seleccionadas en el área urbana, así como de los centros poblados en el área rural.

El material cartográfico referido se encontraba recientemente actualizado gracias a la preparación del material cartográfico para el Censo de 1981.

2.5.4 Los documentos de la encuesta

Además de los mapas y croquis, los equipos de trabajo de campo contaron con:

- Listados de viviendas, en el área urbana. Aquéllos procedían directamente del archivo precensal de 1981.

- Hojas de listado, para el área rural. Como el archivo precensal no incluía listados de viviendas en el área rural fue necesario que cada equipo contase con dichos documentos. Estos permitieron listar las viviendas del centro poblado seleccionado. Con tal base se procedía a la segmentación y a la selección de los segmentos según el tamaño de muestra deseado.
- Documentos de la encuesta utilizados para recolectar la información.
 - .. El cuestionario del hogar
 - El cuestionario individual
- Documentos de control:
 - El cuestionario de supervisión, consistente en un formulario que contuvo un conjunto mínimo de preguntas que permitieron verificar la información recolectada en el cuestionario individual.
 - Hojas de asignación de trabajo de campo
 - Hojas de control del avance del trabajo de campo
- Documentos identificatorios:
 - Carta de presentación a los jefes de familia y credencial
 - Carta de presentación a las autoridades

2.5.5 Apoyo logístico

A lo largo del trabajo de campo se contó con el apoyo de las unidades móviles del INE y, principalmente en el interior del país, con las unidades proporcionadas por el Ministerio de Salud a través de las Regiones de Salud.

Se contó también con el apoyo de hospedaje, proporcionado por el Ministerio de Salud en aquellos lugares donde fue posible, lo que fue de gran ayuda particularmente en sitios alejados.

Por último, fue de gran utilidad para la encuesta, el espíritu de ayuda de las diferentes autoridades

2.5.6 Marco geográfico

Las características geográficas del territorio peruano constituyen un factor de suma importancia en la organización del trabajo de campo de una investigación del tipo de la ENPA.

Salvo la región natural de la Costa (a lo largo del Océano Pacífico), que se encuentra comunicada por vías de acceso en buena conservación, es sabido que la región de la Cordillera de los Andes (sierra) y la amazónica (selva) presentan zonas de acceso realmente difícil. Además, los fenómenos climáticos perjudican el desplazamiento en épocas determinadas del año.

Lo anterior fue un factor que influyó en las operaciones de campo de la ENPA debido a dos razones; la muestra seleccionada contemplaba una fuerte dispersión de las unidades muestrales por las razones ya expuestas, y, debido a que fue una muestra nueva, no se contó rápidamente con información actualizada acerca de la ubicación y acceso de tales unidades.

2.5.7 El trabajo de campo de la ENPA

Para llevar a cabo la recolección de los datos de la ENPA se contó con ocho equipos de trabajo compuestos de una supervisora a cargo inicialmente de cinco entrevistadoras en Lima Metropolitana y luego de cuatro (en el resto del país).

Cada equipo contó además, alternativamente, con un auxiliar de muestreo.

Las entrevistas fueron efectuadas a partir del 10 de Agosto de 1981 y concluyeron en diciembre del mismo año. Sin embargo, cabe señalar que la mayor proporción fue efectuada entre agosto y fines de octubre.

2.6 Resultados del Trabajo de Campo

2.6.1 Incrementos en las direcciones seleccionadas

Las selecciones efectuadas en el marco muestral son más propiamente selecciones de direcciones que de viviendas, aunque con frecuencia son confundidas. Debido a ello el marco utilizado (y en general, los marcos por áreas que se utilizan en las encuestas de hogares) corresponde a un listado de direcciones registradas por un empadronador.

Por tal motivo, el tamaño de muestra inicial sufre variaciones en el proceso de entrevista, antes de llegar a definirse como un conjunto de viviendas ocupadas, cuya población se considera como el 100 por ciento para la determinación de la tasa de respuesta de la encuesta.

Las variaciones que comentamos, se producen en dos sentidos, es decir, pueden significar un aumento de las "direcciones" a entrevistarse, como también una disminución de éstas. Veamos, primeramente los incrementos (Cuadro 2.3).

Los incrementos de "direcciones" se producen cuando en el procedimiento de la entrevista se incluyen instrucciones de verificación de los listados que permitan incorporar nuevas direcciones aparecidas y, además, considerar como nuevas viviendas (direcciones) a los hogares adicionales hallados en el interior de una vivienda de la muestra. A estas últimas adiciones, es a las que estamos llamando, "viviendas suplementarias dentro" (de una selección) mientras que a las direcciones se las llama "viviendas suplementarias fuera". Marginalmente se incluye también en el cuadro la categoría "viviendas duplicadas" en razón de que para facilitar la ponderación (no así los cálculos de errores muestrales), la información de algunas viviendas fue duplicada. El efecto de este último artificio es marginal (menos del uno por ciento del total de direcciones).

El análisis de las "viviendas suplementarias" , o de manera mas simple de la fracción de 100 constituida por las viviendas principales, determina "en cierta forma" la eficiencia del listado original utilizado como marco muestral. (Decimos "en cierta forma" porque los cambios o "apariciones" pueden haber sucedido durante el tiempo transcurrido entre el momento de la referencia y el de la fecha de la entrevista).

Para el presente caso, este análisis ha sido restringido al área urbana, debido a que en el área rural los listados fueron paralelos a la entrevista, lo cual desvirtuaría el análisis. Sin embargo, se mencionan los valores regionales totales (urbano más rural) con el propósito de dar una imagen global del proceso.

CUADRO 2.3: TIPO DE VIVIENDA EN EL AREA URBANA POR RESULTADO MUESTRAL, SEGUN DOMINIO

D O M I N I O	TOTAL	T I P O D E V I V I E N D A				N° DE CASOS
		Princi- pal	Suplemen- taria fuera	Suplemen- taria dentro	Dupli- cada	
TOTAL	100	91.3	3.7	4.2	0.8	6 815
NORTE	100	93.2	3.9	2.9	-	1 300
Auto-representado	100	89.0	3.9	7.1	-	434
No auto-representado	100	87.3	10.5	2.2	-	323
CENTRO	100	91.9	4.9	3.2	-	1 245
Auto-representado	100	89.2	4.4	6.4	-	314
No auto-representado	100	83.9	11.3	4.8	-	415
SUR	100	90.8	3.2	2.3	3.7	1 163
Auto-representado	100	87.6	5.9	6.5	-	340
No auto-representado	100	90.8	7.1	2.1	-	238
ORIENTE	100	88.6	4.3	6.2	0.9	1 315
Auto-representado	100	81.9	7.4	10.7	-	760
No auto-representado	100	98.4	1.6	-	-	61
LIMA METROPOLITANA	100	91.8	2.5	5.7	-	1 792

1/ Dominio: Categoría resultante de combinar regiones de planificación, áreas urbana y rural, y categoría de representación.

En principio, tenemos que a nivel nacional (urbano y rural) el 91.3 por ciento de las direcciones originaron viviendas ocupadas , lo cual es un valor que está dentro de las márgenes convencionalmente aceptados en la práctica para considerar eficiente un marco muestral de hogares. Más aún la preeminencia de las "suplementarias dentro" (no visibles) con respecto a las "fuera" que se supone visibles a un listador de un buen rasgo, aún cuando a nivel total esta diferencia no sea tan alta.

La distribución regional muestra algunas características globales generales de las viviendas (direcciones) en el Perú. En la región norte las tasas son mejores, por cuanto allí la población se concentra en zonas con poco declive mientras que en un nivel intermedio se encuentran las regiones centro, sur y Lima Metropolitana, dejando la tasa más baja (88.6) para la región oriente, en donde la movilidad de las viviendas (por crecientes de los ríos) y su temporalidad (por ser en alta proporción construidas con madera y techo de palmera), es bastante notable.

Se notará, además, que mientras en el norte las tasas entre las auto-representadas (ciudades mayores) y las no auto-representadas (ciudades menores) son similares, en el centro el listado de las UPM's auto-representadas es más eficiente (las no auto-representadas tienden a tener una gran dispersión, aun en las áreas denominadas "urbanas" por el pre-censo). En el sur las ciudades mayores tienen menor cobertura, debido a la conocida dificultad del listado en ciudades como Puno, Juliaca, Cuzco e inclusive de Arequipa. Finalmente, en el oriente se ubican las más caracterizadas zonas inundables: Belén en Iquitos, Barrio Iquitos y la Hoyada en Pucallpa, también aunque en menor medida las zonas bajas de Nauta, Requena y Contamana.

En suma, podríamos inferir que existe un comportamiento "esperado" en el marco respecto a su cobertura en la inclusión de las viviendas existentes.

2.6.2 Las pérdidas de direcciones

Establecido el total de direcciones (incluyendo las viviendas suplementarias) el proceso del trabajo de campo hace variar la muestra disminuyendo "direcciones" por diferentes razones. Al final de este proceso es que se establece el número de viviendas que deben entrevistarse (Cuadro 2.4).

Ahora bien, dichas pérdidas pueden clasificarse en dos grandes grupos claramente definidos:

- a) Las pérdidas que son variaciones debidas a errores de listado o modificaciones del mismo, pero en las que no existe población, y por lo tanto son simplemente un problema de "limpieza" del marco, en tanto no alcancen un nivel elevado que haga pensar en un sesgo de selección. Estas pérdidas son las originadas por las siguientes causas:
 1. Es vivienda desocupada
 2. No residencia habitual (desocupada la mayor parte del año)
 3. En construcción o derruida
 4. Puerta falsa
 5. No es vivienda (establecimiento o acceso a interiores)
 6. Otras (defecto en la selección, por ejemplo)

- b) Las pérdidas de viviendas que se sabe positivamente que están ocupadas, y que por lo tanto son pérdidas de población, lo cual sí afecta a las tasas de respuesta. Las razones consideradas son:
 1. Rechazo de los ocupantes
 2. Ausencia de los ocupantes
 3. No ubicadas
 4. Otros

Puede apreciarse en el Cuadro 2.4 lo referente a razones de pérdidas de vivienda.

CUADRO 2.4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS VIVIENDAS SELECCIONADAS POR ENTREVISTA SEGUN REGIONES

REGIONES	TOTAL	VIVIENDAS NO ENTREVISTADAS							
		Total	Sin Ocupantes						
			Total	Deso- cupa- da	No Resid. Habit.	En Construc. Derruido	Puerta Falsa	No es Vivien- da	Otro <u>1/</u>
TOTAL	100	15	12	4	4	1	1	1	1
Norte	100	12	11	3	4	2	1	1	0
Centro	100	19	15	5	5	0	2	2	2
Sur	100	25	17	6	8	2	1	1	0
Oriente	100	10	8	2	2	1	1	1	1
Lima Metrop.	100	11	4	3	2	1	1	1	1

(Conclusión)

REGIONES	VIVIENDAS NO ENTREVISTADAS					VIVIENDAS ENTREVIS- TADAS
	Con Ocupantes					
	Total	Rechazo	Ausente	No Ubicable	Otro <u>2/</u>	
TOTAL	3	0	1	1	1	85
Norte	1		1	0	0	88
Centro	3	0	1	0	2	81
Sur	7	1	2	0	4	75
Oriente	2		0	0	2	90
Lima Metrop.	2	1	0	1	0	89

1/ Zona abandonada por habitantes debido a reuqías, etc.

2/ El informante no es el adecuado

En primer lugar es notorio que las pérdidas que no afectan las estimaciones de población son bastante mayores -en proporción de cuatro a uno- que las pérdidas que pudieran estar afectando a dicha estimación. Es cierto también que las viviendas perdidas son más que las incrementadas por la vía de inclusión de las viviendas suplementarias, lo cual hace que finalmente disminuya el tamaño de la muestra propuesto inicialmente, así: de 6,221 viviendas principales, las viviendas ocupadas terminaron siendo 5,778, es decir el 92.9 por ciento lo que también es muy frecuente en las encuestas de hogares. La superación del 90 por ciento puede evaluarse como una estabilidad bastante aceptable del marco muestral.

La mayor causa de pérdida de "direcciones" en esta muestra, fue la no residencia habitual en la vivienda seleccionada por sobre las viviendas desocupadas, que generalmente suelen ser la mayor fuente de decremento. Esta característica refleja claramente la connotación rural del diseño de la encuesta y la auto-ponderación de las ciudades menores (UPM's no auto-representadas) dentro de cada selección. En efecto, es en estas zonas, en las que principalmente por la actividad agrícola y ganadera, las familias suelen establecer viviendas adicionales que faciliten su estancia en las épocas del año en que dichas actividades demandan su fuerza de trabajo.

En cuanto a las pérdidas de viviendas con población entrevistable, la más alta proporción se da a nivel nacional, mediante el rubro "Otros". La razón, es la inclusión en dicho título de algunas unidades secundarias íntegras que no se pudieron entrevistar por hallarse en zonas del país que se encontraban afectadas por alteraciones de orden público o fueron inaccesibles.

Los tres dominios que más viviendas perdieron -por causa de todas las razones- son el centro no auto-representado urbano, el sur auto-representado rural y el sur no auto-representado rural. Los dominios menos afectados han sido el oriente auto-representado rural, el norte auto-representado rural y el centro auto-representado rural.

- 2.6.3 Las tasas de respuesta en las diferentes unidades de selección. Finalmente, se presenta las tasas de respuesta desagregadas en cada uno de los niveles definidos por las etapas de selección (Cuadro 2.5).

En cuanto a las unidades primarias, que serían las pérdidas más graves, se produjo solamente un caso excepcional en la UPM Marcona, que no tuvo selección de USM's. Ello se debió a que el valor de arranque aleatorio fue bajo.

CUADRO 2.5, RESULTADO DE LA ENCUESTA, POR DOMINIO

DOMINIO	USM			VIVIENDAS			MEF		
	Selecc ciona das	Entre vista das	TR (%)	Ocupa das	Entre vista das	TR (%)	Selecc ciona das	Entre vista das	TR (%)
TOTAL	718	703	97.9	5 985	5 778	96.5	6 700	6 437	96.1
NORTE									
Auto-rep. urbano	48	48	100.0	392	387	98.7	527	503	95.4
Auto-rep. rural	4	4	100.0	32	32	100.0	35	33	94.3
No auto-rep. urbano	39	39	100.0	259	256	98.8	268	253	94.4
No auto-rep. rural	43	43	100.0	468	465	99.4	448	421	94.0
CENTRO									
Auto-rep. urbano	37	36	97.3	272	264	97.0	324	307	94.7
Auto-rep. rural	5	5	100.0	40	40	100.0	40	39	97.5
No auto-rep. urbano	46	45	97.8	286	282	98.6	251	242	96.4
No auto-rep. rural	39	36	92.3	440	413	93.9	372	365	98.1
SUR									
Auto-rep. urbano	38	38	100.0	280	275	98.2	338	325	96.2
Auto-rep. rural	11	10	90.9	79	72	100.0	66	65	98.5
No auto-rep. urbano	30	29	96.7	176	173	98.3	145	139	95.9
No auto-rep. rural	43	37	86.0	418	349	83.5	263	254	96.6
ORIENTE									
Auto-rep. urbano	78	78	100.0	683	682	99.8	916	902	98.5
Auto-rep. rural	21	21	100.0	219	219	100.0	245	243	99.2
No auto-rep. urbano	9	9	100.0	51	51	100.0	47	47	100.0
No auto-rep. rural	23	17	91.3	253	253	90.5	251	242	96.4
LIMA METROPOLITANA	204	204	100.0	1 637	1 537	97.1	2 164	2 057	95.0

Observando el cuadro de las tasas de respuesta de las USM's se concluye, primeramente, que su tasa de respuesta es bastante alta (97.9 por ciento). Las pérdidas que se produjeron se concentran mayormente en los dominios de la región centro no auto-representado rural y sur no auto-representado rural, en las cuales se dieron pérdidas de tres y seis UPM's respectivamente. Las causas fueron como se ha mencionado al comentar las variaciones en el tamaño de la muestra, la alteración del orden público y la inaccesibilidad de ciertas áreas. La no respuesta en tales casos, fue tratada a través de reemplazos con las USM's de mayor afinidad demográfica.

Con respecto a las viviendas, las tendencias están fuertemente determinadas por la no entrevista de las USM's. Así, los dominios centro y sur no auto-representado rural tienen las tasas de 93.9 por ciento y 83.5 por ciento, es decir, entre las tasas más bajas de la distribución. En contraposición, las tasas más altas de respuesta para las unidades de vivienda se dan en los dominios norte auto-representado rural, oriente auto-representado rural y oriente no auto-representado urbano, en donde una vez fijada la cantidad de viviendas ocupadas, se logró entrevistar a todas (100 por ciento de respuesta).

En lo que se refiere a las tasas de respuesta de las MEF's, se observa que la tasa a nivel nacional es de 96.1 por ciento; como tasas menores, el 94.0 por ciento corresponde al norte no auto-representado rural y el 94.3 por ciento al norte auto-representado rural. Inversamente, las tasas más altas son las del oriente no auto-representado urbano (100 por ciento) y el oriente auto-representado rural (99.2 por ciento).

Es cierto que estas tasas reflejan -además de dificultades tales como la calidad de listado, el material cartográfico o facilidad de las entrevistadoras para ubicarse- la mayor asequibilidad de la población, especialmente de la región oriente.

Lo relevante de este panorama general es la alta tasa de respuesta finalmente obtenida a nivel nacional, 92.8 por ciento, calculada como el producto de la tasa de respuesta de las viviendas y la tasa de respuesta de las MEF's. Esta alta tasa, disminuye la relevancia de las causas de no respuesta de las MEF's en cada uno de los dominios.

2.7 Calidad de la Información

Uno de los objetivos principales de toda investigación estadística es obtener datos válidos y confiables, es decir, se busca dentro de lo posible, una alta calidad. Existen diversos factores que intervienen en aquella. Algunos de tales factores ya han sido revisados en páginas anteriores (la muestra, el cuestionario y la capacitación de las entrevistadoras). A continuación se hará referencia a la crítica y codificación manual y a la crítica mecanizada. Cabe señalar que además de los factores señalados -que pueden ser controlados, al menos parcialmente- existen otros más difíciles de manejar, como la memoria de las entrevistadas, su actitud de colaboración y su nivel educativo.

Una vez que la información fue recogida, se procedió a revisarla y corregirla de acuerdo a ciertas pautas uniformes. El primer control lo efectuó la propia entrevistadora antes de abandonar la vivienda, cuando revisaba una secuencia de preguntas principales de acuerdo a un esquema establecido. El segundo control lo realizó la supervisora, inspeccionando más estrictamente el cuestionario. Además de revisarlo la supervisora se aseguraba regularmente -con ayuda del auxiliar de muestreo en caso de ser necesario- que la entrevistadora hubiese visitado la vivienda y seleccionado correctamente a la mujer entrevistable. Si en este proceso la supervisora encontraba errores u omisiones podía decidir una nueva visita a la vivienda con el fin de corregir la falta. Luego, el cuestionario llenado se remitía a la oficina central.

2.7.1 La crítica y codificación manual

Las labores que comprendió esta etapa fueron: recepción del material, codificación y crítica. Al momento de recibir el material de la encuesta, procedente del campo se verificaba que el material correspondiente a cada UPM y a cada USM, estuviera completo. Luego, a cada UPM se le asignó una Hoja de Control donde se registraba las USM's que la conformaban, y, dentro de ellas, el número de viviendas principales y suplementarias, de viviendas entrevistadas, de mujeres entrevistables y de mujeres entrevistadas. Luego se procedía a revisar la identificación de cada cuestionario.

En la ENPA se estableció el criterio de efectuar la codificación y luego la crítica -puesto que las respuestas ya se encontraban precodificadas- con el fin de proceder a la digitación, evitando el proceso de codificación intermedia, aunque tradicionalmente en nuestro ambiente estadístico, el orden de las tareas ha sido inverso en este tipo de labores.

La codificación se llevó a cabo con las normas y pautas expuestas durante el cursillo de entrenamiento y, principalmente, las orientaciones y procedimientos indicados en el "Manual de Crítica-Codificación". Las tres tareas principales fueron las siguientes: llenar las hojas de control; remarcar las respuestas (registradas dibujando una pequeña circunferencia alrededor del código que representaba la respuesta declarada por la entrevistada), y conformar un código para las respuestas correspondientes a preguntas abiertas, en base al libro correspondiente anexo al manual de crítica-codificación. Durante los primeros días dicho libro fue ampliado cuando obtuvieron una alta frecuencia de respuestas no consideradas previamente.

Terminado el proceso de codificación de los cuestionarios correspondientes a cada USM, estos eran entregados al personal preparado para la crítica. Su tarea principal consistió en revisar la consistencia de las respuestas y verificar que no existieran errores u omisiones en las respuestas. Esta revisión, como en el caso de la codificación se efectuaba de acuerdo a pautas pre-establecidas y eran uniformes para todos los críticos.

2.7.2 La crítica mecanizada

Concluida la crítica manual, los cuestionarios fueron entregados a la Oficina de Informática con el fin de procesar automáticamente la información.

Considerando la entrada mecanizada de los datos, al diseñar los cuestionarios, el cuestionario del hogar fue dividido en dos "registros", el cuestionario individual lo fue en tres. Los "registros" pertenecientes al cuestionario del hogar fueron numerados como 1 y 2, y los del cuestionario individual, 3, 4 y 5. En los "registros" 1, 2 y 3 se encuentra la identificación del cuestionario individual.

Posteriormente la información fue digitada y grabada en la cinta. La información fue sometida, entonces, a un procedimiento de verificación de su consistencia, que abarcó tres fases:

- a) En la primera consistencia se efectuaba las siguientes: que no hubiera repetición de identificaciones, que los registros se encontrasen en orden, que la identificación del cuestionario coincidiera con la identificación de la vivienda, etc. Luego que dicha información fue verificada, se conformó tres archivos: el primero con la información muestral de la vivienda, el segundo, con la información acerca de los miembros del hogar, y el tercero con la información del cuestionario individual.

- b) La segunda consistencia fue la más importante para la información del cuestionario individual. Consistió en efectuar las verificaciones señaladas en el manual de consistencia mecanizada. Los tipos más importantes de controles efectuados fueron: la consistencia de rangos y las secuencias de preguntas aplicables según los casos.
- c) Finalmente se realizó la tercera consistencia, llamada de archivo. Consistió en emitir un listado de frecuencias con los valores correspondientes a cada pregunta, y luego verificar que no existiesen valores fuera del lugar o que faltase aquellos.

En cada fase, luego de efectuar las verificaciones correspondientes, se emitía un listado con aquellos registros en los que se detectó errores. Estos fueron corregidos mediante una crítica particular y luego modificados en el archivo de la cinta magnética.

2.8 Elaboración de la Información

En esta etapa se procedió a la construcción de indicadores e índices a base de la información proporcionada por el cuestionario; así como se preparó las tablas y cuadros estadísticos requeridos para el análisis de la información.

Luego se reagruparon las variables para dar lugar a otras más agrupadas.

Las variables más significativas fueron las siguientes:

- Área de Residencia. Comprende tres categorías:
 - Lima Metropolitana
 - Resto Urbano
 - Rural

La categoría Lima Metropolitana incluye tanto las entrevistas urbanas como las consideradas "rurales". Sin embargo, estas últimas solamente constituyen el 1 por ciento de las entrevistas efectuadas en el área correspondiente a las Provincias de Lima y Callao.

- Región Natural. Comprende las siguientes categorías:
 - Lima Metropolitana
 - Resto Costa
 - Sierra
 - Selva

Como región "Costa" se ha definido las UPM's de los departamentos litorales que se encuentren bajo los 2,000 metros de altitud; región Sierra, a partir de los 2,000 metros s.e.n.m., y la región Selva las que estén ubicadas en la zona amazónica bajo los 2,000 metros de altitud.

La región "Resto de Costa" excluye a Lima Metropolitana, la que por su importancia se la considera en una categoría independiente.

- Región de Planificación.

De acuerdo a los criterios asumidos para la muestra, se han definido las regiones de la misma manera.

- Ingresos Familiares. Que comprende las categorías siguientes:
 - Menos de 30,000 soles
 - 30,000-49,999 soles
 - 50,000-99,999 soles
 - 100,000 a más soles
 - No respuesta

Los soles están a precios corrientes de 1981.

- Educación. Comprende las siguientes categorías:
 - Analfabetas
 - Con primaria incompleta
 - Con primaria completa
 - Con secundaria y más

Para definir las categorías correspondientes se tomó en cuenta la equivalencia que existe entre los grados del sistema antiguo y el sistema reformado de la educación.

- Exposición al riesgo de embarazo. Comprende las siguientes categorías:
 - No expuestas por embarazo
 - No expuestas por esterilización como método anticonceptivo
 - No expuestas porque no hacen vida conyugal
 - No expuestas porque son infértiles
 - Expuestas

En aquellos en que la mujer participa de más de una característica de no-exposición se prefiere de acuerdo al orden señalado.

- Tamaño deseado de familia. Comprende:
 - Desea más hijos
 - Está conforme con los hijos que tiene
 - Tiene más hijos de los deseados
 - No determinado

Este indicador es resultado de comparar el número de hijos deseados por la mujer entrevistada y el número de hijos actualmente vivos.

- Conoce al menos 1 método anticonceptivo. Categorías:
 - Conoce al menos 1 método
 - No conoce método alguno

Este indicador es utilizado cuando se quiere establecer el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos.

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS

En el presente capítulo se pretende delinear algunas características demográficas y sociales de la población femenina entrevistada en la ENPA, que permitan interpretar los resultados relacionados con la fecundidad, mortalidad y conocimiento, uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos, obtenidos a partir de la información proporcionada por la Encuesta. Aquellos se analizan en los capítulos subsiguientes.

En primer lugar se anotan datos relativos a la distribución espacial y la estructura por sexo y edad de la población total, luego se continúa con algunos apuntes acerca de la estructura por edad y algunas características sociales de las entrevistadas (tales como la educación, condición de actividad económica e ingresos familiares mensuales), y se concluye con el estado conyugal y la exposición al riesgo de embarazo de éstas.

La población del Perú se caracteriza por tener una gran proporción de menores de 15 años (Cuadro 3.1), según la ENPA esta categoría incluiría al 43 por ciento de la población. De otro lado, una proporción relativamente mayor de población (53 por ciento) comprendería a las personas en edad de trabajar (15 a 64 años), restando una proporción mínima de ancianos. Comparando la estructura relativa de la población según diversas fuentes entre 1972 y 1981, puede decirse que no ha variado significativamente, manteniéndose la importancia de los menores de 15 años. En este contexto, la población femenina en edad fértil constituye el 23 por ciento de la población total, siendo aquella la población sujeta a estudio.

CUADRO 3.1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DEL PAIS POR SEXO, SEGUN GRUPOS DE EDADES

GRUPOS DE EDADES	CENSO 1972 ^{a/}			ENAF 1977-78 ^{b/}			ENPA 1981 ^{c/}		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100
0-14	44	45	43	43	43	42	43	44	43
15-34	32	32	32	32	31	32	32	31	32
35-49	13	13	14	13	14	14	13	13	13
50-64	7	7	7	8	8	8	8	8	8
65 y más	4	3	4	4	4	4	4	4	4

^{a/} VII Censo Nacional de Población de 1972.

^{b/} ENAF, Informe General, pág. 8.

^{c/} ENPA, Cuestionario del Hogar.

Se han considerado tres criterios de diferenciación de la población femenina entrevistada de acuerdo a la distribución espacial, las áreas de residencia urbana y rural, las regiones naturales y las regiones de planificación.

La distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según los criterios mencionados se muestra en el Cuadro 3.2.

CUADRO 3.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL, REGIONES NATURALES Y REGIONES DE PLANIFICACION

AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES	MUJERES DE 15-49 AÑOS
AREAS URBANA Y RURAL	100
Lima Metropolitana	32
Resto urbano	41
Rural	27
REGIONES NATURALES	100
Lima Metropolitana	32
Resto Costa	28
Sierra	31
Selva	9
REGIONES DE PLANIFICACION	100
Lima Metropolitana	32
Norte	29
Centro	19
Sur	17
Oriente	3
N° de casos	6 437

3.1 Estructura por Edad de las Mujeres Entrevistadas

Para el procesamiento de la información de la edad se utilizó la "edad en años cumplidos". Sin embargo, con el fin de validar el dato, el cuestionario individual contempló las dos formas tradicionales de su recopilación: la edad en "años cumplidos" y la "fecha de nacimiento". El dato definitivo suponía una confrontación entre ambas respuestas.

Atendiendo a la estructura por edad, de la población femenina entrevistada en la ENPA, se observa que la mayor proporción se concentra en las edades más jóvenes: el 44 por ciento corresponde a la categoría de mujeres entre 15 y 24 años, mientras que solamente el 17 por ciento tiene 40 años o más (Cuadro 3.3).

Comparando la estructura por edad de las mujeres entrevistadas con la del Censo de 1972, se aprecia en general un alto grado de correspondencia. Según dicho censo, sin embargo, las mujeres entre los 15 y los 24 años tienen una participación del orden del 42 por ciento, ligeramente inferior a su par de acuerdo a la ENPA.

CUADRO 3.3: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS SEGUN GRUPOS DE EDADES

GRUPOS DE EDADES	CENSO 1972 <u>a/</u>	ENAF 1977-78 <u>b/</u>	ENPA 1981
TOTAL	100	100	100
15-19	23	25	23
20-24	19	20	21
25-29	16	15	15
30-34	13	11	12
35-39	11	11	12
40-44	10	9	9
45-49	8	9	8

a/ Población ajustada (considerando población omitida).

b/ INE, Informe General de la ENAF, pág. 193.

Si se descuenta la variación debida a errores de muestreo, ello puede estar indicando, en la ENPA, cierta sobreenumeración en el grupo de 20 a 24 años. Es posible que haya ocurrido una cierta transferencia de mujeres pertenecientes a las categorías adyacentes. En el resto de categorías, mientras tanto, se aprecia una mayor regularidad.

CUADRO 3.4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS POR GRUPOS DE EDADES SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES

AREAS Y REGIONES	TOTAL	GRUPOS DE EDADES							N° DE CASOS
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
TOTAL	100	23	21	15	12	12	9	8	6 437
AREAS URBANA Y RURAL									
Lima Metrop.	100	21	22	16	13	12	8	8	2 057
Resto urbano	100	25	21	14	13	12	9	6	2 718
Rural	100	21	18	16	11	13	11	10	1 662
REGIONES NATURALES									
Resto Costa <u>1/</u>	100	25	21	15	11	12	9	7	1 189
Sierra	100	21	19	5	12	13	11	9	1 466
Selva	100	29	19	13	14	12	8	5	1 725

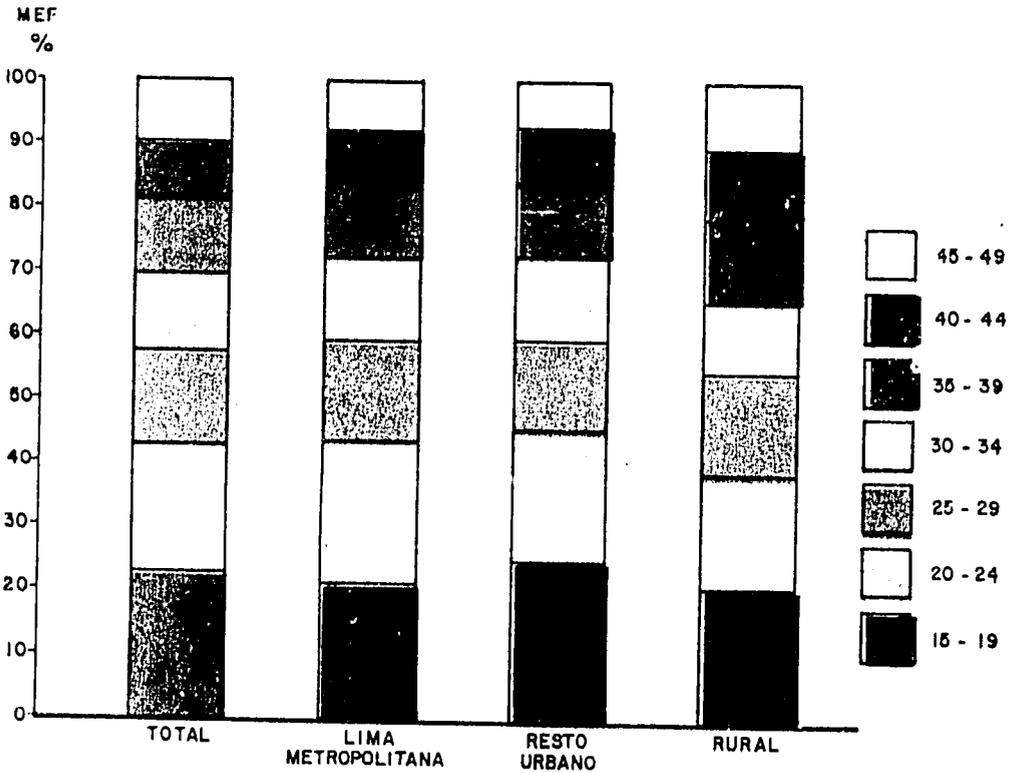
1/ Exluye Lima Metropolitana

Si observamos las estructuras de edades correspondientes a las mujeres entrevistadas de las regiones naturales en relación a la estructura del total de mujeres entrevistadas (Cuadro 3.4), encontramos que la composición de las entrevistadas en Lima Metropolitana muestra que el grupo de edad con mayor proporción corresponde al de 20 a 24 años.

El resto de la Costa (excluyendo Lima Metropolitana), la Sierra y la Selva presentan características bastante diferentes. La distribución menos concentrada corresponde a la Sierra, en donde la proporción de mujeres entrevistadas entre los 15 y 24 años es de 40 por ciento y la de mayores de 40 años es de 20 por ciento. En cambio, en la Selva, donde la población tiende a concentrarse en las edades más jóvenes, correspondiendo una participación del 48 por ciento a las mujeres entrevistadas cuyas edades se fluctúan entre los 15 y 24 años. En el intermedio se encuentra el resto de la Costa.

La estructura por edad, considerando las áreas urbana y rural, permite apreciar en Lima Metropolitana y el resto urbano una relativamente mayor proporción de mujeres jóvenes de 20 a 24 años que en el área rural, lo que estaría denotando el traslado de mujeres de ésta área a las anteriores, en particular hacia la capital del país. Como se ha señalado en el primer capítulo, ello es una característica de la migración en el Perú (Gráfico 3.1),

GRAFICO 3.1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



FUENTE: Cuadro 3.4

3.2 Nivel Educativo de las Mujeres Entrevistadas

Uno de los factores que ejerce influencia decisiva en los patrones del comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil es la educación. La conclusión más difundida es aquella que relaciona una tendencia declinante de la fecundidad con un aumento del nivel educativo de la población. En la ENPA se ha indagado también al respecto.

Para ello se utilizó un juego de tres preguntas a través de las cuales se obtuvo información de la asistencia escolar, el nivel alcanzado con el grado de educación aprobado y el analfabetismo funcional.

Como puede apreciarse (Cuadro 3.5), del total de mujeres entrevistadas, los componentes más importantes corresponden a las mujeres con educación secundaria y superior (45 por ciento) y a las mujeres analfabetas (22 por ciento).

CUADRO 3.5: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR NIVEL EDUCATIVO, SEGUN GRUPOS DE EDADES, REGIONES NATURALES Y AREAS URBANA Y RURAL

GRUPOS DE EDADES, AREAS Y REGIONES	TOTAL	N I V E L E D U C A T I V O				Nº DE CASOS
		Analfabetas <u>1/</u>	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria y más	
TOTAL	100	22	17	16	45	6 437
EDAD						
15-19	100	10	13	17	60	1 474
20-24	100	12	13	15	60	1 328
25-29	100	17	17	18	43	1 007
30-34	100	24	21	17	38	806
35-39	100	33	22	16	29	767
40-44	100	41	24	17	18	560
45-49	100	47	21	13	19	495
AREAS URBANA Y RURAL						
Lima Metrop.	100	6	13	16	64	2 057
Resto urbano	100	16	17	17	50	2 718
Rural	100	49	23	15	13	1 662
REGIONES NATURALES						
Resto costa <u>2/</u>	100	21	18	17	44	1 189
Sierra	100	37	18	14	31	1 466
Selva	100	27	26	21	26	1 725

1/ Incluye pocos casos de mujeres quienes no habiendo asistido a la escuela declararon saber leer.

2/ Excluye Lima Metropolitana.

Aparte de la posibilidad de que se hubiera producido una violenta reducción del analfabetismo en los últimos años, también es posible plantear algunas hipótesis que proporcionen luz a tales resultados. En primer término, la ENPA ha tomado en cuenta a las solteras, las cuales, en una proporción alta corresponden a los grupos de edad más bajos; éstos son precisamente los que menos tasas de analfabetismo presentan. En segundo lugar es esperable una mejoría en el nivel educativo de la población en general. Finalmente, es probable que las respuestas de las mujeres hayan estado influidas por el deseo de manifestar un mayor nivel educativo que el que realmente tenían.

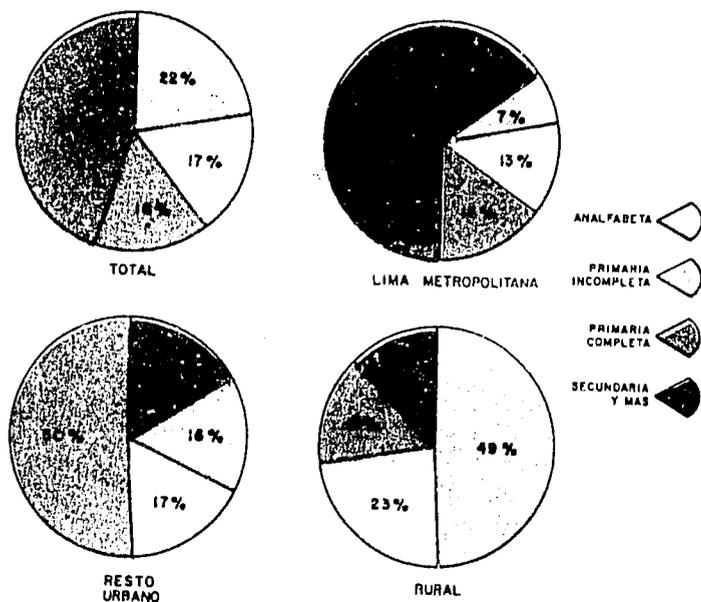
Considerando las áreas urbana y rural (Gráfico 3.2) se aprecia la alta proporción de analfabetas (49 por ciento) en el área rural, mientras que en el área urbana alcanza sólo el 16 por ciento.

El menor nivel de analfabetismo con el correspondiente alto nivel de secundaria y más, corresponde a Lima Metropolitana (Cuadro 3.5). En el otro extremo se encuentra la Sierra con el mayor nivel de analfabetismo (37 por ciento); le sigue la Selva con un 27 por ciento de analfabetas y finalmente el resto de Costa con el 21 por ciento.

Si atendemos a la proporción de mujeres con secundaria y más exceptuando Lima Metropolitana observamos que la mayor proporción relativa pertenece al resto de la Costa (44 por ciento), luego de la Sierra (31 por ciento) y finalmente la Selva (26 por ciento). En esta última región se aprecia una significativa participación de los grupos de mujeres con primaria incompleta (26 por ciento) y primaria completa (21 por ciento).

Resulta interesante también, observar que la mayor proporción de analfabetas corresponde a los grupos de edad mayores, mientras que la mayor proporción de mujeres con secundaria y más corresponde a las categorías más jóvenes

GRAFICO 3.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR EDUCACION, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



Un resultado adicional, respecto a la relación entre el nivel educativo de la mujer y el del cónyuge, es el hecho que la mujer tiende a unirse a un cónyuge de igual o mayor nivel educativo, siendo mucha menor la proporción del caso inverso. Esto responde a un conjunto de patrones culturales referentes al acceso de la mujer a los circuitos educativos.

CUADRO 3.6, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR NIVEL EDUCATIVO, SEGUN NIVEL EDUCATIVO DEL CONYUGE

NIVEL EDUCATIVO DEL CONYUGE	TOTAL	NIVEL EDUCATIVO DE LA MUJER			
		Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria y más
TOTAL	100	100	100	100	100
Analfabeto	7	21	3	1	10
Primaria incompleta	24	49	36	0	2
Primaria completa	23	22	32	37	10
Secundaria y más	46	8	29	52	88
N° de casos	3 925	992	818	722	1 313

3.3 Condición de Actividad de las Mujeres Entrevistadas e Ingreso Familiar

Es conocido que tanto el ingreso como la condición de actividad son dos factores que ejercen una influencia sumamente importante en la tendencia de la fecundidad y en la prevalencia del uso de anticonceptivos. Se ha tratado de confirmar esta afirmación con la información procedente de la ENPA. Para ello, se introdujeron dos preguntas en el cuestionario. La primera para indagar la condición de actividad de la mujer -considerando un período de referencia correspondiente al año anterior a la entrevista- y la segunda para obtener alguna información acerca de los ingresos familiares mensuales en moneda valorizada en 1981 (la suma de ingresos de quienes aportan a la economía familiar). Como la medición de estos factores requiere una metodología muy cuidadosa, los resultados obtenidos tienen un valor referencial y sólo permiten reforzar la estratificación de las mujeres.

De todas las mujeres entrevistadas, el 37 por ciento declaró haber trabajado en una actividad remunerada durante el año anterior a la entrevista (Cuadro 3.7). Tomando en cuenta la edad se comprueba que la proporción - más baja de mujeres que trabajaban se encuentra en el grupo de edad más joven (15 a 19 años); esto puede deberse a que todavía se encuentran en una etapa de preparación técnica y profesional y a que son restringidas las posibilidades de incorporarse a las actividades económicas.

CUADRO 3.7: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR CONDICION DE ACTIVIDAD SEGUN GRUPOS DE EDADES Y AREAS URBANA Y RURAL

GRUPOS DE EDADES Y AREAS URBANA Y RURAL	TOTAL	CONDICION DE ACTIVIDAD		N° DE CASOS
		Trabaja	No trabaja	
TOTAL	100	37	63	6 437
EDAD				
15-19	100	21	79	1 474
20-24	100	40	60	1 328
25-29	100	40	60	1 007
30-34	100	41	59	806
35-39	100	47	53	767
40-44	100	44	56	560
45-49	100	43	57	495
AREAS URBANA y RURAL				
Lima Metropolitana	100	43	57	2 057
Resto urbano	100	38	62	2 718
Rural	100	30	70	1 662

Según las áreas de residencia urbana y rural se observa que, frente al 37 por ciento de mujeres encuestadas en todo el país que trabajaron al año anterior a la entrevista, dicho nivel se eleva hasta el 43 por ciento en Lima Metropolitana y se reduce al 30 por ciento en el área rural, siendo el porcentaje del resto urbano similar al total nacional. Aquí es necesario considerar que el bajo nivel del área rural está encubriendo diferentes formas de trabajo que no son remunerados e, incluso, no son reconocidas como tales (Cuadro 3.7).

CUADRO 3.8: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS POR INGRESOS FAMILIARES, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES

AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES	TOTAL	INGRESOS FAMILIARES MENSUALES (en soles oro de 1981)				N° DE CASOS
		Hasta 29,000	30,000-49,999	50,000-99,999	100,000 y más	
		TOTAL	100	25	22		32	21	6 437
AREAS URBANA Y RURAL						
Lima Metropolitana	100	12	19	38	31	2 057
Resto urbano	100	20	22	35	23	2 718
Rural	100	50	24	19	7	1 662
REGIONES NATURALES						
Resto Costa 1/	100	18	25	37	20	1 189
Sierra	100	46	21	21	12	1 466
Selva	100	23	24	31	22	1 725

1/ Excluye Lima Metropolitana

El nivel de ingresos corrobora la observación de que el mayor número de mujeres en categorías de bajo ingreso está en la Sierra, luego en la Selva, seguidas por el resto de la Costa y Lima Metropolitana (Cuadro 3.8). Igualmente, según lugar de residencia se observa que en el área rural prácticamente el 50 por ciento de mujeres se encuentran ubicadas en la categoría más baja.

3.4 Estado conyugal

Para obtener el dato del estado conyugal de las entrevistadas se empleó un juego de tres preguntas que permitieron verificar el estado conyugal actual de aquellas mujeres que dijeron ser solteras y no lo son, fuere porque hubiesen tenido vida conyugal o porque la tienen actualmente.

Dichas preguntas permitieron obtener datos referentes a las siguientes categorías: casada, unida, divorciada, separada, viuda y soltera.

En general la ENPA da cuenta que el 60 por ciento de las mujeres está casada o unida, y el 32 por ciento es soltera. Según ENAF tales porcentajes fueron: casada o unida, 56 por ciento, y solteras, 37 por ciento. Aunque se hubiese podido esperar que una tendencia descendente de la fecundidad significara un progresivo aumento de la categoría de solteras, sin embargo, la observación de ambas encuestas muestran tendencias inversas. Este fenómeno puede deberse al distinto sistema de captación del dato, más que a una real diferencia.

CUADRO 3.9: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, POR ESTADO CONYUGAL, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES

AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES	TOTAL	E S T A D O C O N Y U G A L					Nº DE CASOS
		Casada	Unida	Divorciada y Separada	Viuda	Soltera	
TOTAL	100	43	17	6	2	32	6 437
AREAS URBANA Y RURAL							
Lima Metropolitana	100	44	11	6	1	38	2 057
Resto urbano	100	39	17	6	2	36	2 718
Rural	100	48	23	6	2	21	1 662
REGIONES NATURALES							
Resto Costa ^{1/}	100	40	17	5	2	36	1 189
Sierra	100	47	17	6	3	27	1 466
Selva	100	32	34	10	0	24	1 725

^{1/} Excluye Lima Metropolitana

La diferencia de las categorías de mujeres según estado conyugal, de acuerdo al área de residencia, es más resaltante: en el área rural el 71 por ciento de la población se encuentra casada o unida y el 21 por ciento, soltera; mientras que en el área urbana (excluyendo a Lima-Callao) son 56 y 36 por ciento respectivamente (Cuadro 3.9). Si se observan los resultados por regiones naturales, se aprecia que la proporción de casadas o unidas es casi igual en el resto Costa y en Lima Metropolitana y

mayor en la selva (66 por ciento). Cabe destacar que el porcentaje de convivencia en la selva es mayor que el correspondiente a las otras regiones naturales, inclusive que la del área rural. Asimismo, a diferencia de las demás regiones del país el porcentaje de mujeres convivientes es superior a las que viven en unión legal.

3.5 Exposición al Riesgo de Embarazo

Un estudio más profundo de la conducta reproductiva de la mujer es posible efectuarlo si se analiza el grupo de mujeres expuestas al riesgo de concebir. Como se sabe, la condición de "no soltería", por sí sola, no basta para determinar si una mujer está expuesta al riesgo de concebir. Sólo la condiciona en parte; porque en el transcurso de la vida conyugal existen períodos no susceptibles a la concepción como: el embarazo, el período de infertilidad post-parto (asociado generalmente con la lactancia), el período post-aborto y la infertilidad permanente.

CUADRO 3.10; DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO, SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES

CARACTERISTICAS	TOTAL	NO EXPUESTAS			EXPUESTAS
		Embarazadas	Esterilizadas	Infértiles	
TOTAL	100	13	5	12	70
GRUPOS DE EDADES					
15-19	100	34	0	.	66
20-24	100	21	0	1	78
25-29	100	15	2	2	81
30-34	100	14	5	3	77
35-39	100	8	9	7	76
40-44	100	6	8	27	59
45-49	100	0	6	62	31
ESTADO CONYUGAL					
Unidas	100	21	2	8	69
Casadas	100	10	5	14	71
NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
0	100	41	0	16	43
1 a 2	100	16	1	7	76
3 a 4	100	9	6	11	74
5 y más	100	8	7	19	66
AREAS URBANA Y RURAL					
Lima Metropolitana	100	9	5	13	73
Resto urbano	100	12	7	11	70
Rural	100	18	2	13	67

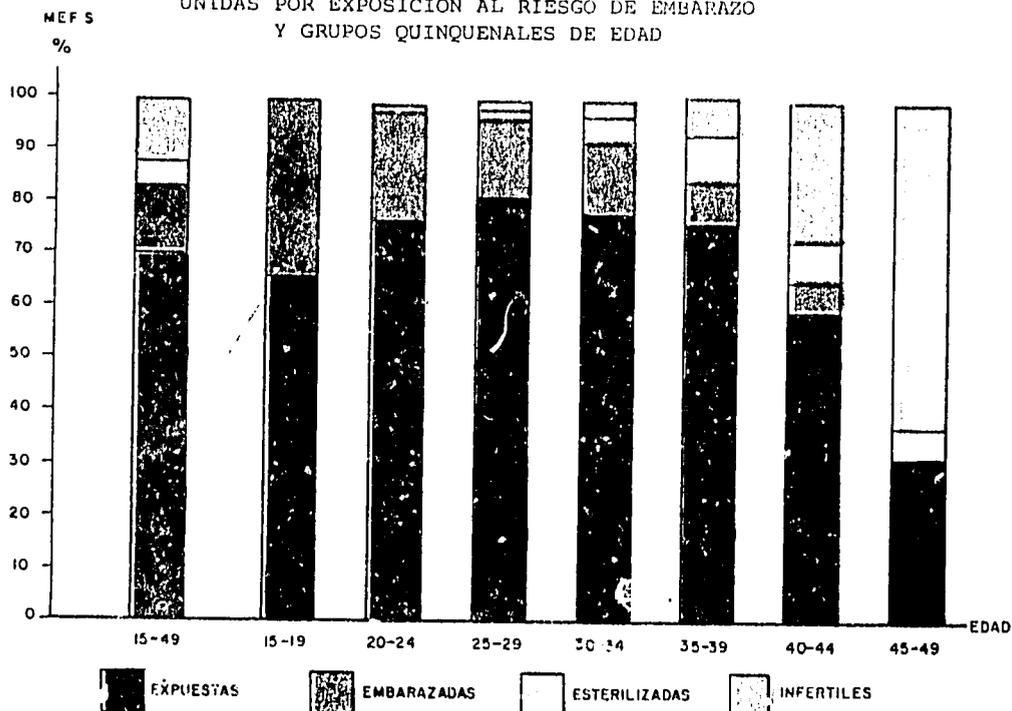
Para determinar entre las mujeres no solteras, aquellas que están expuestas al riesgo de concebir se consideraron en este estudio las siguientes causas de no susceptibilidad: embarazadas, esterilizadas (por método anticonceptivo), e infértiles (no embarazadas, actualmente unidas pero infértiles). Estos tres grupos son excluyentes entre sí. Las mujeres excluidas de estos grupos se consideran expuestas al riesgo de concebir, es decir, son quienes están actualmente unidas, no embarazadas, no esterilizadas y son fértiles.

La encuesta muestra que del total de mujeres actualmente unidas el 70 por ciento están expuestas a procrear, y el 30 por ciento restante está constituida por las no expuestas: 13 por ciento están embarazadas, 5 por ciento han sido esterilizadas y el 12 por ciento restante son infértiles.

En el Cuadro 3.10 se presenta la distribución porcentual de las mujeres no solteras según las variables o características que determinan la exposición al riesgo del embarazo.

Factores de tipo demográfico, como la edad de la mujer, y el número de hijos actualmente vivos, entre otros, determinan la exposición al riesgo de procrear. Puede verse (Cuadro 3.10 y Gráfico 3.3) que la influencia de las causas de no susceptibilidad -excepto el embarazo- aumentan con la edad. Calculando separadamente el porcentaje de embarazadas, resulta que es elevado en mujeres de 20 a 29 años, lo cual obviamente se debe a que entre esas edades se producen con mayor frecuencia las primeras uniones. Llama la atención sin embargo, la alta proporción de mujeres entre 40 y 44 años (59 por ciento) que declararon estar expuestas. Esta cifra podría estar sobreestimada, fundamentalmente por la no percepción, por parte de las mujeres, de la infertilidad biológica, aunque en el último grupo es ya bastante alta (68.2 por ciento).

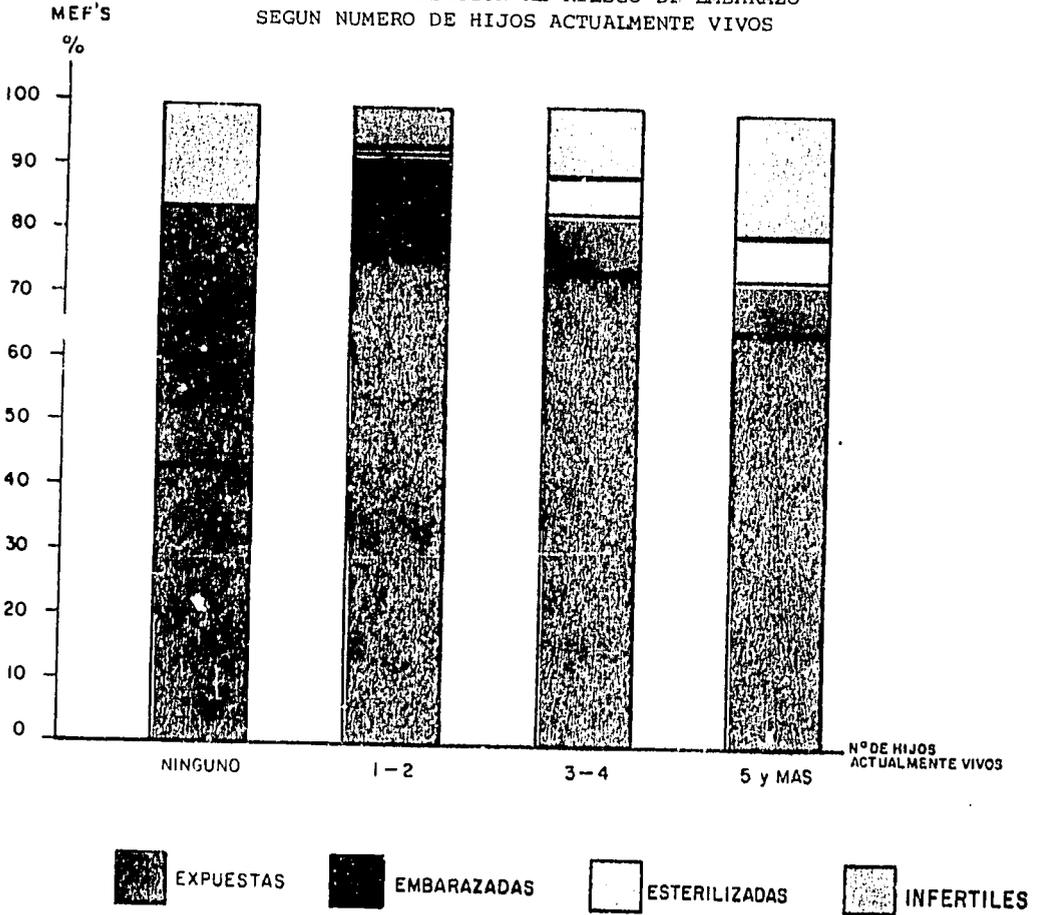
GRAFICO 3.3.: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD



FUENTE: Cuadro 3.10

Según el número de hijos actualmente vivos (Gráfico 3.4) la exposición al riesgo de embarazo presenta proporciones variables. La baja proporción (43 por ciento) de mujeres expuestas que no tienen hijos nacidos vivos se debe a la fuerte influencia (41 por ciento) de las actualmente embarazadas. Esta última cifra puede aún estar subestimada debido a que las mujeres embarazadas en su fase inicial, aún no conocen su estado de gravidez, o que reconociéndolo, no lo han declarado.

