PI-fBD-704

"Año de la Regionalización"

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES 1986)

INFORME GENERAL

PERU
Abril, 1988

DIRECCION GENERAL DE DEMOGRAFIA

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

IRD

Doctor
ALAN GARCIA PEREZ
Presidente Constitucional de la República

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

Ingeniero
Guillermo Larco Cox
Presidente

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

Doctor
Ulises Robles Freyre
Jefe

Doctor
Santiago Alejandro Billón
Director Técnico

Estadístico
Alberto Padilla Trejo
Director General de
Demografía

LEY DEL SISTEMA ESTADISTICO NACIONAL
Decreto Ley 21272

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 2°.- Las actividades estadísticas comprenden los levantamientos censales, estadísticas contínuas, encuestas especiales, estadísticas de población, indicadores e índices en general, cuentas nacionales: económicas, sociales y demográficas, balances nacionales y demás esquemas macroestadísticos, así como el análisis e investigación estadística.

Artículo 3°.- Son objetivos del SEN :

a. Asegurar la producción y difusión de estadísticas confiables y oportunas, para un mejor conocimiento de la realidad nacional, la planificación integral del desarrollo y la adecuada toma de decisiones.

b. Lograr la integración y racionalización de las actividades estadísticas oficiales, a fin de conseguir el mejor uso de los recursos, evitando la dispersión de esfuerzos; y,

c. Promover el interés de la población por las actividades estadísticas para lograr su activa y permanente participación y colaboración.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADIS ICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES 1986)

INFORME GENERAL

DIRECCION GENERAL DE
DEMOGRAFIA

Lima, Abril, 1988

Impreso en los talleres de la Oficina General de Comunicación, Información e Impresiones del Instituto Nacional de Estadística.

Edición de 1 200 ejemplares.

Domicilio, Redacción y Talleres en la Av. 28 de Julio Nº 1056, Lima 1, Perú.

Abril de 1988.

479-88-OGCII-INE

PRESENTACION

El Instituto Nacional de Estadística, a través de su Dirección General de Demografía, tiene la función de realizar los estudios estadísticos de población que permitan conocer el proceso de crecimiento demográfico, la evolución de sus componentes directos: Fecundidad, Mortalidad y Migraciones, y sus causas.

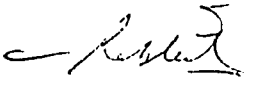
En esta perspectiva se desarrolló la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), gracias a un convenio suscrito entre el Institute For Resource Development (IRD), subsidiaria de Westinghouse Electric Corporation de los Estados Unidos de América, el Consejo Nacional de Población (CNP) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), ambos del Perú, contándose también con la valiosa colaboración de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID).

En marzo de 1987 el INE presentó un informe con los resultados preliminares de la Encuesta, apenas a los 3 meses de concluido el trabajo de campo. En esta oportunidad se presenta el Informe General, con las cifras revisadas de la fecundidad y mortalidad, intentando encontrar factores que expliquen su evolución en el tiempo, como las prevalencias de uso de anticonceptivos y de las vacunaciones de los niños, y algunos otros factores socioeconómicos diferenciales.

Esta investigación llena un vacío en el conocimiento de la dinámica demográfica de nuestro país en el pasado reciente y estamos seguros que sus resultados serán tomados en cuenta para el diseño de políticas y decisiones que ayuden a elevar los niveles de vida de nuestra población.

Expresamos nuestro reconocimiento, en primer lugar, a las mujeres del Perú por la información proporcionada; al Dr. Albert Marckwardt por su invalorable asesoría técnica; al Dr. Victor Hernández, Director General del Instituto Nacional de Nutrición, por las facilidades brindadas en su Centro de Cómputo; al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su aporte en la presentación de este documento; asimismo a todas las instituciones y personas que contribuyeron a la cristalización de esta investigación.

Lima, Abril de 1988.



Dr. ULISES ROBLES FREYRE
Jefe
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

I. CARACTERISTICAS GENERALES, por Yolanda Céspedes A.

1. Aspectos geográficos 1
2. Aspectos demográficos 2
3. Aspectos sociales y económicos 4
4. Características de las entrevistadas 6

II. ASPECTOS METODOLOGICOS, por Albert Marckwardt

1. Antecedentes del estudio 11
2. Características del estudio 11
3. Diseño de la muestra 12
4. Recopilación de datos 15
5. Rendimiento de la muestra 16
6. Procesamiento de la información y presentación de los resultados 20
7. Los errores de muestreo 21

III. FECUNDIDAD, por Dina Li S.
Patricia Mostajo V.

1. Fecundidad actual 28
2. Fecundidad diferencial 29
3. Tendencias de la fecundidad 32
4. Fecundidad acumulada 33
Resumen 37

IV. NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO, por Patricia Mostajo V.

1. Estado conyugal actual 39
2. Edad a la primera unión 44
3. Exposición al riesgo de embarazo 46
4. Infertilidad post-parto 49
Resumen 53

V. REGULACION DE LA FECUNDIDAD, por Flor Suarez R.

1. Conocimiento de los métodos anticonceptivos . . 55
2. Uso de métodos anticonceptivos 60
3. Opiniones hacia un próximo embarazo e intenciones de uso de anticonceptivos 71
4. Comunicación sobre planificación familiar . . . 74
Resumen. 76

PAGINA

VI. INTENCIONES REPRODUCTIVAS, por Flor Suárez R.

1. El deseo de tener hijos en el futuro 77
2. Intenciones reproductivas y uso de métodos anticonceptivos 82
3. Ideales de fecundidad 86
4. Fecundidad real y fecundidad deseada para un período reciente 88

Resumen 91

VII. MORTALIDAD INFANTIL, por Dina Li S.
Patricia Mostajo V.

1. Nivel de la mortalidad infantil 93
2. Diferenciales de la mortalidad 95

Resumen 100

VIII. SALUD MATERNO-INFANTIL, por José Galvez Brandon
Noemí Ostolaza E.

1. Atención pre-natal 101
2. Atención del parto 104
3. Comparación del control pre-natal y la atención en el parto 106
4. Evolución del tipo de atención del parto: 1977-1986 107
5. Atención del parto en embarazos sin control pre-natal 108
6. Lactancia materna 109
7. Inmunizaciones 111
8. Diarrea infantil 113

Resumen 121

ANEXOS

1. Hoja Muestral
2. Cuestionario Básico

INDICE DE CUADROS

PAGINA

CAPITULO I

1.1 Indicadores de crecimiento, fecundidad y mortalidad: 1950-1986 2

1.2 Población estimada a mediados de año e indicadores de edad: 1950-1986 3

1.3 Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, por grupos quinquenales de edad, según diferentes fuentes de información 7

1.4 Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, por área y región natural de residencia . 8

1.5 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por nivel de educación, según dos fuentes: ENAF y ENDES 8

1.6 Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil, según nivel de educación por grupos quinquenales de edad 9

1.7 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, según nivel de educación, por área y región de residencia 10

CAPITULO II

2.1 Rendimiento de toda la muestra de la ENDES según regiones y áreas de residencia 17

2.2 Rendimiento de la muestra para el cuestionario básico, según regiones y áreas de residencia . . 18

2.3 Rendimiento de la muestra para el cuestionario experimental, según regiones y áreas de residencia 19

2.4 Listado de variables para las que se calculó el error muestral 22

2.5 Errores de muestreo para la muestra total 23

2.6 Errores de muestreo para los grupos de edad . . . 23

2.7 Errores de muestreo para las áreas de residencia. 24

2.8 Errores de muestreo para las regiones naturales . 25

CAPITULO III

3.1 Tasas específicas de fecundidad por edad para los tres años anteriores a la encuesta 28

3.2 Tasas específicas de fecundidad por edad para los tres años anteriores a la encuesta, según área región de residencia y nivel de educación 30

3.3 Tasas globales de fecundidad por área, región de residencia y nivel de educación, según dos encuestas: ENAF y ENDES 32

3.4 Tasas específicas de fecundidad por edad, tasa global de fecundidad y tasa de fecundidad general, según nivel de educación, área y región de residencia (ENAF 1977-78). 33

3.5 Distribución porcentual del total de mujeres y de las mujeres actualmente unidas, por número de hijos nacidos vivos según grupos de edad 34

3.6 Distribución porcentual del total de mujeres y de las mujeres actualmente unidas, según el número de hijos tenidos, por nivel de educación, área y región de residencia 35

3.7 Promedio de hijos tenidos por las mujeres, por grupos de edad, según nivel de educación, área y región de residencia 36

CAPITULO IV

4.1 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, según estado conyugal actual, por grupos de edad 40

4.2 Porcentaje de solteras en la población femenina de 20 a 49 años, por grupos de edad, según dos fuentes de información: ENAF y ENDES 41

4.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, según estado conyugal, por area y región natural de residencia 42

4.4 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, según estado conyugal, por nivel de educación 43

4.5 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, según edad a la primera unión, por grupos de edad actual 44

4.6 Edad mediana a la primera unión de las mujeres de 25 a 49 años, por grupo de edad actual, según nivel de educación, area y región de residencia . 45

4.7 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, expuestas al riesgo de embarazo, según estado conyugal actual, por grupos de edad 47

4.8 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas, según estado de exposición al riesgo de embarazo, por grupos de edad . 48

4.9 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo en los 3 años anteriores a la encuesta, que están lactando, en amenorrea o en abstinencia post-parto, según meses transcurridos desde el parto 50

4.10 Duración promedio (en meses) de la lactancia, amenorrea y abstinencia post-parto en mujeres que tuvieron un hijo en los tres años anteriores a la encuesta, según edad actual, por nivel de educación, área y región de residencia 52

CAPITULO V

5.1 Porcentaje del total de mujeres y de las mujeres actualmente unidas, que conoce cada uno de los métodos anticonceptivos modernos o tradicionales y porcentaje que conoce por lo menos uno moderno, por grupos de edad 56

5.2 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas que conoce por lo menos un método anticonceptivo moderno, según número de hijos actualmente vivos, por nivel de educación, área y región de residencia 57

5.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según problema del que han escuchado hablar en el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos que conocen 59

5.4 Distribución porcentual del total de mujeres de 15 a 49 años que conocen algún método anticonceptivo, según fuente de abastecimiento o información para cada método conocido 60

5.5 Porcentaje del total de mujeres y de las mujeres actualmente unidas que han usado alguna vez métodos anticonceptivos, según método usado, por grupos quinquenales de edad 61

5.6 Distribución porcentual del total de mujeres y de las mujeres actualmente unidas de acuerdo al uso actual de métodos anticonceptivos, según grupos de edad 62

5.7 Porcentaje de mujeres actualmente unidas que usan algún método anticonceptivo, según número de hijos actualmente vivos, por nivel de educación, área y región de residencia 65

5.8 Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas, que han usado o no anticonceptivos, por número de hijos vivos al comenzar su uso, según edad actual 66

5.9 Distribución porcentual de mujeres que alguna vez han usado anticonceptivos y que conocen o han usado el ritmo, según conocimiento del período fértil durante el ciclo ovulatorio 67

5.10 Edad mediana y distribución porcentual de las mujeres esterilizadas, según edad al momento de la operación, por número de años transcurridos desde la misma 67

5.11 Distribución porcentual de las usuarias actuales de anticonceptivos de acuerdo al último lugar de obtención o información, según método 68

5.12 Distribución porcentual de las mujeres que alguna vez usaron métodos anticonceptivos, según opinión respecto al servicio recibido en el último lugar de abastecimiento del método 69

5.13 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas, de acuerdo a la razón principal por la que descontinuaron el uso del método utilizado en los cinco años anteriores a la encuesta 70

5.14 Porcentaje de mujeres actualmente unidas y expuestas al riesgo de embarazo que no usan anticonceptivos, según dos grandes grupos de edad, por nivel de educación, área y región de residencia 71

5.15 Distribución porcentual de mujeres expuestas al riesgo de embarazo que no usan anticonceptivos pero no desean embarazarse (o no les importa o no saben) de acuerdo a la razón principal por la que no los usan, según dos grandes grupos de edad . . 73

5.16 Distribución porcentual de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo que no usan anticonceptivos, según intenciones de uso en el futuro, por número de hijos actualmente vivos 73

5.17 Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas y expuestas al riesgo de embarazo que no usan anticonceptivos pero piensan usarlos de acuerdo al método que preferirían, y tiempo en que empezaría a usarlos 74

5.18 Distribución porcentual del total de las entrevistadas según que hayan escuchado o no mensajes sobre planificación familiar por radio o televisión, según área, región de residencia y nivel de educación 75

5.19 Porcentaje del total de mujeres que creen que es aceptable transmitir mensajes de planificación familiar por radio o televisión, según nivel de educacion, área y región de residencia 75

CAPITULO VI

6.1 Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas, de acuerdo a su deseo de tener hijos en el futuro, según el número de hijos actualmente vivos 78

6.2 Distribución porcentual de mujeres actualmente unidas, de acuerdo a su deseo de tener hijos en el futuro, según grupos de edad 79

6.3 Porcentaje de mujeres actualmente unidas que no desea un (otro) hijo según número de hijos actualmente vivos por nivel de educación, área y región de residencia 80

6.4 Porcentaje de mujeres unidas y fértiles que no desea tener un (otro) hijo en el futuro, por número de hijos vivos, según dos encuestas: ENAF Y ENDES 30

6.5 Porcentaje de mujeres unidas y fértiles que no desea tener un (otro) hijo en el futuro, por grupos de edad, según dos encuestas (ENAF y ENDES) . 81

6.6 Distribución porcentual de mujeres actualmente unidas que desea tener un (otro) hijo según el tiempo que prefiere esperar, por número de hijos actualmente vivos 81

6.7 Distribución porcentual de mujeres actualmente unidas y expuestas que no usan anticonceptivos según intenciones reproductivas, por nivel de educación, área y región de residencia 83

6.8 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta de acuerdo al uso o no uso de anticonceptivos en el intervalo genésico precedente e intenciones reproductivas de la madre, por orden del nacimiento 84

6.9 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos durante los doce meses anteriores a la encuesta, de acuerdo a las intenciones reproductivas de las madres, según orden de nacimiento . . 86

6.10 Distribución porcentual del total de mujeres de 15 a 49 años, de acuerdo al número ideal de hijos y al número de hijos actualmente vivos 87

6.11 Promedio del número ideal de hijos del total de mujeres de 15 a 49 años según grupos de edad por nivel de educacion, área y región de residencia . 88

6.12 Tasas globales de fecundidad deseada, no deseada y total para los tres años anteriores a la encuesta 89

6.13 Tasas globales de fecundidad deseada, no deseada y total para los tres años anteriores a la encuesta, según nivel de educación, área y región de residencia 90

CAPITULO VII

7.1 Tasas de mortalidad infantil y de la niñez, en nacimientos ocurridos en los 60 meses anteriores a la encuesta, según sexo y edad (en meses y años) 94

7.2 Probabilidades de los niños de morir a diferentes edades, según sexo, orden de nacimiento, intervalo de nacimiento previo, y edad de la madre al tener el hijo 96

7.3 Probabilidades de los niños de morir a diferentes edades, según área, región de residencia, y nivel de educación de la madre 99

7.4 Proporción de hijos sobrevivientes según edad de la madre por nivel de educación, área y región de residencia 100

CAPITULO VIII

8.1 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos en los 5 años anteriores a la encuesta, según tipo de atención pre-natal recibida por la madre, por nivel de educación y lugar de residencia 103

8.2 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos en los 5 años anteriores a la encuesta, según tipo de atención del parto, por edad, nivel de educación y lugar de residencia de la madre . 105

8.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años de acuerdo al tipo de atencion recibida durante el parto, según dos encuestas: ENAF y ENDES 108

8.4 Porcentaje de embarazos sin control pre-natal y distribución porcentual de los mismos, según tipo de atención recibida en el parto, por nivel de educación, área y región de residencia de la madre 109

8.5 Distribución porcentual de los niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta de acuerdo a si recibieron o no lactancia materna, y duración promedio de la lactancia, según dos fuentes de información: ENAF y ENDES 110

8.6 Porcentaje de niños nacidos en los 5 ó 6 años anteriores a la encuesta, que recibió lactancia materna y distribución porcentual de la duración de dicha lactancia, según tres fuentes: ENAF, ENNSA y ENDES 111

8.7 Porcentaje de niños vacunados en cada una de las regiones naturales, según dos encuestas: ENAF y ENDES 111

8.8 Distribución porcentual de los niños menores de cinco años, que han sido o no vacunados según posesión de la tarjeta de vacunación 112

8.9 Porcentaje de niños menores de 5 años de edad vacunados, que poseen tarjeta de vacunacion, según tipo de vacuna recibida 113

8.10 Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea, según período de ocurrencia, por nivel de educación, área y región de residencia de la madre 114

8.11 Distribución porcentual de los niños Menores de 5 años que tuvieron diarrea en los 15 dias anteriores a la encuesta, según tipo de atención recibida, por nivel de educación, área y región de residencia de la madre 117

8.12 Distribución porcentual de los niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en los 15 dias anteriores a la encuesta, según tipo de tratamiento que recibieron, por nivel de educación y región de residencia la madre 118

8.13 Porcentaje de madres que conocen las sales rehidratantes orales ("bolsitas salvadoras") según nivel de educación, por área y región de residencia 120

8.14 Porcentaje de uso de las sales rehidratantes ("bolsitas salvadoras") en niños menores de 5 años con diarrea en los 15 dias anteriores a la encuesta, según nivel de educación, área y región de residencia de la madre 120

INDICE DE GRAFICOS

PAGINA

CAPITULO I

1.1 Perú: Ubicación geográfica en América del Sur . 1

1.2 Distribución porcentual de las mujeres según grandes grupos de edad, por área urbana y rural . 6

1.3 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años según nivel de educación, por área urbana y rural 9

CAPITULO III

3.1 Tasas específicas de fecundidad para los tres años anteriores a la encuesta (1984-86), según área urbana y rural 31

3.2 Tasas específicas de fecundidad para los tres años anteriores a la encuesta (1984-86), según región natural 32

3.3 Tasas específicas de fecundidad según dos encuestas: ENAF y ENDES 33

CAPITULO IV

4.1 Distribución porcentual de las mujeres según estado conyugal, por grupos quinquenales de edad . 40

4.2 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas según estado de exposición al riesgo de embarazo 48

4.3 Mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo en los tres años anteriores a la encuesta según duración promedio (en meses) de la lactancia materna, amenorrea y abstinencia post-parto, por área y región de residencia y nivel de educación de las mujeres 51

CAPITULO V

5.1 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas que conoce por lo menos un método anticonceptivo moderno, por región de residencia y número de hijos actualmente vivos, según dos encuestas: ENAF y ENDES 58

5.2 Distribución porcentual de las mujers actualmente unidas de acuerdo al uso actual de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales, por grupos de edad 63

5.3 Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas que usan o no métodos anticonceptivos, según tipo de método, a través de tres encuestas: ENAF, ENPA y ENDES 64

5.4 Porcentajes del total de mujeres actualmente unidas que usan, han usado o conocen pero nunca han usado métodos anticonceptivos 64

5.5 Porcentaje de mujeres actualmente unidas que usa algun método anticonceptivo, por número de hijos actualmente vivos y región de residencia, según dos encuestas: ENAF y ENDES 66

5.6 Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años, actualmente unidas, de acuerdo a la razón principal por la que descontinuaron el uso del

método utilizado en los cinco años anteriores a la encuesta 71

5.7 Distribución porcentual de mujeres expuestas al riesgo de embarazo que no usan anticonceptivos, de acuerdo a su actitud hacia un próximo embarazo, según el número de hijos actualmente vivos . 72

CAPITULO VI

6.1 Distribución porcentual de las mujeres actualmente unidas, de acuerdo al deseo de tener hijos en el futuro, según grupos de edad 79

6.2 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, provenientes de madres usuarias de anticonceptivos en los intervalos intergenésicos, según orden del nacimiento 85

6.3 Distribución porcentual de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, de acuerdo a las intenciones reproductivas de la madre, según orden del nacimiento 85

6.4 Número promedio ideal de hijos según número de hijos vivos 88

6.5 Tasas específicas de fecundidad deseada, no deseada y total para los tres años anteriores a la encuesta 89

6.6 Porcentaje de fecundidad no deseada, según área, región de residencia y nivel de educación 90

CAPITULO VII

7.1 Tasas de mortalidad infantil para el período 1981-1986 según edad de la madre al tener el hijo, orden de nacimiento e intervalo del nacimiento previo 97

7.2 Tasas de mortalidad infantil para el período 1981-1986 según áreas, región de residencia y nivel de educación de la madre 98

CAPITULO VIII

8.1 Porcentaje de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta cuyas madres recibieron vacuna antitetanica, por área y región de residencia 102

8.2 Distribución porcentual de los nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta, según tipo de atención recibida por la madre en el control prenatal y durante el parto 106

8.3 Distribución porcentual de los nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta, según tipo de atención recibida por la madre en el control prenatal y durante el parto, por área urbana y rural 107

8.4 Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las 24 horas o en los 15 días anteriores a la encuesta, según edad del niño . . . 115

8.5 Porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron diarrea en las 24 horas o en los 15 días anteriores a la encuesta, según área, región natural y nivel de educación de la madre 116

INTRODUCCION

La adecuada ejecución de la Política Nacional de Población requiere de información que permita al Estado planificar y ejecutar acciones relativas al volumen, estructura, dinámica y distribución de la población en el territorio nacional.

Esta información es de suma importancia, pues de acuerdo a las tendencias y características del crecimiento de nuestra población, se podrá prever la demanda de los servicios de salud, educación, vivienda; así como la generación de puestos de trabajo, entre muchos otros, y todos los cuales requieren de inversiones, las que por su lado se ven limitadas por las dificultades económicas actuales de nuestro país.

Consciente de ello, el Instituto Nacional de Estadística, a través de su Dirección General de Demografía, ha desarrollado la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar con el propósito de evaluar las características de la fecundidad y la mortalidad infantil actual, y algunos de sus factores asociados. La encuesta se desarrolló entre Setiembre y Diciembre de 1986.

Con el fin de encuadrar el contexto al cual corresponden los resultados de esta investigación, en el primer capítulo de éste documento se presenta las características generales del Perú al momento de la encuesta: 1986.

Por otro lado, la adecuada interpretación de los resultados requiere del conocimiento de la forma como fueron obtenidos y su grado de precisión; a esto se dedica el capítulo segundo, donde se presenta los aspectos metodológicos de la encuesta.

En el capítulo tercero se analiza la fecundidad en el período previo a la encuesta. Algunos de sus factores explicativos son estudiados a continuación; así, en el cuarto capítulo se ve dos de los determinantes próximos de la fecundidad: la nupcialidad y la infecundabilidad post-parto; en el quinto capítulo se investiga la prevalencia del uso de anticonceptivos y, en el sexto, las intenciones reproductivas, con el fin de evaluar el posible curso posterior de la fecundidad.

La mortalidad infantil, es analizada en el capítulo séptimo; en el octavo se estudia algunas de las variables relacionadas, como la prevalencia de la vacunación de los niños y la atención médica de las madres, durante la gestación y el parto.

Casi todos los temas investigados son relacionados con los resultados de encuestas anteriores como la Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos (ENPA, 1981) y la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-78), aunque en la comparación de los indicadores se debe tener presente que, mientras la ENPA y la ENAF tuvieron un alcance nacional, la ENDES tiene una cobertura del 94% de la población total proyectada a 1986, debido a que tuvo que excluirse el área de emergencia (Departamentos de

Apurímac, Ayacucho y Huancavelica) por razones de seguridad.

Se hace análisis de diferenciales urbano-rurales. Al respecto, en la investigación se ha considerado como población urbana a aquella que residía en conglomerados de 2 000 habitantes o más.

También se desagrega la información por regiones naturales, considerándose a la Costa como la franja colindante con el Océano Pacífico hasta los 2 000 metros sobre el nivel del mar; la Sierra, la región interandina, por encima de esa altura; y la Selva, al Este de la Cordillera de los Andes y por debajo de los 2 000 m.s.n.m.

Esta encuesta también permite la comparabilidad con otras 34 desarrolladas en otros países por el Institute for Resource Development (IRD) dentro del programa especial Demographic and Health Surveys (DHS) que está conduciendo.

En la captación de los datos se aplicaron dos tipos de cuestionarios. Uno, en vía de experimentación, a 2 534 mujeres en edad fértil, cuya bondad está siendo evaluada en la Universidad de Princeton. Los resultados presentados a continuación son los obtenidos a partir del cuestionario básico aplicado a una muestra de 4 999 mujeres en edad fértil.

I. CARACTERISTICAS GENERALES

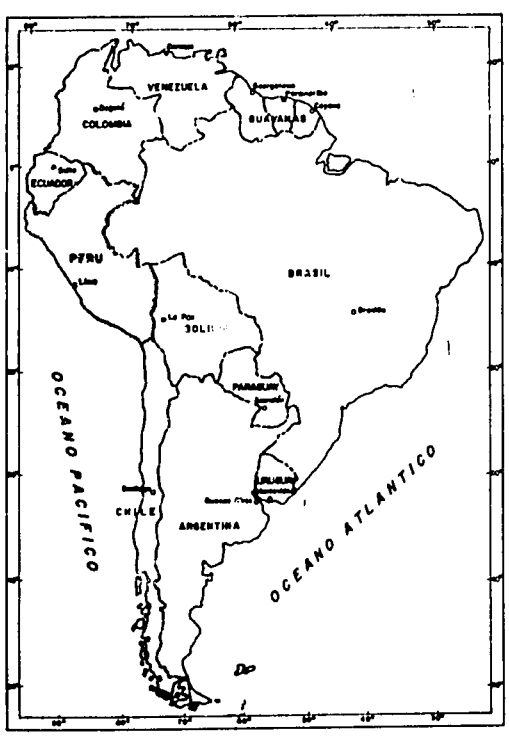
1. ASPECTOS GEOGRAFICOS

El Perú se encuentra ubicado en la parte central y occidental de América del Sur, entre los paralelos 0° 01'48" y 18° 20'51" de Latitud Sur y entre los meridianos 68 39'27.0" este y 81 19'34.5" oeste del Meridiano de Greenwich.

Limita al Norte con las repúblicas de Ecuador y Colombia, al Sur con Chile, al Este con Brasil y Bolivia y al Oeste con el Oceano Pacífico (gráfico 1).

GRAFICO 1.1

PERU: UBICACION GEOGRAFICA EN AMERICA DEL SUR



Tiene una superficie territorial de 1'285,216 Km^2, incluidas las islas costeras y su parte del lago Titicaca, alcanza una densidad de 15.7 habitantes por Km^2. Es el tercer país mas extenso de América del Sur, después de Brasil y Argentina y el décimo octavo entre los paises del mundo.

Se divide en 24 departamentos y una Provincia Constitucional, 179 provincias y 1758 distritos 1/, que corresponden a las divisiones político-administrativas de primer, segundo y tercer orden, respectivamente.

La ubicación Geográfica del Perú permite dividir su territorio en tres regiones naturales: La Costa, que constituye el margen continental marítimo, hasta los 2,000 m.s.n.m. de topografía generalmente suave y clima templado, de escasas precipitaciones pluviales y temperaturas moderadas. La Sierra es la parte de la Cordillera de los Andes, de topografía accidentada, de clima glacial en sus cumbres cubiertas por persistente nieve, las precipitaciones son más frecuentes sin llegar a ser copiosas. La Selva es la parte de la Cuenca Amazónica, por debajo de la curva de nivel de los 2,000 m.s.n.m de topografía suave y clima cálido continental húmedo, registra fuertes precipitaciones pluviales.

Posee además el Perú un

1/ Al 30-04-87. Instituto Nacional de Estadística, PERU: COMPENDIO ESTADISTICO 1986. Lima, Julio 1987.

mar territorial que abarca 200 millas marinas sobre la plataforma submarina o zócalo continental.

2. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

2.1 Crecimiento de la Población

En ausencia de migración externa significativa, el rápido crecimiento de la población peruana en las últimas décadas, es el resultado del lento descenso de la natalidad, frente a una disminución más acelerada de la mortalidad.

De acuerdo a las estimaciones vigentes, sin considerar todavía los resultados de la ENDES, a mediados de 1986 la población alcanzó los 20 millones 207 mil habitantes, con un ritmo de crecimiento anual de 2.6 por ciento. Esta tasa, que alcanzó su punto máximo (2.9%) en el quinquenio 1960-65, se prevé que continuará descendiendo gradualmente hasta llegar a 2.1% en el año 2000. Para entonces la población estaría bordeando los 28 millones de habitantes.

La mortalidad viene descendiendo desde la década del cincuenta. Medida a través de la tasa bruta de mortalidad (TBM) revela que durante el quinquenio 1950-55 se produjeron 21.6 defunciones por cada mil habitantes, descendiendo paulatinamente a 10.7 por mil en el quinquenio 1980-85 (cuadro 1.1). Para 1986 la TBM ha sido estimada en 9.7 defunciones por cada 1000 habitantes.

El descenso de la mortalidad se acentuó en el período 1965-75. En estos 10 años la esperanza de vida al nacer aumentó de 50.2 años en 1965 a 56.5 en 1975. En 1986 habría alcanzado los 60.8 años.

No obstante la mejora lograda, el Perú se ubica como el tercer país de más alta mortalidad en el concierto de los países latinoamericanos y caribeños; superando sólo a Bolivia y Haití.

La tasa bruta de natalidad (TBN) ha descendido de 47 nacimientos por cada mil habitantes que ocurrieron anualmente durante el quinquenio 1950-55 a 37 nacimientos por cada mil

CUADRO 1.1

PERU: INDICADORES DE CRECIMIENTO, FECUNDIDAD Y MORTALIDAD: 1950-1986.

AÑOS	INDICADORES DEMOGRAFICOS					
	Tasa de Crecimiento (r) (por mil)	Fecundidad		Mortalidad		
		TBN (por mil)	TGF (por mujer)	TBM (por mil)	TMI (por mil)	Esperanza de vida al nacer (en años)
1950 - 55	25.5	47.1	6.9	21.6	158.6	43.9
1955 - 60	27.1	46.8	6.9	19.7	148.2	46.3
1960 - 65	28.7	46.3	6.9	17.6	136.1	49.1
1965 - 70	28.0	43.6	6.6	15.6	126.3	51.5
1970 - 75	27.8	40.5	6.0	12.7	110.3	55.5
1975 - 80	26.3	38.0	5.4	11.7	104.9	56.9
1980 - 85	28.0	36.7	5.0	10.7	98.6	58.6
1985 - 90	25.1	34.3	4.5	9.2	88.2	61.4

Fuente: a)Instituto Nacional de Estadistica, "ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACION: 1950-2025", Boletín de Análisis Demográfico N025, Lima, Abril 1983.
b)Instituto Nacional de Estadística, "PERU: COMPENDIO ESTADISTICO 1986", Lima, Julio 1987.

CUADRO 1.2

PERU: POBLACION ESTIMADA A MEDIADOS DE AÑO E INDICADORES DE EDAD: 1950-1986.

AÑOS	POBLACION (En Miles)	DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDAD				EDAD MEDIANA	INDICE DE DEPENDENCIA
		Total	0-14	15-64	65 y Más		
1950	7 632.5	100.0	41.6	55.0	3.4	19.1	81.9
1955	8 671.5	100.0	42.3	54.3	3.4	18.9	84.1
1960	9 931.0	100.0	43.3	53.3	3.4	18.5	87.8
1965	11 467.3	100.0	44.1	52.4	3.5	18.0	91.0
1970	13 192.8	100.0	44.0	52.5	3.5	17.9	90.4
1975	15 161.2	100.0	43.3	53.2	3.5	18.2	87.9
1980	17 295.3	100.0	41.8	54.6	3.6	18.8	83.0
1985	19 697.5	100.0	40.5	55.9	3.6	19.4	78.8
1986	20 207.1	100.0	40.2	56.2	3.6	19.6	78.0

Fuente: a) Instituto Nacional de Estadística, "ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACION: 1950 - 2025". Boletín de Análisis Demográfico Nº 25)
b) Instituto Nacional de Estadística, "PROYECCIONES ESPECIALES DE POBLACION". Boletín Especial de Población Nº 8, Lima, Junio 1985.

personas durante el quinquenio 1980-85 (cuadro 1.1). En 1986 habrían nacido 35 niños por cada mil habitantes.

La fecundidad, medida en términos del promedio de hijos que tendría una mujer al final de su período fértil (Tasa Global de Fecundidad), osciló en torno a 6 hijos por mujer hasta antes de la década del 40; a partir de entonces ascendió hasta llegar a 6.8 en el quinquenio 50-55, manteniéndose constante hasta la segunda mitad de la década del 60, cuando empieza a descender lentamente, y después a un ritmo más acentuado hasta alcanzar a 4.6 hijos por mujer en 1986. Posteriormente se hará un análisis de la sensibilidad de estas proyecciones con los resultados de la ENDES.

2.2 Estructura Por Sexo y Edad

Existe un balance entre sexos a nivel del país. El índice de masculinidad proveniente de las proyecciones de población indica la existencia de 101.5 hombres por cada 100 mujeres para 1986.

El rápido crecimiento de la población peruana ha determinado que su estructura por edad presente las características de una población joven: 40.2% son menores de 15 años y sólo un 3.6% tiene 65 años o más de edad. Las personas en edad de trabajar (15 a 64 años) representan el 56.2% de la población total, como puede verse en el cuadro 1.2.

Si bien a partir de la década de los años setenta se nota una reducción en el porcentaje de menores de 15 años, por efecto del descenso de la fecundidad; esta no es tan significativa ya que la población entre 0 y 14 años representa aún un porcentaje que supera el 40 por ciento.

Esta estructura por edad de la población determina que la carga de dependencia sea alta: 78%, lo cual quiere decir que por cada 100 personas en edad productiva, 78 eran de edades dependientes en 1986.

2.3 Distribución Espacial

La distribución espacial de la población peruana por efecto de las migraciones internas, ha sufrido en las últimas décadas cambios importantes, muchas veces en mayor medida que el pro-

pio crecimiento natural.

En 1940 el 65% de la población del país residía en el área rural y el 35% en el área urbana; en 1986 el 68% correspondía al área urbana y el 32% restante al área rural, es decir la situación se ha invertido.

En ese mismo período la población de la Sierra disminuyó su importancia relativa al pasar de 55% al 37%, la Costa por el contrario aumentó dicha importancia al variar de 28 a 52 por ciento. De esta manera la población peruana, que era predominantemente rural y serrana, ha pasado a ser mayoritariamente costera y urbana.

El rápido crecimiento de la población urbana se debe en gran medida al crecimiento de las grandes ciudades de 100,000 y más habitantes, las que han aumentado de 1 en 1940 a 13 en 1986. Entre ellas destaca de manera notable la ciudad de Lima y su Area Metropolitana (provincias de Lima y Callao) que por ser el más importante núcleo político, económico y administrativo del país se ha convertido en el principal foco de atracción de migrantes, alrededor de la cuarta parte del incremento anual de su población se debe a las migraciones internas.

El Area Metropolitana de Lima con sus 5 millones 699 mil habitantes estimados para 1986 es la quinta ciudad más grande de América Latina después de México, Sao Paulo, Buenos Aires y Río de Janeiro, representa el 28% de la población del país y el 42% de la población urbana. Constituye también el 55 por ciento de la población de la Costa, región natural de la cual forma parte.

La población estimada de las 13 ciudades que sobrepasan los 100,000 habitantes llegaban a 8 millones 752 mil personas en 1986, de las cuales el Area Metropolitana de Lima que ejerce gran dominio e influencia sobre el resto y en general en el país en su totalidad, concentra el 65 por ciento. La ciudad que le seguía en importancia demográfica: Arequipa, sólo contaba con el 6 por ciento.

3. ASPECTOS SOCIALES Y ECONOMICOS.

Los resultados del censo de 1981 confirman la tradicionalidad católica que caracteriza al pueblo peruano, 89% profesaba la religión católica en ese entonces. El idioma oficial es el castellano que lo habla el 91% de la población; el restante 9% habla exclusivamente idiomas nativos como el quechua o el aymara, propios de la región andina, o algún otro dialecto originario de la región selvática.

La expansión del sistema educativo en el país ha conducido a una elevación del promedio de años de estudios aprobados, el que ha pasado de 3.7 en 1972 a 5.1 en 1986. Esta cifra sin embargo no alcanza los 6 años de enseñanza obligatoria que contempla la Constitución, persistiendo aún la tendencia del mayor nivel educativo en los varones (5.6 años) con relación a las mujeres (4.7 años). 1/

El Perú, como la mayoría de países en vías de desarrollo, atraviesa momentos críticos en su economía, los cuales se han agudizado en la presente década debido a la estructura dependiente de la misma, es basicamente exportador de materias primas. A la fuerte contracción de los volúmenes que exporta y el bajo nivel de precios que experimentan dichos productos,

1/ Comisión Presidencial de Población.

se suma el significativo aumento de los volúmenes y de precios de los productos manufacturados que importa. Ello ha suscitado un deterioro constante y progresivo en los términos de intercambio.

Esta situación determina que el crecimiento económico del país resulte insuficiente para resolver los urgentes y graves problemas de índole económico y social. Por un lado, debe hacer frente al pago de los elevados intereses de la deuda externa y por otro, debe satisfacer las demandas de una población cuya alta tasa de crecimiento determina un progresivo aumento de la población dependiente (en términos absolutos), que contribuye a agudizar los problemas ya existentes en materia de alimentación, salud, educación, vivienda y trabajo, entre otros.

La atención de estos problemas demanda una creciente cantidad de recursos que disminuye la capacidad del Estado para la inversión directamente productiva, que influye decisivamente en la oferta de empleos en el país. Junto a la caída de la inversión, la desocupación y el subempleo se agravaron considerablemente.

La reducida absorción de mano de obra en los sectores más productivos de la economía hace que el sector terciario, que involucra una mayoría de servicios poco tecnificados, capte cerca de la mitad de la Población Económicamente Activa (PEA). Es el único sector que viene denotando crecimiento en términos relativos al pasar de 42% en 1980 a 48% en 1986, el sector primario por su parte se redujo del 42% al 38%, en tanto que el secundario lo hizo del 16% al 14% en ese mismo período 1/.

1/ Boletín Especial Nº 8: Proyecciones Especiales de Población, INE, Lima, Junio 1985.

Esta distribución de la PEA por sectores origina que de los 6.8 millones que alcanzó en 1986, alrededor de un 8% se encontrara desocupada y un 51% se hallara subempleada.

Por otro lado, el proceso inflacionario ha continuado aumentando en el país con el consiguiente deterioro de la capacidad adquisitiva de la población. De 5.6% a comienzos de la década de los años 70, aumentó a 158.3% en 1985. Esto hace que una gran proporción de la población esté siendo afectada por la crisis económica, tanto por la reducción observada en su ingreso real como por la menor provisión de servicios públicos esenciales originada por la estrechez presupuestaria que aflige al país. Por ejemplo, existe deficiencia en la cobertura de los servicios de salud; la proporción del presupuesto nacional dedicada a este sector fue disminuyendo progresivamente a través de los años 60 y 70, de 15% a menos del 4% en los años 80. Asimismo, el personal médico para atender a la población es muy escaso, existen 10 médicos por cada 10,000 habitantes y en su mayor parte se concentran en las áreas urbanas.

Desde otra perspectiva, la desnutrición es alta, el consumo calórico y protéico no alcanza los mínimos requerimientos recomendados por la FAO y la OMS, habiéndose reducido en el período 1970-1980 de 2,300 a 1,800 calorías y de 55 a 50 gramos de proteínas.

Un estudio realizado en 1984 a/ revela que el 38% de los niños peruanos menores de 6 años de edad, sufren de desnutrición crónica, lo que se agudiza en el área rural de la Sierra (63%) y de la Selva (53%).

a/ Informe General de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Estadística, Lima 1986.

Según la misma fuente (ENNSA) el 52% de los hogares se abastecen de agua proveniente de la red pública, 21% usan agua de pozo, pilón público o la compran de camiones tanques y otro 27% aún utiliza agua de río o acequia que es la menos apta para el consumo humano.

Sólo el 3% del territorio es adecuado para la agricultura, la relación tierra cultivada-habitante que fue de 0.26 Has en 1972, se redujo a 0.18 en 1986, lo que determina la incapacidad de cubrir las necesidades alimentarias de la población, debiéndose recurrir cada vez más a la importación de alimentos.

4. CARACTERISTICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Antes de iniciar el análisis de los resultados de la ENDES, resulta conveniente describir las características demográficas y sociales más relevantes de la población femenina en edad fértil, tales como la edad, el nivel de educación y el lugar de residencia, dado que ellas explican las diferencias que se advierten en relación a la fecundidad, mortalidad infantil, nupcialidad, conocimiento y uso de anticonceptivos, intenciones reproductivas y salud materno infantil, aspectos que se analizarán en los siguientes capítulos.

4.1 Estructura Por Edad: Por Area y Región

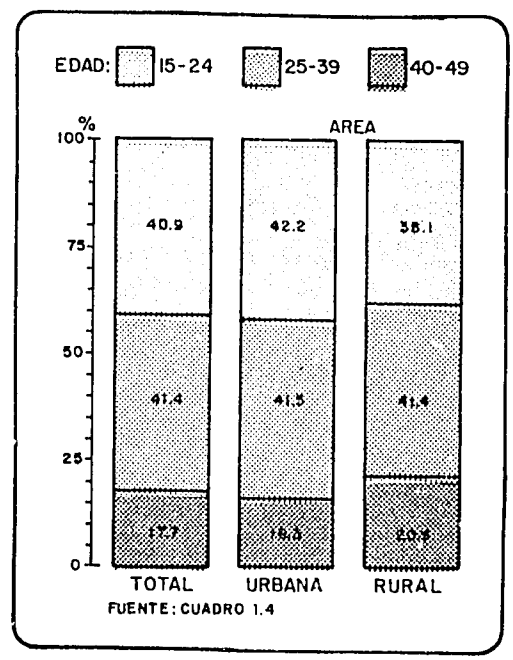
De acuerdo a la información recogida en el cuestionario del hogar de la ENDES, la población femenina de 15 a 49 años de edad constituye el 23% de la población total y el 46% de la población femenina.

La edad de las mujeres se averiguó a través de dos preguntas "Edad en años cumplidos" y "Fecha de nacimiento". Del cotejo de ambas respuestas surgió el dato definitivo. La distribución de dichas edades en grupos quinquenales constituye un claro indicio de que se trata de una población joven. En efecto, más de un 40% se concentra en los dos primeros grupos de edad, que corresponden a las mujeres entre 15 y 24 años. Un porcentaje similar alcanzan las mujeres de los tres siguientes grupos, con edades entre los 25 y 39 años, quedando para las que al momento de la encuesta tenían entre 40 a 49 años sólo un 18% de la totalidad de mujeres (gráfico 1.2).

GRAFICO 1.2

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN GRANDES GRUPOS DE EDAD, POR AREAS URBANO-RURAL

ENDES 1986



FUENTE: CUADRO 1.4

Esta composición por edad viene sufriendo transformaciones a través del tiempo (cuadro 1.3), la población se va haciendo menos joven a juzgar por la información proveniente de la ENAF, ENPA y la ENDES que

muestran una disminución paulatina de la importancia relativa de los dos primeros grupos de edad y un aumento similar en los tres grupos centrales. Así, las mujeres entre 15 a 19 y 20 a 24 años en conjunto pasaron de 45% en 1977 a 44% en 1981 y 41% en 1986; disminución que en el caso de las más jóvenes sobre todo, estaría reflejando un cambio real en la estructura por edad, ocasionada por la reducción de la fecundidad desde mediados de la década de los años 60. Los grupos centrales aumentaron de 37 a 39 y 42% en esas mismas fechas.

CUADRO 1.3

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, SEGUN DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION.

GRUPOS DE EDAD	FUENTE DE INFORMACION		
	ENAF 1977-78	ENPA 1981	ENDES 1986
TOTAL	100	100	100
15-19	25	23	22
20-24	20	21	19
25-29	15	15	16
30-34	11	12	14
35-39	11	12	12
40-44	9	9	10
45-49	9	8	8

La composición por edad de las mujeres presenta diferencias entre áreas y regiones naturales, principalmente por efecto de las migraciones internas del campo a la ciudad, en la que predominan los adolescentes y adultos jóvenes.

Debido a ello, en el área urbana las mujeres de 15 a 24 años de edad representan el 42% y en el área rural sólo el 38 por ciento, en ambos casos con respecto a la población femenina de 15 a 49 años. La importancia relativa de los grupos correspondientes a las mujeres de mayor edad (40 a 49 años) como era de esperarse son por el contrario menores en el área urbana (16%) que en el área rural (21%).

El exámen por regiones naturales conduce a resultados similares; en el Area Metropolitana de Lima, principal foco de atracción de migrantes, el 42% de las mujeres tiene edades entre 15 a 24 años en tanto que este mismo grupo alcanza en la sierra, región expulsora de migrantes por excelencia, una representación menor: 38 por ciento. La Selva, que en la última década ha visto disminuir su contingente migratorio y que a su vez exhibe los más altos niveles de fecundidad del país, tiene la más alta proporción (45%) de mujeres menores de 25 años (gráfico 1.2).

En el cuadro 1.4 también figura la distribución porcentual de las mujeres según el área de residencia. Más de las dos terceras partes fueron entrevistadas en el área urbana y las restantes en el área rural. De acuerdo a la región natural, cerca del 60 por ciento de las mujeres residían en la costa y dentro de esta región, más de la mitad se concentraban en el Area Metropolitana de Lima, importancia demográfica que debe tenerse muy presente cuando se analicen a nivel nacional los niveles y tendencias de la fecundidad y de la mortalidad infantil.

4.2 Nivel de Educación: Por Edad, Area y Región

Numerosos estudios han demostrado que la educación es uno de los factores que más influye en la conducta reproductiva de las mujeres. El descenso de la fecundidad siempre ha estado acompañado de un mejoramiento en los niveles educativos de la

CUADRO 1.4

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, POR AREA Y REGION NATURAL DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	AREA		REGION NATURAL			
		Urbana	Rural	Area Metropolitana de Lima	Resto de Costa	Sierra	Selva
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15-19	22.1	22.4	21.5	21.9	21.9	21.6	24.8
20-24	18.8	19.8	16.6	20.0	19.7	16.3	20.5
25-29	16.2	16.0	16.5	16.5	16.4	15.4	16.3
30-34	13.8	14.0	13.2	14.6	13.7	13.1	13.2
35-39	11.6	11.5	11.7	10.6	10.9	14.1	8.5
40-44	9.8	9.1	11.3	8.4	10.9	11.1	6.8
45-49	7.9	7.2	9.2	7.9	6.5	8.4	9.9
CASOS	4 999	3 406	1 593	1 591	1 331	1 561	516
Distribución Porcentual..	100.0	68.1	31.9	31.9	26.6	31.2	10.3

población. La educación también influye en la reducción de la mortalidad infantil, la cual será menor cuanto más alto sea el nivel educativo de las madres. De ahí que interese conocer cual es al momento de la encuesta, el nivel de educación alcanzado por la población femenina objeto del presente estudio y, además, como ha evolucionado a través del tiempo.