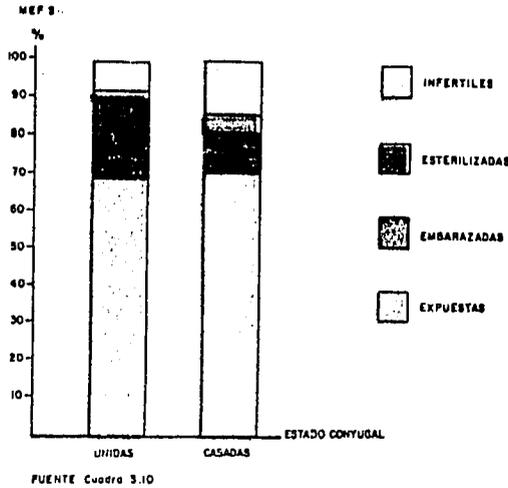
GRAFICO 3.4., DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS



FUENTE: Cuadro 3.10

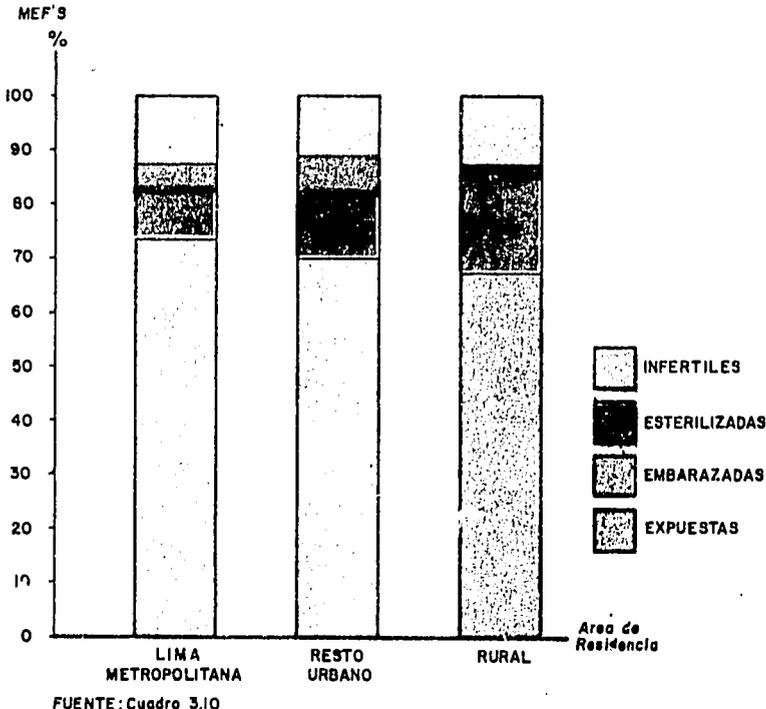
Según el estado conyugal (Gráfico 3.5) el porcentaje de mujeres unidas y casadas expuestas a embarazarse es muy parecido (alrededor del 70 por ciento). La causa principal de no susceptibilidad entre las unidas es el estar embarazadas actualmente, mientras que en las casadas es el de ser infértiles.

GRAFICO 3.5., DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO SEGUN ESTADO CONYUGAL



Respecto a las áreas urbana y rural la proporción de mujeres expuestas al riesgo de embarazo es bastante similar en los tres estratos de la población. Sin embargo, las causas difieren relativamente. En Lima Metropolitana la razón de no susceptibilidad más importante es la infertilidad (18 por ciento); en el resto urbano, a esta razón, se suma el embarazo actual. En el área rural, las causas son, en orden de importancia, el embarazo actual y la infertilidad (Gráfico 3.6).

GRAFICO 3.6., DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



RESUMEN

La estructura de la población del Perú no ha variado significativamente desde el Censo de 1972 hasta la fecha del levantamiento de la encuesta, manteniendo las características de población "joven" propia de aquellas poblaciones que se encuentran atravesando la fase de transición demográfica. La población femenina en edad fértil (mujeres cuyas edades oscilan entre los 15 y 49 años), constituye el 23 por ciento del total de la población total, aproximadamente, según los datos proporcionados por la ENPA.

La composición de la población femenina en edad fértil estaría influenciada por lo expuesto en el párrafo anterior; por consiguiente, la mayor proporción de mujeres está comprendida en los grupos de edades más jóvenes. Por otro lado, considerando su distribución espacial, dicha composición se encuentra afectada por la migración y la urbanización.

Entre todas las mujeres en edad fértil entrevistadas, el 45 por ciento declararon tener secundaria o más, y el 22 por ciento declaró ser analfabeta. Al parecer la información correspondiente a secundaria y más estaría sobrestimada. Como era de esperarse, según datos ya existentes, los niveles de analfabetismo son más altos entre las mujeres en edad fértil, en las áreas rurales y en la Sierra.

De todas las mujeres, el 37 por ciento declaró haber trabajado en una actividad remunerada durante el año anterior a la entrevista. La incorporación de las mujeres en las actividades remuneradas aumenta de acuerdo a la edad, hasta los 39 años, luego tiende a declinar.

Según la ENPA, el 60 por ciento de mujeres está casada o unida consensualmente, y el 32 por ciento está soltera. Entre las actualmente unidas, se estima que el 30 por ciento no se encuentra expuesta al riesgo de embarazo (13 por ciento están embarazadas, 5 por ciento han sido esterilizadas y el 12 por ciento restante son infértiles); el otro 70 por ciento están expuestas a procrear. La no susceptibilidad a la exposición aumenta con la edad en general, exceptuando la influencia del embarazo asociado a determinadas edades o regiones. El grupo de mujeres expuestas son las que tienen mayor importancia para el análisis de las pautas contraceptivas.

IV. FECUNDIDAD

Debido a la importancia del estudio de la variable fecundidad para comprender y explicar el crecimiento de la población peruana, antes de comentar las estimaciones logradas con la ENPA, se presentará brevemente su nivel y tendencias en el pasado. Con esto se espera brindar al lector una visión del proceso de cambio; es decir, del desenvolvimiento de esta variable en el tiempo.

La carencia de información censal, así como la ausencia de información confiable proveniente de los registros continuos, hace muy difícil calcular con precisión el nivel de la fecundidad antes de 1940. La técnica de las proyecciones retrospectivas y el análisis de las poblaciones estables han permitido conocer que el nivel de la fecundidad antes de 1940 se habría mantenido constante a un nivel alto, con una tasa bruta de natalidad (TBN) de 44 por mil 1/.

A partir de 1940 fecha del primer censo del presente siglo, la cantidad y la calidad de las fuentes de datos demográficos mejoró notablemente, en consecuencia el conocimiento de las variables demográficas mejoró también, particularmente el de la fecundidad que se enriqueció con los resultados de los censos de las décadas del 60, 70 y 80, y de por lo menos cuatro encuestas especializadas desde 1969 a la fecha 2/, incluyendo la ENPA.

En base a estos datos, la tasa bruta de natalidad (TBN) y la tasa global de fecundidad (TGF) en los diferentes años del período 1940-1981 habrían alcanzado los valores siguientes:

1/ Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD), "Informe Demográfico del Perú, 1970", Lima, 1972.

2/ Estas son: La Encuesta de Fecundidad Rural-Urbana y la de Aborto Inducido en Lima Metropolitana (PEAL-PECFAL) 1969-70. La Encuesta Demográfica Nacional (EDEN) 1974-75. La Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) 1977-78 y la Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (ENPA) 1981.

CUADRO 4.1: TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) PARA DISTINTOS AÑOS DEL PERIODO 1940 - 81, SEGUN DIVERSAS FUENTES

FUENTE	AÑO DEL CENSO O ENCUESTA	AÑO DE LA ESTIMACION	TBN	TGF
Censo	1940	1940	45.0	6.6 <u>a/</u>
Censo	1961	1961	45.4	6.9 <u>b/</u>
Encuesta PEAL-PECFAL	1969-1970	1968-1969	45.6	6.4 <u>c/</u>
Censo	1972	1972	41.4	6.1 <u>b/</u>
Encuesta EDEN	1974-1976	1975-1976	39.0	5.6 <u>d/</u>
Encuesta ENAF	1977-1978	1976-1977	38.5	5.3 <u>c/</u>
Encuesta ENPA	1981	1980-1981	37.2	5.2
Censo	1981	1980-1981	37.2	5.2 <u>b/</u>

1/ Las estimaciones de fecundidad obtenidas mediante el método indirecto de la razón P/F del profesor Brass corresponden al año anterior a la investigación porque la pregunta básica para los cálculos se refiere a los hijos tenidos en el último año.

a/ Ferrando, D. y Fernandez, R. "Estudio de Perú". Documento presentado al Panel de América Latina organizado por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, CELADE, Santiago de Chile, Julio 1979.

b/ Instituto Nacional de Estadística (INE), Boletín de Análisis Demográfico N° 25, "Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional 1950-2025", Lima.

c/ INE, "Tendencias Regionales de la Fecundidad" (en elaboración).

d/ INE, Encuesta Demográfica Nacional del Perú, Fascículo N 3, "La Fecundidad en el Perú: niveles, estructura y diferenciales 1975. Su tendencia reciente", Lima, 1978.

Las cifras del Cuadro 4.1 y el análisis de la fecundidad efectuado para la revisión de las proyecciones permiten afirmar que la fecundidad del país habría permanecido constante hasta más o menos 1965 con una TGF de alrededor de 6.9. El inicio del descenso de la fecundidad podría situarse en el quinquenio 1965-1970 3/.

Sin duda las estimaciones más sólidas se han logrado a partir de las encuestas especializadas, particularmente la EDEN, ENAF y últimamente la ENPA y el Censo de 1981. Estas tres fuentes han proporcionado estimaciones más recientes y más confiables de la TGF con valores de 5.6 para 1975-76, 5.5 para 1977-78 y 5.2 para 1980-81.

Las cifras evidencian claramente el descenso de la fecundidad en el Perú, que por período es: aproximadamente de un 12 por ciento entre 1961-1972 y de un 15 por ciento entre 1972-1981.

A partir de la información obtenida en la ENPA, se examina en primer término el resultado de los embarazos, luego para determinar el nivel de la fecundidad se analiza la fecundidad reciente, es decir aquella que corresponde al año anterior a la encuesta y la fecundidad retrospectiva. Por último se

3/ INE, Boletín de Análisis Demográfico N° 25, Op. cit.

analiza la fecundidad diferencial por áreas urbana y rural y para las cuatro regiones naturales consideradas: Lima Metropolitana, resto de Costa, Sierra y Selva. En los dos últimos puntos se comparan los resultados obtenidos en la ENPA con los provenientes de la EDEN y la ENAF.

Los datos básicos usados para efectuar las estimaciones del nivel de la fecundidad provienen de las preguntas contenidas en la Sección II del Cuestionario Individual de la ENPA. A las mujeres de 15 a 49 años de edad que declararon haber estado embarazadas alguna vez se les formuló, entre otras, preguntas relacionadas con:

1. El resultado de los embarazos
2. La fecha de nacimiento y sexo del último hijo nacido vivo
3. El número y sexo de los hijos nacidos vivos aún cuando alguno o algunos de ellos hubiesen fallecido o no vivieran con la madre al momento de la entrevista

Las respuestas relacionadas con el resultado de los embarazos conducen a comentar la frecuencia de los abortos, de los nacidos vivos y de los nacidos muertos. La segunda pregunta posibilita el conocimiento de la fecundidad reciente mediante las estimaciones de indicadores como la tasas específicas de fecundidad (${}_5f_x$), la tasa global de fecundidad (TGF) y la tasa bruta de reproducción (TBR). Mientras que la última pregunta permite examinar la fecundidad retrospectiva a través del promedio de hijos por mujer según grupos de edad, conocida como paridez media (P_i).

Al examinar los resultados de la ENPA no debe perderse de vista que proceden de una muestra muy pequeña (6 437 mujeres de 15 a 49 años) que puede estar afectada por errores muestrales o de otra índole (omisión, error en el período de referencia); por lo tanto, las estimaciones obtenidas son aproximaciones a la realidad que pueden variar en más o en menos según los errores mencionados.

4.1 Resultado de los Embarazos

En el Cuadro 4.2 se presenta en detalle el resultado de los embarazos de las mujeres de 15 a 49 años, para el total del país y según áreas geográficas.

Como era de esperarse, en todos los casos la mayor proporción de embarazos, (alrededor del 90 por ciento), terminan en nacimientos vivos. Cuando se analiza por áreas, llama la atención sin embargo, que el área rural presente un porcentaje mayor (92 por ciento) de nacidos vivos que el Área Metropolitana de Lima y Callao (87 por ciento), cuando es sabido que el tipo de atención a la gestante durante el embarazo y en el parto, tiene gran influencia para que la gestación concluya en un nacimiento vivo. En este sentido las mujeres del área metropolitana y de las áreas urbanas restantes tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios de salud, y por lo tanto podría esperarse un porcentaje mayor de nacidos vivos que en el área rural en donde las mujeres se ven obligadas a resolver la atención de su embarazo y parto por métodos tradicionales (folklóricos).

La misma Encuesta señala que el 86 por ciento de madres del área metropolitana ha recibido atención profesional en su último parto en tanto que en el área rural la atención sólo alcanzó al 20 por ciento.

CUADRO 4.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS EMBARAZOS Y PROMEDIO DE EMBARAZOS POR ENTREVISTADA, SEGUN RESULTADO DE LOS MISMOS, POR AREAS URBANA Y RURAL

AREAS Y RESULTADO DEL EMBARAZO	E M B A R A Z O S	
	Distribución porcentual	Promedio por entrevistada
REPUBLICA		
Total de embarazos	100	3.1
Nacidos vivos	90	2.8
Abortos	6	0.2
Nacidos muertos	1	0.0
Embarazo actual	3	0.1
LIMA METROPOLITANA		
Total de embarazos	100	2.4
Nacidos vivos	87	2.1
Abortos	10	0.2
Nacidos muertos	1	0.0
Embarazo actual	2	0.1
RESTO URBANO 1/		
Total de embarazos	100	3.0
Nacidos vivos	90	2.7
Abortos	7	0.2
Nacidos muertos	1	0.0
Embarazo actual	2	0.1
RURAL		
Total de embarazo	100	4.2
Nacidos vivos	92	3.9
Abortos	4	0.2
Nacidos muertos	1	0.0
Embarazo actual	3	0.1

1/ Excluye Lima Metropolitana

Sin embargo, en el caso de Lima Metropolitana, las cifras parecen reflejar que muchos embarazos, probablemente a consecuencia del aborto inducido, quedan impedidos de engrosar el número de nacidos vivos. En Lima, según las respuestas de las entrevistadas, el 10 por ciento de embarazos terminaron en abortos y en el área rural del país sólo el 4 por ciento. Existen evidencias clínicas, difícilmente comprobables por cierto, las cuales hacen sospechar que la incidencia del aborto sea mayor en el Perú y particularmente en las áreas urbanas. Pero como el aborto inducido está sancionado de acuerdo a los códigos penal y sanitario, es muy difícil captar este dato en las encuestas.

4.2 Estimación del Nivel de Fecundidad para el Total del País

4.2.1 Fecundidad reciente

La expresión "fecundidad reciente" o "actual" alude al nivel de esta variable en un período inmediatamente anterior a la investigación (por lo general, como en el caso que nos ocupa, un año). En

la Encuesta se pidió a las mujeres que indicaran la fecha de nacimiento de su último hijo a fin de estimar con mayor precisión los nacimientos ocurridos en los 12 meses anteriores a la entrevista. Por tal razón las estimaciones de la fecundidad reciente obtenidas con la ENPA corresponden al período 1980- 1981.

Las estimaciones de la fecundidad reciente, que a continuación se presenta, se basan en dos tipos de información, una referida a todos los nacimientos y la otra circunscrita a los primeros nacimientos.

a) Todos los nacimientos

Las tasas de fecundidad por edad presentadas en la columna 5 del Cuadro 4.3 consideran en el numerador a los hijos nacidos vivos en el año anterior a la encuesta según edad de la madre al momento de la entrevista y en el denominador a las mujeres del grupo de edad respectivo.

Como no se conoce la edad exacta de la madre al nacimiento del hijo y presumiendo que éstas eran en promedio seis meses más jóvenes al dar a luz que al momento de la entrevista, se efectuó el desplazamiento hacia atrás del medio año según la ecuación de regresión propuesta por un reconocido demógrafo, el Profesor W. Brass 4/. Las tasas observadas y desplazadas en medio año se presentan en la columna 9 del Cuadro 4.3.

No se examinarán los datos observados por cuanto a decir del mismo Profesor W. Brass, éstos no pueden ser tomados tal como se recogen, sino con una corrección previa.

El autor del método, señala que generalmente la información sobre fecundidad reciente está sesgada por errores que se reflejan principalmente a la ubicación en el tiempo de los nacimientos aun cuando la pregunta sea sobre la fecha de nacimiento del último hijo. Esto se debe a que un número importante de mujeres investigadas, no recuerdan la fecha del nacimiento de su último hijo, fijándose ésta por la entrevistadora. De tal manera que es necesario efectuar un ajuste de las tasas actuales acumuladas observadas (F_i) con la fecundidad retrospectiva (P_i)

Conforme a la técnica de ajuste se acepta el comportamiento de las tasas de fecundidad por edad, o sea la estructura de la fecundidad que se obtiene de los informes de nacimientos tenidos en el último año. El nivel es estimado eligiendo un factor de ajuste (P/F) que resulta de la relación entre la paridez media (P_i), es decir los hijos de toda la vida, con la fecundidad actual acumulada (F_i). Esta técnica ha atravesado por varias etapas de prueba con buenos resultados en países de Africa, Asia y América Latina.

4/ $f^*(i) = [1-w(i-1)]f(i) + w(i)f(i+1)$ citado en National Academy of Sciences Committee on Population and Demography "Demographic Estimation, A Manual on Indirect Techniques", Washington D.C. 1981.

CUADRO 4.3: APLICACION DEL METODO DE BRASS (P/F) PARA ESTIMAR LA FECUNDIDAD
(Todos los nacimientos)

GRUPOS DE EDADES	EDAD (1)	TOTAL DE MUJERES (MEF) $\frac{1}{1}$	HIJOS NACIDOS VIVOS (HNV) $\frac{1}{1}$	HIJOS DEL ULTIMO AÑO (HUA) $\frac{1}{1}$	PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS P(1)	TASAS $\frac{2}{1}$ DE FECUNDIDAD OBSERVADAS f(1)
		(1)	(2)	(3)	(4) = (2)/(1)	(5) = (3)/(1)
15-19	1	861 848.8	155 365.6	67 945.0	0.1803	0.0788
20-24	2	775 585.4	843 420.8	165 893.9	1.0875	0.2139
25-29	3	578 749.2	1 469 911.7	145 658.9	2.5398	0.2517
30-34	4	468 388.2	1 786 530.6	96 448.1	3.8142	0.2059
35-39	5	465 257.8	2 381 795.6	80 230.0	5.1193	0.1724
40-44	6	345 496.0	2 115 703.9	19 396.3	6.1237	0.0561
45-49	7	291 807.2	1 873 790.7	4 177.3	6.4213	0.0143
$\sum_{x=15}^{49} 5 f_x$						0.9931
TGF						5.0
TBR						2.4

(Conclusión)

GRUPOS DE EDADES	DESCENDENCIA ACTUAL AL FINAL DEL INTERVALO $\frac{0}{(1)}$	FECUNDID. ACTUAL ACUMULAD. F(1)	$W(1) \frac{2}{1}$	TASAS DE FECUNDIDAD DESPLAZADAS $\frac{3}{1}$ f'(1)	P(1)/F(1)	TASAS DE FECUNDIDAD AJUSTADA $\frac{2}{1}$ POR P_2/F_2 $\frac{f(1) = f'(1) \times P_2/F_2}{11 = (9) \times P_2/F_2}$
		(6)	(7)	(8)	(9)	10 = (4)/(7)
15-19	0.3940	0.1711	0.0722	0.0942	1.0538	0.1030
20-24	1.4635	0.9945	0.0992	0.2234	1.0935	0.2443
25-29	2.7220	2.2282	0.1153	0.2505	1.1398	0.2739
30-34	3.7515	3.3480	0.1141	0.2018	1.1392	0.2207
35-39	4.6135	4.3182	0.1818	0.1629	1.1855	0.1781
40-44	4.8940	4.7942	0.2471	0.0494	1.2773	0.0540
45-49	4.9655	4.9486		0.0108	1.2976	0.0118
$\sum_{x=15}^{49} 5 f_x$				0.9930		1.0858
TGF				5.0		5.4
TBR				2.4		2.6

- 1/ Cifras expandidas
- 2/ Coeficientes propios del método
- 3/ Tasas actuales

A continuación se efectuará un breve comentario a los valores P_i/F_i , es decir, la relación por cociente entre la fecundidad retrospectiva y la fecundidad actual acumulada.

La serie de valores de P/F (columna 10 del Cuadro 4.3), salvo el grupo de 30 a 34 años presenta una tendencia regular creciente conforme avanza la edad de las mujeres. Este comportamiento es un claro indicio de que en el Perú se está produciendo un descenso de la fecundidad. Si ésta hubiera permanecido constante, los valores de P_i/F_i serían constantes también y salvo por errores de muestreo o del período de referencia, o por omisión, no serían iguales a 1.

De la serie P_i/F_i se tomó como factor de corrección de las tasas de fecundidad desplazadas en medio año, el valor de P_2/E_2 . Esto significa apoyarse en un indicador de la fecundidad retrospectiva correspondiente a una cohorte de mujeres jóvenes y por tanto representativas de un nivel más reciente de la fecundidad. El ajuste efectuado condujo a una TGF de 5.4 hijos por mujer.

b) Primeros nacimientos

Esta variante del método P/F de Brass, presenta una alternativa para evaluar el grado de omisión que puede afectar a los nacimientos declarados en el último año. Para ello se compara la información de las mujeres que ya han tenido algún hijo con aquellas que declararon haber tenido su primer hijo durante el año anterior a la encuesta.

El nacimiento del primer hijo es un acontecimiento que la mujer tiene más presente, particularmente si ha ocurrido en el año anterior a la investigación, en tal sentido, la información de primeros nacimientos es por lo general, de mejor calidad que aquella referida a todos los nacimientos. Por consiguiente las estimaciones logradas en base a estos datos son más confiables.

El ajuste de las tasas de fecundidad desplazadas en medio año (columna 9 del Cuadro 4.3) por el factor de ajuste P_2/E_2 , conduce a un nivel de la TGF de 5.2 hijos por mujer y a una TBR de 2.5 hijas por mujer, aceptándose que estos valores habrían tenido vigencia en el período 1980-1981 (Cuadro 4.4). Por otro lado, el valor de F del mismo cuadro estaría indicando, según los datos de la fecundidad actual acumulada, que en el país el 83 por ciento de mujeres llegan a ser madres.

Obsérvese que el nivel de 5.2 de la TGF se ubica en el punto medio de las estimaciones logradas en base a la fecundidad observada (5.0) y a la ajustada (5.4) con el factor P_2/E_2 (Cuadro 4.3).

CUADRO 4.4: APLICACION DEL METODO DE BRASS P/F PARA ESTIMAR LA FECUNDIDAD (Primeros Nacimientos)

GRUPOS DE EDADES	EDAD (i)	TOTAL DE MUJERES (1)	TOTAL DE MADRES (2)	PRIMEROS NACIMIENTOS EN EL ULTIMO AÑO (3)	PROPORCION DE MADRES P ₁ (i) (4) = (2)/(1)	FECUNDIDAD DE PRIMEROS NACIMIENTOS f ₁ (i) (5) = (3)/(1)
15-19	1	861848.8	116759.7	47841.0	0.1355	0.0555
20-24	2	775585.4	420144.8	56850.9	0.5417	0.0733
25-29	3	578749.2	463127.6	12545.8	0.8002	0.0217
30-34	4	468388.2	425599.7	4887.4	0.9086	0.0104
35-39	5	465257.8	441722.5	0.0	0.9494	0.0
40-44	6	345496.0	327677.6	918.2	0.9484	0.0027
45-49	7	291807.2	276219.4	589.9	0.9466	0.0020

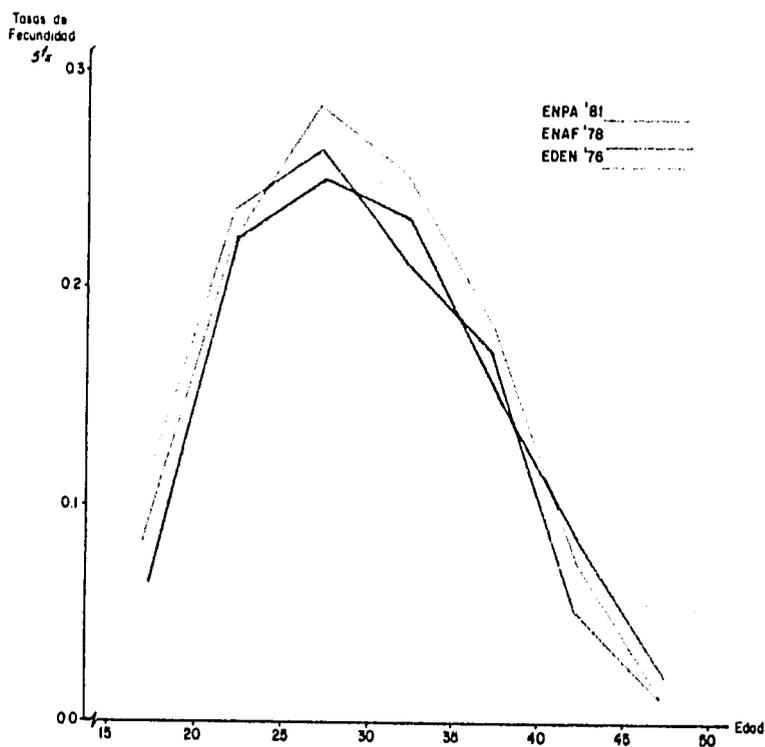
GRUPOS DE EDADES	$\phi_1(i)$ 1/ (6)	FECUNDIDAD ACUMULADA DE PRIMEROS NACIMIENTOS F ₁ (i) (7)	P ₁ (i)/F ₁ (i) (8) = (4)/(7)	TASAS DE FECUNDIDAD DESPLAZADAS f ⁺ (i) 2/ (9)	TASAS DE FECUNDIDAD AJUSTADAS f ₁ ⁺ (i) 3/ (10)	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TASAS
15-19	0.2775	0.1287	1.0528	0.0942	0.0989	9.5
20-24	0.6440	0.5159	1.0500	0.2234	0.2346	22.5
25-29	0.7525	0.7203	1.1109	0.2505	0.2630	25.2
30-34	0.8045	0.7907	1.1491	0.2018	0.2119	20.3
35-39	0.8045	0.8029	1.1825	0.1629	0.1710	16.4
40-44	0.8180	0.8099	1.1710	0.0494	0.0519	5.0
45-49	0.8280	0.8255	1.1467	0.0108	0.0113	1.1
$\sum_{i=1}^7 f_1^+ \times$				0.9930	1.0426	100.0
TGF				5.0	5.2130	
TBR				2.4	2.5	

- 1/ Coeficientes propios del método
- 2/ Tomadas de la columna (9) del cuadro 4.3
- 3/ $f_1^+(i) = f^+(i) \times (P_1(2)/F_1(2))$

Al comparar los resultados de la ENPA con los de la EDEN y la ENAF en el Cuadro 4.5 se observa que las dos primeras son bastante coherentes entre si. Las tasas de fecundidad de las mujeres de 25 años y más muestran una clara tendencia descendente. Los valores de estas tasas según la EDEN son superiores a los de la ENPA definiendo una curva de fecundidad para la primera que se ubica por debajo de la segunda (Gráfico 4.1). Las tasas de fecundidad de ENAF parecen no ser muy consistentes con las de las otras encuestas, al menos para los grupos de 15 a 19 años y 35 y más. Esto se puede deber a que en el caso de la ENAF, se han tomado los casos observados sin corrección; en cambio, en el de la ENPA y EDEN han sido ajustados mediante la técnica P/F ya citada.

La reducción progresiva de la altura alcanzada por la curva de fecundidad desde 1975 a la fecha -staría demostrando que el nivel de esta variable en 1980-81 es más bajo que el observado en 1975-76. El supuesto anterior cobra validez al observar la variación del nivel de la fecundidad medido a través de la tasa global de fecundidad (TGF) 5/ y de la tasa bruta de reproducción (TBR) 6/. Ambos indicadores acusan una disminución del orden del 7 por ciento entre las fechas indicadas al pasar la TGF de 5.6 a 5.2 y la TBR de 2.7 a 2.5.

GRAFICO 4.1: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA



FUENTE Cuadro 45

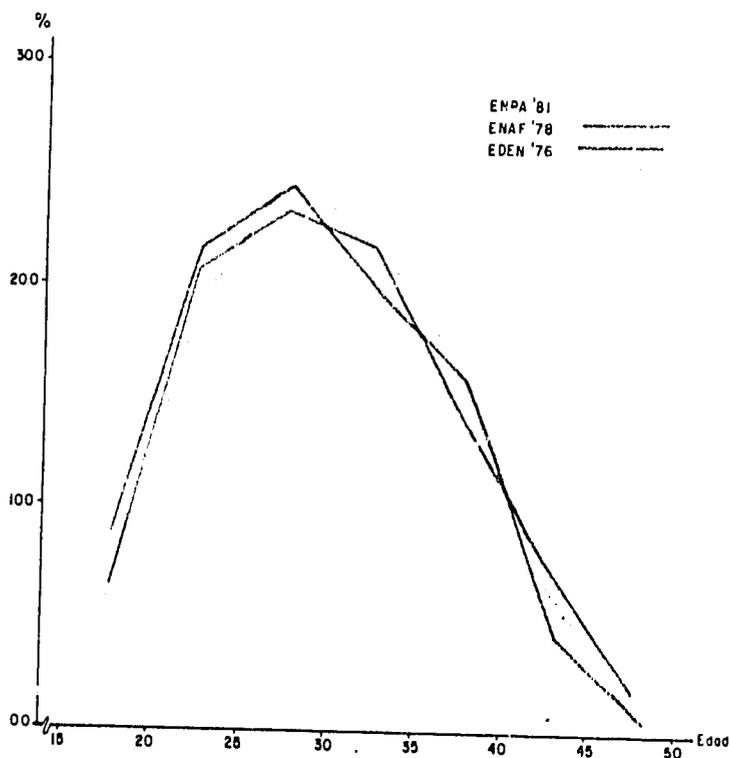
-
- 5/ TGF: Promedio de hijos nacidos vivos por mujer al término de su vida fértil, en el supuesto de que las tasas de fecundidad por edad se mantuvieran constantes y que las mujeres no fallecieran antes del término de su período reproductivo.
- 6/ TBR: Es el número de hijas que en promedio tendría cada mujer al término de su vida fértil, asumiendo que las tasas de fecundidad se mantuvieran constantes y que no estuvieran expuestas al riesgo de morir antes del término de su período reproductivo.

No obstante la disminución aludida, el nivel de la fecundidad del país continúa siendo elevado, sobre todo si lo comparamos con el nivel vigente en otros países de América Latina como Panamá (4.0), Colombia (3.8), Costa Rica (3.7), Argentina (2.9), Puerto Rico (2.8), Chile (2.8), Cuba (1.9), entre otros; aún cuando existen otros países con TGF superiores a la del Perú como por ejemplo, Bolivia (6.6), Nicaragua (6.6), Ecuador (6.3), Haití (6.0), El Salvador (5.8) y Guatemala (5.7), entre otros.

La distribución relativa de las tasas de fecundidad por edad muestra que la fecundidad del país tiene todavía una cúspide tardía, propia de los países con un nivel elevado de fecundidad, cuyo valor más alto (25 por ciento según la EDEN y la ENPA y, 24 por ciento según la ENAF) recae en el grupo de 25 a 29 años (Cuadro 4.5).

No obstante la persistencia de esta forma de la estructura de la fecundidad, el grado de concentración de las tasas específicas en los grupos de edades próximos a la cúspide está cambiando. Mientras la participación de las mujeres de 30 a 34 años ha disminuido del 22.7 por ciento en 1975-76 a 20.3 por ciento en 1980-81, la del grupo 20 a 24 años ha aumentado de 19.8 por ciento a 22.5 por ciento en el mismo período, provocando un cambio significativo en la estructura de la fecundidad que parece dirigirse a una cúspide temprana (Gráfico 4.2). Esto ha repercutido en una disminución de la edad media de la fecundidad que parece dirigirse a una cúspide temprana que pasó de 29.5 en 1975-76 a 29 en 1980-81.

GRAFICO 4.2: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA



FUENTE Cuadro 4.5

CUADRO 4.5. TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD AJUSTADAS CON UN FACTOR P/F DE PRIMEROS NACIMIENTOS

GRUPOS DE EDADES	TASAS DE FECUNDIDAD			DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS TASAS (por cien)		
	EDEN 1/	ENAF 2/	ENPA	EDEN	ENAF	ENPA
	15-19	0.0837	0.0680	0.0989	7.4	6.4	9.5
20-24	0.2221	0.2260	0.2346	19.8	21.4	22.5
25-29	0.2868	0.2540	0.2630	25.5	24.0	25.2
30-34	0.2555	0.2360	0.2119	22.7	22.4	20.3
35-39	0.1877	0.1590	0.1710	16.7	15.1	16.4
40-44	0.0761	0.0870	0.0519	6.8	8.2	5.0
45-49	0.0119	0.0260	0.0113	1.1	2.5	1.1
$\sum_{15-49} P_i$	1.1238	1.0560	1.0426	100.0	100.0	100.0
TGF	5.6	5.3	5.2			
TBR			2.5			

1/ INE, Encuesta Demográfica Nacional del Perú, Op. cit., pág. 13.

2/ INE, Encuesta Nacional de Fecundidad, Op. cit., pág. 145.

4.2.2 Fecundidad retrospectiva

La fecundidad retrospectiva será analizada a través de la paridez media, es decir, el promedio de hijos nacidos vivos por mujer según edad (P_i). La relación directa entre la paridez y la edad se aprecia en el Cuadro 4.6. Conforme avanza la edad de las mujeres el promedio de hijos aumenta. Según la ENAF y la ENPA, las mujeres peruanas entre los 15 y los 19 años no alcanzan en promedio a tener un hijo. A partir de los 25 años la paridez aumenta rápidamente hasta alcanzar un valor entre los 45 y 49 años (P_7) de 6.6 y 6.4 según ENAF y ENPA respectivamente. En general los valores de la paridez según ENPA son superiores a los de ENAF hasta los 30 años, a partir de esa edad hasta los 49 años son levemente inferiores. Estos cambios en la paridez media pueden interpretarse también como un aumento en la fecundidad precoz, hasta los 24 años digamos, y un descenso de los 25 años en adelante puesto que las parideces medias bajan a través del tiempo dando como resultado una disminución de la edad media de fecundidad de 30 a 29 años entre 1977 y 1980.

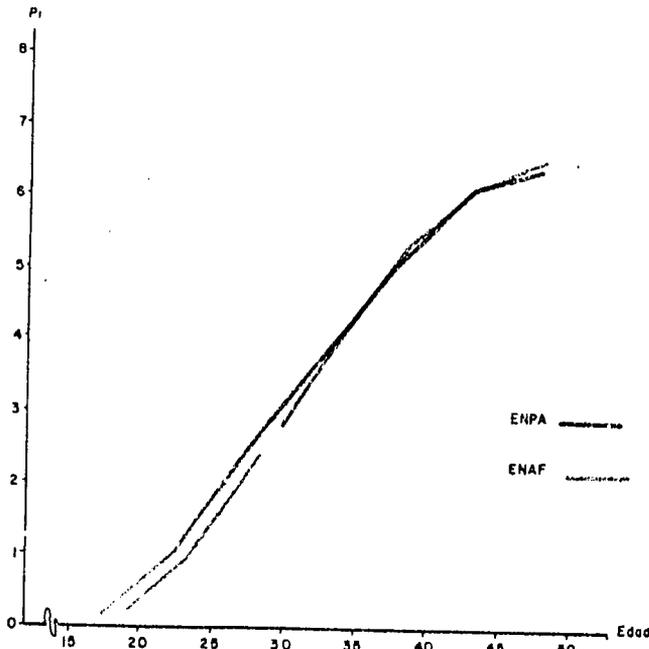
CUADRO 4.6: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS
POR MUJER (P_i) SEGUN LA ENAF Y ENPA,
POR GRUPOS DE EDADES

GRUPOS DE EDADES	PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER	
	ENAF 1977-78	ENPA 1981
15-19	0.2	0.2
20-24	1.0	1.1
25-29	2.5	2.5
30-34	4.0	3.8
35-39	5.4	5.1
40-44	6.2	6.1
45-49	6.6	6.4

El Gráfico 4.3 permite apreciar las diferencias comentadas. Las dos fuentes definen la clásica ojiva para el promedio de hijos nacidos vivos según edad de la mujer.

Al examinar las dos series de valores de la paridez media del Cuadro 4.6 se advierte que la fecundidad del país ha venido descendiendo desde hace por lo menos una década. En efecto, existe una declinación en el promedio de hijos a partir de los 30 años en adelante, y un ligero incremento de los valores de la paridez de los tres primeros grupos de edad. Esto puede atribuirse a que las mujeres prefieren tener sus hijos a edades más jóvenes y que a partir de los 30 años comienzan a controlar su fecundidad.

GRAFICO 4.3: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER
SEGUN EDAD DE LA MADRE (ENAF Y ENPA)



4.3 Fecundidad Diferencial.

Se ha mencionado en el punto 4.2.1 b) que la TGF del país de 5.2 hijos por mujer es aún elevada. Cabe preguntar, ¿es igualmente elevada en todos los sectores de la población? Los patrones reproductivos de las mujeres difieren según su lugar de residencia, su nivel de instrucción, su estado conyugal, entre otras características. En esta sección se abordarán tales aspectos.

4.3.1 Areas geográficas

a) Fecundidad reciente

Existe generalmente una relación inversa entre la fecundidad de las mujeres y el tamaño y características del lugar de residencia habitual. Cuanto más grande y urbanizado es el lugar donde residen es de esperarse que su fecundidad sea menor.

Lima Metropolitana que incluye a la capital de la República y al primer puerto tiene el nivel de fecundidad reciente más bajo del país. Según la ENPA su TGF en 1980-81 era de 3.2 hijos por mujer, con datos observados para la fecundidad del último año, la cual se eleva a 3.5 al ajustarla con los datos de la fecundidad retrospectiva (Cuadro 4.7). Este valor es coherente con el que proviene de la Encuesta Nacional de Fecundidad que para 1976-77 dio un valor de 4.1. El descenso de la fecundidad del área metropolitana entre 1976-77 y 1980-81 habría sido del orden del 17 por ciento.

CUADRO 4.7, LIMA METROPOLITANA, TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TASAS SEGUN ENAF Y ENPA

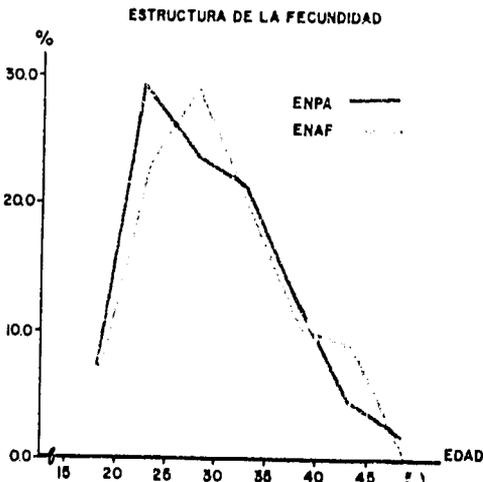
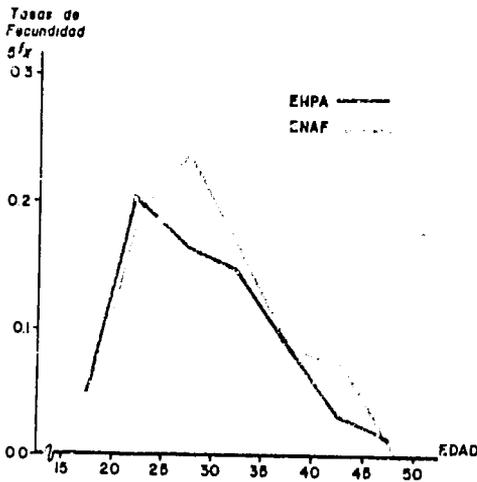
GRUPOS DE EDADES	ENAF 1977-78		ENPA 1981	
	fx	%	fx	%
15-19	0.0596	7.2	0.0497	7.2
20-24	0.1929	23.4	0.2042	29.6
25-29	0.2418	29.4	0.1643	23.8
30-34	0.1634	19.8	0.1465	21.2
35-39	0.0869	10.6	0.0846	12.3
40-44	0.0739	9.0	0.0303	4.4
45-49	0.0052	0.6	0.0107	1.5
$\sum_{x=15}^{49} f_x$	0.8237	100.0	0.6903	100.0
TGF	4.1		3.5	
TBR	2.0		1.7	

Las cifras del Cuadro 4.7 permiten apreciar que entre 1977 y 1981 se ha producido un cambio en la estructura de la fecundidad como lo representa el Gráfico 4.4. En efecto según ENAF el grupo 25-29 años contribuía con un 29.4 por ciento a la fecundidad de Lima Metropolitana, mientras que el grupo de 20 a 24 años lo hacía con el 23.4 por ciento. Según ENPA en cambio, las mujeres del grupo 20 a 24 son responsables de casi el 30 por ciento (29.6), de la fecundidad del Area Metropolitana de Lima y Callao, y las del grupo de 25 a 29 años del 23.8 por ciento.

La modificación en la concentración de las tasas ha producido una variación de la cúspide de la fecundidad, pasando de tardía en 1977-78 a temprana en 1981 con una consiguiente reducción del nivel de la fecundidad.

Al estudiar el comportamiento de la fecundidad de Lima Metropolitana con la información de los primeros nacimientos se ha podido determinar que en dicha área, alrededor del 75 por ciento de las mujeres llegan a ser madres. Este porcentaje parece ser un poco bajo. La aplicación del método P/F de Brass a los primeros nacimientos da una corrección del 19 por ciento a la TGF que pasa de 3.2 a 3.8, mientras que la aplicación de este método a todos los nacimientos, como se vio en el punto anterior, eleva la TCF observada en sólo 8.8 por ciento al pasar de 3.2 a 3.4. Es probable que la información de primeros nacimientos de Lima Metropolitana esté afectada por errores muestrales lo que la hacen poco confiable.

GRAFICO 4.4: DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (LIMA METROPOLITANA)



FUENTE: Cuadro 4.7

El nivel menor de la fecundidad de Lima Metropolitana contrasta con los niveles sensiblemente mayores del resto urbano del país y del área rural, sobre todo de esta última. En países de moderada y alta fecundidad se esperan diferencias importantes en los patrones de fecundidad entre las mujeres urbanas y rurales. En el Perú, país geográfico, social y económicamente disgregado, se da este comportamiento pues las mujeres del área rural tienen en promedio una fecundidad 44 por ciento más alta que las del área urbana y 32 por ciento más elevada que las del resto urbano.

Las diferencias se notan también en la distribución de las tasas por edad, es decir, en la estructura de la fecundidad. Mientras que en Lima la mayor concentración se da en el grupo 20-24, que aportan el 30 por ciento de la fecundidad, en el área rural, y en el resto urbano, la mayor contribución a la fecundidad es la de las mujeres de 25-29 años con el 25.1 por ciento y 26.5 por ciento respectivamente.

CUADRO 4.8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA BRUTA DE REPRODUCCION, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES NATURALES ENPA 1981

GRUPOS DE EDADES	AREAS				REGIONES NATURALES				
	URBANO			RURAL	COSTA			SIERRA	SELVA
	Total	Lima Metrop.	Resto 1/ urbano		Total	Resto 1/ Costa			
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
15-19	8.5	7.2	8.7	11.7	9.4	10.6	7.6	13.5	
20-24	26.0	29.6	23.9	17.4	26.1	23.3	18.7	22.7	
25-29	25.4	23.8	26.5	24.7	25.0	26.3	26.3	23.9	
30-34	20.2	21.2	19.2	21.5	18.4	16.0	23.5	16.6	
35-39	15.1	12.3	16.4	17.6	17.0	21.1	16.2	13.7	
40-44	4.3	4.4	4.3	5.5	2.9	1.8	6.4	6.2	
45-49	0.5	1.5	1.0	1.6	1.2	0.9	1.3	3.4	
TGF	4.5	3.5	5.5	8.1	4.1	5.1	7.3	8.0	
TBR	2.2	1.7	2.7	4.0	2.0	2.5	3.6	3.9	

1/ Excluye Lima Metropolitana.

CUADRO 4.9: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA BRUTA DE REPRODUCCION SEGUN AREAS URBANA Y RURAL, Y REGIONES NATURALES ENAF 1977-78

GRUPOS DE EDADES	AREAS				REGIONES NATURALES			
	URBANO			RURAL	COSTA			SELVA
	Total	Lima Metrop.	Resto urbano		Total	Resto Costa 1/	SIERRA	
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-19	7.8	7.2	8.2	6.3	8.4	9.5	5.7	8.9
20-24	23.0	23.4	23.3	20.9	23.0	23.0	21.5	21.0
25-29	25.2	29.4	23.3	21.4	26.3	22.9	22.2	21.3
30-34	20.9	19.8	21.2	22.6	20.3	20.4	22.0	23.3
35-39	14.4	10.6	15.9	18.7	14.2	17.3	18.5	14.2
40-44	7.3	9.0	6.5	7.9	7.5	6.1	7.7	7.8
45-49	1.3	0.6	1.5	2.4	0.3	0.8	2.4	3.5
TGF	4.7	4.1	5.8	8.4	4.3	5.2	7.6	8.1
TBR	2.3	2.0	2.8	4.1	2.1	2.5	3.7	3.9

1/ Excluye Lima Metropolitana.

Al compararse la distribución de las tasas específicas de fecundidad de la ENPA (Cuadro 4.8) con la de ENAF (Cuadro 4.9), se desprende que en todas las áreas del país se está produciendo una modificación de la estructura de la fecundidad con una mayor concentración de la misma en las edades jóvenes (20-24 años). Esto ha traído como consecuencia una disminución de la edad media de la fecundidad del país en un año (de 30 según ENAF pasó a 29 según ENPA) y una tendencia al cambio de la cúspide de la fecundidad de tardía a temprana como se vio al analizar la fecundidad reciente.

Respecto al nivel de fecundidad por áreas es notable la mayor fecundidad del área rural con una TGF de 8.1 hijos por mujer, sigue en orden descendente el resto urbano con 5.5 y finalmente Lima Metropolitana con 3.5 hijos por mujer. Por regiones naturales destaca claramente la mayor fecundidad de las mujeres de la selva, quienes al término de su período fértil (49 años), tienen en promedio 8 hijos. Las de la Sierra tienen 7.3 hijos y las de la Costa 4.1. Si de esta región excluimos el área metropolitana, la TGF se eleva en un hijo de 4.1 a 5.1.

Es importante señalar que en la comparación de los datos de ENAF y ENPA no se observan descensos significativos en el nivel de la fecundidad por áreas ni por regiones, excepto el comentado para Lima Metropolitana (en donde el nivel de la fecundidad se habría reducido en un 17 por ciento). En las demás regiones del país la fecundidad se habría mantenido prácticamente constante entre 1977 y 1981.

b) Fecundidad retrospectiva

Como se observó al analizar la fecundidad reciente, Lima Metropolitana ostenta el nivel de fecundidad más bajo. En efecto, en el Cuadro 4.10 se aprecia que Lima Metropolitana presenta la fecundidad final (P_7) más reducida (4.7 hijos por mujer), mientras que el área rural, la más elevada (7.6 hijos por mujer).

Al comparar la paridez del grupo de mujeres de 45 a 49 años del área rural con la tasa global de fecundidad obtenida indirectamente con el método P/F, se advierte que ambos valores son incoherentes. Aunque el valor de P_7 (7.6) es alto, resulta inferior a la TGF estimada en 8.1 (Cuadro 4.8). En todos los demás casos -como se vió al tratar los diferenciales de la fecundidad reciente- y como es usual, el valor de P_7 es superior a la TGF obtenida combinando la fecundidad actual con la fecundidad retrospectiva.

CUADRO 4.10. PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER P_7 POR EDAD, SEGUN AREAS Y REGIONES NATURALES

GRUPOS DE EDADES	PAIS	LIMA METROP.	RESTO DEL PAIS	URBANO			REGIONES NATURALES			
				Total	Resto urbano	RURAL	Costa	Resto Costa	Sierra	Selva
15-19	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.2	0.4
20-24	1.1	0.8	1.3	0.9	1.1	1.6	0.9	1.1	1.3	1.6
25-29	2.5	1.7	3.0	2.2	2.6	3.5	2.2	2.8	3.0	3.6
30-34	3.8	3.0	4.2	3.4	3.8	5.0	3.4	3.9	4.3	4.9
35-39	5.1	3.8	5.7	4.5	5.0	6.7	4.6	5.6	5.6	6.5
40-44	6.1	4.6	6.7	5.5	6.1	7.4	5.6	6.6	6.8	6.9
45-49	6.4	4.7	7.2	5.8	6.9	7.6	5.8	7.1	7.3	7.0

1/ Excluye Lima Metropolitana.

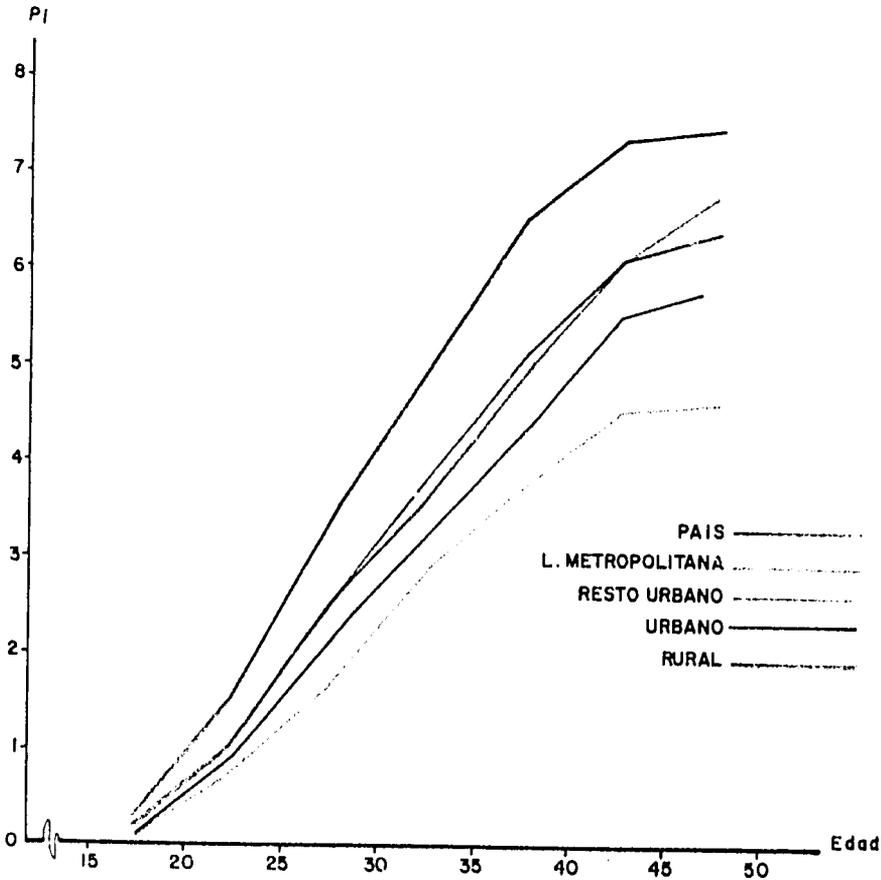
Esto es así en razón de que la TGF es una medida transversal, es decir, para un año dado y en su estimación interviene la experiencia de fecundidad de siete cohortes de mujeres con diferentes patrones reproductivos. En cambio la paridez hasta los 49 años P_7 es una medida longitudinal, de cohorte. Es la síntesis de la experiencia reproductiva de un grupo de mujeres que al momento de la encuesta tenía entre 45 y 49 años y estaban finalizando su vida fértil. En circunstancias de descenso de la fecundidad las mujeres de los últimos grupos tienen por lo general una fecundidad final mucho más elevada que la que tendrían las cohortes de mujeres más jóvenes cuando completen su ciclo reproductivo.