En el cuadro 1.5 se aprecia a través de los resultados comparativos de la ENAF y la ENDES, una mejora apreciable en el nivel educativo de las mujeres. Asi, mientras que entre 1977-78 y 1986 la importancia relativa de las mujeres sin instrucción se redujo en más de un 40 por ciento, la importancia relativa de las mujeres con algún año de instrucción secundaria o superior aumentó en una proporción semejante (42%) llegando a constituir en 1986 más de la mitad de las mujeres entrevistadas.

CUADRO 1.5

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS POR NIVEL DE EDUCACION, SEGUN DOS FUENTES: ENAF Y ENDES.

NIVEL DE EDUCACION	FUENTE DE INFORMACION		CAMBIO (%)
	ENAF 1977-78	ENDES 1986	
TOTAL	100.0	100.0	
Sin Instrucción.	19.8	11.0	-44
Primaria	44.3	38.0	-14
Secundaria y más	35.9	51.0	+42

Las mejoras de la cobertura educacional a través del tiempo también se pueden apreciar al examinar las cifras del cuadro 1.6 que contiene el nivel de educación según edad de las mujeres captado por la ENDES. Los datos confirman tendencias antes advertidas, cuanto más jóvenes son las mujeres más oportunidades han tenido de incorporarse al sistema educativo. Asi se tiene que las mujeres sin instrucción, que representaban el 28.3% del grupo 45-49 años, disminuyen a menos del 3% en el grupo 15-19. En el otro extremo, las mujeres con algún año de instrucción secundaria o

CUADRO 1.6

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	NIVEL DE EDUCACION				CASOS
		Sin Instrucción	Primaria	Secundaria	Superior	
TOTAL	**100.0**	**11.0**	**38.0**	**41.6**	**9.2**	**4 999**
15-19	100.0	2.4	32.3	61.8	3.5	1 104
20-24	100.0	4.7	29.8	53.3	12.2	940
25-29	100.0	7.9	36.3	43.1	12.7	808
30-34	100.0	9.2	39.3	39.1	12.4	688
35-39	100.0	19.1	44.0	26.2	10.7	577
40-44	100.0	26.4	50.1	15.3	8.2	489
45-49	100.0	28.3	51.1	16.5	4.1	393

superior, han aumentado de 21% en el grupo de más edad a 65% en el grupo de las más jóvenes.

El nivel de educación también varía de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, y guarda relación con el grado de desarrollo económico y social alcanzado en dichos lugares. Es por ello que en el área rural el porcentaje de mujeres sin instrucción (26%) es seis veces más que en el área urbana (4%), mientras que las universitarias urbanas (13%) son más de 10 veces que las universitarias del área rural (1%), como puede comprobarse en el cuadro 1.7 y gráfico 1.3.

Según regiones naturales los mayores porcentajes de mujeres sin instrucción corresponden a la Sierra (21%) y Selva (15%); a la costa en cambio le corresponden los mejores niveles de educación, en especial al Area Metropolitana de Lima, donde el 14% de las mujeres ha cursado algún año de estudios universitarios, que sumadas al 59% que aprobaron algún año de secundaria dan, que casi las tres cuartas partes de las mujeres del Area Metropolitana de Lima han superado los seis años de enseñanza primaria obligatoria.

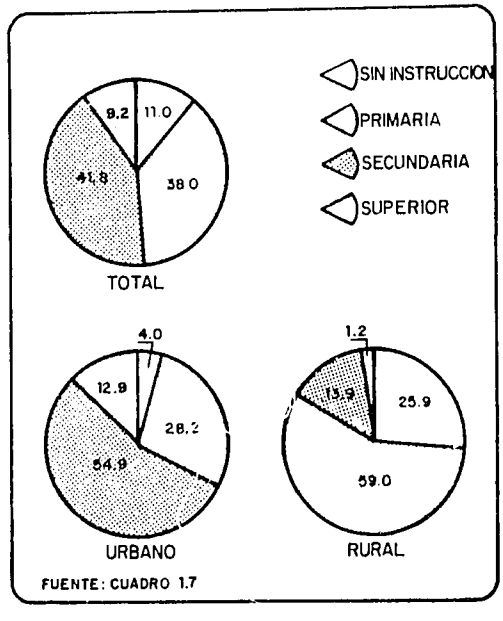
En la Sierra y la Selva, que son las regiones de menor desarrollo, sólo alrededor de la tercera parte de las mujeres ha aprobado algún año de educación secundaria o superior. rior.

Será importante tener presente esta información ya que las diferencias que se advier-

GRAFICO 1.3

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN NIVEL DE EDUCACION, POR AREAS URBANO-RURAL.

ENDES 1986



FUENTE: CUADRO 1.7

CUADRO 1.7

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, POR AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

AREA Y REGION DE RESIDENCIA	TOTAL	NIVEL DE EDUCACION			
		Sin Instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
TOTAL	100.0	11.0	38.0	41.8	9.2
AREA					
Urbano	100.0	4.0	28.2	54.9	12.9
Rural	100.0	25.9	59.0	13.9	1.2
REGION NATURAL					
Area Metropolitana de Lima	100.0	3.1	24.2	58.5	14.2
Resto de Costa	100.0	7.5	38.4	46.4	7.7
Sierra	100.0	20.5	47.6	24.7	7.2
Selva	100.0	15.1	50.8	30.6	3.5

tan en los temas que se analizarán más adelante estarán asociados a los niveles de educación alcanzados en las distintas áreas y regiones del país.

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1986) es un estudio por muestreo de aspectos primordiales de la dinámica demográfica peruana, tales como la fecundidad y la mortalidad infantil, así como sus principales determinantes.

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Una función del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Perú consiste en realizar estudios estadísticos de la población. Por tal razón, conduce el levantamiento de los censos de población y de las encuestas especializadas por muestreo.

Las estadísticas provenientes de estas fuentes contribuyen a satisfacer la demanda de información cuantitativa sobre población requerida por el país. Además constituyen la base de la investigación de las principales tendencias demográficas y otros fenómenos de la población que llevan a cabo las instituciones públicas y privadas, y los estudiosos de esta materia.

En el campo demográfico el INE ha realizado, en los últimos 15 años, las siguientes encuestas nacionales:

a) Encuesta Demográfica Nacional (EDEN,1974-1976), en sus dos modalidades: prospectiva y retrospectiva.
b) Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-1978).
c) Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (ENPA, 1981).

A ellas se suma la ENDES, efectuada en el año 1986.

Sobre la base de esta información el INE analiza, a través de su Dirección General de Demografía, las tendencias demográficas recientes y efectúa estudios sobre aspectos de la población vinculados estrechamente a dichas tendencias.

Los resultados de las mencionadas investigaciones contribuyen especialmente al diseño y evaluación de acciones de la política de población.

El desarrollo de las citadas encuestas se ha realizado contando además con la asistencia técnica y financiera de organismos internacionales. La ENDES, en particular, ha sido llevada a cabo mediante un convenio entre el INE, el Consejo Nacional de Población (CNP) y el Institute for Resource Development (IRD), una entidad subsidiaria de Westinghouse Electric Corporation de los Estados Unidos de Norteamérica.

La ENDES, por otro lado, constituye una de las 35 encuestas del Proyecto Mundial de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, sigla que corresponde a su nombre en inglés "Demographic and Health Surveys"), conducido por el IRD.

2. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

Los objetivos generales de la ENDES son:

a) Proporcionar a las autorida-

des gubernamentales información demográfica básica y sus análisis consecuentes.
b) Incrementar la información internacional sobre características demográficas de la población, permitiendo estudios comparativos entre países y regiones.
c) Reforzar la institucionalización de las encuestas demográficas especializadas.

Entre sus objetivos específicos se citan:

a) Obtener estimaciones sobre los niveles actuales y tendencias recientes de la fecundidad, así como de factores socio-económicos asociados con los niveles.
b) Analizar la prevalencia anticonceptiva de acuerdo a las características de las usuarias (según distribución geográfica y características personales).
c) Estimar los niveles de la mortalidad de la niñez temprana y la cobertura de la atención materno-infantil.
d) Contribuir al perfeccionamiento de la metodología de las encuestas demográficas.

La población en estudio estuvo constituida por las mujeres en edad fértil (definidas operativamente como aquellas que tenían entre 15 y 49 años) residentes en las viviendas particulares del país, excluyendo a la población de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.

A través de la encuesta se recopiló además información de los centros poblados a los que pertenecían las mujeres seleccionadas, útil para futuros estudios explicativos, especialmente en lo referente a los patrones del comportamiento reproductivo.

A fin de contribuir al perfeccionamiento metodológico del levantamiento de las encuestas demográficas por muestreo, la ENDES utilizó dos cuestionarios destinados a recopilar similar información, pero a través de una diferente formulación de ciertas preguntas o de técnicas para obtener información. El primer cuestionario se denominó Cuestionario Básico y el segundo, Cuestionario Experimental.

Para evitar cualquier sesgo que pudiera provenir de la utilización de instrumentos diferentes en algunos aspectos, el análisis de la información se efectuará a partir de los resultados del Cuestionario Básico, hasta que se tengan las conclusiones del estudio comparativo entre las informaciones obtenidas a través de ambos cuestionarios y que se está efectuando en la Universidad de Princeton de los Estados Unidos.

Se consideró que una submuestra de 5 000 mujeres, a quienes se aplicaría el Cuestionario Básico, y otra submuestra de 2 500, que respondería al Cuestionario Experimental, eran representativas del universo estudiado, considerando incluso grandes desagregaciones.

3. DISEÑO DE LA MUESTRA

Durante una visita al Perú, en octubre de 1985, del estadístico inglés Dr. Christopher Scott, junto con técnicos de la Dirección General de Censos y Encuestas del INE, se diseñó la muestra para la ENDES. Esta se basó en el marco muestral desarrollado para la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) de 1984. Tomando como referencia las proyecciones de población hechas por el INE y con la esperanza de obtener aproximadamente 8000 entrevistas efectivas con mujeres en edad fértil (MEF), se decidió usar

una tasa global de muestreo de 1/500 = 0.002, autoponderada a través de los dominios muestrales.

Un problema que se tuvo que enfrentar fue que la muestra de la ENNSA no era autoponderada. Además fue diseñada para proporcionar en promedio 6 entrevistas de hogares por conglomerado en el Area Metropolitana de Lima, 12 en el resto urbano de la Costa, 16 en la Costa rural y en toda la Sierra, y 20 en la Selva. En cambio, la meta establecida para la ENDES fue la de entrevistar a 20 MEF por conglomerado en el área urbana, y 40 en el área rural. En la tabla que se presenta a continuación se muestra cómo se resolvió el problema y cómo se llegó a la muestra de conglomerados para la ENDES.

	DOMINIO	1/P (1)	b (2)	b' (3)	po'/K (4)	m (5)	mpo'/K (6)	m' (7)	po'ajust (8)	Io' (8)
01	COS NOR URB	285	12	20	.3420	92	31.46	46	.50000	2.00
02	COS CEN URB	145	12	20	.1740	95	16.53	24	.25263	3.96
03	COS SUR URB	48	12	20	.0576	79	4.55	7	.08861	1.29
04	SIE NOR URB	28	16	20	.0448	78	3.49	5	.06410	5.60
05	SIE CEN URB	130	16	20	.2080	63	13.10	19	.30159	3.32
06	SIE SUR URB	187	16	20	.2992	63	18.85	28	.44444	2.25
07	SEL ALT URB	129	20	20	.2580	18	4.64	7	.38889	2.57
08	SEL BAJ URB	113	20	20	.2260	35	7.91	12	.34286	2.92
09	LIMA METROP	364	6	20	.2184	420	91.73	135	.32143	3.11
10	COS NOR RUR	104	16	40	.0832	72	5.99	9	.12500	8.00
11	COS CEN RUR	51	16	40	.0408	78	3.18	5	.06410	5.60
12	COS SUR RUR	59	16	40	.0472	25	1.18	2	.08000	2.50
13	SIE NOR RUR	215	16	40	.1720	81	13.93	21	.25926	3.86
14	SIE CEN RUR	330	16	40	.2640	63	16.63	25	.39683	2.52
15	SIE SUR RUR	255	16	40	.2040	69	14.08	21	.30435	3.29
16	SEL ALT RUR	129	20	40	.1290	55	7.09	10	.18182	5.50
17	SEL BAJ RUR	113	20	40	.1130	40	4.52	7	.17500	5.71

La notación utilizada en la tabla es la siguiente:

Columna 1: 1/P es el inverso de la probabilidad total de selección de viviendas usada en la ENNSA.

Columna 2: b fue el número esperado de entrevistas (hogares) para la ENNSA, basado en el Censo de 1981.

Columna 3: b' es el número esperado de entrevistas (mujeres en edad fértil) para la ENDES.

Columna 4: p_0'/K, donde p_0' es la probabilidad de selección de conglomerados para la ENDES, K es una constante que traduce hogares de 1981 a mujeres en edad fértil (MEF) de 1986, que se calculará más adelante. Esta columna se calcula de la siguiente manera: (columna 1/500) x (columna 2 / columna 3).

Columna 5: m es el número de conglomerados seleccionados para la ENNSA.

Columna 6: mp_0'/K, se calcula multiplicando la columna 4 por la columna 5.

Columna 7: $m' = mp_0'$ es el número de conglomerados que debían ser seleccionados para la

ENDES. Multiplicando la columna 3 con la 6 y acumulando, se obtiene un tamaño de muestra de 6509.2K mujeres en edad fértil. Con un blanco de 9600 MEF (8000 más 20% para la no respuesta, sub-cobertura, etc.), se obtiene K=1.4748. Multiplicando K por la columna 6, y redondeando, se obtiene la columna 7.

Columna 8: p_0' ajustada, se calcula dividiendo la columna 7 por la columna 5. Esta proporciona la probabilidad real que se utilizó para seleccionar los conglomerados. Es ajustada debido a la necesidad de que los números en la columna 7 sean enteros.

Columna 9: I_0' igual a la columna 5 / columna 7 ó también 1 / columna 8, es el intervalo para la selección sistemática de conglomerados.

Así se procedió a la selección de 383 conglomerados. Posteriormente, para el Area de Lima Metropolitana se formó un estrato incluyendo a las nuevas invasiones y urbanizaciones periféricas, seleccionándose 8 conglomerados más, dando el número total de conglomerados de 391, de los cuales 143 corresponden al Area Metropolitana de Lima.

Las listas de direcciones de las viviendas en los conglomerados seleccionados fueron actualizadas en una operación de campo que duró unos cuatro meses (de junio a setiembre de 1986). Luego se procedió a la selección sistemática de direcciones. El cálculo que se empleó para determinar el intervalo de selección en cada conglomerado es el siguiente: $I_1'= 500p_{1i}\ p_0'$ ajustada, donde p_{1i} corresponde a la probabilidad de selección del conglomerado para la ENNSA y p_0' ajustada se obtiene de la columna 8 de la tabla. Una vez seleccionadas las direcciones, se asignó una submuestra de 1 en 3 a la encuesta experimental. La asignación fue sistemática a través de toda la muestra, sin utilizar un nuevo arranque en cada conglomerado.

En el trabajo de campo para las entrevistas se empleó la técnica del intervalo semiabierto, en donde si se encuentra una o más viviendas entre la vivienda seleccionada y la siguiente vivienda en el listado, estas viviendas extras quedan automaticamente seleccionadas. Esta técnica es rigurosamente matemática y ayuda a remediar deficiencias en el listado.

Una vez empezado el trabajo de campo, se observó que el número de direcciones seleccionadas por conglomerado, fuera de Lima, fue bastante menor que lo esperado. Tras una investigación urgente y minuciosa de todos los procedimientos muestrales, se encontró que las probabilidades de seleción realmente utilizadas en los dominios rurales del marco de la ENNSA no llevaban a un rendimiento esperado de 16 hogares (columna 2 de la tabla) sino a un número que variaba entre 13.0 y 15.4. En promedio, el rendimiento esperado real fue de aproximadamente 10% por debajo del número calculado de 16. El problema no se restringió al área rural. La parte urbana de la muestra (excluyendo el Area Metropolitana de Lima) no reflejaba el crecimiento poblacional esperado, que a nivel nacional se calculaba en 2.58% anual, cifra utilizada para calcular la fracción de muestreo de la ENDES. Seguramente esto se debió al hecho que, contrariamente al caso de Lima, en las otras ciudades no se abrió un estrato de crecimiento periférico.

Finalmente, considerando los problemas de listado, una posible sobreproyección de la

población en los cálculos iniciales, los marcos no actualizados para el crecimiento periférico en áreas urbanas y algunos listados viciados en áreas rurales, se decidió incrementar en 10% la toma muestral en áreas urbanas, excluyendo al Area Metropolitana de Lima, y de 20% en áreas rurales. Sin esta medida se habría terminado con aproximadamente 650 entrevistas (MEF) menos que las 7533 realmente logradas.

En cuanto al efecto que pueda tener esta medida sobre la representatividad de la muestra, parece que sí mejoró la calidad de la muestra. Al expandir los resultados por el inverso de la fracción de muestreo (500), ajustada por la no respuesta, se está muy cerca a la proyección vigente. También, la distribución urbano-rural se parece a la esperada.

4. RECOPILACION DE DATOS

La conducción directa de la ENDES estuvo a cargo de la Dirección General de Demografía, la que coordinó con los demás órganos del INE, cuando fue necesario. Para la ejecución de la encuesta se organizó un equipo directriz con técnicos locales experimentados. Además, se contó permanentemente con la asesoría de expertos internacionales.

4.1 Los Instrumentos de Recopilación de Datos

Para el desarrollo de la encuesta se desarrollaron los siguientes cuestionarios:

a) El Cuestionario Básico, que incluyó las secciones de preguntas siguientes:

Sección 1. Antecedentes de la entrevistada.
Sección 2. Reproducción.
Sección 3. Anticonceptivos.
Sección 4. Salud y Lactancia Materna.
Sección 5. Estado Conyugal.
Sección 6. Preferencias de Fecundidad.
Sección 7. Antecedentes del Cónyuge y Trabajo de la Mujer.

b) El Cuestionario Experimental, que incluyó las mismas secciones del Cuestionario Básico.

c) La Hoja Muestral y el Cuestionario del Hogar, que comprendían los datos muestrales de cada vivienda y un formulario para el registro de algunos datos de todos los miembros del hogar, respectivamente. Este registro permitía además identificar a las mujeres en edad fértil de cada hogar visitado, para poder entrevistarlas.

d) El Cuestionario de la Comunidad, destinado a recopilar información general sobre cada centro poblado visitado, como disponibilidad de servicios de transporte, de salud y de educación.

Estos documentos fueron estructurados a partir de modelos propuestos por el DHS. Por otro lado, para cubrir adecuadamente a la población de habla aborigen los cuestionarios básico y experimental fueron traducidos al Quechua y al Aymara.

4.2 Reclutamiento y Capacitación del Personal de Trabajo de Campo

En los meses de julio y agosto de 1986 se reclutó y capacitó a 12 supervisoras del trabajo de campo que tenían ya experiencia al respecto y 36 entrevistadoras seleccionadas de acuerdo a su calificación profesional y su puntaje en un cuadro de méritos, dentro de un grupo de 50 candidatas. Previamente se

contrató a un jefe de trabajo de campo.

4.3 Trabajo de Campo

Antes del trabajo de campo propiamente dicho se efectuó la encuesta piloto, en julio de 1986, para someter a prueba los instrumentos de recopilación de datos. Durante la encuesta piloto se cuidó que los cuestionarios fueran aplicados a mujeres de diversas características culturales.

Se organizaron 12 equipos de trabajo conformados por una supervisora y tres entrevistadoras en promedio. Para cubrir la muestra del interior del país se establecieron nueve rutas principales.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de setiembre a diciembre de 1986. Se entrevistó en total a 7 533 mujeres en edad fértil, en 6 800 hogares efectivamente contactados. A 4 999 mujeres se les aplicó el cuestionario básico y a 2 534, el experimental.

5. RENDIMIENTO DE LA MUESTRA

Los cuadros 2.1, 2.2 y 2.3 presentan los resultados del trabajo de campo para la totalidad de la muestra, para la muestra del cuestionario básico, y para la muestra del cuestionario experimental, respectivamente. Una inspección minuciosa de los Cuadros 2.2 y 2.3 revela que no hay diferencias dignas de comentar entre los resultados de las dos submuestras. Así, solamente se comentará las cifras del cuadro 2.1.

El total de direcciones seleccionadas fue de 7 180. Por la aplicación del intervalo semi-abierto se encontraron 170 viviendas suplementarias. A éstas se agregan 224 hogares suplementarios (hogares múltiples dentro de una vivienda) para llegar a un total de 7 574 selecciones. Estas selecciones suplementarias son especialmente significativas en el Area Metropolitana de Lima y en el resto urbano, donde agregan el 7.6% y el 9.3% respectivamente, al número de selecciones originales.

Se llegó a entrevistar con el cuestionario del hogar a 6 800 hogares. De las 774 no entrevistas, 252 fueron debidas a motivos hogareños (ausencia, rechazo) y 522 por problemas del marco (viviendas desocupadas, en construcción, no ubicables, etc.). Estas últimas (las 522) pueden llamarse selecciones no muestrales ya que el marco muestral es de viviendas particulares ocupadas. La "tasa" de selección no muestral está indicada en el renglón 8 del cuadro 2.1. Llama la atención los serios problemas del marco muestral en la Selva y en el área rural en general. Las viviendas no ubicables (o quizás no existentes), que se muestran en el renglón 3.2.g fueron un problema grave en la Sierra y en todo el área rural en general.

Al margen de los problemas del marco, las entrevistadoras tuvieron bastante éxito en lograr las entrevistas, tanto a nivel del hogar como a nivel de la mujer. A nivel del hogar la tasa de entrevista fue de 96.4%, con escasas diferencias entre regiones y áreas de residencia. Se encontró un promedio de 1.17 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) por hogar, una cifra típica para países latinoamericanos. Llama la atención la fuerte diferencia urbano-rural, 1.3 frente a 1.0, producto de la migración probablemente.

Se logró entrevistar al

CUADRO 2.1

PERU: RENDIMIENTO DE TODA LA MUESTRA DE ENDES
SEGUN REGIONES Y AREAS DE RESIDENCIA

ENDES 1986

INFORMACION	TOTAL	AML 1/	REGION NATURAL			AREA	
			Resto de Costa	Sierra	Selva	Resto Urbano	Rural
1. DIRECCIONES SELECCIONADAS....	7 180	2 034	1 651	2 753	742	2 196	2 950
2. SUPLEMENTARIAS.....	394	154	61	138	41	204	36
2.1 Viviendas.....	170	53	24	75	18	108	9
2.2 Hogares.....	224	101	37	63	23	96	27
3. TOTAL DE SELECCIONES (1+2)...	7 574	2 188	1 712	2 891	783	2 400	2 986
3.1 Entrevistadas.....	6 800	1 970	1 577	2 562	691	2 223	2 607
3.2 No Entrevistada.....	774	218	135	329	92	177	379
Motivos:							
a. Ausencia de moradores.	223	49	34	117	23	68	108
b. Rechazo.....	29	23	3	3	0	5	1
c. Desocupada.....	183	54	32	72	25	41	88
d. En construcción.....	17	13	1	0	3	2	2
e. No es vivienda.....	35	14	2	14	5	14	7
f. Puerta falsa.....	21	11	2	5	3	10	0
g. No es ubicable.....	266	54	61	118	33	39	173
4. MUJERES ELEGIBLES.....	7 964	2 590	2 073	2 494	807	2 828	2 546
5. MUJERES 15-49 POR HOGAR..... (4/3.1)	1.17	1.31	1.31	0.97	1.17	1.27	0.98
6. MUJERES ENTREVISTADAS.....	7 533	2 427	1 955	2 366	765	2 687	2 419
7. SELECCIONES NO MUESTRALES.... (3.2.c hasta 3.2.g)	522	146	98	209	69	106	270
8. TASA DE SELECCION NO MUESTRAL.. (7/1)	7.3%	7.2%	5.9%	7.6%	9.3%	4.8%	9.2%
9. TASA DE RESPUESTA DE HOGARES.. (3.1/(3-7)	96.4%	96.5%	97.7%	95.5%	96.8%	96.9%	96.0%
10. TASA DE RESPUESTA DE MUJERES.. (6/4)	94.6%	93.7%	94.3%	95.7%	94.8%	95.0%	95.0%
11. TASA DE RESPUESTA TOTAL	91.2%	90.4%	92.1%	91.4%	91.8%	92.1	91.2%

1/ Area Metropolitana de Lima.

CUADRO 2.2

PERU: RENDIMIENTO DE LA MUESTRA PARA EL CUESTIONARIO BASICO, SEGUN REGIONES Y AREAS DE RESIDENCIA

ENDES 1986

INFORMACION	TOTAL	AML 1/	REGION NATURAL			AREA	
			Resto de Costa	Sierra	Selva	Resto Urbano	Rural
1. DIRECCIONES SELECCIONADAS....	4 787	1 352	1 098	1 838	499	1 463	1 972
2. SUPLEMENTARIAS.....	245	86	37	91	31	135	24
2.1 Viviendas.....	106	31	14	49	12	70	5
2.2 Hogares.....	139	55	23	42	19	65	19
3. TOTAL DE SELECCIONES (1+2)...	5 032	1 438	1 135	1 929	530	1 598	1 996
3.1 Entrevistadas.....	4 497	1 280	1 047	1 700	470	1 481	1 736
3.2 No Entrevistadas.....	535	158	88	229	60	117	260
Motivos:							
a. Ausencia de moradores.	150	34	20	82	14	43	73
b. Rechazo.....	10	16	2	1	0	2	1
c. Desocupada.....	134	41	24	54	15	32	61
d. En construcción.....	12	8	1	0	3	2	2
e. No es vivienda.....	22	10	0	9	3	8	4
f. Puerta falsa.....	14	8	1	3	2	6	0
g. No es ubicable.....	184	41	40	80	23	24	118
4. MUJERES ELEGIBLES.....	5 282	1 698	1 403	1 633	548	1 905	1679
5. MUJERES 15-49 POR HOGAR..... (4/3.1)	1.17	1.33	1.34	0.96	1.17	1.29	0.97
6. MUJERES ENTREVISTADAS.....	4 999	1 591	1 331	1 561	516	1 815	1 593
7. SELECCIONES NO MUESTRALES.... (3.2.c hasta 3.2.g)	366	108	66	146	46	72	186
8. TASA DE SELECCION NO MUESTRAL (7/1)	7.6%	8.0%	6.0%	7.9%	9.2%	4.9%	9.4%
9. TASA DE RESPUESTA DE HOGARES. (3.1/3-7)	96.4%	96.2%	97.9%	95.3%	97.1%	97.1%	95.9%
10. TASA DE RESPUESTA DE MUJERES. (8/4)	94.6%	93.7%	94.9%	95.6%	94.2%	95.3%	94.9%

1/ Area Metropolitana de Lima

CUADRO 2.3

PERU: RENDIMIENTO DE LA MUESTRA PARA EL CUESTIONARIO EXPERIMENTAL SEGUN REGIONES Y AREAS DE RESIDENCIA

ENDES 1986

INFORMACION	TOTAL	AML 1/	REGION NATURAL			AREA	
			Resto de Costa	Sierra	Selva	Resto urbano	Rural
1. DIRECCIONES SELECCIONADAS....	2 393	682	553	915	243	733	978
2. SUPLEMENTARIAS.....	149	68	24	47	10	69	12
2.1 Viviendas.....	64	22	10	26	6	38	4
2.2 Hogares.....	85	46	14	21	4	31	8
3. TOTAL DE SELECCIONES (1+2)...	2 542	750	577	962	253	802	990
3.1 Entrevistadas.....	2 303	690	530	862	221	742	871
3.2 No Entrevistadas.....	239	60	47	100	32	60	119
Motivos:							
a. Ausencia de moradores.	73	15	14	35	8	23	35
b. Rechazo.....	10	7	1	2	0	3	0
c. Desocupada.....	49	13	8	18	10	9	27
d. En construcción.....	5	5	0	0	0	0	0
e. No es vivienda.....	13	4	2	5	2	6	3
f. Puerta falsa.....	7	3	1	2	1	4	0
g. No es ubicable.....	82	13	21	38	10	15	54
4. MUJERES ELEGIBLES.....	2 682	892	670	861	259	923	867
5. MUJERES 15-49 POR HOGAR..... (4/3.1)	1.16	1.29	1.26	1.00	1.17	1.24	1.00
6. MUJERES ENTREVISTADAS.....	2 534	836	624	825	249	872	826
7. SELECCIONES NO MUESTRALES.... (3.2.c hasta 3.2.g)	156	38	32	63	23	34	84
8. TASA DE SELECCION NO MUESTRAL (7/1)	6.5%	5.6%	5.8%	6.9%	9.5%	4.6%	8.6%
9. TASA DE RESPUESTA DE HOGARES. (3.1/3-7)	96.5%	96.9%	97.2%	95.9%	96.1%	96.6%	96.1%
10. TASA DE RESPUESTA DE MUJERES. (6/4)	94.5%	93.7%	93.1%	95.8%	96.1%	94.5%	95.3%

1/ Area Metropolitana de Lima.

94.6% de las mujeres elegibles, habiendo escasa variación entre regiones y áreas de residencia. Tres cuartas partes de la no entrevista se debió a ausencias; la tasa de rechazo fue menos de 0.5 por ciento. Debido a la alta tasa de respuesta, no se consideró pertinente desglosar la no respuesta en el cuadro 2.1.

6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION Y PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Casi paralelamente al trabajo de campo se realizó la entrada de datos durante los meses de setiembre a enero de 1987. Para ello se utilizó 4 microcomputadoras personales, dos de ellas equipadas con discos duros de 30 megabytes. La entrada de datos estuvo a cargo de un equipo de 8 digitadoras y una supervisora de digitación.

Tanto la entrada de datos como la consistencia mecanizada y la mayor parte de las tabulaciones se efectuaron utilizando el paquete ISSA (Integrated System for Survey Analisis), desarrollado especialmente para el procesamiento de los datos del Proyecto DHS.

Para la preparación del presente Informe General se tabuló exclusivamente la información proveniente del cuestionario básico. Las tabulaciones fueron realizadas utilizando los casos observados sin aplicar ajustes o factores especiales, puesto que la muestra es autoponderada. Los cuadros del informe presentan por lo general cifras relativas, indicando siempre la base de población.

No se ha efectuado tampoco la expansión de los valores. Sin embargo, a continuación se describe una forma de hacerlo sencillamente, lo cual evidentemente proporciona cantidades aproximadas.

De los cuadros referidos al rendimiento muestral, presentados anteriormente, se toma como base la siguiente información:

(1) Fila 3.1. Hogares entrevistados
(2) Fila 3.2.a. Pérdida de vivienda por ausencia
(3) Fila 3.2.b. Pérdida de vivienda por rechazo
(4) Fila 3.2.g. Pérdida de vivienda por no ubicable
(5) Fila 4. Mujeres elegibles
(6) Fila 6. Mujeres entrevistadas

Un dato adicional es:

(7) Inversa de la tasa de muestreo

Se calcula primero el factor de expansión de los hogares:

$$F(h) = [(1)+(2)+(3)+(4) / (1)] \times (7)$$

Luego se calcula el factor de expansión de las mujeres en edad fértil:

$$F(MEF) = F(h) \times [(5) / (6)]$$

Tomando como fuente el cuadro 2.2 y asumiendo una tasa de muestreo de 1/750, se puede calcular el factor de expansión para el país:

$$F(h) = [(4497 + 150 + 19 + 184) / 4497] \times 750 = 808.9$$

$$F(MEF) = 808.9 \times (5282 / 4999) = 854.7$$

Asumiendo que el factor de expansión presentado es un promedio referido al país y utilizando las columnas correspondientes a las regiones y áreas podría intentarse también el cálculo de factores de expansión específicos. No obstante cabe advertir que los resultados que se obtengan deben

ser manejados con prudencia.

7. LOS ERRORES DE MUESTREO

A diferencia de un censo, los datos de una muestra están sujetos a errores de muestreo. La muestra de mujeres estudiadas en la ENDES no es sino una de las millones de posibles muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría dado resultados en algo diferentes de los arrojados por la ENDES. Esta variabilidad que se observaría constituye el error de muestreo. El error de muestreo no se puede conocer directamente, pero es posible estimarlo a partir de los datos de la muestra seleccionada.

El error de muestreo se mide por medio del error estándar, que a su vez se estima a través de la desviación estándar. El error estándar estimado puede utilizarse para calcular intervalos dentro de los cuales hay una determinada probabilidad de que se encuentre el valor real de la población. Estos se llaman intervalos de confianza. Por ejemplo, para calcular un intervalo de confianza de 95 por ciento alrededor de cierta cifra, se le suma y resta dos veces su error estándar (en rigor, 1.96 veces).

Se ha calculado los errores muestrales y otras estadísticas para un conjunto de 23 variables de la ENDES (cuadro 2.4). Se utilizó el programa CLUSTERS (Computation and Listing of Useful Statistics on Errors of Sampling) que fue desarrollado por la Encuesta Mundial de Fecundidad para diseños complejos. El programa utiliza las fórmulas que corresponden al diseño muestral complejo empleado, las cuales consideran los erectos de la estratificación y la conglomeración.

El CLUSTERS calcula las siguientes estadísticas:

1) R, el valor estimado, que puede ser una proporción, un promedio o una razon.
2) ES, el error estándar.
3) ES(mas), el error estándar que se obtendría tratando la muestra como si fuera simple al azar.
4) DEFT, el efecto del diseño; DEFT = ES/ES(mas).
5) ROH, razón de homogeneidad; ROH = (DEFT - 1)/(b - 1), dónde b es el tamaño promedio de los conglomerados en términos del número de entrevistas. ROH es una correlación intraclase media que refleja caracteristicas de la propia variable; no depende tanto como el DEFT del diseño muestral utilizado o del tamaño de los conglomerados.
6) ES/R, el error relativo.
7) R - 2ES y R + 2ES, el intervalo de confianza de 95 por ciento.

El cuadro 2.4 presenta la lista de las 23 variables consideradas de gran interés en la encuesta. Para cada una se indica el tipo de indicador y el grupo de mujeres para las cuales está definida. En el cuadro 2.5 se incluye para cada variable el valor estimado R, el error estándar, el número de casos en la muestra total, DEFT, ROH, el error relativo y el intervalo de confianza del 95 por ciento. Nótese que el programa CLUSTERS no calcula el valor de ROH si el tamaño medio de los conglomerados es menor de 6 para un determinado denominador.

En general se aprecia que los errores estándar son bastante pequeños, indicando que la muestra es bien precisa. El promedio general del error relativo es de 3.7%; del ROH, .049 y del DEFT, 1.18. Llama la atención los altos valores

del DEFT y ROH para las variables EDUC (% con secundaria), CONO (conoce algún método) y HAUS (ha usado). Esto se debe a la gran homogeneidad dentro de los conglomerados respecto a estas tres variables.

En el cuadro 2.6 se presenta los errores muestrales para grupos grandes de edad. Como es de esperar cuando se trata de clases o cortes no geográficos, los DEFT son más pequeños que para la muestra total o para áreas de residencia (cuadro 2.7) o regiones naturales (cuadro 2.8). El promedio de los DEFT en el cuadro 2.6 es de 1.09, indicando una precisión casi tan buena como si se hubiera empleado el muestreo aleatorio simple.

CUADRO 2.4

PERU: LISTADO DE VARIABLES PARA LAS QUE SE CALCULO EL ERROR MUESTRAL

ENDES 1986

VARIABLE		ESTIMACION	POBLACION BASE
EDUC	Educación secundaria o más	Proporción	Todas
SOLT	Aún soltera	Proporción	Todas
EXPUES	Expuesta al embarazo	Proporción	Actualmente unidas
HNV	Hijos nacidos vivos	Promedio	Todas
HAV	Hijos actualmente vivos	Promedio	Todas
HM	Hijos muertos	Razón	Todas
HNV>40	Hijos nacidos vivos	Promedio	Mujeres 40-49 años
EMBA	Embarazada	Proporción	Actualmente unidas
CONO	Conoce algún método	Proporción	Actualmente unidas
HAUS	Ha usado métodos	Proporción	Actualmente unidas
USACT	Usa actualmente método	Proporción	Actualmente unidas
PILD	Usa la píldora	Proporción	Actualmente unidas
ESTER	Usa la esterilización	Proporción	Actualmente unidas
RITMO	Usa el ritmo	Proporción	Actualmente unidas
DESEA	Desea más hijos	Proporción	Actualmente unidas
DESP	Desea esperar >=2 años	Proporción	Actualmente unidas
LACT	Meses de lactancia	Promedio	Nacidos últimos 1-36 meses
AMENO	Meses amenorreica	Promedio	Nacidos últimos 1-36 meses
ABST	Meses de abstinencia	Promedio	Nacidos últimos 1-36 meses
ATEN	Parto atendido por médico	Proporción	Nacidos últimos 1-60 meses
TETAN	Madre recibió inyección tétano	Proporción	Nacidos últimos 1-60 meses
DIAR	Diarrea últimos 15 días	Proporción	Niños 1-60 meses
TARJ	Tiene tarjeta de vacunación	Proporción	Niños de 12-23 meses

CUADRO 2.5

PERU: ERRORES DE MUESTREO PARA LA MUESTRA TOTAL

ENDES 1986

VARIABLE	VALOR ESTIMADO	ERROR ESTANDAR	Nº DE CASOS	EFECTO DEL DISEÑO		ERROR RELATIVO	INTERVALOS DE CONFIANZA	
	R	ES	N	DEFT	ROH	ES/R	R - 2ES	R + 2ES
EDUC	.510	.011	4 999	1.53	.114	.021	.488	.532
SOLT	.352	.008	4 999	1.16	.029	.022	.337	.368
EXPUE	.455	.010	2 900	1.08	.020	.022	.435	.475
HNV	2.659	.046	4 999	1.08	.015	.017	2.567	2.751
HAV	2.288	.037	4 999	1.05	.009	.016	2.214	2.362
HM	.139	.004	4 999	1.20	.037	.032	.131	.148
HNV>40	6.006	.132	882	1.21	*	.022	5.742	6.269
EMBA	.103	.006	2 900	1.05	.015	.057	.092	.115
CONO	.891	.009	2 900	1.53	.209	.010	.873	.908
HAUS	.651	.012	2 900	1.38	.140	.019	.627	.675
USACT	.458	.011	2 900	1.21	.072	.024	.435	.480
PILD	.065	.005	2 900	1.19	.064	.084	.054	.076
ESTER	.061	.005	2 900	1.15	.051	.084	.051	.071
RITMO	.177	.008	2 900	1.07	.024	.043	.162	.192
DESEA	.228	.008	2 900	1.09	.028	.037	.211	.245
DESP	.128	.007	2 900	1.08	.027	.053	.114	.141
LACT	15.644 1/	.423	1 818	1.09	.016	.027	14.798	16.489
AMENO	8.455 1/	.370	1 818	1.09	.016	.044	7.716	9.195
ABST	5.406 1/	.299	1 818	1.02	.003	.055	4.808	6.004
ATEN	.276	.013	3 156	1.35	.069	.048	.249	.302
TETAN	.156	.010	3 156	1.28	.053	.064	.137	.175
DIAR	.319	.010	2 861	1.08	.014	.032	.299	.340
TARJ	.916	.013	526	1.07	*	.014	.891	.942

1/ Estas cifras difieren en aproximadamente medio mes de las dadas en el Capitulo 4 porque están calculadas para hijos nacidos de 1 a 36 meses anteriores a la entrevista en vez de 0 a 35 meses.

* No calculado porque el tamaño medio de los conglomerados es menor de 6 para el denominador.

CUADRO 2.6

PERU: ERRORES DE MUESTREO PARA LOS GRUPOS DE EDAD

ENDES 1986

VARIABLE	EDAD 15 - 24				EDAD 25 - 34				EDAD 35 - 49			
	R	E.S	N	DEFT	R	E.S	N	DEFT	R	E.S	N	DEFT
EDUC	.654	.014	2 044	1.35	.538	.016	1 496	1.28	.280	.016	1 459	1.34
SOLT	.705	.012	2 044	1.19	.172	.011	1 496	1.17	.042	.006	1 459	1.08
EXPUE	.420	.022	547	1.03	.532	.016	1 130	1.06	.399	.014	1 223	1.02
HNV	.478	.023	2 044	1.13	2.807	.065	1 496	1.17	5.561	.100	1 459	1.22
HAV	.434	.020	2 044	1.12	2.493	.055	1 496	1.16	4.674	.077	1 459	1.17
HM	.092	.009	2 044	0.94	.112	.006	1 496	1.13	.159	.006	1 459	1.11
HNV>40	-	-	-	-	-	-	-	-	6.006	.132	882	1.21
EMBA	.216	.018	547	0.99	.122	.010	1 130	1.05	.035	.005	1 223	0.98
CONO	.881	.017	547	1.21	.921	.012	1 130	1.47	.867	.010	1 223	1.04
HAUS	.589	.024	547	1.15	.711	.017	1 130	1.29	.624	.015	1 223	1.12
USACT	.355	.023	547	1.13	.528	.017	1 130	1.13	.438	.014	1 223	1.01
PILD	.069	.012	547	1.10	.101	.010	1 130	1.10	.030	.005	1 223	1.07
ESTER	.000	-	547	-	.037	.006	1 130	1.04	.110	.010	1 223	1.10
RITMO	.139	.015	547	1.00	.194	.012	1 130	0.98	.179	.011	1 223	1.02
DESEA	.463	.024	547	1.11	.258	.014	1 130	1.05	.095	.009	1 223	1.02
DESP	.232	.018	547	1.02	142	.011	1 130	1.10	.068	.007	1 223	1.01
LACT 1/	16.144	.663	582	0.96	14.618	.570	857	1.04	17.193	.943	379	1.06
AMENO 1/	8.227	.590	582	1.00	8.611	.538	857	1.09	8.454	.775	379	1.02
ABST 1/	6.619	.562	582	0.99	4.495	.395	857	1.00	5.604	.621	379	0.94
ATEN	.261	.019	817	1.08	.291	.018	1 535	1.23	.257	.022	804	1.13
TETAN	.199	.017	817	1.01	.151	.013	1 535	1.17	.110	.013	804	1.03
DIAR	.354	.018	750	0.99	.301	.014	1 402	1.04	.320	.020	709	1.03
TARJ	.953	.016	171	0.98	.892	.022	241	1.12	.912	.028	114	1.07

1/ Estas cifras difieren en aproximadamente medio mes de las dadas en el Capitulo 4 porque están calculadas para hijos nacidos de 1 a 36 meses anteriores a la entrevista en vez de 0 a 35 meses.

CUADRO 2.7

PERU: ERRORES DE MUESTREO PARA LAS AREAS DE RESIDENCIA

ENDES 1986

VARIABLE	AREA DE RESIDENCIA														
	AREA METROPOLITANA DE LIMA					RESTO URBANO					RURAL				
	R	E.S	N	DEFT	ROH	R	E.S	N	DEFT	ROH	R	E.S	N	DEFT	ROH
EDUC	.727	.017	1 591	1.49	.122	.635	.017	1 815	1.54	.123	.151	.016	1 593	1.77	.143
SOLT	.415	.015	1 591	1.20	.044	.372	.012	1 815	1.10	.018	.267	.012	1 593	1.08	.011
EXPUE	.566	.019	825	1.07	*	.489	.018	1 002	1.13	.050	.337	.015	1 073	1.07	.015
HNV	1.953	.070	1 591	1.17	.037	2.370	.063	1 815	0.98	-.003	3.692	.092	1 593	1.04	.006
HAV	1.793	.059	1 591	1.10	.021	2.104	.053	1 815	0.96	-.007	2.992	.072	1 593	1.03	.004
HM	.082	.007	1 591	1.16	.035	.112	.007	1 815	1.21	.042	.190	.007	1 593	1.22	.032
HNV>40	4.849	.195	259	1.14	*	5.493	.186	296	1.12	*	7.385	.237	327	1.26	*
EMBA	.069	.008	825	0.95	*	.101	.011	1 002	1.13	.048	.132	.010	1 073	1.01	.002
CONO	.989	.004	825	1.20	*	.973	.006	1 002	1.15	.056	.738	.023	1 073	1.73	.204
HAUS	.847	.015	825	1.23	*	.771	.016	1 002	1.18	.069	.388	.025	1 073	1.65	.177
USACT	.628	.018	825	1.06	*	.550	.019	1 002	1.18	.068	.240	.018	1 073	1.35	.085
PILD	.088	.011	825	1.09	*	.086	.011	1 002	1.21	.080	.028	.007	1 073	1.38	.093
ESTER	.067	.009	825	1.09	*	.091	.010	1 002	1.13	.047	.029	.007	1 073	1.32	.076
RITMO	.206	.014	825	0.97	*	.227	.014	1 002	1.03	.012	.109	.011	1 073	1.18	.040
DESEA	.257	.017	825	1.11	*	.236	.013	1 002	0.99	-.002	.199	.014	1 073	1.15	.033
DESP	.141	.013	825	1.10	*	.132	.012	1 002	1.08	.030	.115	.010	1 073	1.08	.016
LACT 1/	11.551	1.003	374	1.17	*	13.329	.713	578	1.04	.008	18.956	.571	866	1.06	.009
AMENO 1/	5.198	.703	374	1.09	*	6.353	.560	578	1.02	.004	11.266	.556	866	1.07	.010
ABST 1/	4.235	.559	374	0.94	*	4.609	.508	578	1.04	.007	6.443	.461	866	1.02	.002
ATEN	.590	.028	651	1.27	*	.366	.023	990	1.25	.049	.079	.011	1 515	1.39	.062
TETAN	.217	.020	651	1.10	*	.229	.020	990	1.26	.053	.082	.011	1 515	1.34	.054
DIAR	.258	.018	627	0.96	*	.320	.017	912	1.03	.005	.348	.016	1 322	1.14	.021
TARJ	.980	.014	102	0.98	*	.960	.014	176	0.96	*	.859	.024	248	1.10	*

1/ Estas cifras difieren en aproximadamente medio mes de las dadas en el Capítulo 4 porque están calculadas para hijos nacidos de 1 a 36 meses anteriores a la entrevista en vez de 0 a 35 meses.

* No calculado porque el tamaño medio de los conglomerados es menor de 6 para el denominador.

CUADRO 2.8

PERU: ERRORES DE MUESTREO PARA LAS REGIONES NATURALES

ENDES 1986

VARIABLE	REGION NATURAL														
	COSTA (SIN AREA METOPOLITANA)					SIERRA					SELVA				
	R	E.S	N	DEFT	ROH	R	E.S	N	DEFT	ROH	R	E.S	N	DEFT	
EDUC	.541	.022	1 331	1.59	.115	.319	.019	1 561	1.63	.136	.341	.033	516	1.56	.108
SOLT	.361	.014	1 331	1.05	.008	.303	.014	1 561	1.20	.037	.285	.022	516	1.09	.014
EXPUE	.482	.021	763	1.13	.040	.367	.017	981	1.09	.026	.375	.023	331	0.84	-.035
HNV	2.594	.085	1 331	1.04	.007	3.243	.093	1 561	1.12	.020	3.233	.141	516	0.97	-.005
HAV	2.310	.073	1 331	1.04	.006	2.635	.071	1 561	1.09	.015	2.705	.108	516	0.90	-.014
HM	.109	.008	1 331	1.17	.028	.187	.008	1 561	1.23	.042	.163	.012	516	1.14	.023
HNV>40	6.022	.262	232	1.28	*	6.616	.234	305	1.21	*	7.279	.397	86	1.14	*
EMBA	.115	.013	763	1.16	.048	.123	.011	981	1.03	.010	.103	.015	331	0.90	-.023
CONO	.974	.010	763	1.68	.252	.742	.022	981	1.57	.203	.894	.030	331	1.78	.265
HAUS	.729	.022	763	1.35	.113	.449	.021	981	1.34	.112	.583	.042	331	1.54	.166
USACT	.520	.021	763	1.17	.050	.309	.018	981	1.22	.067	.329	.034	331	1.31	.087
PILD	.102	.013	763	1.19	.057	.021	.005	981	1.17	.052	.051	.017	331	1.37	.106
ESTER	.104	.013	763	1.16	.047	.025	.006	981	1.24	.073	.054	.015	331	1.19	.050
RITMO	.195	.015	763	1.08	.023	.162	.013	981	1.13	.039	.109	.018	331	1.04	.009
DESEA	.241	.017	763	1.11	.032	.198	.013	981	0.99	-.001	.215	.027	331	1.20	.053
DESP	.136	.013	763	1.07	.019	.107	.010	981	1.03	.008	.139	.023	331	1.21	.056
LACT 1/	13.834	.761	458	0.99	-.002	18.934	.629	713	1.02	.004	15.692	1.077	273	1.18	.029
AMENO 1/	6.367	.605	458	0.99	-.002	11.007	.556	713	0.97	-.005	9.758	1.155	273	1.28	.047
ABST 1/	4.323	.569	458	1.06	.010	6.311	.480	713	0.96	-.006	6.462	.896	273	1.12	.019
ATEN	.306	.025	795	1.23	.039	.117	.013	1 247	1.17	.031	.201	.035	463	1.54	.104
TETAN	.220	.023	795	1.30	.052	.079	.013	1 247	1.41	.081	.166	.023	463	1.10	.016
DIAR	.270	.019	738	1.08	.012	.361	.019	1 077	1.18	.032	.391	.024	419	0.89	-.016
TARJ	.935	.021	139	1.01	*	.863	.026	211	1.11	*	.946	.024	74	0.60	*

1/ Estan cifras difieren en aproximadamente medio mes de las dadas en el Capítulo 4 porque están calculadas para hijos nacidos de 1 a 36 meses anteriores a la entrevista en vez de 0 a 35 meses.

* No calculado porque el tamaño medio de los conglomerados es menor de 6 para el denominador.

III. FECUNDIDAD

La fecundidad, al igual que la mortalidad constituye uno de los componentes del crecimiento vegetativo de una población. En la actualidad, el Perú viene experimentando un proceso de descenso de la fecundidad, que aunque no ha sido explicado en su totalidad, puede decirse que responde básicamente al aumento de los niveles educativos de la población y al desarrollo urbano del país. En tal sentido, el estudio de la fecundidad y de las condiciones en que se da la transición desde niveles altos a bajos es un tema de sumo interés, especialmente, en el entendido de que la aplicación de toda política de población debe sustentarse en el conocimiento científico de los elementos que inciden sobre la dinámica demográfica.

El objeto del presente capítulo es analizar el nivel y estructura de la fecundidad, que resultan de los datos observados por la ENDES, así como la variación que se encuentra en relación a estimaciones efectuadas a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-78). Previamente, conviene hacer algunos alcances acerca de la metodología empleada en la recolección de información y en la estimación de los indicadores de fecundidad, con la finalidad de comprender mejor los resultados que se presentan a continuación.

En la ENDES se captó dos tipos de información respecto al comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil. El primero se refiere al número total de hijos tenidos por cada mujer; se obtuvo mediante un conjunto de preguntas acerca del número de hijos, varones y mujeres, que al momento de la encuesta viven o no viven con la mujer entrevistada, así como de aquellos que han fallecido. Este tipo de dato resulta bastante confiable y de buena calidad, especialmente en las mujeres jóvenes; sin embargo, es probable que las mujeres de mayor edad no proporcionen información completa, muchas veces porque no recuerdan experiencias ocurridas varias décadas atrás, cuando iniciaron su vida reproductiva. Los datos sobre el número de hijos tenidos (fecundidad acumulada) permiten tener un panorama global de la experiencia reproductiva de las mujeres en las últimas décadas, asimismo proporcionan un marco de referencia para el análisis de la fecundidad más reciente.

El otro tipo de información sobre fecundidad se obtiene a través de la historia de nacimientos, la cual recoge datos acerca de la fecha del acontecimiento, sexo, sobrevivencia y edad al morir de cada niño, si es que éste hubiera fallecido. Esta es una historia completa de nacimientos, que comienza por el primer hijo nacido vivo de cada mujer, y termina con el nacimiento del último hijo. Los datos captados en ella posibilitan el cálculo de las tasas de fecundidad correspondientes a un período reciente o pasado, así como un análisis de tipo transversal o longitudinal. De otro lado, permiten el estudio

de la sobrevivencia de los hijos, aspecto que puede relacionarse con el tamaño promedio de los intervalos entre nacimientos y el orden de ocurrencia.

Las tasas de fecundidad que se presentan corresponden a un promedio de los tres años anteriores a la encuesta. Se adoptó dicho período de referencia porque permite medir el comportamiento reproductivo reciente, eliminando la aleatoriedad que afecta a las tasas anuales de fecundidad.

De otro lado, es importante recordar que los resultados que a continuación se analizan corresponden a la población encuestada a nivel nacional, exceptuando aquella residente en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, comprendidos en la zona de emergencia, y que por razones de seguridad no formaron parte de la muestra.

Por último cabe mencionar que en el país se han desarrollado una serie de encuestas demográficas con representatividad nacional y regional. Dichas encuestas han proporcionado valiosa información que, a la fecha, permiten contar con estimaciones confiables de los niveles y tendencias de la fecundidad en los últimos 25 años. Entre las encuestas anteriormente efectuadas, cabe mencionar a la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) 1/, la cual empleó una metodología muy similar y recogió el mismo tipo de información que la ENDES. Por ello, el análisis de los cambios en la fecundidad se realizará, principalmente, comparando los resultados de ENDES con los de ENAF.

1/ INE: Encuesta Nacional de Fecundidad: 1977-78, Informe General. 1979.

1. FECUNDIDAD ACTUAL

En el cuadro 3.1 se presenta las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad, correspondientes a los 36 meses anteriores al mes de la entrevista. El numerador de las tasas se obtiene clasificando los nacimientos ocurridos en el período de referencia según la edad de la madre al momento del nacimiento del niño. El denominador es la suma de meses-persona vividos por cada mujer, divididos entre doce, en cada uno de los grupos de edad, durante el mismo período. Para el cálculo sólo se consideran los acontecimientos y tiempo de exposición entre las edades de 15 a 49 años, cualquiera sea el estado conyugal de la mujer. Las tasas específicas están expresadas en términos de nacimientos por cada mil años-mujer de exposición.

CUADRO 3.1

PERU: TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	NACIMIENTOS	AÑOS-MUJER DE EXPOSICION	TASAS DE FECUNDIDAD (en miles)
15-19	514.0	6 511.0	78.9
20-24	968.0	5 262.5	183.9
25-29	916.0	4 609.3	198.7
30-34	624.0	3 868.3	161.3
35-39	414.0	3 389.0	122.2
40-44	176.0	2 764.0	63.7
45-49	22.0	1 525.8	14.4
TOTAL	3 634.0	27 930.0	823.2
T.G.F 1/			4.1
T.F.G 2/			130.1

1/ Tasa Global de Fecundidad: Número medio de hijos que tendría una mujer al término de su vida reproductiva, si cada año tuviese hijos de acuerdo a las tasas específicas de fecundidad observadas.

2/ Tasa de Fecundidad General: Número de nacimientos, que en promedio, ocurrieron cada año del período de estudio por cada mil mujeres entre 15 y 49 años.

Además de las tasas específicas, al final del cuadro se presentan dos indicadores resumen de la fecundidad: la tasa de fecundidad general (TFG) y la tasa global de fecundidad (TGF). La tasa de fecundidad general indica el número de nacimientos que, en promedio, ocurrió cada año del periodo de estudio por cada mil mujeres entre 15 y 49 años 1/. A diferencia, la tasa global de fecundidad, constituye una medida resumen pues denota el número medio de hijos que tendría una mujer al término de su vida reproductiva, si cada año tuviese hijos de acuerdo a las tasas especificas de fecundidad observadas. La ENDES estima un promedio de 4.1 hijos por mujer 2/ en el período correspondiente a 1984-86.

Las tasas de fecundidad por edad muestran un patrón usual, ya observado en anteriores oportunidades. La fecundidad muestra niveles bajos al comienzo de la vida reproductiva y empieza a aumentar hasta lograr el máximo valor (199 por mil) en el grupo de 25 a 29 años, edad a partir de la cual se da un descenso notorio. Al repecto, cabe señalar que las tasas de fecundidad a partir de los cuarenta años son menores que las que se observan en el primer grupo de edad, ello como resultado de que el control de los nacimientos se da mayormente después de que se ha alcanzado un número determinado de hijos.

Analizando la distribución porcentual de las tasas específicas por edad, se tiene que más del 80% de la fecundidad se concentra entre los 20 y 39 años de edad, definiéndose el patrón encontrado como de cúspide tardía, con una edad media de procreación alrededor de los 29 años.

Es de esperar que en la medida en que el descenso de la fecundidad se torne más intenso y sostenido, aumentará la concentración de los nacimientos en las edades intermedias del período fértil. Así disminuirá el riesgo de muerte tanto de la madre como del hijo, el cual, según diversos estudios, es más alto entre las mujeres muy jóvenes y en las mayores de 30 (ver el capítulo de mortalidad).

Considerando los datos observados y la estructura de la fecundidad, comentada en los párrafos anteriores, se tendría una tasa bruta de natalidad (número de nacimientos ocurridos durante un año por cada mil habitantes) de 30 por mil 1/.

2. FECUNDIDAD DIFERENCIAL

El comportamiento observado a nivel de todo el país, no es uniforme en las distintas regiones y grupos de población, sino por el contrario se presentan marcadas diferencias, producto de la heterogeneidad social, cultural y económica del Perú. Esto se aprecia en el cuadro 3.2, en el cual se presentan las tasas específicas y las medidas resumen de la fecundidad

1/ Estrictamente significa número de nacimientos por cada mil años-mujer de exposición entre 15 y 49 años.

2/ La tasa global de fecundidad estimada (4.1 hijos por mujer) no incluye el área de emergencia. Dicha tasa puede corregirse asumiendo que la zona de emergencia se caracteriza por tener una alta fecundidad, semejante a la que ENDES encuentra en el área rural, 6.3 hijos por mujer. Para la respectiva ponderación, se adoptó la proporción que, según el Censo de 1981, representan para esta área, las mujeres de 15 a 49 años (6.08%) respecto a las mujeres respecto a las mujeres en edad fértil a nivel nacional. En base a estas consideraciones la tasa que resultó del ajuste fue de 4.3 hijos por mujer.

1/ Con igual consideración que en el caso de la tasa global de fecundidad, al incluir a la zona de emergencia la tasa bruta de natalidad nacional ajustada sería de 31 por mil.

CUADRO 3.2

PERU: TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (EN MILES) PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN AREA, REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	GRUPOS DE EDAD							TGF 1/	TFG 2/
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
TOTAL	78.9	183.9	198.7	161.3	122.2	63.7	14.4	4.1	130.1
AREA									
Urbana	54.1	156.8	160.5	126.2	74.3	36.7	2.1	3.1	99.8
Rural	138.3	250.3	278.4	238.7	218.1	109.9	34.6	6.3	194.9
REGION NATURAL									
Area Metropolitana de Lima	41.3	132.8	134.7	105.9	58.5	26.1	4.0	2.5	83.9
Resto de Costa	83.1	181.0	170.4	165.2	108.0	43.3	6.3	3.8	122.6
Sierra	91.1	221.2	253.9	202.4	170.7	103.1	34.0	5.4	163.4
Selva	140.8	263.9	320.0	211.3	166.0	92.0	0.0	6.0	192.6
NIVEL DE EDUCACION									
Sin instrución	122.9	309.3	266.8	281.9	193.2	114.5	34.2	6.6	183.2
Primaria	132.5	251.7	246.3	176.5	126.1	48.2	9.9	5.0	154.2
Secundaria	57.3	159.2	173.2	124.9	65.9	33.2	0.0	3.1	107.7
Superior	17.5	45.6	97.6	107.4	77.3	44.4	0.0	1.9	65.4

1/ Tasa Global de Fecundidad.
2/ Tasa de Fecundidad General.

para el periodo aproximado de 1984-1986, según región de residencia, area urbana y rural y nivel educativo de la mujer.

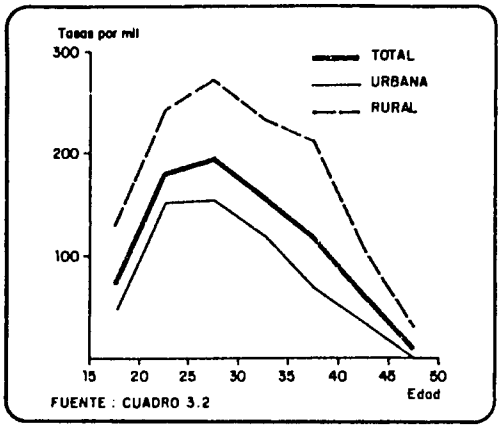
La comparación entre área urbana y rural 1/ evidencia una brecha importante entre la fecundidad de las mujeres de ambas áreas. Mientras las mujeres urbanas tienen algo más de 3 hijos al término de su vida reproductiva, las mujeres rurales tienen más del doble, es decir superan los seis hijos por mujer. Ello significa que las mujeres rurales mantienen sus patrones reproductivos en niveles altos, semejantes a los observados en el país décadas atrás.

En relación al patrón por edades, no existen diferencias importantes entre las áreas urbana y rural, en el sentido de que en ambas poblaciones el mayor aporte a la fecundidad se da entre los 25 y 29 años. No obstante, si se compara el aporte de cada grupo de edad, se observa una mayor concentración de la fecundidad en el área urbana, donde las mujeres entre 20 y 29 años son responsables del 52% de la fecundidad total. Por el contrario, en el área rural se encuentra una mayor dispersión, pues la contribución del mismo grupo de edad es de 42%, mientras que las mujeres mayores de 30 años responden por más del 47% de la fecundidad rural.

Al analizar la variable región de residencia los diferenciales de la fecundidad se hacen más patentes. Encontramos así, que las mujeres del Area Metropolitana de Lima tienen en promedio 2.5 hijos; las mujeres del Resto de la Costa (excluyendo a Lima) tienen cerca de 4 hijos, y las de la Sierra y Selva superan en más del doble al promedio de la Capital de la República (5.4 y 6.0 respectivamente).

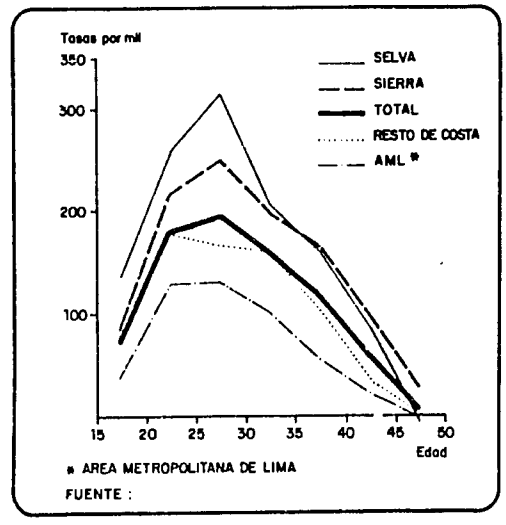
1/ Area urbana se considera a la población que reside en conglomerados de 2000 habitantes o más.

GRAFICO 3.1
PERU : TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (1984 - 86), SEGUN AREAS
ENDES 1986



FUENTE : CUADRO 3.2

GRAFICO 3.2
PERU : TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA (1984 - 86), SEGUN REGIONES
ENDES 1986



* AREA METROPOLITANA DE LIMA
FUENTE :

Las diferencias encontradas en el nivel global, se evidencian en todos los grupos de edades, con ciertas particularidades que conviene mencionar. Es así, que el patrón observado a nivel nacional se mantiene en las áreas urbana y rural (gráfico 3.1) y en todas las regiones (gráfico 3.2), con excepción del Resto de la Costa donde la curva refleja una cúspide temprana entre los 20 y 24 años de edad. De otro lado, al comparar las dos regiones de mayor fecundidad (Sierra y Selva) se observa por la estructura de las tasas específicas, importantes variaciones en el comportamiento reproductivo de sus poblaciones. En la Selva, la procreación se inicia a edades muy tempranas y, a diferencia de la Sierra, no se prolonga hasta el final del periodo reproductivo. De allí que el aporte a la fecundidad de las mujeres menores de 30 años sea mayor en la Selva (61%) que en la Sierra (53%), mientras que ocurre lo contrario con la fecundidad de las mujeres mayores de dicha edad.

Las tasas de fecundidad según nivel educativo de las mujeres ponen en evidencia aún mayores diferencias a las antes señaladas. Las mujeres sin educación tienen una fecundidad dos veces más elevada que la observada en las mujeres con educación secundaria y tres veces mayor que las mujeres con instrucción superior. Ello puede explicarse (como se verá más adelante) porque son precisamente las mujeres de mayor instrucción quienes prolongan su soltería y tienen a su vez, una mejor disposición y un mayor acceso a la planificación familiar. De allí que el nivel educativo incida significativamente sobre el patrón o estructura de la fecundidad, como se muestra a continuación.

Las mujeres sin instrucción muestran una curva de cúspide temprana que se caracteriza porque las jóvenes menores de 20 años tienen casi la misma fecundidad que las mujeres de 40 a 44 años. También se observa una cúspide temprana en las mujeres con estudios de primaria, aunque en estas últimas es más importante el aporte de las mujeres menores de 20 años que la contribución de aquellas que tienen 40 años o más. En ambos casos se observa

el efecto combinado de un inicio temprano de la unión conyugal y un patrón de procreación que se prolonga hasta el final del período reproductivo.

A diferencia de las poblaciones anteriores, en las mujeres con educación secundaria la cúspide se encuentra entre las edades de 25 a 29 años, grupo que conjuntamente con las mujeres entre 20 y 24, contribuye con el 55% de la fecundidad. Ello varía en las mujeres con instrucción superior, pues la cúspide tardía se ubica entre las edades de 30 a 34, con un aporte conjunto con el grupo de 25 a 29 años, igual a 53 por ciento. La encuesta encuentra que en estos dos grupos de mayor instrucción, la fecundidad sería nula después de los 45 años. Por lo observado se puede decir que el nivel educativo determina de manera significativa no sólo el nivel sino también la estructura por edades de la fecundidad.

3. TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD

En el cuadro 3.3 se presenta las tasas globales de fecundidad estimadas por la ENAF (1977-78), comparadas con las que resultan de la ENDES (1986). A partir de estos datos, se constata que la fecundidad en este último período ha continuado el descenso iniciado a mediados de la década del 60 1/. En el lapso entre estas dos últimas encuestas, la fecundidad se habría reducido en un 23% al pasar de una tasa de 5.3 hijos por mujer a una tasa de 4.1.

Asimismo, se observa que los cambios en la fecundidad han evolucionado de manera diferenciada en los distintos sub-grupos de la población. Es así que el descenso observado a nivel nacional responde basicamente a la significativa reducción de la fecundidad en el Area Metropolitana de Lima y Callao y en el resto de áreas urbanas del país. Por el contrario y a pesar de haber experimentado una reducción de un hijo en la TGF, el aporte de la Sierra y Selva y del área rural

1/ PEAL-FECFAL (1969-70) dió una tasa global de fecundidad de 6.4 hijos por mujer.

CUADRO 3.3

PERU: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD POR AREA, REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.

CARACTERISTICAS	FUENTE DE INFORMACION		REDUCCION
	ENAF 1977-78	ENDES 1986	(%)
TOTAL	**5.3**	**4.1**	**23**
AREA			
Urbano	4.5	3.1	31
Rural	7.4	6.3	15
REGION NATURAL			
Area Metropolitana de Lima	3.4	2.5	26
Resto de Costa	4.9	3.8	22
Sierra	6.7	5.4	19
Selva	7.3	6.0	18
NIVEL DE EDUCACION			
Sin instrucción	7.3	6.6	10
Primaria Incompleta	6.7	5.4	19
Primaria completa	5.1	4.3	16
Secundaria y más	3.0	2.9	3

CUADRO 3.4

PERU: TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (EN MILES), TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE FECUNDIDAD GENERAL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENAF 1977-78

CARACTERISTICAS	GRUPOS DE EDAD							TGF 1/	TFG 2/
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
TOTAL	**68.0**	**226.0**	**254.0**	**236.0**	**159.0**	**87.0**	**26.0**	**5.3**	**156.6**
NIVEL DE EDUCACION									
Sin Instrucción....	82.0	286.9	307.4	325.5	278.8	146.9	28.5	7.3	203.5
Primaria Incompleta	76.5	319.1	320.8	296.2	215.7	75.2	37.2	6.7	194.4
Primaria Completa..	104.8	280.8	229.9	230.1	93.0	66.5	23.2	5.1	163.7
Secundaria o más...	38.8	141.4	191.8	117.2	64.1	40.3	9.7	3.0	99.3
AREA									
Urbana.....	57.4	194.8	227.5	193.2	135.4	73.4	15.5	4.5	135.2
Rural.....	76.0	296.8	313.1	337.2	285.8	129.7	44.8	7.4	203.1
REGION NATURAL									
Area Metropolitana de Lima	40.2	148.8	202.5	144.4	73.9	67.9	6.2	3.4	105.7
Resto de Costa.....	77.6	219.8	228.1	203.1	179.1	72.4	0.0	4.9	148.5
Sierra.....	60.6	272.0	294.6	295.6	256.9	114.3	41.1	6.7	184.9
Selva.....	109.5	297.5	305.4	341.1	221.4	124.6	60.1	7.3	212.3

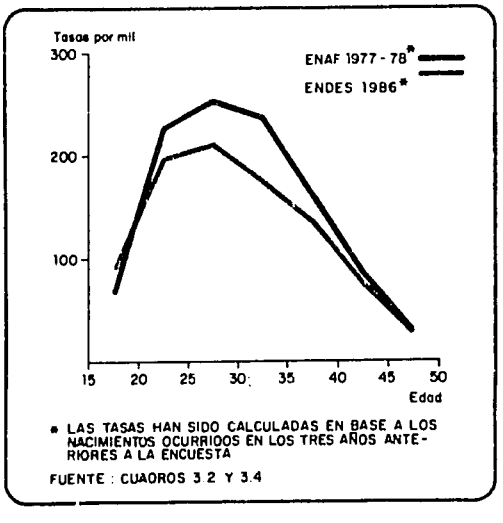
1/ Tasa Global de Fecundidad.
2/ Tasa de Fecundidad General.

en general habría sido menor en términos relativos.

Al comparar los cambios ocurridos por grupos de edad, en base a los cuadros 3.2 y 3.4 así como en el gráfico 3.3, se observa un descenso generalizado de la fecundidad en los distintos grupos de edad, con excepción del primer grupo de edad (15 a 19 años) que muestra un ligero incremento. Ello estaría evidenciando un cambio que se estaría produciendo en el patrón de fecundidad, relacionado con una mayor concentración de los nacimientos a edades más jóvenes. Es así que según la ENAF, las mujeres menores de 30 años eran responsables del 52% de la fecundidad total; ahora según ENDES, el aporte del mismo grupo de edades habría aumentado al 56 por ciento. Ello estaría relacionado con un aumento de la práctica anticonceptiva en mujeres mayores, una vez completado cierto número de hijos.

GRAFICO 3.3

PERU. TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES



4. FECUNDIDAD ACUMULADA

Corroborando lo anterior se encuentra también un descenso de

la proporción de mujeres actualmente unidas con prole numerosa. En la ENAF se encontró que el 28% de las mujeres actualmente unidas de 45 a 49 años tenía 10 hijos o más. Para este mismo grupo la ENDES encontró un 20%, condicionando una disminución relativa del 28 por ciento.

GRUPOS DE EDAD	ENAF 1977-78	ENDES 1986	DISMINUCION (%)
30-34	1.5	1.1	27
35-35	11.1	8.5	23
40-44	20.3	15.7	23
45-49	27.8	19.9	28

El número de hijos tenidos por las mujeres entre 15 y 49 años representa la fecundidad acumulada en los últimos 20 ó 30 años. Dicho valor relacionado con el número de mujeres en cada grupo de edad constituye la paridez media o promedio de hijos por mujer. En el cuadro 3.5 se aprecia tanto la distribución de las mujeres según el número de hijos tenidos por grupos de edad, como el promedio de hijos por mujer, distinguiendo a todas las entrevistadas de las actualmente unidas.

En primer término destaca la proporción de mujeres sin hijos que disminuye rápidamente conforme aumenta la edad, de 89% en las menores de 20 años, hasta alcanzar algo menos del cuatro por ciento entre todas las mujeres mayores de 35 años, y cerca del uno por ciento entre las mujeres actualmente unidas de la misma edad. La proporción tan reducida de mujeres sin hijos evidenciaría que la fertilidad es casi universal en las mujeres peruanas, siendo muy reducida la infertilidad primaria, que generalmente es del orden del tres al cinco por ciento.

CUADRO 3.5

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, POR NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	NUMERO DE HIJOS											PROMEDIO DE HIJOS	CASOS
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y Más		
TOTAL DE MUJERES														
TOTAL	**100.0**	**35.9**	**11.2**	**11.0**	**10.2**	**8.8**	**5.8**	**4.9**	**3.6**	**2.9**	**1.9**	**3.9**	**2.7**	**4 999**
15-19	100.0	89.1	8.1	2.5	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	1 104
20-24	100.0	52.9	21.8	14.4	7.6	2.9	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	940
25-29	100.0	23.1	16.2	19.3	16.5	13.0	7.1	3.8	0.6	0.4	0.0	0.0	2.2	808
30-34	100.0	10.6	8.7	16.9	17.6	15.8	10.0	9.4	6.1	3.1	0.9	0.9	3.5	688
35-39	100.0	3.8	7.1	10.2	16.1	14.7	8.8	9.4	10.2	7.6	4.5	7.5	4.9	577
40-44	100.0	3.3	4.3	6.5	12.3	13.5	12.7	10.2	7.6	8.2	7.0	14.5	5.7	489
45-49	100.0	3.6	2.8	5.6	8.4	11.5	11.5	11.5	9.4	9.9	7.4	18.6	6.3	393
ACTUALMENTE UNIDAS														
TOTAL	**100.0**	**4.9**	**12.9**	**16.3**	**16.1**	**13.8**	**8.8**	**7.8**	**5.6**	**4.6**	**3.1**	**6.1**	**4.1**	**2 900**
15-19	100.0	29.0	48.9	19.8	0.8	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	131
20-24	100.0	12.3	35.1	28.4	16.6	6.5	1.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	416
25-29	100.0	4.3	15.3	24.6	22.1	17.3	9.6	5.5	0.9	0.5	0.0	0.0	2.9	562
30-34	100.0	2.6	7.0	17.4	19.7	18.5	11.4	10.7	6.9	3.5	1.1	1.1	3.9	568
35-39	100.0	0.8	4.7	9.6	16.9	16.3	9.2	9.8	10.6	8.2	5.3	8.6	5.2	490
40-44	100.0	1.5	2.7	6.9	13.5	13.0	11.8	11.1	7.9	8.8	7.6	15.7	6.0	407
45-49	100.0	1.2	1.5	4.9	8.0	11.3	12.0	12.3	10.1	10.4	8.3	19.9	6.7	326

De otro lado, se tiene que el promedio de hijos que alcanzan las mujeres de mayor edad y en particular el grupo entre 45 y 49 años refleja el comportamiento reproductivo de una generación que practicamente ha culminado su ciclo de vida fértil. Representa de manera aproximada el nivel de la fecundidad completa que prevalecía en el pasado. La paridez media de dicho grupo, 6.3 hijos por mujer y 6.7 entre las mujeres actualmente unidas, evidencia el alto nivel de fecundidad de hace dos décadas atrás, especialmente si se compara con la tasa global de fecundidad que se observa en el presente.

Asimismo resulta interesante comparar la paridez promedio de las mujeres actualmente unidas respecto al total de mujeres, en todos los grupos de edad a fin de evaluar el impacto de la nupcialidad. Al inicio del período reproductivo la diferencia que se observa es de 0.9 hijos por mujer, la misma que disminuye conforme transcurre la edad, pues aumenta la proporción de mujeres que ingresan a una unión conyugal. Después de los 30 años, cuando la mayoría de mujeres ya se ha casado o unido por primera vez, las diferencias en el promedio de hijos se estabilizan alrededor de 0.3.

Los datos anteriores de distribución de las mujeres por número de hijos se presentan en el cuadro 3.6 según las diferentes variables socioeconómicas en estudio. En pri-

CUADRO 3.6

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS SEGUN EL NUMERO DE HIJOS TENIDOS POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	NUMERO DE HIJOS											PROMEDIO DE HIJOS	CASOS
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 y Más		
TOTAL DE MUJERES														
TOTAL	100.0	35.9	11.2	11.0	10.2	8.8	5.8	4.9	3.6	2.9	1.9	3.9	2.7	4 099
NIVEL DE EDUCACION														
Sin instrucción.	100.0	9.5	5.7	4.9	7.5	10.2	7.5	10.8	9.5	8.9	7.5	18.1	5.9	548
Primaria.....	100.0	23.6	9.7	9.6	11.2	11.6	8.9	7.6	5.9	4.6	2.8	4.6	3.5	1 901
Secundaria.....	100.0	50.8	12.9	13.3	10.1	6.2	3.3	2.0	0.7	0.4	0.0	0.3	1.3	2 091
Superior.....	100.0	50.1	15.9	13.3	10.0	7.2	2.0	0.2	0.4	0.7	0.0	0.2	1.2	459
AREA														
Urbana.....	100.0	40.0	11.3	12.4	11.1	8.6	5.0	4.1	2.6	2.1	1.1	1.8	2.2	3 406
Rural	100.0	27.1	10.9	7.8	8.3	9.2	7.4	6.8	5.8	4.7	3.6	8.3	3.7	1 593
REGION NATURAL														
Area Metropolitana de Lima ...	100.0	42.5	11.3	13.0	11.2	8.4	4.8	3.1	2.1	1.4	0.8	1.4	2.0	1 591
Resto de Costa..	100.0	36.0	11.7	12.2	9.7	7.8	5.8	4.7	3.9	2.7	1.8	3.6	2.6	1 331
Sierra.....	100.0	30.9	10.3	8.5	10.1	10.3	6.0	6.0	4.9	4.2	2.9	6.0	3.2	1 561
Selva.....	100.0	30.2	11.8	8.9	9.1	7.9	7.8	7.8	3.5	4.7	2.7	5.6	3.2	516
ACTUALMENTE UNIDAS														
TOTAL	100.0	4.9	12.9	16.3	16.1	13.8	8.8	7.8	5.8	4.8	3.1	8.1	4.1	2 900
NIVEL DE EDUCACION														
Sin instrucción.	100.0	3.8	3.6	5.4	7.4	9.9	8.3	12.3	9.9	10.1	9.0	20.6	6.5	446
Primaria.....	100.0	3.8	8.1	11.9	14.8	15.6	11.4	10.4	8.1	8.1	3.8	6.3	4.7	1 299
Secundaria.....	100.0	5.8	21.2	25.6	21.5	13.2	6.6	3.7	1.2	0.7	0.1	0.3	2.6	938
Superior.....	100.0	10.6	25.3	24.4	19.8	14.3	3.7	0.5	0.5	0.9	0.0	0.0	2.2	217
AREA														
Urbana.....	100.0	4.7	14.5	19.9	19.3	14.4	8.1	6.8	4.1	3.4	1.8	2.9	3.6	1 827
Rural.....	100.0	5.2	10.3	10.1	10.7	12.8	10.0	9.4	8.0	6.6	5.4	11.6	5.1	1 073
REGION NATURAL														
Area Metropolitana de Lima ...	100.0	4.5	15.8	21.9	20.0	14.7	8.6	5.2	3.9	2.3	1.1	2.1	3.3	825
Resto de Costa..	100.0	3.9	13.4	18.2	15.5	13.0	8.7	7.9	5.9	4.5	3.0	6.2	4.1	763
Sierra.....	100.0	5.4	10.5	11.4	14.6	14.7	8.6	8.7	6.8	5.9	4.5	9.0	4.6	981
Selva.....	100.0	6.6	12.1	12.1	12.7	11.2	10.3	11.5	5.1	6.8	4.2	7.6	4.5	331

mer término, resulta interesante observar de este cuadro, que las diferencias entre los niveles de fecundidad acumulada según área y región de residencia se mantienen, aunque las brechas no son tan grandes como las que resultan de comparar las tasas de fecundidad actual. Ello estaría indicando, de un lado, que el cambio importante en el nivel de la fecundidad es relativamente reciente, y de otro lado, que no se ha dado con la misma intensidad en todo el país.

Asimismo, cabe destacar que la mayor variación en la paridez media de las mujeres está determinada por el nivel educativo, diferencia que es más pronunciada aún cuando se comparan todas las mujeres. Al analizar este mismo dato en las mujeres actualmente unidas, las diferencias aunque se mantienen, no son tan grandes pues la nupcialidad también está influenciada por el nivel de educación.

El mismo efecto de la nupcialidad se encuentra al comparar la paridez de las mujeres urbanas y rurales. El promedio de hijos por mujer en el área rural resulta proporcionalmente mayor cuando se analizan todas las mujeres; dicha diferencia disminuye cuando la población se limita a las mujeres en unión conyugal, pues los patrones de ingreso al matrimonio varían según el nivel de urbanización.

En el cuadro 3.7 se presenta el promedio de hijos por mujer según las mismas variables socio-económicas analizadas anteriormente, y por grupos de edad. En general, por grupos de edad se encuentra la misma relación entre categorías que la que ya se ha visto para el total de la población. Sin embargo, las diferencias varían según grupos de edad, de manera significativa en algunos casos, por efecto de la acción de las variables intermedias sobre la fecundidad (lactancia, la proporción de parejas, uso de anticonceptivos, prevalencia del aborto inducido, frecuencia coital, entre otros), las mis-

CUADRO 3.7

PERU: PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	GRUPOS DE EDAD							PROMEDIO TOTAL
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
TOTAL	**0.14**	**0.87**	**2.21**	**3.50**	**4.88**	**5.74**	**6.33**	**2.7**
NIVEL DE EDUCACION								
Sin Instrucción...	0.27	1.76	3.23	5.68	6.91	7.41	7.47	5.9
Primaria.....	0.25	1.30	3.03	4.49	5.34	5.70	6.58	3.5
Secundaria.....	0.09	0.72	1.79	2.55	3.36	3.96	4.17	1.3
Superior	0.05	0.14	0.66	1.49	2.72	3.35	3.06	1.2
AREA								
Urbana.....	0.09	0.69	1.88	2.88	4.09	4.92	5.54	2.2
Rural.....	0.26	1.35	2.92	4.91	6.54	7.17	7.65	3.7
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima.....	0.05	0.60	1.61	2.61	3.63	4.48	5.25	2.0
Resto de Costa....	0.16	0.83	2.26	3.16	4.97	5.77	6.44	2.6
Sierra.....	0.17	1.09	2.54	4.39	5.47	6.25	7.11	3.2
Selva.....	0.27	1.28	3.11	4.79	6.45	8.0	6.78	3.2

mas que inciden de manera particular en cada grupo de edad.

Es así que al comparar la paridez según las dos categorías de nivel de urbanización, se encuentra que las diferencias entre el área urbana y el área rural disminuyen con la edad, basicamente por efecto de que la entrada a la unión conyugal se da a edades más tempranas en las áreas rurales del país. Similar observación podría efectuarse cuando se compara la paridez de las mujeres sin instrucción con la de aquellas mujeres con educación superior.

RESUMEN

La ENDES encuentra que la tasa global de fecundidad para el período 1984-86 sería, considerando los datos observados, del orden de 4.1 hijos por mujer. Dicho valor estaría señalando que el descenso de la fecundidad iniciado a mediados de la década del sesenta continúa y que en relación a nueve años antes habría sido de 23% aproximadamente.

No obstante, la reducción de la fecundidad no se ha dado en la misma magnitud en todo el país; ha sido importante en las áreas urbanas. De allí que persistan los niveles diferenciales entre áreas urbanas y rurales, regiones y según grado de instrucción de las mujeres. Es así que la tasa global de fecundidad en la Sierra y Selva del país es más del doble de la que se observa en el Area Metropolitana de Lima. Asimismo, las mujeres que no han tenido la oportunidad de asistir a la escuela tienen en promedio dos hijos más que aquéllas que han alcanzado el nivel secundario de instrucción.

De otro lado, el cambio en los niveles de fecundidad ha estado acompañado de una variación en la estructura por edades de la misma. La postergación de las uniones conyugales, así como el aumento de la práctica anticonceptiva han determinado una mayor concentración de la fecundidad entre las edades de 20 y 34 años.

IV. NUPCIALIDAD Y EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

Además del estudio de los niveles y tendencias de la fecundidad, es muy importante el conocimiento de sus factores determinantes. Al respecto, el propósito del presente capítulo es analizar el potencial reproductivo de las mujeres en edad fértil.

Si bien la edad constituye un indicador de dicho potencial, no permite estudiarlo detalladamente; por tal razón la capacidad de procrear de las mujeres será analizada a través de la exposición al riesgo de embarazo.

El primer aspecto que se tratará en relación a la exposición al riesgo de embarazo será la nupcialidad, a través de la incidencia de la unión conyugal y la edad a la primera unión. La unión conyugal constituye una aproximación al estado de exposición, pues la mayor parte de los nacimientos ocurren dentro de ella. De otro lado, la edad a la primera unión determina en cierta medida el período de exposición, puesto que (en condiciones de estabilidad conyugal) podría ser más prolongado mientras más joven sea la mujer al unirse. Al respecto, en el presente análisis, se considera como unión conyugal tanto aquella sancionada por la ley (matrimonio) como aquella establecida por el uso y costumbre (convivencia).

Después, se refinará el concepto de exposición al riesgo de embarazo, considerando tanto la capacidad biológica de concebir como la exposición al coito. Si bien la mayor exposición al riesgo de embarazo ocurre dentro de la unión conyugal, también pueden encontrarse expuestas, en mayor o menor medida, las mujeres solteras o aquellas cuya unión se disolvió. Por lo tanto, sin descartar a estas últimas, el análisis se realizará principalmente sobre el estado de exposición de las mujeres que se encontraban unidas al momento de la encuesta.

Por último, se analizará la exposición al riesgo de embarazo en el período post-parto, en aquellas mujeres que hubieran tenido un hijo recientemente; se considerará especialmente la duración de la lactancia, por el efecto directo que tiene sobre el período anovulatorio posterior al parto.

Las variables mencionadas serán relacionadas con la edad, el nivel de educación y el lugar de residencia de las mujeres.

1. ESTADO CONYUGAL ACTUAL

El estado conyugal de las mujeres al momento de la encuesta (en adelante denominado "estado conyugal actual") se determinó a través de dos preguntas. Una, dirigida a todas las mujeres en edad fértil, permitió detectar si habían estado alguna vez unidas conyugalmente (casadas o conviviendo), y la otra, dirigida a aquellas que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, posibilitó conocer su estado conyugal ac-

CUADRO 4.1

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN ESTADO CONYUGAL ACTUAL, POR GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

ESTADO CONYUGAL	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Soltera.....	35.2	87.1	51.1	23.5	9.9	5.2	3.1	4.1
Casada.....	40.1	3.4	22.7	43.6	61.0	67.9	66.2	67.9
Conviviente.....	17.9	8.4	21.6	26.0	21.5	17.0	17.0	15.0
Viuda.....	1.4	0.1	0.9	0.6	1.0	2.3	2.9	5.1
Divorciada.....	0.4	0.0	0.2	0.1	0.3	1.0	1.4	0.5
Separada.....	5.0	1.0	3.5	6.2	6.3	6.6	9.4	7.4
CASOS	**4 999**	**1 104**	**940**	**808**	**688**	**577**	**489**	**393**

tual. Los resultados se muestran en el cuadro 4.1.

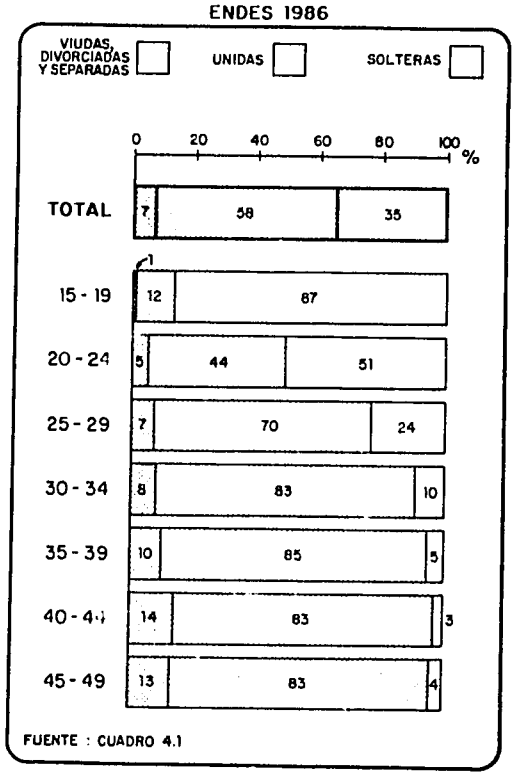
En principio se observa que el 35% de las mujeres en edad fértil es soltera, el 58% se encuentra actualmente unida y el 7% restante conforma el grupo cuya unión se disolvió por viudez, divorcio o separación. Si se comparan estas cifras con los resultados de encuestas similares o de los censos, no se encuentran diferencias importantes ni que permitan establecer de manera consistente un cambio en las tendencias de la nupcialidad. Los Censos Nacionales de Población de 1961 y 1972, indicaron porcentajes de mujeres en unión conyugal del orden de 59% y 60% respectivamente. Los resultados de la Encuesta Demográfica Nacional (EDEN, 1974-76) señalaron al 55% de las mujeres en edad fértil, en unión conyugal; los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-78), al 56%; el último Censo Nacional de Población de 1981 señaló al 59%, y la Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (ENPA, 1981), al 60 por ciento.

Cabe destacar la casi universalidad de la unión conyugal en las mujeres al final de su vida fértil; entre las mujeres de 45 a 49 años de edad, el 96% estuvo unida alguna vez (gráfico 4.1). Asimismo, se observa aún el predominio de la tendencia a unirse en edades relati-

GRAFICO 4.1

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN ESTADO CONYUGAL, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

ENDES 1986



FUENTE : CUADRO 4.1

vamente jóvenes; antes de los 25 años, casi la mitad de las mujeres ya se había unido y antes de los 35 años, el 90% ya lo había hecho.

No obstante, al comparar en el cuadro 4.2, los resultados de la ENDES referentes al porcentaje de mujeres solteras por grupos de edad, con información proporcionada por la ENAF(1977-78), se encuentra que en el grupo de 20 a 24 años el porcentaje de solteras es menor en 1977-78 que en 1986. Estas cifras estarían confirmando cierta tendencia a la postergación de la unión, que ya fue advertida a través de los resultados censales y de otras encuestas por muestreo. Las diferencias que se observan en las cifras correspondientes a las mayores de 29 años al parecer estarían reflejando solamente una mejor declaración de las entrevistadas, acerca de su estado conyugal, en el caso de la ENDES.

CUADRO 4.2

PERU: PORCENTAJE DE SOLTERAS EN LA POBLACION FEMENINA DE 20 A 49 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN DOS FUENTES DE INFORMACION: ENAF Y ENDES.

GRUPOS DE EDAD	FUENTE DE INFORMACION	
	ENAF 1/ 1977-78	ENDES 1986
TOTAL	21.3	20.6
20-24	48.5	51.1
25-29	23.4	23.6
30-34	10.9	9.9
35-39	8.3	5.2
40-44	5.1	3.1
45-49	5.2	4.1
CASOS	7 128	3 895

1/ Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF 1977-78). Informe General. Instituto Nacional de Estadística, Lima, marzo de 1979, p. 194.

Aún cuando en el presente análisis se considera la unión conyugal independientemente de la forma como se contrajo, es interesante señalar que en el Perú algo más de dos tercios de todas las mujeres actualmente unidas han adquirido el vínculo conyugal por matrimonio. Cabe señalar, sin embargo, que esta situación se alcanza paulatinamente; los datos señalan que la unión por convivencia ocurre a edades más tempranas que el matrimonio; en el primer grupo de edad (15 a 19 años) se observa que por cada dos mujeres casadas, cinco se hallan en una relación de convivencia. La proporción de mujeres unidas por matrimonio aumenta progresivamente con la edad, no así en el caso de la convivencia, la que disminuye en forma significativa después de los 30 años. A partir de los 35 años, la razón anterior se invierte, encontrándose cuatro matrimonios por cada unión consensual.