Respecto a la incoherencia entre la paridez del grupo entre 45 y 49 años y la TGF de la área rural, quedan por hacer algunas reflexiones. Numerosas observaciones permiten afirmar que los errores en la declaración de los hijos tenidos que nacieron vivos, afectan en mayor medida a la información proporcionada

por las mujeres de mayor edad. Ello sucede por razones que tienen que ver, entre otras cosas, con el mayor tiempo transcurrido desde que tuvieron sus hijos y el menor nivel de instrucción de las cohortes ańosas. En consecuencia, debido a la pérdida de la memoria a medida que aumenta la edad, esas mujeres tienden a omitir algunos de sus hijos, especialmente a los que vivieron poco tiempo. Parece que la P_7 del área rural est  afectada por este tipo de error.

Las cifras del Cuadro 4.10 muestran también que excepto en Lima Metropolitana, los demás sectores de la población peruana tiene una fecundidad final P_7 por encima de siete hijos. Si del total del país y del área urbana se excluye Lima Metropolitana, el promedio de hijos por mujer de la cohorte 45-49 ańos aumenta en ambos casos en alrededor de un hijo. Las cifras pasan de 6.4 a 7.2 en el resto del país y de 5.8 a 6.9 en el resto del área urbana. El Gráfico 4.5 muestra claramente las diferencias comentadas.

GRAFICO 4.5: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER, POR EDAD DE LA MADRE SEGUN AREAS



Según regiones naturales, los valores del resto de Costa son sistemáticamente inferiores a los de las otras regiones. Estas diferencias están asociadas al nivel de desarrollo económico relativo alcanzado por cada región. El promedio de hijos por mujer en los siete grupos de edad correspondientes a la Sierra se ubica en una posición intermedia entre los de la Costa y los de la Selva. Esta última presenta las cifras más elevadas en todas las edades excepto en el grupo 45-49, presumiéndose que se haya producido el mismo error comentado para las mujeres de este mismo grupo de edad del área rural.

4.3.2 Nivel de educación

El nivel de educación de la mujer es tomado generalmente como buen indicador del status socioeconómico de la familia y como uno de los factores más estrechamente relacionados con el nivel de fecundidad.

Las cifras del Cuadro 4.11 permiten comprobar el enorme efecto diferenciador de la educación. La fecundidad final, es decir la paridez de las mujeres analfabetas, alguna vez unidas de 45 a 49 años, es de aproximadamente 8 hijos, mientras que la de las que culminaron la primaria es de 5.3 hijos y las que han tenido la suerte de estudiar secundaria o superior, 4 hijos. Esto equivale a decir que las mujeres analfabetas tienen, al final de su período fértil, un promedio de 2.5 hijos más que las que han estudiado toda la primaria y el doble más que las que tienen secundaria y superior. Obsérvese que aquellas mujeres que sólo saben leer y las que no han terminado los estudios del nivel primario no acusan mucha diferencia en su fecundidad final. El promedio de hijos de estas mujeres al final de su vida reproductiva es de 6.8 y 6.6 hijos respectivamente. Respecto a las mujeres analfabetas la diferencia es de sólo 1 hijo.

CUADRO 4.11: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER
SEGUN NIVEL DE EDUCACION, POR EDAD

EDAD	TOTAL	N I V E L D E E D U C A C I O N				
		Analfabeta	Sabe leer	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria y más
15-19	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	0.8
20-29	2.5	3.3	3.9	3.1	2.5	1.8
30-39	4.7	6.3	5.6	5.2	4.5	3.1
40-49	6.5	7.8	6.8	6.6	5.3	3.8

4.3.3 Estado conyugal.

Existe una asociación positiva entre la unión conyugal y la fecundidad porque ésta determina, en última instancia, la exposición al riesgo de procrear. Mientras mayor sea la proporción de unidas en una población y mientras más temprano sea el ingreso a la misma,

tanto mayor será la probabilidad de que la frecuencia de nacimientos de la población sea elevada ^{7/}. Como se vio en el Capítulo III, del total de mujeres entrevistadas el 60 por ciento declararon ser casadas o unidas, ENAF registró una cifra de 56 por ciento. Por otro lado, la edad media de ingreso a la primera unión en las mujeres es de 22.3 años según ENPA y de 23.2 años según ENAF.

En el Cuadro 4.12 se puede ver que el promedio de hijos por mujer, (de las mujeres actualmente unidas), es ligeramente superior en todas las edades al de las mujeres alguna vez unidas y obviamente al de las solteras. En general, las diferencias en la paridez de las mujeres alguna vez unidas y de las actualmente unidas es mínima. La fecundidad final de las primeras es (6.6) sólo un dos por ciento menor que el de las segundas (6.7).

Si el embarazo actual se cuenta como un nacimiento vivo, las variaciones más significativas se producen en el promedio de hijos de los grupos más jóvenes hasta los 30 años. A partir de esa edad hasta los 44 años se producen muy pocos cambios y ninguno en el último grupo.

CUADRO 4.12: PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER, SEGUN ESTADO CONYUGAL, POR EDAD

GRUPOS DE EDADES	HIJOS NACIDOS VIVOS				MAS EMBARAZO ACTUAL			
	Total	Alguna vez unidas	Actualmente unidas	Soltera	Total	Alguna vez unidas	Actualmente unidas	Soltera
15-19	0.2	1.0	1.0	0.0	0.2	1.3	1.4	0.0
20-24	1.1	1.9	1.9	0.1	1.2	2.1	2.1	0.1
25-29	2.5	3.1	3.2	0.1	2.6	3.2	3.3	0.1
30-34	3.8	4.2	4.2	0.4	3.9	4.3	4.4	0.4
35-39	5.1	5.3	5.4	0.3	5.2	5.4	5.5	0.3
40-44	6.1	6.4	6.6	0.4	6.2	6.4	6.6	0.4
45-49	6.4	6.6	6.7	1.2	6.4	6.6	6.7	1.2

4.3.4 Condición de actividad económica

La información sobre el patrón de trabajo de la mujer permite analizar en qué medida su participación en la actividad económica influye en su conducta reproductiva. Se han considerado sólo dos categorías: trabaja actualmente o en el año anterior y no trabaja. Se dice que una mujer trabaja cuando dedica la mayor parte de su tiempo a actividades productivas por las cuales percibe alguna remuneración en dinero o en especies o en ambas formas.

^{7/} Naturalmente este no es el único factor responsable de la fecundidad, intervienen en la misma variables como la anticoncepción, la esterilización y otros.

Según la ENPA poco más de un tercio (37 por ciento) del total de mujeres alguna vez unidas han trabajado en actividades remuneradas en el año anterior a la encuesta y el 63 por ciento era dependiente económicamente.

CUADRO 4.13, PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER. SEGUN CONDICION DE ACTIVIDAD POR EDAD

GRUPOS DE EDADES	TRABAJA	NO TRABAJA
15-19	1.0	1.0
20-29	2.2	2.6
30-39	4.5	4.9
40-49	6.0	6.8

Las mujeres alguna vez unidas, que no trabajan, tienen a partir de los 20 años de edad, un promedio ligeramente mayor de hijos nacidos vivos, que las que trabajan (Cuadro 4.13). La diferencia más notable se da en la paridez del grupo 40-49. Las mujeres de este grupo que trabajan tienen 6 hijos mientras que las que no trabajan tienen 6.8. Las diferencias poco significativas indicarían que la influencia de la participación femenina en el Perú no es comparable a las experiencias de otros países, los cuales muestran una relación inversa muy clara entre ambas variables.

RESUMEN

La información proporcionada por la ENPA, comparada con la de ENAF y la de EDEN, permiten ratificar la tendencia manifiesta desde hace una década por lo menos, de que la fecundidad del país está experimentando un descenso que comenzó siendo muy leve y que ahora viene acelerándose. En efecto, entre 1961 y 1972 el nivel de la fecundidad se habría reducido en un 12 por ciento al pasar la tasa global de fecundidad de 6.9 a 6.1 en esos años. En cambio, entre 1972 y 1981 el descenso estimado es del 15 por ciento que corresponde a una variación de la TGF de 6.1 en 1972 a 5.2 en 1980-81. Esto equivale a decir que la fecundidad del Perú en los últimos nueve años se ha venido reduciendo a un ritmo anual de aproximadamente 2.3 por ciento.

Este fenómeno es particularmente importante, a pesar de la escasa accesibilidad a programas institucionalizados de planificación familiar de alcance nacional.

Por otro lado, la declinación de la fecundidad estaría revelando también que existe una disposición favorable de un gran sector de mujeres, particularmente de aquellas que residen en las áreas urbana (Lima Metropolitana, en primer lugar) para innovar y cambiar comportamientos relacionados con la conducta reproductiva y por ende serían las usuarias potenciales más importantes de los programas de planificación familiar.

A nivel regional el descenso más importante en el período 1977-81 es el que ha experimentado la fecundidad de Lima Metropolitana con un 17 por ciento, que es más de tres veces la reducción operada en la fecundidad del resto urbano (5.2 por ciento) y casi cinco veces más que la que se ha producido en el nivel de fecundidad del área rural (3.6 por ciento), alcanzando la tasa global de fecundidad los valores siguientes:

	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
ENAF (1976-77)	4.1	5.8	8.4
ENPA (1980-81)	3.5	5.5	8.1

Las cifras precedentes ponen de manifiesto el diferencial por áreas de la fecundidad. Las mujeres del área rural tienen más del doble de la fecundidad de las mujeres de Lima y un 32 por ciento más que las mujeres del resto urbano.

Según regiones naturales destaca la mayor fecundidad de las mujeres de la Selva quienes al término de su período fértil tienen un promedio alrededor de 8 hijos, mientras que las de la Sierra tienen 7 hijos y las del resto de Costa 5 hijos.

No se observan descensos significativos en la fecundidad por regiones naturales, excepto el comentado para el área metropolitana.

En cuanto a otros diferenciales sigue siendo el nivel educativo el que tiene mayor peso en el descenso de la fecundidad. Las mujeres sin instrucción tienen un promedio de 7.8 hijos al término de su período fértil, en cambio las que terminan la primaria tienen 5.3 hijos y las que tienen secundaria y superior 3.8 hijos.

Según edad, el nivel educativo no discrimina entre los 15 y los 19 años, observándose que cualquiera sea el nivel de educación, la mujer tiene por lo menos 1 hijo. A partir de los 20 años se aprecia el diferencial claramente.

Respecto al estado conyugal, destaca obviamente la mayor paridez de las mujeres actualmente unidas respecto a las alguna vez unidas y a las solteras, aunque entre los dos primeros grupos la diferencia no es significativa. De acuerdo a su declaración, las mujeres actualmente unidas de 45 a 49 años tienen, en promedio 6.7 hijos nacidos vivos; mientras que las alguna vez unidas tienen, 6.6 hijos y las solteras 1.2 hijos. Este último valor significa que, la mayoría de las mujeres solteras al llegar al término de su período reproductivo han contribuido a la fecundidad del país con 1 hijo.

Tomando como referencia el patrón de trabajo, no se encuentra en ENPA, la relación inversa entre la fecundidad y el trabajo de la mujer; las mujeres que no trabajan tienen, al llegar a los 45-49 años, un promedio de 6.8 hijos y las que trabajan 6.0 hijos, diferencia que indica el poco peso que tiene el trabajar o no. Lo más importante es el acceso a la planificación familiar por métodos eficientes, que de darse acentuaría notablemente esta diferencia.

No están claras ni las características ni las causas del descenso de la fecundidad, pero se presume que deba ser por un lado el incremento de conocimiento y uso de la anticoncepción, y por otro lado la prevalencia del aborto inducido como única solución efectiva.

V. INTENCIONES REPRODUCTIVAS

Las preferencias reproductivas de las mujeres en edad fértil (MEF), constituyen una condicionante muy importante para la regulación de la fecundidad. La fecundidad es en la actualidad la variable que determina el acelerado crecimiento de la población peruana, es por lo tanto fundamental el estudio de todos los factores que coadyuvan al mejor conocimiento de las determinantes de su comportamiento.

La ENPA investigó características relacionadas con el número de hijos deseados y el deseo de continuar o cesar la procreación, manifestaciones que para el análisis son importantes porque además de permitir el conocimiento de los patrones actuales de la fecundidad no deseada, es factible diagnosticar el futuro del comportamiento reproductivo de las mujeres en el Perú, es decir, determinar el número de hijos que van a tener las mujeres y su predisposición para el conocimiento o adopción de medidas contraceptivas, como veremos más adelante en los capítulos pertinentes.

Cabe mencionar que sobre la validez de preguntas de este tipo incluidas en las encuestas, se dan diversas opiniones debido a que no existe consenso respecto a cuáles serían los conceptos a utilizar y las preguntas que hubiere que formular. Igualmente, se ha evidenciado que de una encuesta a otra se suscitan interpretaciones diferentes por las mujeres interrogadas distorsionándose la comparación de las respuestas, sin embargo, la ENPA da resultados que se encuentran dentro de los márgenes esperados, lo cual ha permitido establecer las intenciones reproductivas de las MEF.

Antes de referir los resultados obtenidos con la ENPA, se presenta para una mejor identificación de los grupos de mujeres en estudio, la expresión cuantitativa de cada uno de ellos.

POBLACION AL 30 DE JUNIO DE 1982: 18 MILLONES 174 MIL.

(En miles)

MUJERES EN EDAD FERTIL DE 15 A 49 AÑOS (MEF)	4 144	23% de la población total
Alguna vez unidas	2 799	68% de las MEF
Actualmente unidas	2 472	60% de las MEF
Expuestas al riesgo de procrear	1 745	42% de las MEF

Las mujeres expuestas al riesgo de procrear, son aquellas actualmente unidas y fértiles, que a la fecha de la entrevista no se hallaban embarazadas^{1/}.

En los acápites y capítulos que siguen se darán resultados en torno a estos grupos de mujeres.

5.1. Mecanismo de Medición

Teniendo presente las consideraciones ya expresadas respecto a las dificultades e inconvenientes en la medición de las preferencias reproductivas de las MEF, vale la pena destacar que en las fases iniciales de la encuesta se debatió exhaustivamente sobre la conveniencia de incluir un procedimiento de medición que permitiese obtener la información con un mayor grado de refinamiento. Corolario de este debate fue la incorporación en el Cuestionario Individual, de cuatro preguntas destinadas a conocer el número promedio de hijos deseados.

A las mujeres sin experiencia reproductiva porque nunca tuvieron un embarazo, se les formuló la siguiente pregunta: ¿Desearía tener hijos algún día?, y a las que tenían experiencia reproductiva: ¿Desearía tener más hijos algún día?. De ser la respuesta afirmativa se preguntó: ¿Cuántos hijos (más) desearía tener?. Para establecer el número total de hijos deseados en el caso de mujeres que teniendo experiencia reproductiva deseaban continuar aportando a la fecundidad, se adicionó a la información obtenida, lógicamente, el número de hijos tenidos.

A las mujeres con experiencia reproductiva que en su respuesta a la pregunta ¿Desearía tener más hijos algún día?, expresaron no desearlo o no tener una decisión al respecto, para una mayor precisión de sus preferencias reproductivas se les indagó acerca de los embarazos tenidos pero no deseados, a través de las preguntas: Antes de su último embarazo ¿Deseaba Ud. tener (más) hijos?, y si hubiese tenido exactamente el número de hijos que quiso tener ¿Cuántos hijos en total hubiera tenido?.

Independientemente de lo comentado respecto al intento de medir las preferencias de las mujeres respecto al número deseado de hijos, es preciso manifestar que se producen cambios en las decisiones personales de las mujeres más jóvenes y de aquellas de mayor edad. Dándose el caso de que las mujeres más jóvenes al adquirir mayor madurez y acumular experiencia con el tiempo modifican sus preferencias, disminuyendo sus intenciones en el número de hijos que quisieran tener.

Tratándose de las mujeres de más edad y con mayor número de hijos notamos también variación en sus intenciones reproductivas, pues ellas tienden a igualar el número deseado de hijos con su paridez en razón de que al acercarse al final de su período reproductivo consideran fundamentalmente a sus hijos vivos y les resulta difícil efectuar un pronóstico que esté por debajo del número de hijos vivos. Se consigue por tanto un efecto compensatorio tal que permite considerar los indicadores obtenidos como medidas aceptables de las preferencias reproductivas de las mujeres peruanas.

^{1/} Excluye por lo tanto a las mujeres actualmente unidas:

- a) que estaban embarazadas, y
- b) a las infértiles, tanto por razones biológicas como por medios anticonceptivos.

5.2 El Deseo de Continuar o Cesar la Procreación

Abordando aspectos relacionados con esta variable, la ENPA muestra que sólo un 25 por ciento de mujeres alguna vez unidas así como de las actualmente unidas quieren continuar procreando, frente a un 75 por ciento que manifestaron que no lo desean, o lo que es lo mismo, que desean cesar la procreación.

En razón que los porcentajes de mujeres que no desean tener más hijos son muy significativos, alcanzando como ya se ha mencionado un 75 por ciento en el caso de las mujeres alguna vez o actualmente unidas y a un 70 por ciento para las expuestas al riesgo de embarazo, se tratará de este sector de mujeres con mayor profusión.

5.2.1 El deseo de no tener más hijos

Al examinar este grupo de mujeres que no desean tener más hijos, por edades (Cuadro 5.1) y por paridez (Cuadro 5.2) se aprecia que en ambos casos existe con relación a su comportamiento una relación directa; el deseo de no tener más hijos es un fenómeno mucho más frecuente en las mujeres de mayor edad y en las que han alcanzado una alta paridez. En el caso de las mujeres de 15 a 19 el deseo de no tener más hijos es del 46 por ciento, en tanto que para las mujeres que ya están terminando su período fértil en las edades, de 40 a 49 años, el deseo de no tener más hijos es casi universal alcanzando al 92 por ciento de las mujeres; en igual forma en el caso de mujeres que no tienen hijos el 17 por ciento expresó su deseo de nunca tenerlos, mientras que cuando estas ya tienen 5 hijos o más el 91 por ciento de ellas no desean continuar procreando (Cuadro 5.2).

CUADRO 5.1: DISTRIBUCION DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS SEGUN INTENCIONES REPRODUCTIVAS

CARACTERISTICAS	INTENCIONES REPRODUCTIVAS				
	TOTAL	NO DESEAN			DESEAN MAS
		Total	Conforme	Tiene más hijos que los deseados	
TOTAL	100	75	44	31	25
AREAS URBANA Y RURAL					
Lima Metropolitana	100	74	47	27	26
Resto urbano	100	75	44	31	24
Rural	100	76	43	33	24
EDAD					
15-19	100	46	36	10	54
20-29	100	63	41	22	37
30-39	100	82	46	36	18
40-49	100	92	50	42	8
EDUCACION					
Analfabeta ^{1/}	100	84	44	40	16
Primaria incompleta	100	81	46	35	19
Primaria completa	100	74	44	30	26
Secundaria y más	100	64	44	20	36

^{1/} Incluye pocos casos de mujeres que, no habiendo asistido a la escuela, saben leer.

A nivel de regiones de planificación (Cuadro 5.2) en el norte y en el oriente se dan los más bajos porcentajes de mujeres que desean cesar la procreación (70 y 64 por ciento respectivamente), esto fundamentalmente por razones de idiosincracia y de tipo climatológico, por otro lado llama la atención el deseo tan pronunciado por cesar la procreación que se exhibe para las regiones centro y sur (78 y 83 por ciento), por tratarse precisamente de las regiones más deprimidas del país.

CUADRO 5.2: PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE NO DESEAN TENER MAS HIJOS, POR REGIONES DE PLANIFICACION Y NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	TOTAL	REGIONES DE PLANIFICACION				
		Lima Metropolitana	Norte	Centro	Sur	Oriente
TOTAL	75	73	70	78	83	64
Ningún hijo	17	16	13	19	22	18
1 hijo	46	42	43	51	64	33
2 hijos	70	72	60	72	82	51
3 hijos	80	85	65	89	87	62
4 hijos	87	91	82	83	89	76
5 y más hijos	91	94	87	92	93	89

A pesar que las campañas de motivación sobre planificación familiar, como una de las medidas de contracepción, no han sido debidamente implementadas -se hallan aún en una etapa inicial- es sorprendente que, el 75 por ciento de las mujeres que actualmente se encuentran haciendo vida marital, no deseen tener más hijos, y lo es más aún cuando el examen se hace al interior de este grupo, puesto que si bien es cierto que una mayoría está conforme con el número de hijos que tiene, hay otro gran grupo (4 de cada 10 mujeres) que tienen un número de hijos mayor al deseado, afrontando un grave problema.

Considerando que existe una correlación inversa entre clases sociales y el comportamiento de la fecundidad, la ENPA presenta también diferenciales por nivel de educación y grado de urbanismo (Cuadro N° 5.1).

Cuatro de cada diez mujeres analfabetas o que sólo saben leer han declarado tener más hijos de los deseados, entre las mujeres de nivel primario 3 de cada 10 han tenido más hijos de los deseados, en tanto que entre las que cuentan con algún año de educación secundaria o más sólo 2 de cada 10 han tenido experiencia similar. Las mujeres analfabetas o que sólo saben leer corresponden obviamente a los estratos menos informados, para ellas no ha llegado aún la tecnología ni los adelantos de nuestro mundo moderno.

Las áreas urbana y rural en su conjunto no exhiben mayores diferencias en lo que concierne al deseo de cesar la procreación en tanto que si es relevante mencionar que en el área rural el 33 por ciento del total de mujeres tienen más hijos que los deseados, frente al 27 por ciento que se da para Lima Metropolitana.

5.2.2 El deseo de tener más hijos

Por último, vale la pena señalar que entre las mujeres ^{2/} que desean tener más hijos se destacan dos grupos, aquellas que desean tener hijos pronto y aquellas que quieren espaciar su fecundidad. Entre las primeras las comprendidas entre 15 y 39 años de edad manifestaron en forma progresiva y en relación directamente proporcional a su edad esta actitud, en porcentajes que oscilan entre el 3 y 4 por ciento, decreciendo esta intención en las mujeres de 40 a 49 años de edad y situándose en 3 por ciento nuevamente. En cambio en aquellas que desean espaciar su fecundidad notamos que el porcentaje es notoriamente diferenciable respecto al anterior, el 21 por ciento manifestaron ser partidarias de esta actitud, en ellas se observa que las mujeres de edades más tempranas, son potencialmente más fértiles y consideran que es más conveniente espaciar su fecundidad en previsión de no tener una familia muy numerosa puesto que su ciclo reproductivo es aún muy grande.

CUADRO 5.3, DISTRIBUCION DE LAS MUJERES EXPUESTAS SEGUN INTENCIONES REPRODUCTIVAS

CARACTERISTICAS	TOTAL	D E S E A N		NO DESEAN	NO SABE
		Pronto	Espaciar		
TOTAL	100	4	21	70	5
AREAS URBANA Y RURAL					
Lima Metropolitana	100	5	23	69	3
Resto urbano	100	4	20	72	4
Rural	100	2	20	68	10
REGIONES DE PLANIFICACION ^{1/}					
Norte	100	3	27	63	7
Centro	100	3	17	72	8
Sur	100	2	12	82	4
Oriente	100	6	32	58	4
REGIONES NATURALES					
Costa	100	5	26	64	5
Sierra	100	2	16	75	7
Selva	100	4	21	69	6
EDAD					
15-19	100	3	47	44	6
20-29	100	4	32	59	5
30-39	100	4	13	77	6
40-49	100	3	4	90	3

^{1/} Excluye Lima Metropolitana

Es necesario acotar que a nivel regional las preferencias por espaciar la fecundidad son menores en la Sierra cuando nos referimos a las regiones naturales, y en el sur peruano al tratar de regiones de planificación, debido fundamentalmente a que la mayoría de mujeres de estas regiones se encuentran desinformadas

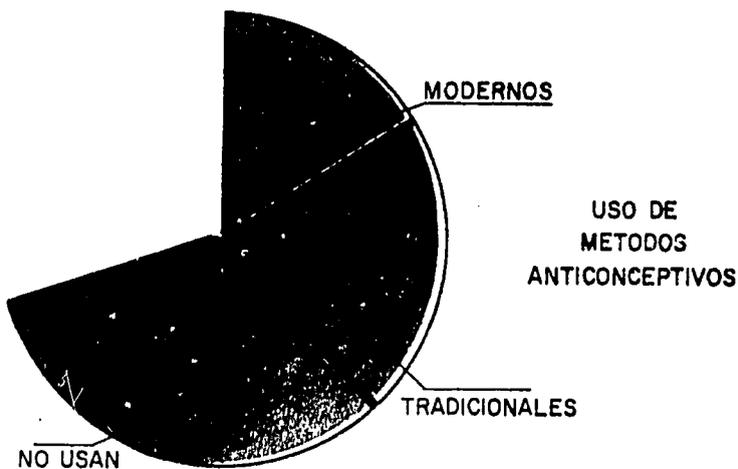
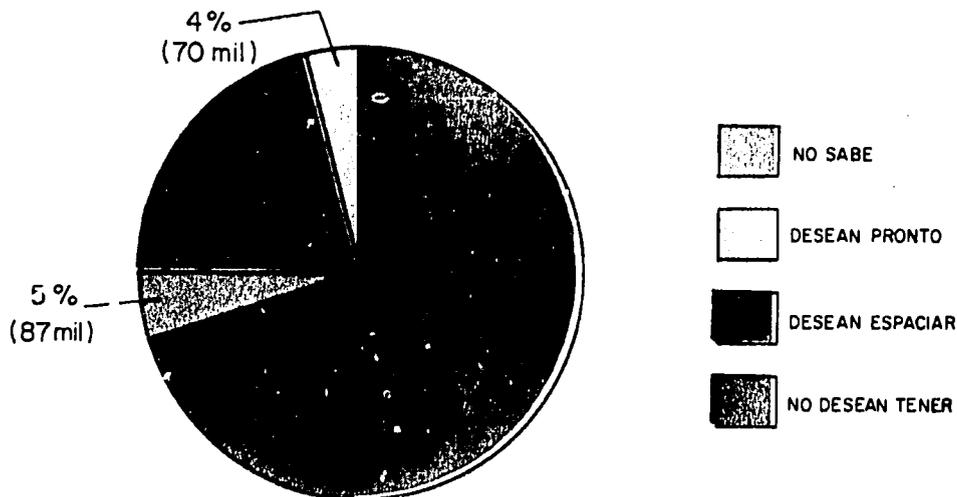
^{2/} Mujeres expuestas al riesgo de embarazo, conformadas por las mujeres actualmente unidas, no embarazadas y fértiles.

sobre la existencia de métodos anticonceptivos que regulan la fecundidad y que permiten tener los hijos que se desean y en el momento que se decidan. De lo expresado anteriormente podemos colegir que un gran sector carece de una noción planificadora, y sólo les es posible discernir dos caminos, el continuar o cesar la procreación más no el espaciamento.

5.2.3 Demanda no satisfecha

En el capítulo de Uso se analiza la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, vale decir el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo (actualmente unidas, no embarazadas y fértiles) que no desean tener más hijos y no están utilizando métodos anticonceptivos modernos. Son mujeres que quieren cerrar su ciclo

GRAFICO 5.1: MUJERES EN EDAD FERTIL EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO, SEGUN DESEO DE TENER O NO MAS HIJOS (1 millón 745 mil MEF)



reproductivo y constituyen un 54 por ciento del total de mujeres expuestas (940 mil): 391 mil no usan ningún método y 549 mil sólo recurren al tradicional cuyo uso puede ser calificado de sólo una intención para la contracepción (Gráfico 5.1).

La demanda no satisfecha es menor en áreas urbanas, en Lima Metropolitana es de 55%, en el resto urbano de 74% y en áreas rurales llega a un 93%.

Este gran sector es aún mayor si se considera también a las mujeres que desean espaciar los próximos nacimientos de sus hijos y que reúnen las características ya señaladas, así como las que se encontraban embarazadas, por ser precisamente las mujeres de fecundidad reconocida y que potencialmente tendrían probabilidades de embarazo en el futuro.

Pese a que el deseo por una familia menor, en los últimos años, se viene incrementando, llama la atención que siga predominando el uso de los métodos tradicionales así como los grupos de mujeres que no usan medidas de contracepción.

Es notable en las áreas rurales -muy diferenciadas de las ciudades por su nivel de educación, cultura e ingresos- y particularmente en las de la región sur, la existencia de una gran demanda de contracepción no cubierta. Por ejemplo, en términos de acceso a servicios de planificación familiar, la mujer en Lima Metropolitana tiene más probabilidades de acceso a los servicios que en el área rural (Véase Capítulo VIII, punto 8.3).

En el Perú existen barreras importantes que impiden que las mujeres y/o parejas, puedan planificar la familia de acuerdo a sus intenciones reproductivas.

Es notorio que en los estratos más humildes las mujeres no satisfacen su demanda contraceptiva en el deseo de no tener más hijos o de espaciarlos, debido entre otras cosas, a los costos en que incurre la anticoncepción. Inclúyese en este concepto costos psíquicos y religiosos definidos como aquellos en que su uso está condicionado a la aceptación de planificar la familia o al uso de métodos anticonceptivos y/o de alguno en especial o a sus creencias religiosas que impiden su aprobación al control de su fecundidad. También constituyen estos costos, el dinero, el tiempo y la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, así como el modo, forma y oportunidad de obtener un aprendizaje para el correcto uso del método o métodos que se desea utilizar.

5.3 Nivel de la Fecundidad Deseada

El promedio de hijos deseados por las mujeres en edad fértil es de 3 (2.9). En el Cuadro 5.4 se observa para el promedio de hijos deseados, un esperado patrón de incremento que guarda una relación directa con la edad de la mujer así como con el número de hijos actualmente vivos.

CUADRO 5.4: PROMEDIO DE HIJOS DESEADOS POR LAS MEF Y PROMEDIO DE HIJOS NO DESEADOS POR LAS MUJERES QUE NO DESEAN TENER MAS HIJOS

CARACTERISTICAS	PROMEDIO DE HIJOS	
	Deseados por las MEF	No Deseados por Mujeres que no Desean Tener Más Hijos
<u>EDAD</u>	2.9	2.3
15 - 19	2.0	1.0
20 - 24	2.3	1.3
25 - 29	2.7	1.5
30 - 34	3.2	2.0
35 - 39	3.6	2.6
40 - 44	4.0	3.1
45 - 49	3.9	3.1
<u>NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS</u>	2.9	2.3
Ningún hijo	2.0	0
1 hijo	2.0	1.0
2 hijos	2.3	1.1
3 hijos	2.9	1.1
4 hijos	3.5	1.6
5 hijos	4.2	2.0
6 hijos	4.6	2.6
7 hijos	5.2	2.9
8 hijos	4.7	4.2
9 hijos	5.8	4.9
10 hijos	6.8	5.0
<u>AREAS URBANA Y RURAL</u>	2.9	2.3
Lima Metropolitana	2.6	2.1
Resto Urbano	2.8	2.4
Rural	3.3	2.3

Se sostiene fehacientemente que el número de hijos deseados por las MEF, en sociedades como la peruana donde el uso de medidas anticonceptivas es bajo e ineficaz, existe una propensión de las mujeres de mayor edad así como de las que han alcanzado una paridad elevada a declarar preferencias que tienden a justificar el número de hijos tenidos, es decir su propia experiencia reproductiva.

Las MEF en sus preferencias por el deseo de tener hijos, al ser ubicadas por áreas no reflejan diferencias muy marcadas, para Lima Metropolitana el número promedio de hijos deseados es de 2.6 y en el área rural 3.3. La brecha es mucho mayor cuando nos referimos a la fecundidad real, el número promedio de hijos por mujer al término de su período fértil para Lima Metropolitana es de aproximadamente 3.5 en tanto que para el área rural es de 8.1.

Por regiones de planificación (Cuadro 5.5), los resultados reflejan que las mujeres del Norte y las del Oriente, manifiestan su deseo de tener un número más elevado de hijos con relación a las mujeres del resto del país (3.1 y 3.4 respectivamente), preferencias que confirman los hallazgos comentados al tratar acerca del deseo por continuar la procreación.

CUADRO 5.5: PROMEDIO DE HIJOS DESEADOS POR MUJER EN EDAD FÉRTIL, SEGUN REGIONES DE PLANIFICACION Y ESTADO CONYUGAL

ESTADO CONYUGAL	TOTAL	REGIONES DE PLANIFICACION					Nº DE CASOS
		Lima Metrop.	Norte	Centro	Sur	Oriente	
TOTAL	2.8	2.6	3.1	2.8	2.4	3.4	6 437
Casada	3.4	3.1	3.9	3.4	3.0	4.1	2 646
Unida	3.1	2.9	3.4	3.0	2.6	3.6	1 279
Separada, viuda							
divorciada	2.6	2.3	2.7	2.9	2.7	2.9	522
Soltera	1.9	2.0	2.1	1.6	1.2	2.2	1 990

Por estado conyugal, el deseo por un aporte mayor a la fecundidad se identifica en las mujeres casadas, variando de 3 en el Sur a 4.1 en el Oriente, en las mujeres unidas, separadas, viudas o divorciadas, sus deseos decrecen, notándose igual fenómeno en las solteras, cuyas preferencias oscilan entre 1.3 en la región Sur y 2.2 en el Oriente Peruano.

Al establecer en las MEF las actuales preferencias en el número deseado de hijos nos referiremos también, aunque muy someramente a su evolución en los últimos años. Comparando los resultados de la ENPA con los de las Encuestas PEFAL-PEAL y la ENAF, se refleja que en 12 años, de 1969 a 1981, el tamaño de familia deseado, ha descendido de 4 a 3 hijos; disminución importante a pesar que sólo se debe a una respuesta por parte de las mujeres, ante su preocupación por el número de hijos tenidos, puesto que aunque en 1976 se define una política de población todavía no existe una conciencia planificadora debido fundamentalmente a la escasa motivación y al bajo nivel educativo de la población, es decir que las acciones de los entes gubernamentales que tienen a su cargo la implementación de los lineamientos

de la política demográfica todavía no son efectivas, lo que es totalmente discordante con el tamaño de familia deseado por la mujer peruana.

5.4 Nivel de la Fecundidad No Deseada

La fecundidad no deseada que se refleja a través del promedio de hijos tenidos pero que no fueron deseados por mujeres que ya cesaron en su aspiración de continuar aportando a la fecundidad nos indica (Cuadro 5.4), de acuerdo a la declaración de las mujeres, que este número promedio es de 2.3 hijos, fenómeno mucho más frecuente dentro de las mujeres de mayor edad (35 y más) y entre las que tienen 6 o más hijos; y por áreas las diferencias son poco marcadas, en Lima Metropolitana 2.1 y en el área rural 2.3.

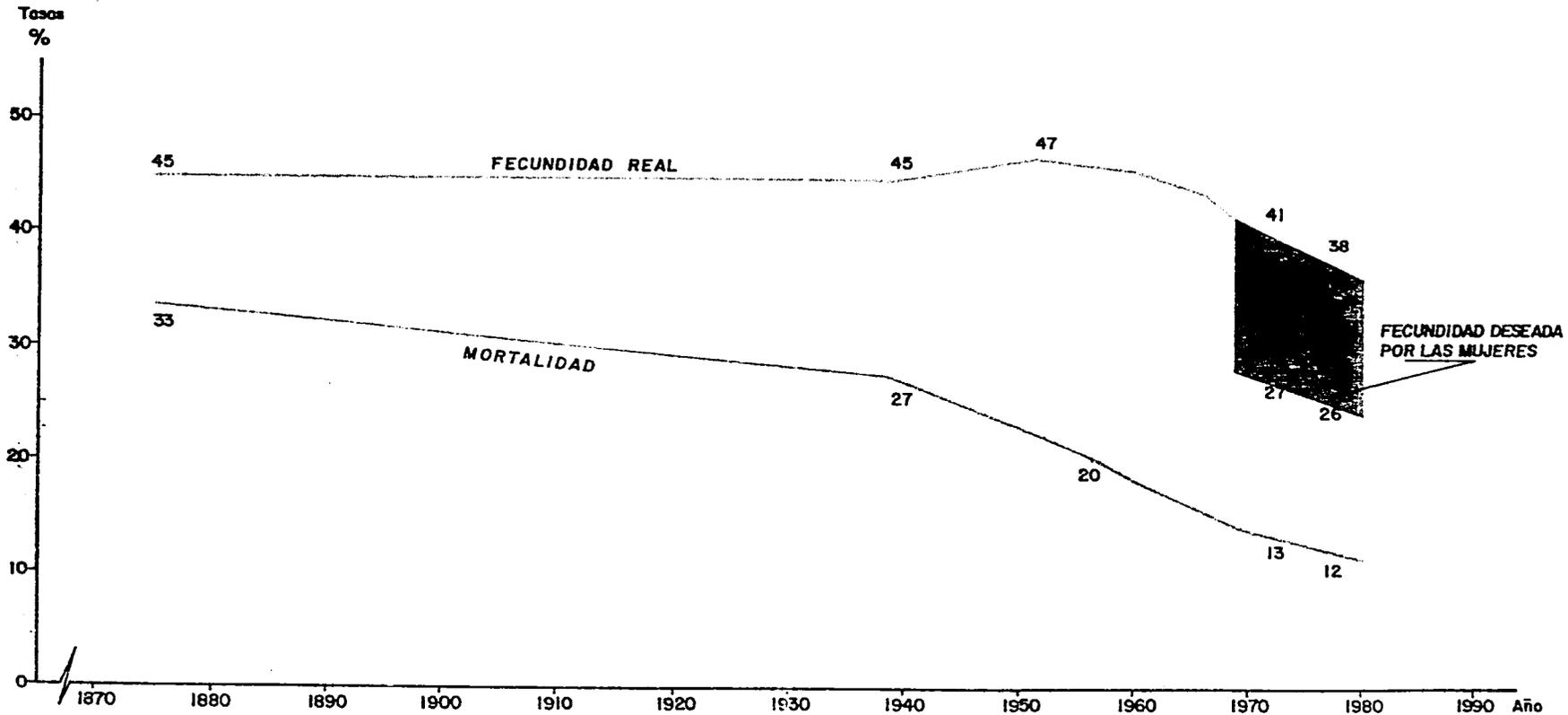
RESUMEN

En el Perú las mujeres expuestas al riesgo de procrear, es decir aquellas de 15 a 49 años actualmente unidas, fértiles y que no están embarazadas alcanzan la cifra de 1 millón 745 mil, entre ellas cabe destacar que una gran proporción, el 70 por ciento no desean tener más hijos, es decir, que en el Perú hay más de 1 millón 200 mil mujeres que no tienen las intenciones de seguir aportando a la procreación humana, pero por una gran desinformación de los métodos modernos, la poca disponibilidad de servicios de planificación familiar se ven privados de cumplir sus deseos y traen niños no deseados al mundo.

Si bien es cierto que un gran porcentaje de ellas conocen por lo menos un método anticonceptivo, el 83 por ciento, tenemos que muy pocas son las que usan un método moderno (23 por ciento) y dentro de esa minoría conformada por poco más de 1/4 de millón de mujeres, cabe señalar que no se trata de un uso efectivo por que muchas de ellas no saben aplicar el método con estrictez.

Actualmente el número promedio de hijos tenidos por las mujeres al término de su período fértil es de 5.2. De acuerdo a los resultados de esta encuesta hemos podido demostrar que existe una gran brecha entre el número deseado de hijos y el número de hijos tenidos. El número de hijos deseados llega en la actualidad a 2.9, es decir que las mujeres en promedio sólo desearían tener 3 hijos y hace 10 años desearon tener 4. Si esta situación se hubiera dado en el país hubiera conducido a una tasa bruta de natalidad de 27 por mil en vez de 39 por mil, que se dió en 1970 y 37 por mil en 1980, o lo que es lo mismo decir que en este lapso de 10 años se han producido 2 millones 200 mil nacimientos más. Dicho nivel de fecundidad hubiera determinado para 1980 una tasa de crecimiento de sólo 15 por mil (ver gráfico 5.2).

GRAFICO 5.2: TASAS DE NATALIDAD, TASAS DE MORTALIDAD
Y TASAS DE CRECIMIENTO NATURAL



VI. CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

En este capítulo se analiza el conocimiento de los métodos anticonceptivos alcanzado por la población femenina en edad fértil (15-49 años) y dentro de ésta el conocimiento de las mujeres agrupadas en alguna vez unidas y actualmente unidas . La medición o determinación del conocimiento de métodos anticonceptivos , por parte de las mujeres , se realizó mediante un conjunto de preguntas dirigidas a las entrevistadas .

La primera se formuló así, "Ahora vamos a hablar de Métodos Anticonceptivos, esto quiere decir que hay algunas maneras que una pareja puede usar para demorar un próximo embarazo o evitar hijos si no los desea. ¿Conoce Ud. o ha oído hablar de algunos de estos métodos?". A las que respondieron en forma afirmativa se les pidió que nombraran espontáneamente los métodos que conocían.

A las mujeres que respondieron negativamente se les preguntó si conocían los métodos considerados por la Encuesta, nombrándoselos uno a uno (ver Anexo 2, Esquema I de la sección III del Cuestionario Individual); asimismo, a aquellas mujeres que luego de haber respondido afirmativamente no mencionaron todos los métodos formulándoles la misma interrogante se les consultó si conocían los restantes. Este procedimiento se utilizó con el fin de obtener información sobre el conocimiento total, ya que ciertas mujeres por olvido, por prejuicio o porque poseen un conocimiento poco profundo de ciertos métodos se abstienen de nombrarlos.

Con los resultados de las preguntas planteadas, ha sido posible clasificar a las entrevistadas atendiendo a cuatro grupos de respuestas:

- Conocimiento demostrado por mención espontánea (sin ayuda)
- Conocimiento demostrado por identificación (con ayuda)
- Conocimiento total (comprende las dos categorías anteriores)
- Desconocimiento

Vale la pena destacar que el conocimiento de métodos que se examina en el capítulo corresponde al "conocimiento total". Con fines comparativos se expone un cuadro conteniendo resultados acerca del conocimiento total y el conocimiento espontáneo.

El análisis se inicia con una referencia a la evolución en el tiempo del conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres alguna vez unidas. Para ello se comparan los resultados de la presente encuesta con los de encuestas anteriores; luego se continúa con el nivel de conocimiento de las mujeres actualmente unidas y posteriormente con el de las mujeres en edad fértil.

6.1 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres en Edad Fértil
Alguna Vez Unidas

Con la finalidad de establecer la evolución en el tiempo de la variable "conocimiento", analizaremos en primer lugar el conocimiento total de métodos en el grupo de mujeres alguna vez unidas, en razón que este grupo está conformado por las mujeres con experiencia marital.

Como se aprecia en el Cuadro 6.1, en el período de 12 años que abarca desde 1969 hasta 1981, fechas en las que se realizaron las encuestas PECFAL-PEAL y ENPA, el conocimiento de por lo menos un método anticonceptivo se ha incrementado significativamente (63 por ciento), incremento que en 1978, cuando se realizó la ENAF era ya importante (62 por ciento).

Tal aumento no puede atribuirse a esfuerzos gubernamentales para capacitar a la población en aspectos relacionados con la Planificación Familiar, porque en el Perú han sido y son aún muy limitados. Es posible que obedezcan a un proceso de difusión de información a través de la instituciones privadas, revistas, periódicos, cine, radio, televisión, conversaciones y otros medios.

CUADRO 6.1: PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS 1/, SEGUN DATOS DE VARIAS ENCUESTAS

METODOS ANTICONCEPTIVOS	PECFAL-PEAL 1969-70 <u>a/</u>	ENAF 1977-78 <u>b/</u>	ENPA 1981 <u>c/</u>	CAMBIO PORCENTUAL		
				1969- 1978	1969- 1981	1978- 1981
TOTAL <u>2/</u>	51	82	83	61	63	1
Píldora	40	63	70	58	75	11
Preservativo	27	40	39	48	44	-2
Métodos vaginales <u>3/</u>	14	31	35	121	150	13
Inyección	.	61	62	.	.	2
DIU	14	49	52	250	271	6
Esterilización fem.	23	60	60	161	161	0
Vasectomía	7	19	19	171	171	0
Ritmo	23	55	67	139	191	22
Retiro	17	40	38	135	124	-5
N° de casos	3 168	5 640	4 447			

1/ Conocimiento total.

2/ Conocen por lo menos un método.

3/ Incluye óvulos, espermicidas, diafragma, gelatinas.

a/ Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina, realizada para las áreas urbana y rural de Perú en 1969 (PECFAL) y Encuesta de Aborto Inducido realizada en Lima y Callao en 1970 (PEAL).

b/ Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-1978 (ENAF).

c/ Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos 1981 (ENPA).

El aumento del conocimiento ocurrió tanto en relación con métodos considerados eficaces, como la píldora, que se incrementó en 75 por ciento, los métodos vaginales en 150 por ciento, y el DIU en 271 por ciento, cuanto en los métodos poco eficaces, como el ritmo que tuvo un aumento de 191 por ciento en el mismo período.

El incremento en el conocimiento de estos cuatro métodos ya era notorio en 1978, pero lo más importante es que el incremento continuó y con mayor intensidad hasta 1981. En cambio, con el resto de métodos no sucedió lo mismo, el nivel de conocimiento se ha mantenido igual desde el año 1978 hasta la actualidad como puede comprobarse en el caso de la esterilización femenina y masculina (vasectomía) al comparar los respectivos períodos.

En términos generales, la comparación de estos aspectos en las dos últimas encuestas (ENAF y ENPA), con casi cuatro años de diferencia entre sí deja apreciar sólo un uno por ciento de incremento cuantitativo en el conocimiento, pero en cambio evidencia que se ha producido ciertas variaciones cualitativas, toda vez que el conocimiento de los métodos modernos ha experimentado un incremento mayor al promedio. Tal es el caso de los métodos vaginales que han aumentado en un 13 por ciento, la píldora en un 11 por ciento y el DIU en un 6 por ciento. El conocimiento del retiro, uno de los métodos tradicionales, ha disminuido en cambio en 5 por ciento. A pesar de lo expuesto, podemos apreciar que el ritmo ha obtenido una mayor difusión (22 por ciento).

La información sobre el conocimiento total de métodos anticonceptivos para el período 1969-1981, evidencia un incremento significativo tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos. Sin embargo, la situación peruana debe compararse con las realizaciones de otros países, donde los cambios se han producido por acciones de instituciones del Estado, encargadas de normar, suministrar información y servicios de planificación familiar. En ellos el conocimiento de métodos anticonceptivos está muy cercano al 100 por ciento como en Costa Rica (1981) y Colombia (1980). Las diferencias con estos países pueden deberse, entre otras razones, a una débil participación del Estado en la implementación de la política de población urgente en el Perú.

6.2 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de las Mujeres Actualmente Unidas

Al comparar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos de las mujeres actualmente unidas, es decir de aquellas que tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas, con el que corresponde a la totalidad de mujeres con experiencia marital se encuentra que no existe diferencia, puesto que en ambos casos el porcentaje de conocimiento alcanza el 83 por ciento.

En Lima Metropolitana el conocimiento de por los menos un método alcanza al 98 por ciento, en el resto urbano 87 por ciento y en el área rural 63 por ciento. El conocimiento de las mujeres teniendo en cuenta el número de hijos nacidos vivos que han tenido (Cuadro 6.2), para Lima Metropolitana revela una relación inversa entre ambas variables. La situación puede atribuirse a que las mujeres de mayor edad y consecuentemente con el mayor número de hijos, han estado menos expuestas a la difusión o propaganda contraceptiva. En cambio, para el resto urbano y el área rural, no se observa diferenciales de conocimiento por número de hijos, sino que el nivel de conocimiento es en general bajo como resultado de la falta de difusión de los métodos en esta área, como en los últimos años ha venido ocurriendo en Lima Metropolitana.

CUADRO 6.2: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE CONOCEN POR LO MENOS UN METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS EN AREAS URBANA Y RURAL

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	TOTAL	LIMA	RESTO	RURAL
		METROPOLITANA	URBANO	
TOTAL	83	98	87	63
Ninguno	80	100	86	61
1-2	86	99	88	64
3-4	84	98	86	65
5 y más	79	95	86	62
N° de casos	3 346	1 108	1 439	799

1/ Incluye embarazo actual, que ha sido considerado como un hijo nacido vivo.

6.3 Conocimiento de Métodos Anticonceptivos de Todas las Mujeres en Edad Fértil

6.3.1 Tipo de Métodos Conocidos (Modernos y Tradicionales)

La ENPA a diferencia de la ENAF, que sólo se aplicó a las mujeres alguna vez unidas, consideró a la totalidad de mujeres en edad fértil como población objeto de estudio. Esto significa que se incluyó también a todas las mujeres solteras, lo cual ha permitido comparar el conocimiento de métodos anticonceptivos por mujeres con y sin experiencia marital. El conocimiento de las primeras alcanza a un 83 por ciento y el de las mujeres nunca unidas es de 79 por ciento. El conocimiento promedio es de alrededor del 81 por ciento.

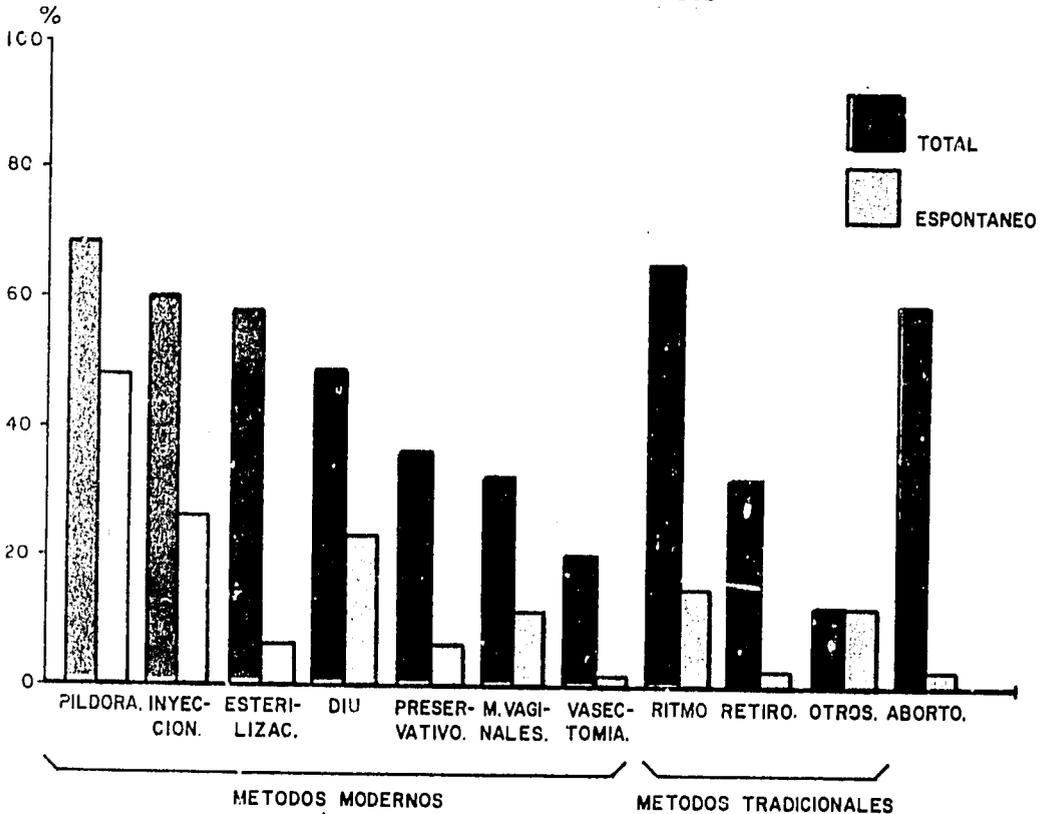
Para el total del país y para las áreas urbana y rural, en el Cuadro 6.3 se presenta el conocimiento total y el demostrado por declaración espontánea (sin ayuda) de cada uno de los métodos modernos y tradicionales; el aborto inducido, está considerado separadamente, como una forma señalada por muchas mujeres para evitar hijos.

La declaración espontánea, revela que el método más conocido en el país, es la píldora (48 por ciento), seguido de la inyección (26 por ciento), DIU (23 por ciento) y ritmo (15 por ciento). No obstante si consideramos el conocimiento total, es decir incluyendo el declarado con ayuda de la entrevistadora, se observa que la píldora, con el 68 por ciento sigue siendo el método más conocido; la inyección pierde su importancia relativa, y el ritmo, con el 65 por ciento, se sitúa en el segundo lugar (Gráfico 6.1), seguido por la esterilización y el DIU.

CUADRO 6.3: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS QUE CONOCEN CADA UNO DE LOS METODOS SEGUN TIPO EN AREAS URBANA Y RURAL

TIPO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	PAIS		LIMA METROP.		RESTO URBANO		RURAL	
	Total	Espon táneo	Total	Espon táneo	Total	Espon táneo	Total	Espon táneo
METODOS MODERNOS								
Píldora	68	48	90	69	70	49	41	22
Inyección	60	26	77	32	62	29	35	15
Esterilización	58	6	75	8	61	7	31	3
DIU	49	23	77	42	48	20	17	6
Preservativo	36	6	57	10	35	5	12	2
Métodos vaginales	32	11	52	19	32	10	10	2
Vasectomía	20	1	31	15	21	1	6	0
METODOS TRADICIONALES								
Ritmo	65	15	82	20	68	16	38	8
Retiro	32	2	47	3	30	2	15	1
Métodos folklóricos	12	12	16	16	12	12	8	8
ABORTO INDUCIDO	59	2	78	2	61	2	34	1
Nº de casos	6 437		2 057		4 380		1 662	

GRAFICO 6.1: CONOCIMIENTO (TOTAL Y POR DECLARACION ESPONTANEA) DE CADA UNO DE LOS METODOS



El método del ritmo a pesar de ostentar cifras de un conocimiento alto, las mujeres no lo mencionan espontáneamente, probablemente, porque algunas no lo consideran como anticonceptivo o no lo recordaban hasta el momento en que la entrevistadora lo mencionó. Podría deberse, también, a la existencia de cierto prejuicio contrario, entre la población informante. Parecido fenómeno se observa en el caso específico del aborto.

A nivel geográfico cabe señalar que, en Lima Metropolitana, existe con relación al área rural, un mejor y más amplio conocimiento de los métodos anticonceptivos. Aquel fluctúa entre dos y hasta cinco veces para los métodos modernos y entre dos y tres veces más para los tradicionales.

6.3.2 Nivel de Conocimiento

Un resumen del conocimiento de métodos anticonceptivos de todas las mujeres en edad fértil según área de residencia se presenta en el Cuadro 6.4.