La reducción que se observa en el porcentaje de uniones por convivencia después de los 30 años, se explica porque esta forma de unión suele preceder a la constitución de un matrimonio. Una relación que se inicia de manera consensual puede culminar en una unión legal, la misma que es promovida por los gobiernos municipales a través de los matrimonios masivos.

En relación a la disolución de la unión conyugal se puede señalar que la viudez, el divorcio y la separación aumentan con la edad; llegando a comprender al 13% de las mujeres al final de su vida fértil. La viudez, que constituye el 21% del total de las disoluciones, es consecuencia de un hecho biológico, que tendría características similares en cualquier sociedad que tuviera niveles parecidos de mortalidad. No así los otros dos estados, que son un fenómeno social y cultural y, muchas veces, se adoptan a voluntad. El divorcio se encuentra menos difundido que la separación; esta última, comprende al 74% de las

disoluciones conyugales, siendo más frecuente que el divorcio (6%) porque resulta tanto de una unión por convivencia, como de una unión legal, y no está necesariamente relacionada con un trámite de tipo judicial. Por último, cabe mencionar que, como se trata de un análisis de tipo transversal, no se está detectando segundas o terceras nupcias, lo que en cierta medida estaría encubriendo una mayor frecuencia relativa de disoluciones conyugales.

El cuadro 4.3 muestra la distribución de las mujeres según su estado conyugal por área y región natural de residencia. En él se observa una mayor proporción de solteras en el área urbana (39%) que en él área rural (27%); lo cual está relacionado con la edad de ingreso a la unión conyugal, la que como se verá más adelante, es más tardía en el área urbana. También se observa una mayor frecuencia de uniones consensuales en el área rural (25%), las cuales constituyen más de un tercio del total de las uniones conyugales de dicha área. Resalta también en el área rural, una mayor proporción de viudas (2%) que en el área urbana (1%); así como una menor frecuencia de disoluciones por divorcio y separación (4% frente a 6%).

En relación a la residencia en regiones naturales, el Area Metropolitana de Lima presenta el mayor porcentaje de mujeres solteras del país (42%). Muestra también la menor frecuencia relativa de unidas consensualmente (12%); lo que a su vez representa el 22% del total de las mujeres unidas que residen en el Area Metropolitana. La situación opuesta se encuentra en la región de la Selva, con un 29% de mujeres solteras y un porcentaje similar de convivientes que representa el 42% del total de las mujeres unidas de dicha región. De otro lado, la viudez alcanza su máxima proporción en la Sierra (2.4%), región donde las disoluciones por separación y divorcio (4.5%) muestran una frecuencia menor que en las otras regiones del país.

Un aspecto que incide acentuadamente sobre el estado conyugal es el nivel de educación. Su influjo se produce princi-

CUADRO 4.3

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN ESTADO CONYUGAL, POR AREA Y REGION NATURAL DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

ESTADO CONYUGAL	TOTAL	AREA		REGION NATURAL			
		Urbana	Rural	AML 1/	Resto de Costa	Sierra	Selva
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Soltera.....	35.2	39.2	26.7	41.5	36.1	30.3	28.5
Casada.....	40.1	39.2	41.9	40.2	37.2	43.3	37.5
Conviviente.....	17.9	14.4	25.4	11.6	20.0	19.5	26.7
Viuda.....	1.4	1.0	2.2	0.8	0.7	2.4	1.9
Divorciada.....	0.4	0.6	0.0	0.9	0.2	0.3	0.0
Separada.....	5.0	5.6	3.8	5.0	5.8	4.2	5.4
CASOS	4 999	3 406	1 593	1 591	1 331	1 561	516

1/ Area Metropolitana de Lima.

palmente, como se verá en el punto 2, a través de la edad de ingreso a la unión y del tipo de unión que se contrae. La evidencia existente indica que las mujeres menos educadas contraen su primera unión conyugal a edades más tempranas que aquellas que tienen más educación. Esto se corrobora con los datos del cuadro 4.4 que presenta la distribución de las mujeres en edad fértil según su estado conyugal por nivel de educación.

Se observa que el menor porcentaje de mujeres solteras (9%) y por tanto, la mayor frecuencia de mujeres actualmente unidas (81%), se encuentra entre aquellas que carecen de instrucción. En ellas, al igual que en las mujeres con educación primaria, la convivencia constituye una forma de unión muy difundida. Asociado a dicho fenómeno se aprecia que las mujeres sin instrucción o con primaria muestran la mayor proporción de separaciones (6%). Resalta además, en las primeras, el estado de viudez, en proporción de 5 a 2 con respecto a los niveles promedios del país. Este último es reflejo de la mortalidad más elevada propia de las edades mayores de los menos instruidos.

Con características muy diferentes figuran las mujeres con educación secundaria o superior. De ellas, casi la mitad se encuentra en situación de soltería, ésto como consecuencia de la postergación de la unión conyugal. Muestran, por tanto, la menor proporción de uniones conyugales del país, destacando además por mantener una frecuencia muy baja de uniones consensuales. Esto es especialmente cierto en las mujeres con educación superior; en ellas se encuentra una unión de convivencia por cada doce uniones legales. De otro lado, el peso del divorcio sobre el total de rupturas conyugales resulta importante; una de cada seis disoluciones es un divorcio.

2. EDAD A LA PRIMERA UNION

La importancia de analizar la información sobre la edad a la primera unión radica en su estrecha asociación con la composición por estado conyugal de la población femenina en edad fértil y con la extensión del período de exposición al riesgo de embarazo. Este tema se va a tratar a través de dos indica-

CUADRO 4.4

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN ESTADO CONYUGAL, POR NIVEL DE EDUCACION

ENDES 1986

ESTADO CONYUGAL	TOTAL	NIVEL DE EDUCACION			
		Sin Instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Soltera.....	35.2	9.1	23.5	50.3	46.5
Casada.....	40.1	53.1	44.5	31.9	43.8
Conviviente.....	17.9	26.3	23.8	12.9	3.7
Viuda.....	1.4	3.3	1.8	0.6	0.7
Divorciada.....	0.4	0.0	0.2	0.6	1.1
Separada.....	5.0	6.2	6.2	3.7	4.4
CASOS	**4 999**	**548**	**1 901**	**2 091**	**459**

dores: la distribución porcentual de las mujeres según edad a la primera unión y la edad mediana referida a dicha unión.

El cuadro 4.5 presenta el primer indicador considerando a todas las mujeres en edad fértil. Cabe aclarar que algunas de las cifras que corresponden a los tres primeros grupos de edad están reflejando una vivencia incompleta, por lo cual el análisis se centrará en los datos de cohortes con experiencia completa.

Del total de mujeres en edad fértil, el 37% se ha unido antes de los 20 años. Dicha proporción aumenta con la edad, debido a que las mujeres mayores iniciaron su vida conyugal a edades más tempranas que las mujeres actualmente más jóvenes. Es así que el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años, que se unieron conyugalmente antes de los 20 años, es igual a 36%; en la cohorte entre 30 y 34 años, es 44%; en las que tienen entre 40 y 44 años, 49%; y en el grupo de mayor edad, 55 por ciento. En este último grupo, el 7% se unió conyugalmente antes de los 15 años y el 29% entre los 15 y 17 años de edad; es decir, más de un tercio de mujeres de 45 a 49 años ya tenía experiencia conyugal antes de los 18 años.

CUADRO 4.5

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION, POR GRUPOS DE EDAD ACTUAL.

ENDES 1986

EDAD A LA PRIMERA UNION	TOTAL	GRUPOS DE EDAD ACTUAL						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SOLTERAS	35.2	87.1	51.1	23.5	9.9	5.2	3.1	4.1
ALGUNA VEZ UNIDAS 1/	64.8	12.9	48.9	76.5	90.1	94.8	96.9	95.9
Menos de 15	4.0	2.4	2.3	3.5	4.8	6.1	5.5	6.9
15 - 17	18.8	7.7	17.9	21.3	21.9	22.4	23.3	29.2
18 - 19	14.3	2.8	15.7	16.8	17.3	18.7	19.8	19.3
20 - 21	10.3	-	9.8	14.7	15.6	14.6	12.3	14.0
22 - 24	9.7	-	3.2	14.1	16.1	16.5	18.0	12.5
25 y más	7.7	-	-	6.1	14.4	16.5	18.0	14.0
CASOS	4 999	1 104	940	808	688	577	489	393

1/ Incluye casadas, convivientes, divorciadas y separadas.
NOTA: Las cifras bajo la linea discontinua corresponden a cohortes con experiencia incompleta.

El cuadro 4.6 muestra con un indicador resumen (edad mediana) las diferencias en la edad a la primera unión de las mujeres de 25 y más años de edad, por área y región natural de residencia y nivel de educación. Dicho indicador señala la edad en la cual la mitad de las mujeres de cada grupo ingresó a la unión conyugal.

A nivel nacional, la edad mediana de ingreso a la vida conyugal está en torno a los 21 años. A nivel de área y región natural de residencia, se encuentra que las diferencias están muy asociadas a la distribución por estado conyugal de las mujeres, vista anteriormente; esto es a mayor proporción de mujeres unidas conyugalmente corresponde una edad mediana más baja. La mitad de las mujeres del área urbana es-

CUADRO 4.6

PERU: EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION DE LAS MUJERES DE 25 A 49 AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD ACTUAL, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	GRUPOS DE EDAD				
		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	20.5	21.0	20.8	20.3	20.2	19.4
NIVEL DE EDUCACION						
Sin Instrucción	18.7	18.7	18.6	18.6	18.9	18.5
Primaria	19.1	18.9	18.8	19.3	19.7	18.9
Secundaria	22.2	22.2	22.5	22.5	22.2	21.2
Superior	25.3	-	25.2	24.6	25.2	25.3
AREA						
Urbano	21.3	22.0	21.7	20.8	21.3	19.7
Rural	19.2	19.4	19.2	19.4	19.1	18.9
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima	22.0	23.0	22.0	22.2	21.7	20.8
Resto de Costa	20.3	20.8	21.9	19.8	19.4	18.8
Sierra	19.9	20.1	19.3	20.3	21.0	19.1
Selva	18.7	19.9	19.1	18.0	17.7	18.3

taba unida conyugalmente a los 21 años, mientras que en el área rural, lo estaba a los 19. Esta diferencia se amplía cuando se compara el Area Metropolitana de Lima con el resto del país; en aquella, la edad mediana a la primera unión es algo más de tres años más tardía que en la Selva y alrededor de dos años más tardía que en el resto de la Costa y en la Sierra.

De otro lado, el nivel de educación es el factor que con más claridad discrimina el inicio de la vida conyugal. La mitad de las mujeres con educación superior se unió por primera vez hacia los 25 años, tres años más tarde que aquellas que alcanzaron un nivel secundario y algo más de seis años después de aquellas sin instrucción o que sólo estudiaron la primaria. Se observa además, que no existe mayor diferencia en la edad al formar pareja entre estos dos últimos grupos; los cambios importantes ocurren en el nivel secundario o superior.

Al observarse la edad mediana al momento de la primera unión, por grupos de edad actual de las entrevistadas, se encuentra que a nivel nacional aumenta en casi un año y medio entre las mujeres de 25 a 29 años respecto a las de 45 a 49 años, lo que muestra más claramente la tendencia a la postergación de la primera unión. Como era de esperar dicha tendencia es más acentuada entre las mujeres residentes en el área urbana que en las del área rural y entre las residentes en el Area Metropolitana de Lima y el Resto de la Costa respecto a las de la Sierra y la Selva.

Al considerar el nivel de educación no se aprecia la tendencia anterior entre los grupos de edades; lo que indica la fuerte y constante influencia de la educación en la edad de ingreso a la unión conyugal y por consiguiente, que las diferencias observadas, por grupos de edades, en las áreas o re-

giones de residencia, se deberían fundamentalmente a las mejoras en los niveles de educación ocurridas dentro de cada área o región natural.

3. EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

El interés de este punto es conocer con mayor exactitud el potencial reproductivo de la población en estudio, es decir, se trata de identificar a las mujeres propiamente expuestas al riesgo de concebir, al momento de la encuesta. Lograr una aproximación de esta naturaleza es de utilidad principalmente para el análisis de la prevalencia de los anticonceptivos y de la demanda potencial de los mismos.

Para definir la capacidad de concebir se van a tener en cuenta dos elementos de origen biológico : la ovulación y la fertilidad. Y un tercero de tipo sociocultural: la exposición al coito. Estos tres componentes han sido captados, de manera directa o indirecta, a través de las diferentes preguntas de la ENDES.

En primer lugar se identificó a las mujeres que no están ovulando, ya sea porque están embarazadas o porque han dado a luz recientemente. Ello fue posible a partir de una pregunta sobre embarazo actual dirigida a todas las mujeres, y de otra sobre el retorno de la menstruación después del nacimiento del último hijo (si este evento ocurrió en una fecha posterior a enero de 1981), interpretándose este retorno como manifestación del reinicio de la ovulación.

A continuación, se procedió a detectar la infertilidad de las mujeres a través de una serie de preguntas indirectas. La ENDES no incluyó en el cuestionario una pregunta específica para captar la infertilidad, dado que la experiencia de estudios anteriores revela que la formulación de una pregunta directa sobre el tema no garantiza una buena captación del dato. En tal sentido, se definió a las mujeres infértiles como aquellas que no tuvieron un hijo en los cinco años anteriores a la encuesta y no usaron métodos anticonceptivos durante ese mismo período.

Considerando los criterios anteriores y, además, que la actividad sexual se practica fundamentalmente en el marco de la unión conyugal, se puede establecer una primera definición de las mujeres expuestas al riesgo de concebir como aquellas que no están embarazadas ni en período de amenorrea post-parto, son fértiles y están actualmente unidas. En concordancia con esta definición, el 37% de las mujeres en edad fértil está expuesta 1/. Si únicamente se considera a las mujeres actualmente unidas se podría mencionar que el 64% de ellas está expuesta al riesgo de un embarazo; dicha proporción varía con la edad y alcanza valores superiores al promedio entre los 30 y 44 años. Esta aproximación a la exposición al riesgo va a ser retomada más adelante, durante el análisis del uso de métodos anticonceptivos.

Sin embargo, considerar la unión conyugal como criterio de exposición al coito, por un lado, lleva a incluir a mujeres que podrían no tener relaciones sexuales recientemente por ausencia temporal del conyuge u otras razones o que son menopaúsicas, y por otro lado, no incluye a mujeres que tienen relaciones sexuales sin estar unidas.

1/ Calculado sobre la base de los datos presentados en los cuadros 4.7 y 4.8

Por consiguiente, la definición anterior puede ser refinada a partir de dos preguntas que se formularon: la primera, con la intención de detectar la actividad sexual reciente y, la segunda, para asegurarse de la capacidad de ovular en las mujeres no embarazadas, a través del conocimiento de si tenían o no menstruaciones. La primera permite excluir a aquellas mujeres que no tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas que precedieron a la encuesta; la segunda, permite excluir a las mujeres que no tuvieron una menstruación en las seis semanas anteriores a la encuesta; descartándose entonces a las mujeres menopáusicas o con ciclos irregulares. Finalmente, la definición de exposición al riesgo de embarazo queda limitada a aquellas mujeres no embarazadas ni en estado de amenorrea post-parto, que son fértiles, son sexualmente activas (tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas anteriores a la encuesta) y están ovulando. De acuerdo a esta definición el 28% de las mujeres en edad fértil está expuesta. A continuación se analizará ciertas características de las mujeres expuestas al riesgo de concebir, según esta definición.

El cuadro 4.7 presenta el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo, según grupos de edad y estado conyugal. El mayor porcentaje de mujeres expuestas se encuentra entre las actualmente unidas (46%) y el menor, entre las solteras (2%). En las primeras, la exposición aumenta con la edad y alcanza el punto máximo entre los 30 y 34 años, edad a partir de la cual empieza a disminuir. La reducción más brusca ocurre entre los grupos de edades de 40 a 44 y 45 a 49 años, como efecto de la conclusión de los ciclos fértiles de las mujeres.

La exposición al riesgo de concebir en las mujeres que han estado anteriormente unidas (viudas, divorciadas o separadas), llega al 10 por ciento. Entre ellas, la proporción de mujeres expuestas se mantiene casi constante cerca al 15% entre los 20 y 39 años; antes y después de estas edades dicho porcentaje es muy bajo. Entre las mujeres solteras, la proporción de expuestas es muy baja hasta los 35 años y practicamente inexistente después de dicha edad; alcanza su máxima intensidad entre los 25 y 34 años.

CUADRO 4.7

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO, SEGUN ESTADO CONYUGAL ACTUAL, POR GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL 1/	ESTADO CONYUGAL ACTUAL		
		Soltera	Unida 2/	Viuda, Divorciada, Separada
TOTAL	27.8	2.2	45.5	10.4
15-19	5.6	1.1	38.2	8.3
20-24	21.3	2.7	43.3	16.3
25-29	38.0	5.3	51.4	14.3
30-34	46.9	5.9	54.9	13.5
35-39	44.2	0.0	50.4	14.0
40-44	37.2	0.0	44.5	1.5
45-49	16.0	0.0	18.4	5.9
CASOS	4 999	1 761	2 900	338

1/ Expuestas al riesgo de embarazo son aquellas mujeres que no están embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto, que son fértiles, sexualmente activas (tuvieron relaciones sexuales durante las cuatro semanas precedentes a la encuesta) y están ovulando.

2/ Incluye casadas y convivientes.

Como ya se ha mencionado, la exposición al riesgo de conconcebir resulta significativa solamente entre las mujeres actualmente unidas, por lo que a continuación se analizará en ellas los factores que, de acuerdo a la segunda definición anteriormente explicada, inhiben la concepción. El cuadro

4.8 presenta una clasificación de las mujeres que hacen vida marital, según los diferentes estados de exposición al riesgo de embarazo.

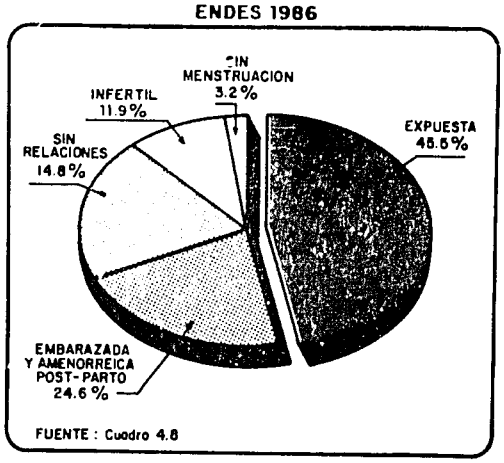
En primer término se observa que el embarazo y la amenorrea post-parto constituyen en conjunto la razón principal de la no exposición al riesgo de concebir (gráfico 4.2); esto es más notable entre las mujeres más jóvenes. Una de cada cuatro mujeres unidas entre 15 y 49 años no está expuesta por razones de embarazo o amenorrea. Entre los 15 y 19 años, practicamente la mitad de las mujeres se encuentra en esta categoría. Dicha proporción disminuye gradualmente con la edad y con suma rapidez en los últimos dos grupos etarios; alcanza a un tercio entre los 25 y 29 y a un cuarto de las mujeres entre los 30 y 34 años.

La abstinencia sexual constituye la segunda causa de la no exposición. Es una práctica que, con ligeras variaciones y posiblemente con fines anticonceptivos, se observa en todos los grupos de edad. Cobra mayor intensidad después de los 35 años y constituye el principal componente inhibidor de la reproducción entre los 40 y 44 años.

GRAFICO 4.2

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS SEGUN ESTADO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO

ENDES 1986



FUENTE : Cuadro 4.8

CUADRO 4.8

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS, SEGUN ESTADO DE EXPOSICION AL RIESGO DE EMBARAZO, POR GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

ESTADO DE EXPOSICION	TOTAL 1/	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
EXPUESTAS	45.5	38.2	43.3	51.4	54.9	50.4	44.5	18.4
NO EXPUESTAS	54.5	61.8	56.7	48.6	45.1	49.6	55.5	81.6
Emb. y Ameno. Post-Parto	24.6	48.1	42.8	35.1	24.7	18.4	6.9	5.2
Embarazadas	10.3	21.4	21.9	14.6	9.9	6.9	1.5	0.9
Amenorreic. post-parto	14.3	26.7	20.9	20.5	14.8	11.5	5.4	4.3
Infértil	11.9	0.0	1.2	1.6	5.3	11.4	20.6	49.1
Sin Relaciones Sexuales.	14.8	13.0	11.3	10.7	13.0	16.7	23.1	17.2
Sin Menstruación	3.2	0.7	1.4	1.2	2.1	3.1	4.9	10.1
CASOS	2 900	131	416	562	568	490	407	326

1/ Expuestas al riesgo de embarazo son aquellas mujeres que no están embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto, que son fértiles, sexualmente activas (tuvieron relaciones sexuales durante las cuatro semanas precedentes a la encuesta) y están ovulando.

La infertilidad ocupa el tercer lugar entre los factores que inhiben la concepción. De constituir un fenómeno casi insignificante entre las mujeres menores de 30 años, asciende de manera vertiginosa después de dicha edad y alcanza prácticamente a la mitad de las mujeres entre los 45 y 49 años de edad. Como se recordará, este componente fue inferido a partir de ciertos supuestos, cuyo comportamiento está muy asociado a la edad de la mujer, lo que debe tenerse en cuenta en el análisis del fenómeno.

La irregularidad menstrual y el inicio de la menopausia, detectados a través de la pregunta sobre menstruación en las seis semanas anteriores a la encuesta, constituye el menos importante componente inhibidor de la concepción. Ha sido captado en el 3% de las mujeres actualmente unidas. Está directamente asociado con la edad, y se torna en un elemento de importancia sólo en el último grupo de edad.

4. INFERTILIDAD POST-PARTO

El riesgo de embarazo en las mujeres inmediatamente después del nacimiento de un hijo es muy reducido. Esta protección temporal está determinada en gran medida por la práctica de la lactancia (que influye sobre la duración del período anovulatorio post-parto) y por la práctica de la abstinencia sexual después del parto.

Por ello en la ENDES se incluyó un módulo de preguntas dirigido a todas las mujeres que habían tenido algún hijo nacido vivo en los cinco años anteriores (desde enero de 1981) a la fecha de aplicación de la encuesta. Dicho módulo contenía preguntas sobre duración de la lactancia, retorno de la menstruación y reinicio de relaciones sexuales después del nacimiento de cada uno de los hijos tenidos durante dicho período.

Con fines analíticos, la información que se presenta en los cuadros y gráficos siguientes está basada en todos los nacimientos ocurridos en los tres años anteriores a la encuesta; pero los datos sobre lactancia, amenorrea y abstinencia post-parto se refieren sólo al último hijo de cada mujer. La restricción temporal se hizo considerando que típicamente en el Perú (como en América Latina) casi todas las mujeres dejan de amamantar y reinician las relaciones sexuales antes de los 36 meses posteriores al nacimiento de un hijo. Esta amplitud del período no sería aplicable en algunos países asiáticos, donde muchas mujeres, como se sabe, continúan lactando hasta después de los 48 meses. De otro lado, se tomó únicamente los datos del último hijo porque el análisis se refiere al "estado actual", el cual, en relación a los aspectos que se analizan, sólo puede estar determinado por el último parto.

Asimismo, es posible estimar la duración promedio de cada uno de los aspectos que se están analizando, multiplicando por 36 (meses) la proporción de mujeres que a la fecha de la encuesta continuaba amamantando a su hijo, se encontraba en amenorrea o en abstinencia post-parto respectivamente. Este tipo de cálculo es recomendado por los epidemiólogos basándose en los conceptos de prevalencia e incidencia. Para efectos de este estudio, la prevalencia esta dada por el número de mujeres que se encontraba en alguno de los estados que se están analizando (lactancia, amenorrea, abstinencia) y la incidencia sería el número medio de

nacimientos por mes. La duración promedio es equivalente al cociente de la prevalencia dividida entre la incidencia, como puede verse en la nota al pie del cuadro 4.9.

El cuadro 4.9 presenta la proporción de mujeres que continúa lactando, se encuentra en amenorrea o en abstinencia post-parto, según meses transcurridos desde la fecha del na-

CUADRO 4.9

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON UN HIJO EN LOS 3 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, QUE ESTAN LACTANDO, EN AMENORREA O EN ABSTINENCIA POST-PARTO, SEGUN MESES TRANSCURRIDOS DESDE EL PARTO.

ENDES 1986

MESES TRANSCURRIDOS DESDE EL PARTO	PORCENTAJE DE MUJERES		
	Lactando	En Amenorrea Post-Parto	En Abstinencia Post-Parto
TOTAL	**45.2**	**25.2**	**16.4**
0- 1	83.5	93.7	83.5
2- 3	85.1	71.9	50.0
4- 5	85.1	52.6	27.2
6- 7	75.6	48.8	24.4
8- 9	74.2	43.8	15.7
10-11	67.2	42.2	14.7
12-13	57.8	31.1	13.3
14-15	48.8	20.7	8.3
16-17	53.0	25.0	12.0
18-19	37.1	8.2	8.2
20-21	45.2	10.7	3.6
22-23	27.3	6.5	7.8
24-25	22.5	3.3	9.2
26-27	18.3	0.9	7.8
28-29	16.2	1.0	5.1
30-31	12.5	0.0	3.8
32-33	5.1	1.0	5.1
34-35	4.2	1.0	4.2
PROMEDIO DE MESES 1/	**16.3**	**9.1**	**5.9**
CASOS	**1 796**	**1 796**	**1 796**

1/ Los promedios se han calculado relacionando la prevalencia y la incidencia del aspecto analizado. Por ejemplo, el promedio de duración de la lactancia se ha calculado de la siguiente manera:

$$\text{Promedio de Lactancia} = \frac{\text{Prevalencia}}{\text{Incidencia}}$$

$$= \frac{\text{Proporción de mujeres lactando} \times \text{Numero total de mujeres}}{\dfrac{\text{Numero de nacimientos}}{\text{Amplitud del periodo de referencia}}}$$

$$= \frac{\text{Número de mujeres lactando}}{\text{Número Medio de Nacimientos mensuales}}$$

Sustituyendo:

$$= \frac{0.452 \times 1796}{1796 \,/\, 36}$$

$$= \frac{811.6}{49.9}$$

= 16.3 meses de lactancia.

Lo anterior también puede expresarse como:

$$\text{Promedio de Lactancia} = \text{Proporción de mujeres lactando} \times \text{Número de meses del periodo}$$

$$= 0.452 \times 36$$

= 16.3 meses de lactancia.

cimiento del último hijo. Se observa que un porcentaje importante de estas madres continuaban amamantando durante un período prolongado. Más de la mitad de ellas sigue amamantando a su hijo después del primer año de vida y dicha proporción empieza a disminuir sólo después de los 18 meses de edad. Estos datos revelan un patrón de lactancia tradicional en el país, con una duración promedio de 16 meses.

La lactancia influye sobre la duración de la amenorrea post-parto, aunque el patrón de prevalencia de este último fenómeno difiere del patrón de lactancia, ya comentado. Como se observa en el mismo cuadro, la proporción de mujeres amenorréicas disminuye más rápidamente que la proporción de lactantes. Sólo un tercio de las mujeres no ha vuelto a ovular un año después del parto. Según estos datos, el retorno de la ovulación tarda 9 meses en promedio.

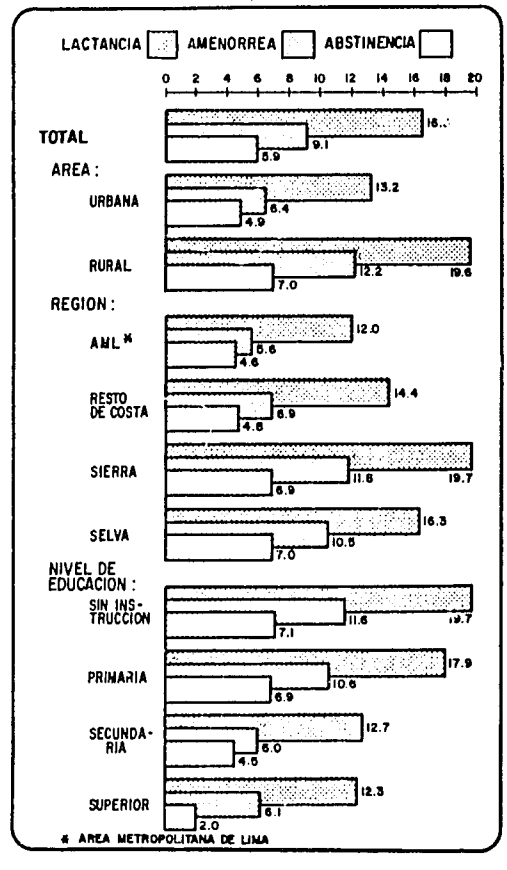
La abstinencia sexual posterior al parto es una práctica que guarda relación con los dos fenómenos anteriores, aunque presenta características diferentes. Se encuentra generalizada en los primeros dos meses después del parto y constituye todavía una práctica importante para la mitad de las mujeres, en los dos meses siguientes. Un año después del parto más del 10% de las mujeres continúa en abstinencia, y tres años después, el 4% de la población estudiada aún conserva esta práctica. La duración promedio de la abstinencia es de 6 meses. Al respecto, debe mencionarse que en el presente análisis se ha incluido mujeres que, a la fecha de la encuesta, no estaban en unión conyugal, pero que tuvieron algún hijo en los tres años anteriores. Ello podría estar influyendo, en cierta forma sobre la prolongación de la abstinencia sexual.

Los comportamientos referentes a la lactancia y la abstinencia post-parto están muy influídos por los patrones socio-culturales existentes; por consiguiente se espera que varíen de acuerdo al área o región de residencia o al nivel de educación. La amenorrea post-parto, no obstante que es un fenómeno más propiamente biológico, es probable que también muestre variaciones significativas de acuerdo a los criterios mencionados al estar estrechamente relacionada con la lactancia.

GRAFICO 4.3

PERU : MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON UN HIJO EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA SEGUN DURACION PROMEDIO (EN MESES) DE LA LACTANCIA MATERNA, AMENORREA Y ABSTINENCIA POST PARTO, POR AREA Y REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION DE LAS MUJERES

ENDES 1986



Como puede observarse en el gráfico 4.3, las prácticas de la lactancia y la amenorrea post-parto son en promedio, seis meses más prolongadas en el área rural que en el área urbana. En el primero, la duración de la abstinencia es de dos meses más que en el área urbana. Respecto a la región natural de residencia, se observan diferencias más importantes que las determinadas por el grado de urbanización. La práctica de la lactancia en la Sierra es ocho meses más prolongada que en el Area Metropolitana de Lima, cinco meses más que en el resto de Costa y tres meses más que en la Selva. En relación a la amenorrea, las diferencias entre regiones se acortan, manteniéndose el patrón anterior. De otro lado, la abstinencia resulta una práctica más frecuente en la Sierra y en la Selva que en la Costa; en este punto casi no hay diferencias entre el Area Metropolitana de Lima y el resto de Costa.

El nivel de educación también discrimina de manera significativa la extensión de la lactancia, la amenorrea y la abstinencia post-parto. Ellos se prolongan por más tiempo en las mujeres sin instrucción o con menor nivel de educación. En la práctica de la lactancia, al igual que en la duración de la amenorrea post-parto, casi no existen diferencias entre las mujeres con secundaria o superior. Sin embargo, en relación a la práctica de la abstinencia, las mujeres con educación superior se distinguen con claridad de las otras categorías educativas, mostrando una práctica tres veces menos prolongada que el promedio global.

Así como la incidencia y duración de estas prácticas responden en gran medida a patrones socio-culturales, se po-

CUADRO 4.10

PERU: DURACION PROMEDIO (EN MESES) DE LA LACTANCIA, AMENORREA Y ABSTINENCIA POST-PARTO EN MUJERES QUE TUVIERON UN HIJO EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN EDAD ACTUAL, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	MENORES DE 30 AÑOS			30 Ó MAS AÑOS		
	Lactancia	Amenorrea Post-Parto	Abstinencia Post-Parto	Lactancia	Amenorrea Post-Parto	Abstinencia Post-Parto
TOTAL	**15.9**	**9.0**	**6.1**	**16.7**	**9.2**	**5.5**
NIVEL DE EDUCACION						
Sin intrucción .	20.3	12.8	6.6	19.4	11.0	7.3
Primaria	17.5	10.6	7.7	18.4	10.7	5.5
Secundaria	13.2	6.6	4.8	11.5	4.6	3.7
Superior	14.4	5.4	0.0	10.5	6.8	3.7
AREA						
Urbana	13.3	6.8	5.1	12.9	5.7	4.5
Rural	19.2	11.7	7.4	20.2	12.4	6.5
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima	12.2	5.1	4.3	11.7	6.4	5.1
Resto de Costa .	14.3	7.1	5.0	14.5	6.5	4.4
Sierra	19.4	12.0	7.4	20.0	11.5	6.2
Selva	16.3	10.7	7.6	16.1	9.9	5.8
CASOS	**1 068**	**1 068**	**1 068**	**728**	**728**	**728**

dría esperar también que muestren variaciones en el tiempo. Estas diferencias temporales se podrían analizar, aunque con ciertas limitaciones, comparando los datos por grupos de edad que se presentan en el cuadro 4.10. Dicho cuadro muestra la duración promedio de la lactancia, amenorrea y abstinencia post-parto en mujeres menores de 30 años y en las de 30 años a más. Los datos, en este caso, no muestran diferencias significativas por edad, salvo en la práctica de la lactancia, que, en promedio, es casi un mes más prolongada en las mujeres de mayor edad.

Por último, cabe recordar que el análisis realizado sobre los componentes de la infertilidad post-parto, se refiere a todas las mujeres que han tenido un hijo en los tres años anteriores a la encuesta, independientemente de su estado conyugal. Este mismo análisis se aplicó exclusivamente en mujeres actualmente unidas, pero no se encontró diferencias significativas en la duración promedio de la lactancia y de la amenorrea post-parto respecto al total de mujeres en edad fértil. En lo que respecta a la práctica de la abstinencia, la extensión de ésta disminuyó mes y medio cuando la estimación de la duración promedio se restringió a las mujeres que hacen vida conyugal. Ocurre que en el caso de las mujeres que no están unidas, la abstinencia deja de ser una práctica temporal relacionada al parto, para convertirse en un hecho más prolongado,debido a la ausencia de una pareja conyugal estable.

RESUMEN

En este capítulo se ha analizado fundamentalmente la exposición al riesgo de embarazo, con el propósito de evaluar el potencial reproductivo de las mujeres en edad fértil. En primer lugar, de la observación de los patrones actuales de nupcialidad en dicha población, se encuentra una relativa persistencia de las tendencias advertidas con estudios anteriores. Casi dos tercios de las mujeres en edad fértil ha estado alguna vez en unión conyugal, mayormente a través de un vínculo formal. Asimismo, el matrimonio se convierte en un estado casi universal alrededor de los cuarenta años. De otro lado el inicio de la unión conyugal se da, en la mitad de las mujeres, hacia los veintiun años; valor promedio que es mayor en las áreas urbanas del país, en la costa y en las mujeres con niveles de educación de secundaria o más.

En relación al riesgo de embarazo, éste se determinó a partir de tres elementos: la fertilidad, la ovulación y la exposición al coito. De la evaluación de estos componentes se dedujo que el 45% de las mujeres en unión conyugal están expuestas al riesgo de concebir. Dicha exposición varía con la edad, así como varían con la edad también los elementos inhibidores de la concepción. De ellos, el más importante resulta el embarazo y la infertilidad post-parto, especialmente en las mujeres más jóvenes. El segundo elemento inhibidor constituye la práctica de la abstinencia sexual, la misma que está igualmente difundida en todos los grupos de edad. Por último, la infertilidad y ausencia de menstruación explican el menor riesgo de embarazo en las mujeres mayores.

Finalmente, se examinaron los componentes de la infertilidad post-parto: lactancia, retorno de la ovulación y abstinencia sexual, en mujeres que han tenido un hijo en los tres años anteriores a la encuesta.

Los resultados señalan que estos eventos se prolongan en promedio el siguiente tiempo: 16 meses la lactancia, 9 meses el retorno de la ovulación y 6 meses la abstinencia sexual. Dichos valores varían en relación al lugar de residencia y al nivel de educación de la mujer, y prácticamente se mantienen estables en todos los grupos de edad.

V. REGULACION DE LA FECUNDIDAD

Luego de constatar que en el Perú la fecundidad continúa descendiendo y de analizar la influencia de la nupcialidad y la exposición al riesgo de embarazo en esa declinación, conviene examinar el estado actual y la evolución reciente de la regulación de la fecundidad.

Al respecto, el Perú es un país con gran experiencia en la realización de encuestas demográficas, las que permiten advertir los cambios ocurridos en torno a la regulación de la fecundidad en los últimos 20 años.

Según dichas fuentes 1/ sólo un selecto grupo de mujeres conocía y usaba métodos anticonceptivos a finales de la década de los años sesenta (PEAL-PECFAL). Hacia 1977 y 1978 (ENAF) se comprobó que el conocimiento y uso de los anticonceptivos habían aumentado notablemente entre las mujeres en edad fértil, especialmente entre las más jóvenes, aún cuando esto no ocurría con la misma magnitud en todo el país. Posteriormente, con ENPA (1981) se comprobó que los cambios continuaban en el mismo sentido; y además empezó a hacerse notoria la acción del Sector Público en materia de planificación familiar.

La información recopilada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1986) permite examinar estos temas. En tal sentido, a continuación se presentarán los resultados obtenidos acerca de los principales aspectos que comprende la regulación de la fecundidad: el conocimiento de los métodos anticonceptivos; el uso actual y pasado de los mismos; las intenciones de uso en el futuro y las actitudes hacia un próximo embarazo; así como la comunicación sobre planificación familiar.

1. CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

Como se mencionó líneas arriba, una de las características más importantes de la regulación de la fecundidad en el Perú, durante las últimas dos décadas, ha sido el mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos. Alrededor del año 1970, de acuerdo a la PEAL-PECFAL, sólo el 51% de las mujeres conocía o había escuchado hablar de algún método; en 1981, según la ENPA, el 81% ; y en 1986, el 88 por ciento.

No obstante, es importante inquirir especialmente en torno al conocimento de los métodos considerados más eficaces; éstos se denominan comunmente

---

1/ Encuesta de Fecundidad Rural y Urbana, realizada en 1969 por el Centro de Investigaciones Sociales por Muestreo (Ministerio de Trabajo) en coordinación con el CELADE, al igual que la Encuesta de Aborto Inducido y de Conocimiento y Uso de Anticonceptivos en Lima Metropolitana, 1970. Ambas dentro de su Programa de Encuestas Comparativas (PECFAL/PEAL). Encuesta Nacional de Fecundidad, 1977-78, realizada por la Dirección de Demografía de la Oficina Nacional de Estadística (INP);dentro del Programa de Encuesta Mundial de Fecundidad (WFSISI). Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos,1981. Realizada por la Dirección General de Demografía del Instituto Nacional de Estadística,en convenio con el Ministerio de Salud y la Westinghouse Health Systems.

como métodos modernos y comprenden a la píldora, DIU, inyección, métodos vaginales 1/, preservativo y esterilización. En relación a estos anticonceptivos, de acuerdo a la ENDES (cuadro 5.1), el 86% de mujeres en edad fértil conoce o ha oído hablar de alguno; lo que significa un evidente incremento frente a 76%, que era la cifra correspondiente para 1981 (ENPA). El ritmo, el retiro y los otros métodos son denominados tradicionales.

La píldora es el método moderno más conocido y mantiene esta primacía desde hace dos décadas por lo menos. Le siguen en orden de importancia la esterilización femenina y el DIU. Conviene resaltar que el ritmo, que es el método tradicional más conocido, se ubica de acuerdo a su popularidad, en el tercer lugar, después de la esterilización femenina.

En el cuadro 5.1 se observa también que los anticonceptivos modernos son más conocidos a medida que aumenta la edad de las mujeres unidas ; correspondiendo el valor máximo de 90% a las mujeres de 25 a 34 años; a partir de entonces el porcentaje disminuye; pero aún así, las tres cuartas partes de las mujeres entre los 45 y 49 años conoce o ha oído hablar de

1/ Los métodos vaginales incluyen al supositorio, óvulo, jalea y diafragma.

CUADRO 5.1

PERU: PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, QUE CONOCE CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS O TRADICIONALES Y PORCENTAJE QUE CONOCE POR LO MENOS UNO MODERNO, POR GRUPOS DE EDAD

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	METODO MODERNO								METODO TRADICIONAL			CASOS
	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales 1/	Preservativo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Alguno Moderno	Ritmo	Retiro	Otros 2/	
TOTAL DE MUJERES												
TOTAL	75.3	68.4	63.9	41.7	47.5	72.5	25.2	85.7	71.1	41.7	17.6	4 999
15-19	65.6	51.5	48.6	23.9	28.5	60.2	18.9	80.2	59.4	21.7	9.2	1 104
20-24	78.5	72.1	65.5	42.6	48.6	71.6	25.3	87.9	74.3	43.0	17.1	940
25-29	81.6	79.2	73.9	52.9	56.4	79.3	27.2	90.5	78.2	49.6	22.2	808
30-34	82.6	77.6	70.5	56.3	60.8	82.6	31.4	90.0	79.9	53.8	20.1	688
35-39	76.8	71.6	70.0	45.9	53.0	76.6	27.9	86.5	71.9	49.7	22.7	577
40-44	75.3	68.7	66.9	44.4	52.2	76.7	25.8	86.1	72.2	47.0	18.8	489
45-49	66.7	63.1	57.8	31.6	42.0	65.9	22.9	77.6	60.1	38.4	19.9	393
ACTUALMENTE UNIDAS 3/												
TOTAL	76.7	71.9	66.1	46.3	51.5	75.1	26.7	86.6	73.9	49.2	21.8	2 900
15-19	58.8	57.3	51.9	29.0	32.1	60.3	20.6	80.2	58.0	39.7	19.1	131
20-24	79.1	73.1	69.0	43.5	47.1	67.8	22.8	86.3	74.8	51.2	22.4	416
25-29	81.5	79.4	75.6	52.9	54.5	79.0	26.2	91.1	78.7	50.5	24.7	562
30-34	81.7	76.6	69.4	55.5	59.7	81.7	31.9	89.6	80.1	54.6	21.7	568
35-39	76.5	71.2	69.4	46.3	53.3	77.1	28.2	86.5	72.5	50.8	23.7	490
40-44	75.2	67.6	66.8	43.7	50.9	76.4	26.5	85.8	71.5	47.2	17.4	407
45-49	66.0	61.7	58.3	32.5	43.3	67.2	24.2	77.6	65.6	39.0	19.9	326

1/ Diafragma, óvulos, espuma, jalea.
2/ Lavado y folklóricos.
3/ Incluye casadas y convivientes.

alguno. Este patrón es similar si se considera cada uno de los métodos, aún cuando los porcentajes tienen diferente nivel.

Las tendencias señaladas respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos es muy similar entre todas las mujeres en edad fértil y las actualmente unidas (cuadro 5.1); no obstante, entre las segundas los porcentajes de mujeres que conocen cada método son ligeramente superiores; lo que es explicable por tratarse de mujeres seguramente más interesadas en saber acerca de la anticoncepción porque están más expuestas al riesgo de embarazo.

Las cifras del cuadro 5.2 muestran que el conocimiento de los métodos modernos, entre las mujeres actualmente unidas, aumentan rápidamente con el primer hijo (de 80 a 90%), y luego de permanecer casi constante hasta el tercero, empieza a declinar hasta llegar a 78% entre las que tienen 6 y más hijos. Esta tendencia guarda relación con la observada considerando la edad de las mujeres.

Ocurre lo mismo entre las mujeres con condiciones económicas menos favorables; en efecto, los porcentajes más bajos de mujeres actualmente unidas que conoce por lo menos algún método moderno se encuentran entre las que aún no han tenido hijos y carecen de instruccción (30%), residen en el área rural (57%) o, considerando las regiones naturales, en la Sierra (61%). Luego los porcentajes aumentan conforme el número de hijos se incrementa hasta 3 ó 4, después de los cuales empiezan a declinar.

En cambio, no se advierten diferencias importantes entre las mujeres que han alcanzado la secundaria o el nivel superior, que residen en el área urbana o en la Costa; entre ellas, casi la totalidad conoce al menos un método moderno de anticoncepción. Los porcentajes de estas mujeres en ningún caso

CUADRO 5.2

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS QUE CONOCE POR LO MENOS UN METODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

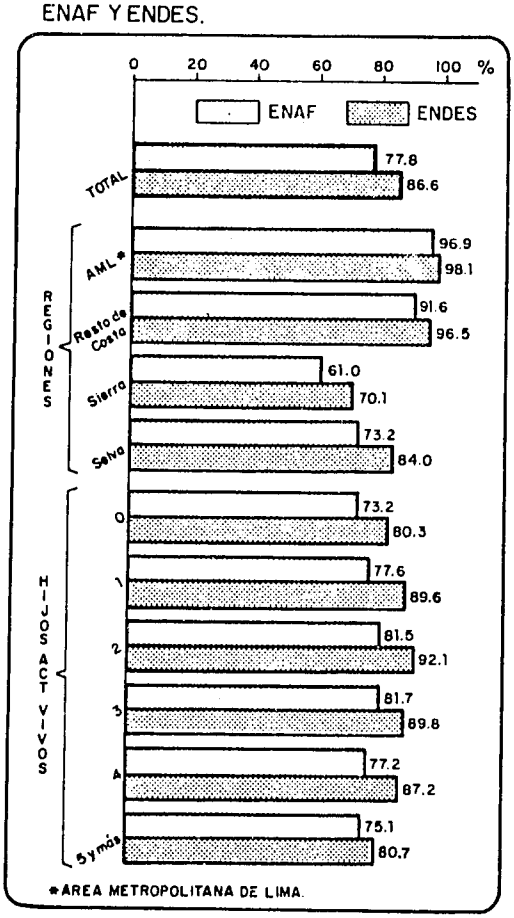
CARACTERISTICAS	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS						
		0	1	2	3	4	5	6 y Más
TOTAL	86.6	80.3	89.6	92.1	89.8	87.2	84.9	78.4
NIVEL DE EDUCACION								
Sin Instrución ..	58.1	30.0	50.0	60.5	57.4	55.4	64.6	59.9
Primaria	85.5	70.2	76.7	87.0	87.2	88.2	86.9	87.0
Secundaria	98.6	100.0	98.1	98.5	98.0	99.0	100.0	100.0
Superior	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
AREA								
Urbana	97.0	97.8	95.8	97.5	97.6	98.0	96.9	95.3
Rural	68.9	57.4	75.2	76.3	70.0	67.9	71.5	64.2
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima	98.1	97.4	97.0	99.0	98.3	98.2	97.2	97.9
Resto de Costa ..	96.5	97.0	97.4	96.5	98.5	95.2	98.7	93.8
Sierra	70.1	61.3	73.9	80.1	76.8	70.8	69.5	59.0
Selva	84.0	79.2	88.9	85.5	83.0	92.3	82.5	79.0

son alcanzados por las anteriormente citadas, no obstante el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos asociado directamente al número de hijos.

Al examinar, en el gráfico 5.1, la evolución del conocimiento de métodos anticonceptivos modernos entre los años 1977-78 y 1986 (años en que fueron levantadas la ENAF y la ENDES respectivamente), se nota que la proporción de mujeres actualmente unidas que conoce al menos un método moderno, ha aumentado de 78 a 87 por ciento.

GRAFICO 5.1

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS QUE CONOCE POR LO MENOS UN METODO ANTICONCEPTIVO MODERNO, POR REGION DE RESIDENCIA Y NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.



Sin embargo, como puede presumirse, al considerar las regiones naturales, el número de mujeres que se ha enterado de la existencia de los métodos modernos es proporcionalmente mayor entre las residentes de la Sierra y la Selva; porque en estos lugares existía una apreciable cantidad de mujeres entre quienes no se había difundido todavía información sobre los métodos de planificación familiar. Esta falta de divulgación, en gran medida, era resultado del atraso social y cultural de esas regiones del país.

Mientras tanto, en el Area Metropolitana de Lima el incremento es insignificante, dado que antes de la ENAF ya era alto el conocimiento de los anticonceptivos modernos.

Considerando el número de hijos vivos, los aumentos más importantes han ocurrido entre las mujeres con uno, dos y cuatro hijos.

En torno a los métodos de planificación familiar existe preocupación por los efectos negativos que su uso podría originar; por ello, en la encuesta, a las mujeres que conocían algún método (moderno o tradicional) se les preguntó si habían oído hablar sobre algún problema que originaría el uso de ese método.

Los resultados se muestran en el cuadro 5.3, apreciándose que alrededor de dos quintas partes de dichas mujeres mencionó algún problema, destacando las que mencionaron que su uso daba lugar a problemas de salud (25%) y que era inefectivo (12%). El costo y la accesibilidad del método, lo mismo que la desaprobación del cónyuge y la inconveniencia, no

CUADRO 5.3

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN PROBLEMA DEL QUE HAN ESCUCHADO HABLAR EN EL USO DE CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN.

ENDES 1986

PROBLEMA DEL METODO	TOTAL	METODO ANTICONCEPTIVO CONOCIDO								
		Píldora	DIU	Inyección	Métodos Vaginales	Preservativo	Esterilización		Ritmo	Retiro
							Femenina	Masculina		
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Inefectivo.....	12.3	4.9	16.3	6.0	13.5	13.3	3.2	0.6	36.4	8.7
Desaprobación del cónyuge.....	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.6	0.1	0.6
De salud	25.5	57.5	43.5	36.4	7.7	9.5	24.8	7.5	0.9	11.2
Accesibilidad....	0.3	0.5	0.3	0.5	0.1	0.1	0.3	0.2	0.0	0.1
Costo alto.....	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0
Inconveniente 1/.	1.0	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	5.1	3.8	0.2	0.0
Otro	2.7	1.8	1.6	1.2	1.3	7.8	1.3	2.1	1.5	8.3
Ninguno	34.5	18.9	22.6	31.5	46.6	37.1	41.0	45.2	40.0	44.0
No sabe	23.4	15.8	15.4	24.0	30.2	31.7	24.0	40.0	20.9	27.1
CASOS	25 346 a/	3 762	3 418	3 193	2 084	2 372	3 623	1 260	3 552	2 082

1/ Interfiere con el sexo, irreversible.
a/ Corresponde al número de métodos anticonceptivos reconocido por la mujer.

fueron considerados significativamente.

Al considerar cada método, es respecto a la píldora que la mayor proporción de mujeres ha escuchado algún problema (65%); un porcentaje casi similar entre las que conocen el DIU está enterada de algún problema derivado de su uso. Otros métodos, a cuyo uso un significativo número de mujeres le atribuye problemas, son la inyección y la esterilización femenina. El principal problema al que se refieren las mujeres entrevistadas está vinculado a la salud de la usuaria.

Entre las que conocen el ritmo, más de la tercera parte manifiesta haber oído algún problema y, excepto un 3%, todas ellas se refieren a la inefectividad del método.

Vale la pena destacar, en el caso de los otros métodos (vaginales, preservativo y esterilización masculina), que una significativa proporción de mujeres no sabe si su uso ocasiona algún problema.

Por otro lado, casi la totalidad de mujeres que conoce anticonceptivos (93%), conoce también alguna fuente de abastecimiento (cuadro 5.4). Entre las fuentes mayormente identificadas destacan los establecimientos del Ministerio de Salud, especialmente para los métodos clínicos como el DIU y la esterilización femenina.

También se menciona a la farmacia, primordialmente para obtener preservativos, métodos vaginales, píldoras e inyecciones; y en tercer término, al consultorio médico. Otras fuentes, tales como otro hospital del sector público, organizaciones privadas voluntarias y clínicas privadas parecerían

CUADRO 5.4

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE CONOCEN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN FUENTE DE ABASTECIMIENTO O INFORMACION PARA CADA METODO CONOCIDO.

ENDES 1986

FUENTE DE ABASTECIMIENTO O INFORMACION 1/	TOTAL	METODO ANTICONCEPTIVO							
		Píldora	DIU	Inyección	Método Vaginal	Preservativo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Ritmo
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospital, centros del Ministerio de Salud.	46.4	33.7	62.9	34.2	28.1	18.7	73.2	59.1	52.1
Otro hospital del sector público	2.6	1.9	3.4	1.6	2.1	0.9	4.5	5.0	2.3
O.P.V. 2/	1.3	1.1	1.0	0.5	0.9	0.6	0.3	0.3	4.2
Promotor de salud ..	0.6	0.6	0.3	0.4	0.2	0.4	0.1	0.1	2.1
Consultorio médico .	11.8	9.3	17.7	13.8	11.4	4.8	6.7	9.6	18.0
Clínica privada	3.9	0.9	4.2	0.9	0.9	0.6	11.2	16.4	1.6
Farmacia	23.8	44.0	3.7	41.8	48.3	58.2	0.2	0.2	0.4
Otro	2.5	1.0	0.4	0.8	0.7	2.1	0.4	0.6	12.1
No Sabe	7.1	7.5	6.4	6.0	7.4	13.7	3.4	8.7	7.2
CASOS	23 264 a/	3 762	3 418	3 193	2 084	2 372	3 623	1 260	3 552

1/ La pregunta fue: ¿Dónde iría para obtener (METODO)?
EN EL CASO DEL RITMO: A dónde iría para recibir información acerca del ritmo?
2/ Organizaciones Privadas Voluntarias.
a/ Corresponde al número de métodos anticonceptivos reconocidos por la mujer.

ser muy poco conocidas.

2. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

El aspecto más importante de la regulación de la fecundidad es el uso de los métodos anticonceptivos. Por tal razón, en este punto se comentan los resultados más relevantes al respecto, referidos principalmente a las mujeres actualmente unidas.

Asimismo se examinan algunos resultados sobre temas que, por su vinculación con el comportamiento reproductivo, ayudan a comprender aspectos importantes de la regulación de la fecundidad; tales como el conocimiento de las mujeres acerca del período fértil, tiempo que llevan esterilizada (si tal es el caso), fuente de información u obtención del método que usan actualmente, la razón principal que tuvieron para dejar de usar un método específico, así como las intenciones futuras de usar anticonceptivos en el caso de las mujeres expuestas que no son usuarias de métodos anticonceptivos.

2.1 Uso Alguna Vez

El subtítulo que encabeza este acápite engloba tanto el uso en el pasado, aún cuando hubiese sido interrumpido, como el uso actual. Al respecto el cuadro 5.5 indica que algo más de dos quintas partes de las mujeres en edad fértil ha usado alguna vez un método anticonceptivo.

Las mujeres que conforman los grupos de edad extremos presentan las menores proporciones que el resto; las más jóvenes probablemente porque todavía no se han unido conyu-

galmente y, por consiguiente, se encuentran menos expuestas al riesgo de embarazo, y las mayores porque pertenencen a cohortes que han tenido seguramente escaso acceso a la información u obtención de los métodos anticonceptivos. Mientras tanto aproximadamente seis de cada diez mujeres con edades entre los 30 y 44 años los ha usado alguna vez.

El método anticonceptivo más utilizado alguna vez por las mujeres peruanas es el ritmo; la cuarta parte de las mujeres en edad fértil lo ha usado, a pesar del reconocimiento de su inefectividad, problema que fue declarado por una significativa proporción de mujeres.

Entre las mujeres actualmente unidas, el patrón de uso alguna vez de métodos anticonceptivos es similar al de todas las mujeres. Sin embargo, por tratarse de mujeres más expuestas al riesgo de embarazo el nivel de uso entre las actualmente unidas es mayor: cerca de dos tercios ha usado un método alguna vez. Asimismo, el 42% de las más jóvenes ha usado (frente al 6%, en el caso de todas las mujeres).

Dos quintas partes de las actualmente unidas ha usado el ritmo alguna vez; y en todos los grupos de edad los porcentajes de usuarias de ritmo son mayores que los correspondientes a la píldora, que es el método mayormente usado después del ritmo.

CUADRO 5.5

PERU: PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE HAN USADO ALGUNA VEZ METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN METODO USADO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD.

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	METODOS ALGUNA VEZ USADOS										CASOS
		Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Preservativo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Ritmo	Retiro	Otros	
TOTAL DE MUJERES												
TOTAL	**42.8**	**14.4**	**7.1**	**5.9**	**5.3**	**6.4**	**3.7**	**0.0**	**25.9**	**12.4**	**6.0**	**4 999**
15-19	6.3	1.2	0.4	0.5	0.2	0.7	0.0	0.0	4.1	2.2	0.6	1 104
20-24	34.0	10.3	5.0	4.6	2.7	4.3	0.0	0.0	19.9	10.3	4.0	940
25-29	55.5	20.4	10.6	9.3	8.0	10.3	1.1	0.0	34.2	18.6	7.7	808
30-34	65.3	25.7	13.8	9.6	10.0	10.0	5.1	0.0	41.6	19.6	7.7	688
35-39	63.1	21.3	11.8	9.5	8.2	9.2	9.4	0.0	36.7	16.8	11.3	577
40-44	61.6	19.6	8.0	7.6	7.8	9.0	11.7	0.0	38.5	16.2	8.0	489
45-49	47.1	12.0	4.6	3.3	5.1	6.1	7.6	0.3	25.7	9.9	9.2	393
ACTUALMENTE UNIDAS												
TOTAL	**65.1**	**22.1**	**11.6**	**8.9**	**8.0**	**9.7**	**6.1**	**0.0**	**39.8**	**18.8**	**9.2**	**2 900**
15-19	42.0	6.9	2.3	4.6	1.5	5.3	0.0	0.0	26.0	16.8	3.8	131
20-24	64.2	21.2	10.3	7.9	5.1	7.9	0.0	0.0	38.0	19.2	8.7	416
25-29	70.3	25.6	14.8	12.5	9.4	12.8	1.6	0.0	42.7	23.0	9.8	562
30-34	71.8	28.7	16.2	10.4	10.9	10.9	5.8	0.0	46.8	21.3	8.8	568
35-39	67.1	22.7	12.7	9.8	9.2	10.0	10.8	0.0	40.2	17.8	11.6	490
40-44	65.1	20.9	8.9	7.4	7.6	9.3	13.5	0.0	40.5	17.7	7.6	407
45-49	51.8	12.6	4.9	4.0	5.5	5.8	8.3	0.3	28.5	10.1	10.1	326

Entre los métodos modernos, la píldora ha sido usada por cerca de la cuarta parte de las mujeres actualmente unidas; le sigue en importancia el DIU, que ha sido usado en menor proporción (12%).

En general los métodos modernos han sido preferidos en mayor medida por las mujeres de 25 a 34 años, con excepción de la esterilización, cuyo uso alguna vez se incrementa entre las de 35 a 44 años, edades en las que hay elevada paridez.

2.2 Uso Actual

El cuadro 5.6 presenta la distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años y de las actualmente unidas de acuerdo al uso actual de métodos anticonceptivos, según grupos de edad. Puede advertirse que, entre el total de mujeres, el 28% usa métodos actualmente, siendo el ritmo el mayormente elegido (11%); le siguen en importancia el DIU y la píldora.

Naturalmente, las actualmente unidas usan anticonceptivos en mayor proporción, quedando protegidas de esa manera el 46% de ellas. Las usuarias del ritmo representan al 18%, duplicando con holgura el porcentaje de mujeres que usan el DIU, que es el segundo método más elegido.

La proporción de usuarias actuales se incrementa entre las mujeres de 25 a 39 años, constituyendo la mitad o más de las mujeres (cuadro 5.6).

Las usuarias de los métodos modernos, en forma individual, representan bajos porcentajes; pero en conjunto conforman el 23% de las actualmente unidas, es decir la mitad de las que son actualmente usuarias. Cobra importancia, además del uso del DIU, el de la píldora y la esterilización femenina; los dos primeros, particularmente

CUADRO 5.6

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES Y DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE ACUERDO AL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	NO USAN METODOS	USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALMENTE											CASOS
			Total	Píldora	DIU	Inyección	Método Vaginal	Preservativo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Ritmo	Retiro	Otros	
TOTAL DE MUJERES														
TOTAL	100.0	72.0	28.0	4.0	4.4	0.9	0.7	0.4	3.7	0.0	10.8	2.2	0.9	4 899
15-19	100.0	96.8	3.2	0.6	0.3	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	1.5	0.3	0.1	1104
20-24	100.0	81.2	18.8	3.5	3.7	1.1	0.3	0.7	0.0	0.0	7.4	1.8	0.3	940
25-29	100.0	62.9	37.1	7.6	7.6	1.9	1.2	0.3	1.1	0.0	12.6	3.1	1.7	808
30-34	100.0	51.9	48.1	8.7	8.0	1.1	1.3	0.6	5.1	0.0	18.5	3.5	1.3	688
35-39	100.0	53.4	46.6	4.5	7.4	0.7	1.0	0.9	9.4	0.0	17.2	3.6	1.9	577
40-44	100.0	58.7	41.3	1.2	3.1	0.6	0.6	0.0	11.7	0.0	20.2	3.1	0.8	489
45-49	100.0	77.9	22.1	1.8	2.5	0.3	0.5	0.5	7.6	0.3	6.6	1.0	1.0	393
ACTUALMENTE UNIDAS														
TOTAL	100.0	54.2	45.8	6.5	7.4	1.3	1.0	0.7	6.1	0.0	17.7	3.6	1.5	2 900
15-19	100.0	77.1	22.9	4.6	2.3	1.5	0.0	1.5	0.0	0.0	9.9	2.3	0.8	131
20-24	100.0	60.6	39.4	7.7	7.9	2.2	0.5	1.4	0.0	0.0	15.1	4.1	0.5	416
25-29	100.0	49.6	50.4	10.0	10.9	2.5	1.4	0.5	1.6	0.0	16.9	4.3	2.3	562
30-34	100.0	44.7	55.3	10.2	9.4	1.4	1.3	0.5	5.8	0.0	21.8	3.5	1.4	568
35-39	100.0	46.5	53.5	5.1	8.2	0.6	1.2	1.0	10.8	0.0	20.0	4.3	2.3	490
40-44	100.0	52.6	47.4	1.2	3.7	0.5	0.7	0.0	13.5	0.0	23.4	3.4	1.0	407
45-49	100.0	75.1	24.9	2.2	2.5	0.3	0.6	0.6	8.3	0.3	8.0	1.2	0.9	326

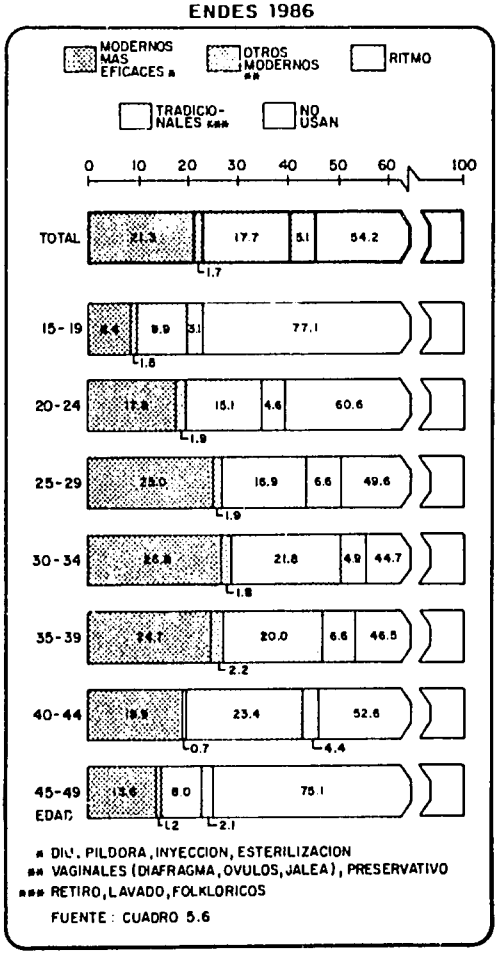
entre las mujeres de 25 a 34 años, mientras que la esterilización se incrementa en las mujeres de 35 a 44 años. Esta elección se relaciona sobre todo con una mayor paridez y el consecuente deseo de limitar los nacimientos definitivamente.

La otra mitad de mujeres actualmente unidas y usuarias (23%) recurre a los métodos tradicionales, en especial al ritmo. Cabe hacer notar que este método esta siendo usado por las mujeres incluso cuando ya está bastante avanzado su ciclo reproductivo, cuando la paridez es alta; así entre las mujeres actualmente unidas de 40 a 44 años, el 23% es usuaria de dicho método.

GRAFICO 5.2

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE ACUERDO AL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS O TRADICIONALES, POR GRUPOS DE EDAD

ENDES 1986



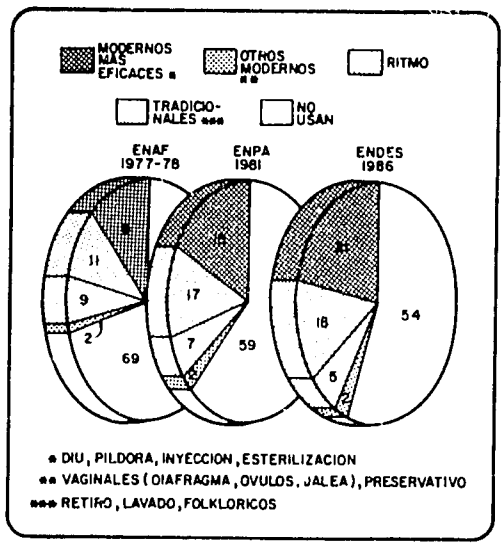
Es también importante destacar que si bien la mayor proporción de mujeres usuarias recurre al ritmo, las que utilizan los métodos modernos más eficaces (píldora, DIU, inyección y esterilización) en conjunto tienden a superarla. El gráfico 5.2, que ilustra la distribución porcentual de las actualmente unidas de acuerdo al uso de métodos anticonceptivos, confirma lo mencionado para el total (21% de usuarias de métodos modernos más eficaces frente al 18% usuarias del ritmo); y desagregando a las mujeres por grupos de edades lo afirmado se constata también entre las de 20 a 39 años.

Esta situación es reciente, porque examinando el gráfico 5.3 se encuentra que la proporción de mujeres unidas que usaban el ritmo (17%) en 1981 era aún superior a la de quienes usaban los métodos modernos más eficaces (15%);y lo mismo ocurría en 1977-78. El cambio advertido es resultado del aumento más rápido de la proporción de usuarias de dichos métodos modernos, la que pasó de 9 a 21%, mientras que el incremento de las usuarias del ritmo fue de 11 a 18%. El peso de las mujeres usuarias de los otros métodos modernos se mantuvo y el de los tradicionales disminuyó.

El gráfico 5.3 refleja además que ese cambio se ha producido juntamente con el aumento en la proporción de usuarias entre las mujeres actualmente unidas, la que se elevó de 31 a 46 por ciento, entre 1977-78 y 1986.

GRAFICO 5.3

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN O NO METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN TIPO DE METODO, A TRAVES DE TRES ENCUESTAS : ENAF, ENPA Y ENDES



En este punto resulta oportuno pretender una visión de conjunto del comportamiento vinculado a la planificación familiar. Para ello, en el gráfico 5.4 se presenta comparativamente para cada método la medida en que es conocido, ha sido usado y es usado actualmente. Los métodos están ordenados en forma descendente de acuerdo al grado en que son conocidos.

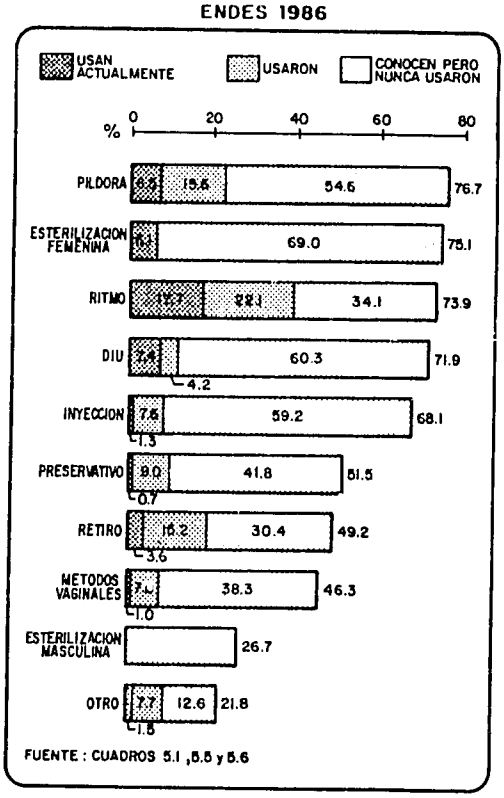
Como se mencionó en el acápite anterior, la píldora, a pesar de ser el método más conocido, no es el más usado ni alguna vez ni actualmente. Esta situación no es exclusiva de la píldora, incluso es más intensa en el caso de la esterilización femenina, puesto que el 69% de mujeres actualmente unidas que lo conocen no lo usan; esta situación es probablemente resultado del carácter definitivo del método.

Al examinar las proporciones de mujeres que han usado alguna vez un método, pero ya no los usan actualmente, destaca el ritmo con un 22% de mujeres que abandonaron el método. También es importante dicha proporción en el caso de la píldora y el retiro (16 y 15%).

GRAFICO 5.4

PERU · PORCENTAJES DEL TOTAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN, HAN USADO, O CONOCEN PERO NUNCA HAN USADO METODOS ANTICONCEPTIVOS

ENDES 1986



Como lo testimonian diversos estudios, el uso de anticonceptivos es bastante diferente según que el área de residencia sea urbana o rural. Según la ENDES (cuadro 5.7) casi 6 de cada 10 mujeres actualmente unidas residentes en el área urbana son usuarias actuales de algún anticonceptivo, mientras que en el área rural sólo la cuarta parte de dichas mujeres usa alguno.

Considerar la región natural de residencia, permite corroborar que en el Perú existen grandes diferencias en el uso de anticonceptivos; sólo alrededor de un tercio de mujeres

CUADRO 5.7

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USAN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS				
		0	1	2	3	4 y Más
TOTAL	45.8	18.5	41.2	56.9	57.7	40.9
NIVEL DE EDUCACION						
Sin Instrucción	19.1	10.0	5.6	28.9	17.0	19.5
Primaria	39.3	10.5	20.9	43.5	50.9	40.1
Secundaria	61.9	28.1	50.7	67.4	69.7	68.1
Superior	69.1	21.7	63.2	70.4	82.2	89.5
AREA						
Urbana	58.5	24.7	49.3	64.1	67.9	58.3
Rural	24.0	10.3	22.4	36.0	32.0	21.2
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima	62.8	26.3	57.8	70.9	74.0	57.2
Resto de Costa	52.0	15.2	44.7	56.3	59.2	53.5
Sierra	30.9	17.7	28.6	41.8	44.6	24.9
Selva	32.9	12.5	15.6	45.5	42.6	33.7

actualmente unidas usa anticonceptivos entre las residentes en la Sierra o en la Selva, mientras que en la Costa la proporción de usuarias es mucho mayor, especialmente en el Area Metropolitana de Lima, donde alcanza el 63 por ciento.

La variación en el uso de métodos anticonceptivos asociada a diferentes condiciones socio-económicas, como en los casos anteriores, se revela también al tomar en cuenta el nivel educativo de las mujeres; el 69% de las actualmente unidas que han llegado a cursar estudios de nivel superior usa algún método, frente al 19% entre las que no tienen instrucción.

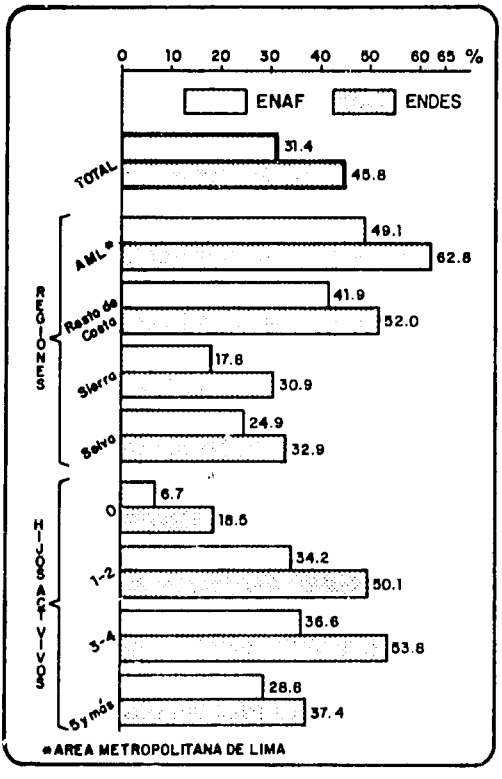
Todas estas diferencias se mantienen al desagregar a las actualmente unidas que usan algún anticonceptivo, según el número de hijos vivos. Además, el uso actual se incrementa en general en cuanto aumenta el número de ellos hasta tres, y luego decae entre las que tienen 4 ó más; lo cual guarda relación con la edad.

Sin embargo, de acuerdo al gráfico 5.5, en los nueve años anteriores a la ENDES el mayor incremento en el uso de anticonceptivos ha ocurrido entre las residentes en la Sierra (de 18% en 1977-78 a 31% en 1986), fenómeno en el que deben tener gran peso las mejoras educativas y en materia de comunicación. Considerando el número de hijos vivos el mayor incremento corresponde a las mujeres actualmente unidas que no tienen hijos; lo que indica un cambio de valores respecto a la fecundidad, al querer postergar el nacimiento del primer hijo.

La relación entre la edad, los hijos vivos y el uso de anticonceptivos, se aprecia mejor al observar el número de hijos vivos que tenía la mujer al comenzar el uso de métodos (cuadro 5.8). Se advierte en primer lugar, que más de la mitad de mujeres alguna vez unidas (54%)

GRAFICO 5.5

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE USA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y REGION DE RESIDENCIA, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.



tenía por lo menos un hijo vivo cuando comenzó a usar anticonceptivos.

En segundo lugar, las mujeres con edades actuales entre 20 y 34 años comenzaron a usar métodos anticonceptivos, en mayor proporción, cuando tenían 1 ó 2 hijos vivos. En cambio por lo general, las de 35 años a más comenzaron a usarlos cuando tenían un mayor número de hijos vivos (4 ó más) y evidentemente era con el propósito de limitar, más que de espaciar los nacimientos.

Merece resaltarse algo más que ilustra las diferencias generacionales: aproximadamente una cuarta parte de mujeres muy jóvenes (menores de 20) comenzaron a usar anticonceptivos cuando no tenían hijos vivos. En cambio, entre las más adultas (mayores de 34) menos del 7% comenzó a usarlos antes de tener hijos.

2.3 Conocimiento del Período Fértil

Puesto que el ritmo es el método que tiene gran uso en el

CUADRO 5.8

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, QUE HAN USADO O NO ANTICONCEPTIVOS, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS AL COMENZAR SU USO, SEGUN EDAD ACTUAL

ENDES 1986

GRUPOS DE EDAD ACTUAL	TOTAL	USARON ANTICONCEPTIVOS						NUNCA USARON ANTICONCEPTIVOS	CASOS
		Total	Según Número de Hijos Vivos al Comenzar el Uso						
			0	1	2	3	4 y más		
TOTAL	100.0	63.5	9.6	19.5	12.3	7.5	14.6	36.5	3 238
15-19	100.0	41.3	25.9	12.6	2.8	0.0	0.0	58.7	143
20-24	100.0	63.0	17.7	30.9	10.2	3.3	0.9	37.0	459
25-29	100.0	68.9	14.4	23.9	16.7	7.1	6.8	31.1	618
30-34	100.0	70.8	7.6	23.2	15.2	10.0	14.8	29.2	620
35-39	100.0	66.0	6.4	15.4	13.1	9.9	21.2	24.0	547
40-44	100.0	62.9	2.9	12.9	9.9	9.1	28.1	37.1	474
45-49	100.0	49.1	2.1	9.0	8.8	6.4	22.8	50.9	377

Perú, a través de la ENDES se ha indagado sobre el conocimiento del periodo fértil por parte de las mujeres que alguna vez habían usado algún método anticonceptivo y que conocían el ritmo.

Los resultados se presentan en el cuadro 5.9, donde se distinguen dos grupos: no usuarias y usuarias del ritmo. En él se observa que menos de la mitad de las primeras, frente a casi tres cuartas partes de las segundas sabe cuál es el período fértil.

CUADRO 5.9

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE ALGUNA VEZ HAN USADO ANTICONCEPTIVOS Y QUE CONOCEN O HAN USADO EL RITMO, SEGUN CONOCIMIENTO DEL PERIODO FERTIL DURANTE EL CICLO OVULATORIO.

ENDES 1986

CONOCIMIENTO DEL PERIODO FERTIL 1/	ALGUNA VEZ USUARIAS QUE:	
	Conocen el Ritmo pero no lo Usaron	Usaron el Ritmo
TOTAL	100.0	100.0
Durante la regla	2.2	3.2
Después de la regla .	11	8.3
En la mitad del ciclo	47.6	73.1
Antes del comienzo de la regla	4.8	2.6
En cualquier momento	0.2	0.0
Inmediatamente antes y después de la regla	5.5	7.3
Otro	1.3	2.8
No sabe	26.6	2.7
CASOS	687	1 295

1/ La pregunta fue: ¿Cuáles cree usted que son los días entre una regla y otra en los que la mujer puede quedar más facilmente embarazada?.

2.4 Tiempo de esterilización

La esterilización es un método cuya importancia proviene de su completa eficacia y de su carácter definitivo. La ENDES averiguó además la antigüedad de la esterilización entre las usuarias de este método.

Cabe manifestar que la proporción de mujeres esterilizadas en el país es relativamente baja (4% entre todas las entrevistadas y 6% en las actualmente unidas); pero en determinadas zonas del país es más elevada, como en la Costa Norte Urbana 1/ donde llega a 14%, según tabulaciones especiales de la ENDES.

Algo más de la tercera parte de mujeres esterilizadas fueron operadas hace por lo menos 8 años (cuadro 5.10). La edad mediana para todas las esterilizadas está alrededor de los 32 años; y no se aprecia que haya una tendencia al cambio de acuerdo a la antigüedad de la operación al momento de la entrevista.

Considerando la edad al momento de la esterilización se observa que la mayor proporción

1/ Areas urbanas de los Departamentos de Tumbes, Piura, Lambayeque, y La Libertad.

CUADRO 5.10

PERU: EDAD MEDIANA Y DISTRIBUCION PORPORCENTUAL DE LAS MUJERES ESTERILIZADAS, SEGUN EDAD AL MOMENTO DE LA OPERACION, POR NUMERO DE AÑOS TRANSCURRIDOS DESDE LA MISMA

ENDES 1986

EDAD (en años) AL MOMENTO DE LA ESTERILIZACION	TOTAL	AÑOS TRANSCURRIDOS DESDE LA OPERACION		
		Menos de 4	De 4 a 7.9	8 y más
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 25 .	5.9	6.9	3.4	8.7
25-29	24.1	17.3	31.0	27.5
30-34	37.8	36.2	32.8	47.8
35-39	29.5	34.4	32.8	14.5
40-44	2.7	5.2	0.0	1.5
EDAD MEDIANA	32.4	33.4	32.6	31.5
CASOS	185	58	58	69
DISTRIBUCION PORCENTUAL ..	100.0	31.3	31.4	37.3

de mujeres se sometieron a dicha acción cuando tenían entre 30 y 34 años y en menor medida cuando tenían de 35 a 39. Obviamente la decisión de usar la esterilización como método anticonceptivo está ligada al deseo definido de limitar los nacimientos y por lo general a haber satisfecho ya las expectativas reproductivas.

2.5 Ultimo lugar de obtención o información del método usado actualmente

Esta información sobre las usuarias actuales que se presenta en el cuadro 5.11, se complementa con la del cuadro 5.4 para su mejor comprensión, debido a la forma en que fue diseñada la pregunta correspondiente para las usuarias 1/.

1/ ¿Dónde obtuvo ese método o recibió consejo acerca de él, la última vez? PARA USUARIAS DE ESTERILIZACION: ¿Dónde se realizó la operación?

Aunque en líneas generales hay similitud en los datos de ambos cuadros, la mención de farmacia es muy baja en comparación con la población que conocía métodos y que la mencionó como lugar de obtención de los preservativos, métodos vaginales, píldora e inyecciones. Es muy posible que las cifras del cuadro 5.4 reflejen mejor la realidad que las del cuadro 5.11.

Las fuentes principales de obtención del método o de su información son los establecimientos del Ministerio de Salud (en el 40% de los casos) y el consultorio médico (28%).

La obtención del método en algún establecimiento del Ministerio de Salud involucra una apreciable proporción de usuarias de píldora, DIU y de la esterilización femenina (cuadro 5.11). Sin embargo, las usua-

CUADRO 5.11

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS USUARIAS ACTUALES DE ANTICONCEPTIVOS DE ACUERDO AL ULTIMO LUGAR DE OBTENCION O INFORMACION, SEGUN METODO USADO

ENDES 1986

ULTIMO LUGAR DE OBTENCION O INFORMACION 1/	TOTAL	METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS					
		Píldora	DIU	Inyección	Preservativo	Esteril. Femenina	Ritmo
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospital, centro del Ministerio de Salud	40.5	46.4	30.2	6.1	(21.7)	51.9	26.3
Otro hospital público ..	6.0	10.8	4.7	3.0	(8.7)	16.2	2.6
O.P.V. 2/	2.5	3.6	2.3	6.0	(4.4)	0.0	2.8
Promotor de salud	2.5	0.5	4.7	0.0	(0.0)	0.0	3.9
Consultorio médico	28.0	28.8	39.5	24.2	(13.0)	0.0	12.4
Clínica privada	4.0	3.6	0.0	0.0	(4.4)	29.2	0.6
Farmacia	4.5	0.0	9.3	9.1	(0.0)	0.0	0.4
Amigos, parientes	8.0	4.5	2.3	45.5	(39.1)	0.0	33.4
Otro	1.0	1.8	7.0	6.1	(4.4)	0 0	12.8
No sabe	3.0	0.0	.0	0.0	(4.3)	2.7	4.8
CASOS	200	222	43	33	23	185	539

1/ La pregunta fue: ¿Dónde obtuvo ese método o recibió consejo acerca de él, la última vez?
A las usuarias de esterilización se le preguntó: ¿Dónde se realizó la operación?
2/ Organizaciones Privadas Voluntarias
() Pocos casos
Nota: No se considera la esterilización masculina por tratarse de sólo un caso.

rias de este último método también recurren a una clínica privada (29%).

Cobra importancia el consultorio médico entre las usuarias actuales de píldora; lo cual puede estar reflejando no necesariamente la obtención, sino el consejo para adoptar el uso de esos métodos. En los casos del DIU y de las inyecciones acuden al consultorio médico, respectivamente algo más de un cuarto y de un tercio de usuarias; casos que sí pueden estar reflejando la inserción o aplicación del método.

La mención de amigos o parientes, en realidad debe referirse en gran parte a consejo o información, en especial entre las usuarias de la inyección.

2.6 Opinión de la Atención Recibida

Un aspecto adicional referido a la disponibilidad de los métodos anticonceptivos es la opinión que tienen las usuarias respecto a la atención recibida en el último lugar al que acudió para abastecerse o informarse del método.

En el cuadro 5.12 se muestra la información referida a las opiniones de las usuarias; la mayor proporción (93%) de las usuarias actuales y de las usuarias en el pasado (87%) declaró que no hubo nada que la disgustara.

CUADRO 5.12

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES QUE ALGUNA VEZ USARON METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN OPINION RESPECTO AL SERVICIO RECIBIDO EN EL ULTIMO LUGAR DE ABASTECIMIENTO DEL METODO.

ENDES 1986

ULTIMO LUGAR DE ABASTECIMIENTO	TOTAL	OPINION RESPECTO AL SERVICIO							CASOS
		No le Disgustó	Le Disgustó						
			total	demasiada espera	descortesía	caro	no consiguió 1/	otro	
USUARIAS ACTUALES									
TOTAL	100.0	93.2	6.8	2.8	1.7	0.1	0.5	1.7	817
Hospital, Ministerio de Salud.....	100.0	89.6	10.4	5.0	2.5	0.2	0.7	2.0	442
Otro hospital público	100.0	91.8	8.2	1.2	2.3	0.0	1.2	3.5	85
Consultorio médico	100.0	99.5	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	215
Clínica privada ..	100.0	97.3	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	75
USUARIAS EN EL PASADO									
TOTAL	100.0	86.9	13.1	3.9	1.3	0.7	2.6	4.6	153
Hospital, Ministerio de Salud	100.0	83.9	16.1	4.0	2.0	0.0	4.0	6.1	99
Otro hospital público	100.0	(100.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13
Consultorio médico	100.0	93.8	6.2	3.1	0.0	3.1	0.0	0.0	32
Clínica Privada ..	100.0	(77.8)	(22.2)	(11.1)	0.0	0.0	0.0	(11.1)	9

1/ Método o consejo deseado.
() Pocos casos.

2.7 Razones Principales para Abandonar el Uso de Métodos Específicos en los Ultimos Cinco Años

Las razones más frecuentes que tuvieron las mujeres actualmente unidas para descontinuar el uso de métodos anticonceptivos, según informa el cuadro 5.13, fueron las siguienes: falla del método (37%), el deseo de embarazarse (20%) y preocupaciones de salud (20%).

Es importante observar que debido a la primera razón mencionada es elevada la proporción de las mujeres que abandonaron el uso de los métodos tradicionales, particularmente en el caso del ritmo (60%), y del vaginal. En cambio los métodos más eficaces, como la píldora, el DIU y las inyecciones, fueron abandonados en los últimos cinco años por alrededor de la mitad de actualmente unidas debido a preocupaciones de salud.

Las otras razones en realidad no parecen tener mayor peso en la interrupción del uso del método. La tendencia descrita puede apreciarse también en el gráfico 5.5.

2.8 Proporción de Mujeres Expuestas que No Son Usuarias de Métodos Anticonceptivos

El 30% de las mujeres unidas y expuestas al riesgo de embarazo (excluyendo a las unidas que están embarazadas o amenorreicas y a las infértiles) no estaban usando anticonceptivos al momento de la encuesta. Entre las menores de 20 años la proporción aumenta a 57%; pero entre las que tienen 20 años y más el 29% no usa anticonceptivos (cuadro 5.14).

El mayor porcentaje de mujeres unidas y expuestas meno-

CUADRO 5.13

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ACTUALMENTE UNIDAS, DE ACUERDO A LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE DESCONTINUARON EL USO DEL METODO UTILIZADO EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA.

ENDES 1986

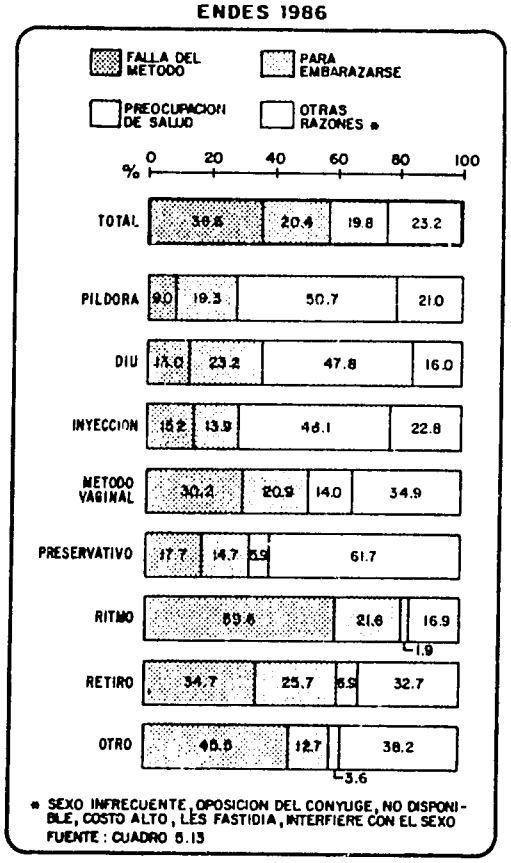
RAZON PRINCIPAL POR LA QUE DESCONTINUARON EL USO	TOTAL	METODO USADO							
		Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Preservativo	Ritmo	Retiro	Otro
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Para embarazarse ..	20.4	19.3	23.2	13.9	20.9	14.7	21.6	25.7	12.7
Falla del método ..	36.6	9.0	13.0	15.2	30.2	17.7	59.6	34.7	45.5
Sexo infrecuente ..	2.6	1.7	1.5	3.8	2.3	2.9	1.9	5.9	5.5
Oposición del Cónyuge	1.2	0.9	0.0	0.0	0.0	8.8	0.9	4.0	0.0
Preocupación de Salud	19.8	50.7	47.8	48.1	14.0	5.9	1.9	6.9	3.6
No Disponibilidad del Método	1.7	3.4	0.0	3.8	4.7	5.9	0.0	0.0	5.4
Costo alto	0.9	1.3	0.0	3.8	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Uso inconveniente .	0.6	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.0
Otro 1/.....	14.4	10.7	14.5	11.4	18.6	38.2	11.7	22.8	25.5
No Sabe	1.8	1.7	0.0	0.0	0.0	5.9	1.5	0.0	1.8
CASOS	1 785	233	69	79	43	34	463	101	55

1/ Interfiere con el sexo (falta de placer, le fastidia), fatalista.

GRAFICO 5.6

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, ACTUALMENTE UNIDAS, DE ACUERDO A LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE DESCONTINUARON EL USO DEL METODO UTILIZADO EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA

ENDES 1986



res de 20 años que no usa anticonceptivos responde posiblemente al deseo de quedar embarazadas; por otro lado, su número no parece ser significativo de tal modo que su influencia en el promedio nacional es imperceptible.

El cuadro 5.14 también presenta el porcentaje de mujeres unidas y expuestas que no usa anticonceptivos según nivel de educación y área y región de residencia. Las proporciones más altas corresponden a las mujeres que no tienen instrucción (64%), residen en la Sierra (45%) o en la Selva (44%); características que hasta ahora vienen identificando a los grupos que probablemente sean los más necesitados de orientación y atención vinculados a los servicios de planificación familiar. Según la edad, la tendencia entre las diferentes categorías es similar que en el caso del total.

CUADRO 5.14

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS, SEGUN DOS GRANDES GRUPOS DE EDAD, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL 1/	EDAD (en años)	
		Menos de 20	20 y Más
TOTAL	**29.8**	**57.4**	**28.8**
NIVEL DE EDUCACION			
Sin Instrucción	**63.8**	**87.5**	**63.0**
Primaria	**34.6**	**75.0**	**32.8**
Secundaria	**17.5**	**30.8**	**17.0**
Superior	**14.5**	**0.0**	**14.7**
AREA			
Urbana	**20.0**	**29.6**	**19.8**
Rural	**54.0**	**75.6**	**52.2**
REGION NATURAL			
Area Metropolitana de Lima	**17.4**	**10.0**	**17.5**
Resto de Costa .	**24.1**	**55.6**	**23.0**
Sierra	**45.0**	**62.5**	**44.1**
Selva	**43.9**	**81.3**	**40.4**

1/ Mujeres actualmente unidas que no están embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto y son fértiles.

3. OPINIONES HACIA UN PROXIMO EMBARAZO E INTENCIONES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

Algo más de la mitad de mujeres expuestas al riesgo de embarazo 1/ que no usan anticonceptivos, se sentiría infeliz si quedara embarazada en las semanas siguientes a la entrevista y menos de un tercio se sen-

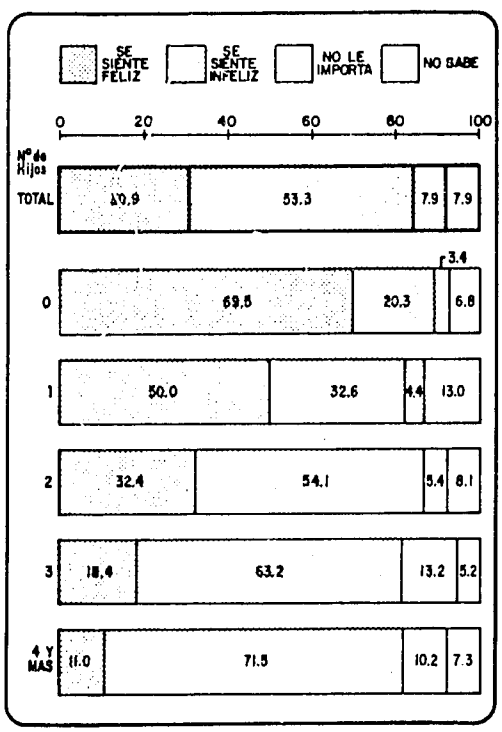
1/ Mujeres no embarazadas, ni en estado de amenorrea postparto, que son fértiles, sexualmente activas (tuvieron relaciones sexuales durante las cuatro semanas precedentes a la encuesta) y estánovulando

tiría feliz si esto sucediera. La proporción de estas últimas es alta cuando las mujeres tienen menos de 2 hijos y luego disminuye a medida que aumenta el número de hijos vivos. En cambio, las opiniones negativas hacia un próximo embarazo se incrementan de 33% entre mujeres con un hijo a 71% entre las que tienen 4 ó más hijos vivos (gráfico 5.7).