CUADRO 6.4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS SEGUN NIVEL DE CONOCIMIENTO DE METODOS EN AREAS URBANA Y RURAL

NIVEL DE CONOCIMIENTO	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
TOTAL	100	100	100	100
Conoce por lo menos un método:	81	96	84	60
Conoce por lo menos un método moderno	76	94	78	50
Conoce sólo algún o algunos métodos tradicionales	4	1	5	8
Conoce sólo el aborto	1	1	1	2
No conoce	19	4	16	40
Nº de casos	6 437	2 057	2 718	1 662

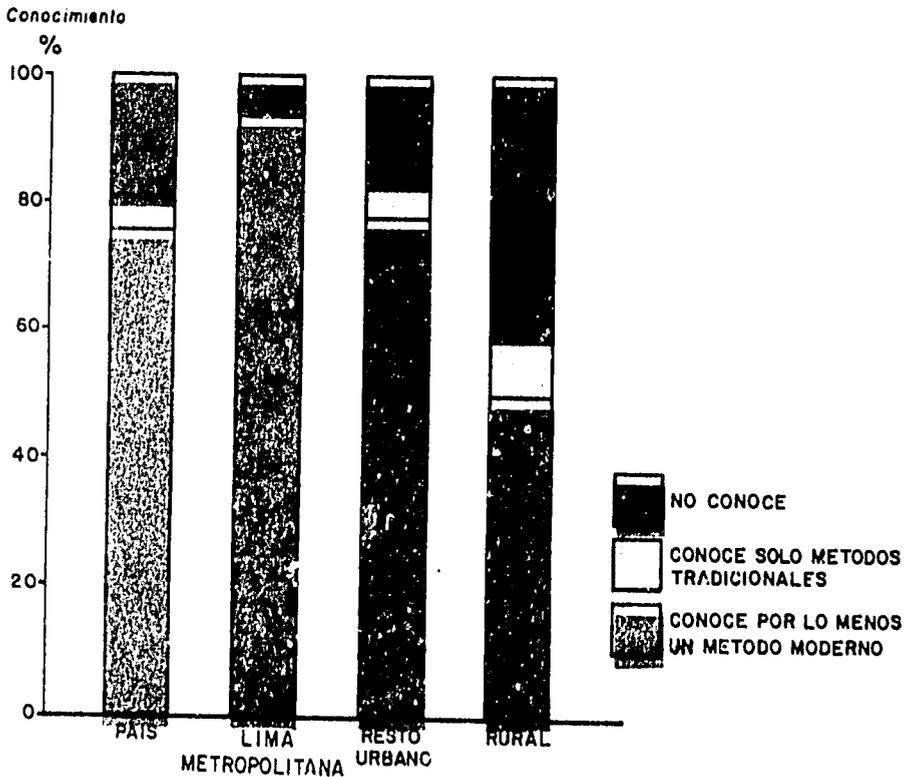
El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos se analiza en cuatro grandes grupos: a) las mujeres que conocen por lo menos un método moderno (píldora, inyección, esterilización femenina, DIU, preservativo, métodos vaginales y vasectomía) aún cuando también conozcan algún método tradicional, b) las mujeres que conocen sólo algún método tradicional (ritmo, retiro, métodos folklóricos), c) conocen el aborto inducido como métodos, pero no conocían ninguno más y d) no conocen ningún método.

El mayor porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos corresponde a mujeres que por lo menos conocen un método moderno (Cuadro 6.4). Ocho de cada diez mujeres en el país conocen métodos modernos. Este nivel se mantiene en el resto urbano, disminuye a cinco en el área rural y en Lima Metropolitana el conocimiento es casi universal.

El conocimiento de sólo algún o algunos métodos tradicionales revela ser mayor en el área rural donde alcanza un 10 por ciento, mientras que en Lima Metropolitana sólo llega a 2 por ciento (Gráfico 6.2).

En el área rural el desconocimiento de métodos anticonceptivos es bastante elevado (40 por ciento), dos y medio veces más que en el resto urbano nacional y diez veces más que en Lima Metropolitana (4 por ciento).

GRAFICO 6.2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



FUENTE: Cuadro 6.4

6.3.3 Índice de conocimiento.

Como factor de medición del grado de conocimiento de anticonceptivos en el Cuadro 6.5, se ofrece el número promedio de métodos conocidos, distinguiendo los modernos de los tradicionales. Para obtener indicadores de la difusión y acumulación del conocimiento en el espacio y tiempo, estas medias se asocian con el área de residencia y edad de la mujer.

En el Perú, las mujeres en edad fértil conocen en promedio 4.9 métodos, de los que 3.2 métodos son modernos. Para las mujeres actualmente unidas el promedio fue ligeramente superior, 5.2 métodos por mujer, de los que 3.4 son métodos modernos.

Según el índice de conocimiento se observó que los valores son mayores en Lima Metropolitana que en el resto del país y menores en el área rural, tanto para el total de métodos conocidos cuanto para la media de métodos modernos conocidos por mujer.

Por edades, el promedio de todos los métodos conocidos varía de 3.4 hasta 5.8 y para los métodos modernos fluctúa entre 2.1 y 3.8 por mujer. Las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años, tienen medias menores en relación al resto. El mayor grado de conocimiento aparece entre las mujeres de 20 a 39 años. Por lo tanto, la edad probablemente no se asocia con el grado de conocimiento, toda vez que los grupos extremos presentan promedios más bajos.

CUADRO 6.5: PROMEDIO DE METODOS CONOCIDOS (TODOS Y MODERNOS) POR LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS Y POR LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y GRUPOS DE EDADES

AREAS Y GRUPOS DE EDADES	MEF DE 15-49 AÑOS		MEF ACTUALMENTE UNIDAS	
	Todos los métodos	Métodos modernos	Todos los métodos	Métodos modernos
TOTAL	4.9	3.2	5.2	3.4
AREAS URBANA Y RURAL				
Lima Metropolitana	6.8	4.6	7.5	5.1
Resto urbano	5.0	3.3	5.5	3.6
Rural	2.5	1.5	2.6	1.6
EDAD				
15-19	3.4	2.2	3.4	2.1
20-24	5.5	3.6	5.2	3.3
25-29	5.8	3.8	5.7	3.7
30-34	5.7	3.8	5.8	3.8
35-39	5.4	3.6	5.4	3.6
40-44	4.8	3.1	4.8	3.2
45-49	4.2	2.8	4.1	2.7
N° de casos	6 437		3 925	

1/ Incluye el aborto.

6.3.4 Diferenciales en el Conocimiento de Métodos Anticonceptivos

El nivel de conocimiento o del desconocimiento de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil es muy variado. A continuación, se presenta las diferencias a nivel de áreas urbana y rural y características socioeconómicas (edad, educación, estado conyugal, estado laboral e ingresos familiares).

a) Grupos de edades.

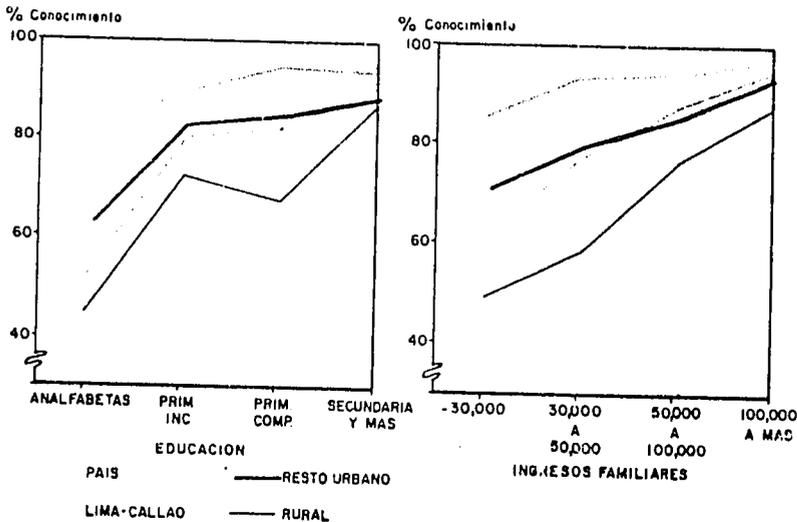
El conocimiento de métodos según grupos de edades que aparece en el Cuadro 6.6, para el total del país, presenta ligeras variaciones. Las menores de 20 años de edad y las que tienen entre 45 y 49 años, presentan menores niveles de conocimiento. Asimismo, se observa que el conocimiento más alto se da entre las mujeres de 20 a 34 años. Esta tendencia se mantiene en el resto urbano, no así en Lima Metropolitana, donde el conocimiento en todos los grupos de edad está extendido hasta los 44 años, y en el área rural donde el nivel más alto corresponde a las mujeres de 25 a 29 años.

b) Educación.

Los resultados de la ENPA indican que el 94 por ciento de las mujeres que tienen educación secundaria o más conocen métodos anticonceptivos, frente a sólo un 54 por ciento entre las analfabetas, registrándose una relación positiva entre niveles de escolaridad y conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Resalta sin embargo, que unos pocos años de educación son los que marcan la diferencia. La mayor brecha aparece entre las analfabetas y las que tienen primaria incompleta. En el Cuadro 6.6 y en el Gráfico 6.3 se observa que las mujeres que tienen primaria incompleta o que saben leer sin haber asistido a la escuela, han incrementado su nivel de conocimiento en 28 puntos más en relación a las analfabetas, al haber pasado de 54 a 82 por ciento.

GRAFICO 6.3: CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS, SEGUN EDUCACION E INGRESOS FAMILIARES, EN AREAS URBANA Y RURAL



FUENTE: Cuadro 6.6

Si a estas variaciones notorias por nivel educativo, se añade la influencia por áreas urbana y rural, se aprecia que en el área rural el bajo nivel de conocimiento acentúa la diferencia, en cambio en Lima Metropolitana el mayor nivel de conocimiento es relativamente menos dependiente de la educación. En esta última influye fundamentalmente el proceso de urbanización. La situación no es muy dispar entre las mujeres más educadas. Del total de mujeres que tienen educación secundaria o más, en Lima Metropolitana el 98 por ciento conocen métodos anticonceptivos y en el área rural el 89 por ciento.

c) Estado conyugal.

El estado conyugal de las mujeres determinan pequeños desniveles en el conocimiento de métodos anticonceptivos. El conocimiento de las actualmente unidas alcanza un 83 por ciento y de las desunidas el 80 por ciento. La diferencia entre las solteras y las actualmente unidas es apenas del 3 por ciento, a nivel de todo el país. Similar tendencia se presenta entre las que viven en Lima Metropolitana, en cambio, en el área rural el nivel de conocimiento entre las solteras es muy bajo (47 por ciento), y esta diferencia alcanza un 17 por ciento.

d) Condición de actividad económica

Según condición de actividad, el conocimiento de anticonceptivos, no presenta una variación considerable. Ni en Lima Metropolitana ni en el resto urbano, se dan diferencias importantes, sólo en el área rural las mujeres que trabajan ostentan ligeramente un mayor conocimiento que aquellas que no son consideradas trabajadoras.

e) Ingresos familiares mensuales.

Los ingresos familiares al igual que la educación, son un factor que establece diferencias significativas en el conocimiento de métodos anticonceptivos. Sólo dos tercios de mujeres que proceden de familias con ingresos familiares menores de 30 mil soles al mes, conocen métodos anticonceptivos, en cambio el 96 por ciento de las mujeres que tienen 100 mil soles de ingresos familiares al mes, conocen anticonceptivos. Las tendencias de conocimiento anticonceptivo según las categorías de área de residencia son similares a lo observado para el total, sin embargo las diferencias son menores entre las mujeres que viven en Lima y en el área urbana, que las que viven en el área rural (Gráfico 6.3).

f) Regiones naturales.

La falta de información, alcanza el mayor porcentaje en la Sierra, siendo sucesivamente menor en la Selva y la Costa. A nivel rural, en la región de la Sierra, el desconocimiento es de 52 por ciento. En las áreas urbanas de las regiones naturales no se aprecia mayores diferencias, en cambio entre las áreas rurales las diferencias son significativas. Una cuarta parte de las mujeres que residen en la costa y selva no conocen ningún método en comparación de poco más de la mitad de mujeres serranas.

CUADRO 6.6, PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS QUE CONOCEN POR LO MENOS UN METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOECONOMICAS, EN AREAS URBANA Y RURAL

CARACTERISTICAS	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
TOTAL	81	96	84	60
EDAD				
15-19	73	90	75	49
20-24	87	98	91	67
25-29	88	98	90	73
30-34	86	98	88	64
35-39	82	97	88	57
40-44	81	98	85	60
45-49	71	92	74	47
EDUCACION				
Analfabeta	54	82	64	45
Primaria incompleta <u>1/</u>	82	91	83	72
Primaria completa	53	95	84	67
Secundaria o más	94	98	92	89
ESTADO CONYUGAL				
Unida-casada	82	97	86	64
Separada-viuda-divorciada	80	95	89	55
Soltera	79	93	80	47
CONDICION DE ACTIVIDAD ECONOMICA				
Trabaja	84	95	85	64
No trabaja	80	96	84	58
INGRESOS FAMILIARES				
Menos de 30,000 soles	63	87	72	50
30,000 - 49,999	78	95	81	59
50,000 - 99,999	89	96	87	77
100,000 y más	96	99	94	88
REGIONES NATURALES <u>2/</u>				
Resto de Costa	86	-	89	75
Sierra	64	-	78	48
Selva	78	-	82	75
REGIONES DE PLANIFICACION				
Norte	83	-	91	68
Centro	72	-	81	59
Sur	62	-	73	47
Oriente	88	-	96	72
Lima Metropolitana	96	96	-	-
N° de casos	6 437	2 057	2 718	1 662

1/ Incluye pocos casos de MEF que saben leer sin haber asistido a la escuela.

2/ Sólo se registra el dato para el resto de la Costa, porque los de Lima Metropolitana pueden verse en el grupo de regiones de planificación.

g) Regiones de planificación.

Las regiones centro y sur exhiben los mayores porcentajes de desconocimiento, la región norte está casi a nivel del promedio nacional, mientras que las del oriente y Lima Metropolitana se ubican por debajo de dicho promedio. En el área rural, respecto al resto urbano, se observa que en las regiones centro y sur, el desconocimiento es dos veces mayor, en el norte más de tres veces y en el oriente siete veces más. Estos complementos han sido calculados en base a la información sobre conocimiento del Cuadro 6.6.

RESUMEN

Este capítulo muestra el conocimiento general de métodos anticonceptivos, seguido del conocimiento de métodos específicos y, concluye con el estudio de diferenciales a través de características socio-económicas y demográficas.

Además, se establece la evolución en el tiempo del conocimiento, valiéndose de encuestas anteriores a ENPA (PECFAL-PEAL 69-70 y ENAF 77-76). En el período analizado de 12 años, se aprecia un significativo incremento del orden del 63 por ciento. El aumento corresponde tanto a métodos modernos como el DIU (271 por ciento) como a métodos tradicionales (191 por ciento).

En relación a ENAF, encuesta más cercana a ENPA, casi no se ha producido cambios cuantitativos, sino más bien cualitativos pues entre las mujeres alguna vez unidas tres métodos modernos (píldora, métodos vaginales y DIU) se incrementaron y sólo uno tradicional, este último es el ritmo, sigue siendo el método más difundido entre la población.

En el análisis de la relación entre la paridez y el conocimiento, sólo en Lima se encuentra una relación inversa entre estas variables en las mujeres actualmente unidas, en cambio en el resto del país el nivel de información no se asocia con la paridez.

El conocimiento espontáneo revela que el método más conocido sin ayuda es la píldora (48 por ciento), en cambio el ritmo, pese a tener el porcentaje más alto de conocimiento total (65 por ciento), es nombrado espontáneamente por sólo el 15 por ciento.

En cuanto a la influencia de factores socio-económicos, el mayor desconocimiento de métodos corresponde al área rural (40 por ciento), diez veces más que en Lima (4 por ciento). Entre las regiones naturales, las serranas tienen mayor porcentaje de desconocimiento (52 por ciento). Asimismo, los dos grupos extremos (más jóvenes y de más edad) tienen menos conocimiento de métodos. La brecha mayor en el conocimiento se produce entre las analfabetas y las mujeres con primaria incompleta. Unos pocos años de educación son suficientes para el incremento del conocimiento en 28 por ciento.

Finalmente, con el cálculo del promedio de métodos conocidos (total y modernos) fue posible estimar el grado de conocimiento de anticonceptivos. En el Perú el promedio de todos los métodos conocidos es de 4.9 y de los modernos es 3.2; lo que revela que existe casi 2 métodos de diferencia entre ambos tipos de conocimiento, valor que se mantiene en casi todos los grupos según área de residencia y edad de la mujer. Estos resultados indican que es necesario elevar el conocimiento de anticonceptivos en la población peruana particularmente de los métodos modernos.

VII. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

El uso de métodos anticonceptivos es uno de los factores que ejerce mayor influencia en los niveles de fecundidad y por ello, su estudio, constituye el principal propósito de la ENPA.

En el presente capítulo el análisis del uso de métodos anticonceptivos se basa fundamentalmente en dos variables: la experiencia y la prevalencia anticonceptiva. La primera refleja el uso en el pasado, es decir, todos los esfuerzos realizados por las mujeres con el fin de controlar su fecundidad, es una variable acumulativa. La segunda expresa la situación del uso en el momento o un mes antes de la entrevista (la que denominaremos uso actual). Ambas variables permiten además comparar e interpretar las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos entre distintas categorías de mujeres de acuerdo a sus características socio-económicas y demográficas.

Las primeras secciones del capítulo están dedicadas al análisis de la experiencia y la prevalencia anticonceptiva utilizadas por las mujeres. Se estudia a las mujeres en edad fértil (15-49 años), luego se restringe el análisis hacia categorías más específicas de mujeres, tales como las alguna vez unidas, las actualmente unidas y -dentro de ésta última- a las expuestas al riesgo de embarazo. Este procedimiento se sigue por dos razones, para concentrar el análisis en aquellos grupos de mujeres entre quienes es más significativo el uso de métodos anticonceptivos respecto a su fecundidad, y para conocer la evolución de la experiencia y la prevalencia anticonceptiva en los tres últimos años. Se compara luego los resultados obtenidos con la ENAF, en relación a las mujeres alguna vez unidas.

Finalmente se presenta el análisis de las opiniones y actitudes de las mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos, y el de la relación del uso de métodos anticonceptivos con el deseo de tener más hijos.

7.1 Experiencia y Prevalencia Anticonceptivas en las Mujeres en Edad Fértil
Analizando el uso actual y el uso pasado de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil (Cuadro 7.1), se observa inicialmente que el 25 por ciento está usando actualmente algún método anticonceptivo sea moderno o tradicional. Comparando esta proporción con la de mujeres que

que alguna vez usaron métodos anticonceptivos, se aprecia un significativo número de mujeres que en la actualidad dejaron de usarlos. El hecho que el 40 por ciento de mujeres hayan declarado haber utilizado algún método en el pasado, significa que el 15 por ciento no continuó con el uso.

CUADRO 7.1: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS QUE USAN ACTUALMENTE, HAN USADO ALGUNA VEZ O HAN DEJADO DE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS Y PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN USADO METODOS Y CONTINUAN HACIENDOLO, SEGUN AREAS Y ESTADO CONYUGAL

AREAS URBANA Y RURAL Y ESTADO CONYUGAL	PORCENTAJE DE USO DE METODOS			PORCENTAJE QUE SIGUEN USANDO METODOS ^{1/}	NUMERO DE CASOS
	USAN ACTUAL- MENTE	HAN USADO ALGUNA VEZ	DEJARON DE USAR		
TOTAL	25	40	15	63	6 437
AREAS URBANA Y RURAL					
Lima Metropolitana	32	50	18	64	2 057
Resto urbano	26	41	15	63	2 718
Rural	15	28	13	54	1 662
ESTADO CONYUGAL					
Casada	44	62	18	71	2 646
Unida	34	54	20	63	1 279
Separada y divorciada	6	45	39	13	421
Viuda	3	30	27	10	101
Soltera	1	4	3	25	1 990
N° de casos	1 674	2 789	1 115		

^{1/} Es el cociente entre la primera y la segunda columna expresado en porcentaje

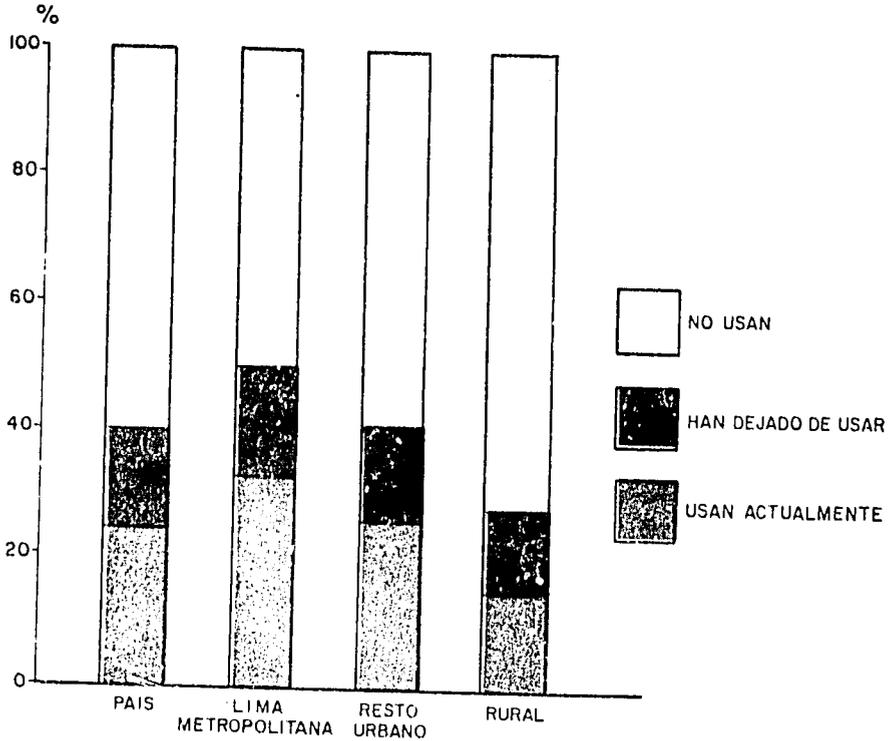
7.1.1 Según áreas urbana y rural

Considerando las áreas de residencia urbana y rural se observa que la primacía en el uso actual corresponde a las mujeres de Lima Metropolitana, donde casi una tercera parte de las mujeres se encontraban usando algún método al momento de la entrevista. En el resto del área urbana lo emplea el 26 por ciento, y en el área rural, solamente el 15 por ciento. Observando la experiencia anticonceptiva se aprecia la misma situación, ya que mientras en Lima Metropolitana la mitad de las mujeres entrevistadas han realizado alguna tentativa contraceptiva, en el resto del área urbana lo han experimentado el 41 por ciento de mujeres, y en el área rural, el 28 por ciento.

Si bien en las tres áreas es relativamente alta la proporción de mujeres que habiendo usado algún método han dejado de hacerlo en la actualidad, la tendencia es más acentuada en el área rural lo que podría estar vinculado con una deficiente comprensión sobre la forma de usar el contraceptivo, por instrucción o comunicación inadecuadas o por falta de seguimiento de las mujeres incorporadas a los recientes programas o discontinuidad en el suministro, sin olvidar la posibilidad que estén embarazadas.

Con los datos anteriores se puede afirmar -como ya es conocido- que el uso de métodos anticonceptivos está asociado positivamente al grado de urbanización del área de residencia. Se aprecia, además, una aparente mayor permanencia del uso de métodos entre las mujeres del área urbana (Gráfico 7.1 y Cuadro 7.1).

GRAFICO 7.1: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



FUENTE: Cuadro 7.1

7.1.2 Según estado conyugal

El estado conyugal permite apreciar con mayor nitidez las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos. El nivel más alto del uso corresponde a las mujeres casadas y a las unidas. Un nivel claramente inferior corresponde a las desunidas (por separación o viudez), y -como era de esperarse- el nivel de uso actual entre las solteras es muy bajo (Cuadro 7.1). Lo anterior permite reafirmar la idea que el uso de métodos anticonceptivos está asociado estrechamente a la situación marital de las mujeres. Esto se aprecia mejor si se compara el uso actual con el uso pasado. Las proporciones más altas de mujeres que han dejado de usarlas corresponden a las desunidas (es decir a aquellas mujeres que han dejado de hacer vida marital) y luego a las solteras. La proporción de mujeres casadas o unidas que han dejado de usar métodos anticonceptivos, es menor. La proporción de mujeres que continúan usando métodos es más alta entre las que están haciendo vida marital.

Hasta aquí se ha establecido que el nivel del uso de métodos anti-conceptivos está asociado, en primer lugar, con el estado conyugal de las mujeres entrevistadas, y, por otro lado, guarda relación positiva con el grado de urbanización de las áreas urbana y rural. Los resultados correspondientes a las solteras permiten excluirlas del análisis del uso de métodos anticonceptivos en el resto de las secciones del capítulo.

7.1.3 Razones por las que no se usan anticonceptivos

Luego de haber analizado el uso de métodos anticonceptivos, conviene estudiar las razones por las que no son usados. Para analizar este aspecto complementario al uso de todos los anticonceptivos se elaboró el Cuadro 7.2, que contiene información respecto a las razones por las que las mujeres no usan métodos anticonceptivos en la actualidad. En primer lugar, se estableció la condición de uso de acuerdo a las áreas de residencia urbana y rural. En seguida se clasificó a las mujeres que actualmente no son usuarias de acuerdo a las razones que sobre el particular expusieron.

Dicha clasificación se efectuó luego de establecer una jerarquía de importancia entre las razones. Si una mujer participaba en más de una características se prefirió a la de más importancia. Por consiguiente, la proporción de mujeres que no conocen ningún método no necesariamente debe coincidir con el valor establecido en el capítulo precedente, asimismo la de mujeres expuestas que se distribuye entre las que usan y no usan.

CUADRO 7.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS DE ACUERDO A LAS RAZONES POR LAS QUE NO USA METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL

PATRON DE USO	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
TOTAL	100	100	100	100
Usa actualmente	25	32	26	15
No usa actualmente	75	68	74	85
N° de casos	6 437	2 057	2 718	1 662
RAZON DE NO USO	100	100	100	100
Embarazada	11	8	10	15
No hace vida marital	41	53	45	21
Infértil <u>1/</u>	9	10	8	11
Infértil temporal <u>2/</u>	8	6	8	10
Desea embarazarse	8	10	7	5
Por salud	1	1	1	1
Temor	2	4	1	1
Otros	5	3	5	7
No conoce métodos	16	5	15	29
N° de casos	4 763	1 397	1 963	1 403

1/ Incluye infértil declarada, esterilizada por razones de salud o anticoncepción y menopausia declarada.

2/ Por lactancia o post-parto.

Por lo expuesto se sabe que en la actualidad el 75 por ciento de mujeres en edad fértil no usa ningún método anticonceptivo. Si se reagrupa las razones por las cuales las mujeres no los usan, resulta que de cada 100 mujeres no usuarias, 69 no lo requieren actualmente (sea debido a razones permanentes de infertilidad, sea debido a razones temporales como el embarazo, no hacen vida marital o infertilidad resultante del post-parto), ocho desean embarazarse, siete debido al temor u otras razones y 16 porque desconocen la existencia de métodos anticonceptivos.

Las tres razones específicas más nombradas por las no-usuarias en orden decreciente son: no hace vida marital (41 por ciento), no conoce métodos (16 por ciento) y está embarazada (11 por ciento).

Considerando el área urbana y rural, se observa en Lima Metropolitana un alto nivel del uso de métodos anticonceptivos. Este corresponde también a un alto grado de conocimiento de métodos. En las otras áreas el nivel del uso es sensiblemente menor. Comparando las razones por las cuales las mujeres no emplean métodos anticonceptivos, se observa que la proporción de mujeres que no usan porque no lo requieren es creciente conforme es mayor el grado de urbanización del área de residencia. La misma tendencia sigue la proporción de mujeres que no lo usan porque desean embarazarse. Contrariamente, las proporciones de mujeres que no usan debido al desconocimiento de métodos anticonceptivos decrecen a medida que el grado de urbanización del área de residencia es mayor.

Resumiendo, cuanto mayor es el grado de urbanización, existe una mayor proporción de mujeres que conocen métodos anticonceptivos, pero no los utilizan, principalmente porque no los requieren en la actualidad. Se puede señalar complementariamente, observando las razones específicas por las que no se usa, que la más importante, en el área urbana, es porque no hacen vida marital. En Lima Metropolitana esta razón fue nombrada por el 53 por ciento de mujeres no-usuarias, en el resto del área urbana, por el 45 por ciento, pero en el área rural sólo por el 21 por ciento. Como se ha señalado, el deseo de quedar embarazada es más nombrado cuanto mayor es el grado de urbanización del área de residencia. Se puede suponer que las mujeres quieren espaciar cuando declaran que no usan porque desean embarazarse, ya que esto denotaría una actitud más clara del uso de anticonceptivos respecto al hecho de evitar el embarazo. Finalmente, el temor, aún cuando el porcentaje es pequeño, es mayor en Lima Metropolitana que en las otras áreas, sin embargo cabe tener en cuenta también que en éstas el conocimiento de los métodos es menor. Es posible que entre las mujeres de Lima Metropolitana, las versiones controversiales lanzadas tanto por los medios masivos de comunicación, como los comentarios individuales, actúen en forma negativa difundiendo dudas y temores infundados.

7.2 Experiencia Anticonceptiva de las Mujeres Alguna Vez Unidas según la ENAF y la ENPA

La Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF), levantada durante 1977-78, constituye una de las fuentes recientes más completas para conocer el comportamiento anticonceptivo de las mujeres alguna vez unidas.

Los resultados de la ENAF comparados con los de la ENPA, respecto al uso pasado (tasa o uso acumulado) de métodos anticonceptivos (Cuadro 7.3) , permiten establecer la tendencia que ha seguido el nivel del uso de métodos anticonceptivos durante los cuatro años que van de 1978 a 1981 (en ambas encuestas se preguntó de la misma manera si alguna vez habían usado anticonceptivos).

La primera evidencia que se manifiesta es el aumento en el nivel de la experiencia anticonceptiva, globalmente este incremento fue del 18 por ciento. Incluso si se compara cada método, la tendencia se mantiene, aunque la magnitud de variación es diferente para cada uno. El método cuyo uso se ha incrementado más es el DIU (ya que según la ENAF lo usaban sólo el 2 por ciento de las mujeres alguna vez unidas), no obstante, no deja de ser significativo el aumento de los métodos más usados (el ritmo y la píldora). Algunos factores que han influido en la modificación del nivel del uso de métodos, en orden de importancia, son: la urbanización, la educación, el número de hijos, las regiones de planificación y la edad ^{1/}.

Los aumentos más significativos entre las mujeres alguna vez unidas se aprecian en las áreas rurales y entre las mujeres con menor nivel educativo. Según las áreas urbana y rural, el aumento del uso (alguna vez) de métodos en el área rural es del 70 por ciento, mientras que en el resto urbano es de solamente del 5 por ciento y en Lima Metropolitana prácticamente se mantiene constante. No obstante, la magnitud del uso es inversa, como se pudo apreciar en la sección anterior del presente capítulo.

Según el nivel de educación, a las analfabetas les corresponde un incremento en el uso del 63 por ciento y a las que tienen primaria incompleta, 40 por ciento, en tanto que el incremento del nivel del uso entre las mujeres con mayor nivel educativo no es significativo.

A pesar que los mayores niveles del uso de métodos se da entre las mujeres con tres o cuatro hijos, es apreciable el aumento del nivel del uso entre las mujeres que declararon no tener hijos.

Tanto las regiones de planificación como la edad, al parecer, no han sido factores que hayan influido significativamente. Así, en todos los grupos de edad, se aprecia un incremento relativamente uniforme, se nota que el valor más alto corresponde al grupo de más edad.

^{1/} Debemos señalar que el incremento porcentual, cuando la proporción inicial es muy baja, da lugar a la impresión de un incremento mayor que el real, de acuerdo a criterios matemáticos, no obstante este tipo de índice es útil para apreciar variaciones.

CUADRO 7.3: PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN USADO ALGUNA VEZ METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS	ENAF-78	ENPA-81	INCREMENTO <u>1/</u> PORCENTUAL
Han usado algún método <u>2/</u>	49	57	18
METODOS ANTICONCEPTIVOS <u>3/</u>			
Píldora	13	18	34
Preservativo	7	8	15
Métodos vaginales	5	7	49
Inyección	5	8	60
DIU (dispositivo intra-uterino)	2	6	128
Esterilización	3	4	58
Ritmo	27	39	46
Retiro	16	16	0
AREAS URBANA Y RURAL <u>4/</u>			
Lima Metropolitana	76	76	0
Urba	59	62	5
Rural	20	34	70
REGIONES DE PLANIFICACION <u>5/</u>			
Norte	38	51	33
Centro	41	50	23
Sur	36	44	21
Oriente	49	63	30
Lima Metropolitana	76	76	0
EDAD <u>3/</u>			
15-19	32	40	22
20-24	48	58	19
25-29	57	64	12
30-34	59	69	18
35-39	49	60	21
40-44	45	51	13
45-49	33	41	25
NUMERO DE HIJOS <u>6/</u>			
Ninguno	22	33	46
1-2	51	59	17
3-4	54	66	21
5 y más	44	52	17
EDUCACION <u>6/</u>			
Analfabeta	19	31	63
Primaria incompleta	40	56	40
Primaria completa	66	66	0
Secundaria y más	81	79	-3

Nº de casos 5 640 4 447

- 1/ El incremento porcentual no ha sido calculado en base a las cifras que aparecen en las columnas precedentes de ENAF y ENPA, sino se han considerado las cifras originales expresadas con un decimal.
- 2/ Incluye lavado y abstinencia, como método separado en ENAF.
- 3/ INE, ENAF, Informe General, 1979. Cuadro 4.3.1a del Anexo Estadístico.
- 4/ INE, ENAF, Informe General, 1979. Cuadro 4.3.2b del Anexo Estadístico.
- 5/ INE, ENAF, Informe General, 1979. Cuadro 4.3.2a del Anexo Estadístico.
- 6/ INE, ENAF, Informe General, 1979. Cuadro 4.3.2c del Anexo Estadístico.

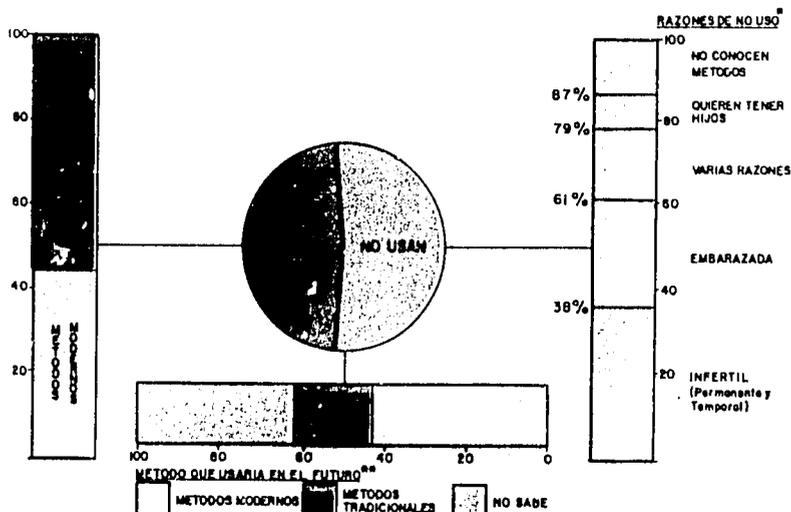
Resumiendo, se puede afirmar que el uso (alguna vez) de métodos anticonceptivos se ha extendido significativamente, antes que en Lima, en el resto del país. Ello es sorprendente si consideramos que una gran proporción de las analfabetas residen en el área rural. Es decir, los mayores esfuerzos por controlar su fecundidad han sido efectuados por mujeres pertenecientes a estratos sociales que no cuentan con muchas facilidades de servicios sociales. En cambio entre las mujeres que fueron entrevistadas en Lima Metropolitana, ciudad capital que concentra el 27 por ciento de la población del país y que cuenta con mayores centros de servicios de salud, niveles de ingreso y acceso a los programas de planificación familiar, el incremento en el uso fue aparentemente poco significativo.

7.3 Experiencia y Prevalencia Anticonceptivas de las Mujeres en Unión Actual

Como se ha señalado en el capítulo III, las mujeres actualmente unidas representan el 60 por ciento de las mujeres en edad fértil. De cada 100 mujeres actualmente unidas, 60 tienen experiencia anticonceptiva. Esta proporción comprende a 41 mujeres que están usando actualmente como a 19 que manifestaron haber usado algún método, pero que al momento de la entrevista no usaban ninguno. Las razones de no uso en orden de importancia son: infértiles permanentes y temporales (38 por ciento), actualmente embarazadas (23 por ciento), quieren tener hijos (8 por ciento), otras razones (18 por ciento) y no conocen método (13 por ciento). Otro dato importante es que entre las no usuarias que conocen métodos el 38 por ciento quisiera usar métodos modernos en el futuro, sólo el 19 por ciento tradicionales, y 43 por ciento no pudieron especificar el método que usarían según puede constatarse en el Gráfico 7.2.

Atendiendo a la eficacia de los métodos anticonceptivos, en el Cuadro 7.4 se aprecia, que del total de mujeres actualmente unidas, usuarias de métodos anticonceptivos, el 57 por ciento de ellas utiliza métodos tradicionales (ritmo, retiro y métodos folklóricos), mientras que el 43 por ciento restante utiliza métodos modernos (píldora, preservativo, métodos vaginales, inyección, DIU y esterilización).

GRAFICO 7.2: USO ACTUAL DE METODOS, RAZONES POR LAS QUE NO SE USAN Y METODO PREFERIDO QUE USARIAN EN EL FUTURO



FUENTE: Cuadro 7.4 en Marginales del archivo MEF UNIDAS V 020
en Marginales del archivo MEF UNIDAS P 317

7.3.1 Diferenciales en la prevalencia anticonceptiva

El uso actual de métodos anticonceptivos está condicionado por tres tipos de factores del contexto socioeconómico como las áreas urbana y rural, el ingreso y el trabajo, demográficos, como el número de hijos vivos y la edad de la madre, y subjetivos, como el tamaño deseado de familia.

a) Factores contextuales

Como puede apreciarse en el Cuadro 7.4, de acuerdo a los factores contextuales las proporciones más bajas de mujeres que usan actualmente métodos anticonceptivos corresponden a las analfabetas (18 por ciento), a las que pertenecen a familias con más bajos ingresos (20 por ciento), a las que residen en área rural (21 por ciento) y a las que viven en la Sierra (27 por ciento). Al igual que otros estudios relativos a este tema la ENPA permite reafirmar que una mayor proporción de mujeres que usan actualmente métodos anticonceptivos pertenecen (considerando el aspecto opuesto a los datos anteriores) a estratos socio-económicos privilegiados (residentes en ciudades, con mayor educación o alta posición económica). Sin embargo, esta distribución está modificándose paulatinamente debido a que las otras categorías de población, como se apreció en la segunda sección del presente capítulo, están intensificando el uso de métodos anticonceptivos. Ello está sucediendo a pesar de no existir todavía programas extensivos de planificación familiar ofrecidos a la población.

b) Factores demográficos

Examinando los factores demográficos anotados, ligados a la fecundidad, se puede observar que los niveles más bajos del uso de métodos anticonceptivos corresponden a los grupos de edades extremas (menores de 20 años y mayores de 44), mientras que entre las mujeres que pertenecen a los grupos intermedios de edad el uso de anticonceptivos es más intenso. De otro lado, el número de hijos vivos, si bien permite establecer diferencias entre los niveles del uso de métodos anticonceptivos no da lugar a distinciones significativas.

c) Factor subjetivo

La variable "tamaño deseado de familia", construida en base a la comparación del número actual de hijos vivos (incluyendo el embarazo actual como un hijo vivo) y el número deseado de hijos, no da lugar a una sustantiva diferenciación en los niveles del uso entre las mujeres entrevistadas.

Se desprende del análisis del efecto ejercido por el número de hijos vivos sobre el uso de métodos anticonceptivos, que si existiese una razonada actitud planificadora se esperaría que las mujeres que han tenido más hijos que los deseados estuvieran usando métodos anticonceptivos en mayor medida que el resto de mujeres, pero ocurre que muchas de aquellas mujeres tal vez no conocen o no saben usar adecuadamente técnicas de planificación familiar.

CUADRO 7.4: PORCENTAJE DE USUARIAS Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, QUE USAN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO SEGUN CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS

CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS	PORCENTAJE DE USUARIAS	USUARIAS ACTUALES			N° CASOS DE MEF UNIDAS
		Total	Métodos modernos	Métodos tradicionales	
TOTAL	41	100	43	57	3 925
AREAS URBANA Y RURAL					
Lima Metropolitana	56	100	49	52	1 135
Resto urbano	46	100	45	55	1 591
Rural	21	100	23	77	1 199
REGIONES NATURALES <u>1/</u>					
Resto de Costa	44	100	48	52	687
Sierra	27	100	24	76	950
Selva	32	100	43	57	1 153
EDAD					
15-19	22	100	38	62	251
20-24	38	100	46	54	704
25-29	46	100	43	57	764
30-34	52	100	46	54	679
35-39	48	100	43	57	670
40-44	37	100	37	63	464
45-49	22	100	38	62	393
NUMERO DE HIJOS <u>2/</u>					
Ninguno	17	100	24	76	250
1-2	43	100	46	54	1 354
3-4	50	100	45	55	1 183
5 y más	34	100	39	61	1 138
EDUCACION					
Analfabeta	18	100	29	71	963
Primaria incompleta	36	100	31	69	927
Primaria completa	46	100	48	52	722
Secundaria y más	60	100	49	51	1 313
CONDICION DE OCUPACION					
Trabaja	47	100	40	60	1 509
No trabaja	38	100	45	55	2 416
INGRESOS FAMILIARES					
Menos de 30,000	20	100	19	81	824
30,000 - 49,999	35	100	38	62	859
50,000 - 99,999	50	100	44	56	1 239
100,000 y más	61	100	53	47	1 001
TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA					
Desean más hijos	39	100	44	56	1 051
Conforme	44	100	43	57	1 731
Tienen más que los deseados	38	100	43	57	1 110
No determinado	32	100	0	0	0,3

1/ Excluye Lima Metropolitana.

2/ No incluye el embarazo actual.

7.3.2 Tipo de método usado

a) Según características socio-económicas

De acuerdo a su eficacia los métodos se clasifican en modernos y tradicionales, observando que los tradicionales son más usados que los modernos, dentro del criterio de uso actual (Cuadro 7.4). El empleo de métodos tradicionales es 57 por ciento a nivel nacional y se asocia con estratos socioeconómicos bajos, las mujeres que residen en el área rural (77 por ciento), sin educación (71 por ciento) o de primaria incompleta (69 por ciento), o pertenecen a familias con el más bajo nivel de ingresos (81 por ciento).

En cambio, el uso de los métodos modernos se asocia con los estratos económicos más favorecidos, residen en la Costa (48 por ciento), en Lima Metropolitana (49 por ciento), tienen niveles educativos más altos (49 por ciento), el nivel más elevado de ingresos familiares (53 por ciento).

En conclusión, el nivel del uso de métodos anticonceptivos eficientes probablemente se asocia más consistentemente con característica del contexto socio-económico que con las demográficas o las intenciones reproductivas de las mujeres.

b) Según número de hijos

En esta sección se examina las variaciones en el uso de métodos según el número de hijos vivos, como expresión del ciclo reproductivo de la mujer. Tanto los métodos modernos como los tradicionales han sido ordenados en forma decreciente de acuerdo a su empleo (Cuadro 7.5).

CUADRO 7.5: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN NUMERO DE HIJOS Y TIPO DE METODO

METODOS	N U M E R O D E H I J O S				
	Total	Ninguno	1-2	3-4	5 y más
TOTAL	41	17	43	50	34
METODOS MODERNOS	17	4	19	22	13
Píldora	5	2	6	6	2
Esterilización femen.	4	0	1	6	7
DIU	4	1	6	5	2
Inyección	2	0	2	2	1
Métodos vaginales	1	0	2	2	1
Preservativo	1	.	2	1	.
Vasectomía	.	0	.	.	.
METODOS TRADICIONALES	24	13	24	28	21
Ritmo	17	10	18	20	12
Retiro	4	1	4	4	4
Otros (folklóricos)	3	2	2	4	5
N de casos	3 925	250	1 354	1 183	1 138

1/ Incluye el embarazo actual.

Se desprende que el método más empleado entre los modernos es la píldora (5 por ciento de mujeres actualmente unidas la ingieren). Su uso aumenta entre las mujeres que tienen de 1 a 4 hijos (6 por ciento), pero decrece entre las que no tienen o que tienen 5 ó más (2 por ciento).

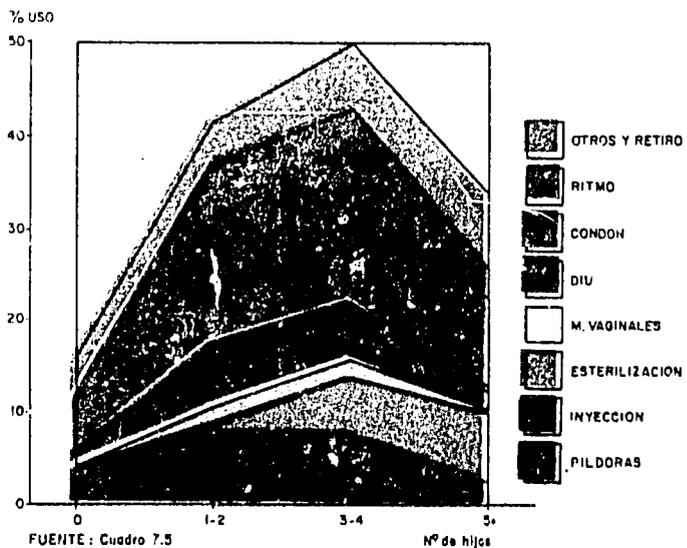
El segundo método moderno más usado es la esterilización (4 por ciento), y su empleo tiende a aumentar cuanto mayor es la fecundidad de las mujeres. De lo que se deduce que a medida que las mujeres tienen más hijos- recurren a este método con el fin de limitar su fecundidad, quizás impulsadas por la poca eficacia de otros métodos.

El DIU es usado por el 4 por ciento de mujeres unidas y, al igual que la píldora es utilizado preferentemente por las madres de fecundidad menor de 5 hijos. Es posible que el nivel de uso aumente entre las mujeres de baja fecundidad, por la seguridad que ofrece y porque produce menos efectos secundarios que la píldora.

Los demás métodos modernos (inyección, métodos vaginales, preservativo y vasectomía) son poco usados. En conjunto son utilizados apenas por el 4 por ciento de mujeres. Su empleo, además, no varía tan significativamente como los tres métodos anteriormente nombrados.

Entre los métodos tradicionales destaca el ritmo, el que es utilizado por el 17 por ciento de mujeres. Esta cifra es comparable con el nivel de uso de todos los métodos modernos juntos. El ritmo tiene la particularidad de ser empleado por las mujeres a lo largo de todo el ciclo reproductivo, es usado por un 10 por ciento de mujeres nulíparas, luego del primer hijo, el nivel de su uso casi se duplica, manteniéndose en un nivel similar entre las mujeres con 3 ó 4 hijos. Su uso decrece al final del ciclo reproductivo, aún cuando continúa siendo el más usado (Gráfico 7.3).

GRAFICO 7.3: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN NUMERO DE HIJOS



FUENTE: Cuadro 7.5

Nº de hijos

7.3.3 Espaciamiento o limitación de hijos

El uso de los métodos anticonceptivos está orientado a la regulación de la fecundidad, espaciando o limitando los nacimientos. Ambas maneras suponen a la vez dos actitudes de las mujeres respecto al número de hijos y a la manera de alcanzar el número deseado de hijos.

Las mujeres "quieren espaciar" cuando desean tener más hijos pero se encuentran usando algún método anticonceptivo, y "quieren limitar" cuando no desean tener más hijos y usan algún método. La información correspondiente se presenta en el Cuadro 7.6

El 23 por ciento de usuarias de métodos en el Perú desean espaciar los nacimientos, en tanto que el 77 por ciento quiere limitarlos. Este es un resultado que refuerza la hipótesis de que las mujeres al no tener conciencia de un tamaño definido de familia tratan de evitar el tener más hijos antes que espaciarlos. Los resultados según área de residencia no muestran diferencias importantes.

CUADRO 7.6. PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y USUARIAS Y DISTRIBUCION PORCENTUAL ENTRE QUIENES DESEAN ESPACIAR O LIMITAR EL NUMERO DE HIJOS SEGUN AREA Y TIPO DE METODO ACTUALMENTE USADO

METODOS	USUARIAS (%)	TOTAL		LIMA METROP.		RESTO URBANO		RURAL	
		Desea espaciar	Desea limitar	Desea espaciar	Desea limitar	Desea espaciar	Desea limitar	Desea espaciar	Desea limitar
TOTAL	41	23	77	25	75	22	78	22	78
Píldora	5	31	69	33	67	27	73	35	65
Condón	1	30	70	36	64	18	82	.	.
DIU	4	29	71	33	67	19	81	34	66
Inyección	2	26	74	10	90	26	74	37	63
Métodos vaginales	1	21	79	30	70	12	88	24	76
Esterilización	4	13	87	10	90	15	85	12	88
Ritmo	17	27	73	27	73	26	74	26	74
Retiro	4	13	87	15	85	12	88	11	89
Otros (folklóricos)	3	13	87	2	98	21	79	11	89
Nº de casos	1 597	404	1 193	160	476	181	530	63	187

Cuando se examinan los datos según métodos específicos se aprecia que la píldora, el DIU y el preservativo son utilizados con el fin de espaciar, por casi la cuarta parte de las usuarias, de todo el país como en Lima y en el área rural. La esterilización método irreversible es utilizado para limitar; la declaración de un 13 por ciento de mujeres esterilizadas que deseaban espaciar parecería ser inconsistente, pero es posible que algunas mujeres hayan aceptado el método sin conocer su irreversibilidad o que el número de observaciones no sea el requerido para obtener una estimación confiable.

Otras tendencias mostradas en el Cuadro 7.6 son discutibles, dado que corresponden a grupos pequeños de usuarias.

7.4 Mujeres Expuestas al Riesgo de Embarazo y Uso de Anticonceptivos

Con el propósito de realizar un análisis más refinado del uso actual de métodos anticonceptivos, se seleccionó a las mujeres expuestas al riesgo de embarazo. Por definición, este grupo corresponde a las mujeres que en la actualidad hacen vida marital, no están embarazadas y son fértiles. Constituyen el 45 por ciento de todas las mujeres en edad reproductiva, incluyendo a las mujeres esterilizadas por motivos anticonceptivos.

Entre las mujeres expuestas al riesgo de embarazo, más de la mitad (54 por ciento) usan algún método anticonceptivo. Por consiguiente, el 46 por ciento restante conforman el grupo de expuestas, con mayor riesgo de quedar embarazadas.

7.4.1 Diferenciales del uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres expuestas según las áreas urbana y rural y regiones de planificación.

Las diferencias en el nivel del uso de métodos entre las mujeres expuestas, de acuerdo al área de residencia muestran la misma tendencia que en el caso de los otros grupos de mujeres, mientras tanto en el área urbana, aproximadamente seis de cada 10 mujeres expuestas están usando algún método para controlar su fecundidad, y en el área rural solamente tres de cada 10 están empleándolo.

Considerando las regiones de planificación se aprecian pocas diferencias, salvo si comparamos Lima Metropolitana con el resto del país. Mientras en Lima Metropolitana siete de cada 10 mujeres expuestas están usando algún método, en el resto del país la proporción es cinco de cada 10. (Cuadro 7.7).

CUADRO 7.7: PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS ^{1/}
AL RIESGO DE EMBARAZO QUE USAN METODOS,
SEGUN AREAS URBANA Y RURAL EN LAS
REGIONES DE PLANIFICACION

REGIONES DE PLANIFICACION	TOTAL	URBANO	RURAL	Nº DE CASOS
TOTAL	54	64	30	2 955
Norte	47	59	30	550
Centro	46	57	32	437
Sur	46	61	27	351
Oriente	47	58	30	727
Lima Metropolitana	70	70	-	890

^{1/} Expuestas: mujeres actualmente unidas, no embarazadas y fértiles (incluye a las esterilizadas por motivos anticonceptivos).

Las diferencias son perceptibles tanto entre las áreas urbana y rural de cada región de planificación, pero son menos entre las áreas urbanas y rurales de las diferentes regiones. Comparando las áreas urbanas de las regiones (exceptuando Lima Metropolitana que reúne la más alta proporción de usuarias) se observa que el mayor nivel del uso de métodos corresponde al Sur, mientras que el menor nivel corresponde al Centro. En cambio, considerando el área rural, el mayor nivel del uso pertenece al Centro y el nivel más bajo, al Sur. En consecuencia, se aprecia que los contrastes más agudos se localizan en las regiones Sur y Centro.

7.4.2. Diferenciales en el uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres expuestas según edad y número de hijos

Con el fin de conocer los niveles del uso actual de métodos entre las mujeres expuestas, según su edad y fecundidad se preparó el Cuadro 7.8. Tal información permitió señalar que el mayor nivel en el uso de métodos se encuentra entre las mujeres de 30 a 39 años, con un 59 por ciento de usuarias y, dentro de ellas, entre las mujeres que tienen de 1 a 4 hijos (67 por ciento). De otro lado, el uso entre mujeres de 15 a 19 años fue de 34 por ciento y entre las de 40 a 49 fue de 55 por ciento.

Entre las mujeres usuarias es más frecuente el uso de los métodos tradicionales que el de los modernos, en todos los grupos de edades. Mientras que el uso de métodos tradicionales se intensifica entre mujeres de 40 a 49 años, el uso de los métodos modernos se intensifica en las edades intermedias de 20 a 39 años.

Un dato adicional importante es el referente al uso de anticonceptivos entre las mujeres más jóvenes (15 a 19 años). En este grupo, entre las mujeres que tienen 1 ó 2 hijos, están usando métodos modernos un 45 por ciento, y entre las usuarias que no tienen hijos el 81 por ciento están utilizando métodos tradicionales. Esto significa que mujeres jóvenes con fecundidad nula están usando métodos anticonceptivos, pero la elección continúa orientándose a los métodos tradicionales.

CUADRO 7.8: PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE USAN ANTICONCEPTIVOS Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE METODOS MODERNOS Y TRADICIONALES, SEGUN EDAD DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS

EDAD DE LA MADRE Y NUMERO DE HIJOS	PORCENTAJE DE USUARIAS	USUARIAS ACTUALES			NO USAN	N° DE CASOS
		Total	Métodos modernos	Métodos tradicionales		
TOTAL	54	100	43	57	46	2 955
Ninguno	40	100	24	76	60	111
1-2 hijos	55	100	46	54	45	1 050
3-4	60	100	45	55	40	960
5 y más	47	100	39	61	53	834
15-19 AÑOS	34	100	38	62	66	166
Ninguno	44	100	19	81	56	33
1-2 hijos	31	100	45	55	69	181
3-4	.	.	.	.	.	.
5 y más	.	.	.	.	.	.
20-29 AÑOS	51	100	44	56	49	1 174
Ninguno	39	100	23	77	61	56
1-2 hijos	55	100	47	53	45	637
3-4	51	100	42	58	49	401
5 y más	29	100	41	59	71	55
30-39 AÑOS	59	100	45	55	41	1 130
Ninguno	37	100	38	62	63	21
1-2 hijos	67	100	42	58	33	240
3-4	67	100	49	51	33	428
5 y más	47	100	41	59	53	441
40-49 AÑOS	55	100	39	61	45	485
Ninguno	.	.	.	.	0	1
1-2 hijos	56	100	56	44	44	42
3-4	65	100	40	60	35	129
5 y más	50	100	37	63	50	313

7.5 Actitudes y Opiniones de las Mujeres respecto al Uso de Métodos Anticonceptivos

Las actitudes y opiniones de las mujeres que conocen métodos anticonceptivos respecto al uso de ellos pueden ser analizadas desde múltiples puntos de vista. En esta sección se revisarán, a partir de la información proporcionada por la encuesta, las opiniones sobre el "acuerdo" o "desacuerdo" que las mujeres conocedoras de algún método, tienen respecto al uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja. Luego, la continuidad en el uso de anticonceptivos y los problemas que se derivan del uso de métodos, también la insatisfacción con el método usado o el deseo de cambiarlo por otro, y finalmente el método que preferiría usar, si en la actualidad no estuviese usando ninguno.

7.5.1 Opinión sobre el uso de anticonceptivos

Con el fin de obtener una apreciación global de la opinión de distintas categorías de mujeres -que declararon conocer algún método anticonceptivo- se les preguntó si estaban de acuerdo o en desacuerdo con el hecho de que alguna pareja usara métodos anticonceptivos. Las respuestas obtenidas son analizadas según algunas características socio-económicas, patrón de uso de métodos anticonceptivos y deseo de tener hijos (Cuadro 7.9).

Entre el total de mujeres es perceptible un alto grado de aprobación de métodos de planificación familiar. El 75 por ciento de mujeres están de acuerdo, mientras un 14 por ciento no dan opinión al respecto, solamente el 11 por ciento declaró su desacuerdo.

Según áreas urbana y rural, las opiniones son similares. Un aspecto destacable es la indecisión y desconocimiento por parte de las mujeres del área rural (18 por ciento), frente al 14 por ciento del área urbana y al 12 por ciento en Lima Metropolitana.

La educación es uno de los factores que influye positivamente en la difusión de la planificación familiar. Se observa, en consecuencia, que existe una relación directa entre el grado de aprobación del uso de métodos por la pareja -de acuerdo a la opinión de la mujer- y el nivel educativo. Las proporciones más altas de aprobación con el uso de métodos corresponden a las más educadas (77 por ciento) y las más bajas, a las analfabetas (68 por ciento). Cabe anotar que en todas las categorías de mujeres de acuerdo al nivel educativo la proporción de quienes respondieron "depende" es similar (alrededor del 8 por ciento) y entre las analfabetas la falta de opinión es muy alta (23 por ciento).

Como era de esperarse, la opinión a favor de la planificación familiar se relaciona directamente con el uso de métodos anticonceptivos. Entre las usuarias el 88 por ciento respondió favorablemente, mientras que entre las que nunca usaron, dicha proporción es del 68 por ciento.

Finalmente, cuando se relacionan las variables: deseos de tener más hijos en el futuro e hijos vivos en la actualidad con opinión sobre uso, no se encuentran diferencias significativas respecto al "acuerdo" en las tres categorías principales. Revisando el "desacuerdo" se encuentra que existe una mayor proporción de mujeres que desean tener más hijos y no han determinado el número deseado (21 por ciento), que en las categorías restantes. Estas respuestas llevarían a la idea que entre las mujeres encuestadas no existe todavía una clara "posición planificadora", lo que se manifiesta en la inconsistencia de sus respuestas, en este aspecto particular.

CUADRO 7.9, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS QUE CONOCEN METODOS DE ACUERDO A OPINION SOBRE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS Y PATRON DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

VARIABLES	TOTAL	OPINION SOBRE USO				N° DE CASOS
		De acuerdo	En desacuerdo	Depende	No sabe	
TOTAL	100	75	11	8	6	5 388
AREAS URBANA Y RURAL						
Lima Metropolitana	100	75	13	9	3	1 965
Resto urbano	100	76	10	8	6	2 386
Rural	100	73	9	6	12	1 037
EDUCACION						
Analfabeta	100	66	9	9	15	719
Primaria incompleta	100	75	10	8	7	971
Primaria completa	100	75	11	9	5	956
Secundaria y más	100	77	12	8	3	2 742
CONDICION OCUPACIONAL						
Trabaja	100	77	10	8	5	2 212
No trabaja	100	74	12	8	6	3 176
PATRON DE USO						
Nunca usó	100	68	16	8	8	2 566
Ha usado	100	82	8	6	4	1 148
Usa método moderno	100	88	4	7	1	720
Usa método tradicional	100	80	7	11	2	954
TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA						
Desea más hijos	100	74	14	8	4	2 462
Conforme	100	76	9	8	7	1 788
No desea	100	78	7	10	5	1 055
No determinado	100	52	21	8	20	83

7.5.2 Continuidad en el uso de métodos anticonceptivos y problemas que derivan de su uso

Un factor importante para lograr la máxima eficacia del método anticonceptivo usado es que la usuaria no interrumpa su utilización. Con el fin de analizar este aspecto, a las mujeres usuarias se les preguntó si desde el momento que empezaron a usar el método actual, alguna vez lo dejaron de utilizar por más de un mes 2/. Este aspecto puede ser analizado con la información proporcionada por el Cuadro 7.10.

La primera razón, y que la dan casi la mitad de las mujeres (usuarias actuales que abandonaron en el pasado algún mes el uso del método), está compuesta por: temor, inseguridad, dejadez u olvido

2/ Según información obtenida del archivo de marginales el 20 por ciento dejó de usar más de un mes.

(46 por ciento), en segundo lugar está la ausencia temporal o desaprobación del esposo (27 por ciento). Otras razones son: enfermedad o malestar de la mujer usuaria (14 por ciento) o porque quiso tener otro hijo (11 por ciento). Solamente el 2 por ciento dejó de usar por razones económicas. El orden de las razones expuestas es similar entre las usuarias de métodos tradicionales y de métodos modernos. Las diferencias más significativas entre las usuarias de métodos tradicionales y modernos respecto a la discontinuidad son: un mayor número de usuarias de métodos modernos dejaron de usar por causa de enfermedad o malestares (19 por ciento), en comparación con las usuarias de métodos tradicionales (10 por ciento). Un mayor número de usuarias de métodos tradicionales dejaron de emplearlos por desaprobación o ausencia del esposo (31 por ciento) y porque quisieron tener otro hijo (15 por ciento). Para las usuarias de métodos modernos, estos motivos representan el 23 por ciento (ausencia del esposo) y 7 por ciento (querer otro hijo). En ambos grupos la inseguridad y el temor son los motivos principales para abandonar temporalmente el uso del método.

Sin embargo, según datos del archivo de marginales, es importante saber que el 75 por ciento de mujeres usuarias actualmente unidas están usando el método durante 3 años, sin interrupción.

De otro lado, sólo el 18 por ciento de usuarias manifestaron que habían tenido dificultades o problemas con el uso del anticonceptivo. El problema mayor para el 62 por ciento de estas usuarias es que piensan que afecta a su salud.

CUADRO 7.10, RAZONES DE ABANDONO TEMPORAL DEL USO DEL METODO POR MAS DE UN MES, SEGUN EL TIPO DE METODO USADO

R A Z O N E S	METODO USADO ACTUALMENTE		
	Total	Método moderno	Método tradicional
TOTAL	100	100	100
Inseguridad, temor, dejadez, olvido	46	48	43
Por el esposo (ausencia o desaprobación)	27	23	31
Enfermedad o malestares	14	19	10
Quiso tener otro hijo	11	7	15
Económicas	2	3	1
Nº de casos	282	137	145

7.5.3 Insatisfacción con el método usado o deseo de cambiarlo por otro
 A todas las usuarias, exceptuando a las esterilizadas, se les preguntó -si dependiera totalmente de ellas- ¿preferirían usar el método que están usando actualmente u otro? (Cuadro 7.11).

CUADRO 7.11: PORCENTAJE DE USUARIAS ^{1/} ACTUALMENTE UNIDAS QUE PREFIEREN CAMBIAR EL METODO QUE ESTAN USANDO POR OTRO, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y METODO ANTICONCEPTIVO USADO

MÉTODOS QUE USAN	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL	Nº DE CASOS
TOTAL	29	30	29	27	1 407
Métodos vaginales	48	44	52	49	53
Preservativo	45	56	19	.	35
Píldoras	41	44	42	23	195
Otros tradicionales	37	28	38	45	172
Retiro	35	32	44	26	127
Ritmo	24	28	21	23	611
Inyección	22	10	24	26	71
DIU	17	16	21	.	143

^{1/} Excluye las esterilizadas.

El 70 por ciento de mujeres usuarias están satisfechas con el método actualmente utilizado, el uno por ciento respondió que preferiría no usar ningún método y el 29 por ciento que quería cambiar por otro. En el Cuadro 7.11 se presenta la información correspondiente a las mujeres que mostraron estar insatisfechas con el método que usan, según áreas urbana y rural y método usado en la actualidad. Los porcentajes más altos de mujeres descontentas corresponden a las usuarias de métodos modernos: vaginales (48 por ciento), preservativo (45 por ciento), píldora (41 por ciento) siendo el porcentaje más bajo para el DIU (17 por ciento). Asimismo, se observan diferencias según área de residencia: entre las mujeres que viven en Lima Metropolitana más de la mitad están descontentas con el preservativo (56 por ciento); las que viven en el resto urbano y rural, con los métodos vaginales (52 y 49 por ciento respectivamente).

7.5.4 Métodos que preferirían usar

A pesar que el Cuadro 7.12 se refiere únicamente a las mujeres que manifestaron deseos de cambiar de método, esta información es interesante porque muestra la preferencia por determinados métodos. Se presentan los métodos preferidos en comparación con el actualmente usado; 71 por ciento de las mujeres usuarias que quieren cambiar de método prefieren a los modernos, dentro de ellas el 33 por ciento de mujeres prefieren el DIU. Solamente el 9 por ciento escogió un método tradicional y el 20 por ciento no supo elegir.

Según el método actualmente usado la selección varía en forma muy clara y precisa. El DIU es el preferido por el 42 por ciento de mujeres que usan la píldora, por el 38 por ciento de usuarias de otros métodos modernos (preservativo, vaginales o inyección) y también por el 39 por ciento de usuarias del ritmo. La esterilización es preferida por el 33 por ciento de usuarias del DIU (aún cuando las usuarias de este método son pocas) y por el 16 por ciento de las que usan la píldora. En cambio, las que usaron otro método tradicional (retiro, métodos folklóricos) prefieren la píldora.

CUADRO 7.12: METODO PREFERIDO POR LAS USUARIAS ACTUALMENTE UNIDAS QUE DESEAN CAMBIAR DE METODO, SEGUN METODO USADO

METODO PREFERIDO	M E T O D O U S A D O A C T U A L M E N T E					
	Total	DIU	Píldora	Otro <u>1/</u> moderno	Ritmo	Otro <u>2/</u> tradicional
TOTAL	100	100	100	100	100	100
DIU	33	.	42	38	39	15
Esterilización	14	33	16	12	11	13
Píldora	12	10	.	23	12	21
Otro moderno <u>1/</u>	12	.	11	10	13	18
Ritmo	6	23	11	5	.	5
Otro tradicional <u>2/</u>	3	12	3	.	2	6
No sabe	20	22	17	12	23	22
N° de casos	412	23	89	58	145	97

1/ Comprende preservativo, métodos vaginales y la inyección.

2/ Comprende retiro y métodos folklóricos.

Las razones principales señaladas por las mujeres que quieren cambiar de método son: falta más información médica sobre el uso de métodos y sus efectos (54 por ciento), poca accesibilidad al servicio (12 por ciento), falta de medios económicos (13 por ciento), irregularidades menstruales u otros trastornos (13 por ciento), y el resto (9 por ciento) respondieron con otras razones 3/.

7.5.5 Métodos que preferirían usar en el futuro las mujeres que no los usan

Para la programación de los servicios de Planificación Familiar es necesario la información tanto del método preferido como de la preferencia del lugar de abastecimiento (que examinaremos en el capítulo que sigue). Por consiguiente, el análisis del método preferido será efectuado entre las mujeres que conocen algún método pero que no están usando ninguno en la actualidad. En el cuestionario individual se realizó la siguiente pregunta: "Si algún día decidiera usar algún método, ¿qué método escogería?".

También en el análisis es importante conocer las preferencias entre las mujeres que actualmente están haciendo vida marital y las mujeres en edad fértil (que además de las unidas, comprende a las desunidas y a las solteras) y según áreas urbana y rural.

3/ Datos provenientes del archivo de marginales.

Como puede verse en el Cuadro 7.13, a nivel del país sólo el 54 por ciento de mujeres nombraron algún método anticonceptivo para usar en el futuro, y en el área rural únicamente el 42 por ciento de las mujeres en edad fértil. Más de la tercera parte de mujeres que no usan métodos no pudieron especificar el método que elegirían para usar en el futuro. Situación que se agudiza según el grado de urbanización, de tal forma que en el área rural la mitad de mujeres no pudieron especificar el método de preferencia. De otro lado, el 10 por ciento declararon que no querían usar ningún método en especial, encontrándose que esta actitud es mayor en las áreas urbanas que en la rural. Asimismo no se encontró diferencias entre todas las mujeres en edad fértil y la unidas, en relación a los datos globales.

En lo que se refiere al método que preferirían usar las mujeres a nivel nacional, los datos señalan que el ritmo es nombrado en primer término, seguido por la píldora y el DIU, manteniéndose este orden en el resto urbano y el área rural. En tanto que en Lima Metropolitana el método que ocupa el primer lugar en las preferencias es la píldora, entre todas las mujeres en edad fértil y el DIU entre las mujeres actualmente unidas.

Asimismo puede apreciarse que el ritmo es mayormente preferido en el área rural (33 por ciento entre las unidas y 38 por ciento entre todas las mujeres en edad fértil) que en Lima Metropolitana (sólo 15 por ciento de las unidas y 27 por ciento de todas las mujeres lo nombró para usar en el futuro).

CUADRO 7.13: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS Y MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS NO USUARIAS POR METODO QUE PREFERIRIAN USAR EN EL FUTURO SEGUN AREAS URBANA Y RURAL

METODO PREFERIDO	MUJERES DE 15-49 AÑOS				ACTUALMENTE UNIDAS			
	Total	Lima Metrop.	Resto urbano	Rural	Total	Lima Metrop.	Resto urbano	Rural
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
No saben elegir	36	28	36	50	36	25	34	48
Ningún método	10	12	9	8	10	16	8	7
Algún método	54	60	55	42	54	59	58	45
N° de casos	3 483	1 208	1 548	727	1 559	393	660	506
METODO ESPECIFICO PREFERIDO	100	100	100	100	100	100	100	100
Ritmo	33	27	36	38	26	15	28	33
Píldora	24	29	20	22	21	24	17	25
DIU	16	24	14	7	20	33	17	7
Esteril. femenina	7	4	8	8	9	8	12	7
Inyección	11	9	14	11	12	11	14	11
Otros <u>1/</u>	9	7	8	14	12	9	12	17

1/ Incluye preservativo, métodos vaginales, esterilización masculina, retiro y métodos folklóricos.

Contrariamente, el DIU mayormente es preferido más en áreas urbanas que rurales, siendo las diferencias muy apreciables como puede verse en el cuadro, particularmente entre las mujeres unidas. En Lima Metropolitana, el 33 por ciento preferiría usar el DIU, mientras que en el área rural sólo el 7 por ciento lo usaría en el futuro.

La píldora, es preferida tanto en áreas rurales como urbanas y esto es consistente con el hecho de que es el método más conocido (capítulo VI de este informe).

La inyección, la esterilización femenina y el resto de métodos modernos o tradicionales son preferidos por menores proporciones de mujeres y no guardan relación definida según áreas urbana y rural.

7.6 Relación entre la Anticoncepción y el Deseo de tener más Hijos en la ENAF y en la ENPA

Una gran mayoría de estudios sobre fecundidad y anticoncepción ha mostrado que existe una brecha entre los ideales de fecundidad y el comportamiento reproductivo. Con mucha frecuencia las parejas no ven cumplidos sus ideales de fecundidad por razones de diversa índole. Estas son los patrones culturales, un deficiente conocimiento de los métodos anticonceptivos, etc.; lo que se traduce muchas veces en embarazos no deseados o que la pareja no logró los hijos que quisiera tener.

En esta sección se examina en forma comparativa los resultados de la ENPA con los resultados de la ENAF respecto a los siguientes aspectos: relación entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y el deseo de tener más hijos; relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el deseo de tener más hijos, entre las mujeres expuestas al riesgo de embarazo, la demanda no satisfecha de anticoncepción entre las mujeres expuestas, y la demanda potencial no satisfecha de anticoncepción entre las mujeres actualmente unidas y embarazadas.

7.6.1 Conocimiento de métodos y deseos de tener más hijos

Tanto en la ENAF como en la ENPA, se preguntó a las mujeres "si desearían tener más hijos en el futuro". En el Cuadro 7.14 se presentan ambos resultados para las mujeres actualmente unidas y fértiles

CUADRO 7.14: PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS 1/ AL RIESGO DE EMBARAZO POR CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS Y DESEOS DE TENER MAS HIJOS, SEGUN RESULTADOS DE LA ENAF 2/ Y LA ENPA

DESEOS DE TENER MAS HIJOS	CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS					
	CONOCEN		USAN ALGUNO		USAN MODERNO	
	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA
TOTAL	83	84	41	54	15	23
Desean	83	86	36	52	13	23
No desean	85	84	46	55	17	23
Indecisa	61	61	19	42	4	5
N° de casos	4 530	3 290	1 555	1 590	563	680

1/ No incluye esterilizadas.

2/ INE, Informe General de la ENAF, Cuadros 5.1 y 5.3

Aun cuando el nivel de conocimiento se ha mantenido constante en el período estudiado, el conocimiento de métodos anticonceptivos de las mujeres que desear tener más hijos se ha incrementado levemente (3 por ciento). Esto revela la posibilidad que tienen las mujeres de utilizar la anticoncepción para espaciar los nacimientos y de esta manera hacer compatible los ideales de tamaño familiar con su fecundidad real, aunque los datos anteriormente analizados no permiten afirmar que ello se esté llevando a cabo.

7.6.2 Uso de métodos y deseos de tener más hijos

El mismo Cuadro 7.14 permite examinar comparativamente los resultados de la ENAF con los de la ENPA en relación al uso de métodos y el deseo de tener más hijos, entre las mujeres expuestas al riesgo de embarazo. En él puede observarse -como también se anotó para las mujeres alguna vez unidas- que el uso de métodos entre las mujeres expuestas ha aumentado en el período, sin embargo, algunos resultados parecen inconsistentes puesto que muestran diferencias difícilmente explicables. No escapa a nuestro entendimiento, la posibilidad de que medien problemas de falta de comparabilidad por diferencias de tiempo, variación entre entrevistadoras de la ENAF y la ENPA, variación en la forma de preguntar y otras fuentes de covarianza.

Mientras que en la ENAF el 46 por ciento de mujeres que no desean tener más hijos estaban usando algún método y sólo el 17 por ciento usaban método moderno, en la ENPA el 54 por ciento de mujeres que no desean tener más hijos están usando algún método y el 23 por ciento usa un método moderno.

A pesar de lo anterior en los 3 últimos años, se aprecia un mejoramiento cualitativo y cuantitativo en el uso de métodos entre las mujeres expuestas. Asimismo se puede observar que, en la actualidad, ha aumentado más el nivel del uso entre las mujeres que quieren espaciar los nacimientos, que entre aquellas que desean limitar su fecundidad. Entre las primeras, del 36 por ciento según la ENAF se pasó al 52 por ciento según la ENPA, lo que significa un incremento del 44 por ciento, en cambio entre las que desean limitar, el aumento fue sólo del 19 por ciento.

Complementariamente es importante señalar que casi no hay diferencias en el uso de métodos modernos entre las mujeres que desean y las que no desean tener más hijos, según la ENPA.

7.6.3 Demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos

La necesidad no satisfecha de métodos se define como el porcentaje de mujeres expuestas que no usan métodos anticonceptivos modernos y no desean tener más hijos. Se incluyen también a las que usan métodos tradicionales y no desean tener más hijos, porque estos métodos tienen baja eficiencia. Este grupo, representa la demanda de las mujeres expuestas que desean terminar con su ciclo reproductivo.

En el Cuadro 7.15 y el Gráfico 7.4 se presenta los indicadores de la demanda no satisfecha, primero cada uno de los indicadores en forma separada y luego en forma conjunta. De los indicadores analizados (porcentaje que no usa, porcentaje que usa sólo métodos

tradicionales y porcentaje que no desea más hijos) el más discutible es el último que señala que casi tres cuartas partes de las mujeres expuestas no desean tener más hijos, lo que está indicando falta de oferta de servicios de anticoncepción o difícil acceso a ellos.

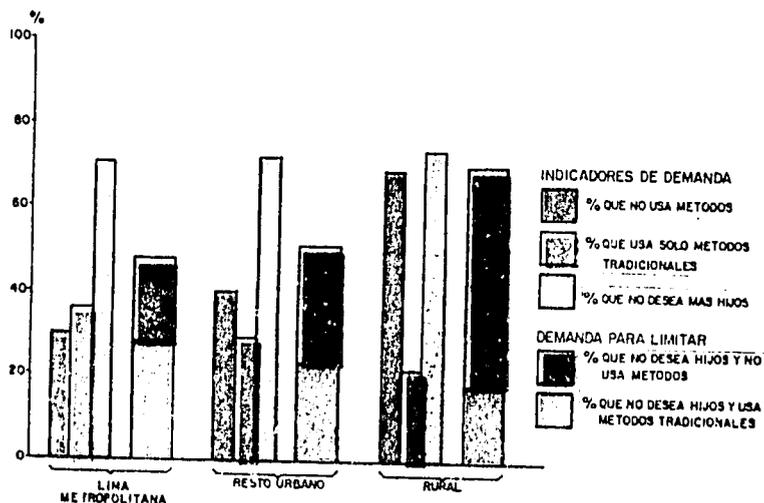
CUADRO 7.15: DEMANDA NO SATISFECHA ^{1/} DE LAS MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO

INDICADORES	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
Porcentaje que no usa métodos	46	30	41	70
Porcentaje que usa sólo métodos tradicionales	31	36	34	23
Porcentaje que no desea más hijos	75	73	75	76
N° de casos	2 955	890	1 224	841
<u>DEMANDA NO SATISFECHA PARA LIMITAR</u>				
TOTAL	56	48	51	72
Porcentaje que no desea hijos y no usa métodos	33	20	28	54
Porcentaje que no desea hijos y usa métodos tradicionales	23	28	23	18

^{1/} Es el porcentaje de mujeres expuestas que no usan métodos modernos y no desean tener más hijos.

Los resultados muestran que la demanda no satisfecha de métodos corresponde al 56 por ciento de mujeres expuestas (33 por ciento no usa ningún método y 23 por ciento usan sólo método tradicional).

GRAFICO 7.4: DEMANDA NO SATISFECHA DE METODOS ANTI-CONCEPTIVOS DE LAS MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO



La demanda no satisfecha en Lima corresponde al 48 por ciento de mujeres expuestas; se incrementa al 51 por ciento en el resto urbano y al 72 por ciento en el área rural.

7.6.4 Demanda futura no satisfecha de las mujeres embarazadas

Las mujeres actualmente embarazadas, por definición, no han sido examinadas dentro de las mujeres expuestas; sin embargo, puesto que representan a las mujeres con fecundidad reconocida, sería útil incluirlas en el análisis de la demanda de métodos anticonceptivos, dado que potencialmente tendrán probabilidades de embarazarse en el futuro.

En el Cuadro 7.16 se presentan los indicadores de demanda de métodos anticonceptivos en un periodo relativamente cercano, que corresponde a la demanda futura de las embarazadas unidas y que no desean tener más hijos.

A nivel nacional el 63 por ciento de embarazadas no desean tener más hijos, esto es que quieren terminar con su ciclo reproductivo. Este porcentaje es mayor en áreas urbanas que en rurales; en Lima el 70 por ciento, en el resto urbano 62 por ciento y en el área rural el 59 por ciento de embarazadas no desean tener más hijos. De otro lado, el porcentaje de embarazadas entre las mujeres unidas en la actualidad, es mayor en el área rural. En Lima Metropolitana el porcentaje es la mitad del que muestra el área rural (9 y 18 por ciento respectivamente).

Combinando estos dos indicadores, se obtiene la demanda futura no satisfecha entre las embarazadas actualmente unidas, valor que también es importante para la programación de servicios de Planificación Familiar.

CUADRO 7.16, DEMANDA FUTURA NO SATISFECHA DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y EMBARAZADAS

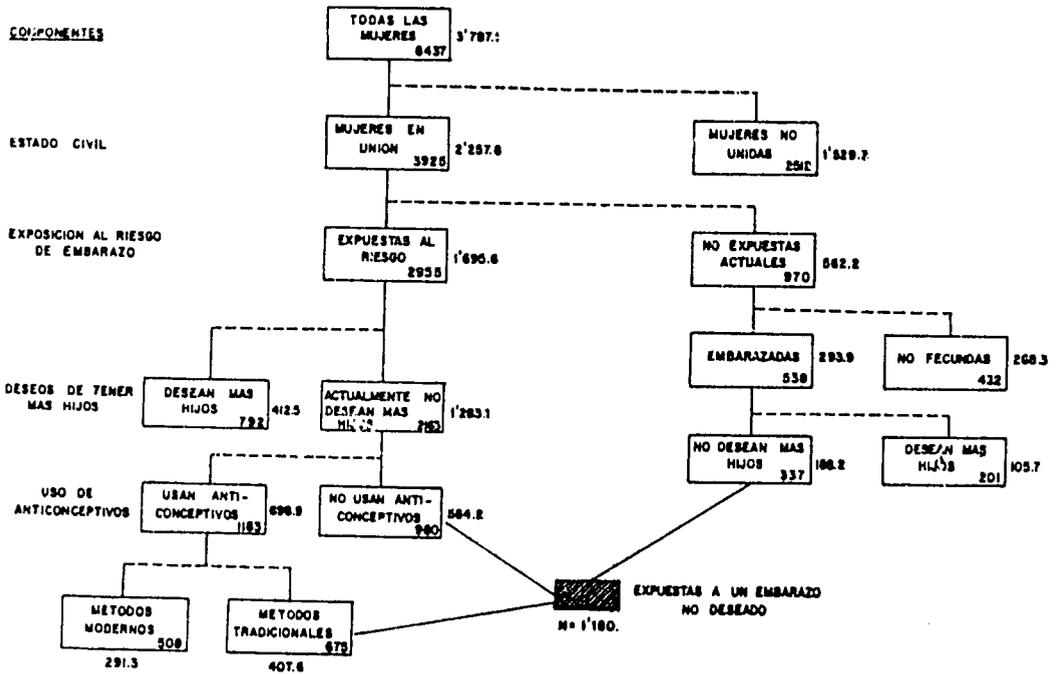
INDICADORES	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
Porcentaje de embarazadas entre las MEF unidas	13	9	12	18
N° de casos	3 925	1 135	1 591	1 199
Porcentaje que no desea más hijos entre las embarazadas	63	70	62	59
N° de casos	538	104	218	216
<u>DEMANDA FUTURA NO SATISFECHA</u>				
Porcentaje de embarazadas que no desea más hijos entre las MEF unidas	8	6	7	11

En todo el país el 8 por ciento de mujeres embarazadas actualmente unidas necesitarían usar métodos modernos en el futuro porque quieren definitivamente terminar con su ciclo reproductivo.

En Lima el 6 por ciento, en el resto urbano el 7 por ciento y en el área rural el 11 por ciento, requerirían utilizar métodos modernos ya que su deseo es el de limitar su fecundidad.

En forma esquemática, en el Gráfico 7.5 se presenta la demanda total de las mujeres expuestas al riesgo de un embarazo no deseado.

GRAFICO 7.5: MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE UN EMBARAZO NO DESEADO



RESUMEN

En este capítulo se han expuesto los principales resultados de la experiencia y prevalencia del uso de anticonceptivos (uso en el pasado y actual), esto es, de todos los esfuerzos realizados por las mujeres para controlar su fecundidad.

Entre las mujeres en edad fértil, el 25 por ciento está usando actualmente un método anticonceptivo, sin embargo, se aprecia que una importante proporción que alguna vez usó algún anticonceptivo, ahora no lo usa (15 por ciento). El uso de anticonceptivos depende del lugar de residencia, un mayor porcentaje de mujeres de áreas urbanas -especialmente Lima Metropolitana- que las de áreas rurales, usa anticonceptivos. La diferencia urbana y rural probablemente refleja la mayor disponibilidad de servicios de salud y planificación familiar en las ciudades.

El uso de anticonceptivos, asimismo está altamente relacionado con las mujeres en unión marital actual, porque supuestamente son las que se exponen al mayor riesgo de embarazo, entre ellas el uso de métodos alcanza al 41 por ciento.

Al comparar los resultados de ENPA con la ENAF, el primer hecho que se observa es el aumento en el nivel de uso de métodos (18 por ciento). El DIU es el método que mayor incremento ha tenido (128 por ciento), no obstante que también es significativo el aumento de otros métodos modernos y del ritmo, entre los tradicionales.

La influencia de factores socio-económicos en la utilización de métodos, muestra sorprendentes resultados al comparar las dos encuestas. El uso de anticonceptivos se ha extendido significativamente -más que en Lima Metropolitana- en el resto del país. Esto es importante, porque significa que una proporción de analfabetas residentes en el área rural hacen esfuerzos por controlar su fecundidad, aún cuando tales estratos de la población no cuentan con muchas facilidades económicas, ni servicios sociales.

Los resultados, asimismo, indican que los diferenciales de prevalencia del uso de métodos entre las mujeres en unión está condicionado por tres tipos de factores: contextuales, demográficos y subjetivos.

De acuerdo al primer factor, la ENPA -al igual que otros estudios- reafirma que una mayor proporción de mujeres que utilizaban anticonceptivos pertenece a estratos socio-económicos privilegiados (residentes en ciudades, con mayor educación o alta posición económica).

Los factores demográficos como la edad, permiten anotar que el grado de uso de anticonceptivos varía con la edad, llegando al máximo entre los 30-34 años y disminuyendo después. El número de hijos tenidos no da lugar a distinciones significativas.

El tamaño deseado de hijos -factor subjetivo- muestra que las mujeres peruanas no tienen una clara noción planificadora. Se esperaría que las mujeres que no desean tener más hijos estuvieran usando en mayor medida anticonceptivos que el resto, pero esto no ocurre.

Asimismo, se encontró que las peruanas "al no tener una clara actitud de Planificación Familiar" utilizan ésta, más para limitar (77 por ciento) que para espaciar (23 por ciento).

Otro aspecto de particular importancia, se refiere a las actitudes y opiniones de las mujeres respecto al uso de anticonceptivos, que tiene múltiples facetas, desde el "acuerdo o desacuerdo" con la Planificación Familiar de las conecedoras de métodos, hasta la insatisfacción y deseo de cambiarlo de parte de las usuarias.

La mayoría está de acuerdo con la Planificación Familiar (75 por ciento), un 14 por ciento no sabe que opinión dar y sólo el 11 por ciento está en desacuerdo. De otro lado, el 70 por ciento está satisfecho con el método que actualmente usan, pero hay un 29 por ciento que quisiera cambiarlo y apenas el 1 por ciento no quiere usar método alguno. Los métodos vaginales y el preservativo son las que más descontento ocasionan. Entre las que quieren cambiar, el 70 por ciento prefiere algún método moderno, siendo el DIU el solicitado por el 33 por ciento de ellas. Para concluir, uno de los principales aportes de este capítulo, se refiere a la demanda no satisfecha de métodos. Para los administradores de Programas de Planificación Familiar, les proporciona la identificación de las mujeres que tienen primera prioridad al acceso de los servicios.

Asimismo es importante destacar que la mitad de mujeres no usuarias, a pesar de conocer los anticonceptivos, declararon que no sabían que métodos podrían usar en el futuro, o que no querían usar ningún método. La otra mitad de no usuarias se señalaron un método en especial. En orden de preferencia los métodos más nombrados fueron el ritmo, la píldora y el DIU.

La demanda no satisfecha, se define como el porcentaje de mujeres expuestas (unidas, no embarazadas y fértiles) que no desean tener más hijos y no están utilizando métodos modernos.

Es decir, representan a las mujeres que quieren terminar con su ciclo reproductivo. A nivel del país, ellas son el 56 por ciento (33 por ciento no usan un método y 23 por ciento sólo usan un métodos tradicional). La demanda no satisfecha es menor en áreas urbanas (en Lima 48 por ciento y el resto urbano 51 por ciento) que en las rurales (72 por ciento). Del mismo, la demanda futura de las embarazadas alcanza al 8 por ciento, siendo mayor en áreas rurales que urbanas. A ellas, en particular, deberán dirigirse a las acciones de Planificación Familiar porque han manifestado la necesidad de utilizar la anticoncepción.

VIII. DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

El presente capítulo está dedicado al estudio de la disponibilidad de los anticonceptivos modernos, es decir de aquellos que requieren abastecimiento y/o atención médica 1/. La disponibilidad se define como el conjunto de posibilidades efectivas brindadas por los servicios de Planificación Familiar, que permiten que los anticonceptivos se encuentren al alcance de las usuarias, así como que exista información de ellos para las usuarias potenciales.

En nuestro país, llegar a conocer la disponibilidad de los servicios de manera directa presenta serias dificultades, puesto que sería necesario contar con información estadística actualizada sobre servicios, infraestructura, ubicación, mecanismos de distribución, etc. Por tal motivo, los datos que proporciona la ENPA son muy importantes, para tener una aproximación a estos aspectos.

La disponibilidad de anticonceptivos supone la existencia e interacción de diversos factores. Entre ellos se ha seleccionado los siguientes: lugares de obtención de los anticonceptivos; su acceso, en términos de tiempo y medio de transporte utilizado para llegar al lugar; dificultades encontradas en los servicios, así como preferencias de horarios para conseguir los anticonceptivos. Todos estos aspectos fueron investigados mediante preguntas incluidas en el cuestionario individual y aplicadas a las usuarias de métodos modernos y a las no-usuarias fértiles que conocen por lo menos un método moderno.

El análisis de los resultados inicialmente trata acerca de los lugares de obtención utilizados por las usuarias de métodos modernos, según áreas urbana y rural. Luego se examina el lugar de obtención de cada método específico usado y los indicadores de acceso a los servicios. A continuación se muestra la "disponibilidad percibida" por las no-usuarias de métodos modernos en base a indicadores de acceso y utilización de fuentes de abastecimiento en el futuro. Finalmente, se presenta el índice de conocimiento "efectivo" considerando el conocimiento de métodos modernos y el conocimiento de lugares de obtención de acuerdo a lo expuesto por las mujeres actualmente unidas.

1/ Píldora, preservativo, métodos vaginales, ovulos, inyección, DIU y esterilización.

8.1 Lugares en los que las Usuaris de Métodos Modernos Obtienen los Anticonceptivos

Entre las mujeres peruanas está bastante extendido el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, sin embargo su uso no es tan alto porque, entre otros factores, es necesario que las mujeres conozcan donde obtener los y tengan acceso a éstos. El análisis que sigue se refiere al conocimiento de los lugares de obtención por parte de las usuarias.

Los lugares de obtención de los métodos han sido agrupados en tres categorías: los que pertenecen al sector público, los que pertenecen al sector privado y otros. El sector público comprende: los hospitales, centros de salud y puestos sanitarios administrados por el Ministerio de Salud; los hospitales o centros de salud administrados por empresas públicas, Fuerzas Armadas y Beneficiencias; y los hospitales, policlínicos y postas administrados por el Instituto Peruano de Seguridad Social. El sector privado comprende: las clínicas particulares, consultorios médicos y farmacias. Otros lugares se refieren a las parteras empíricas, promotores y otros distribuidores.

En la información proporcionada por la ENPA (Cuadro 8.1), se observa que entre todas las usuarias de métodos modernos, alrededor de los dos tercios (64 por ciento) utilizan el sector privado, siendo las farmacias los lugares mayormente usados (40 por ciento). En cambio, el sector público solamente es usado por el 32 por ciento de usuarias y dentro de éste los lugares más populares son los establecimientos del Ministerio de Salud (28 por ciento). Sólo un pequeño grupo los obtienen en otras fuentes (4 por ciento).

CUADRO 8.1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE METODOS MODERNOS SEGUN SECTOR Y LUGAR DE OBTENCION DEL METODO ANTICONCEPTIVO, EN AREAS URBANA Y RURAL

SECTOR Y LUGAR DE OBTENCION	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
TOTAL	100	100	100	100
SECTOR PUBLICO	32	35	29	35
Ministerio de Salud	28	29	26	35
IPSS 1/	1	2	1	0
Otros 2/	3	4	2	0
SECTOR PRIVADO	64	62	67	59
Clínicas	12	10	14	12
Consultorios	12	13	12	4
Farmacias	40	39	41	43
OTROS 3/	4	3	4	6
Nº de casos	720	322	339	59

1/ Instituto Peruano de Seguridad Social

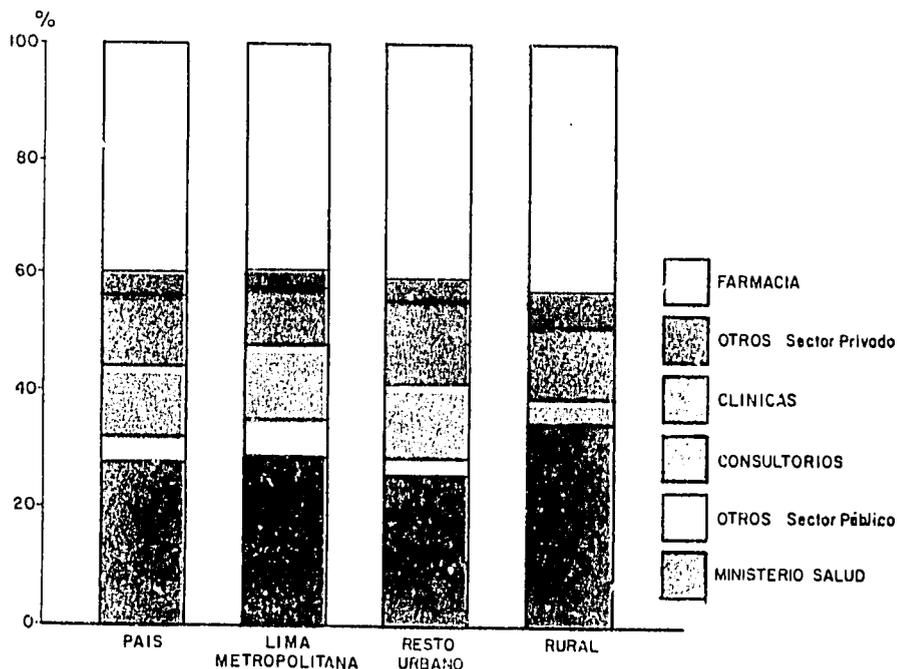
2/ Comprende: Hospitales o centros de salud administrados por empresas públicas, Fuerzas Armadas y Beneficiencia.

3/ Comprende: partera empírica, promotores, distribuidores y otros no especificados.

Estos resultados se encuentran enmarcados dentro de lo esperado. Los lugares más utilizados son las farmacias y los establecimientos del Ministerio de Salud. Los métodos de abastecimiento periódico (píldora, métodos vaginales, inyección y preservativo) están disponibles en las farmacias, las que conforman una red muy amplia distribuida por todo el país. Lo mismo sucede con los establecimientos del Ministerio de Salud, que constituyen la red institucionalizada más numerosa y representa la acción del Estado en favor de la población.

Por áreas urbana y rural no se observan mayores diferencias, porque en todas ellas, las mujeres usuarias de métodos modernos acuden principalmente al sector privado, destacando la farmacia como lugar de obtención preferido; sin embargo, hay algunos aspectos que sobresalen. Estos son: a) en el resto urbano el sector privado es más utilizado (67 por ciento) debido a la concentración de la población en ciudades que permiten la apertura de servicios (clínicas y consultorios) de salud del sector privado con fines asistenciales y de lucro; b) en el área rural, dentro del sector público es importante la participación del Ministerio de Salud (35 por ciento), no existiendo servicios de seguridad social u otros pertenecientes a este sector; y c) la capital del país (Lima y Callao) que concentra tanto los servicios, como las actividades económicas del país, cuenta con una mayor diversidad de servicios incluyendo los del Instituto Peruano de Seguridad Social como de otros del sector público. Estos son utilizados por el 6 por ciento de usuarias, en tanto que en el resto urbano apenas son empleados por el 3 por ciento (Gráfico 8.1).

GRAFICO 8.1: LUGARES DE OBTENCION DE METODOS MODERNOS, SEGUN AREA DE RESIDENCIA



FUENTE: Cuadro 8.1

Por lo expuesto, puede indicarse además que la disponibilidad de los métodos anticonceptivos sigue la tendencia de la prestación de servicios, propia del proceso de urbanización del presente siglo. Es decir, en las áreas donde existen mayores concentraciones de población y actividades económicas más productivas, junto con la existencia de servicios en general se produce también la difusión de servicios de salud, en gran parte impulsados por la gestión privada. Así, las clínicas y consultorios privados en áreas urbanas, prestan mayores servicios que en las rurales. Por otro lado, en las áreas rurales, donde la población es dispersa y la prestación de los servicios de planificación familiar es más costosa, estos están siendo atendidos prioritariamente por las farmacias y por el Ministerio de Salud.

8.2 Lugares de Obtención de Cada Método Moderno

Se ha señalado en el punto anterior que una mayor proporción de usuarias recurre al sector privado (64 por ciento) más que al público para conseguir el anticonceptivo (32 por ciento). En este punto se examina el lugar de obtención de acuerdo al método específico usado (Cuadro 8.2).

CUADRO 8.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS DE METODOS MODERNOS, SEGUN METODO ESPECIFICO POR SECTOR DE OBTENCION

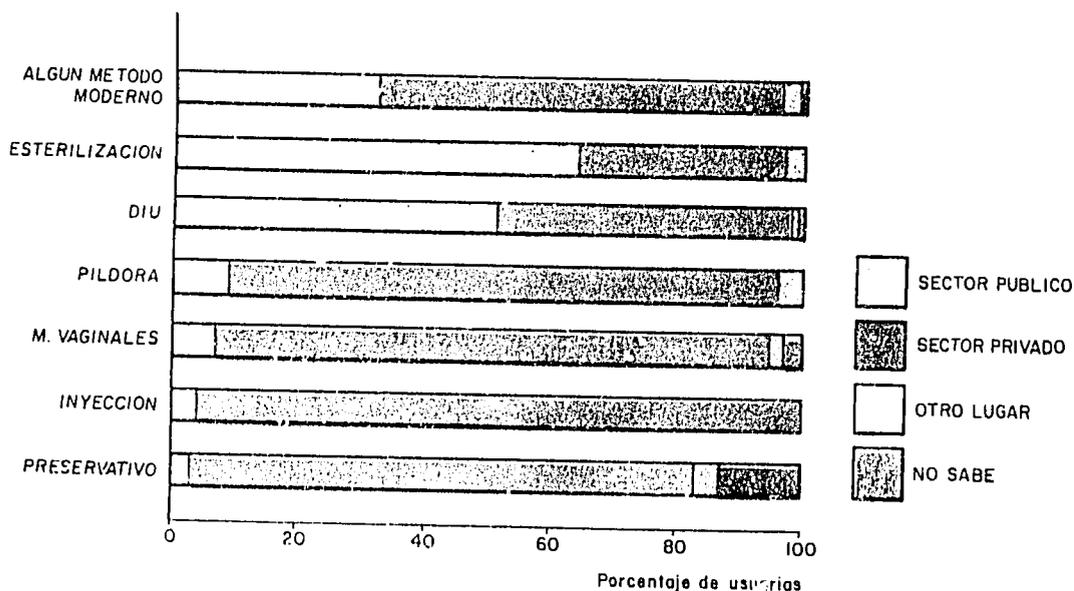
METODO ESPECIFICO	TOTAL	SECTOR DE OBTENCION				N° DE CASOS
		Sector Público	Sector Privado	Otros	No Sabe	
Algún Método Moderno	100	32	64	3	1	720
Esterilización femenina	100	64	33	3		202
DIU	100	51	47	1	1	148
Píldora	100	9	87	4		203
Métodos vaginales	100	7	88	2	3	55
Inyección	100	4	96			74
Preservativo	100	3	80	4	13	37

En el Cuadro 8.2 se presenta en orden decreciente la contribución del Sector Público en la provisión de servicios a las usuarias. A pesar que el gobierno peruano no aprueba el uso de la esterilización como método anticonceptivo, los resultados indican que para su aplicación el 64 por ciento de mujeres esterilizadas solicitaron atención en este sector. El DIU es obtenido casi por igual tanto en el sector público (51 por ciento) como en el privado (47 por ciento) con ligera preferencia por el primer sector.

En orden de importancia, las proporciones más significativas de mujeres que se dirigen al sector privado con el fin de obtener métodos anticonceptivos, corresponden a las usuarias de la inyección (96 por ciento), los métodos vaginales (88 por ciento), la píldora (87 por ciento) y el preservativo (80 por ciento). Cabe anotar complementariamente que entre las mujeres usuarias de la píldora anticonceptiva solamente el nueve por ciento acude al sector público; este dato es importante ya que las usuarias de las píldoras constituyen casi un 30 por ciento del total de las mujeres que usan métodos modernos (Gráfico 8.2).

Es interesante señalar que, dadas las características del uso del preservativo, un 13 por ciento de usuarias desconoce el lugar de obtención, debido probablemente a que es el esposo quien lo obtiene.

GRAFICO 8.2: METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS, SEGUN SECTOR DEL LUGAR DE OBTENCION



FUENTE: Cuadro 8.2

Estos datos sugieren que los anticonceptivos que requieren un abastecimiento periódico, tienden a ser obtenidos de preferencia en el sector privado; mientras que, métodos como el DIU, que requiere atención menos frecuente, y la esterilización que es practicada una sola vez, son mayormente obtenidos en el sector público. También es importante señalar que las usuarias de estos dos métodos prefieren el sector público antes que el privado, tal vez por las ventajas económicas.

8.3 Accesibilidad a los Servicios de Planificación Familiar

En la ENPA se recolectó dos tipos de información sobre accesibilidad; las respuestas de las usuarias (demandantes actuales de algún servicio) y de las que no siendo usuarias de métodos modernos, los conocen (demandantes potenciales). En la presente sección se analizará las correspondientes a las primeras.

Con el fin de tener una aproximación a las características de la accesibilidad a los lugares de obtención se seleccionaron algunos indicadores: el tiempo de traslado que requieren para conseguir los métodos en el lugar de obtención, el medio de transporte empleado, las dificultades encontradas para llegar al lugar y la preferencia por determinados horarios.

CUADRO 8.3: INDICADORES DE ACCESIBILIDAD PARA LAS USUARIAS DE METODOS MODERNOS, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL

INDICADORES	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
A. Tiempo promedio de traslado (en minutos)	40	29	45	77
Porcentaje de mujeres que demoran:				
15 minutos o menos	46	47	51	16
30 minutos o menos	69	64	78	36
más de 60 minutos	11	7		32
B. Porcentaje de mujeres que van caminando	41	42	46	12
C. Porcentaje para las que es fácil llegar	87	88	90	70
D. Porcentaje que prefieren el fin de semana	33	34	33	30
Porcentaje que no tiene preferencia de horario	40	35	43	51

8.3.1 Tiempo de traslado al lugar de obtención

La información acerca del tiempo que requieren las usuarias para trasladarse desde el domicilio hasta el lugar de obtención del método, fue lograda preguntando a las entrevistadas cuánto tiempo les tomaba llegar al lugar de obtención. Los índices elaborados son: el promedio del tiempo utilizado, la proporción (en porcentaje) de usuarias que demoran hasta 15 minutos, que demoran hasta 30 minutos y proporción que demoran más de 60 minutos (Cuadro 8.3).

El tiempo promedio es bastante diferente en cada área de residencia (Cuadro 8.3). En Lima Metropolitana, las usuarias demoran en promedio apenas media hora, en el resto urbano tres cuartos de hora, mientras que en el área rural demoran en promedio más de hora y cuarto (cabe señalar que las usuarias en el área rural son poco numerosas).

Asimismo, casi la mitad de las mujeres de Lima Metropolitana y del resto urbano pueden llegar a los lugares de obtención en menos de 15 minutos. Lo contrario ocurre en el área rural en donde solamente a un 16 por ciento le es posible llegar en ese tiempo al lugar de obtención. Por consiguiente, los lugares de abastecimiento en la capital y en las ciudades -aunque sean pequeñas- son más accesibles que los lugares del área rural.

8.3.2 Medios de transporte

Los medios de transporte utilizados para llegar a los lugares de obtención de anticonceptivos se clasifican en: a) va a pie, el que corresponde a las usuarias que hacen el recorrido desde su domicilio hasta el lugar de obtención caminando; b) usan transporte, para quienes utilizan un medio de locomoción, aún cuando sea sólo en parte del recorrido (Cuadro 8.3).

Entre todas las usuarias el 41 por ciento se desplaza hacia el lugar de obtención, caminando; el 59 por ciento utiliza algún tipo de transporte. En el área rural la mayoría de usuarias utilizan el transporte (88 por ciento) a diferencia del área urbana (incluyendo Lima Metropolitana) donde ambos medios son utilizados en la misma medida. Este hecho se debe presumiblemente a la ubicación de los lugares de obtención (farmacias o centros de salud) respecto a la dispersión de los poblados. Ello hace necesario, la mayor parte de las veces, que se utilice algún tipo de transporte.

8.3.3 Dificultades para llegar al lugar de obtención

Para obtener información acerca de una de las dificultades encontradas en la obtención de métodos anticonceptivos, se preguntó a las usuarias si consideraban que era difícil o fácil llegar al lugar de abastecimiento. Sus respuestas permitieron conocer las posibilidades de acceso a los lugares de obtención según sus propias experiencias (Cuadro 8.3).

La mayor parte de usuarias considera que es fácil llegar al lugar de obtención, especialmente en el área urbana (88 por ciento en Lima Metropolitana y 90 por ciento en el resto urbano), en cambio en el área rural sólo un 70 por ciento lo consideró también así, ya que el desplazamiento en esta área significa la utilización de mucho tiempo y un costo relativamente alto, además de las dificultades físicas del transporte.

No obstante es conveniente tener en cuenta las diferencias de opinión que existen entre las mujeres del área urbana y las del área rural en lo concerniente a las dificultades para el traslado. En el país, el 13 por ciento de mujeres declaró que era difícil llegar. Entre las razones declaradas resaltan las siguientes: el transporte (58 por ciento) y lejanía del lugar de obtención (42 por ciento).

8.3.4 Horarios preferidos

Adicionalmente se presenta un breve análisis de las expectativas de las usuarias respecto al horario en el que preferirían obtener su método anticonceptivo. Para ello se preguntó a las usuarias, el día y la hora en los que sería más cómodo obtener información o el método anticonceptivo.

La mayor parte de las mujeres respondieron que no tienen preferencia de horario (40 por ciento), o que preferirían el fin de semana (33 por ciento). Es importante destacar que la mitad de mujeres en el área rural no señalaron un horario especial. Es decir, parecería que una proporción significativa de mujeres no tienen hábitos definidos respecto a la obtención de métodos modernos.

8.4 Percepción de la Accesibilidad por las que no Usan Métodos Modernos

Es importante también conocer la información de parte de las no-usuarias de métodos específicos modernos, respecto al acceso a los lugares de obtención de métodos anticonceptivos. Esto permitirá, en general, apreciar el grado de dificultad percibida entre aquellas mujeres que constituyen las demandantes potenciales.

Para este comentario se han seleccionado los tres lugares más conocidos por la población: la farmacia, los servicios del Ministerio de Salud y el consultorio (Cuadro 8.4).

Los indicadores utilizados son parecidos a los que fueron examinados al referirse a las usuarias, a saber: a) porcentaje de mujeres que demorarían hasta 15 minutos; b) que demoraría más de 60 minutos; c) que usaría transporte; y d) que declaró que era difícil llegar al lugar.