GRAFICO 5.7

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS, DE ACUERDO A SU ACTITUD HACIA UN PROXIMO EMBARAZO, SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS

ENDES 1986



Esta inconsistencia entre actitudes y comportamiento reproductivo es, como se ha visto anteriormente en el capítulo, un indicador importante de la demanda potencial de servicios de planificación familiar, la cual se incrementa en cerca de un quinto de mujeres más si se toma en cuenta a las que declararon que no les importa o no saben cómo se sentirían si quedaran embarazadas. Este es un aspecto que debería tenerse presente al programar las acciones de política de población del país en materia de planificación familiar.

A las que manifestaron que estarían infelices con un próximo embarazo, no les importaba o no sabían cómo se sentirían, se les preguntó cuál era la razón principal que tenían para no usar métodos anticonceptivos. Alrededor de la quinta parte de estas mujeres respondió que era debido a preocupaciones respecto a su salud; respuesta que es más frecuente entre las menores de 30 años (cuadro 5.15).

Si se recuerda que ésta es la misma razón que obtuvo gran frecuencia entre las que conocían algún método y habían escuchado que su uso originaba problemas y que, además, era la razón principal para que algunas mujeres abandonaran el uso del método en los cinco años anteriores a la encuesta, se corrobora la urgente necesidad de informar adecuadamente sobre el uso de métodos específicos.

De la misma manera, deben ser tomadas en cuenta las opiniones respecto al desconocimiento de fuentes de abastecimiento, al acceso difícil o al costo muy alto de métodos, las que sumadas representan al 21% de este particular grupo de mujeres que conforman parte de la demanda potencial de anticonceptivos (cuadro 5.15), aún cuando representa menos del 2% de las mujeres actualmente unidas.

Es importante resaltar que los motivos religiosos o la desaprobación del cónyuge, contrariamente a lo que se afirma generalmente, no constituyen razones de gran peso para que

CUADRO 5.15

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS PERO NO DESEAN EMBARAZARSE (O NO LES IMPORTA O NO SABEN) DE ACUERDO A LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE NO LOS USAN, SEGUN DOS GRANDES GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

RAZON PRINCIPAL POR LA QUE NO USAN METODO	TOTAL 1/	EDAD (en años)	
		Menos de 30	30 y Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Desconoce fuente de abastecimiento	11.0	11.2	10.7
Contraria a la planificación familiar	0.5	0.0	0.8
Desaprobación del cónyuge	8.7	5.1	11.6
Sexo infrecuente	7.3	9.2	5.8
Abstinencia post-parto	3.7	6.1	1.7
Menopausia, subfértil	2.7	2.0	3.3
Preocupación de salud	20.6	23.5	18.2
Acceso difícil al método	5.0	3.1	6.6
Costo muy alto	5.0	7.1	3.3
Fatalista	0.9	0.0	1.6
Religiosa	1.8	0.0	3.3
Otra	12.8	18.4	8.3
No sabe	20.0	14.3	24.8
CASOS	219	98	121

1/ Mujeres no embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto, que son fértiles, sexualmente activas y están ovulando, excluyendo a las que desean embarazarse.

la mujer no use anticonceptivos.

La ENDES también averiguó acerca de las intenciones de las mujeres expuestas que no usan métodos anticonceptivos respecto a su uso en el futuro.

Los resultados se presentan en el cuadro 5.16 y permiten

CUADRO 5.16

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS, SEGUN INTENCIONES DE USO EN EL FUTURO, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS.

ENDES 1986

INTENCIONES DE USO EN EL FUTURO	TOTAL 1/	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS				
		0	1	2	3	4 ó Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
En los próximos 12 meses	40.7	22.0	41.3	40.6	60.5	43.4
Más adelante	7.6	23.7	8.7	2.7	2.6	2.9
No sabe	15.5	18.7	17.4	18.9	10.5	13.9
No tiene intenciones de usarlos	36.2	35.6	32.6	37.8	26.3	40.1
CASOS	317	59	46	37	38	137

1/ Mujeres no embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto, que son fértiles, sexualmente activas y están ovulando.

apreciar que algo más de la mitad de mujeres expuestas que no usa métodos anticonceptivos no tiene intención de usarlos (36.2%) o no sabe si los usará.

Según el número de hijos vivos, la proporción de mujeres que mencionó que usará anticonceptivos en los próximos doce meses, se eleva según aumenta el número de hijos vivos hasta tres y aunque luego disminuye entre las que tienen 4 y más, aún el 43% expresa esa intención. Las que piensan usarlos más tarde son principalmente aquéllas que aún no tienen hijos.

El cuadro 5.17 muestra una distribución de las mujeres actualmente unidas, expuestas al riesgo de embarazo y no usuarias, de acuerdo al método que preferiría usar y al tiempo en que se planea usarlo. Se trata de la población de mujeres actualmente unidas en la que sólo se excluye a las que están embarazadas o en amenorrea post-parto y a las infertiles. La píldora, el DIU y el ritmo son los métodos más preferidos.

CUADRO 5.17

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS PERO PIENSAN USARLOS DE ACUERDO AL METODO QUE PREFERIRIAN, Y TIEMPO EN QUE EMPEZARIA A USARLOS.

ENDES 1986

METODO QUE PREFERIRIA USAR	TOTAL 1/	TIEMPO EN QUE EMPEZARIA A USAR METODOS	
		En los Próximos 12 meses	Más Adelante
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Píldora	23.3	26.2	8.3
DIU	17.5	16.6	22.2
Inyecciones ...	8.5	9.1	5.6
Métodos vaginales	1.8	0.5	8.3
Preservativo	0.9	0.5	2.8
Esterilización femenina	6.7	5.4	13.9
Ritmo	14.4	13.4	19.4
Retiro	2.7	2.7	2.8
Otro	1.8	2.1	0.0
No está segura...	22.4	23.5	16.7
CASOS	223	187	36

1/ Mujeres actualmente unidas que no están embarazadas, ni en estado de amenorrea post-parto, y son fértiles.

El porcentaje de mujeres que se inclina por la píldora alcanza el 26% cuando espera ser usado en los próximos doce meses; respecto al uso posterior la proporción más importante corresponde al DIU; la esterilización cobra también importancia en este grupo.

4. COMUNICACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

La difusión de la información acerca de la planificación familiar se canaliza en gran medida a través de los medios masivos de comunicación, siendo éste un factor que privilegia a la población urbana respecto a la rural.

El cuadro 5.18 muestra una distribución de las entrevistadas según hayan escuchado mensajes sobre planificación familiar. Alrededor de dos tercios de las mujeres en edad fértil ha oído alguna vez mensajes sobre planificación familiar por radio o televisión y la mayoría, más de una vez. Las menos expuestas a la recepción de estos mensajes residen predominantemente en áreas rurales, en la Sierra y la Selva, o tienen menores niveles de educación. Esto refleja la diferente posición frente a la exposición a los medios de comunicación de masas, como lo indican las cifras respecto a la frecuencia de ver televisión, oír radio o leer periódico.

CUADRO 5.18

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE LAS ENTREVISTADAS SEGUN QUE HAYAN ESCUCHADO O NO MENSAJES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR POR RADIO O TELEVISION, SEGUN AREA, REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	ESCUCHO MENSAJE SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR			CASOS
		Nunca	Si Escuchó		
			una vez	más veces	
TOTAL	**100.0**	37.0	10.5	52.5	**4 999**
NIVEL DE EDUCACION					
Sin Instrución ...	**100.0**	78.5	7.5	14.0	**548**
Primaria	**100.0**	51.9	11.2	36.9	**1901**
Secundaria	**100.0**	19.6	11.5	68.9	**2091**
Superior	**100.0**	5.4	6.8	87.8	**459**
AREA					
Urbana	**100.0**	23.3	11.2	65.5	**3406**
Rural	**100.0**	66.3	9.0	24.7	**1593**
REGION NATURAL					
Area Metropolitana de Lima	**100.0**	18.3	10.5	71.2	**1591**
Resto de Costa ..	**100.0**	31.1	12.5	56.4	**1331**
Sierra	**100.0**	56.2	8.7	35.1	**1561**
Selva	**100.0**	52.1	11.1	36.8	**516**

CUADRO 5.19

PERU: PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES QUE CREEN QUE ES ACEPTABLE TRANSMITIR MENSAJES DE PLANIFICACION FAMILIAR POR RADIO O TELEVISION, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	**94.1**	**94.4**	**95.5**	**96.0**	**94.0**	**93.8**	**91.8**	**89.3**
NIVEL DE EDUCACION								
Sin Instrución ...	**77.7**	63.0	79.5	76.6	66.7	82.7	79.8	80.2
Primaria	**92.4**	89.1	90.4	94.9	93.4	93.3	95.5	91.0
Secundaria	**98.9**	98.1	99.4	99.4	99.6	100.0	97.3	98.5
Superior	**98.7**	100.0	97.4	100.0	98.8	100.0	97.5	93.8
AREA								
Urbana	**98.2**	97.6	98.5	98.9	99.0	98.7	97.7	95.9
Rural	**85.3**	87.1	87.9	90.2	82.9	83.3	81.7	78.2
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima	**98.5**	98.3	98.4	99.2	99.1	98.2	99.3	96.0
Resto de Costa ..	**96.5**	96.2	97.3	97.2	95.6	97.2	93.8	97.7
Sierra	**87.6**	89.6	89.4	92.1	87.3	87.3	83.9	77.1
Selva	**94.0**	92.2	97.2	94.0	92.6	97.7	94.3	90.2

Respecto a la transmisión de mensajes sobre planificación familiar por radio o televisión, una gran mayoría de mujeres (94%) está a favor de su transmisión (cuadro 5.19). Aunque las diferencias son pequeñas, la opinión favorable para la propalación de este tipo de mensajes es menor entre las residentes en el área rural y en la Sierra, del mismo modo entre las que no tienen educación.

RESUMEN

Si bien en 1969-70 (PECFAL-PEAL) sólo un grupo selecto de mujeres conocía (51%) y usaba (26%) métodos anticonceptivos, en 1977-78 (ENAF) se advirtió que había ocurrido cambios notables en el conocimiento y uso, con incrementos más pronunciados entre las mujeres más jóvenes (alrededor de 20% de incremento entre las menores de 35 años).

La ENDES confirmó que el aumento en el conocimiento de métodos anticonceptivos ha continuado en los años recientes; pasando de 78% en 1977-78 a 87% en 1986 entre las mujeres actualmente unidas.

Particular importancia tiene el mayor incremento en aquellos lugares donde el conocimiento era comparativamente menor (área rural, la Sierra y la Selva). También se comprueba que casi todas las que conocen algún método, conocen también alguna fuente de información u obtención del mismo.

La importancia de los establecimientos del Ministerio de Salud es captada por la población usuaria o que piensa usar anticonceptivos, porque los mencionan como lugar de obtención sobre todo para la píldora y DIU. En el caso de la esterilización femenina, el sector privado cobra cierta significancia.

Menos de la mitad de mujeres actualmente unidas está usando algún método (46%). En la última década el incremento del uso es especialmente notable entre las residentes en la Sierra (de 18% en 1977 a 31% en 1986).

El ritmo continúa entre los métodos usados en mayor proporción, seguido aún a gran distancia por la píldora. Esta situación no ha cambiado desde hace aproximadamente dos décadas, aunque va cobrando importancia el uso de la píldora y del DIU entre las mujeres de 25 a 34 años, y de la esterilización entre las de 35 a 44 años.

Las preocupaciones por la salud tienen singular importancia, porque son la razón principal de abandono del uso de los métodos modernos; especialmente de la píldora (51%), el DIU (48%) e inyecciones (48%). Entre las que abandonaron el uso del ritmo, el 60% declaró que se debió a la falla del método.

Es clara entonces la necesidad por información adecuada y específica para cada método, no tanto para motivar sino para instruir y educar. Las mujeres ya estan motivadas para usar métodos modernos; así lo prueba la mayor preferencia por la píldora entre las que piensan usar anticonceptivos en el futuro cercano.

Igualmente existe una demanda potencial por servicios y programas de planificación familiar que debe ser tomada en cuenta y que está reflejada por el hecho que algo más de la mitad de mujeres "expuestas" que no usan anticonceptivos se manifiesta contraria hacia un próximo embarazo, proporción que se incrementa entre las que tienen por lo menos dos hijos vivos.

VI. INTENCIONES REPRODUCTIVAS

Conocer las intenciones de la población peruana respecto a su reproducción permite comprender mejor la tendencia de la fecundidad en los años recientes y, asimismo, es muy útil para estimar la demanda potencial de los servicios de planificación familiar en el país.

Por tal razón, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1986) incluyó preguntas destinadas a recopilar información referida a dicho aspecto. Los resultados obtenidos son expuestos en el presente capítulo.

En primer lugar se examinará el deseo de tener hijos en el futuro, poniendo particular consideración en la propensión a la limitación de los nacimientos, así como en la preferencia por el espaciamiento en el tiempo del nacimiento del próximo hijo.

Puesto que el deseo de la mujer acerca de tener hijos influye en el uso que haga de los métodos anticonceptivos, se tratará en segundo término la vinculación existente entre ambos aspectos, al momento de la encuesta así como en un período reciente.

Después se analizará el número ideal de hijos, que es otro aspecto estrechamente vinculado al deseo de tener hijos en el futuro.

Por último, sobre la base de la información recopilada acerca de los nacimientos no deseados tenidos en los tres años anteriores a la encuesta, se intentará estimar cuánto de la fecundidad real corresponde a una fecundidad no deseada.

1. EL DESEO DE TENER HIJOS EN EL FUTURO

Los datos que se examinan a continuación son el resultado de la aplicación de un conjunto de preguntas de la ENDES referidas a las preferencias reproductivas de las mujeres.

A las casadas o convivientes que no se encontraban embarazadas ni esterilizadas al momento de la entrevista se les preguntó si querían tener hijos en el futuro, mientras que a las embarazadas se les inquirió si después del hijo que estaban esperando querían tener otro o preferían no tener más hijos.

Luego de obtenidas las respuestas a dichas preguntas, se les formuló otras para averiguar cuánta seguridad tenían las mujeres respecto a sus preferencias reproductivas.

A las mujeres esterilizadas se les preguntó de manera independiente si lamentaban o no haber tomado esa decisión.

A continuación se analizará, sobre la base de la información recopilada, el deseo de tener hijos en el futuro entre las mujeres actualmente unidas, quienes constituyen el grupo más susceptible de tener hijos.

En el cuadro 6.1 se observa

CUADRO 6.1

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, DE ACUERDO A SU DESEO DE TENER HIJOS EN EL FUTURO, SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS.

ENDES 1986

DESEO DE TENER HIJOS EN EN EL FUTURO	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS 1/						
		0	1	2	3	4	5	6 y Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Desea	22.8	83.5	69.2	26.5	17.1	7.5	4.4	3.2
Indecisa	2.5	1.8	2.9	3.9	2.2	1.3	1.3	3.1
No desea	63.9	6.4	26.5	66.0	71.5	75.1	78.0	74.5
Esterilizada	6.1	0.0	0.3	1.9	5.5	10.8	11.8	9.5
Menopaúsica, estéril	4.7	8.3	1.1	1.7	3.7	5.3	4.5	9.7
CASOS	2900	109	381	570	542	398	312	588

1/ Incluye el embarazo actual.

que la mayor proporción de mujeres actualmente unidas (el 64%) manifestó que no desea tener hijos en el futuro. Si a ello se añade el porcentaje correspondiente a las mujeres esterilizadas (6%), ya que es razonable suponer que la causa que las llevó a decidirse por la esterilización fue el deseo de evitar un embarazo, la proporción anterior aumenta a 70 por ciento. Las mujeres que desean tener hijos representan el 23% y las indecisas el 2%; el 5% restante manifestó que no podía embarazarse, probablemente por ser menopaúsica.

Cabe mencionar que casi 1% de las mujeres actualmente unidas, no obstante haber expresado su indecisión en la pregunta inicial, se inclinó a tener un hijo en el futuro cuando se indagó el grado de seguridad de su intención; por ello, en el cuadro 6.1 dicho 1% está incluído dentro del grupo de mujeres que desean tener hijos en el futuro. Otro porcentaje similar de las mujeres que mostraron indecisión se inclinó a no tenerlo; por lo que fue incluido dentro del grupo que no desea un hijo en el futuro.

Obviamente, la preferencia de las mujeres acerca de su deseo de tener hijos en el futuro tiende a adecuarse al tamaño de familia que ya tiene. Por ello la mayor proporción de mujeres inclinadas a tenerlos en el futuro (84%) se encuentra entre las que no tenían ningún hijo vivo ni estaban embarazadas al momento de la encuesta; por otro lado, la proporción de quienes no desean tener hijos aumenta cuanto mayor es el número de hijos vivos (incluyendo el embarazo actual).

El cuadro 6.2 presenta a las mujeres actualmente unidas clasificadas de acuerdo al deseo de tener hijos en el futuro, por grupos de edades.

La proporción de mujeres actualmente unidas que no desea tener más hijos, añadida a la de las mujeres esterilizadas, se incrementa con la edad, variando de 46 % entre las de 15 a 19 años a 84% entre las de 40 a 44 (gráfico 6.1). Dicha proporción disminuye entre las mujeres de 45 a 49 años; pero esto refleja solamente el aumento de la proporción de las mujeres que ya no pueden quedar embarazadas (30%) debido probablemente a la conclusión de su vida fértil.

CUADRO 6.2

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, DE ACUERDO A SU DESEO DE TENER HIJOS EN EL FUTURO, SEGUN GRUPOS DE EDAD.

ENDES 1986

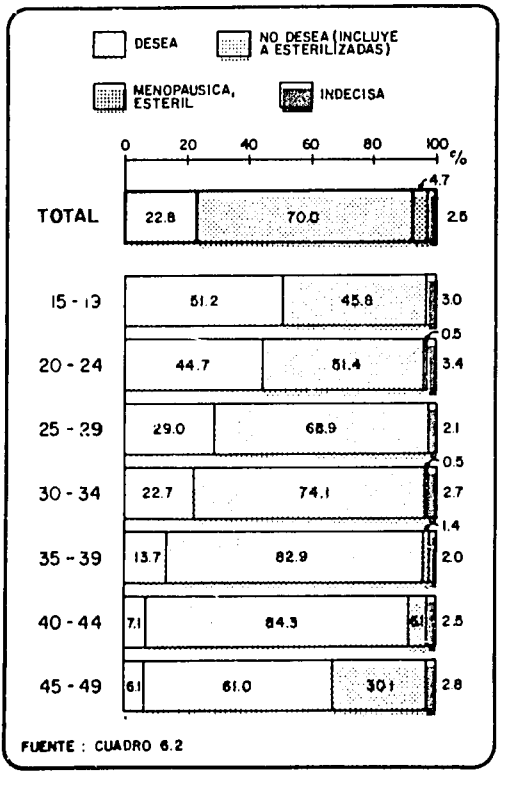
DESEA TENER HIJOS EN EL FUTURO	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Desea	22.8	51.2	44.7	29.0	22.7	13.7	7.1	6.1
Indecisa	2.5	3.0	3.4	2.1	2.7	2.0	2.5	2.8
No desea	63.9	45.8	51.4	67.3	68.3	72.1	70.8	52.4
Esterilizada	6.1	0.0	0.0	1.6	5.8	10.8	13.5	8.6
Menopaúsica, estéril	4.7	0.0	0.5	0.0	0.5	1.4	6.1	30.1
CASOS	**2 900**	**131**	**416**	**562**	**568**	**490**	**407**	**526**

LLama la atención el alto porcentaje de las mujeres que no desean hijos, no solamente entre las mujeres de 15 a 19 años, sino también entre las de 20 a 24 años (51%), lo que estaría indicando una actitud bastante clara hacia la limitación de los nacimientos desde edades tempranas. La proporción de indecisas es muy pequeña y se mantiene alrededor del 3 por ciento en todos los grupos de edad.

GRAFICO 6.1

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, DE ACUERDO AL DESEO DE TENER HIJOS EN EL FUTURO, SEGUN GRUPOS DE EDAD

ENDES 1986



FUENTE : CUADRO 6.2

De acuerdo a las cifras del cuadro 6.3, el porcentaje de las mujeres actualmente unidas que no desea más hijos, o está esterilizada, es algo mayor entre las mujeres que residen en el área rural (71%) que entre las que residen en el área urbana (69%); igualmente entre las mujeres de la Sierra y la Selva (71 y 73% respectivamente) que las del Area Metropolitana de Lima y el Resto de la Costa (68 y 69%). Asimismo es mayor el porcentaje de mujeres que no desea más hijos cuanto menor es el nivel de educación.

Los porcentajes mayores aparentemente indicarían una inclinación más intensa, en esos grupos, hacia el deseo de no tener hijos en el futuro. Sin embargo, cuando se consideran las preferencias reproductivas de acuerdo al número de hijos vivos, se observa que dichas diferencias desaparecen.

CUADRO 6.3

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE NO DESEA UN (OTRO) HIJO SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL 1/	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS 2/				
		0	1	2	3	4 y Más
TOTAL	**70.0**	**6.4**	**26.8**	**67.9**	**77.0**	**86.0**
NIVEL DE EDUCACION						
Sin instrucción	72.9	7.1	19.0	70.3	69.6	79.9
Primaria	74.8	7.0	30.3	68.3	74.7	87.6
Secundaria	64.2	8.3	25.3	66.4	80.9	88.9
Superior	60.4	0.0	28.1	71.9	79.2	92.3
AREA						
Urbana	69.4	5.4	25.0	68.2	79.3	87.6
Rural	71.0	9.8	31.2	67.1	71.2	84.2
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima	68.0	0.0	27.7	69.6	74.9	87.3
Resto de Costa	69.3	0.0	20.4	64.7	79.3	85.8
Sierra	71.2	13.3	32.4	66.2	78.7	83.4
Selva	73.1	5.6	25.6	75.0	74.0	92.1

1/ Incluye a los mujeres esterilizadas.
2/ Incluye el embarazo actual

Resulta importante establecer la evolución de las preferencias reproductivas en los últimos años. Para ello, en los cuadros 6.4 y 6.5 se compara información de la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF, 1977-78) respecto a la ENDES (1986), referida a la proporción de mujeres que no desean tener hijos en el futuro entre las actualmente unidas y fértiles.

Con el fin de hacer comparables los datos provenientes de ambas fuentes, los porcentajes de mujeres que no desean tener hijos en el futuro, en el caso de la ENDES, fueron calculados incluyendo a las esterilizadas en el numerador, y excluyendo a las menopaúsicas y estériles del denominador.

En el cuadro 6.4 se aprecia que en los nueve años que median entre las dos encuestas se ha incrementado la proporción de mujeres que no desea más hijos, de 61 a 74 por ciento. Esta actitud es más notoria entre las mujeres que tienen uno y dos hijos vivos; entre las primeras se observa un incremento relativo de 36%, y entre

CUADRO 6.4

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS Y FERTILES QUE NO DESEA TENER UN (OTRO) HIJO EN EL FUTURO, POR NUMERO DE HIJOS VIVOS, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.

NUMERO DE HIJOS VIVOS 1/	ENCUESTA	
	ENAF (1977-78)	ENDES 2/ (1986)
TOTAL	**61.4**	**73.5**
Ninguno	6.3	7.0
1	19.9	27.1
2	48.2	69.1
3	62.2	80.0
4	74.2	90.7
5	80.1	94.0
6 y más	86.4	93.0

1/ Incluye el embarazo actual.
2/ A fin de establecer la comparabilidad con la ENAF, el denominador excluye a las mujeres menopaúsicas y estériles y el numerador incluye a las esterilizadas.

las segundas un aumento relativo de 43 por ciento de las que no desean hijos en el futuro.

El cuadro 6.5 corrobora la tendencia anteriormente descrita, considerando los grupos de edad. Entre las mujeres de 15 a 19 años existe un aumento relativo de 49% que no desea más hijos, porcentaje que disminuye nitidamente a partir de los 20 años. Esta información confirma la tendencia hacia una actitud más clara en relación a la limitación de los nacimientos desde edades más tempranas.

CUADRO 6.5

PERU: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS Y FERTILES QUE NO DESEA TENER UN (OTRO) HIJO EN EL FUTURO, POR GRUPOS DE EDAD, SEGUN DOS ENCUESTAS (ENAF Y ENDES).

GRUPOS DE EDAD	ENCUESTA	
	ENAF (1977-78)	ENDES 1/ (1986)
TOTAL	61.4	73.5
15-19	30.8	45.8
20-24	41.5	51.7
25-29	53.7	68.9
30-34	68.0	74.5
35-39	75.2	84.1
40-44	79.3	89.8
45-49	80.1	87.3

1/ A fin de establecer la comparabilidad con la ENAF, el denominador excluye a las mujeres menopaúsicas y estériles y el numerador incluye a las esterilizadas.

La ENDES averiguó, entre las mujeres actualmente unidas que desean otro hijo, cuánto tiempo preferiría esperar para tenerlo. Los resultados se presentan en el cuadro 6.6. Considerando al total de las mujeres actualmente unidas que desea tener otro hijo, se observa que casi la quinta parte lo desearía tener antes del año; similar proporción quisiera tenerlo dentro de un año.

Naturalmente, las mujeres actualmente unidas sin hijos desearían tener uno en el corto plazo; tal es que la mitad de ellas así lo declaró. En el caso de las mujeres que ya tienen hijos vivos se constata

CUADRO 6.6

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE DESEA TENER UN (OTRO) HIJO SEGUN EL TIEMPO QUE PREFIERE ESPERAR, POR NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS.

ENDES 1986

TIEMPO QUE PREFIERE ESPERAR (EN AÑOS)	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS 1/				
		0	1	2	3	4 y Más
TOTAL	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Menos de 1	19.0	49.4	16.7	12.6	14.1	6.3
1	18.7	29.7	15.2	16.5	20.6	20.6
2	18.5	13.2	22.3	15.2	15.2	22.3
3	11.3	1.1	14.0	12.6	10.9	12.7
4	8.5	0.0	11.0	9.3	9.8	6.3
5	10.9	0.0	12.1	14.6	12.0	11.1
6 y más	7.4	0.0	5.3	15.2	9.8	4.8
No Sabe	5.7	6.6	3.4	4.0	7.6	15.9
Tiempo de Espera Promedio (en meses)	**28.9**	**9.2**	**29.8**	**38.5**	**31.8**	**26.1**
CASOS	**661**	**91**	**264**	**151**	**92**	**63**

1/ Incluido el embarazo actual.

que, para cada uno de los grupos conformados de acuerdo al número de hijos vivos, la mayor proporción (entre el 57 y 67%) desearía tener otro hijo dentro de dos y más años; se puede advertir que las más inclinadas a no embarazarse pronto (es decir, antes de dos años) son las que tienen dos hijos.

La tendencia descrita se refleja también en el tiempo promedio de espaciamiento del próximo nacimiento. Para las mujeres actualmente unidas, pero sin hijos, dicho período es aproximadamente de 9 meses. En el caso de las mujeres con hijos, el tiempo que prefieren esperar aumenta considerablemente, prolongándose desde los 26 a los 38 meses.

2. INTENCIONES REPRODUCTIVAS Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Las preferencias reproductivas de la mujer se reflejan en el uso de los métodos anticonceptivos. Por consiguiente, es importante establecer la situación existente entre ambos aspectos al momento de la encuesta. Ello brindará a los responsables de los servicios de planificación familiar, información acerca de los grupos que requieren mayor atención con dichos servicios.

2.1 Intenciones Reproductivas y No Uso de Métodos Anticonceptivos

Resulta muy conveniente examinar este punto no considerando a todas las mujeres actualmente unidas, sino particularmente a aquellas que además se encuentren expuestas al riesgo de embarazo 1/ y que no usen métodos anticonceptivos, puesto que este grupo constituye la principal fuente de demanda potencial de servicios de planificación familiar.

Como se mencionó en el capítulo IV, el 46% de las mujeres actualmente unidas se encuentra expuesta al riesgo de embarazo. De este grupo hasta el 36% usaba métodos anticonceptivos al momento de la encuesta; el restante 10% no lo hacía. Este último grupo es el centro de atención en el presente punto. En el cuadro 6.7 se aprecia la distribución porcentual de estas mujeres de acuerdo a sus preferencias reproductivas.

Este grupo de mujeres constituye una fuente principal de demanda potencial de servicios de planificación familiar, porque el 60% de ellas no desea tener hijos en el futuro y 12% prefiere esperar por lo menos dos años antes de tener uno en el futuro. El 22% de dichas mujeres desea tener un hijo pronto (antes de los dos años); siendo explicable que por esta razón no usen métodos anticonceptivos.

La tendencia descrita se mantiene en general al considerar el área y región de residencia no obstante que la proporción de las que no desean tener hijos en el futuro es más alta entre las mujeres del área rural o, en el caso de las regiones naturales, entre las de la Sierra y la Selva.

El nivel de educación alcanzado pareciera tener mayor influencia en las preferencias de las mujeres actualmente unidas, expuestas y que no usan métodos anticonceptivos. En el cuadro 6.7 se observa que la proporción de estas mujeres que no desea tener hijos en el futuro disminuye claramente cuanto mayor es el nivel alcanzado;

1/ Mujeres que no están embarazadas ni en estado de amenorrea post-parto, son fértiles, sexualmente activas y están ovulando.

CUADRO 6.7

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS Y EXPUESTAS QUE NO USAN ANTICONCEPTIVOS SEGUN INTENCIONES REPRODUCTIVAS, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL 1/	INTENCIONES REPRODUCTIVAS					CASOS
		Desean un (otro) Hijo			Indecisa	No Desea un (Otro) Hijo	
		pronto 2/	espaciar 3/	tiempo indefinido			
TOTAL	100.0	21.6	12.4	2.1	4.2	59.7	283
NIVEL DE EDUCACION							
Sin instrucción.	100.0	10.4	6.0	0.0	6.0	77.6	67
Primaria	100.0	15.0	12.8	3.8	3.0	65.4	133
Secundaria y superior	100.0	40.9	16.9	1.2	4.8	36.2	83
AREA							
Urbana	100.0	28.9	13.2	1.7	3.3	52.9	121
Rural	100.0	16.1	11.7	2.5	4.9	64.8	162
REGION NATURAL							
Area Metropolitana de Lima ..	100.0	27.3	13.6	2.3	0.0	56.8	44
Resto de Costa.	100.0	23.2	18.8	0.0	4.4	53.6	69
Sierra	100.0	17.2	8.2	4.1	6.6	63.9	122
Selva	100.0	25.0	12.5	0.0	2.1	60.4	48

1/ Mujeres que no están embarazadas ni en estado de amenorrea post-parto, son fértiles, sexualmente activas y están ovulando.

2/ Menos de dos años

3/ Dos años o más

así, entre las menos instruidas dicha proporción se eleva al 78%, mientras que entre aquellas que lograron la secundaria y superior llega solamente al 36 por ciento. Este fenómeno se explicaría en gran parte por la mayor edad y paridez de las menos instruidas.

2.2 Intenciones Reproductivas y Uso Reciente de Métodos Anticonceptivos

El examen de las preferencias reproductivas adquiere especial relieve si es efectuada en relación, por un lado, a los nacimientos ocurridos en un periodo de referencia definido y, por otro, al uso de métodos anticonceptivos en ese mismo periodo.

Para las mujeres que tuvieron algún nacido vivo durante los cinco años anteriores a la encuesta o se encontraban embarazadas al momento de ser entrevistadas, la ENDES consideró una serie de preguntas para determinar si habían usado o no algún método anticonceptivo en cada intervalo genésico previo al embarazo; y en los casos que lo hubieran hecho, si se embarazó luego de interrumpir el uso del método o mientras lo estaba usando (lo que indica el fracaso del método usado).

Se indagó también, para cada caso, si el embarazo fue deseado en ese momento; fue deseado pero más adelante, o no fue deseado.

Los resultados obtenidos constituyen un indicador del grado en que las mujeres controlaron o planificaron los nacimientos en los años recientes

y el éxito logrado al respecto; dicho indicador asimismo refleja la falta de adecuación entre las intenciones y el comportamiento reproductivo. Los resultados se presentan en el cuadro 6.8.

Algo más de dos tercios de los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la realización de la encuesta pertenecen a mujeres que no usaron algún método anticonceptivo durante el intervalo genésico previo; 16% se debió a interrupción del uso del método, y una proporción similar corresponde al fracaso del método usado.

Del 68% de nacimientos correspondientes al primer grupo citado, el 27% fue deseado, a diferencia del restante 41%. que no era deseado en ese momento bien porque la mujer quería espaciarlo (18%) o bien evitarlo (23%). En el caso de los nacimientos debidos al abandono del método, en su mayoría fueron deseados. Naturalmente la mayor parte de nacimientos debidos al fracaso del método no fueron deseados; cabe considerar incluso que los nacimientos de este grupo que fueron declarados como deseados podrían en realidad no haberlo sido, ya que no otro sino evitarlos en ese momento era el objetivo que perseguían las mujeres al usar un método anticonceptivo.

Al considerar el orden de nacimiento se aprecia que la proporción de nacimientos ocurridos cuando la mujer no usó métodos anticonceptivos, es mayor en el caso de los nacimientos de primer orden (78%), que corresponden a mujeres que desean tener su primer hijo (50%), y también en el caso de los nacimientos de cuarto orden y más (71%), que corresponden

CUADRO 6.8

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DURANTE LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA DE ACUERDO AL USO O NO USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EL INTERVALO GENESICO PRECEDENTE E INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LA MADRE, POR ORDEN DEL NACIMIENTO.

ENDES 1986

USO DE ANTICONCEPTIVOS E INTENCIONES REPRODUCTIVAS	TOTAL	ORDEN DEL NACIMIENTO 1/			
		1	2	3	4 y Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
NO USO ANTICONCEPTIVOS EN EL INTERVALO	68.2	77.6	58.8	58.0	71.1
Deseado	27.2	50.4	28.7	22.5	17.2
Deseado para después ...	18.1	21.3	22.3	18.5	14.8
No deseado	22.9	5.9	7.8	17.0	39.1
DEJO DE USAR	15.9	13.1	22.5	20.8	12.8
Deseado	10.2	11.1	17.7	12.5	5.9
Deseado para después ...	3.1	2.0	4.0	5.2	2.5
No deseado	2.6	-	0.8	3.1	4.4
SE EMBARAZO MIENTRAS USABA	15.9	9.3	18.7	21.2	16.1
Deseado	2.5	2.4	3.1	3.3	2.0
Deseado para después ...	6.6	5.8	12.3	10.8	3.3
No deseado	6.8	1.1	3.3	7.1	10.8
CASOS	3479	746	642	519	1572

1/ Incluye el embarazo actual.

probablemente a mujeres con menor acceso a la información y a los servicios de planificación familiar (mujeres de bajo nivel educativo o residentes en el área rural, entre otras), puesto que en el 39% de los casos querían ser evitados.

En relación a los nacimientos de segundo y tercer orden, la proporción de los eventos debidos a la interrupción en el uso del método, es mayor que en los otros órdenes ya mencionados debido a que las mujeres optaron por no continuar usando el método porque deseaban un segundo o tercer hijo (en el 18 y 12% de los casos respectivamerte), o porque querían esperar pero el método falló.

Los resultados del cuadro 6.8 pueden ser examinados también desde otras perspectivas; por un lado, considerando el total de nacimientos que corresponden a intervalos genésicos en los cuales las mujeres estaban usando métodos anticonceptivos (gráfico 6.2), se aprecia que la mitad de tales nacimientos se debió a la interrupción en el uso del método y la otra mitad al fracaso del método usado.

La proporción de nacimientos debidos al fracaso del método aumenta de acuerdo al orden de nacimiento (gráfico 6.2) del 41% entre los nacimientos de primer orden hasta el 50% y más en el caso de las madres con una paridez igual o mayor que 3.

Las intenciones reproductivas de las madres, en los intervalos precedentes a los embarazos, pueden ser examinadas más claramente en el gráfico 6.3. Dos quintos de los naci-

GRAFICO 6.2

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, PROVENIENTES DE MADRES USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS EN LOS INTERVALOS INTERGENESICOS, SEGUN ORDEN DEL NACIMIENTO

ENDES 1986

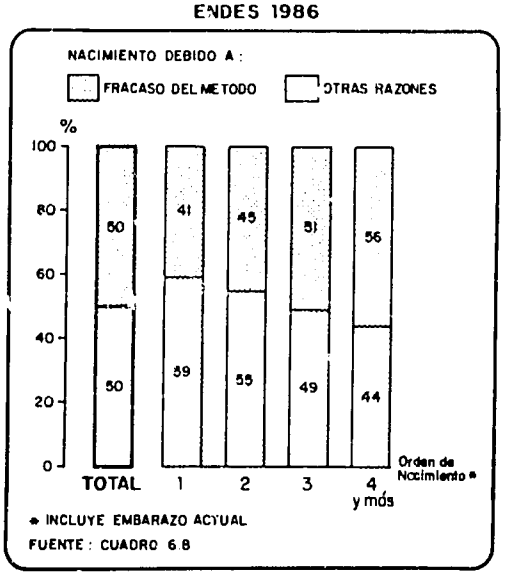
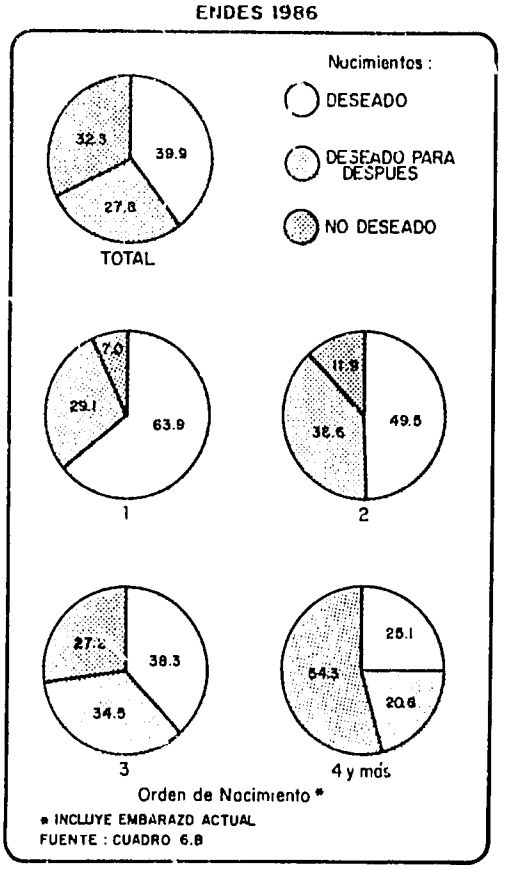


GRAFICO 6.3

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, DE ACUERDO A LAS INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LA MADRE, SEGUN ORDEN DEL NACIMIENTO

ENDES 1986



mientos ocurridos en los cinco años precedentes a la encuesta fueron deseados. Algo más de un cuarto no fue deseado en ese momento, aún cuando era esperado para una fecha posterior. Un tercio de los nacimientos no fue deseado.

En el gráfico mencionado se constata que la proporción de nacimientos deseados disminuye cuanto mayor es la paridez de las madres. Complementariamente, la proporción de nacimientos no deseados aumenta;de modo que algo más de un cuarto de los nacimientos de tercer orden no fueron deseados como tampoco lo fueron el 54% de los nacimientos de cuarto orden y más.

El cuadro 6.9 se refiere a los nacimientos ocurridos en los 12 meses anteriores a la encuesta. Dicha información confirma, para un periodo más corto e inmediatamente anterior a la encuesta, las tendencias referentes a las preferencias reproductivas observadas anteriormente. Vale decir que aproximadamente dos quintos de los nacimientos fueron deseados, un cuarto de ellos no fue deseado tan pronto y un tercio no fue deseado. Igualmente se corroboran las tendencias apreciadas considerando el orden de nacimiento.

CUADRO 6.9

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS DURANTE LOS DOCE MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA, DE ACUERDO A LAS INTENCIONES REPRODUCTIVAS DE LAS MADRES, SEGUN ORDEN DE NACIMIENTO.

ENDES 1986

INTENCIONES REPRODUCTIVAS	TOTAL	ORDEN DEL NACIMIENTO	
		1-2	3 y Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Deseado	41.1	60.8	25.5
Deseado para después	27.7	31.9	24.4
No deseado	31.2	7.3	50.1
CASOS	618	273	345

3. IDEALES DE FECUNDIDAD

En los puntos anteriores se examinaron las preferencias reproductivas de las mujeres en relación al futuro, al momento y en un período precedente de la encuesta, combinando en los dos últimos casos las intenciones y el comportamiento reproductivo. En el análisis se tuvo en cuenta el número de hijos actualmente vivos o de nacimientos tenidos.

En el presente informe es oportuno también poner la atención sobre el número ideal de hijos de las mujeres en edad fértil.

La ENDES incluyó preguntas dirigidas a todas las entrevistadas, destinadas a indagar acerca del número ideal de hijos. Dichas preguntas fueron formuladas de diferente manera según ellas tuvieran hijos vivos o no. A las primeras se les preguntó que si pudieran volver a la época en que todavía no tenían hijos y pudieran elegir el número de hijos que tendrían en su vida, cuántos hijos tendrían. Cuando la entrevistada no tenía hijos se le preguntó que si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, cuántos serían.

La obtención de este tipo de información reviste cierta dificultad, puesto que la mujer que ya tiene hijos difícilmente puede sustraerse a su experiencia reproductiva, más aún si desenvolvió su vida en un medio en el que predominaban patrones de alta fecundidad. Sin embargo, los resultados obtenidos son un reflejo del tamaño de

familia deseado y de sus cambios.

La información presentada en el cuadro 6.10 indica que para una alta proporción de mujeres de 15 a 49 años (40%), el número ideal de hijos es dos; para el 24% es tres; para el 20% el ideal es de cuatro hijos y más, y el 13% considera que es un hijo o ninguno. Las respuestas cualitativas que no especificaron un número determinado corresponden solamente al 3% de las entrevistadas.

En general, el número ideal de hijos tiende a aumentar con el número de hijos vivos, variando el promedio desde 2.2 entre las mujeres sin hijos o con uno solo hasta 3.6 para aquéllas con 6 ó más hijos vivos.

Entre las mujeres que tenían una paridez menor que tres hijos, la mayor proporción se inclinaba por un ideal de uno o dos hijos. Para el 57% de las que tenían tres hijos vivos, el número ideal era de dos o tres.

En el caso de las mujeres con cuatro hijos vivos y más, crecientes proporciones de ellas declararon un número ideal menor al número de hijos que tenían. Los porcentajes respectivos son de 63% para las mujeres con cuatro hijos, de 75% para aquellas con cinco y de 81% cuando las mujeres tenían seis o más hijos.

Al considerar el área de residencia (cuadro 6.11), se advierte que el número ideal promedio de hijos de las mujeres residentes en el área rural (3 hijos) es mayor que el promedio correspondiente al área urbana (2.5). También se aprecia cierta diferencia de acuerdo al nivel educativo, observándose un mayor número promedio cuanto menor es el nivel de educación. No se aprecian diferencias significativas entre regiones naturales. Pero las diferencias mencionadas entre áreas y niveles educativos se reducen cuando se desagrega el promedio según grupos de edad.

CUADRO 6.10

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, DE ACUERDO AL NUMERO IDEAL DE HIJOS Y AL NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS.

ENDES 1986

NUMERO IDEAL DE HIJOS	TOTAL	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS 1/						
		0	1	2	3	4	5	6 y Más
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	1.7	2.3	0.7	1.5	1.7	1.2	1.4	1.9
1	11.8	14.2	20.1	8.8	9.6	8.8	8.6	6.9
2	40.1	51.1	44.9	46.6	25.5	35.6	26.0	23.0
3	23.7	20.2	24.7	26.2	31.6	17.4	26.6	25.1
4	11.8	7.5	6.2	11.4	18.0	22.8	12.9	15.2
5	3.7	1.5	0.3	1.5	5.5	4.4	11.1	8.8
6 ó más	4.2	0.6	1.2	2.0	5.4	5.8	9.4	13.8
No especificado	3.0	2.6	1.9	2.0	2.7	4.0	4.0	5.3
Promedio	2.7	2.2	2.2	2.5	3.0	2.9	3.3	3.6
CASOS	4 999	1 756	578	650	596	430	350	639

1/ Incluye el embarazo actual.

CUADRO 6.11

PERU: PROMEDIO DEL NUMERO IDEAL DE HIJOS DEL TOTAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGUN GRUPOS DE EDAD POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA

ENDES 1986

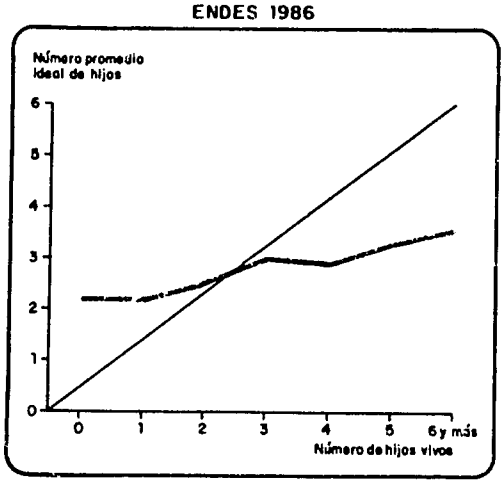
CARACTERISTICAS	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	2.7	2.3	2.4	2.6	2.9	3.0	3.2	3.3
NIVEL DE EDUCACION								
Sin instrucción .	3.2	2.2	2.4	2.6	3.7	3.5	3.2	3.3
Primaria	2.9	2.3	2.5	2.7	3.1	3.2	3.3	3.5
Secundaria	2.4	2.2	2.3	2.5	2.7	2.7	2.9	3.2
Superior	2.5	2.6	2.4	2.4	2.3	2.6	3.1	2.7
AREA								
Urbana	2.5	2.2	2.3	2.4	2.6	2.9	3.0	3.3
Rural	3.0	2.4	2.6	2.8	3.4	3.4	3.5	3.5
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima	2.5	2.3	2.2	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9
Resto de Costa ..	2.8	2.3	2.5	2.6	3.0	3.4	3.4	3.8
Sierra	2.7	2.2	2.4	2.5	3.0	3.1	3.2	3.5
Selva	2.8	2.2	2.5	2.9	3.3	3.0	3.7	3.1

Naturalmente, el número promedio ideal de hijos, desagregado por grupos de edad, seguirá una tendencia ascendente cuanto mayor es la edad, puesto que las mujeres con mayor paridez pertenecen a las cohortes de edades mayores. Puede observarse que el promedio varia de 2.3 hijos entre las mujeres de 15 a 19 años hasta 3.3 entre las de 45 a 49 años (gráfico 6.4).