CUADRO 8.4: INDICADORES DE ACCESIBILIDAD PERCIBIDA, POR LAS NO USUARIAS PARA OBTENER METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALGUNOS LUGARES SELECCIONADOS

INDICADORES	LUGARES DE OBTENCION CONOCIDOS		
	Ministerio de Salud	Consultorio Médico	Farmacia
a) PORCENTAJE QUE DEMORARIA 15 MINUTOS O MENOS	21	20	31
Lima Metropolitana	46	34	38
Resto urbano	8	0	38
Rural	8	19	20
b) PORCENTAJE QUE DEMORA MAS DE 60 MINUTOS	34	22	21
Lima Metropolitana	22	18	6
Resto urbano	27	22	18
Rural	58	34	35
c) PORCENTAJE QUE USARIA TRANSPORTE	73	66	27
d) PORCENTAJE QUE DECLARA QUE ES DIFICIL LLEGAR AL LUGAR DE OBTENCION	23	12	10
Nº de casos	1 964	1 896	3 178

Por el tiempo que se demoran en llegar a los lugares de obtención, los lugares dependientes del Ministerio de Salud son considerados los menos accesibles. Un tercio de las mujeres demoraría más de una hora en llegar a uno de tales establecimientos. Este difícil acceso es percibido particularmente en el área rural (58 por ciento de mujeres demorarían más de 60 minutos). El lugar al que puede llegarse más rápidamente, tanto en el área urbana como en el área rural es la farmacia; el 38 por ciento de las mujeres en las ciudades y el 20 por ciento en el campo demorarían sólo 15 minutos o menos para llegar a este lugar.

Entre las no usuarias, el 73 por ciento usaría algún transporte para llegar a un lugar dependiente del Ministerio de Salud; el 60 por ciento para ir al consultorio y solamente el 27 por ciento para ir a la farmacia. Tomando en cuenta los dos indicadores nombrados, la farmacia es más accesible que los otros lugares, puesto que demanda menos tiempo y costos de transporte tanto en las áreas urbanas como en las rurales.

Lo anterior se confirma con el indicador que mide el grado de dificultad percibida. Un mayor grado de dificultad es percibida para llegar a un establecimiento del Ministerio de Salud (por el desplazamiento y la distancia) que para llegar al consultorio médico o a la farmacia.

8.5 Lugares Donde Obtendrían Anticonceptivos las Mujeres que no los Usan

Además de la información sobre los lugares donde las usuarias obtienen los anticonceptivos, es necesario conocer las tendencias de la "demanda potencial" de las mujeres fértiles que no son usuarias de métodos modernos pero que los conocen. Para conseguir esta información se les pidió que nombraran el lugar a donde irían ellas para obtener los anticonceptivos. Esta pregunta fue hecha para cada uno de los métodos modernos conocidos.

En el Cuadro 8.5 se presenta en primer término la distribución de mujeres no-usuarias y fértiles según el conocimiento de métodos modernos y de los lugares de obtención de ellos en forma global. A nivel nacional el 63 por ciento conoce por lo menos un método moderno y su respectivo lugar de obtención, el 7 por ciento conoce sólo algún método y no el lugar de obtención, y el 30 por ciento no conoce métodos modernos. Se observa asimismo, que el nivel de conocimiento de métodos y de lugares se relaciona directamente con el grado de urbanización, el 86 por ciento en Lima Metropolitana y el 68 en el resto urbano conocen por lo menos algún método moderno y el lugar de obtención frente al 34 por ciento de mujeres del área rural.

En el Cuadro 8.5, se presenta para cada uno de los métodos modernos específicos, los lugares donde se obtendrían. Las preferencias de los lugares fueron determinadas por el tipo de método específico y los lugares más nombrados fueron: la farmacia y las dependencias del Ministerio de Salud; el resto de lugares se presentan agrupados en "otros lugares".

Es importante señalar que la categoría "no sabe" concentra entre el 10 y el 20 por ciento de respuestas. Eso es que existe un número de mujeres que no saben adónde acudirían a solicitar los servicios de planificación familiar. La mayor proporción corresponde al área rural; por ejemplo no saben donde obtendrían píldoras el 29 por ciento, preservativo el 23 por ciento, el DIU el 18 por ciento.

CUADRO 8.5: PORCENTAJE DE MUJERES NO USUARIAS Y FERTILES QUE CONOCEN METODOS MODERNOS Y LUGARES DE OBTENCION EN FORMA GLOBAL Y ESPECIFICA CONSIDERANDO CADA METODO Y EL LUGAR DONDE LO OBTENDRIA, EN AREAS URBANA Y RURAL

METODOS MODERNOS Y LUGARES DE OBTENCION O SECTORES DE ATENCION	TOTAL	LIMA METROPOLITANA	RESTO URBANO	RURAL
Conocen Métodos Modernos y Lugares	63	86	68	34
Conocen Métodos Modernos, No Lugares	7	5	6	11
METODOS VAGINALES				
Farmacia	76	73	81	72
Ministerio de Salud	4	5	3	7
Otros lugares ^{1/}	9	11	7	7
No sabe	11	11	9	14
N° de casos	1 911	952	803	51
PRESERVATIVO				
Farmacia	74	71	77	70
Ministerio de Salud	2	3	2	2
Otros lugares	4	5	4	5
No sabe	20	21	7	23
N° de casos	2 160	1 034	926	200
INYECCION				
Farmacia	69	67	77	56
Ministerio de Salud	6	6	4	9
Otros lugares	15	19	11	13
No sabe	10	8	8	22
N° de casos	3 610	1 452	1 598	560
PILDORA				
Farmacia	67	64	76	52
Ministerio de Salud	7	9	4	8
Otros lugares	14	19	10	11
No sabe	12	8	10	29
N° de casos	3 952	1 606	1 713	633
VASECTOMIA				
Sector público	40	33	46	49
Sector privado	44	51	40	29
No sabe	16	16	14	22
N° de casos	1 213	581	541	91
ESTERILIZACION				
Sector público	52	47	56	56
Sector privado	37	44	34	24
No sabe	11	9	10	20
N° de casos	3 446	1 399	1 552	495
DIU				
Sector público	32	32	31	32
Sector privado	53	54	54	49
No sabe	15	14	15	18
N° de casos	3 396	1 349	1 552	495
No conocen Métodos Modernos	30	9	26	55
N° de casos	4 273	1 244	1 791	1 238

^{1/} Comprende el resto de lugares considerados en la Encuesta, además de los dos ya nombrados.

En cuanto a los lugares de obtención de los métodos, se aprecia que entre las mujeres generalmente está arraigada la idea que los anticonceptivos que requieren un abastecimiento periódico deben ser adquiridos en la farmacia (píldoras, preservativos, métodos vaginales, inyección). Probablemente esto se debe a la escasez de centros dedicados exclusivamente a la planificación familiar y a la importancia que tiene la farmacia como proveedora de medicamentos en la percepción de la población.

De otro lado, para los métodos de más larga duración o definitivos (DIU y esterilización femenina o masculina) las mujeres quisieran ser atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud, clínicas o consultorios privados. Observando el cuadro, se aprecia que para la esterilización femenina, el sector público es nombrado por el 52 por ciento de mujeres, y para el caso de inserción del DIU y vasectomía el sector privado es nombrado por el 53 y 44 por ciento respectivamente.

Los "otros lugares" son señalados en menores proporciones como puede comprobarse en el Cuadro 8.5.

8.6 Conocimiento Efectivo de Métodos Modernos Entre las Mujeres Actualmente Unidas

Con el fin de efectuar un análisis más refinado del nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos y de los lugares de obtención, se procedió a la elaboración del índice de conocimiento efectivo. Este índice presupone que el conocimiento de un método es más integral cuando además de saber de su existencia, también se conoce donde obtenerlo. Esta medida resume los datos sobre el conocimiento de métodos y el conocimiento del lugar de obtención de los mismos, entre las mujeres actualmente unidas. Así, a cada mujer se le calculó un puntaje de conocimiento de acuerdo a las siguientes categorías y valores:

- No conoce método alguno 0
- Conoce solamente el método 1
- Conoce el método y el lugar 2

Lo anterior fue efectuado para cada uno de los métodos modernos considerados: píldora, preservativo, métodos vaginales, DIU, inyección, esterilización femenina y masculina. El rango de puntaje varió entre cero (que corresponde a las mujeres que no conocen ningún método moderno ni lugar) y 14 (cuando se conoce todos los métodos modernos y sus lugares de obtención). Con esos valores se calcularon los promedios que aparecen en la tercera columna del Cuadro 8.6. En el mismo cuadro se presentan los promedios máximos de métodos anticonceptivos (segunda columna). Dicho promedio máximo corresponde al doble del valor del promedio de métodos modernos conocidos (primera columna), y sirvió para calcular el porcentaje de desconocimiento de los lugares de obtención de métodos que requieren abastecimiento (cuarta columna).

El promedio total de métodos efectivamente conocidos por las mujeres actualmente unidas es de 6.4. Este valor es diferente cuando está asociado a distintas características demográficas y socio-económicas de las mujeres.

CUADRO 8.6: PROMEDIO DEL INDICE DE CONOCIMIENTO EFECTIVO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE REQUIEREN ABASTECIMIENTO DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y FERTILES SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIO-ECONOMICAS	PROMEDIO DE METODOS MODERNOS CONOCIDOS	PROMEDIO MAXIMO POSIBLE 1/	PROMEDIO DE CONOCIMIENTO EFECTIVO	PORCENTAJE DE DESCONOCIMIENTO DE LUGARES 2/	Nº DE CASOS
TOTAL	3.4	6.8	6.4	12	3 925
AREAS URBANA/RURAL					
Lima Metrop.	5.1	10.2	9.7	10	1 135
Resto urbano	3.6	7.2	6.8	11	1 591
Rural	1.6	3.2	2.8	25	1 199
EDAD					
15-19	2.1	4.2	3.9	14	251
20-29	3.5	7.0	6.7	9	1 468
30-39	3.7	7.4	7.1	8	1 349
40-49		5.9	5.6		857
NUMERO DE HIJOS					
Ninguno	2.7	5.4	5.2	7	250
1-2	3.8	7.6	7.3	8	1 354
3-4	3.6	7.2	6.8	11	1 183
5 y más	2.8	5.6	5.3	11	1 138
EDUCACION					
Analfabeta	1.3	2.6	2.5	8	963
Primaria incompleta	2.8	5.6	5.1	18	927
Primaria completa	3.8	7.6	7.2	11	722
Secundaria y más	5.4	10.8	10.4	7	1 313
CONDICION DE ACTIVIDAD					
Trabaja	3.7	7.4	7.0	11	1 509
No trabaja	3.2	6.4	6.1	9	2 416
INGRESOS FAMILIARES					
Menos de 30,000	1.5	3.0	2.8	13	824
30,000 - 49,999	2.9	5.8	5.4	14	859
50,000 - 99,999	4.0	8.0	7.7	8	1 239
100,000 y más	5.4	10.8	10.8	0	1 003

1/ El promedio máximo posible es igual al doble del promedio de métodos modernos conocidos por las mujeres actualmente unidas (dato que aparece en el Cuadro 7 del Capítulo VI).

2/ Porcentaje de Desconocimiento = $\frac{\text{Promedio Máximo Posible} - \text{Promedio Métodos Modernos Conocidos}}{\text{Promedio Máximo Posible}}$

Este índice es adecuado para el estudio de diferencias. Así, los niveles más altos de conocimiento efectivo de métodos, se asocian con las mujeres que pertenecen a estratos privilegiados dentro del país: mujeres que pertenecen a familias con altos ingresos, con mayor nivel de educación y que residen en Lima Metropolitana (que es la más urbanizada). La edad y el número de hijos discriminan en menor grado que las anteriores variables. Tanto las mujeres de edades intermedias, como de fecundidad intermedia, presentan un mayor nivel de conocimiento efectivo. La condición de actividad es la variable que menos diferencias proporciona; probablemente debido a que sus categorías son muy globales.

Los resultados sobre desconocimiento de lugares muestran que sólo el 12 por ciento de mujeres que conocen métodos modernos, desconocen los lugares de obtención. El valor más alto de desconocimiento corresponde a las mujeres de áreas rurales (25 por ciento).

Del mismo modo, se aprecia que los valores de desconocimiento son bastante bajos, este hecho se debe a que incluyen respuestas de usuarias y no usuarias. Dado que si estos grupos hubiesen sido analizados por separado, los porcentajes de desconocimiento de las no-usuarias serían mucho más altos (como puede verse en el Cuadro 8.6 en la categoría "no sabe" correspondiente a cada método). Contrariamente el desconocimiento entre las usuarias es bajísimo, puesto que el conocimiento de las fuentes de abastecimiento es casi universal (99 por ciento) entre las usuarias.

RESUMEN

Este capítulo es muy importante para la oferta de servicios de planificación familiar, especialmente si se tiene en cuenta que en nuestro país no se tiene una aproximación de la dimensión y distribución de estos servicios.

Entre las usuarias de métodos en la actualidad el 99 por ciento conoce los lugares de abastecimiento y entre las no-usuarias de un método específico, el 63 por ciento conoce por lo menos un lugar de obtención.

El método utilizado determina la demanda del servicio, así los métodos que requieren un abastecimiento periódico (píldora, preservativo, inyección y métodos vaginales) son obtenidos sobre todo en el sector privado, en la amplia red de farmacias existentes en áreas urbanas y rurales (40 por ciento).

En cambio, para los métodos que requieren la participación de profesionales médicos (DIU, esterilización) la usuaria recurre a establecimientos del Ministerio de Salud (28 por ciento) y a las clínicas privadas (12 por ciento).

La disponibilidad de los lugares de planificación familiar medidos a través del medio de transporte utilizado y el tiempo de traslado desde la vivienda hasta el lugar de suministro señala como más accesible, en el área urbana y rural, a la farmacia, seguida por los establecimientos del Ministerio de Salud y clínicas privadas. En el área rural además de las farmacias, dentro del sector público los servicios del Ministerio de Salud son casi los únicos, y pese a que el tiempo en llegar es mayor y les ocasiona costos de transporte, son los más utilizables.

La expectativa de utilización de lugares por las no-usuarias de métodos específicos, pero que conocen métodos modernos permitió conocer las tendencias de la demanda potencial de servicios. Las fuentes percibidas como accesibles también son determinadas por el método conocido. La farmacia se asocia con los métodos de abastecimiento periódico y los servicios del Ministerio de Salud y clínicas con los métodos duraderos y definitivos. Los resultados sobre disponibilidad percibida por las no-usuarias a través de indicadores, son semejantes a los declarados por las usuarias.

En conclusión, estos datos constituyen una valiosa información para la programación de la oferta de servicios, así como para la capacitación en planificación familiar; tanto de parte del sector público como del privado a partir de la demanda de la población.

M3

IX. MORTALIDAD

El Registro Civil constituye la fuente tradicional de información de la mortalidad y de los hechos vitales en general. Sin embargo, son pocos los países en desarrollo que poseen un registro de muertes suficientemente completo y preciso que se use para el cálculo directo del nivel y estructura de la mortalidad. El registro de muertes en el Perú tiene un elevado porcentaje de omisión (alrededor del 54 por ciento). Por esta razón, no se le toma en cuenta para la estimación de indicadores de mortalidad.

Debido a la gran necesidad de contar con indicadores confiables, se han desarrollado métodos indirectos de estimación basados en el análisis de características de la población. Algunas de esas características como la sobrevivencia de los hijos, la orfandad y la viudez, son por lo general consecuencia de la experiencia acumulada de la mortalidad a lo largo del tiempo.

Sin embargo, las preguntas necesarias para la aplicación de los métodos indirectos no fueron incluidas en todos los censos levantados en el país. Es por eso que el estudio de la mortalidad, particularmente anterior a 1940, está seriamente limitado. A las deficiencias de los registros de defunciones se suma la falta de periodicidad de los censos y las limitaciones propias de los datos censales.

Para antes de 1940 sólo fue posible hacer hipótesis acerca del nivel de la mortalidad. La primera aproximación 1/ se efectuó a base de la distribución por edad y sexo de la población registrada en el censo de 1876. Esta información permitió seleccionar una tabla de mortalidad apropiada dentro del sistema de tablas modelo de Coale y Demeny 2/, a partir de la cual la tasa bruta de mortalidad para esa fecha se calculó en 32.5 por mil, y la esperanza de vida al nacimiento en 39 años 3/.

-
- 1/ Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD), INFORME DEMOGRAFICO, PERU 1970, Lima 1972.
 - 2/ Coale, A.S. and Demeny, P., REGIONAL MODEL LIFE TABLES AND STABLE POPULATION, Princeton University Press, Princeton, N.Y., 1966.
 - 3/ CEPD, Op. cit.

Excepto el Censo de 1961, los de 1940, 1972 y 1981 incluyeron preguntas acerca de la sobrevivencia de hijos, los dos últimos adicionalmente incluyeron otras acerca de la madre; en tanto las encuestas demográficas por muestreo ^{4/} añaden además preguntas sobre el padre. Todo ello es necesario para el análisis indirecto de la mortalidad. Las encuestas además, recogieron información respecto a la sobrevivencia del primer cónyuge, con la cual se completó la serie de valiosos datos que han permitido efectuar estimaciones del nivel y tendencias de la mortalidad en el país.

Estas fuentes han demostrado que el descenso más significativo del nivel de la mortalidad en toda la historia del país, se produjo en el período de la post-guerra; vale decir, en los 21 años transcurridos entre 1940 y 1961. En dicho período la mortalidad se redujo en un 43 por ciento al pasar la tasa bruta de mortalidad de 27.0 por mil a 15.4 por mil. En el período intercensal anterior 1876-1940, o sea en 64 años, sólo se redujo en 17 por ciento. Con posterioridad a 1961, el descenso de la mortalidad se atenúa hasta hacerse muy leve en años recientes.

La Encuesta Demográfica Nacional (EDEN) dio cuenta que en 1972 morían en el Perú 13 de cada mil personas. La estimación más reciente lograda con la ENPA señala tentativamente que la tasa bruta de mortalidad en años recientes (1980) es de alrededor de 12 por mil (Cuadro 9.1).

CUADRO 9.1. TASA BRUTA DE MORTALIDAD (TBM), TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI) Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER (e) PARA DISTINTOS AÑOS DEL PERIODO 1876-1981, SEGUN DIVERSAS FUENTES

AÑO	FUENTE	TBM (por mil)	TMI	e
1876	Censo	32.5	240	30
1940	Censo	27.0	195	36
1961	Censo	15.4	130	51
1974-76 ^{a/}	EDEN	13.0	114	55
1981 ^{b/}	ENPA	12.0	101	58

^{a/} Las estimaciones corresponden aproximadamente a 1972.

^{b/} Las estimaciones corresponden aproximadamente al período 1980.

Por su parte, la esperanza de vida al nacer aumentó de 36 años en 1940 a 51 años en 1961 lo que significa que en el período 1940-1961 la ganancia en la esperanza de vida fue de 0.73 años por año calendario. La EDEN indica que los peruanos nacidos en 1972 vivirán en promedio 55 años; mientras que según la ENPA, los que nacieron en 1980 esperan vivir en promedio 58 años (Cuadro 9.1).

^{4/} Encuesta Demográfica Nacional (EDEN) 1974-1976, Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) 1977-1978, Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (ENPA) 1981.

La mortalidad no afecta por igual a todas las edades. Las tasas más altas se encuentran en los primeros años y en los últimos de la vida, siendo mucho más importante la mortalidad infantil y la de la niñez. La mortalidad general se ve fuertemente influida por la mortalidad de estos dos últimos grupos debido al gran volumen de población que se concentra en la base de la pirámide demográfica. A la vulnerabilidad de las primeras edades se suma las deficiencias de los servicios de salud y de saneamiento ambiental que explican en parte su alto nivel de mortalidad. En 1940 morían antes de cumplir el primer año de edad 195 niños por cada mil nacidos vivos. Esta cifra disminuyó a 130 en 1961 y a 114 por mil en 1972. Posteriormente la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) 5/ para 1977 y la ENPA para 1980, dan valores de la mortalidad infantil de 108 y 101 por mil respectivamente.

A continuación se comentarán los resultados de mortalidad logrados en base a la ENPA. Esta encuesta incluyó en las secciones II y IV del Cuestionario Individual y en el Cuestionario del Hogar preguntas especiales destinadas a la medición indirecta de la mortalidad. En el cuestionario individual éstas son:

1. Cuántos hijos nacidos vivos tiene Ud.? ¿De ellos, cuántos son hombres y cuantas mujeres?.
2. Cuántos de sus hijos nacidos vivos han fallecido, aunque alguno de ellos haya vivido poco tiempo?. ¿De ellos, cuántos fueron hombres y cuántas mujeres?.
3. La persona con la que empezó a hacer vida conyugal, ¿vive en la actualidad?.

Y en el Cuestionario del Hogar para cada miembro:

4. ¿Tiene padre vivo?
5. ¿Tiene madre viva?

Las dos primeras preguntas permiten efectuar estimaciones del nivel de la mortalidad en los primeros años de vida. La tercera pregunta facilita la medición de la mortalidad adulta masculina y las dos últimas permiten la medición de la mortalidad adulta masculina y femenina respectivamente.

9.1 Mortalidad en los Primeros Años de la Vida

La mortalidad en los primeros años de la vida es un componente muy importante de la mortalidad general en el país. Del total de defunciones que ocurren anualmente, poco más de la mitad (55 por ciento) es de menores de cinco años y alrededor del 27 por ciento es de menores de 1 año. Como existe poca información directa para obtener estimaciones directas de su nivel y diferenciales, en el Perú la única posibilidad de conocer lo que sucede con la mortalidad en las edades iniciales de la vida, es a través de la aplicación de métodos indirectos. En tal sentido, el método propuesto por el Profesor Brass en 1964 6/, para calcular indicadores de la

5/ Hobbs, Frank and Arriaga, Eduardo, A CRITICAL EXAMINATION OF INFANT MORTALITY EXAMINATION TECHNIQUES APPLIED TO PERUVIAN DATA, International Demographic Data Center U.S Bureau of the Census, 1980.

6/ Brass, William, USES OF CENSUS AND SURVEY DATA FOR THE ESTIMATION OF VITAL RATES, African Seminar on Vital Statistics, United Nations Economic Commission for Africa.

mortalidad temprana, ha sido un aporte metodológico de singular importancia. A la técnica original de Brass, tanto Sullivan 7/ (1972) como Trussell 8/ (1975) le introdujeron variantes manteniendo los supuestos básicos. En 1976 Feeney 9/ propuso una nueva técnica que admite algunos supuestos diferentes.

Es reconocido que la proporción de muertos entre los hijos nacidos vivos constituye, en alguna medida, un indicador de la mortalidad en las primeras edades. El método de Brass básicamente consiste en transformar las proporciones de hijos fallecidos 10/ -clasificados por edad de las madres en probabilidades de morir (q_x) desde el nacimiento hasta una edad exacta x .

Debido al carácter retrospectivo de las preguntas, la información básica de ENPA, recogida en 1981, da lugar a estimaciones que corresponden a un período anterior a la encuesta. Trussell y Feeney han elaborado métodos adicionales a las variantes propuestas para estimar la referencia en el tiempo (t) en "número de años antes de la fecha de la encuesta" basándose en el supuesto que los cambios en la mortalidad siguen una tendencia lineal. Las tres variantes al método original de Brass y las dos formas de estimar el período de referencia (t) se aplicarán en este capítulo.

Para las estimaciones de mortalidad se han hecho pruebas con dos de los modelos de mortalidad del Sistema Regional de Tablas de Vida de Coale-Demeny: Sur y Oeste. Estos patrones dan estimaciones bastante parecidas; no obstante, se adoptó el modelo Sur porque representa mejor el comportamiento de la mortalidad del Perú.

Antes de analizar los resultados de la ENPA, referentes a la mortalidad infantil y adulta, se comentará brevemente la relación entre los hijos nacidos vivos y sobrevivientes. En el Cuadro 9.2, se presenta la fecundidad acumulada o retrospectiva en términos del promedio de hijos nacidos vivos y el promedio de hijos sobrevivientes según edad de la mujer al momento de la entrevista.

-
- 7/ Sullivan, J.M., MODELS FOR THE ESTIMATION OF THE PROBABILITY OF DYING BETWEEN BIRTH AND EXACT AGES OF EARLY CHILHOOD, Population Studies, 1972.
- 8/ Trussell, T.J., A RE-ESTIMATION OF THE MULTIPLYING FACTORS FOR THE BRASS TECHNIQUE FOR DETERMINING CHILHOOD SURVIVORSHIP RATES, Population Studies 29 (1).
- 9/ Feeney, G., ESTIMATING INFANT MORTALITY RATES FROM CHILD SURVIVORSHIP DATA BY AGE OF MOTHER, Mimeo. Honolulu, East West Center.
- 10/ Proporción de hijos fallecidos = $\frac{\text{Total de hijos fallecidos}}{\text{Total de hijos nacidos vivos}}$

CUADRO 9.2: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y DE HIJOS SOBREVIVIENTES, Y PORCENTAJE DE HIJOS SOBREVIVIENTES, SEGUN EDAD DE LA MUJER

GRUPOS DE EDADES	PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	PROMEDIO DE HIJOS SOBREVIVIENTES	FORCENTAJE $\frac{1}{}$ DE HIJOS SOBREVIVIENTES
TOTAL	2.8	2.3	83
15-19	0.2	0.2	89
20-24	1.1	0.9	87
25-29	2.5	2.2	86
30-34	3.8	3.2	85
35-39	5.1	4.2	83
40-44	6.1	5.0	81
45-49	6.4	4.9	77

1/ Los porcentajes fueron calculados utilizando las cifras básicas de hijos nacidos vivos, sobrevivientes y mujeres, y no por división del promedio de hijos sobrevivientes entre el promedio de hijos nacidos vivos, que aparecen en este cuadro.

Las cifras del cuadro anterior evidencian que las mujeres peruanas tienen al final de su vida reproductiva un promedio de 6.4 hijos nacidos vivos de los cuales sobreviven 4.9. Esto quiere decir que la fecundidad final, por efecto de la mortalidad, se reduce en una alarmante cifra de 23 por ciento. Al relacionar ambos promedios, (hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes), por grupos de edad de la mujer, puede notarse que la proporción de hijos sobrevivientes disminuye conforme aumenta la edad de la mujer. Esta tendencia era de esperarse, puesto que los hijos de mujeres de más edad han estado expuestos durante más tiempo al riesgo de muerte.

El Cuadro 9.3 resume las estimaciones indirectas de mortalidad en los primeros años de la vida para el total del país, utilizando las técnicas de Sullivan y Trussell.

Al examinar la proporción de hijos muertos según la edad de las mujeres se aprecia la lógica tendencia creciente, asociada al mayor tiempo de exposición al riesgo de muerte de los hijos de las mujeres de mayor edad. Esto puede ser un indicio que los datos que se están manejando son confiables.

Utilizando las proporciones de hijos sobrevivientes de las mujeres de 20 a 34 años el método de Sullivan permite estimar las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta los dos (q_2), tres (q_3) y cinco años (q_5). Aquéllas conducen a una tasa de mortalidad infantil de 106 por mil nacidos vivos, en 1980.

Por su parte el método de Trussell basándose en la información de las mujeres de 15 a 49 años, proporciona estimaciones de las probabilidades de morir desde el nacimiento hasta una edad exacta x (para $x = 1, 2, 3, 5, 10, 15, 20$). Tales estimaciones corresponden a distintos años antes de la encuesta y obviamente a diferentes niveles de mortalidad. Por tal razón,

CUADRO 9.3: APLICACION DE LAS TECNICAS DE SULLIVAN Y TRUSSELL PARA ESTIMAR LA MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA (Según el Modelo Sur de Coale-Demeny)

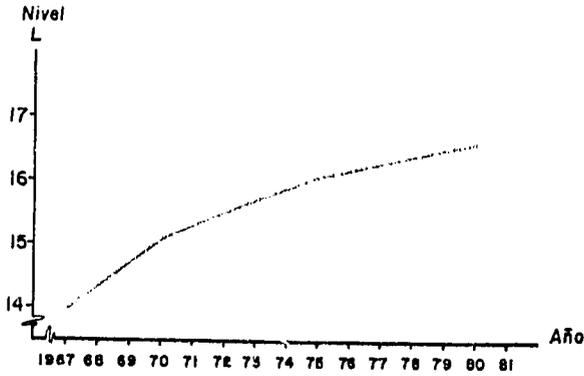
GRUPOS DE EDADES	PROPORCION DE HIJOS MUERTOS	EDAD EXACTA x	NIVEL EQUIVALENTE (Modelo Sur)	
			Sullivan	Trussell
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15-19	0.1149	1	-	15.9
20-24	0.1321	2	15.9	16.0
25-29	0.1362	3	16.9	16.7
30-34	0.1548	5	16.5	16.2
35-39	0.1699	10	-	15.8
40-44	0.1900	15	-	15.3
45-49	0.2292	20	-	14.2

EDAD DE LAS MUJERES	PROBABILIDAD DE MORIR $1/q(x)$ (por mil)				AÑO AL QUE PERTENECE LA ESTIMACION
	SULLIVAN		TRUSSELL		
	Absolut.	Ajust. ^{2/}	Absolut.	Ajust. ^{2/}	
	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
15-19	-	106	110	101	1980
20-24	141	134	139	128	1979
25-29	138	147	141	140	1977
30-34	155	157	161	150	1975
35-39	-	168	180	160	1973
40-44	-	174	197	166	1970
45-49	-	183	234	174	1967

1/ $q_{(x)}$ probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad exacta x (para x= 1, 2, 3, 5, 10, 15, 20).

2/ Las probabilidades de morir ajustadas se obtuvieron en el caso de Sullivan de acuerdo al nivel promedio (16.4) de los niveles que aparecen en la columna 4 al que corresponden las probabilidades de morir observadas. En el caso de Trussell se ajustó gráficamente una recta entre los niveles de la columna 5 que mantienen una tendencia lineal (gráfico 9.1). El nivel adoptado para 1980 fue de 16.8 que equivale a una mortalidad infantil de 101 por mil.

GRAFICO 9.1: MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERIODO 1967-80
SEGUN LA TECNICA DE TRUSSELL
(Modelo Sur de Coale y Demeny)



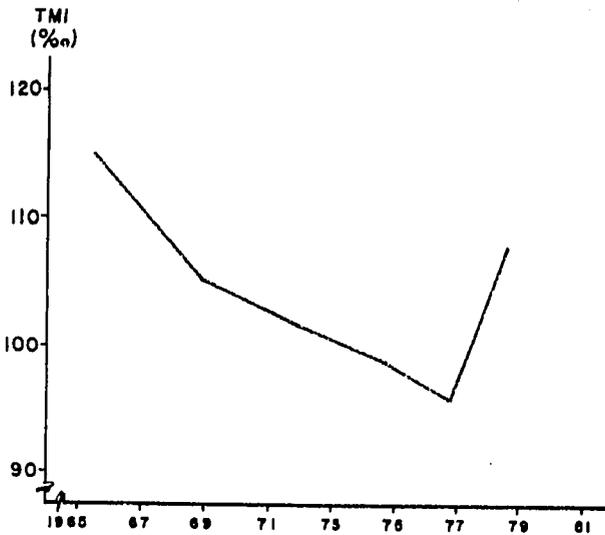
Las estimaciones logradas con las técnicas de Sullivan y Trussell (columnas 7 y 9 del cuadro 9.3), sobre todo esta última, sugieren que la mortalidad infantil en el país habría estado disminuyendo entre 1967 y 1980 aunque muy levemente después de 1976. Se estima que en 1980 su valor habría sido de 101 por mil.

Finalmente, a partir de la información de las mujeres entre 20 a 49 años, Feeney estima la tasa de mortalidad infantil para un período que comprende 15 años inmediatamente anteriores a la encuesta. Las cifras del Cuadro 9.4 y el Gráfico 9.2 estarían indicando que la mortalidad infantil ha venido descendiendo hasta 1977 y que a partir de 1979 habría sufrido un incremento. Esto puede deberse entre otras cosas, a defectos de la información de las mujeres de 20 a 24 años, mayor mortalidad de los hijos de los jóvenes y/o a limitaciones de la técnica.

CUADRO 9.4: APLICACION DE LA TECNICA DE FEENEY PARA ESTIMAR LA MORTALIDAD INFANTIL

GRUPOS DE EDADES	MORTALIDAD INFANTIL (por mil)	AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA	AÑO AL QUE PERTENECE LA ESTIMACION
20-24	107	2.5	1979
25-29	95	4.4	1977
30-34	99	6.6	1974
35-39	101	9.1	1972
40-44	105	12.1	1969
45-49	115	15.4	1966

GRAFICO 9.2: MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERIODO 1965-81
(Técnica de Feeney)



FUENTE: Cuadro 9.4

Cabe mencionar que la técnica de Feeney es muy rígida, esto quiere decir que se basa en patrones únicos de fecundidad y mortalidad que muchas veces no son representativos de lo que realmente ocurre en la población en estudio. Por esta razón, las estimaciones logradas en base a esta técnica puede que no sean las más plausibles.

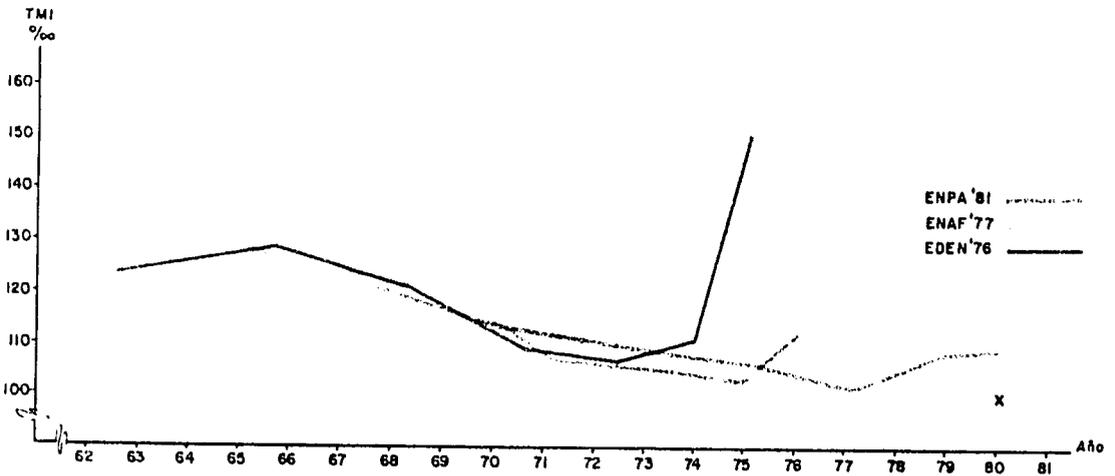
Con el fin de validar los resultados de la ENPA se compararán éstos con los provenientes de la ENAF y de la EDEN. Para facilitar el cotejo se adoptaron las estimaciones que proporciona la técnica de Trussell (cuya confiabilidad se ha puesto en evidencia a través de numerosas aplicaciones a datos de otros países). Esta comparación brindará los elementos de juicio necesarios para analizar las tendencias pasadas y definir el nivel de la mortalidad infantil en el Perú. #

En el Cuadro 9.5 y en el Gráfico 9.3 se muestra las estimaciones de la mortalidad infantil para el período 1962-1980 según las tres encuestas a par tif de los niveles de Coale-Demeny Sur observados.

CUADRO 9.5: ESTIMACIONES DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ MEDIANTE LA TECNICA DE TRUSSELL A PARTIR DE LOS DATOS DE LA EDEN, ENAF Y ENPA

EDEN 1974-76		ENAF 1977-78		ENPA 1981	
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Año al que pertenece la estimación	Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Año al que pertenece la estimación	Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Año al que pertenece la estimación
152	1975	114	1976	110	1980
112	1974	104	1975	109	1979
108	1972	107	1973	103	1977
110	1970	108	1971	108	1975
122	1968	122	1969	111	1973
130	1966	126	1966	116	1970
124	1962	134	1963	126	1967

GRAFICO 9.3: MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERIODO 1962-81 SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA



FUENTE: Cuadro 9.5

Excepto algunas cifras correspondientes a edades extremas, es posible afirmar que existe una coherencia aceptable entre las tres series de valores de la tasa de mortalidad infantil. Las estimaciones basadas en información de mujeres de 15 a 19 años muestran, como es usual, una mortalidad muy alta en relación a las otras edades, particularmente en la EDEN, en donde la cifra de 152 por mil no es compatible con los demás valores de la misma serie. Este sesgo refleja el alto nivel de mortalidad infantil que experimentan los hijos de estas mujeres y que obviamente no es representativo del nivel de mortalidad de los hijos de todas las mujeres.

La tasa baja que presentan las mujeres de 45 a 49 años según la EDEN puede deberse a omisión en la declaración de los hijos fallecidos, por pérdida selectiva de la memoria femenina con relación a las defunciones de sus hijos pequeños.

Por lo demás, los valores intermedios que proporcionan las tres fuentes son altamente compatibles. En general se observa (Gráfico 9.3) un descenso moderado de la mortalidad infantil entre 1962 y 1975, de una tasa de aproximadamente 130 por mil entre 1962 y 1965 a una tasa de 114 por mil en 1972. Posteriormente este año, se da una etapa de descenso muy leve, llegando la tasa de mortalidad infantil a 108 en 1977 y a 101 en el período 1980-81.

9.2 Mortalidad Adulta

La mortalidad adulta puede ser derivada de la información de sobrevivencia de madres y padres (orfandad materna y paterna) y de la información de aquéllos que alguna vez tuvieron cónyuge (incluyendo las uniones libres) respecto a la sobrevivencia de su primer cónyuge (viudez femenina y masculina). Se dijo al comienzo de este capítulo que esta información, excepto la viudez masculina, fue recogida por la ENPA. A partir de ella se estimaron probabilidades de muerte de las personas de 45 años y más para un período de aproximadamente 15 años antes de la fecha de la encuesta.

Conviene anotar que en la recolección de los diversos tipos de información de sobrevivencia, la frecuencia de no-respuesta fue baja (no alcanza en ningún caso al 1 por ciento); llegó a 0.5 por ciento en orfandad materna, al 0.6 por ciento en orfandad paterna, y al 0.8 por ciento en viudez femenina.

9.2.1 Orfandad

Evidentemente, la proporción de encuestados de un grupo de edad determinado, cuyas madres o padres han fallecido, se hallará en función de la experiencia de mortalidad de todas las madres y padres de los encuestados de ese grupo de edad, es decir de la mortalidad adulta. Por esta razón, los datos de orfandad tabulados por grupos de edad y sexo de los encuestados, constituyen una fuente potencialmente valiosa de información sobre el nivel de la mortalidad adulta 11/.

11/ Brass, W., METODOS PARA ESTIMAR LA FECUNDIDAD Y LA MORTALIDAD EN POBLACIONES CON DATOS LIMITADOS, CELADE, Serie E N° 14, Santiago de Chile, 1974.

La técnica original para transformar datos de orfandad en probabilidades de sobrevivencia fue desarrollado por Brass y Hill 12/. La técnica de orfandad materna fue modificada posteriormente por Hill y Truseell 13/.

Con datos de la población de 15 a 49 años en el caso de la orfandad materna y de 5 a 49 años en el de orfandad paterna según condición de orfandad se calcula la proporción de personas con madre viva y con padre vivo (no huérfanos). Por sí solas estas proporciones constituyen indicadores del nivel de la mortalidad adulta, pero para intervalos de edades imprecisos. Por esta razón utilizando ecuaciones de regresión propias de la técnica han sido transformadas en probabilidades bien definidas de sobrevivir para un intervalo de edades que va desde los 45 a los 75 años en el caso de orfandad de madre, y desde los 45 a los 85 años en el caso de orfandad de padre. Estas probabilidades a su vez son equivalentes a un determinado valor de la esperanza de vida al nacer femenina y masculina.

9.2.2 Viudez:

La técnica para convertir datos de viudez femenina, (proporcionada por informantes mujeres que alguna vez tuvieron cónyuge), en probabilidades de sobrevivencia de hombres fue desarrollada por Hill y Trussell. (1977) 14/ y simplificada después por el primero 15/.

Dicha técnica requiere datos de todas las mujeres alguna vez unidas, y de aquellas cuyo cónyuge está vivo clasificadas por grupos de edad quinquenal entre los 20 y 49 años que facilita el cálculo de probabilidades de sobrevivir masculinas desde los 45 a los 70 años. Igual que en el caso de orfandad estas probabilidades corresponden a un valor determinado de la esperanza de vida masculina.

9.2.3 Análisis de los resultados:

En el Cuadro 9.6 aparece la información básica utilizada para estimar las probabilidades de morir y posteriormente la esperanza de vida al nacer mediante las tres técnicas arriba mencionadas.

Como se espera, el número de personas con madre y/o padre sobrevivientes, (no huérfanos), sigue una tendencia decreciente conforme aumenta la edad de los informantes. Así se tiene que de mil personas de 0 a 4 años de edad, 990 tienen madre viva y 984 tienen padre vivo, mientras que de mil personas de 45 a 49 años de edad, 466 tienen madre viva y 253 tienen padre vivo, y de mil personas de 70 a 74 años de edad tan solo 42 tienen madre viva y 26, padre vivo.

12/ Brass, W. y Hill, K., ESTIMATING ADULT MORTALITY FROM ORPHANHOOD. Proceedings of the International Population Conference, Lieja, Bélgica, Vol. 3, 1973.

13/ Hill, K. y Trussell, J., FURTHER DEVELOPMENTS IN INDIRECT MORTALITY ESTIMATION, Population Studies 31 (2), 1977.

14/ Hill, K. y Trussell, J., Op. cit.

15/ Hill, K., ESTIMATING ADULT MORTALITY LEVELS FROM INFORMATION ON WIDHOOD, Population Studies 31 (1), 1977.

CUADRO 9.6: PROPORCION DE POBLACION (por mil) POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN CONDICION DE ORFANDAD DE MADRE, DE PADRE Y DE VIUDEZ DEL PRIMER CONYUJCE
ENPA

EDAD DE LOS INFORMANTES	NUMERO DE PERSONAS (Por mil)		
	Con madre viva	Con padre vivo	Con primer conyuge vivo
0-4	990	984	-
5-9	980	967	-
10-14	955	939	-
15-19	933	912	990
20-24	896	842	980
25-29	841	746	971
30-34	758	644	947
35-39	702	545	927
40-44	580	382	901
45-49	466	253	804
50-54	324	205	-
55-59	210	94	-
60-64	122	58	-
65-69	76	29	-
70-74	42	26	-
75 y más	24	14	-

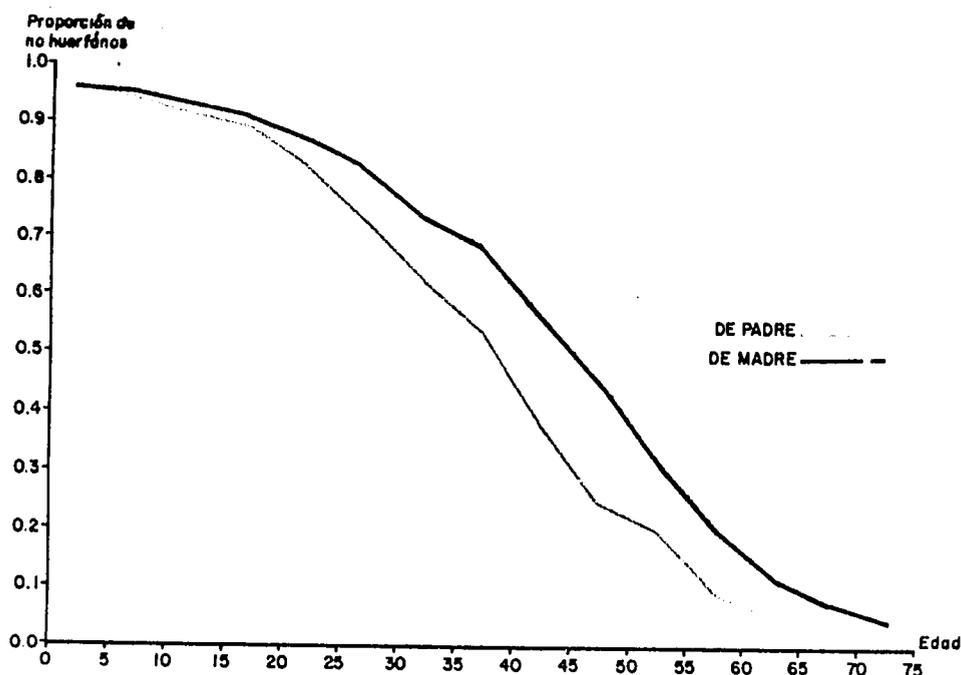
Análogamente, de cada mil mujeres no solteras de 15 a 19 años de edad, 990 tienen el primer cónyuge vivo. Este número va decreciendo hasta un valor de 804 no viudas de cada mil mujeres de 45 a 49 años de edad.

Esto se debe a que los padres, o cónyuges de los informantes de mayor edad han estado expuestos durante más tiempo al riesgo de morir. Es decir, que de acuerdo a como aumenta la edad del entrevistado, la información proporcionada se refiere a generaciones cada vez más "viejas".

Al comparar la información de orfandad de madre con la de padre del Cuadro 9.6, se aprecia que es mayor el número de personas huérfanas de padre, que de madre. Esta diferencia se acentúa después de los 25 años de edad (Gráfico 9.4). En efecto, de cada mil niños de 0 a 4 años de edad, 990 tienen madre viva y 984, padre vivo; en cambio, de mil personas de 25 a 29 años, 841 tienen madre viva y 746 tienen padre vivo. Entre los 55 y los 69 años de edad la diferencia es de más del doble. Así, de mil personas de 55 a 59 años, 210 tienen madre viva y 94, padre vivo. Esto es consecuencia, entre otras cosas de la sobremortalidad masculina en todas las edades.

En cuanto al nivel de la mortalidad, la técnica de orfandad materna produce estimaciones de la esperanza de vida femenina al nacer de alrededor de 55 años para el período 1967-1970 y de un promedio de 58 años para el período 72-73 (Cuadro 9.7). Este último valor parece un poco alto y puede deberse al no cumplimiento de alguno de los supuestos del método.

GRAFICO 9.4: PROPORCION DE PERSONAS CON PADRE Y MADRE SOBREVIVIENTES



FUENTE: Cuadro 9.6

CUADRO 9.7, ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR EDAD SEGUN LAS TECNICAS DE ORFANDAD Y VIUDEZ PERIODO 1965-1981

AÑO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	H O M B R E S		MJJERES
	Viudez	Orfandad de padre	Orfandad de madre
1981	49.6 a/	-	-
1979	53.0	-	-
1976	51.6 a/	58.8 a/	-
1974	53.2	60.4 a/	-
1973	-	-	59.5 a/
1972	54.3	57.7 a/	57.8
1970	46.9	53.4	55.8
1969	-	50.7	52.8
1968	-	51.6	56.2 a/
1967	-	-	55.2 a/
1966	-	43.3	-
1965	-	43.8	-

a/ Datos poco confiables.

La técnica de orfandad paterna por su parte, conduce a un valor de la esperanza de vida masculina que oscila en torno a los 43.5 en el período 1965-1966, a los 58.6 años entre 1970 y 1976, con un valor intermedio de alrededor de 51 años en el período 1967-1970.

Según viudez en cambio, descartando el valor de la esperanza de vida de 49.5 años para 1981, los otros valores sugieren que la duración de la vida media de varones en el período 1974-1979 habría sido de 53 años, es decir 5.6 años menor que el estimado para un período anterior (1970-1976) según la técnica de la orfandad paterna.

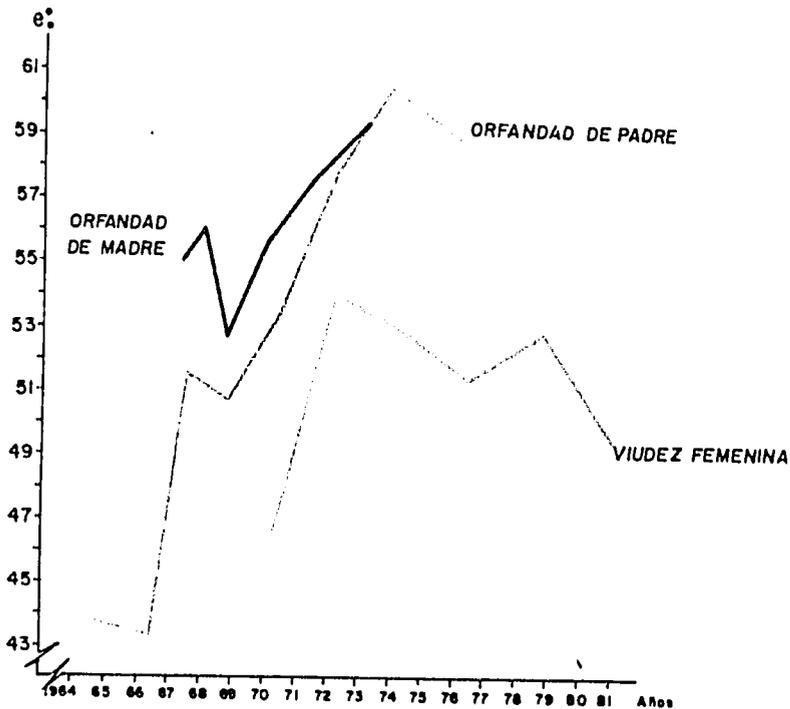
Esta incoherencia y alguna otra más conducen a hacer una reflexión acerca de los métodos indirectos. Estos son en realidad muy burdos, en consecuencia las estimaciones de mortalidad que se logran con ellos son aproximaciones a lo que ocurre realmente en la población.

El nivel que se adopte finalmente surgirá del análisis de todos los valores que guarden cierta coherencia entre sí.

En este caso, las tres técnicas estarían indicando una reducción gradual y persistente de la mortalidad adulta del país aunque con un patrón de descenso leve en años recientes. En general, las estimaciones que provienen de la información de orfandad de madre son más homogéneas, que las que resultan de la información de orfandad de padre y viudez femenina.

Analizando los valores más confiables de la esperanza de vida al nacer del Cuadro 9.7 y observando la tendencia descrita (Gráfico 9.5) se ha llegado a establecer con los datos de ENPA que la duración media de la vida de los varones y mujeres del Perú en el período 1980-81 habría sido de 56 años y 60 años respectivamente. Estos valores dan un promedio para ambos sexos de 58 años.

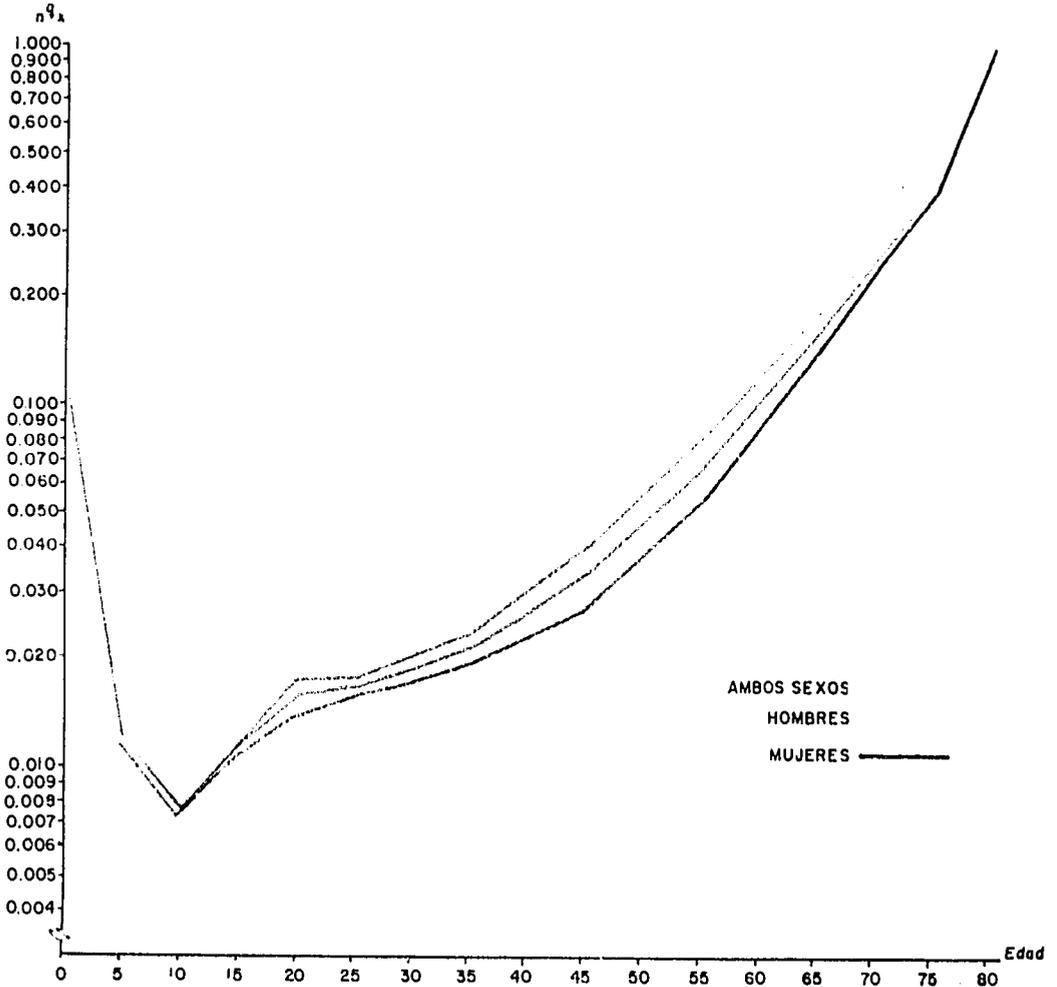
GRAFICO 9.5, ESPERANZA DE VIDA AL NACER (e_0^o) POR SEXO ESTIMADAS SEGUN LAS TECNICAS DE ORFANDAD Y VIUDEZ FEMENINA Y AJUSTADAS PARA DISTINTOS AÑOS DEL PERIODO 1965-1981
ENPA 1981



Estas cifras de la esperanza de vida al nacer por sexos son equivalentes en el Modelo Sur de mortalidad de Coale y Demeny, a un nivel de 16.8 que es coherente con el nivel de la mortalidad en los primeros años de vida (analizado en el punto 9.1), que dio una tasa de mortalidad infantil para ambos sexos de 101 por mil.

Con este nivel promedio de 16.8 se construyó la tabla de vida para el país. Las probabilidades de morir por edad que resultan de esa tabla se muestran en el Gráfico 9.6.

GRAFICO 9.6. PROBABILIDAD DE MORIR POR SEXO



Con fines comparativos se presentan en el Cuadro 9.8 estimaciones del nivel de la mortalidad adulta en términos de esperanza de vida al nacimiento logradas en base a la ENAF, la EDEN y la ENPA utilizando las técnicas de orfandad y viudez.

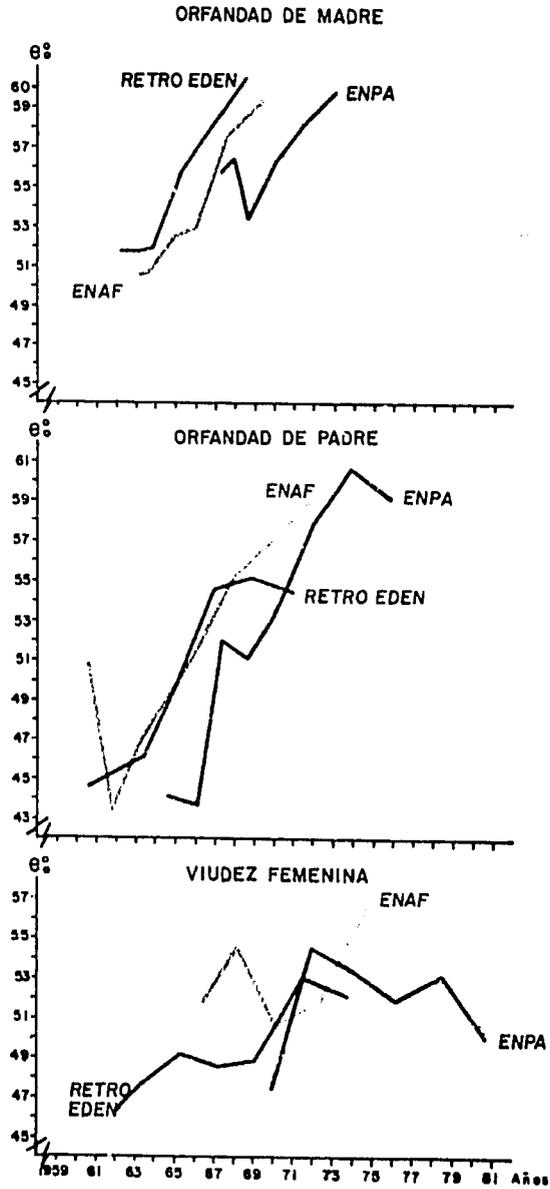
CUADRO 9.8. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, POR SEXO PARA DISTINTOS AÑOS DEL PERIODO 1959-1981 SEGUN LOS DATOS DE LA EDEN, ENAF Y ENPA

AÑO	E S P E R A N Z A D E V I D A A L N A C E R								
	H O M B R E S						M U J E R E S		
	VIUDEZ			ORFANDAD DE PADRE			ORFANDAD DE MADRE		
	EDEN	ENAF	ENPA	EDEN	ENAF	ENPA	EDEN	ENAF	ENPA
1981	-	-	49.6	-	-	-	-	-	-
1979	-	-	53.0	-	-	-	-	-	-
1976	-	-	51.6	-	-	58.8	-	-	-
1975	-	56.8	-	-	-	-	-	-	-
1974	51.9	-	53.2	-	-	60.4	-	-	-
1973	-	51.9	-	-	-	-	-	-	-
1972	52.8	-	54.3	-	59.1	57.7	-	-	59.5
1971	-	-	-	54.1	-	-	-	-	57.8
1970	48.7	50.5	46.9	-	57.0	53.4	-	-	-
1969	-	-	-	54.8	-	50.7	-	59.5	52.8
1968	-	54.5	-	-	55.0	51.6	60.0	57.5	56.2
1967	48.3	51.6	-	54.1	-	-	57.5	-	55.2
1966	48.9	-	-	-	51.6	43.3	-	52.8	-
1965	-	-	-	49.6	48.9	43.8	55.0	52.2	-
1964	47.4	-	-	45.6	-	-	51.2	50.5	-
1963	-	-	-	-	46.5	-	51.0	50.2	-
1962	45.8	-	-	44.7	43.1	-	51.0	-	-
1961	-	-	-	44.0	50.7	-	-	-	-
1959	-	-	-	45.6	-	-	-	-	-

Análogamente a lo observado en la ENPA, los valores menos fluctuantes, es decir más homogéneos de la esperanza de vida, son los que se logran con los datos de orfandad de madre. También en la EDEN y la ENAF, las estimaciones según viudez, no obstante que se refieren a un período más reciente, sugieren una mortalidad masculina mayor que el que se obtienen con los datos de orfandad de padre.

En el Gráfico 9.7 se compara los datos de la esperanza de vida al nacimiento obtenidos según las tres encuestas y según las tres técnicas mencionadas. El conjunto de indicadores muestran que la mortalidad de los varones en las dos últimas décadas habría venido descendiendo a un ritmo un poco más acentuado que la mortalidad femenina. Sin embargo, se nota, que las series temporales provenientes de las tres encuestas son casi paralelas con muy pocos puntos en común. Esto implicaría una falta de concordancia en las estimaciones. Por esta razón, es muy difícil precisar por el momento la evolución temporal y las tendencias futuras de la mortalidad adulta en el país. De modo que sólo eventualmente se adoptarán las estimaciones logradas con la ENPA como representativas de su nivel y diferenciales por sexo, mientras se efectúe un análisis más minucioso de estas tres encuestas complementadas con los datos de los Censos de 1972 y 1981.

GRAFICO 9.7: ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA EL PERIODO 1959-81, SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA



FUENTE: Cuadro 9.8

9.3 Mortalidad Diferencial por Areas

9.3.1 Mortalidad en los primeros años de la vida

Las cifras que relacionan el promedio de hijos nacidos vivos y el de hijos sobrevivientes en cada una de las áreas (Cuadro 9.9), son muy elocuentes y evidencian, para todas las edades, una mortalidad sensiblemente mayor en el área rural que en las demás áreas.

CUADRO 9.9, PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y DE HIJOS SOBREVIVIENTES Y PORCENTAJE DE HIJOS SOBREVIVIENTES SEGUN EDAD DE LA MUJER, POR AREAS

GRUPOS DE EDADES	PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	PROMEDIO DE HIJOS SOBREVIVIENTES	PORCENTAJE DE HIJOS SOBREVIVIENTES ^{1/}
LIMA METROPOLITANA			
TOTAL	2.1	1.9	92
15-19	0.1	0.1	94
20-24	0.8	0.7	92
25-29	1.7	1.6	93
30-34	3.0	2.8	93
35-39	3.8	3.5	92
40-44	4.6	4.2	90
45-49	4.7	4.3	90
URBANO			
TOTAL	2.4	2.1	86
15-19	0.1	0.1	89
20-24	0.9	0.8	88
25-29	2.2	2.0	89
30-34	3.4	3.0	88
35-39	4.5	3.9	88
40-44	5.5	4.7	84
45-49	5.8	4.8	82
RURAL			
TOTAL	3.9	3.0	76
15-19	0.3	0.3	88
20-24	1.6	1.3	85
25-29	3.5	2.8	81
30-34	5.0	3.9	77
35-39	6.7	5.0	76
40-44	7.4	5.6	76
45-49	7.6	5.2	69

^{1/} Los porcentajes fueron calculados utilizando las cifras básicas de hijos nacidos vivos, hijos sobrevivientes y mujeres, y no por división del promedio de hijos sobrevivientes entre el promedio de hijos nacidos vivos que aparecen en este cuadro.

En efecto, al término de su período fértil las mujeres de Lima Metropolitana tienen en promedio 4.3 hijos de los cuales sobreviven 4.3 en el área urbana en cambio, la fecundidad final de las mujeres es de un promedio de 5.8 hijos por mujer y de 4.8 hijos sobrevivientes, mientras que en el área rural las mujeres tienen al final de su período reproductivo 7.6 hijos nacidos vivos y 5.2 sobrevivientes. Esto quiere decir que por efecto de la mortalidad diferencial por áreas, la fecundidad final se reduce en un 10 por ciento en el área metropolitana, en un 17 por ciento en el área urbana y en un 29 por ciento en el área rural.

Por otro lado, como era de esperarse la proporción de hijos sobrevivientes va disminuyendo paulatinamente conforme avanza la edad de las mujeres, puesto que -como ya se ha mencionado- los hijos de mujeres de más edad han estado expuestos durante un período más largo al riesgo de morir.

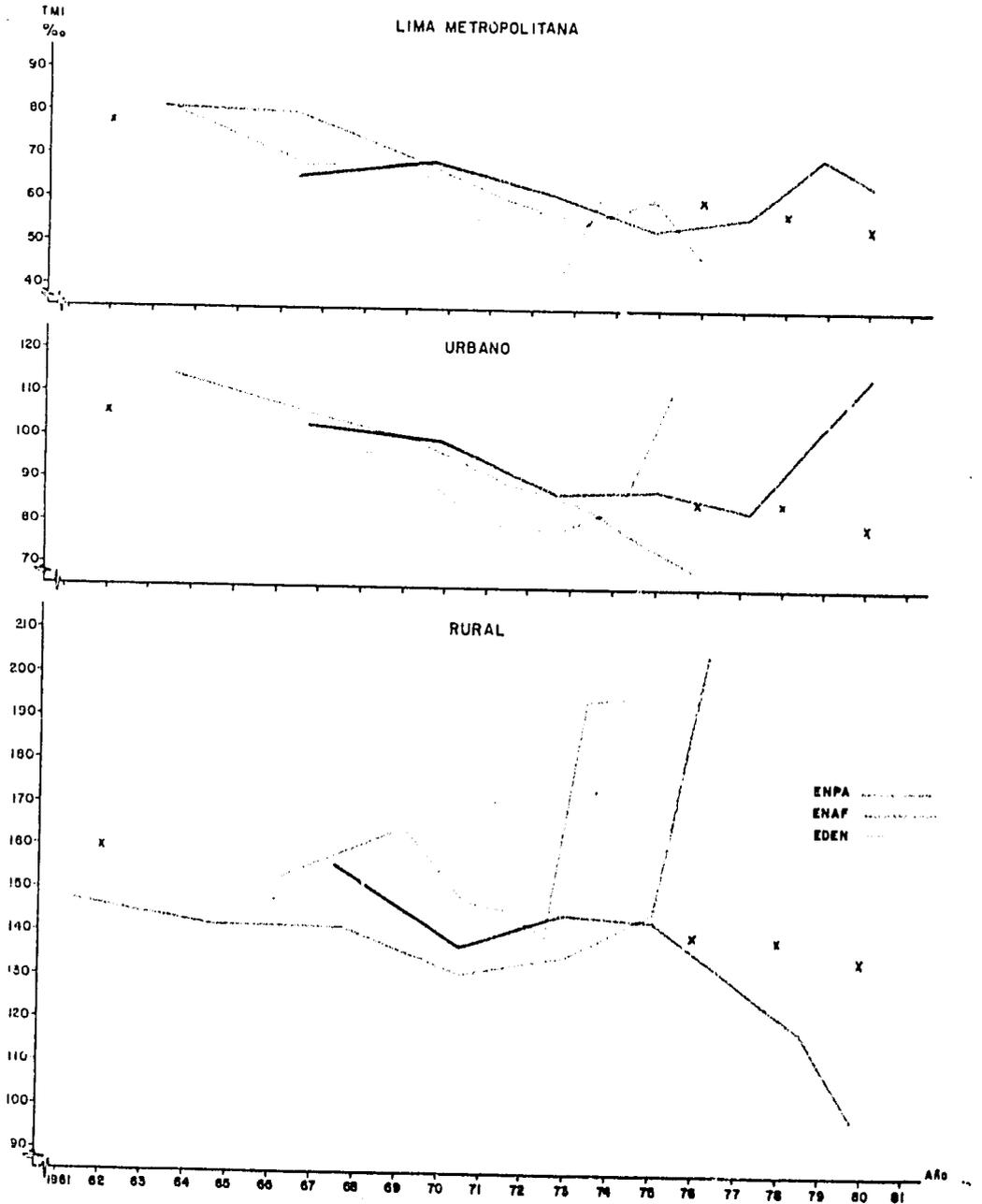
En el Cuadro 9.10 se muestra un resumen de la aplicación de la técnica de Trussell a los datos de la ENPA por áreas. Las estimaciones de la mortalidad infantil abarcan el período de 1967-1980, las que serán comparadas con los respectivos valores obtenidos con la ENAF y la EDEN.

CUADRO 9.10: APLICACION DE LA TECNICA DE TRUSSELL PARA ESTIMAR LA MORTALIDAD INFANTIL POR AREAS SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA

EDEN (1974-76)		ENAF (1977-78)		ENPA (1981)	
Año al que pertenece la estimación	Mortalidad Infantil (por mil)	Año al que pertenece la estimación	Mortalidad Infantil (por mil)	Año al que pertenece la estimación	Mortalidad Infantil (por mil)
L I M A M E T R O P O L I T A N A					
1975	77	1976	48	1980	65
1974	73	1975	62	1979	72
1972	45	1973	56	1977	58
1971	54	1971	62	1975	55
1969	69	1969	73	1972	64
1966	68	1966	82	1970	71
1963	81	1963	84	1966	67
U R B A N A					
1975	111	1976	71	1980	116
1974	84	1975	78	1979	103
1972	79	1973	87	1977	85
1971	80	1971	93	1975	89
1969	96	1969	102	1972	89
1966	96	1967	109	1970	101
1963	106	1964	118	1967	104
R U R A L					
1974	195	1976	207	1980	99
1973	144	1975	147	1978	119
1972	140	1973	138	1977	130
1971	146	1970	134	1975	144
1970	147	1968	144	1973	146
1969	164	1965	146	1970	139
1966	153	1961	152	1967	158

Al examinar las cifras del Cuadro 9.10 y el Gráfico 9.8 se observa que también por desagregaciones geográficas la mortalidad infantil ha venido descendiendo entre 1962 y 1981 aunque muy poco en los años recientes y naturalmente en forma diferencial por áreas. La reducción más importante, como se detallará más adelante, se habría producido en Lima Metropolitana, seguida en orden descendente, del área urbana y del área rural.

GRAFICO 9.8: MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERIODO 1961-81 POR AREAS SEGUN LA EDEN, ENAF Y ENPA



FUENTE: Cuadro 9.8

Análogamente al procedimiento efectuado con el total nacional, se dejó de lado las estimaciones que proceden de las edades extremas y se trazo una recta de ajuste para cada área. Se obtuvieron valores de la tasa de mortalidad infantil, para 1980-1981 del orden de 55 por mil en Lima Metropolitana, de 80 por mil en el área urbana y de 135 por mil en el área rural. Estos valores según ENAF habrían sido de 57, 85 y 139 por mil respectivamente, en 1977, y según EDEN de 60, 85 y 140 por mil en Lima Metropolitana, área urbana y área rural respectivamente, en 1972.

La reducción más importante (30 por ciento) de la mortalidad infantil sería la experimentada en Lima Metropolitana al pasar la TMI de un valor aproximado de 78 por mil en 1965 a 55 por mil en 1980-1981. En el área urbana el descenso alcanzaría el 24.5 por ciento en el mismo período, habiendo alcanzado la TMI valores de alrededor de 106 por mil en 1965 y 80 por mil entre 1980-1981. Finalmente en el área rural se habría producido un descenso relativo de 15 por ciento al bajar la TMI de 160 por mil en 1965 a 135 por mil en 1980-1981.

A la luz de los datos examinados queda claro que ninguna de las tres áreas tiene un nivel bajo de mortalidad infantil. Aún en Lima Metropolitana, alrededor de 55 por cada mil niños no alcanzan a cumplir un año de vida. Esta situación es más crítica en el área rural en donde la TMI es más del doble que la de Lima Metropolitana y un 41 por ciento más elevado que la del área urbana.

9.3.2 Mortalidad adulta; orfandad de padre y de madre.

A fin de facilitar el análisis, se han reunido los resultados de las aplicaciones de orfandad en el Cuadro 9.11. Las estimaciones se presentan en términos de la esperanza de vida al nacer.

CUADRO 9.11: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR AREAS SEGUN LAS TECNICAS DE ORFANDAD DE PADRE Y DE MADRE PARA EL PERIODO 1965-1977 ENPA 1981

AÑO	E S P E R A N Z A D E V I D A A L N A C E R					
	L I M A M E T R O P O L I T A N A		U R B A N O		R U R A L	
	ORFANDAD DE MADRE	ORFANDAD DE PADRE	ORFANDAD DE MADRE	ORFANDAD DE PADRE	ORFANDAD DE MADRE	ORFANDAD DE PADRE
1977						
1976		63.2		62.0		53.9
1975						
1974		62.0		61.7		56.8
1973	61.5		60.2		56.8	
1972		57.9		58.6	56.5	56.1
1971	56.8		58.0			
1970	57.2	55.0	59.0	54.3	47.2	52.1
1969	55.5	51.9	54.0	54.1	48.2	44.2
1968	55.5	51.2	57.0	50.7	53.8	
1967	56.5		56.2		52.8	53.2
1966		46.2		45.6		40.6
1965		36.7		42.9		47.4

Las diferentes estimaciones señalan que la mortalidad adulta en el país ha venido descendiendo aunque lentamente en años recientes y particularmente en Lima Metropolitana, seguida del resto urbano. Los valores de la esperanza de vida que proporcionan las dos técnicas para el período 1967-1973 son bastante coherentes en Lima Metropolitana y en el resto urbano, no así en el área rural.

Parece ser que en esta área los datos de orfandad de padre subestiman la mortalidad adulta masculina, sobre todo en el período 1970-1974 en donde la esperanza de vida de los varones es mayor que la de las mujeres. Esto se contradice con otras fuentes que indican que en el país y por áreas geográficas, cualquiera haya sido el nivel de la mortalidad, las mujeres han tenido en promedio 4 años más de esperanza de vida que los hombres.

Al comparar las columnas correspondientes al área urbana y el área metropolitana se aprecia que en algunos años, la esperanza de vida es mayor en la primera que en la segunda, en particular entre 1970 y 1972. Esto se contradice con valores de otras fuentes que demuestran que el área metropolitana tiene el mejor nivel de vida del país.

Estas pequeñas incoherencias y algunas otras que no se detallan en este capítulo, nos deben hacer recordar que los métodos indirectos son muy burdos y que se basan en determinados supuestos que pueden no cumplirse cuando se desagregan los datos por áreas. A las limitaciones propias de estos métodos se debe añadir los errores muestrales y habría que tener presente también que se está trabajando con una muestra pequeña. Pero aún con todas sus deficiencias, los métodos indirectos son los únicos instrumentos que nos permiten tener una idea del orden de magnitud del nivel, tendencias y diferenciales de la mortalidad del país.

El nivel adoptado finalmente como una aproximación al conocimiento de la mortalidad diferencial por áreas se basa en las estimaciones de la mortalidad en los primeros años de vida y en las tendencias de la mortalidad adulta las que conducen a una esperanza de vida al nacer de 70 años en Lima Metropolitana, de 64 años en el área urbana y de 49 en el área rural.

RESUMEN

En ausencia de datos confiables de los registros de muertes, que permitan efectuar estimaciones directas de la mortalidad en el Perú, la única posibilidad de tener indicadores de su nivel aproximado, sus tendencias y diferenciales, es mediante métodos indirectos.

Estos se aplicaron a los datos de la ENPA y con fines comparativos a los de la ENAF y a los de la EDEN, llegándose a la conclusión que la mortalidad infantil en el país habría descendido moderadamente entre 1962 y 1972 de un valor aproximado de 130 por mil a 114 por mil y que el descenso en los años recientes sería muy pequeño. Entre 1977 y 1980 la frecuencia de muertes infantiles por cada mil nacidos vivos se habría reducido en alrededor de 108 por mil a 101 por mil.

El nivel actual de la mortalidad infantil en el país es muy elevado, sobre todo si se le compara con los niveles que acusan otros países de América Latina y el Caribe, como Jamaica (16), Cuba (19), Puerto Rico (20), Costa Rica

(24), Uruguay (37), Chile (38), Paraguay (47) ó México (56). La tasa de 101 por mil es comparable a la de los países más retrasados de la región referida entre los que se cuentan: Bolivia (131), Haití (115), Honduras (105) y Guatemala (101), entre otros.

Más aún, el valor de 101 por mil es un promedio nacional, en consecuencia esconde los niveles de la mortalidad infantil por áreas. En efecto, mientras en Lima Metropolitana alrededor de 55 niños de cada mil nacidos vivos mueren antes de cumplir un año de vida, en el área rural mueren más del doble, 135 por mil y en el área urbana 80 por mil.

En cuanto a la mortalidad adulta, los diversos indicadores obtenidos a base de los datos de orfandad y viudez señalan que en los años recientes, (1980), la esperanza de vida al nacer de las mujeres sería de alrededor de 60 años, y la de hombres de 56 años. Ambos valores conducen a un promedio para ambos sexos de 58 años.

Al examinar los valores de la esperanza de vida al nacimiento por áreas, destaca también la mortalidad sensiblemente más baja de Lima Metropolitana respecto al resto del país. La duración de la vida humana en la capital de la República se puede estimar actualmente en torno a los 70 años, mientras que la del área urbana sería de 64 años y la del área rural de 49 años. Esto quiere decir que los que nacieron en Lima entre 1980-1981, vivirán en promedio 21 años más que los que lo hicieron en el área rural y 6 años más que los que nacieron en el área urbana.

A la luz de los datos expuestos se puede concluir que el panorama de la mortalidad del país en años recientes, es preocupante. Los planificadores de la producción de alimentos y de los servicios de salud, vivienda, educación, etc. en una palabra los responsables de elaborar, programar y conducir las estrategias del desarrollo nacional, tienen un gran reto. Es de necesidad urgente adoptar medidas efectivas para lograr disminuir los alarmantes niveles de la mortalidad del país.

X. UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA E INFANTIL

En este capítulo se analiza la utilización de los servicios de salud existentes para la atención de la madre y el niño. Se inicia con la atención pre-natal, se continúa con la atención del último parto o pérdida, luego se examina la influencia del control pre-natal en el resultado del embarazo y en la sobrevivencia del nacido vivo. Esta última relación se refiere sólo a eventos ocurridos en los tres últimos años. También se examina los cambios ocurridos en la demanda de servicios tanto del sector público como privado para la atención del parto, de acuerdo al tiempo transcurrido desde el último nacimiento.

Finalmente se estudian las variaciones del porcentaje de madres que hicieron vacunar a su último hijo durante el primer año de vida, según el lugar de residencia y edad del último hijo.

Algunos datos sobre la utilización de los servicios de salud materno-infantil, son comparados con los resultados de ENAF, aún cuando ellos no son estrictamente comparables, sin embargo, muestran importantes variaciones en el nivel de atención en los cuatro últimos años.

Asimismo, es necesario señalar que los datos mostrados en este capítulo deben ser considerados con relativa cautela, debido a la formulación de las preguntas, cuyo objetivo era obtener preferentemente información sobre "la atención médica" y no de otro tipo.

10.1 Atención Pre-natal.

Con el fin de obtener una medición aproximada, sobre la atención de salud materna que han recibido las mujeres durante su último embarazo terminado, a cada uno de ellas se les hizo una serie de preguntas destinadas a recoger información sobre algunos aspectos que comprende el control prenatal: a) si habían tenido o no atención médica, b) el lugar donde fue controlada, c) la persona que la atendió, d) el número de controles durante todo el embarazo y e) edad gestacional a la primera consulta de control. Se excluyeron a los embarazos actuales, pues este análisis se refiere sólo al último embarazo terminado.

Con esta información fue posible conocer si la atención pre-natal fue oportuna y suficiente, es decir, si la futura madre recibió la atención previa al parto que permitiera detectar si su embarazo era de riesgo (Cuadro 10.1). Se encontró que el 58 por ciento de todas las mujeres alguna vez embarazadas se hicieron controlar en su último embarazo. Sin embargo, este control pre-natal sólo es significativo en el área urbana; 84 por ciento de mujeres en Lima Metropolitana y cerca de 64 por ciento en el resto urbano tuvieron alguna consulta pre-natal; mientras que en el área rural sólo el 26 por ciento de embarazadas se hicieron algún control (Gráfico 10.1).

CUADRO 10.1: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE HAN TERMINADO SU ULTIMO EMBARAZO, POR INDICADORES DE ATENCION PRE-NATAL SEGUN AREAS URBANA Y RURAL Y COMPARACION CON ENAF

ATENCIÓN PRE-NATAL	ENAF 1977-78	ENPA 1981			
		Total	Lima Metrop.	Resto urbano	Rural
TOTAL DE MUJERES	100	100	100	100	100
No consultó	49	42	16	36	74
Consultó	51	58	84	64	26
N° de casos	19 740 <u>a/</u>	4 334	1 245	1 773	1 316
TOTAL DE MUJERES QUE CONSULTARON	100	100	100	100	100
LUGAR DE CONTROL					
Ministerio de Salud	51	50	43	54	59
Otro sector público <u>1/</u>	15	14	24	8	6
Clínica privada	9	9	10	8	8
Consultorio privado	19	23	21	27	16
Otro <u>2/</u>	6	4	2	3	10
PERSONAL QUE ATENDIÓ					
Personal de salud <u>3/</u>	96	98	100	99	91
Partera empírica	2	2	0	1	7
Otro <u>4/</u>	2	0	0	0	2
EDAD GESTACIONAL A LA 1ra. CONSULTA					
1er. trimestre	.	66	72	67	49
2do. trimestre	.	24	24	22	31
3er. trimestre	.	10	4	11	19
NUMERO DE CONTROLES					
1-3	.	29	16	30	62
4 y más	.	71	84	70	38
N° de casos		2 499	1 040	1 123	336

1/ Comprende Instituto Peruano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Beneficencia y otras empresas públicas.

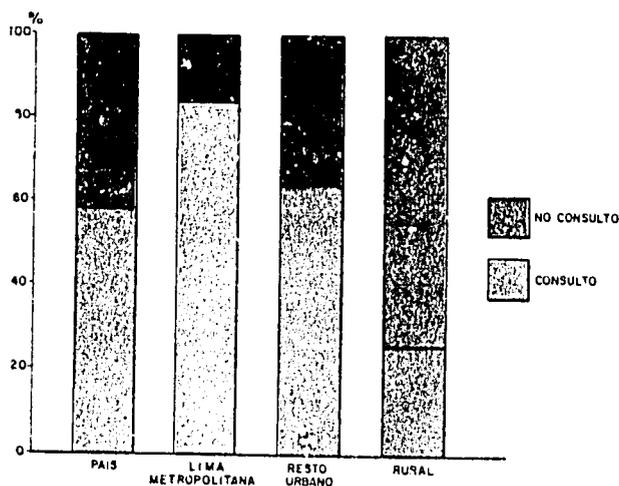
2/ Comprende instituciones sociales, casa, etc.

3/ Comprende médicos, obstetras, enfermeras, así como practicantes y auxiliares de un establecimiento de salud.

4/ Comprende familiares u otras personas.

a/ Cifras ponderadas.

GRAFICO 10.1: CONTROL PRE-NA' TAL SEGUN AREAS URBANA Y RURAL



FUENTE Cuadro 10.1

Los resultados más importantes son:

- A nivel nacional y por áreas urbana y rural, los establecimientos del Ministerio de Salud proporcionaron atención a la mitad de las embarazadas. El sector privado atendió a un tercio de mujeres: el 9 por ciento en clínicas y el 23 por ciento en consultorio médico. El 14 por ciento fueron atendidas en otros lugares del sector público; y 4 por ciento en otros lugares no bien especificados. Las diferencias más notorias según área urbana y rural son: el Ministerio de Salud que atendió a casi la mayoría del área rural (59 por ciento), frente a la clínica y consultorios privados que atendieron conjuntamente sólo al 14 por ciento; en Lima Metropolitana también el Ministerio de Salud brindó atención a la mayor proporción de mujeres (43 por ciento), pero en cambio los lugares particulares de atención (consultorio y clínica privada) tuvieron mayor participación (31 por ciento) que en el caso anterior.
- De otro lado, casi la totalidad de consultantes en los servicios nombrados, recurrieron a la atención profesional del médico u obstetra; en Lima Metropolitana el 100 por ciento, en el resto urbano, el 99 por ciento y en el área rural un 91 por ciento. Sólo en el área rural la atención de la partera tuvo alguna importancia con el 7 por ciento.
- La edad gestacional del futuro hijo, al momento de concurrir a la primera consulta es muy importante para el cuidado tanto de la madre como del futuro niño. Dos de cada tres mujeres fueron a hacerse controlar en el primer trimestre de gestación. Este dato es indicador de la existencia de una atención temprana, que la tienen el 67 por ciento de mujeres a nivel del país. Las diferencias según áreas urbana y rural son menores que con la variable anterior. Así, la mitad de mujeres del área rural han recibido atención en el primer trimestre de gestación en comparación con el 72 por ciento de residentes en Lima Metropolitana y 67 por ciento en el resto urbano.

- El número de controles es un buen indicador de continuidad en la atención durante la gestación. El 72 por ciento de mujeres han tenido 4 ó más controles, es decir, recibieron la necesaria atención, ya que se estima que 3 ó 4 controles en promedio son suficientes para un buen seguimiento de la futura madre. Sin embargo, este aceptable nivel de cuidado pre-natal es diferente según áreas urbana y rural, así, en Lima Metropolitana el 84 por ciento de mujeres y en el resto urbano el 70 por ciento han tenido cuatro o más controles, en cambio, en el área rural sólo el 38 por ciento de embarazadas han tenido el mismo número de controles.

De los datos examinados en este cuadro se puede inferir que, pese a que la cobertura del servicio materno todavía es deficitaria en áreas urbanas y bajísima en área rural, las mujeres que han tenido acceso a los servicios pre-natales, han recibido una adecuada y oportuna atención. Por otro lado, los servicios del sector público, especialmente del Ministerio de Salud, son los que prestan más atención tanto en el área urbana como rural.

Del estudio comparativo con ENAF, se desprende un ligero aumento en el control pre-natal: de 51 por ciento a 58 por ciento; así como una leve disminución de la participación del sector público y un simultáneo incremento del sector privado, particularmente del consultorio privado (19 por ciento según la ENAF al 23 por ciento según la ENPA). También los datos muestran sólo un leve aumento en la atención por personal de salud. Todos estos resultados parecen indicar que no se han producido cambios importantes en el período examinado.

10.2 Atención del Último Parto o Pérdida

Una mujer puede hacerse controlar o no durante su embarazo, sin embargo la atención en el parto es primordial para la salud de la mujer como para la del recién nacido.

En el Cuadro 10.2 se presentan los datos de la encuesta sobre el lugar de atención y el personal que atendió, según áreas urbana y rural. Ellos indican que más de la mitad de mujeres, el 53 por ciento, acudieron a un establecimiento de salud para ser atendidas en su último parto o pérdida (aborto, nacido muerto). El resto de mujeres, el 47 por ciento, se quedaron en su casa y fueron atendidas en el momento del parto por algún familiar, partera empírica o profesional. La atención domiciliaria está más extendida en el área rural (80 por ciento) que en el resto urbano (46 por ciento) y en Lima Metropolitana (14 por ciento).

Los servicios de salud del sector público en todo el país son los que prestaron mayor atención de parto (43 por ciento), y dentro de ellos fueron los establecimientos del Ministerio de Salud los que atendieron al 34 por ciento de mujeres en sus últimos partos. En cambio, los establecimientos del sector privado (clínica, consultorio y otro) apenas dieron este servicio al 10 por ciento de mujeres. Sólo en Lima Metropolitana, este último sector prestó servicio al 18 por ciento de mujeres gestantes.

CUADRO 10.2: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN EMBARAZO POR AREAS URBANA Y RURAL SEGUN ATENCION EN EL ULTIMO PARTO O PERDIDA Y COMPARACION CON ENAF

ATENCION EN EL ULTIMO PARTO O PERDIDA	ENAF 1977-78	E N P A 1981			
		Total	Lima Metrop.	Resto urbano	Rural
TOTAL	100	100	100	100	100
LUGAR DE ATENCION					
Casa (familiar)	57	47	14	46	80
Ministerio de Salud	34	34	48	38	14
IPSE 1/	.	7	14	6	1
Otro sector público 2/	.	2	6	2	.
Clínica o consultorio	8	9	17	7	3
Otro 3/	1	1	1	1	2
PERSONAL QUE ATENDIO					
Personal de salud	48	60	93	66	20
Partera empírica	23	22	4	22	40
Promotora	.	1	.	1	1
Familiares	29	17	3	11	39
N° de casos	19 375 a/	4 334	1 245	1 773	1 316

1/ Instituto Peruano de Seguridad Social

2/ Comprende establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas, Beneficencia y empresas públicas.

3/ Lugares no especificados.

a/ Casos ponderados.

La atención del parto o pérdida fue realizada preferentemente por personal de salud (60 por ciento); quiere decir por parte del médico, obstetrix, enfermera u otro personal auxiliar, aún cuando la participación de la partera empírica es significativa (22 por ciento); en cambio la atención de la promotora (persona de la comunidad adiestrada por personal del sector salud) es mínima.

Otro dato interesante que aparece en el Cuadro 10.2, se refiere a que el tipo de atención está altamente influenciado por el lugar de residencia; así, cuanto mayor es la urbanización, mayor es la atención profesional que recibirán las mujeres. En Lima Metropolitana por ejemplo, el 93 por ciento y en el resto urbano el 66 por ciento de mujeres fueron atendidas por el médico y obstetrix; en cambio, en el área rural sólo el 20 por ciento de mujeres recibió alguna atención profesional. La atención en el área rural está compartida entre la partera empírica (40 por ciento) y la asistencia de los familiares (39 por ciento).

De la revisión de estos datos se aprecia que en el área urbana y particularmente en Lima, la cobertura de salud está extendida suficientemente, en cambio en el área rural es deficiente.

Comparativamente con ENAF no se aprecia un aumento de la participación ni del Ministerio de Salud, ni de las otras instituciones en la atención del parto. No obstante es notable una disminución de la atención de los familiares.

De otro lado, la atención del personal de salud, aumentó en 1981. Sin embargo, este incremento se debe a que en ENAF sólo se consideró al médico y la obstetriz, mientras que en ENPA a todo el personal profesional más practicantes y auxiliares.

10.3 Lugar de Atención del Último Parto o Pérdida y Educación de la Madre

En general, el cuidado de la salud materna se asocia positivamente con el grado de educación, que es un indicador del nivel socio-económico. Cuando se trata de la terminación del embarazo hay la preocupación que la gestante reciba la debida atención profesional, factor que llevará a reducir los riesgos de morbi-mortalidad neonatal y materna.

En el Cuadro 10.3 se observa que la mayoría de mujeres que tienen educación secundaria o más (82 por ciento) han recibido atención en un servicio del sector público y privado en el momento del parto frente a sólo el 23 por ciento de analfabetas que recibieron atención en tales sectores.

Asimismo, es interesante observar que la atención del parto en algún servicio, tanto del sector privado como del público, se incrementó significativamente con el aumento del nivel educativo. Sólo el 2 por ciento de analfabetas se atendieron en algún servicio privado, en cambio, el 19 por ciento de mujeres con secundaria y más se asistieron en tal servicio. Del mismo modo, el 21 por ciento de analfabetas se atendieron en algún servicio del sector público, frente al 63 por ciento de mujeres con mayor nivel educativo. El incremento de la atención por el factor educación es mayor entre las mujeres que se atendieron en el sector privado que en el sector público. Estos resultados nos muestran que la mayoría de mujeres que tienen su parto o pérdida en establecimientos de salud son las más instruidas y probablemente pertenecen al estrato poblacional que tiene mejores condiciones económicas y viven en áreas donde hay mayor oferta de servicios de salud.

CUADRO 10.3: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO AL MENOS UN EMBARAZO, POR LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO O PERDIDA SEGUN EDUCACION DE LA MADRE EN COMPARACION CON ENAF

LUGAR DE ATENCION	TOTAL		ANALFABETA		PRIMARIA INCOMPLETA		PRIMARIA COMPLETA		SECUNDARIA Y MAS	
	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA	ENAF	ENPA
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sector público	34	43	12	21	25	38	49	49	61	63
Sector privado	8	9	1	2	3	4	8	9	20	19
Casa	57	47	85	76	70	56	41	41	19	17
Otro	1	1	2	1	2	2	2	1	0	1

Comparativamente con la ENAF, la ENPA parece mostrar una mayor participación del sector público en la atención de los grupos de más bajo nivel educativo (analfabeta y primaria incompleta), y en consecuencia se nota una disminución de los partos domiciliarios en estos dos grupos.

Contrariamente no se aprecia casi ninguna variación en los grupos de más alta escolaridad (primaria completa y secundaria).

10.4 Relación entre la Utilización de los Servicios de Control Pre-natal y de Atención del Parto o Pérdida

En esta sección se presenta la relación entre la atención pre-natal y la atención recibida en el parto o pérdida en los tres últimos años. El propósito de limitar este análisis a los tres últimos años es evitar sesgos a causa de la memoria de la entrevistada y verificar la demanda de servicios en un período muy cercano.

En el Cuadro 10.4 se analiza cuatro grupos de mujeres que corresponden a los lugares donde las mujeres recibieron control pre-natal, éstos son: el Ministerio de Salud, Otros del Sector Público, el Sector Privado y el grupo de quienes "no se controlaron".

CUADRO 10.4, DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO ALGUN PARTO EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS, POR LUGAR DE CONTROL PRE-NATAL Y PARTO, SEGUN AREAS URBANA Y RURAL

LUGAR DE CONTROL Y LUGAR DEL PARTO	TOTAL	LIMA METROP.	RESTO URBANO	RURAL
TOTAL	100	100	100	100
MINISTERIO DE SALUD				
El mismo	66	84	65	40
Otro lugar	6	10	4	4
Casa	28	6	31	56
N° de casos	706	215	354	136
OTRO DEL SECTOR PUBLICO				
El mismo	64	75	46	27
Otro lugar	24	22	26	33
Casa	12	3	28	40
N° de casos	178	116	47	15
SECTOR PRIVADO				
El mismo	39	48	33	38
Otro lugar del S. público	41	45	42	23
Casa	20	7	25	39
N° de casos	390	136	197	57
NO SE CONTROLÓ				
Sector público	16	61	20	8
Sector privado	3	5	6	2
Casa	81	34	74	90
N° de casos	1 108	85	357	666

Las categorías consideradas dentro de cada grupo son tres: a) cuando el lugar de control y parto es el mismo, b) los lugares son distintos, y c) cuando el lugar de parto es la casa.

Los resultados revelan la preferencia por los establecimientos del sector público tanto por parte de aquéllas que recibieron su control allí (66 por ciento corresponden al Ministerio de Salud y 64 por ciento a otro lugar del Sector Público), como por las que fueron controladas en el sector privado (41 por ciento). Se supone que tanto las razones económicas como de la seguridad social influyen en tal preferencia. La casa frecuentemente es utilizada como lugar del parto por el 81 por ciento de mujeres que no se controlaron; aún cuando también es utilizada por algunas mujeres que se controlaron en algún servicio de salud. Se quedaron en su casa el 28 por ciento de mujeres que tuvieron atención pre-natal en un establecimiento del Ministerio de Salud, lo mismo que el 12 por ciento de otro lugar del sector público y el 20 por ciento del sector privado.

Las diferencias por áreas urbana y rural, muestran que en las zonas urbanizadas se prefieren los establecimientos de salud, mientras que en el área rural se prefiere la casa. Estas tendencias se presentaron en los tres primeros grupos que contienen el lugar de control y de parto. Las razones pueden deberse a factores socio-económicos y culturales.

Lo mismo sucede con el grupo "no se controló", la mayoría tuvieron su último parto en la casa, notándose que en área rural el 90 por ciento de mujeres, aunque hubiesen realizado su control en algún servicio, tienen preferencia por atender su parto en su casa. Lo contrario sucede en Lima, donde el 66 por ciento de mujeres, aún sin haber hecho su control pre-natal, fueron atendidas para el parto en un establecimiento de salud.

10.5 El Control Pre-natal en Relación a la Mortalidad Fetal

Algunos estudios en el campo médico señalan que existe una alta correlación entre el temprano y continuado control pre-natal y la disminución de la mortalidad fetal, neo-natal e infantil ^{1/}.

Con el fin de obtener una aproximación al conocimiento de la influencia del control pre-natal en el resultado del embarazo, se ofrece el Cuadro 10.5.

El análisis se limita a las mujeres que han terminado algún embarazo en los tres últimos años anteriores a la encuesta. Esto nos permite tener datos recientes que permitirán conocer el efecto de los servicios de salud materna en la disminución de la mortalidad fetal.

^{1/} Ministerio de Salud, Dirección General Materno Infantil y Población, "El embarazo de alto riesgo en el Perú", Lima 1981.

CUADRO 10.5, RESULTADO DEL ULTIMO EMBARAZO EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS, SEGUN CONTROL PRE-NATAL Y AREAS URBANA Y RURAL

AREAS URBANA Y RURAL Y RESULTADO DEL ULTIMO EMBARAZO	TOTAL	CONTROL PRE-NATAL	
		Si	No
TOTAL		100	100
TOTAL	(100)	(57)	(43)
Nacido vivo		94	90
Aborto		6	8
Nacido muerto		0	2
N° de casos		1 405	1 138
LIMA METROPOLITANA	(100)	(85)	(15)
Nacido vivo		93	76
Aborto		7	23
Nacido muerto		0	1
N° de casos		505	92
RESTO URBANO	(100)	(64)	(36)
Nacido vivo		94	88
Aborto		6	10
Nacido muerto		0	2
N° de casos		653	382
RURAL	(100)	(31)	(69)
Nacido vivo		94	94
Aborto		5	5
Nacido muerto		1	1
N° de casos		247	664

Considerando el total de entrevistadas, se encontró mayor número de abortos o nacidos muertos entre las mujeres que no se hicieron ningún control médico durante el embarazo en relación a aquéllas que si tuvieron algún control. El 8 por ciento de mujeres sin control pre-natal declararon abortos, que sumados al 2 por ciento de mujeres que tuvieron un nacido muerto indican que el 10 por ciento de embarazadas en los tres últimos años han registrado un aborto o nacido muerto, en cambio entre las que se hicieron controlar sólo los tuvieron el 6 por ciento.

En las áreas urbanas, la falta de control pre-natal incrementó la mortalidad fetal, lo que aparentemente no ocurrió en el área rural.

En Lima Metropolitana, entre las mujeres que no tuvieron control pre-natal, el 23 por ciento tuvo abortos y uno por ciento nacidos muertos, en el resto urbano el 10 por ciento abortos y el 2 por ciento nacidos muertos, en cambio en el área rural apenas el 6 por ciento de mujeres tuvieron un aborto o nacido muerto. Además de la ausencia de control pre-natal, otras razones como desnutrición de la madre, paridez alta y edad de la madre podrían ser condicionantes de la mortalidad fetal.

Este resultado del área rural puede deberse a una deficiente respuesta de las entrevistadas por la tendencia generalizada, entre las mujeres de menor nivel educativo, de ocultar los abortos o pérdidas.

10.6 Control Pre-natal y Atención del Parto en relación a la Mortalidad Infantil

El alumbramiento de un nacido vivo no es suficiente para saber que un parto fue con éxito. Es necesario asegurarse que el niño sobrevivirá más allá de un año de vida, ya que sólo después el riesgo de morir será menor.

Tanto la ausencia del control pre-natal como la falta de atención médica durante el parto probablemente son factores importantes de la mortalidad, particularmente de la mortalidad infantil.

CUADRO 10.6: SOBREVIVENCIA DEL ÚLTIMO NACIDO (EN LOS TRES ÚLTIMOS AÑOS)
SEGUN CONTROL PRE-NATAL, LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO
Y AREAS URBANA Y RURAL

AREA DE RESIDENCIA Y SOBREVIVENCIA DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO	CONTROL PRE-NATAL		LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO		
	Si	No	Total	Servicio de salud	En casa
TOTAL	100	100		100	100
TOTAL PAIS			(100)	(48)	(52)
Vive	95	93		96	93
Murió antes 1 año	4	6		3	6
Murió después	1	1		1	1
N° de casos	1 328	1 052		1 171	1 209
LIMA METROPOLITANA			(100)	(90)	(10)
Vive	97	96		96	100
Murió antes 1 año	2	4		3	.
Murió después	1	.		1	.
N° de casos	480	78		501	57
RESTO URBANO			(100)	(50)	(50)
Vive	94	90		95	90
Murió antes 1 año	5	9		5	9
Murió después	1	1		0	1
N° de casos	615	333		517	431
RURAL			(100)	(17)	(83)
Vive	96	94		97	94
Murió antes 1 año	3	4		2	4
Murió después	1	2		1	2
N° de casos	233	641		153	721

En el Cuadro 10.6 se aprecia la posibilidad de sobrevivencia del nacido de acuerdo a la circunstancia de si la madre tuvo control médico prenatal y fue asistida en un establecimiento de salud en el momento del parto. El análisis se refiere a las mujeres que han tenido un nacido vivo en los tres últimos años.

Los resultados muestran que a nivel nacional hay una mayor mortalidad del último nacido vivo entre las mujeres que no tuvieron control prenatal (7 por ciento), que entre las que sí tuvieron algún control del embarazo (5 por ciento). Del mismo modo, las mujeres que tuvieron su parto en la casa muestran mayor mortalidad (7 por ciento), que las que fueron asistidas profesionalmente en un servicio de salud (4 por ciento).

En general, se observa que la ausencia del control pre-natal y el parto en la casa son factores que influyen más en la mortalidad infantil (antes de 1 año), que en la mortalidad posterior, excepto en Lima en donde hay pocos casos y éstos en su mayoría recibieron atención profesional.

Los niveles mayores de mortalidad ocurren más en el resto urbano que en otras áreas. El 10 por ciento de mujeres que no tuvieron control prenatal declararon un hijo que murió; curiosamente en el área rural este porcentaje es menor (sólo el 6 por ciento), no obstante es mayor que en Lima Metropolitana (4 por ciento).

Sin embargo, las diferencias más importantes aparecen cuando examinamos el lugar donde ocurrió el parto. Casi el doble de mujeres, cuyo hijo murió, aparece entre aquéllas que tuvieron el último parto en su casa. En el resto urbano el 10 por ciento de madres cuyo hijo murió, fueron asistidas en la casa frente a sólo 5 por ciento que se atendieron en un servicio de salud. La misma tendencia se presintió en el área rural, donde la mortalidad entre las mujeres que tuvieron su hijo en casa (6 por ciento) fue mayor que entre las que fueron atendidas en un servicio de salud (3 por ciento).

Estos datos confirman la importancia de los servicios maternos de salud en ambas etapas de la gestación a fin de asegurar la sobrevivencia del nacido vivo.

10.7 Tiempo Transcurrido Desde el Último Nacimiento y Lugar de Atención del Parto

Con la finalidad de obtener información acerca de los cambios en la demanda de servicios a través del tiempo, en el Cuadro 10.7 se presenta la relación entre los lugares de atención del parto y el tiempo transcurrido desde el último nacimiento, que representa la edad del último nacido vivo.

Los datos indican que no ha habido incremento significativo en la demanda, sino más bien un deterioro especialmente en el último año, tanto en los servicios del sector público como del privado.

En cambio, los partos domiciliarios han aumentado en el año 1981 en un 10 por ciento con respecto al período de 1977-80 y en 18 por ciento, en relación a los años 1972-76.

CUADRO 10.7: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE HAN TENIDO POR LO MENOS UN HIJO NACIDO VIVO, SEGUN LUGAR DE ATENCION DEL ULTIMO PARTO, Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO				
	Total	Menos 1 año (1981)	1-4 (1977-80)	5-9 (1972-76)	10 años y más (Antes de 1971)
TOTAL	100	100	100	100	100
Ministerio de Salud	34	29	34	37	31
Otro del sector público	9	7	10	10	10
Sector privado	10	6	8	13	12
Casa	47	58	48	40	47
Nº de casos	4 193	746	2 109	795	543

10.8 Atención del Niño en su primer Año de Vida

Los resultados anteriormente examinados indican que la mitad de los últimos embarazos cuyo resultado fue nacido vivo recibieron atención en algún establecimiento de salud. En cierto modo, ello ha condicionado una mejor probabilidad de sobrevivencia y de cuidado del niño en los primeros años de vida.

Uno de los indicadores de la demanda de servicios de salud para los niños, es la vacunación. Por este motivo, en el cuestionario se incluyó una pregunta referida al último hijo nacido vivo: ¿lo hizo vacunar en su primer año de vida?

Pese a que esta pregunta es bastante amplia, revela que existen grandes diferencias según lugar de residencia; asimismo muestra los cambios experimentados en la demanda de la vacunación en el tiempo.

En total, puede decirse que el 78 por ciento de madres hicieron vacunar a su último hijo, (Cuadro 10.8).

Un factor importante para el acceso a este servicio infantil es el lugar de residencia. El 87 por ciento de madres del área urbana hicieron vacunar a sus hijos, frente al 57 por ciento, que residen en el campo.

En Lima Metropolitana, el 93 por ciento de madres solicitó vacunación para sus menores hijos. Se encontró que el porcentaje más alto corresponde al área urbana de la Región Oriente (88 por ciento) y el más bajo en el área rural de la Región Norte (46 por ciento).

Otra información importante es que se aprecia un deterioro en el servicio de vacunación en todas las regiones y áreas urbano-rural.

Esta afirmación aflora, si se excluyen del análisis a los nacidos que no han cumplido un año (2da. columna) -porque tiene datos incompletos- y a los que tienen más de 10 años (sexta columna) -para evitar sesgos de la memoria de la entrevistada-. De allí se deduce que la vacunación en años anteriores a 1980 era más alta. En el período 1972-76, el 88 por ciento de madres en el país, hicieron vacunar a sus hijos, en cambio, en 1980, el 74 por ciento de madres demandaron este servicio, esto significa una disminución del 14 por ciento.

CUADRO 10.8. PORCENTAJE DE MADRES QUE HICIERON VACUNAR A SU ULTIMO HIJO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA, SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO, AREAS URBANA Y RURAL Y REGIONES DE PLANIFICACION

REGIONES DE PLANIFICACION Y AREAS URBANA Y RURAL	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ULTIMO NACIMIENTO					
	Total	Menos 1 año	1 año	2-4	5-9	10 años y más
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
TOTAL	78	56	74	81	88	88
Urbana	87	72	84	88	95	94
Rural	57	33	59	64	70	66
NORTE	68	45	63	75	82	88
Urbana	83	64	80	86	95	98
Rural	46	25	47	56	60	64
CENTRO	69	46	68	71	83	81
Urbana	81	62	79	81	92	91
Rural	55	31	57	61	68	66
SUR	79	62	78	81	90	84
Urbana	84	68	81	84	95	91
Rural	74	54	76	78	84	70
ORIENTE	74	59	74	78	84	85
Urbana	88	78	87	90	91	92
Rural	54	39	58	61	64	60
LIMA METROPOLITANA	93	87	90	94	96	93

RESUMEN

Es muy importante conocer la utilización de los Servicios de Salud Materno-Infantil, a fin de mejorar la oferta de los mismos, sean éstos pertenecientes al sector público o privado y de ese modo minimizar los riesgos de embarazo y del parto y en consecuencia disminuir la morbi-mortalidad fetal, infantil y materna.

Los resultados más importantes en este estudio en relación al control pre-natal son:

- a) En el país, el 58 por ciento de mujeres se hicieron un control pre-natal durante su último embarazo, sin embargo, este control sólo es significativo en áreas urbanas, en Lima Metropolitana (84 por ciento) y en el resto urbano (64 por ciento); no así en el área rural en donde apenas el 26 por ciento de mujeres acudió a un servicio de salud para una consulta pre-natal.
- b) El Ministerio de Salud es el servicio más solicitado, tanto en el área urbana como rural.

- c) Casi la totalidad de consultantes recibieron atención profesional, sólo en el área rural la atención de la partera tuvo alguna importancia.
- d) Más de la mitad de mujeres acudieron a su primer control durante el primer trimestre de gestación, y el 71 por ciento alcanzaron hasta 4 controles.

Todos los datos mencionados indican que pese a que existe una deficiente cobertura de servicios en algunas áreas urbano-marginales y rurales, las mujeres que lograron tener acceso a ellos, han recibido atención. Los factores condicionantes del acceso a los servicios pueden ser, por un lado, la motivación de la necesidad de utilizarlos y por otro la existencia de la oferta de servicios (áreas urbanas con servicios de hospitalización).

El lugar de atención del parto difiere según áreas urbana y rural, las mujeres del área urbana prefieren un servicio de salud y las del área rural, su casa. En el área rural, la atención del parto está mayormente en manos de familiares (39 por ciento) y de parteras empíricas (40 por ciento); en cambio en Lima Metropolitana apenas el 3 por ciento es atendida por un familiar y sólo un 4 por ciento por partera empírica. Lo mismo sucede en el resto urbano, el 11 por ciento es atendida por un familiar y un 22 por ciento por una partera empírica.

Las mujeres acuden más a los servicios de salud para un control prenatal que para el parto. Las razones podrían ser una deficiente oferta de servicios obstétricos en algunas zonas; el alto costo del parto y la falta de costumbre para la utilización de estos servicios, particularmente por las campesinas.

También se observó, que en general existe un mayor número de abortos y nacidos muertos entre las mujeres que no tuvieron control prenatal, del mismo modo la ausencia del control prenatal y la falta de atención profesional son factores que condicionan a que exista mayor número de muertes infantiles.

Asimismo, se encontró que no ha habido un incremento en el acceso de la población materna a los servicios de salud en los últimos años, sino más bien un deterioro. Los partos domiciliarios han aumentado en los años recientes, la explicación sería, además de otras muchas razones, un sostenido crecimiento de la población, factores que afectan a la familia y a la eficiencia de los servicios.

En cuanto a la atención del niño durante su primer año de vida, los datos revelan grandes diferencias según regiones y áreas urbana y rural. El porcentaje más alto de madres que hicieron vacunar a sus niños corresponde a Lima Metropolitana (93 por ciento) y el más bajo al norte rural (46 por ciento). Además se encontró que este servicio de salud infantil se ha deteriorado en los últimos años.