GRAFICO 6.4

PERU: NUMERO PROMEDIO IDEAL DE HIJOS SEGUN NUMERO DE HIJOS VIVOS

ENDES 1986



4. FECUNDIDAD REAL Y FECUNDIDAD DESEADA PARA UN PERIODO RECIENTE

Una visión más completa, aunque sintética, de las preferencias reproductivas se logrará descomponiendo la fecundidad real en fecundidad deseada y no deseada, para un período reciente.

La tasa de fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si fueran evitados todos los nacimientos no deseados. La tasa de fecundidad no deseada representa la medida en la cual podría reducirse la fecundidad real, sin modificar el patrón vigente de preferencias reproductivas, si es que la demanda potencial de servicios de planificación familiar se convertiera en una demanda efectiva y pudiera ser satisfe-

cha plenamente con métodos seguros.

El método para calcular las tasas de fecundidad deseada y no deseada es idéntico al empleado en el capítulo III para obtener las tasas globales de fecundidad; pero en el caso de éstas, los nacimientos se clasifican no sólo de acuerdo a la edad que tenía la madre al tener el hijo, sino también de acuerdo a si antes del embarazo la mujer deseaba tener un hijo o no.

El numerador de las tasas de fecundidad deseada y no deseada (cuadro 6.12) está constituído respectivamente por los nacimientos deseados (columna 2) y no deseados (columna 3) en los tres años anteriores a la encuesta. El denominador está conformado en ambos casos, por los años-mujer de exposición en cada grupo de edad (columna 1). La suma de las dos tasas corresponde a la fecundidad real (columna 6).

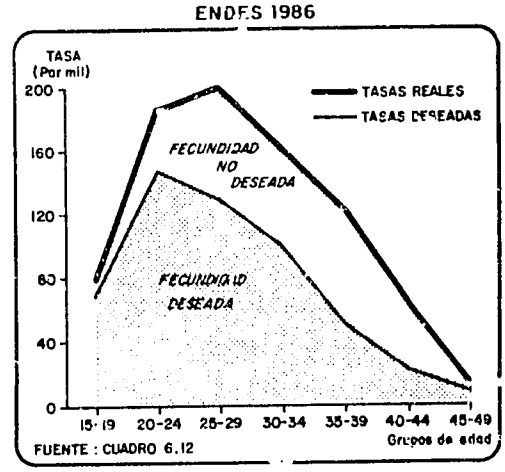
La tasa global de fecundidad real, calculada a partir de las tasas específicas de fecundidad para los tres años anteriores a la encuesta, es de 4.12 hijos. Si se lograran prevenir los nacimientos no deseados, se reduciría a 2.64 hijos. Ello significa una disminución del 36% en el nivel de la fecundidad real.

Las más elevadas tasas específicas de fecundidad no deseada corresponden a los grupos de edades entre los 25 y los 39 años (gráfico 6.5); pero entre las mayores de 34 años es notable el hecho que la fecundidad no deseada es mayor que la deseada.

GRAFICO 6.5

PERU: TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y TOTAL PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA

ENDES 1986



En el cuadro 6.13 se presentan las tasas globales de fecundidad deseada, no deseada

CUADRO 6.12

PERU: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y TOTAL PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA

ENDES 1986

EDAD	AÑOS-MUJER DE EXPOSICION (1)	NACIMIENTOS		TASAS DE FECUNDIDAD		
		Deseados (2)	No Deseados (3)	Deseada (4)=(2)÷(1)	No Deseada (5)=(3)÷(1)	Total (6)=(4)+(5)
15-19 ...	3 255.50	224	33	.069	.010	.079
20-24 ...	2 631.25	388	96	.147	.037	.184
25-29 ...	2 304.67	298	160	.129	.070	.199
30-34 ...	1 934.16	193	119	.100	.061	.161
35-39 ...	1 694.50	87	120	.051	.071	.122
40-44 ...	1 382.00	32	56	.023	.041	.064
45-49 ...	762.92	7	4	.009	.005	.014
TGF				2.64	1.48	4.12

y real, según area y región de residencia y nivel de educación.

Al comparar la fecundidad deseada con la fecundidad real, se observa que ambas siguen la misma tendencia. Esto es, que el nivel de la fecundidad deseada y no deseada es menor cuanto más urbanizada se encuentra el área de residencia; es también menor en el Resto de la Costa en relación a la Sierra o la Selva, y menor cuanto mayor es el nivel educativo.

No obstante lo anterior, un mayor acercamiento entre ambas tasas corresponde a características un tanto más privilegiadas, como la residencia en el Area Metropolitana de Lima, o niveles educativos más altos. Las mayores diferencias entre las tasas de fecundidad deseada y la real, obviamente se observan entre los grupos menos favorecidos; esto es, en las mujeres con menor instrucción, residentes en áreas rurales o en la Sierra y Selva; grupos que se caracterizan por tener una fecundidad bastante elevada.

Al examinar el porcentaje que representa la fecundidad no deseada respecto de la fecundidad real entre áreas y regiones de residencia y de acuerdo al nivel de educación (gráfico 6.6), se observa que los valores más altos (ligeramente por encima del 40%) corresponden a la población femenina residente en el área rural, en la Sierra y Selva y a las mujeres sin instrucción o que solamente lograron alcanzar la primaria.

Este indicador corrobora las tendencias respecto al deseo de tener hijos observadas a lo largo del presente capítulo; además define los grupos a los cuales es más importante atender con servicios de planificación familiar y su impacto en la reducción de la fecundidad.

CUADRO 6.13

PERU: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DESEADA, NO DESEADA Y TOTAL PARA LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

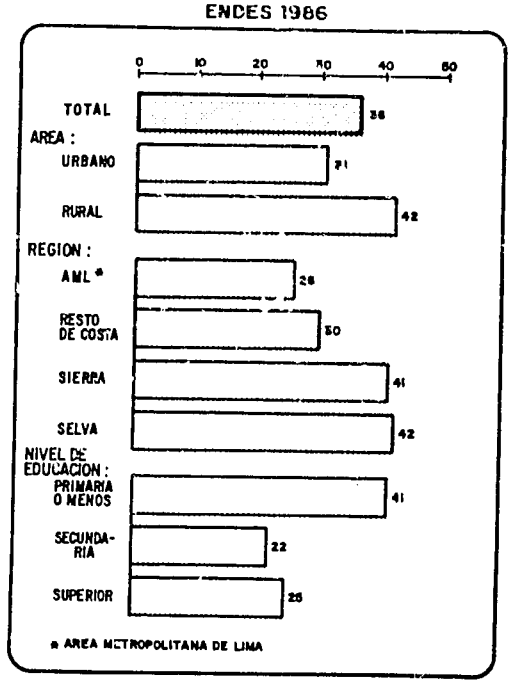
ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD		
	Deseada	No Deseada	Total
TOTAL	2.64	1.48	4.12
NIVEL DE EDUCACION			
Primaria o menos	3.20	2.20	5.40
Secundaria	2.37	0.69	3.06
Superior	1.47	0.48	1.95
AREA			
Area Metropolitana de Lima	1.86	0.66	2.52
Resto de Urbano.	2.45	1.09	3.54
Rural	3.66	2.68	6.34
REGION NATURAL			
Resto de Costa .	2.65	1.13	3.78
Sierra	3.17	2.21	5.38
Selva	3.43	2.54	5.97

GRAFICO 6.6

PERU : PORCENTAJE DE FECUNDIDAD NO DESEADA, SEGUN AREA, REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION

ENDES 1986



RESUMEN

La ENDES indagó acerca de las preferencias reproductivas de las mujeres peruanas, para examinar su influencia en las tendencias recientes de la fecundidad.

Los resultados obtenidos permiten advertir una mayor claridad, desde edades más tempranas, en las intenciones reproductivas de las mujeres actualmente unidas, aún cuando pareciera que no es posible todavía que las logren plasmar plenamente. Esta tendencia es concordante con el descenso de la fecundidad en el país, lo que ha sido confirmado por la encuesta.

Respecto al deseo de tener hijos en el futuro entre las mujeres actualmente unidas, las más inclinadas a tener uno (67%) son naturalmente las que aún no tienen hijos; luego la proporción de mujeres que desea tener hijos en el futuro disminuye conforme aumenta la paridez. Es notorio que la mitad de las mujeres que tienen dos hijos vivos (incluyendo el embarazo actual) definitivamente no desean otro.

El promedio de tiempo que prefieren esperar las mujeres para tener otro hijo, es 29 meses. Las más inclinadas a no embarazarse pronto son las que tienen dos hijos vivos, quienes prefieren esperar 38 meses en promedio.

Un examen de las intenciones reproductivas de las mujeres actualmente unidas, expuestas al riesgo de embarazo y que no estan usando anticonceptivos mostró que un 60% de ellas no desea tener hijos en el futuro. Este grupo constituye parte importante de la demanda de servicios de planificación familiar.

Al contrastar las intenciones reproductivas con los nacimientos ocurridos durante los cinco años anteriores a la encuesta, se observa que algo más de las dos terceras partes de los eventos corresponden a mujeres que no estaban usando métodos anticonceptivos en el intervalo genésico previo, un 16% se debió a la interrupción en el uso del método y una similar proporción, al fracaso del método.

Dos quintas partes de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta eran deseados en ese momento (sobre todo si eran primeros nacimientos). Algo más de la cuarta parte fueron deseados para una fecha posterior y un tercio no fueron deseados.

La proporción de nacimientos no deseados se incrementa hasta 54% entre las mujeres con 4 y más hijos; lo que confirma la tendencia ascendente de la proporción de embarazos no deseados cuanto mayor es la paridez.

Las respuestas sobre el número ideal de hijos permiten afirmar que se están produciendo cambios en torno al tamaño deseado de familia; las más jóvenes desean familias más pequeñas. Así, el número ideal promedio de hijos varía de 2.3 hijos entre las mujeres de 15 a 19 años hasta 3.3 entre las de 45 a 49 años.

Finalmente, al comparar la fecundidad deseada y la real para los tres años anteriores a la encuesta se aprecia que si se previnieran los embarazos no deseados, la tasa de fecundidad del país se reduciría en un 36% por ciento.

VII. MORTALIDAD INFANTIL

El estudio de la mortalidad, especialmente el referido a la mortalidad de niños menores de 5 años, ha merecido creciente atención en la investigación demográfica. Y al igual que en el estudio de la fecundidad, en ausencia de estadísticas vitales completas (deficiencia que adolecen mayormente los países en desarrollo), la información requerida para medir los niveles y los diferenciales de la mortalidad infantil frecuentemente proviene de otras fuentes, como son las encuestas y los censos de poblacion. De éstos es posible obtener los datos acerca del número de nacimientos y defunciones de niños menores, ya sea a través de preguntas acerca de los acontecimientos ocurridos en los últimos doce meses o mediante una historia de nacimientos.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1986), se cuenta con los datos provenientes de una historia completa de nacimientos. Asimismo se tiene el número de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes al momento de la encuesta, así como la edad al morir de aquellos que fallecieron. Dicha información permite calcular una tabla de vida de los niños menores de cinco años en un período anterior a la encuesta así como estimar directamente la tasa de mortalidad infantil de los niños nacidos en cada uno de los años previos a la encuesta.

En el capítulo presente se entrega estimaciones del nivel de la mortalidad infantil y en la niñez referidos al quinquenio anterior a la encuesta. Asimismo, se da cuenta de los diferenciales que se encuentran en el nivel de la mortalidad según una serie de variables sociales y demográficas, las cuales permiten identificar a las poblaciones de mayor riesgo en el contexto de nuestra realidad.

1. NIVEL DE LA MORTALIDAD INFANTIL

A partir del número de niños fallecidos y del tiempo de exposición de los menores en cada tramo de edad, puede estimarse las tasas específicas de mortalidad, necesarias para la construcción de una tabla de vida. El método empleado en la elaboración de la tabla de vida que se presenta en este informe es simple y consta de las siguientes etapas:

a. Se calcula el riesgo acumulado de morir sumando el producto de cada tasa específica de mortalidad por el ancho de cada tramo correspondiente en meses.

b. Luego se calcula la función de sobrevivencia exponenciando el riesgo acumulado con signo negativo.

c. Finalmente se calculan las probabilidades de morir como el complemento de la función de sobrevivencia.

A continuación se analizarán las tasas de mortalidad infantil y en la niñez correspon-

dientes a los nacimientos ocurridos en los 60 meses anteriores al mes de la encuesta. El uso de los cinco años previos a la encuesta responde a la necesidad de tener un número de casos suficiente para evitar distorsiones en el cálculo de las tasas.

En el cuadro 7.1 se presenta la tabla de vida correspondiente a todos los niños nacidos en el período de estudio, según sexo y edad, en meses y años cumplidos. Las tasas fueron calculadas relacionando el número de defunciones con el tiempo de exposición en cada tramo de edad. Con dicha finalidad, las defunciones de los niños menores de cinco años fueron clasificadas según sexo y edad al morir, distinguiendo diferentes tramos de edad. De otro lado, el denominador resultó de la acumulación del tiempo vivido por todos los niños en cada tramo de edad hasta el momento de la defunción o la fecha de entrevista. Por ejemplo, un niño que nació nueve meses antes de la encuesta contribuye con un mes al primer tramo, con dos meses al segundo y con tres al tercer y cuarto tramo.

Las tasas específicas muestran en forma clara cómo, en los primeros cinco años de vida, el riesgo de morir se reduce significativamente en cada tramo de edad. Esta asociación inversa entre el tiempo vivido y el riesgo de fallecer es más fuerte aún en el primer año de vida, pues las causas de muerte y los factores condicionantes de la mortalidad varían de manera importante después del primer mes. Las defunciones que ocurren en este primer tramo de vida se deben usualmente a causas endógenas, relacionadas con el embarazo y el parto y que

CUADRO 7.1

PERU: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ, EN NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS 60 MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN SEXO Y EDAD (EN MESES Y AÑOS)

ENDES 1986

SEXO Y EDAD	MUERTES	NIÑOS-MESES EXPOSICION	TASA DE MORTALIDAD (por mil)	PROBABILIDAD DE MORIR 1/ (por mil)
TOTAL				
Menos de 1 mes .	128	3770	33.95	34
1- 2 meses	49	7284	6.73	46
3- 5 meses	49	10842	4.52	59
6-11 meses	66	21576	3.06	76
1 año	74	42588	1.74	96
2- 4 años	64	124680	0.51	112
HOMBRES				
Menos de 1 mes .	75	1953	38.40	38
1- 2 meses	27	3764	7.17	51
3- 5 meses	26	5580	4.66	65
6-11 meses	35	11052	3.17	82
1 año	37	21492	1.72	101
2- 4 años	33	63204	0.52	118
MUJERES				
Menos de 1 mes .	53	1817	29.17	29
1- 2 meses	22	3520	6.25	41
3- 5 meses	23	5262	4.37	53
6-11 meses	31	10524	2.95	70
1 año	37	21096	1.75	89
2- 4 años	31	61476	0.50	105

1/ Probabilidad de morir entre el nacimiento y el final de cada tramo.

son difíciles de controlar. Por el contrario, una vez superado este período, las causas de muerte son de tipo exógeno, relacionadas al medio ambiente y posibles de ser controladas.

En tal sentido, es importante diferenciar la mortalidad neonatal (defunciones que ocurren en las primeras cuatro semanas de vida) de la mortalidad post-neonatal. Así, se observa en el cuadro 7.1 que, en nuestro país, la mortalidad neonatal representa más de las dos quintas partes de las muertes infantiles. Dicha proporción resulta importante y en cierto sentido, estaría reflejando un descenso de la mortalidad infantil post-neonatal, producto de una mejora en las condiciones de salubridad, vacunación y tratamiento de enfermedades.

La tasa de mortalidad infantil o probabilidad de morir en los primeros doce meses de vida (1q0) que resulta de esta tabla de vida es del orden de 76 defunciones por cada mil nacimientos. Cabe mencionar que dicha tasa correspondería a una esperanza de vida al nacer de 64 años si se utiliza el Modelo Sur de las Tablas Modelo de Coale y Demeny.

Incorporando el área no cubierta por la encuesta, la tasa de mortalidad infantil nacional sería de 78 por mil, y la esperanza de vida, de 63 años.

Los resultados de la encuesta indican una mejora importante de la situación de salud, ya que la ENAF (1977-78) señalaba una tasa de mortalidad infantil de 97 por mil, lo que indicaría una reducción de la mortalidad infantil del orden de 22% en nueve años

Las probabilidades de morir a diferentes edades y el porcentaje de su reducción, según la ENAF y la ENDES, son las siguientes:

	$_1q_0$	$_2q_0$	$_5q_0$	$_1q_1$	$_3q_2$
ENAF	97	125	149	31	28
ENDES ...	76	96	112	21	18
% de reducción .	22	23	25	32	36

Sin embargo, en el contexto de América Latina el Perú aún tiene una de las tasas de mortalidad infantil más elevadas, casi dos veces superior a la de Colombia y casi cuatro veces más alta que la de Chile. Esto nos indica que, a pesar de la mejora en el indicador de la mortalidad infantil, la situación de salud de la población es muy precaria aún; hace falta un esfuerzo mayor de la comunidad nacional para que mejore el nivel de vida de la mayor parte de la población peruana.

La probabilidad de morir en los primeros cinco años de vida (5q0) es de 112 por mil. En relación a la ENAF, la mortalidad en este tramo de edad se habría reducido en un porcentaje mayor que la mortalidad infantil (25%). Esta cifra, junto con las que señalan el descenso de la mortalidad entre el primer y segundo año de vida (32%), así como entre el segundo y el quinto (36%), están señalando que los mayores logros en el cuidado de la salud de los niños han venido después del primer año de vida.

2. DIFERENCIALES DE LA MORTALIDAD

En los cuadros 7.2 y 7.3, se presenta las probabilidades de morir entre el nacimiento y el primer año de vida (1q0), el segundo (2q0) y el quinto (5q0), así como la mortalidad neonatal y por tramos de edad

entre el primer y segundo año (1q1) y el segundo y el quinto año (3q2). Estas estimaciones también fueron calculadas en base a una tabla de vida, siguiendo la metodología anteriormente explicada. Fueron obtenidas, en primer lugar, distinguiendo el sexo de los niños, el orden de nacimiento, el espaciamiento entre nacimientos y la edad de la madre. Además, en el cuadro siguiente, se consideró variables socioeconómicas como el área y la región de residencia y el nivel educativo de la madre.

Al desagregar las cifras según sexo, en el cuadro 7.2, se observa una sobremortalidad masculina en todas las edades. Sin embargo, es importante señalar que la diferencia por sexo en la mortalidad es mayor en el primer mes de vida (período neonatal), lo que está relacionado con el origen biológico de este fenómeno, que además resulta como una especie de compensación frente al hecho, también biológico, que son concebidos mayor número de varones que niñas. El riesgo relativo de mortalidad masculina es mayor que la femenina y disminuye del 31% durante el primer mes, al 17% al concluir el primer año y aún al 12% al concluir el quinto año.

De otro lado, el orden de nacimiento y el intervalo entre alumbramientos, fenómenos relacionados con el nivel de la fecundidad y la práctica anticonceptiva, inciden de manera significativa sobre la mortalidad infantil. A medida que aumenta el orden del nacimiento del niño -o paridez de la madre-, su probabilidad de morir a temprana edad es cada vez mayor. Es así que la probabilidad de morir antes del primer año, de los hijos segundos o terceros, es de 50 por cada mil nacidos vivos, frente a la que tienen los que ocupan del cuarto al sexto lugar, cuya mortalidad es de 91 por mil. Para aquellos que ocupan el séptimo o un or-

CUADRO 7.2

PERU: PROBABILIDADES DE LOS NIÑOS DE MORIR A DIFERENTES EDADES, SEGUN SEXO, ORDEN DE NACIMIENTO, INTERVALO DE NACIMIENTO PREVIO, Y EDAD DE LA MADRE AL TENER EL HIJO.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	PROBABILIDADES DE MORIR (por mil)					
	En el 1er. Mes	En el 1er. Año	En los 2 Primeros Años	En los 5 Primeros Años	Entre el 1er. y el 2do. Año	Entre el 2do. y el 5to. Año
	NEO	1q0	2q0	5q0	1q1	3q2
TOTAL	34	76	96	112	21	18
Hombres	38	82	101	118	21	18
Mujeres	29	70	89	105	21	17
ORDEN DE NACIMIENTO						
1er	22	52	66	74	14	9
2do, 3er	21	50	72	83	23	13
4to, 6to	47	91	107	130	18	26
7mo ó más	50	130	155	177	28	26
INTERVALO DE NACIMIENTO PREVIO						
Menos de 24	56	121	145	165	27	24
24-48	26	63	85	104	24	20
48 ó más	15	38	44	56	6	13
EDAD DE LA MADRE						
Menos de 20	40	90	109	118	20	10
20-29	27	58	76	91	20	15
30-34	39	96	109	132	14	25
35 o más	44	101	130	152	32	25

den mayor, su mortalidad resulta ser más del doble al elevarse a 130 por mil. Por excepción, los primogénitos tienen una mortalidad ligeramente mayor que los niños de segundo o tercer orden, quizá por los riesgos que conlleva el embarazo y el parto en mujeres muy jóvenes, como se verá más adelante (gráfico 7.1).

Asimismo, los datos de la ENDES muestran claramente el efecto favorable del espaciamiento de los hijos sobre la reducción de la mortalidad infantil. Los bebes nacidos antes de los dos años del nacimiento del hermano anterior, tienen una probabilidad de morir antes del primer año de vida dos veces mayor que aquellos niños que nacieron después de un intervalo mínimo de dos años; siendo tres veces mayor en relación a los niños que nacieron después de un espaciamiento de cuatro años.

La repercusión de esta variable es más importante aún cuando se analizan las probabilidades de morir en el primer mes de vida. El peso de la mortalidad neonatal en la mortalidad infantil disminuye de 46 por ciento, cuando el espaciamiento es menor a dos años, a 41 por ciento cuando éste es entre dos y cuatro años, y a 39 por ciento cuando éste es mayor de cuatro años. En este caso las probabilidades de muerte del primer grupo son mayores en 115% con respecto al segundo y en 273% con respecto a los que tienen un espaciamiento mayor a los 4 años.

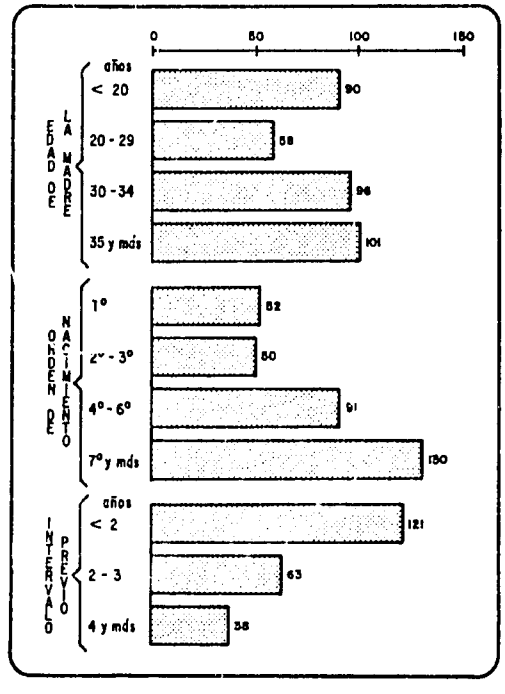
La explicación de estas diferencias radica en que el espaciamiento de los niños está relacionado con la mayor o menor atención que la madre puede brindar a los hijos, incluyéndose en este punto la lactancia materna. Es así, que los nacimientos espaciados contribuyen a una mejor nutrición de los niños, porque el hijo mayor no tiene que ser destetado anticipadamente si el nacimiento del siguiente hermano se pospone un tiempo prudente. De otro lado, los embarazos sucesivos agotan físicamente a la mujer y repercuten sobre las condiciones en que nace el niño, propiciando por ejemplo un bajo peso al nacer. De allí que sea recomendable, no sólo por la salud de la madre sino también por la sobrevivencia de los hijos, espaciar los nacimientos por un período mínimo de dos años.

Una tercera variable relacionada con el riesgo de morir en la infancia y los primeros años de vida es la edad de la madre al momento del alumbramiento. Se observa así que la probabilidad de morir en el primer año de vida es alta (90 defunciones por cada mil naci-

GRAFICO 7.1

PERU : TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL PARA EL PERIODO 1981-1986 SEGUN EDAD DE LA MADRE AL TENER EL HIJO, ORDEN DE NACIMIENTO E INTERVALO DEL NACIMIENTO PREVIO

ENDES 1986



dos vivos) cuando las mujeres tienen menos de 20 años de edad al momento del nacimento de sus hijos. Esta probabilidad disminuye a 58 cuando la edad se sitúa entre 20 y 29 años y luego se eleva a 101 por mil cuando las mujeres tienen más de 35 años. El incremento del riesgo de morir conforme aumenta la edad de las madres, guarda cierta relación con la paridez (orden de nacimiento) que, como ya se vió en el capítulo sobre fecundidad, también aumenta con la edad.

La mayor mortalidad de los hijos de mujeres menores de 20 años está asociada, en primer término, a las desfavorables condiciones socio-económicas y culturales, inherentes al embarazo de las adolescentes: embarazo no deseado, unión no consolidada y educación interrumpida, entre otras. Además, el riesgo de salud durante el parto es mayor en mujeres muy jóvenes, lo cual repercute sobre las condiciones en que nace el niño. De allí que la probabilidad de morir en el primer mes de vida de los hijos de mujeres menores de 20 años sea mayor que la que tienen los nacidos de madres entre 20 y 34 años.

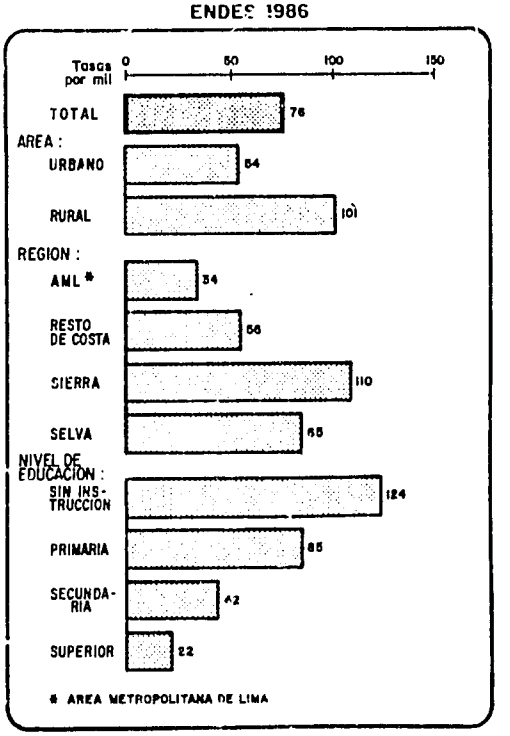
En el cuadro 7.3 se presentan las probabilidades de morir de los niños según tres variables sócio-económicas inherentes a la madre. Teniendo en cuenta el tipo de área de residencia, se confirma nuevamente la situacion de desventaja en la cual se encuentra la población del área rural, al evidenciarse una mortalidad infantil superior en casi el doble a la observada en el área urbana. Al desagregar las cifras según la región de residencia, la brecha antes señalada se incrementa aún más: la tasa de mortalidad infantil observada en el Resto de la Costa, resulta ser 65% más alta que la observada en el Area Metropolitana de Lima. Esta diferencia se amplía cuando se compara con la región de la Selva y se torna más acentuada al considerar la región de la Sierra, en la cual la posibilidad que un niño no alcance a cumplir su primer año de vida resulta ser tres veces más alta que la de los niños nacidos en la Capital de la República (gráfico 7.2).

En relación al nivel de educación alcanzado por las madres, se observa que esta variable marca diferencias aún mayores sobre el nivel de la mortalidad infantil y de la niñez. Se tiene así que la mortalidad en el primer año de vida de los hijos de mujeres sin instrucción es tres veces más alta que de aquellas que alcanzaron estudios secundarios. La diferencia se torna más acentuada aún, cuando se compara

GRAFICO 7.2

PERU : TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL PARA EL PERIODO 1981-1986 SEGUN AREAS, REGION DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE

ENDES 1986



CUADRO 7.3

PERU: PROBABILIDADES DE LOS NIÑOS DE MORIR A DIFERENTES EDADES, SEGUN AREA, REGION DE RESIDENCIA, Y NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	PROBABILIDADES DE MORIR (por mil)					
	En el 1er. Mes	En el 1er. Año	En los 2 Primeros Años	En los 5 Primeros Años	Entre el 1er. y el 2do. Año	Entre el 2do. y el 5to. Año
	NEO	1q0	2q0	5q0	1q1	3q2
TOTAL	34	76	96	112	21	18
AREA						
Urbana	24	54	66	74	12	9
Rural	45	101	128	153	30	28
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima.....	17	34	40	45	6	6
Resto de Costa	22	56	73	87	18	15
Sierra	50	110	137	162	31	29
Selva	37	85	104	116	20	14
NIVEL DE EDUCACION						
Sin instrucción ...	60	124	153	175	34	25
Primaria	32	85	108	129	25	24
Secundaria	25	42	50	56	8	6
Superior	11	22	22	22	0	0

las mujeres sin instrucción con aquellas que tienen estudios superiores, sean éstos universitarios o no.

La educación juega un papel directo sobre la disminución de la mortalidad infantil, pues conlleva mejores condiciones de crianza: hábitos, higiene, tratamiento y prevención de enfermedades. No debe olvidarse, de otro lado, que el nivel de vida está asociado con la educación; generalmente ella posibilita el acceso a un empleo mejor, una vivienda con servicios y un sistema adecuado de atención de la salud.

Para finalizar este capítulo, en el cuadro 7.4 se presenta la proporción de niños sobrevivientes por edad de las madres y las variables socioeconómicas anteriormente vistas. Este indicador resulta muy grueso para medir la mortalidad infantil, pero ayuda a completar el análisis de este fenómeno. De otro lado, cabe mencionar que este mismo indicador podría transformarse a través de ciertas técnicas demográficas 1/ en probabilidades de morir entre el nacimiento y diferentes edades, muy similares a las que se acaban de analizar.

Los datos muestran en principio que la proporción de sobrevivientes disminuye conforme aumenta la edad de la mujer,

1/ William Brass (1964) fue el primero que ideó un procedimiento para convertir las proporciones de hijos fallecidos en estimados de la probabilidad de morir antes de alcanzar ciertas edades exactas. Posteriormente, Sullivan (1972) y Trussell (1975) perfeccionaron el método incorporando nuevos multiplicadores, calculados en base a regresiones y patrones modelo de fecundidad y mortalidad. Mayor información acerca de estos métodos se encontrará en MANUAL X: TECNICAS INDIRECTAS DE ESTIMACION DEMOGRAFICA, Naciones Unidas, 1986.

CUADRO 7.4

PERU: PROPORCION DE HIJOS SOBREVIVIENTES SEGUN EDAD DE LA MADRE POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS	TOTAL	GRUPOS DE EDAD						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
TOTAL	0.86	0.86	0.92	0.90	0.88	0.86	0.84	0.82
NIVEL DE EDUCACION								
Sin instrucción..	0.79	1.00	0.84	0.82	0.81	0.82	0.79	0.75
Primaria completa	0.83	0.84	0.88	0.87	0.83	0.82	0.82	0.82
Primaria incomple-ta.....	0.90	0.84	0.92	0.89	0.89	0.90	0.90	0.91
Secundaria.....	0.95	1.00	0.96	0.96	0.96	0.95	0.92	0.97
Superior..... ..	0.96	1.00	1.00	1.00	0.97	0.97	0.95	0.88
AREA								
Urbano.....	0.90	0.89	0.94	0.93	0.92	0.90	0 88	0.87
Rural.....	0.81	0.88	0.87	0.86	0.83	0.81	0.79	0.77
REGION NATURAL								
Area Metropolita-na de Lima.....	0.92	1.00	0.95	0.94	0.93	0.93	0.90	0.87
Resto de Costa...	0.89	0.88	0.94	0.93	0.90	0.89	0.85	0.90
Sierra.....	0.81	0.82	0.87	0.87	0.84	0.81	0.79	0.76
Selva.....	0.84	0.85	0.91	0.86	0.84	0.85	0.82	0.79

principalmente porque aumenta el riesgo de exposición a morir. Este hecho es practicamente constante en todas las categorías de análisis, aunque el orden de magnitud de las proporciones reflejan, con cierta limitación, las diferencias ya señaladas anteriormente, en relación a las variables socio-económicas.

RESUMEN

Los datos de la ENDES permiten estimar para el quinquenio anterior a la encuesta una probabilidad de morir durante el primer año de vida igual a 76 por cada mil nacimientos. Dicha cifra relacionada con la que proporcionó ENAF, nueve años atrás, da cuenta que la mortalidad infantil habría descendido en el orden del 22 por ciento. No obstante que estos datos reflejan que se ha dado una mejora relativa en las condiciones de salud y bienestar de la población, el Perú aún se encuentra, en el ámbito de América Latina y el Caribe, entre los tres países de mayor mortalidad infantil.

De otro lado, el nivel de la mortalidad infantil está fuertemente asociado no sólo a la heterogeneidad social, económica y cultural del país, sino también al comportamiento reproductivo de la población. Así se tiene que el riesgo de morir de un niño a temprana edad, aumenta considerablemente cuando la madre ha tenido más de tres alumbramientos, ha transcurrido menos de dos años desde el último parto, y la madre es adolescente o mayor de 35 años.

VIII. SALUD MATERNO-INFANTIL

Existen estudios que demuestran que el estado de salud en el Perú es todavía deficiente 1/. Esto se manifiesta en los altos riesgos de enfermedad y muerte que presenta la población, causados en gran medida por la desnutrición y las infecciones que afectan de preferencia a las gestantes y los niños pequeños.

Dicha situación hace necesario determinar la magnitud de los problemas de salud, resultantes de las condiciones sociales, económicas y demográficas del país. La ENDES por ello ha incluído preguntas que permiten aproximarse al conocimiento de aspectos referidos a la salud de la madre y el niño, tales como la mortalidad infantil, la atención del embarazo y el parto, la lactancia, la vacunación y la presencia de la diarrea y el tratamiento empleado para controlarla.

En este capítulo se discutirá los citados cuatro últimos aspectos, estableciendo comparaciones con los resultados de otros estudios cuando ello sea posible.

1. ATENCION PRE-NATAL

Para analizar la situación de salud de las madres y de los niños nacidos en los cinco años precedentes a la encuesta, la ENDES incluyó algunas preguntas sobre los cuidados prenatales que recibió la madre, las modalidades de la atención recibida y su relación con la posición social de las gestantes. Dichas preguntas estaban destinadas a averiguar, por una parte, si durante el embarazo las mujeres habían recibido alguna inyección para prevenir al recién nacido contra el tétano y, por otra parte, si se hicieron controlar por ese embarazo y quién efectuó el control.

1.1 Protección Antitetánica

Una de las causas de muerte del recién nacido, en países como el Perú, es el tétano neonatal, especialmente en aquellas áreas donde el parto se realiza con carencia absoluta de higiene y con la práctica de costumbres inveteradas que ponen en serio peligro la salud del recién nacido. El corte y la ligadura del cordón umbilical mediante el empleo de elementos contaminados (aplicación de la tela de araña y otros como sustancias cicatrizantes), son frecuentemente origen del tétano neonatal por infección del ombligo. Por consiguiente es importante conocer la magnitud de la cobertura preventiva del tétano.

Los resultados de la encuesta muestran, en el gráfico 8.1, que a nivel nacional únicamente el 16% de los neonatos había recibido protección antitetánica, mediante inyección administrada a la madre durante el embarazo.

La cobertura contra esta

1/ - La Salud del niño en el Perú, en El Niño en el Perú, INE - UNICEF, 1979.
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 1984, INE y Ministerio de Salud, 1986.

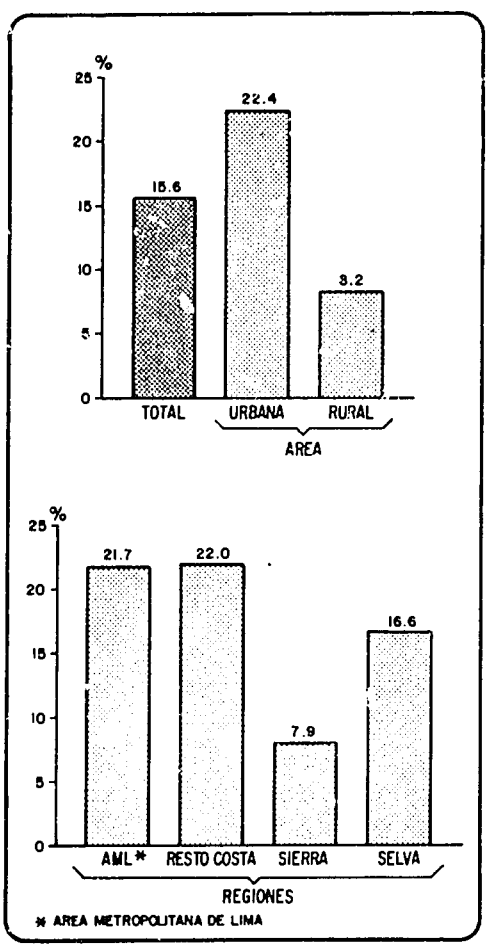
enfermedad no es uniforme en todo el país, pues en el área urbana un 22% de los nacimientos ha sido protegido frente a sólo el 8% en el área rural.

De igual forma, por regiones naturales se aprecia que tanto en el Area Metropolitana de Lima como en el Resto de la Costa un 22% de los recién nacidos está protegido contra el tétano neonatal; en tanto que en la Sierra y en la Selva, la cobertura llega a muy pocos niños: 8 y 17% respectivamente.

GRAFICO 8 I

PERU: PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA CUYAS MADRES RECIBIERON VACUNA ANTITETANICA, POR AREAS Y REGIONES NATURALES

ENDES 1986



Es pues en el área rural, en la Sierra y en la Selva donde los recién nacidos tienen mayor exposición al riesgo de contraer el tétano por la presencia de animales y por el contacto con la tierra dentro y fuera de las viviendas, que es donde se conservan las esporas bacterianas. Por consiguiente, es imperativo reforzar toda acción sanitaria tendiente a proteger al niño desde la vida uterina, contra el medio ambiente hostil resultante de la pobreza extrema.

1.2 Control del Embarazo

Los datos del cuadro 8.1 muestran que en los grupos con menor nivel de educación se encuentra el mayor porcentaje de gestantes que no recibieron ningún tipo de atención durante el embarazo.

Dicha situación afecta al 67% entre aquellas sin instrucción y al 46% entre las que cursaron algún año de primaria. A estos dos grupos de mujeres corresponde la mayor parte (64%) de los nacimientos ocurridos durante el quinquenio investigado.

La atención mejora conforme se eleva el nivel de educación de las gestantes. No obstante, la ausencia del control prenatal es muy apreciable aún entre las que estudiaron algún año de secundaria (17%) y cuyos partos representan casi una tercera parte del total de eventos del quinquenio.

Entre aquellas que ostentan educación superior, el 88% recibió control médico prenatal, a lo que se agrega un 9% que recibió la atención de una obstetriz. Es decir, que entre las madres más instruidas son excepcionales los casos que no reciben cuidados profesionales

CUADRO 8.1

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE ATENCION PRE-NATAL RECIBIDA POR LA MADRE, POR NIVEL DE EDUCACION Y LUGAR DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	TOTAL	TIPO DE ATENCION PRE-NATAL					NACIMIENTOS	
		Médico	Obstetriz o Enfermera	Auxiliar o Partera	Otro 1/	Ninguno	Casos	Distribución Porcentual
TOTAL	100.0	39.0	15.6	5.6	1.3	38.5	3 156	100.0
NIVEL DE EDUCACION								
Sin Instrucción.	100.0	10.4	9.3	11.3	2.1	66.9	567	18.0
Primaria.....	100.0	29.1	16.5	6.7	1.9	45.8	1 466	46.4
Secundaria.....	100.0	62.6	19.0	1.7	-	16.7	965	30.6
Superior.....	100.0	88.0	9.5	-	-	2.5	158	5.0
AREA								
Urbano.....	100.0	60.5	18.5	2.1	0.1	18.8	1 641	52.0
Rural.....	100.0	15.7	12.5	9.5	0.1	59.8	1 515	48.0
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima ...	100.0	69.1	19.0	0.2	0.1	11.7	651	20.6
Resto de Costa..	100.0	48.0	17.1	5.0	0.1	29.8	795	25.2
Sierra.....	100.0	20.2	15.5	6.7	2.3	55.3	1 247	39.5
Selva.....	100.0	31.7	8.6	11.7	2.2	45.8	463	14.7

1/ Comprende familiares, amigas.

durante el embarazo. Sin embargo, a este grupo le corresponde sólo el 5% de los nacimientos del quinquenio.

Considerando el lugar de residencia de la madre se encuentra que en el medio urbano las gestantes que reciben atención profesional durante el embarazo alcanzan una proporción importante (79%); lo cual de ninguna manera puede considerarse como un nivel óptimo, pues existe un 19% que no tuvo control de ningún tipo, siendo probable que esta cifra represente a las gestantes de las zonas urbano-marginales.

En el área rural la situación se invierte; únicamente un 28% recibe atención profesional durante el embarazo y el 60% corresponde a mujeres que no tuvieron ningún tipo de control durante la gestación. Es pues evidente la escasa penetración de los servicios de salud en el área rural y que los beneficios de los cuidados prenatales alcanzan mayormente al área urbana y a los grupos sociales con recursos suficientes para acceder a la educación superior.

Se debe tener presente aquí que las cifras de la ENDES corresponden a embarazos de los cinco años anteriores a la encuesta que culminaron en nacidos vivos, debido a lo cual no se puede apreciar la atención pre-natal en los casos de embarazos que no terminaron con éxito.

Es notoria la concentración de la infraestructura de salud en el Area Metropolitana de Lima. Mientras que esta Area cuenta con casi 10 médicos por 5000 habitantes, departamentos ubicados en la Sierra como Cuzco, Puno y otros como Ucayali y San Martín ubicados en la Selva, tienen menos de un médico

por 5000 habitantes 1/. Además, los pocos médicos que allí ejercen, se concentran en su mayoría en las áreas urbanas.

Los resultados obtenidos por la ENDES en relación al cuidado pre-natal guardan relación con la distribución de los servicios de salud en las diferentes regiones naturales. De allí que, en la Capital de la República, el 88% de gestantes son controladas profesionalmente; es decir por un médico u obstetriz. En el resto del país no se mantiene esa proporción, como sería deseable, pues en la Costa (exceptuando el Area Metropolitana de Lima) el 65% recibe este control, en la Sierra el 36% y en la Selva, el 40% (cuadro 8.1).

Aquellas que no recibieron atención prenatal de ningún tipo, son algo más de la mitad de las gestantes de la Sierra y 46% en la Selva, constituyendo éstos los mayores porcentajes de madres sin atención durante el embarazo.

2. ATENCION DEL PARTO

Es notorio que tanto en la Sierra (36%) como en la Selva (38%) un elevado porcentaje de nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta ha contado con la atención de auxiliares o parteras empíricas; algo menor es la proporción de este tipo de atención en el Resto de la Costa (30%). La situación se torna más grave en la Sierra, pues algo más de un tercio de los partos (37%) ha sido atendido por familiares u otras personas mientras que en la Selva, lo ha sido el 25% (cuadro 8.2). Si bien es cierto que las personas que generalmente atienden el parto en estas regiones pueden tener los conocimientos prácticos para tal fin, no es menos cierto que esta atención tiene sus riesgos si no se realiza en las condiciones higiénicas y preventivas adecuadas, o si se presenta alguna complicación en el proceso del parto mismo; más aún si, como se ha observado en el punto anterior, la madre no ha recibido los cuidados apropiados durante la gestación. Además de los riesgos de un parto en tales condiciones, están también las posibilidades de que las deficiencias que pudiera presentar el recién nacido queden sin el tratamiento necesario y oportuno.

En el área rural la atención del parto está preferentemente a cargo de auxiliares o parteras empíricas (43%). Conviene aclarar que en las postas a cargo del Ministerio de Salud y del IPSS, hay personal sanitario que ha recibido entrenamiento para resolver los problemas simples de salud de la comunidad y por consiguiente está en condiciones de evaluar y controlar un embarazo normal, y puede -llegado el momento- atender un parto normal, debiendo derivar los casos de alto y mediano riesgo al más cercano nivel superior en la escala de centros asistenciales. No obstante, al ocurrir el parto, sea por dificultades de accesibilidad a los centros asistenciales, sea por el arraigo a los patrones culturales, la madre no es atendida precisamente por el personal entrenado, sino por familiares u otras personas (38%) o incluso en algunos casos ella misma se atiende, con todos los peligros que esto significa (cuadro 8.2).

Es obvio que este tipo de atención se presenta en baja escala en el medio urbano, donde la mayor oferta de servicios de salud hace que los partos a-

1/ "Mapa de Salud del Perú", Banco Central de Reserva del Perú, Diciembre 1984.

tendidos por auxiliares o parteras empíricas lleguen sólo al 15%, habiendo en cambio mayores registros de partos atendidos por personal profesional: médicos, obstetrices, enfermeras (80%).

La atención especializada del parto se asocia con el nivel de educación, lo cual se corrobora con la información de la ENDES. Así entre las mujeres con los más bajos niveles de educación sólo el 12% recibe atención profesional del parto; el 40% es atendido por auxiliares o parteras empíricas y las restantes (48%) por familiares, otras personas o se atienden a sí mismas (cuadro 8.2). Es decir que casi la mitad de los partos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta en mujeres no instruídas, se llevaron a cabo en las condiciones más desfavorables para la salud de la madre y del recién nacido.

Los niveles de atención mejoran si aumenta el nivel de educación; por ello se advierte que entre las madres con instrucción primaria, las atendidas por médicos, obstetrices o enfermeras alcanzan a 36 por ciento. Esta cifra sin embargo aún se encuentra muy por debajo del promedio nacional (49%), que a su vez se considera muy bajo y lejos de los niveles alcanzados por otros países.