Finalmente, la comparación con ENAF mostró pocas variaciones en la atención prenatal y del parto, en los servicios de salud del sector público y privado. Sin embargo, es importante señalar que según la ENPA parece ser que se ha incrementado la demanda de servicios de salud para la atención del parto entre los estratos de menor escolaridad.

ANEXOS

ANEXO 1

ERRORES MUESTRALES

Los usuarios, que no necesariamente tienen que ser estadísticos, o estar integrados en este aspecto de la investigación, no pueden -en cambio- obviar dos hechos fundamentales cuando trabajan con una encuesta ejecutada a partir de una muestra probabilística.

El primero de estos hechos, es que todo valor incluido en una tabulación es puramente referencial y no puede ser asumido como el valor de la variable en la población. Para esto último sería necesario levantar un censo (y aún así se estaría frente a una aproximación).

La manera más simple de comprender ésto es recordar que una muestra es elegida aleatoriamente para obtener valores a partir de ella, pero hay muchísimas muestras diferentes del mismo tamaño de la población que también pudie- ron -con la misma metodología- ser elegidas. Y con toda seguridad, dada una variable, obtendríamos diferentes valores cada vez que tomáramos una nueva muestra.

El cálculo de errores muestrales tiene por objetivo el despejar en lo posible esta incertidumbre. Dicho cálculo, permite estimar un intervalo de confiabilidad, es decir un rango de valores (mínimo-máximo), dentro del cual suponemos caerían los diferentes valores de un porcentaje dado de las muestras posibles. Así por ejemplo, el primero de los valores calculados para la variable hijos nacidos vivos nos da un intervalo de comparabilidad, al 95 por ciento, que varía entre 2.34 y 2.46. Por este intervalo sabemos (asumiendo que todos los procedimientos sean correctos) que el 95 por ciento de todas las muestras posibles estarían dentro de estos límites. No tomamos certidumbre, sino que tenemos el 95 por ciento de confianza.

Por su parte, el valor que las tabulaciones muestran es simplemente el valor central de este rango. Mientras más nos alejamos de este valor, más difícil es hallar una muestra que nos dé dichos datos. Pero ello no significa que sea imposible, dentro de los límites de la lógica 1/.

1/ El ideal -y hacia él tendemos- sería que en las celdas y las marginales de las tabulaciones aparezcan intervalos y no valores centrales.

Lógicamente, una muestra es más eficiente, cuanto más exacta (sin errores de procedimiento) y precisa sea (con intervalos de confiabilidad muy pequeños para un alto nivel de confianza). Esto último depende tanto de las características de la variable (hay algunas que arrojan mayores variabilidades que otra) como del tamaño no solamente de la muestra original, sino de las observaciones que se tenga al frente.

Así, una muestra nacional puede haber comprendido una alta cantidad de observaciones y por lo tanto ser precisa a nivel nacional. Pero si deseamos saber algo con respecto a los hijos menores de un año de las mujeres solteras entre 15 y 19 años en el área rural de la región oriente, quedarán tan pocas observaciones, que los intervalos de confianza variarán entre cero y un valor muy alto, generalmente absurdo. Esto es fácil advertir cuando se lleva el procedimiento a una situación extrema; sin embargo con mucha frecuencia se pasa por alto cuando no se ha hecho una inspección de los intervalos de confiabilidad (lógicamente si el cálculo de éstos se omite, el investigador analizará intuitivamente).

Ello nos lleva a un segundo hecho: el análisis de las diferencias. Con mucha -diríamos con exagerada- frecuencia se infiere la existencia de cambios o diferencias a partir de valores centrales como si se comparasen dos censos perfectos y no dos muestras aleatorias. Así, puede ocurrir que en la muestra A, la proporción de mujeres solteras en edad fértil sea 15.4 y en la muestra B (posterior) esta proporción sea de 15.8. No es posible afirmar a partir de estos datos que las solteras en edad fértil aumenten cada vez más. En efecto, ¿qué sucederá si el intervalo de confiabilidad en el primer caso es de 14.4-16.4 y en el segundo de 15.0-16.6 (en ambos casos, para el 95% de confianza).

Como vemos ambos intervalos se entrecruzan y en consecuencia no podemos afirmar -con el 95 por ciento de confianza- que el cambio se haya producido. Es posible inclusive que si se hubiera tomado otra muestra u otras muestras la relación sería inversa. Igual problema podríamos tener al comparar valores de dos subpoblaciones (dos regiones, por ejemplo) inferidas de una misma muestra. En principio debemos desconfiar siempre de diferencias pequeñas o basadas en pocos casos observados. Y si queremos mayor certeza, deberemos acudir al cálculo estadístico.

Los errores muestrales que se presentan a continuación, son estimaciones basadas en cálculos realizados con anterioridad, con ocasión de la Encuesta Nacional de Fecundidad. En dicha ocasión, se elaboró una tabla de ecuaciones de regresión lineal, que permiten determinar el valor de la raíz cuadrada del efecto de diseño (DEFT), en función del tamaño de la muestra, para determinados valores de las variables. Una vez establecido el DEFT, que es el cociente entre el error muestral de la muestra compleja y una muestra aleatoria simple, este puede multiplicarse por el error muestral calculado bajo el supuesto aleatorio simple, quedando despejado el valor del error de la muestra compleja.

Lo anterior no desestima el hecho de que nos encontramos frente a una estimación indirecta, a nuestro entender eficiente, pero evidentemente menos eficiente que el cálculo directo a partir de la información recolectada.

TABLA DE PROPIEDADES MUESTRALES

VARIABLE	MUJERES DE 15-49 AÑOS					MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS					MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS				
	(r)	n	se(r)	CV(r)	INT 95%	(r)	n	se(r)	CV(r)	INT 95%	(r)	n	se(r)	CV(r)	INT 95%
1. Hijos nacidos vivos	2.40	6437	0.03	0.01	2.34- 2.46	3.52	4447	0.04	0.01	3.44- 3.60	3.62	3925	0.04	0.01	3.54- 3.70
2. No tiene hijos	33.74	6437	8.73	2.15	32.29-35.19	4.04	4447	0.34	8.39	3.36- 4.72	3.65	3925	0.34	9.38	2.97- 4.33
3. Tiene 5 o más hijos	19.48	6437	0.57	2.94	18.33-20.63	28.84	4447	0.89	3.09	27.05-30.63	29.95	3925	0.98	3.27	27.99-31.91
4. Hijos nacidos en el último año	15.26	6437	0.52	3.41	14.22-16.30	22.05	4447	0.82	3.70	20.42-23.68	23.42	3925	0.90	3.89	21.34-24.94
5. Promedio de embarazos	3.12	6437	0.04	0.01	3.03- 3.21	4.58	4447	0.05	0.01	4.48- 4.68	4.68	3925	0.05	0.01	4.57- 4.79
6. Expuesta al embarazo	44.77	6437	0.81	1.81	43.15-46.39	66.33	4447	0.93	1.40	64.47-68.19	74.64	3925	0.93	1.24	72.99-76.69
7. No desea ningún hijo	5.00	6437	0.32	6.31	4.37- 5.63	1.60	4447	0.22	13.50	1.77- 2.03	1.21	3925	0.20	16.49	0.81- 1.61
8. Desea más hijos	41.72	6437	0.80	1.93	40.11-43.33	24.21	4447	0.84	3.49	22.52-25.90	24.54	3925	0.92	3.75	22.70-26.38
9. Pareja no desea más hijos	25.86	3225*	0.94	3.62	23.99-27.73	41.32	3925*	1.10	2.65	39.13-43.51	43.39	3925	1.10	2.54	41.18-45.60
10. Conoce algún método	81.36	6437	0.56	0.69	80.23-82.49	82.46	4447	0.65	0.79	81.15-83.77	82.71	3925	0.69	0.83	81.33-84.09
11. Usa actualmente algún método	25.19	6437	0.67	2.65	23.86-26.52	36.70	4447	0.95	2.59	34.80-38.60	40.88	3925	1.10	2.68	38.69-43.07
12. Ha usado algún método	40.18	6437	0.80	1.99	38.58-41.78	57.39	4447	1.02	1.78	55.35-59.43	59.73	3925	1.09	1.83	57.54-61.92
13. En CP de 50,000 o más habitantes	50.94	6437	0.81	1.60	49.31-52.57	46.40	4447	1.03	2.22	44.34-48.46	46.07	3925	1.11	2.41	43.85-48.29
14. En CP de menos de 500 habitantes	23.83	6437	0.65	2.75	22.52-25.14	27.54	4447	0.88	3.20	25.78-29.30	27.78	3925	0.96	3.44	25.87-29.69
15. Analfabeta	21.84	6437	0.63	2.91	20.57-23.11	28.89	4447	0.89	3.09	27.10-30.68	28.71	3925	0.97	3.37	26.78-30.64
16. Primaria completa o más	44.69	6437	0.81	1.81	43.07-46.31	32.04	4447	0.92	2.87	30.20-33.88	32.79	3925	1.00	3.06	30.78-34.80
17. Marido analfabeto	6.67	3925*	0.46	6.83	5.76- 7.58	5.53	3925*	0.42	7.54	4.70- 6.36	6.81	3925	0.46	6.75	5.89- 7.73
18. Marido con primaria completa y más	30.53	3925*	0.98	3.22	28.56-32.50	47.39	3925*	1.11	2.35	45.17-49.61	45.77	3925	1.11	2.43	43.55-47.99
19. Ingreso familiar de 30,000	25.25	6437	0.67	2.64	23.92-26.58	27.78	4447	0.88	3.18	26.01-29.55	25.86	3925	0.94	3.62	23.99-27.73
20. Ingreso familiar de 100,000 y más	21.31	6437	0.63	2.95	20.05-22.57	18.78	4447	0.67	3.58	17.44-20.12	20.02	3925	0.85	4.27	18.31-21.73

INFORME DE VISITAS A LA VIVIENDA

	DIA	MES	HORA	RESULTADO DE LA VISITA
(12-31) 1ra. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(31-31) 2da. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(31-31) 3ra. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(31-31) 4ta. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(31-31) 5ta. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

HOJA DE REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR

(1-3) CLAVE

(4) REG.

PODRIA INDICARME EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE EN ESTA CASA COMENZANDO POR EL JEFE DE FAMILIA, LUEGO EL CONYUGE, HIJOS SOLTEROS EMPEZANDO POR EL MAYOR, HIJOS CASADOS QUE VIVAN CON USTED, OTROS FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS QUE VIVAN EN ESTA CASA.

NOMBRE DE LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE AQUI Verifique que no haya NINGUNA OMISION	Código de persona	SEXO		EDAD Años cumplidos	SOBREVIVENCIA DE LOS PADRES			Código de mujer elegible	RESULTADOS DE MEF										
		Masculino	Femenino		¿Tiene madre viva?	¿Tiene padre vivo?			Número de visita	Entrevistada	Rechazo	Ausente	Dif. ubicar	No entrevistada	Otros				
					Si	No	No sabe	Si	No	No sabe									
	01	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	02	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	03	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	04	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	05	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	06	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	07	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	08	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	09	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	10	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	11	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	12	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	13	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	14	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		
	15	1	2		1	2	9	1	2	9			1	2	3	4	9		

ENTREVISTADURA. VERIFIQUE NUEVAMENTE QUE NO SE HAYA OMITIDO NINGUNA PERSONA COMO ANCIANOS, HEREDOS NIÑOS, HIJOSPEUDES, SERVICIO DOMESTICO, ETC.

TOTAL DE MUJERES ELEGIBLES

TOTAL DE ELEGIBLES ENTREVISTADAS

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA _____

NOMBRE DE LA SUPERVISORA _____

NOMBRE DEL CRITICO _____

-185-

CUESTIONARIO DEL HOGAR
HOJA MUESTRAL SUPLEMENTARIA

(1-3) CLAVE

(4) REG.

(5-7) UPM N°

NOMBRE DE LA UPM: _____

(8-9) DISTRITO N°

NOMBRE DEL DISTRITO: _____

(10) AREA

NOMBRE DEL LUGAR: _____

(11-13) USM N°

(14-17) VIVIENDA N°

ENTREVISTADORA: AVERIGUE Y MARQUE EL CODIGO QUE CORRESPONDA

- A. 1 La vivienda se halla dentro de otra vivienda (haga la entrevista).
- (18) 2 La vivienda no se halla dentro de otra vivienda (continúe con Rubro B).

ENTREVISTADORA: AVERIGUE Y MARQUE EL CODIGO QUE CORRESPONDA

- B. ¿Hay alguna otra vivienda aparte de la suya en el interior de su casa?
- 1 Si
- (19) 2 No Continúe.

ENTREVISTADORA: PREGUNTE A UNA PERSONA ADULTA DE LA VIVIENDA SELECCIONADA

- C. ¿Es ésta la puerta principal de su vivienda?
- 1 Si
- (20) 2 No (Continúe)

D. DATOS DE NO ENTREVISTA

NO HAY OCUPANTES REGISTRABLES

- 1 Vivienda desocupada
- 2 No residencia habitual (desocupada la mayor parte del año)
- 3 En construcción o derruida
- 4 Puerta falsa _____
(Especifique)
- 5 No es vivienda _____
(Especifique)
- 6 Otro _____
(Especifique)

HAY OCUPANTES REGISTRABLES

- 1 Rechazo
- 2 Ausente (de la UPM)
- 3 No ubicables
- 4 Otro _____
(Especifique)

COMENTARIOS: _____

INFORME DE VISITAS A LA VIVIENDA

	DIA	MES	HORA	RESULTADO DE LA VISITA
(12-17) 1ra. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(18-23) 2da. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(24-29) 3ra. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(30-31) 4ta. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
(1-5) 5ta. VISITA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

HOJA DE REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR

(1-3) CLAVE

(4) REG.

PODRIA INDICARME EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE EN ESTA CASA COMENZANDO POR EL JEFE DE FAMILIA, LUEGO EL CONYUGE, HIJOS SOLTE-ROS EMPEZANDO POR EL MAYOR, HIJOS CASADOS QUE VIVAN CON USTED, OTROS FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS QUE VIVAN EN ESTA CASA...

NOMBRE DE LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE AQUI Verifique que no haya NINGUNA OMISION	Código de persona	SEXO		EDAD Años cumplidos	SODREVIENCIA DE LOS PADRES			Código de mujer elegible	RESULTADOS DE MEF								
		Masculino	Femenino		¿Tiene madre viva?	¿Tiene padre vivo?			Número de visita	Entrevistada	Rechazo	Ausente	C. ubicar	No entrevistada	Otros		
	01	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	02	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	03	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	04	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	05	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	06	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	07	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	08	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	09	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	10	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	11	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	12	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	13	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	14	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9
	15	1	2		1	2	3	1	2	3			1	2	3	4	9

ENTREVISTADORA: VERIFIQUE NUEVAMENTE QUE NO SE HAYA OMITIDO NINGUNA PERSONA COMO ANCIANOS, BEBES O NIÑOS, HUÉSPEDES, SERVIDO DOMESTICO, ETC.

TOTAL DE MUJERES ELEGIBLES

TOTAL DE ELEGIBLES ENTREVISTADAS

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA _____

NOMBRE DE LA SUPERVISORA _____

NOMBRE DEL CRITICO _____



Perú: ENCUESTA NACIONAL DE PREVALENCIA
DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

1981

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

(1-3) CLAVE

(4) REG.

IDENTIFICACION

(8-7)	UPM N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOMBRE DE UPM _____
(9-8)	DISTRITO N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NOMBRE DEL LUGAR _____
(10)	AREA	<input type="text"/>			
(11-13)	USM N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(14-17)	VIVIENDA N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(18-19)	COD. MEF. N°	<input type="text"/>	<input type="text"/>		NOMBRE DE MEF _____

FECHA DE ENTREVISTA
(20-22) MES DIA

CODIGO DE ENTREVISTADORA

NOMBRE DE ENTREVISTADORA _____

FIRMA _____

	NOMBRE	FECHA
SUPERVISADO POR	_____	_____
CRITICADO POR	_____	_____
CODIFICADO POR	_____	_____

SECCION I CARACTERISTICAS GENERALES

101. Es importante en este estudio conocer su edad exacta. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.?

(100-01) AÑOS [] []

102. ¿En qué mes y año nació Ud.?

81-

(100-02) MES [] []

(100-03) AÑO 19 [] []

DESPUES DE CHEQUEAR CUIDADOSAMENTE (INDAGANDO SI FUESE NECESARIO) LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 101 Y 102, ANOTE LA EDAD DE LA ENTREVISTADA EN LAS CASILLAS DE ABAJO. SI LA EDAD AUN NO PUDO SER DETERMINADA, ESTIME LA EDAD DE LA ENTREVISTADA.

(100-04) EDAD [] []

103. INDIQUE LA ACCION QUE CORRESPONDA A LA ESPECIFICACION DE LA EDAD DE LA ENTREVISTADA: (PREGUNTAS 101 Y 102).

- 1 Las respuestas fueron consistentes.
2 Las respuestas no fueron consistentes. La edad fue establecida después de indagaciones previas.
3 No hubo respuesta a una o ambas preguntas. La edad fue establecida después de indagaciones previas.
4 Ninguna respuesta. Después de una infructuosa indagación la edad fue estimada.

(100-05)

SI LA ENTREVISTADA ES MENOR DE 15 AÑOS O MAYOR DE 49, TERMINE LA ENTREVISTA, AGRADEZCA Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE MUJER ELEGIBLE.

104. ¿Asistió alguna vez a la escuela?

- 1 Si
2 No -> (PASE A 106)

(100-06)

105. ¿Cuál fue el último año o grado de educación que Ud. aprobó?

CIRCULE TANTO EL NIVEL COMO EL AÑO O GRADO QUE CORRESPONDA. INDAGUE EL NIVEL SI ES NECESARIO.

<u>NIVEL</u>	<u>AÑO O GRADO</u>								
1 Primaria	0	1	2	3	4	5	6		
2 Secundaria			1	2	3	4	5	6	
3 Básica Regular			1	2	3	4	5	6	7 8 9
4 Básica Laboral			1	2	3	4	5	6	7 8 9
5 Superior No Universitaria			1	2	3	4	5	6	7 8
6 Superior Universitaria			1	2	3	4	5	6	7 8
90 Ninguno									

(34-37)

SI EL AÑO O GRADO APARECE ENCERRADO EN LINEAS PUNTEADAS PASE A 106, EN CASO CONTRARIO PASE A 107.

106. ¿Sabe Ud. leer, por ejemplo un periódico o una revista?

- 1 Si
- 2 No

(38)

107. Hay mujeres que además de sus labores de ama de casa, trabajan en alguna ocupación. Después de _____ del año pasado ¿ha trabajado Ud. en algo por (mes actual) lo cual ha recibido pago en dinero o en especie?

- 1 Si
- 2 No

(39)

SECCION II FECUNDIDAD

201. Nos gustaría hacerle algunas preguntas relacionadas con los hijos que Ud. ha dado a luz hasta ahora, ¿ha tenido Ud. hijos nacidos vivos alguna vez?

- 1 Si --- (PASE A 203)
- 2 No

202. ¿Ha estado embarazada alguna vez?. Es decir, ¿en el pasado ha tenido algún embarazo, aunque haya terminado después de pocas semanas o meses: en aborto o en nacido muerto?

- 1 Si --- (PASE A 219)
- 2 No --- (PASE A 231)

NO CONSIDERE EL EMBARAZO ACTUAL

203. Ahora vamos a hablar de su último hijo nacido vivo ¿fue hombre o mujer?.

- 1 Hombre
- 2 Mujer

204. ¿Inscribió el nacimiento en la Municipalidad u otro centro autorizado?.

- 1 Si
- 2 No
- 8 No sabe/No está segura.

205. ¿Lo hizo vacunar en su primer año de vida?.

- 1 Si
- 2 No
- 8 No sabe/No está segura.

206. Ahora dígame, ¿en qué fecha nació su último hijo (a) nacido (a) vivo (a)?.

DIA

MES

AÑO 19

SI EL ULTIMO NACIMIENTO VIVO OCURRIO ANTES DEL _____
DE 1978 PASE A 213. (día y mes actual)

207. ¿Le está dando pecho a su último hijo?

- 1 Si
- 2 No----(PASE A 209)
- 3 No está vivo----(PASE A 210)

208. ¿Por qué le está dando el pecho?

- 1 Para no salir embarazada
 - 2 Para no salir embarazada y otro . . .
 - 3 Porque cree que es buen alimento..
 - 4 Porque no tenía otra cosa que darle
 - 5 Porque es costumbre
 - 6 Otro _____
- especifique
- >(PASE A 213)

(127)

209. ¿Está vivo actualmente, su último hijo nacido vivo?

- 1 Si----(PASE A 213)
- 2 No

(133)

210. ¿Qué edad tenía cuando murió?

- 1 Menos de 1 mes
- 2 De 1 a menos de 1 año
- 3 1 año a menos de 3 años

(141)

211. ¿De qué falleció?

(155-156)

212. ¿Por esa enfermedad (o motivo), recibió atención del médico, enfermera o de la farmacia?

- 1 Si
- 2 No

(167)

213. En la actualidad ¿cuántos hijos vivos tiene Ud.?

NUMERO

(180-182)

6

214. INDAGUE: ¿Ha contado también a los hijos que no estén viviendo con Ud.?

1 Si

(60)

2 No → (CORRIJA 213)

SI NO TIENE NINGUN HIJO VIVO ANOTE "00" EN 213 Y PASE A 216.

215. ¿Cuántos de sus hijos son hombres y cuántas mujeres?

(61-62)

HOMBRES

(63-64)

MUJERES

ASEGURESE QUE LA SUMA DE HIJOS HOMBRES Y MUJERES SEA IGUAL AL NUMERO TOTAL EN 213, SI NO INDAGUE Y CORRIJA.

216. ¿Cuántos de sus hijos nacidos vivos han fallecido, aunque alguno de ellos haya vivido muy poco tiempo?

(65-66)

NUMERO

SI NO TIENE HIJOS FALLECIDOS ANOTE "00" (CERO) Y PASE A 217

¿Cuántos fueron hombres y cuántas mujeres?

(67-68)

HOMBRES

(69-70)

MUJERES

SUM LAS RESPUESTAS DE 213 Y 216. ANOTE EL TOTAL
AQUI

217. Entonces, Ud. ha tenido en total _____ hijos suyos que nacieron vivos. ¿Esto es correcto?

1 Si

(71)

2 No

INDAGUE Y CORRIJA EN LAS PREGUNTAS 213 Y 216

218. Además de estos embarazos que terminaron en nacido vivo ¿ha tenido Ud. algún otro embarazo, aunque haya terminado después de pocas semanas o meses: en aborto o en nacido muerto?

1 Si

(72)

2 No → (PASE A 224)

219. ¿Cuántos de estos embarazos ha tenido?

(18-19)

NUMERO

220. ¿Cuántos fueron nacidos muertos?

(18)

NACIDOS MUERTOS

¿Cuántos fueron abortos o pérdidas?

(18)

ABORTOS O PERDIDAS

221. Ahora vamos a hablar sobre su último embarazo, ¿cómo terminó su último embarazo: en nacido vivo, en nacido muerto o en aborto?

(17)

1 Nacido vivo -----(PASE A 224)

2 Nacido muerto-----(PASE A 223)

3 Aborto o pérdida

222. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ocurrió esta pérdida?

(18)

MESES

223. ¿En qué fecha terminó este último embarazo?

(17-80)

MES _____

(21-82)

AÑO 19

224. Hablando de su último embarazo, ¿Dónde le atendieron en su parto (pérdida)?

(18)

- 1 Hospital o Centro de Salud del Ministerio de Salud. . .
- 2 Hospital de Beneficencia, FF. AA., Empresas Públicas. . .
- 3 Hospital, Policlínico o Posta del Seguro Social.
- 4 Clínica Privada o de Propiedad Social.
- 5 Consultorio Médico, Obstetrix,
- 6 En su casa.
- 7 Otro _____

→(PASE A 226)

(Especifique)

8

225. ¿Quién la atendió en _____?.

- 1 Médico
- 2 Obstetrix
- 3 Enfermera
- 4 Partera empírica, Comedrona
- 5 Promotora de Salud
- 6 Otro _____
(Especifique)

(100)

226. ¿Recibió Ud. atención médica durante su último embarazo, antes del parto (pérdida)?.

- 1 Si
- 2 No → (PASE A 231)

(100)

227. ¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando hizo su primera consulta de control?.

- 1 3 meses o menos
- 2 4 a 6 meses
- 3 7 a 9 meses

(100)

228. ¿Dónde la atendieron para el control de ese embarazo?

- 1 Hospital o Centro de Salud del Ministerio de Salud . . .
 - 2 Hospital de Beneficencia, FF. AA., Empresas Públicas . . .
 - 3 Hospital, Policlínico o Posta del Seguro Social
 - 4 Clínica Privada o de Propiedad Social
 - 5 Consultorio Médico o Privado
 - 6 En su casa
 - 7 Otro _____
(Especifique)
- } → (PASE A 230)

(100)

229. ¿Quién la atendió?.

- 1 Médico
- 2 Obstetrix
- 3 Enfermera
- 4 Partera empírica, Comadrona
- 5 Promotora de Salud
- 6 Otro _____
(Especifique)

(100)

230. En total, ¿cuántas consultas de control tuvo durante su embarazo?
(00) NUMERO

231. ¿Está Ud. embarazada actualmente?
1 Si
2 No
(00) 3 No sabe

232. ¿Desearía tener (más) hijos algún día?
1 Si
2 No
(00) 3 No sabe

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA EN 231 ó 201 ó 202 PASE A 235.
EN CASO CONTRARIO PASE A 237

233. ¿Cuántos hijos (más) desearía tener?
(00) NUMERO

234. Si dependiera totalmente de Ud. ¿cuándo quisiera tener su (primer) próximo hijo?
1 Inmediatamente (dentro del 1er. año)
2 Entre 1 y 2 años
3 Después de 2 años
4 Cuando suceda, cuando Dios quiera } (PASE A 237)
5 Otro _____
(Especifique)
(00) 6 No sabe/No está segura

235. Antes de su último embarazo. ¿Deseaba Ud. tener (más) hijos?
1 Si --- (PASE A 237)
2 No
(00) 3 No sabe/No está segura

236. Si hubiese tenido exactamente el número de hijos que quiso tener, ¿cuántos hijos en total hubiera tenido?
(00-00) NUMERO

237. ¿Cuánto tiempo hace que le vino su última regla?
1 Menos de 1 mes
2 De 1 a 2 meses
3 De 3 a 9 meses
4 Más de 9 meses
5 Post-parto
6 Menopausia
(00) 7 Histerectomía

CLAVE

REG.

SECCION III REGULACION DE LA FECUNDIDAD

301. Ahora vamos a hablar de Métodos Anticonceptivos; esto quiere decir que hay algunas maneras que una pareja puede usar para demorar un próximo embarazo o evitar hijos si no los desea. ¿Conoce Ud. o ha oído hablar de algunos de estos métodos?

- 1 Si
- 2 No---(PASE A 303)

TODAS LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 302-307 DEBEN SER ANOTADAS EN EL ESQUEMA I.

302. ¿Qué métodos conoce Ud.?

CIRCULE EN COLUMNA

303.

POR CADA MÉTODO QUE NO ESTE CIRCULADO EN COLUMNA PREGUNTE:

Para estar bien segura, ¿ha oído hablar de _____? (método)

CIRCULE EN COLUMNA

SI LA ENTREVISTADA NO CONOCE NINGUN MÉTODO, ES DECIR NINGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS COLUMNAS O CIRCULE EL "90" DE LA COLUMNA Y PASE A LA SECCION V.

ESQUEMA I

MÉTODO	<input type="text" value="A"/>	<input type="text" value="B"/>	<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="D"/>
	Conocimiento (sin ayuda) Preg. 302 SI	Conocimiento (con ayuda) Preg. 303 SI NO	Ha usado Preg. 304 SI NO	Usa Preg. 305, 307 & 308
01 Pastilla, Píldora Anticonceptiva	1	2 3	1 2	01 Pastilla, Píldora Anticonceptiva
*02 Preservativo, Jefe, Condón	1	2 3	1 2	02 Preservativo, Jefe, Condón
03 Ovulos, Espumas, Jalcas	1	2 3	1 2	03 Ovulos, Espumas, Jalcas
04 Inyección para no quedar embarazada	1	2 3	1 2	04 Inyección para no quedar embarazada
05 Espiral, Anillos, T de Cobre	1	2 3	1 2	05 Espiral, Anillos, T de Cobre
06 Ligadura de Trompas, Operación femenina (Esterilización)	1	2 3	1 2	06 Ligadura de Trompas, Operación femenina (Esterilización)
*07 Operación masculina (Esterilización)	1	2 3	1 2	07 Operación masculina (Esterilización)
08 Aborto provocado	1	2 3	1 2	
09 Cuidarse con la Regla, Calendario	1	2 3	1 2	09 Cuidarse con la Regla, Calendario
*10 Retiro o antes de terminar el acto sexual	1	2 3	1 2	10 Retiro o antes de terminar el acto sexual
11 Otros _____ (Especifique)	1		1 2	11 Otros _____ (Especifique)
				90 Ninguno

(16-30)

304. POR CADA METODO QUE CONOCE LA ENTREVISTADA, RESPUESTA "SI" EN COLUMNA A O B PREGUNTE:

¿Ha usado Ud. (*su marido) alguna vez _____?
(método)

CIRCULE EN COLUMNA C

305. Transfiera el código marcado con un círculo en 231 y continúe según las instrucciones indicadas

- 1 Si → CIRCULE EL "90" DE LA COLUMNA D Y PASE A 319
- 2 No } (PASE A 306)
- 3 No sabe }

306. ¿Ud. o su marido están usando algún método para evit. r que en la actualidad Ud. quede embarazada?

- 1 Si----(PASE A 308)
- 2 No

(19)

307. Durante el último mes, ¿ha usado Ud. o su marido algún método?

- 1 Si
- 2 No → CIRCULE EL "90" DE LA COLUMNA D Y PASE A 317

(20)

308. ¿Cuál es ese método?

METODO _____

(21-22)



SI LA RESPUESTA ES ABORTO, CAMBIE LA RESPUESTA "SI" POR "NO" EN LA PREGUNTA 307 Y CONTINUE SEGUN LAS INSTRUCCIONES. PARA LOS OTROS METODOS CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE EN LA COLUMNA D.

SI EL METODO ES ESTERILIZACION (CODIGO 06 ó 07) PASE A 314

309. Si dependiera totalmente de Ud. ¿preferiría usar _____
u otro? (método actual)

- 1 Método actual. }
- 2 Ningún método. } → (PASE A 312)
- 3 Otro método }

(23)

12

310. ¿Cuál es el método que usará?

- 01 Pastilla - Píldora
- 02 Preservativo - Condón
- 03 Jaleas, Espumas, Ovulos
- 04 Inyección
- 05 Espiral - DIU
- 06 Esterilización Femenina
- 07 Esterilización Masculina
- 08 Aborto
- 09 Ritmo o del calendario
- 10 Retiro o antes de terminar
- 11 Otros _____
(Especifique)

134-35) 90 Ninguno }
 98 No está segura/No sabe } --- (PASE A 312)

311. ¿Por qué razón no está usando ese método?

136-37) _____
 138-39) _____

312. Ahora queremos hacerle algunas preguntas sobre el método que Ud. usa actualmente. Desde el momento que empezó a usar el método actual, ¿alguna vez lo ha dejado de usar más de un mes?

140) 1 Si
 2 No }
 3 No sabe/No está segura } --- (PASE A 314)

313. ¿Por qué?

141-42) _____
 143-44) _____

314. ¿Hace cuánto tiempo ha estado usando el método actual (sin interrupción)?

145-46) AÑOS
 147-48) MESES

315. ¿Ha tenido Ud. problemas o dificultades con el uso de ese método?

- 1 Si
- 2 No → (PASE A 321)

(49)

316. ¿Cuáles son esos problemas?

(51-52)

(53-54)

PASE A 321

317. Dígame la razón principal por la cual Ud. o su marido r.o. están usando un método anticonceptivo para evitar o demorar un embarazo.

(55-56)

SI NO PUEDE EMBARAZARSE (SEPA O NO LA RAZON) PASE A 321

318. SI ES NECESARIO PREGUNTE: ¿Alguna otra razón?

(57-58)

319. Si algún día decidiera usar algún método anticonceptivo ¿qué método escogería?

- 01 Pastilla - Píldora
- 02 Preservativo - Condón
- 03 Jaleas, Espumas, Ovulos
- 04 Inyección
- 05 Espiral - DIU
- 06 Esterilización Femenina
- 07 Esterilización Masculina
- 08 Aborto
- 09 Ritmo o del calendario
- 10 Retiro o antes de terminar
- 11 Otros _____
(Especifique)

90 Ninguno o no debería usar }
 91 No está segura/No sabe . . . } → (PASE A 321)

(59-60)

14

320. ¿Qué día y a qué hora le sería más cómodo obtener información o algún método anticonceptivo?

		HORA DEL DIA			
		ANTES DE LA 1 (mañana)	DE 1 A 6 (tarde)	DESPUES DE LAS 6 (noche)	NO TIENE PREFEREN- CIA
01	Lunes	1	2	3	4
02	Martes	1	2	3	4
03	Miércoles	1	2	3	4
04	Jueves	1	2	3	4
05	Viernes	1	2	3	4
06	Sábado	1	2	3	4
07	Domingo	1	2	3	4
08	No tiene preferencia	1	2	3	4
09	Fin de semana	1	2	3	4
(00-02)	98	No está segura/No sabe			

321. En general, ¿Ud. está de acuerdo o no, que una pareja use métodos anticonceptivos?

- 1 De acuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Depende
- (03) 4 No está segura/No sabe

SECCION IV DISPONIBILIDAD

401. TRANSFERIA EL CODIGO CIRCULADO DE LA COLUMNA D DEL ESQUEMA I

- 01 Pastilla - Píldora
- 02 Preservativo - Condón.. }---(PASE A 402)
- 03 Jaleas, Espumas, Ovulos }
- 04 Inyección.
- 05 Espiral - DIU. }---(PASE A 408)
- 06 Esterilización Femenina }
- 07 Esterilización Masculina }
- 09 Ritmo o del calendario. . . }
- 10 Retiro o antes de terminar }---(PASE A 418)
- 11 Otro }
- 90 Ninguno }

402. Generalmente, ¿quién obtiene el método que Ud. está usando actualmente?

- 1 Entrevistada
- 2 Marido
- 3 Otro _____
(Especifique)

184)

403. Ahora queremos hacerle algunas preguntas acerca de la obtención del método que Ud. está usando. ¿Dónde obtiene (obtuvo) Ud. (su marido) tal método?

- 01 Hospital, Centro, Posta del Ministerio de Salud
- 02 Hospital de Beneficencia, F.F.A.A., Empresas Públicas
- 03 Hospital, Policlínico, Posta del Seguro Social
- 04 Clínica Privada o de Propiedad Social
- 05 Consultorio - Médico, Obstetrix
- 06 Farmacia
- 07 Partera empírica
- 08 Promotora de Salud de la Comunidad }---(PASE A 418)
- 09 Distribuidora a domicilio }
- 10 Otro _____
(Especifique)

184-001

98 No sabe → (PASE A 418)

16

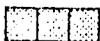
404. ¿Cuánto tiempo necesita para ir desde su casa a ese lugar?

HORAS _____

MINUTOS _____

998 No sabe

(187-49)



405. Para llegar a _____, Ud. (o su marido) ¿va a pie o usa transporte?
(ese lugar)

1 A pie

2 Transporte

8 No sabe/No está segura

(170)

406. ¿Considera Ud. que es difícil o fácil llegar a ese lugar?

1 Difícil

2 Fácil } ---(PASE A 408)

8 No sabe/No está segura

(171)

407. ¿Por qué le es difícil?

1 Problema de movilidad

2 Está lejos

3 Otro _____
(Especifique)

(172)

408. ¿Cree Ud. que en ese lugar hay dificultades o problemas para una persona que quisiera conseguir métodos anticonceptivos?

1 Si

2 No. } ---(PASE A 410)

8 No sabe

(173)

409. ¿Cuáles serían sus razones?

CIRCULE A LO SUMO DOS RAZONES

- 01 Mala atención, desconfianza en los servicios
- 02 No dan atención a todos
- 03 Demoran mucho
- 04 A veces no se encuentran los métodos
- 05 Necesita receta médica
- 06 Por vergüenza
- 07 Muy caro, factor económico
- 08 Muy lejos
- 09 Horario de atención no es conveniente
- 10 Otro _____
(Especifique)
- 99 No sabe/No está segura

(74-77)

410.

TRANSFIERA EL CODIGO CIRCULADO DE LA COLUMNA DEL ESQUEMA I

- 01 Pastilla - Píldora
- 02 Preservativo - Condón
- 03 Jaleas, Espumas, Ovulos
- 04 Inyección
- 05 Espiral - DIU → (PASE A 418)
- 06 Esterilización Femenina } → (PASE A LA SECCION V)
- 07 Esterilización Masculina }

18

411. ¿Qué día y a qué hora le sería más cómodo obtener información o algún método anticonceptivo?

	HORA DEL DIA			
	ANTES DE LA 1 (mañana)	DE 1 A 6 (tarde)	DESPUES DE LAS 6 (noche)	NO TIENE PREFERENCIA

01 Lunes	1	2	3	4
02 Martes	1	2	3	4
03 Miércoles	1	2	3	4
04 Jueves	1	2	3	4
05 Viernes	1	2	3	4
06 Sábado	1	2	3	4
07 Domingo	1	2	3	4
08 No tiene preferencia	1	2	3	4
09 Fin de semana	1	2	3	4
98 No sabe/No está segura				

(18-80)

412. En el lugar donde consigue su método, ¿dan atención en el momento que Ud. considera más conveniente?

- 1 Si..... }
 2 No..... } (PASE A 416)
 8 No sabe/No está segura }

(18)

413. ¿Qué día y a qué hora le sería más cómodo que le visite _____?
 (la entrega a domicilio)

	HORA DEL DIA			
	ANTES DE LA 1 (mañana)	DE 1 A 6 (tarde)	DESPUES DE LAS 6 (noche)	NO TIENE PREFERENCIA

01 Lunes	1	2	3	4
02 Martes	1	2	3	4
03 Miércoles	1	2	3	4
04 Jueves	1	2	3	4
05 Viernes	1	2	3	4
06 Sábado	1	2	3	4
07 Domingo	1	2	3	4
08 No tiene preferencia	1	2	3	4
09 Fin de semana	1	2	3	4
98 No sabe/No está segura				

(18-84)

414. ¿Cree Ud. que hay dificultades o problemas para una persona que quisiera utilizar servicios de entrega a domicilio de los Métodos Anticonceptivos?

- 1 Si
 - 2 No. . . . }
 - 0 No sabe }
- (PASE A 416)

(00)

415. ¿Cuáles serían esas razones?

- 01 Mala atención, desconfianza
- 02 No dan atención a todos
- 03 Servicio Irregular
- 04 No distribuye el método
- 05 Muy caro
- 06 Otro _____
(Especifique)
- 99 No sabe/No está segura

(00-07)

416. ¿Siempre ha podido conseguir su método en ese lugar (por entrega a domicilio)?

- 1 Si (PASE A 418)
- 2 No
- 0 No sabe/No está segura

(00)

417. ¿Qué hizo Ud. cuando no pudo obtener su método en ese lugar (por entrega a domicilio)?

- 1 Obtenerlo en otro lugar
- 2 Usó otro método
- 3 Ningún método
- 4 Otro _____
(Especifique)

(00)

EN EL ESQUEMA QUE SIGUE, EN LA PRIMERA COLUMNA TACHE CON (X) EL CODIGO DEL METODO. SI PARA ESTE METODO:
 a. EL CODIGO "3" ESTA CIRCULADO EN LA COLUMNA B DEL ESQUEMA I.
 b. EL CODIGO DEL METODO ESTA CIRCULADO EN LA COLUMNA D DEL ESQUEMA I.

SI TODOS LOS METODOS ESTAN TACHADOS, PASE A LA SECCION V

418. Ahora le vamos a hacer algunas preguntas en relación a los lugares con servicios de Métodos Anticonceptivos.

PARA CADA METODO NO TACHADO PREGUNTE:

¿Adónde iría Ud. (*su marido) para conseguir (hacerse) _____ (Método)

EN EL ESQUEMA II CIRCULE EL LUGAR QUE CORRESPONDA

ESQUEMA II

	Hospital, Centro, Puesto del Ministerio de Salud	Hospital de Beneficencia, I.F.A.A., Empresas Públicas	Hospital, Policlínica, Posta del Seguro Social	Clínica Privada o Propiedad Social	Consultorio Médico	Farmacia	Partera Empléica.	Promotora	A domicilio Otro	No sabe
01 Pastilla - Píldora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
02 *Preservativo - Condón	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
03 Jaleas, Espumas, Orulos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
04 Inyección	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
05 Espiral - Anillo, T de C.	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
06 Esterilización Femenina	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
07 *Esterilización Masculina	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98
08 Aborto Provocado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	98

(90-105)

EN EL ENCABEZAMIENTO DEL ESQUEMA III: CIRCULE LOS LUGARES MARCADOS EN EL ESQUEMA II

TACHE EL LUGAR MARCADO EN LA PREGUNTA 403. SI NO HAY OTRO LUGAR CIRCULADO PASE A SECCION V.

PARA CADA LUGAR CIRCULADO PERO NO TACHADO HAGAN LAS PREGUNTAS 419-425 DEL ESQUEMA III QUE SIGUE Y ANOTE EL CODIGO CORRESPONDIENTE.

11-3) CLAVE

0	0	1
---	---	---

14) REG.

5

ESQUEMA III

	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	Hospital, Centro, Puesto del Ministerio de Salud.	Hospital de Beneficencia, FF.AA., Emp. Públicas	Hospital Policlínico, Posa del Seguro Social	Clínica Privada o Propiedad Social	Consultorio Médico	Farmacia	Partera Empírica	Promotora o Domicilio u Otro.	(PASE A SECCION V).
119-121) 119. Ahora vamos a hablar del _____ (lugar) que Ud. mencionó. ¿Qué tiempo tardaría en llegar a ese lugar? (ANOTE EN HORAS Y MINUTOS)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)	(Hrs.) (min.)		
126-128) 120. ¿Irá a pie o usará transporte? 1 A pie 2 Transporte 3 No sabe/no está segura									
133-135) 121. ¿Es difícil o fácil llegar a ese lugar? 1 Difícil o algunas veces difícil 2 Fácil (PASE A 423) 3 No sabe									
140-142) 122. ¿Por qué? 1 Problema de movilidad 2 Está lejos 3 Otro _____ (Especifique)									
147-151) 123. ¿Cree Ud. que en este lugar hay dificultades o problemas para una persona que quisiera conseguir Métodos Anticonceptivos? 1 Si 2 No _____ (PASE A 425) 3 No sabe/no está segura									
154-161) 124. ¿Cuáles serían esas razones? 01 Mala atención, desconfianza en los servicios. 02 No dan atención a todos. 03 Demoran mucho. 04 A veces no se encuentran los métodos. 05 Necesita receta médica. 06 Por vergüenza. 07 Muy caro, factor económico. 08 Muy lejos. 09 Horario de atención no es conveniente. 10 Otras _____ (Especifique) 98 No sabe/no está segura									
167-169) 125. ¿Ha obtenido información o algún Método Anticonceptivo en ese lugar? 1 Si 2 No									

RECUERDE QUE PARA CADA UNO DE LOS LUGARES CIRCULADOS DEBE FORMULAR LAS PREGUNTAS 419-425

22

SECCION V ESTADO CONYUGAL

501. Actualmente ¿cuál es su estado conyugal? ¿Es Ud. casada, unida, divorciada, separada, viuda o soltera?

- 1 Casada
 - 2 Conviviente
- } ---(PASE A 504)

- 3 Divorciada
 - 4 Separada
 - 5 Viuda
- } ---(PASE A 503)

(97)

6 Soltera

502. ¿Ha hecho Ud. vida conyugal alguna vez?

- 1 Si
- 2 No --- (PASE A 510)

(98)

503. Actualmente ¿hace Ud. vida conyugal o vive con un hombre?

- 1 Si
- 2 No --- (PASE A 508)

(99)

504. A su entender, ¿es físicamente posible que Ud. y su marido tengan un hijo, suponiendo que lo desearan?

- 1 Si
- 2 No --- (PASE A 506)

(100)

505. Hablando de su esposo (marido), ¿cree Ud. que él quiere tener más hijos en el futuro?

- 1 Si
- 2 No

(101)

506. ¿Cree Ud. que su esposo (marido) está de acuerdo o no con el uso de métodos anticonceptivos?

- 1 Acuerdo
- 2 Desacuerdo
- 3 No tiene cuidado
- 4 Depende
- 5 No sabe/No está segura

(102)

507. ¿Cuál fue el último año o grado de educación que su esposo (marido) aprobó?

CIRCULE TANTO EL NIVEL COMO EL AÑO O GRADO QUE CORRESPONDA. INDAGUE EL NIVEL SI ES NECESARIO

	<u>NIVEL</u>	<u>AÑO O GRADO</u>								
	1 Primaria	0	1	2	3	4	5	6		
	2 Secundaria		1	2	3	4	5	6		
	3 Básica Regular		1	2	3	4	5	6	7	8 9
	4 Básica Laboral		1	2	3	4	5	6	7	8
	5 Superior No Universitaria		1	2	3	4	5	6	7	8
	6 Superior Universitaria		1	2	3	4	5	6	7	8
(95-98)	90 Ninguno o no asistió a la escuela									

508. ¿Qué edad tenía Ud. cuando empezó a hacer vida conyugal?

(97-98) AÑOS

509. La persona con la que Ud. empezó a hacer vida conyugal ¿vive en la actualidad?

- 1 Si
- 2 No
- (99) 8 No sabe

510. Por último, permítame preguntarle sobre el ingreso familiar. ¿Cuánto dinero reciben en total, al mes, todos los miembros de su familia que viven con Ud.?

- 1 Menos de 15,000 soles
- 2 Entre 15,001 y 30,000 soles
- 3 Entre 30,001 y 50,000 soles
- 4 Entre 50,001 y 100,000 soles
- 5 Entre 100,001 y 200,000 soles
- 6 Entre 200,001 y 400,000 soles
- (100) 7 Más de 400,000 soles

511. Indique la acción que corresponda a la especificación del Ingreso:

- 1 Entrevistada respondió directamente con aceptable seguridad
- 2 Entrevistada llegó a una respuesta con ayuda de la entrevistadora (acumulando las ganancias mensuales de cada persona de la vivienda)
- (101) 3 Se tuvo que hacer una aproximación a partir de las características visibles del nivel de vida.

REVISE EL CUESTIONARIO. LUEGO AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA Y TERMINE LA ENTREVISTA.



BIBLIOGRAFIA

- BRASS, William: "Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en países con datos limitados", CELADE, Serie E, N°14, Santiago de Chile, Chile, 1974.
- BRASS, William: "Cuatro lecciones de William Brass", CELADE, Serie D, N° 91, Santiago de Chile, Chile, 1977.
- BRASS, William y HILL, K.: "Estimating adult mortality from orphanhood", Proceedings of International Population Conference, Lieja, Bélgica, 1973.
- CAMISA, Zulma: "Introducción al estudio de la fecundidad", CELADE, Serie B, N° 1007, Santiago de Chile, Chile, 1982.
- CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y DESARROLLO: "Informe Demográfico del Perú, 1970", Lima, Perú, 1972.
- CEPEDES, Yolanda: "La evaluación de la Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú 1977-78", INE, Lima, Perú, 1982.
- COALE, A. y DEMENY, P.: "Regional model life tables and stable population", Princeton University Press, Princeton, New York, EE. UU., 1966.
- FERRANDO, Delicia: "Perú: Nivel y tendencias de la fecundidad a base de los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-78" (mimeo), CELADE, Santiago de Chile, Chile, 1979.
- FERRANDO, Delicia: "Situación demográfica del Perú 1940-77" (mimeo), CELADE, Santiago de Chile, Chile, 1979.
- HILL, K.: "Estimating adult mortality levels from information on widowhood", Population Studies 31 (1), 1977.
- HILL, K. y TRUSSELL, J.: "Further developments in indirect mortality estimation", Population Studies 31 (2), 1977.
- HOBBS, Frank y ARRIAGA, Eduardo: "A critical examination of infant mortality techniques applied to peruvian data", International Demographic Data Center U.S. Bureau of the Census, 1980.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Encuesta Demográfica Nacional: La fecundidad en el Perú; niveles, estructura y diferenciales, 1975. Su tendencia reciente", Lima, Perú, 1978.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú 1977-78. Informe General", Lima, Perú, 1979.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "La población del Perú en el periodo 1970 al 2000", Boletín de Análisis Demográfico N° 19, Lima, Perú, 1978.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Estimaciones y proyecciones de población" Boletín de Análisis Demográfico N° 25, Lima, Perú, 1983.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "La población del Perú", Serie CICRED, Lima, Perú, 1974.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: "Aspectos Demográficos del Perú", Boletín Especial N° 5, Lima, Perú, 1981.
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERU: "El embarazo de alto riesgo en el Perú", Lima, Perú, 1981.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA: "Encuesta de Prevalencia del Uso de Anticon"

cepción 1978, Resultados Generales" , Bogotá, Colombia, 1979.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES; "Demographic estimation: A manual on indirect techniques" , Committee on Population and Demography, Washington D.C. 1981.

ROSERO, Luis; "Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica", San José, Costa Rica, 1981.

SOBREVILLA, Luis; "Las actividades de Planificación Familiar en el Ministerio de Salud del Perú", en Actas del Seminario sobre Encuestas de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos, Westinghouse Health Systems con la cooperación local del INE, Lima, 1981.

SULLIVAN, J.; "Models for the estimation of the probability of dying between birth and exact ages of early childhood" , Population Studies, 1972.

TRUSSELL, J.; "A re-estimation of the multiplying factors for the Brass technique for determining childhood survivorship rates" , Population Studies, 29 (1),

PERSONAL AUXILIAR DE LA ENCUESTA

SUPERVISORAS

Dilcia Durand
Dorina Flores
Celsa Garcia
Luzmila Lara
Ileana Lens
Iris Loli
Gloria Loza
Sonia Meza
Bertha Orjeda
Carmen Valencia

ENTREVISTADORAS

Martha Abuhadba
Angélica Altamirano
Lidia Alarcón
Nélida Arellano
Vilma Baca
Zoila Barrionuevo
Angélica Calero
Marilú Castro
María Cerrón
Betty Contreras
Rosa Cueva
Pilar Curay
Edith Espinoza
Nancy Hernández
Elsa Huánuco
Rosa Huerta
Nora Iriarte
Itala Longobardi
Guadalupe Magán
Elizabeth Malta
Zoila Meléndez
Diana Milla
Laura Molina
Paulina Pozo
María Pumayauri
Nélida Solorzano

Esperanza Soto
Gladis Tupac Yupanqui
Ema Vásquez
Ana Villavicencio
Norma Villegas

CRITICO-CODIFICADORES

Mariela Bautista
Rubén Cordova
Carmen Gates
Jorge Jimenez
Jorge Prialé
Carlota Tuesta
Betty Vergara

AUXILIARES DE MUESTREO

Guillermo Aliaga
Jorge Candela
Eduardo Farfán
Humberto Ortiz
Miguel Seminario
Enrique Vargas

ANALISTA DE SISTEMAS Y PROGRAMADOR

Adriana Cabanillas
Mario Cruz
Eduardo Rocha

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Paula Turriate

MECANOGRAFAS

Elizabeth Barreto
María Manotupa

March 7, 1984

MEMORANDUM

TO : Distribution

FROM : ST/POP/R, John E. Lawson, Jr. *jl*

SUBJECT : CONTRACEPTIVE PREVALENCE SURVEY REPORT: PERU

A contraceptive prevalence survey was conducted in Peru between August and December 1981. The data, collected from a national probability sample of 6,437 women 15-49 years of age, are presented in the attached report prepared by the Instituto Nacional de Estadística, the Ministerio de Salud del Peru and Westinghouse Health Systems (WHS). Some highlights follow.

1. Fertility: The TOTAL FERTILITY RATE was estimated to be 5.2 in 1981. That is, if the 1981 age-specific fertility rates were continued indefinitely, women would have an average of 5.2 children over the course of their reproductive period. Overall, women aged 15-49 averaged 2.8 children ever-born. Women 45-49 years old at the time of the survey reported an average of 6.4 children ever-born. As one might expect, fertility among rural women was higher than among urban women.

2. Desire for Additional Children: Among currently married women 75% wanted no more children. More than 90% of women 40-49 years old did not want to have more children and almost half of the younger women (15-19) also wanted no more children. Desire for additional children declines as family size increases.

3. Knowledge of Family Planning Methods: Almost 80% of the Peruvian women know of some family planning method. No difference in knowledge was observed due to marital status. The most widely known modern method was the pill (68%), followed by injectables (60%), female sterilization (58%), the IUD (49%), condom (36), vaginal methods (32%) and vasectomy (20%). Among traditional methods rhythm was widely known (65%), while withdrawal was known by 32%. The knowledge of family planning methods was much lower in rural areas than in urban areas.

4. Use of Family Planning Methods: Of the currently married interviewed, 41% were using a family planning method at the time of the survey. The rhythm method was the most popular method (17%), followed by the pill (5%), female sterilization, IUD and withdrawal (each 4%), folklore (3%), injectables (2%) and the other methods (1%). Among all current users, 57% used a traditional method, 43% used a modern method. Contraceptive use in urban areas is more than double that in rural areas among exposed women.

5. Source of Family Planning Methods: Pharmacies were the most important source of contraceptives in both rural and urban areas. About 40% of the users obtained family planning methods from this source. About one-third of the users cited the public sector as their source of contraceptives.

2/18/84

215

Among fertile women who were not using any method, 4 out of 10 did not know any source of family planning methods. More than half of non-users in rural areas did not know any method and only one-third knew a place where they could obtain a modern method.

Attachment

DISTRIBUTION:

ST/HP, JSarn/FHerder
ST/POP/DIR, SSinding/DGillespie
ST/POP/R, Staff
ST/POP/OCS, CCromer
ST/H, GCurlin/CPease
LAC/DR, MBrackett/RCorno

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION GENERAL DE DEMOGRAFIA