Las madres más instruídas "dan a luz" atendidas mayormente por médicos (71%) y luego por obstetrices o enfermeras (25%). Obviamente estas madres

CUADRO 8.2

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE ATENCION DEL PARTO, POR EDAD, NIVEL DE EDUCACION Y LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	TOTAL	TIPO DE ATENCION DEL PARTO					CASOS
		Médico	Obstetriz o Enfermera	Auxiliar o Partera	Otro 1/	Ninguno	
TOTAL	**100.0**	**27.6**	**21.5**	**28.4**	**20.4**	**2.1**	**3 156**
EDAD (en años)							
Menos de 30	100.0	27.6	24.9	29.0	17.4	1.1	1 689
30 y más	100.0	27.5	17.6	27.7	23.9	3.3	1 467
NIVEL DE EDUCACION							
Sin Instrucción...	100.0	7.9	4.1	40.0	41.5	6.5	567
Primaria	100.0	17.1	18.8	37.0	25.2	1.9	1 466
Secundaria.....	100.0	47.9	35.2	12.8	4.0	0.1	965
Superior.....	100.0	71.5	25.3	3.2	-	-	158
AREA							
Urbano.....	100.0	45.7	34.3	15.2	4.5	0.3	1 641
Rural.....	100.0	7.9	7.7	42.7	37.7	4.0	1 515
REGION NATURAL							
Area Metropolitana de Lima	100.0	59.6	34.3	3.8	2.3	-	651
Resto de Costa....	100.0	30.6	30.2	30.4	7.2	1.6	795
Sierra.....	100.0	11.7	12.2	36.2	36.7	3.2	1 247
Selva.....	100.0	20.1	13.8	38.5	24.8	2.8	463

1/ Incluye familiares, amigas.

pertenecen a estratos sociales mejor ubicados y por ende cuentan con mayor oferta de servicios especializados. Unicamente el 3% de ese grupo fue atendido por auxiliares o parteras, proporción que podría atribuirse a trabajadoras que por sus actividades laborales deben permanecer en zonas alejadas y no tienen oportunidad de ser trasladadas oportunamente a centros urbanos donde pudieran ser atendidas por otro personal.

Al parecer, algo influye la edad de la madre en la elección del tipo de atención del parto; se asume que las gestantes de 30 años y más de edad tienen experiencia de partos anteriores, y por ello o por costumbres tradicionales, confían más su atención a familiares u otras personas (24%) o se atienden a sí mismas. Los ligeros márgenes de mejor atención que se encuentran en las más jóvenes podrían estar asociados con los mejores niveles de educación que ellas presentan (cuadro 8.2).

3. COMPARACION DEL CONTROL PRENATAL Y LA ATENCION EN EL PARTO

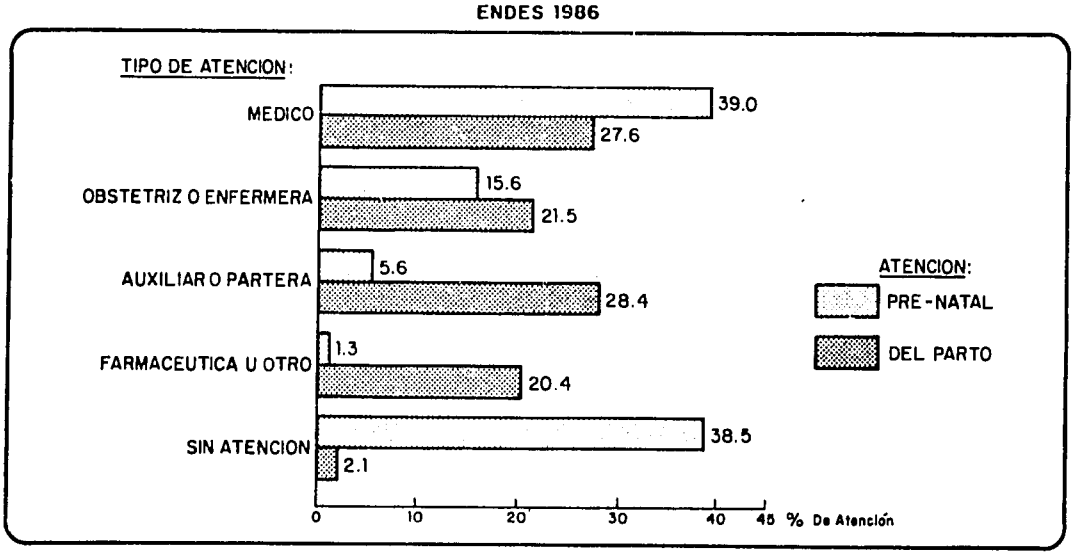
La distribución porcentual de las madres por el tipo de atención recibida por la madre durante el embarazo y luego en el momento del parto presenta algunas diferencias. Mientras que en el cuidado pre-natal, las frecuencias indican una polarización entre el control profesional o la total ausencia de algún tipo de control, en la asistencia del parto es más frecuente la atención tradicional por auxiliares, parteras empíricas o familiares (gráfico 8.2).

Estos cambios en la atención pre-natal y del parto se hacen más evidentes al comparar lo que sucede en las áreas urbana y rural (gráfico 8.3). En la primera, predomina el control pre-natal realizado por médicos; pero en el caso del parto la atención médica disminuye, para ser descargada en obstetrices o enfermeras. Esto

GRAFICO 8.2

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIDOS VIVOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE ATENCION RECIBIDA POR LA MADRE EN EL CONTROL PRENATAL Y DURANTE EL PARTO

ENDES 1986



se explica porque en los centros asistenciales, donde la mayor parte de las pacientes que acuden provienen de las zonas urbano-marginales, el control gestacional lo realiza el médico, pero la atención del parto, generalmente lo hace la obstetriz o, a falta de ésta, la enfermera. La mayor frecuencia encontrada de partos atendidos por auxiliares o parteras podría haberse generado por las parturientas que no tuvieron ningún control durante el embarazo.

En el área rural, los bajos porcentajes de control pre-natal a cargo de profesionales disminuyen aún más en la atención del parto y en cambio aumenta sensiblemente la atención realizada por auxiliares, parteras y familiares.

Este cambio en el tipo de atención de la madre en el parto que ocurre en el área rural, podría tener su origen en las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud. Sin embargo, no debe desestimarse la influencia de los valores de ciertas comunidades campesinas -sobre todo del ámbito andino- que conservan algunas tradiciones y costumbres atávicas en relación al alumbramiento (como por ejemplo: entierro de la placenta) que inducirían a que la parturienta prefiera ser atendida por gente de su confianza (empírica, curiosa, familiar u otro miembro de la comunidad) o por sí misma.

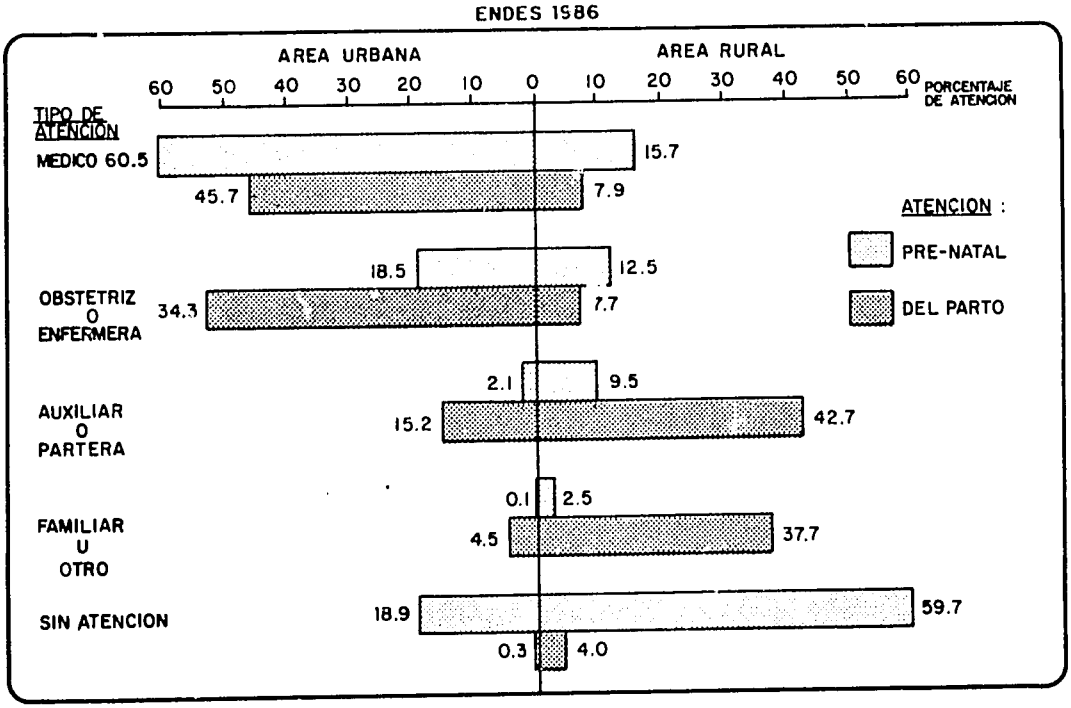
4. EVOLUCION DEL TIPO DE ATENCION DEL PARTO: 1977-1986

Es posible analizar la evolución del tipo de atención recibida por la madre en el momento del parto, comparando los resultados de la ENDES (1986) con

GRAFICO 8.3

PERU : DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NACIDOS VIVOS EN LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE ATENCION RECIBIDA POR LA MADRE EN EL CONTROL PRENATAL Y DURANTE EL PARTO, POR AREA URBANA Y RURAL

ENDES 1986



los de la ENAF (1977-78) 1/; en ambos casos los datos se refieren al último parto ocurrido en los cinco años anteriores a la realización de cada encuesta.

Para 1986 se advierte un incremento relativo del 20% respecto a 1977, de 45.4 a 54.7%, en la atención prestada por personal de salud, y 10% es decir un cambio de 23.4 a 25.7% en la atención de auxiliares o parteras empíricas (cuadro 8.3); en ambos casos como consecuencia de la disminución de la atención prestada por familiares u otros.

No obstante el avance logrado en materia de atención por parte del personal de salud, el porcentaje encontrado en 1986 es bajo: 55 por ciento.

En la República Dominicana, para esa misma fecha y en una encuesta similar, se encontró que alrededor de un 90% de las parturientas recibieron atención profesional.

CUADRO 8.3

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE ACUERDO AL TIPO DE ATENCION RECIBIDA DURANTE EL PARTO, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.

TIPO DE ATENCION	ENAF (1977-78)	ENDES (1986)	
	Ultimo Embarazo de los 5 Años Anteriores a la Encuesta	Ultimo Embarazo de los 5 Años Anteriores a la Encuesta	Embarazos de los 5 Años Anteriores a la Encuesta
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Personal de salud	45.4	54.7	49.1
Partera empírica	23.4	25.7	28.4
Familiares u otros	31.2	19.6	22.5

5. ATENCION DEL PARTO EN EMBARAZOS SIN CONTROL PRE-NATAL

Como se observa en el cuadro 8.1, un 38% de nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta corresponde a gestantes que no tuvieron control pre-natal de ningún tipo. Esta carencia de control es muy frecuente en las gestantes sin instrucción (67%), en las de primaria (46%), en las que residen en el ámbito rural (60%), en la Sierra (55%) y en la Selva (46%). Interesa entonces conocer cómo fue la atención en el parto, de aquellos embarazos cuya evolución quedó librada al azar.

El cuadro 8.4 revela que las gestantes que no recibieron ningún tipo de control pre-natal y no alcanzaron ningún nivel de instrucción tuvieron un parto en precarias condiciones, pues en su mayoría fueron atendidas por familiares, por otras personas o por sí mismas (56%).

Esta situación es dramática en el área rural, donde el 50% de las gestantes sin ningún tipo de control, es también la que recibe más baja calidad en la atención del parto.

Según regiones naturales, en la Sierra es donde predomina la atención del parto por familiares u otros (52%), y en el Resto de la Costa (excluye el

1/ Encuesta Nacional de Fecundidad.

CUADRO 8.4

PERU: PORCENTAJE DE EMBARAZOS SIN CONTROL PRE-NATAL Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MISMOS, SEGUN TIPO DE ATENCION RECIBIDA EN EL PARTO, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	PORCENTAJE DE EMBARAZOS SIN CONTROL PRE-NATAL	EMBARAZOS SIN CONTROL PRE-NATAL				CASOS
		Total	Según tipo de Atención del Parto			
			médico u obstetriz	auxiliar o partera	familiar, otros o nadie	
TOTAL	**38.5**	**100.0**	**15.9**	**42.3**	**41.8**	**1 215**
NIVEL DE EDUCACION						
Sin instrucción...	66.8	100.0	4.9	39.2	55.9	379
Primaria.....	45.8	100.0	14.3	46.3	39.4	671
Secundaria.....	16.7	100.0	50.0	35.9	14.1	161
Superior.....	2.5	100.0	100.0	-	-	4
AREA						
Urbana.....	18.8	100.0	45.9	35.3	18.8	310
Rural.....	59.8	100.0	5.4	44.6	50.0	905
REGION NATURAL						
Area Metropolitana de Lima	11.7	100.0	69.5	14.8	15.7	76
Resto de Costa....	29.8	100.0	25.5	55.9	18.6	237
Sierra.....	55.3	100.0	6.2	41.3	52.5	690
Selva.....	45.8	100.0	15.4	40.3	44.3	212

Area Metropolitana de Lima) la mayor parte de embarazos no controlados (56%) culmina en un parto asistido por auxiliares o parteras empíricas. Es decir, que en gran parte del territorio nacional se asocia el escaso o nulo control del embarazo con la precariedad en la atención del parto.

6. LACTANCIA MATERNA

Cada vez se reconoce más la importancia de la lactancia materna como un factor básico para lograr un crecimiento y desarrollo físico, psíquico y emocional saludable en los niños. La lactancia materna es la forma más apropiada y natural para alimentar y satisfacer las necesidades nutricionales del niño durante sus primeros meses de vida, así como para proporcionarle anticuerpos que lo protejan de enfermedades de tipo infeccioso. Por consiguiente, fomentar su práctica constituye una importante medida preventiva de la morbilidad y, por ende, de la mortalidad infantil.

Los resultados de la ENDES (1986) comparados con los de la ENAF (1977-78) y la ENNSA (1984) 1/, demuestran que ha aumentado la proporción y la duración de la lactancia materna. En efecto, según cifras del cuadro 8.5, entre 1977 y 1986 el porcentaje de lactantes nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, pasó de 91 a 94% y la duración promedio de la lactancia varió de 13 a 16 meses.

1/ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: 1984, INE y Ministerio de Salud, 1986.

CUADRO 8.5

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS NACIDOS EN LOS TRES AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA DE ACUERDO A SI RECIBIERON O NO LACTANCIA MATERNA, Y DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA, SEGUN DOS FUENTES DE INFORMACION: ENAF Y ENDES.

RECEPCION Y DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA MATERNA	FUENTE DE INFORMACION	
	ENAF 1977-78	ENDES 1986
TOTAL 1/	100.0	100.0
NO RECIBIERON LACTANCIA MATERNA	8.9	5.8
RECIBIERON LACTANCIA MATERNA	91.1	94.2
Aún Lactan	35.7	45.2
Ya no Lactan	55.4	49.0
DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA MATERNA (en meses) 2/	12.9	16.3
CASOS	4 030	1 735

1/ Corresponde a nacimientos provenientes de madres alguna vez unidas.
2/ Para la metodología del cálculo ver capítulo 4.

En el primer caso la variación no resulta espectacular, pués el porcentaje de lactantes ya era alto en 1977, sin embargo muestra algo muy importante que en el Perú a diferencia de lo ocurrido en otros países no se ha producido una declinación de la lactancia materna sino que por el contrario, luego de ascender levemente se ha mantenido constante durante los cinco años anteriores a la encuesta, según se desprende de las cifras del cuadro 8.6.

Más notable es el aumento de la duración media de la lactancia; es evidente el cambio producido en la distribución de los niños según el número de meses de lactancia o, lo que es lo mismo, de la edad hasta la cual lactó. Esta distribución se vió incrementada entre los niños de 7 a 11 meses y más significativamente aún en el grupo de los que habian cumplido el primer año de vida.

El primer grupo (7 a 11 meses), que caracteriza a una lactancia materna de duración moderada 1/, luego de permanecer constante (12%) hasta 1984, aumenta a 16% en 1986. El porcentaje del segundo grupo, en el que se ha reunido a los niños que terminaron la lactancia entre los 12 y 17 meses de edad (lactancia prolongada) y a los que destetaron después de los 18 meses (lactancia muy prolongada), pasó de 47 a 49 y luego a 55% en 1977, 1984 y 1986 respectivamente. El incremento de estos dos grupos se produjo a expensas del grupo de 0 meses (lactancia de muy corta duración) que se redujo en casi la mitad al pasar de 30 a 18% entre 1977 y 1986 (cuadro 8.6).

El aumento de la proporción de lactantes y de la duración media de la lactancia estaría revelando el efecto de las campañas del Ministerio de Salud para promover la lactancia materna, que vienen efectuándose durante los años 80. Por otra parte, también estaría vinculado con la difícil situación e-

1/ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

conómica y social por la que viene atravesando el país y que influye indirectamente en el comportamiento de las madres por nutrir a sus hijos con el alimento más económico.

CUADRO 8.6

PERU: PORCENTAJE DE NIÑOS NACIDOS EN LOS 5 ó 6 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, QUE RECIBIO LACTANCIA MATERNA Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA DURACION DE DICHA LACTANCIA, SEGUN TRES FUENTES: ENAF, ENNSA Y ENDES.

PORCENTAJE Y MESES DE LACTANCIA MATERNA	FUENTE DE INFORMACION		
	ENAF 1977-78 a/	ENNSA 1984	ENDES 1986
PORCENTAJE QUE HA LACTADO....	90	93	93
DURACION (en meses)	100	100	100
0 - 3	30	27	18
4 - 6	11	12	11
7 - 11	12	12	16
12 y más	47	49	55

a/ Nacimientos provenientes de madres alguna vez unidas.

7. INMUNIZACIONES

La ENDES incluyó algunas preguntas destinadas a medir el grado de inmunización de los menores de 5 años. La primera de ellas tenía por objeto averiguar si los hijos de las entrevistadas habían sido o no vacunados alguna vez. De acuerdo a esta pregunta el porcentaje de niños menores de 5 años, vacunados durante el último quinquenio, llegaba al 92% en todo el país (cuadro 8.7).

Los resultados de la ENDES pueden ser comparados con los de la ENAF (1977-78) para poder apreciar como ha evolucionado el nivel de vacunación durante la última década.

Dado que la ENDES consideró las vacunaciones de menores de 5 años y la ENAF indagó acerca de las vacunas recibidas por el último hijo nacido vivo de las entrevistadas (es decir involucraba a hijos que al momento de la encuesta podían tener 5 y más años), hubo primero que hacerlas comparables, considerando en ambos casos la vacunación del último nacido vivo del quinquenio anterior a la entrevista.

Como era de esperarse, el porcentaje ya mencionado de niños menores de cinco años vacunados (92%) disminuye ligeramente cuando se considera al menor de ellos solamente (cuadro 8.7). Esta vez el porcentaje encontrado es de 90% que comparado con el 67% de la ENAF permite decir que los niveles de vacunación han mejorado notablemente en el país.

CUADRO 8.7

PERU: PORCENTAJE DE NIÑOS VACUNADOS EN CADA UNA DE LAS REGIONES NATURALES, SEGUN DOS ENCUESTAS: ENAF Y ENDES.

REGION NATURAL	ENAF 1977-78	ENDES 1986	
	Ultimo Hijo del Quinquenio anterior a la Encuesta	Ultimo Hijo del Quinquenio anterior a la Encuesta	Todos los Hijos del Quinquenio anterior a la Encuesta
TOTAL	67.0	90.2	91.8
Area Metropolitana de Lima	83.0	97.5	97.9
Resto de Costa.....	79.4	94.4	94.6
Sierra.....	54.3	83.0	86.7
Selva.....	55.1	87.8	90.5

El nivel de vacunación del Area Metropolitana de Lima aumentó de 89 a 97% entre 1977 y 1986. En ambas fechas éstos son los más altos porcentajes encontrados. La Sierra en cambio, presenta los porcentajes más bajos de vacunación: 54% al inicio y 83% al final del período. Dichos aumentos equivalen a un mejoramiento relativo del 10% en el caso del Area Metropolitana de Lima y de 54% en el de la Sierra.

A través de la ENDES se pretende saber no sólo cuantos niños menores de 5 años fueron vacunados, sino también saber que tipo de vacuna y cuántas dosis de la misma recibieron. Con este fin se preguntó a las madres de los niños vacunados si éstos contaban con Tarjeta de Vacunaciones y en caso afirmativo se solicitó verla. Los resultados aparecen en el cuadro 8.8 y revelan que sólo en el 39% de los casos las madres accedieron a mostrarla, un 57% dijo tenerla pero no la pudo mostrar y un 4% respondió no tener dicho documento.

CUADRO 8.8

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, QUE HAN SIDO O NO VACUNADOS SEGUN POSESION DE LA TARJETA DE VACUNACION.

ENDES 1986

POSESION DE TARJETA DE VACUNACION	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		CASOS
	Total	Alguna vez Vacunados	
TOTAL	100.0	100.0	2 861
NO VACUNADOS	8.2		236
VACUNADOS	91.8	100.0	2 625
Sin Tarjeta	3.4	3.7	97
Tarjeta no vista.	52.6	57.3	1 505
Tarjeta vista ...	35.8	39.0	1 023

Vale la pena recalcar que si bien hubo madres renuentes a mostrar la tarjeta respectiva, sus niños fueron objeto de acciones de salud, es decir fueron vacunados en algún momento de sus vidas. Sin embargo, con el fin de recoger información sobre el tipo de vacunas, dosis recibidas y fechas de las vacunaciones de acuerdo a un criterio común, se estableció que el registro de tales datos se efectuaría únicamente en los casos en que el niño vacunado tuviera Tarjeta de Vacunaciones de la cual la entrevistadora tomaría la referencia de los aspectos a investigar.

Con ello se intentó contar con datos confiables sobre las inmunizaciones; sin embargo, las conclusiones que se obtengan de su análisis deberían ser tomadas con las reservas del caso, considerando que la información recopilada está referida solamente al 39% de los niños menores de 5 años alguna vez vacunados, que a su vez constituye el 36% de todos los niños menores de 5 años al momento de la encuesta, cuyas características socio-económicas podrían diferir de aquellos niños cuyas madres no mostraron la tarjeta, y por ende ser diferente también el número y dosis de vacunas recibidas.

Si se efectúa el cálculo de los porcentajes de niños cuyas madres no mostraron la Tarjeta de Vacunación, teniendo en cuenta la región de residencia de las mismas, se encuentra que las residentes en el Area Metropolitana de Lima y de la Sierra no la mostraron en un 65% de los casos, en tanto que las del resto de la Costa y la Selva no lo hicieron en un 55 y 57% respectivamente. Por otro lado, si se tiene en cuenta que el Area Metropolitana de Lima alcanza los más altos niveles de vacunación y la Sierra los más bajos, nos encontraríamos en el primer caso ante la presencia de una subestimación de

los niveles de inmunización y en el segundo caso, se trataría de una sobreestimación.

De los niños cuya Tarjeta de Vacunación fué mostrada a la entrevistadora, se encuentra que los niveles de protección contra la tuberculosis y el sarampión no serían óptimos. También se observa una deserción de casi 28% en la vacunación DPT y casi 30% en la vacuna antipolio, lo que revelaría que los niveles de protección son todavía muy limitados (cuadro 8.9).

En el caso de la vacuna DPT, se estima que la primera dosis no confiere realmente protección contra la tosferina sino que prepara al sistema inmunitario para las dosis posteriores. Diversos estudios sugieren que dos dosis darían una protección de sólo un 50% 1/. De allí se establecería que sólo el 65% que recibió las tres dosis de DPT está realmente protegido. Situación semejante ocurre con la vacuna antipolio, pues la primera dosis preprara la reacción inmunitaria en un 40 a 80% de los vacunados, de tal manera que no basta una sola dosis para afirmar que todos los receptores están realmente protegidos.

La vacuna contra el sarampión había sido aplicada a sólo el 71% de los niños menores de 5 años con Tarjeta de Vacunación quedándose el 29% sin la protección o bien ya había desarrollado la enfermedad. Esta vacuna es tal vez la más importante dentro de todo el esquema de inmunizaciones, por la magnitud y efectos devastadores que siempre ha presentado esta enfermedad en la población infantil peruana; por eso puede considerarse que el nivel de cobertura alcanzado por el grupo de niños que tenían Tarjeta de Vacunación es realmente bajo.

CUADRO 8.9

PERU: PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD VACUNADOS, QUE POSEEN TARJETA DE VACUNACION, SEGUN TIPO DE VACUNA RECIBIDA.

ENDES 1986

TIPO DE VACUNA	PORCENTAJE DE VACUNADOS
BCG	58.9
DPT 1.....	90.4
DPT 2.....	81.0
DPT 3.....	65.5
POLIO 1.....	91.2
POLIO 2.....	80.9
POLIO 3.....	64.7
SARAMPION.....	70.9

Las cifras presentadas en el cuadro 8.9 no difieren mayormente de las dadas a conocer en el Informe Preliminar de la ENDES, basados en el Cuestionario Experimental 2/, con la sola excepción de la BCG, que mostraba una cobertura del 78 por ciento. La BCG se aplica en los primeros meses de nacido el niño; pero si la Tarjeta, debido a pérdida, había sido reemplazada, no mostraría la BCG; por lo cual la cifra de 78% se acercaría más a la verdad que la cifra de 59% presentada en el cuadro 8.9.

8. DIARREA INFANTIL

La ENDES ha obtenido datos con el fin de estudiar la diarrea infantil como un indicador de la situación del medio ambien-

1/ Population Reports, L-50 5/87.

2/ En este cuestionario se preguntó si el niño menor de 5 años, fue vacunado alguna vez contra la tuberculosis (BCG), difteria, tosferina o tétano (DPT), polio y sarampión. En el caso de las vacunas DPT y antipolio los porcentajes provenientes del cuestionario experimental son más comparables con los porcentajes que aparecen en el cuadro 8.9 referidos a los casos en los que el niño ha recibido hasta la segunda dosis; porque si el niño ha recibido una sola dosis lo más probable es que la madre lo haya olvidado.

te, ya que esta enfermedad está asociada a las deficientes condiciones y saneamiento ambiental (falta de agua potable, carencia o deficiencia en los servicios de desagüe, etc.), que contribuyen a la contaminación de los alimentos y del medio en que se desenvuelve la vida de gran parte de los peruanos.

Los niños son naturalmente los más afectados por esta suma de carencias; de allí que la diarrea infantil sea una de las enfermedades más frecuentes y que en muchos casos alcance caracteres dramáticos por la deshidratación que genera y que causa gran mortalidad.

La ENDES encontró que solamente el 56% de las entrevistadas residían en hogares que disponían de abastecimiento de agua potable de la red pública; un 21% habitaba hogares en los que se abastecían de camión tanque, pilón o pozos y las restantes, que es algo más de la quinta parte (23%), vivían en hogares que debían abastecerse de otras fuentes (acequias, ríos, etc).

También mostró la ENDES que casi la tercera parte (31%) de las entrevistadas carecían de servicios higiénicos en sus hogares, que el 28% contaba con servicios rudimentarios (pozo negro, botadero, excusado, letrina) y que menos de la mitad (41%), en todo el país, vivía en hogares en los que se disponía de inodoro.

Se puede concluir que el saneamiento ambiental en gran parte del territorio nacional tiene características deplorables, lo que explica la elevada frecuencia de enfermedades como la diarrea infantil, que muestra la ENDES.

Conviene tener presente que el trabajo de campo de la encuesta se realizó en los meses de setiembre a diciembre de 1986, que corresponden a la estación de primavera en la Costa peruana y que por tanto no presenta las frecuencias más altas de diarrea infantil, como sí ocurre en verano.

En el cuadro 8.10, se observa que casi un tercio de los niños menores de 5 años tuvo un cuadro de diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista, incluyendo al 16% de ellos que la padeció en las últimas 24 horas (es decir, que estaban enfermos al momento de la visita de la entrevistadora).

La edad del niño se relaciona con la presencia de la enfermedad, no por la edad misma, sino porque ella tiene que ver con los cambios en su dieta y con su desarrollo motriz que posibilita una mayor exposición a la contaminación conforme el

CUADRO 8.10

PERU: PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DIARREA, SEGUN PERIODO DE OCURRENCIA, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	PERIODO DE OCURRENCIA		CASOS
	24 Horas Anteriores a la Encuesta	15 Días Anteriores a la Encuesta	
TOTAL	16.3	31.9	2 861
NIVEL DE EDUCACION			
Sin instrucción.	19.1	34.5	550
Primaria.....	16.6	34.6	1 237
Secundaria.....	15.1	28.8	918
Superior.....	10.3	20.5	156
AREA			
Urbano	15.4	29.5	1 539
Rural	17.2	34.6	1 322
REGION NATURAL			
Area Metropolitana de Lima....	13.9	25.8	627
Resto de Costa..	13.6	27.0	736
Sierra.....	18.0	36.1	1 077
Selva.....	20.0	39.1	419

niño aumenta su área de desplazamiento.

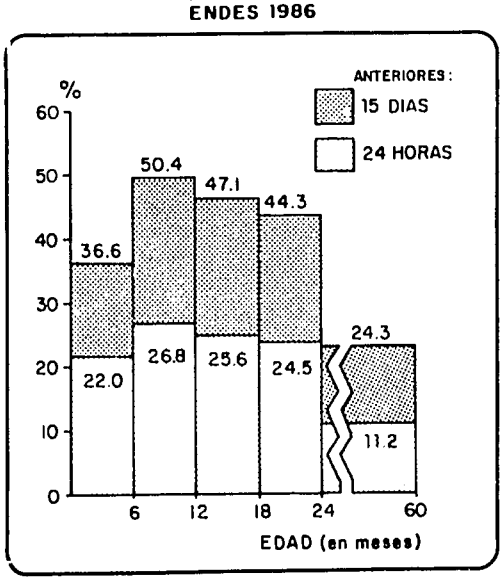
Como puede comprobarse en el gráfico 8.4, la diarrea afecta al 37% de los niños de más corta edad y aumenta a 50% en el grupo de 6 a 11 meses; generalmente a partir de los 8 meses se suplementa la lactancia materna con la artificial, siendo el biberón un medio de contaminación, por los defectos en la higiene y preparación. En total, 44% de los niños menores de 1 año la tuvieron en ese período, incluyendo al 24% que estaban enfermos cuando se les visitó.

La frecuencia sigue siendo muy alta para los niños mayores de un año pero menores de dos; empieza a declinar conforme progresa la edad del niño, porque el organismo crea inmunidad haciéndolo más resistente a la agresión de los gérmenes.

GRAFICO 8.4

PERU: PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LAS 24 HORAS O EN LOS 15 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN EDAD DEL NIÑO

ENDES 1986



En el área rural, la frecuencia es un poco más alta que en el área urbana. Los porcentajes encontrados de niños que tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta son 35% y 29% respectivamente como se aprecia en el gráfico 8.5.

La frecuencia de diarrea infantil, es uniforme para el Area Metropolitana de Lima y el Resto de la Costa; pero es más alta en la Sierra y aún más en la Selva, como se aprecia en el gráfico 8.5.

En los niños cuyas madres tienen los más bajos niveles de educación, la diarrea es mucho más frecuente, ya que ellas forman parte de los estratos más pobres y son los que consumen agua en malas condiciones y, por ende, están más expuestos a la contaminación de sus alimentos.

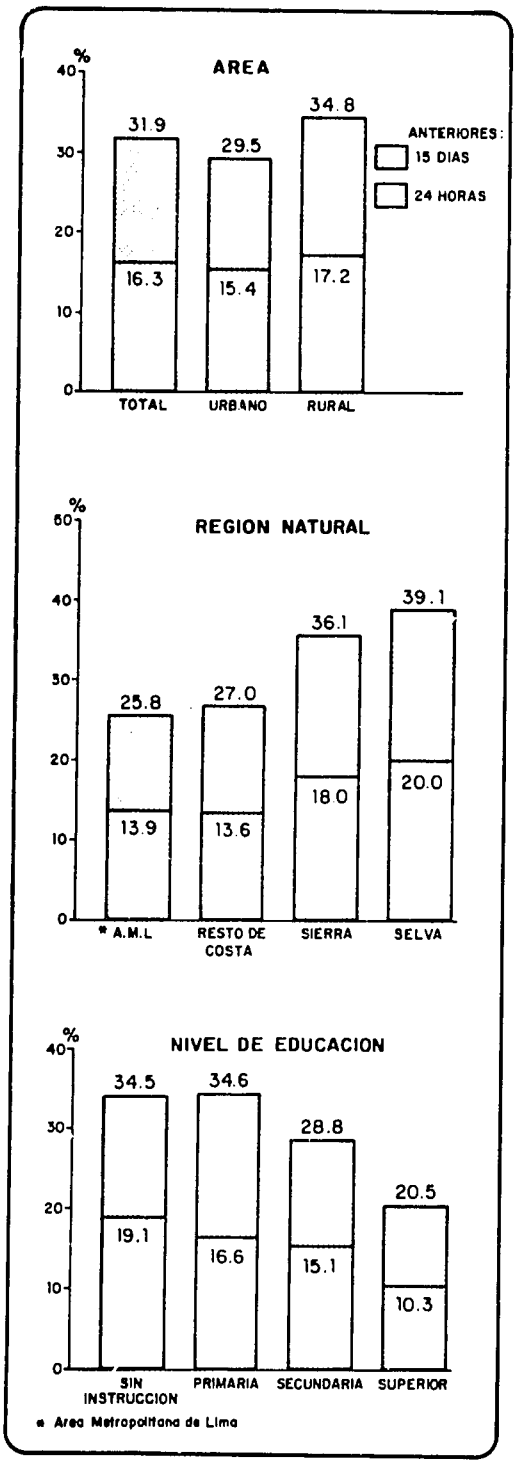
Alrededor del 34% de niños cuyas madres no alcanzaron ningún nivel de instrucción, tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Los porcentajes disminuyen cuando aumenta el nivel de educación de la madre, pues en los estratos más altos el 20% de los niños tuvo diarrea en el mismo período. Esta cifra tampoco es satisfactoria y además demuestra que independientemente de un mayor grado educativo, los elevados niveles de contaminación ambiental en nuestro país influyen en la presencia de diarreas, pues ni los niños mejor cuidados escapan a estos peligros.

Hay que aclarar que los datos obtenidos por la ENDES corresponden a niños menores de 5 años que han tenido diarrea en un período reciente, no existiendo información sobre el número de "casos" de la enfermedad en ese mismo período, lo que no permite establecer la

GRAFICO 8 5

PERU : PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LAS 24 HORAS O EN LOS 15 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN AREA, REGION NATURAL Y NIVEL DE EDUCACION DE LA MADRE

ENDES 1986



incidencia del mal en los niños de esa edad.

8.1 Atención de la Diarrea Infantil

La conducta que adopte la madre frente a la enfermedad que aqueja a su hijo dependerá de varios factores: la severidad del mal, su nivel cultural, su situación socio-económica y la disponibilidad o accesibilidad de los servicios de salud.

De los datos que muestra el cuadro 8.11 se desprende que, de los niños que tuvieron diarrea en el período investigado, el 15% fue atendido por el médico (al parecer en consulta privada); un 10% hubo de ser llevado al hospital; 7% fué atendido por otras personas (farmacéutico, curandero, u otros) y el 67% restante fué atendido en casa presumiblemente porque tuvieron procesos leves y evolucionaron favorablemente.

Indudablemente que aquellos niños que fueron llevados al hospital presentaron los casos más graves, ya que de otra manera la madre no lleva a su niño al hospital por casos diarréicos. El porcentaje de estos casos (10%), sumado a los atendidos por médicos (15%), es de por sí elevado. En conjunto estos dos grupos indican que la cuarta parte de los niños enfermos con diarrea necesitaron de atención médica.

Debe tomarse en cuenta que la encuesta separa los casos que son atendidos por médicos (al parecer en consulta privada) de aquellos que fueron llevados al hospital, en donde generalmente el paciente es visto por personal médico; aunque pudiera darse el caso que en el hospital el paciente haya sido atendido por personal, que aún siendo preparado, no es necesariamente médico.

CUADRO 8.11

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LOS 15 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE ATENCION RECIBIDA, POR NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	TOTAL	TIPO DE ATENCION RECIBIDA				NIÑOS	
		Médico	Hospital	Otros 1/	Ninguno	Casos	Distribución Porcentual
TOTAL	**100.0**	**15.5**	**10.1**	**7.4**	**67.0**	**914**	**100.0**
NIVEL DE EDUCACION							
Sin instrucción	100.0	10.5	6.3	11.6	71.6	190	20.8
Primaria	100.0	14.7	9.3	7.9	68.1	428	46.8
Secundaria	100.0	17.0	14.0	4.5	64.5	264	28.9
Superior	100.0	43.8	9.4	-	46.8	32	3.5
AREA							
Urbano	100.0	20.0	13.0	4.2	62.8	454	49.7
Rural	100.0	11.1	7.2	10.7	71.0	460	50.3
REGION NATURAL							
Area Metropolitana de Lima	100.0	18.5	13.0	4.9	63.6	162	17.7
Resto de Costa	100.0	22.1	14.6	2.5	60.8	199	21.8
Sierra	100.0	11.8	7.7	9.5	71.0	389	42.6
Selva	100.0	13.4	7.3	11.0	68.3	164	17.8

1/ Comprende curandero, farmacéutico o familiar

En el área urbana, los casos atendidos por médico o en hospital son casi el doble en comparación con los del área rural, debido presumiblemente a la mayor accesibilidad a dichos servicios, pues el niño del área rural que presente la misma gravedad podría ser llevado al médico u hospital si la madre tuviera la misma oportunidad de hacerlo.

Al margen de la mayor concentración de los servicios de salud en el área urbana, particularmente en el Area Metropolitana de Lima, conviene reflexionar sobre las elevadas frecuencias de los casos que requieren atención médica y hospitalaria. En conjunto en el Area Metropolitana de Lima, estos casos llegaron al 31%; en el Resto de la Costa al 37%; en la Sierra y Selva, fué alrededor del 20 por ciento. Si se parte del principio que ellos representan los casos de mayor severidad, se estaría frente a situaciones realmente alarmantes de escaso saneamiento del medio, teniendo en cuenta además, que la encuesta se realizó antes del verano, que es cuando se presentan las mayores frecuencias de males intestinales.

Las madres menos instruídas son también las que menos recurren al médico para resolver la enfermedad de sus hijos (10%), ya que son las que tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud. El mal de estos niños en su mayoría se resuelve domésticamente, pues en un 72% de los casos, la madre no consultó con nadie; hubo un 12% de niños cuyas madres consultaron con otras personas (farmacéutico, curandero, etc). Esta conducta contrasta con los niños cuyas madres tienen instrucción superior, ya que el

44% de ellas recurrieron a un médico y en 47% de los casos la madre lo resolvió por sí misma.

8.2 Tratamiento de la Diarrea Infantil

La ENDES también averiguó sobre el tratamiento adoptado más frecuentemente por las madres para tratar la diarrea de sus hijos.

Es claro que no todas las formas de diarrea son necesariamente severas ni causantes de aguda deshidratación en la niñez y su tratamiento puede ser en muchos casos el tradicional, que bien administrado, resulta cuando menos inofensivo con relación a algunos productos químicos que a veces pueden ser causantes de yatrogenias, y además resulta más económico.

Pero indudablemente que la medicación que administra la madre para tratar la diarrea de su hijo estará en relación con la consulta que haya hecho y con sus conocimientos previos. Así, si ella llevó al niño al médico u hospital, el tratamiento por lo general incluirá productos farmacéuticos.

Los datos que muestra el cuadro 8.12 revelan que la proporción de casos que usó medicamentos farmacéuticos supera a la proporción de casos consultados médica u hospitalariamente.

Tanto en el Resto de la Costa como en la Selva, es mayor el consumo de fármacos. Esto tendría su origen en que en zonas alejadas de las ciudades, dichas medicinas se expenden libremente en boticas y tiendas de abarrotes, siendo muy fácil su adquisición sin el requisito de una receta médica. Comúnmente basta con solicitar al vendedor, que en el mejor de los casos podría ser farmacéutico, un medicamento apropiado para el mal que detalla el com-

CUADRO 8.12

PERU: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE TUVIERON DIARREA EN LOS 15 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON, POR NIVEL DE EDUCACION Y REGION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	TOTAL	TIPO DE TRATAMIENTO					NIÑOS	
		Medicina	Remedio Casero	Medicina y Remedio Casero	Otro 1/	Ninguno	Casos	Distribución Porcentual
TOTAL	100.0	38.2	22.1	23.5	4.7	11.5	914	100.0
NIVEL DE EDUCACION								
Sin instrucción..	100.0	30.5	29.5	20.5	5.8	13.7	190	20.8
Primaria.....	100.0	38.5	22.2	23.4	2.6	13.3	428	46.8
Secundaria.....	100.0	41.6	18.6	24.6	7.6	7.6	264	28.9
Superior.....	100.0	59.3	6.3	25.0	3.1	6.3	32	3.5
REGION NATURAL								
Area Metropolitana de Lima....	100.0	29.6	25.9	29.1	4.9	10.5	162	17.7
Resto de Costa..	100.0	56.7	12.1	16.6	3.0	11.6	199	21.8
Sierra.....	100.0	28.3	30.3	24.2	6.4	10.8	389	42.6
Selva.....	100.0	49.4	11.0	23.2	2.4	14.0	164	17.9

1/ Comprende yerbas en general.

prador; dicha medicina podria ser tal vez un antibiótico o un quimioterápico.

Esto se confirma si se comparan los datos que muestra el cuadro 8.11, en el que se observan altos porcentajes de niños enfermos sin ninguna consulta, con los del cuadro 8.12 en el que se aprecia que el 62% (38.5 + 24.5) de los casos recibió medicamentos éticos y sólo el 11% no consumió nada.

Hay también una gran proporción de madres que recurren a los remedios caseros para curar la diarrea de sus hijos, principalmente en la Sierra donde se encontró que el 30% de niños enfermos fueron tratados exclusivamente con remedios caseros. En el Area Metropolitana de Lima, también hay una gran frecuencia de estos casos (26%), aunque es más común que las madres combinen el tratamiento con fármacos (29%) (cuadro 8.12).

En la Selva hay gran preferencia por fármacos (49%); el consumo de remedios caseros exclusivamente es mínimo (11%), pero hubo un 23% que optó por el tratamiento combinado.

El uso exclusivo de medicamentos farmacéuticos para los males diarreicos guarda relación con el nivel educativo de la madre; es menor en los niños cuyas madres son menos instruídas y aumenta progresivamente hasta alcanzar el 59% en las madres con instrucción superior.

En cambio, es inverso el uso exclusivo de remedios caseros pues es mayor en los hijos de madres sin instrucción (29%) y va disminuyendo conforme mejora el nivel educativo, siendo sólo de 6% en las madres con mejor nivel educativo.

Sin embargo, el tratamiento combinado (fármacos y remedios caseros) se incrementa conforme aumenta el nivel de instrucción, pero con escasas diferencias en todos los grupos.

8.3 Conocimiento y uso de sales rehidratantes orales

La deshidratación causada por la diarrea infantil puede ser controlada si el paciente recibe tratamiento adecuado y oportuno y se le administra los líquidos que compensen el desbalance hídrico.

Como una solución para evitar los numerosos casos de deshidratación infantil en nuestro medio, se introdujo hace más de 5 años las sales rehidratantes orales, llamadas "Bolsitas Salvadoras".

El cuadro 8.13 revela que existe un apreciable grado de conocimiento de las sales orales, pues a nivel nacional casi el 61% de las madres con hijos menores de 5 años estaba enterada de su existencia, aún cuando los niveles de conocimiento varíen en los diferentes estratos socio-económicos y regiones del país.

Cuanto mayor es el nivel educativo de la madre, más enterada está de las sales. Sólo una cuarta parte de las madres no instruídas sabe de ellas.

En las diferentes regiones naturales, la divulgación de este producto es alto en las madres que ostentan mayores niveles educativos. Las madres menos instruídas tienen diferente grado de conocimiento según la región donde residan; en la Sierra solamente el 12% de las madres sin instrucción está enterada de las sales, en cambio en el Area Metropolitana de Lima una mayoría (76%) tiene conocimiento de las mismas (cuadro 8.13).

CUADRO 8.13

PERU: PORCENTAJE DE MADRES QUE CONOCEN LAS SALES REHIDRATANTES ORALES ("BOLSITAS SALVADORAS") SEGUN NIVEL DE EDUCACION, POR AREA Y REGION DE RESIDENCIA.

ENDES 1986

LUGAR DE RESIDENCIA	TOTAL	NIVEL DE EDUCACION			
		Sin Instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
TOTAL	**61.5**	**24.4**	**51.0**	**87.6**	**93.4**
AREA					
Urbana	84.0	58.2	74.4	90.4	95.7
Rural	32.4	17.5	33.5	69.9	25.0
REGION NATURAL					
Area Metropolitana de Lima	92.4	76.5	86.7	95.3	96.2
Resto de Costa	78.0	46.4	73.0	89.9	95.8
Sierra	34.1	12.2	29.5	70.3	86.5
Selva	51.5	29.6	42.9	79.4	100.0

La ENDES muestra que las sales rehidratantes orales tienen poco uso, ya que en menos del 4% de los niños con diarrea se hizo uso de ellas (cuadro 8.14).

CUADRO 8.14

PERU: PORCENTAJE DE USO DE LAS SALES REHIDRATANTES ("BOLSITAS SALVADORAS") EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DIARREA EN LOS 15 DIAS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGUN NIVEL DE EDUCACION, AREA Y REGION DE RESIDENCIA DE LA MADRE.

ENDES 1986

CARACTERISTICAS DE LA MADRE	PORCENTAJE DE U S O
TOTAL	**3.6**
NIVEL DE EDUCACION	
Sin instrucción	4.2
Primaria	3.7
Secundaria	3.0
Superior	3.1
AREA	
Urbana	2.9
Rural	4.3
REGION NATURAL	
Area Metropolitana de Lima	3.7
Resto de Costa	4.0
Sierra	3.3
Selva	3.7

El empleo bajísimo de las sales orales es más o menos uniforme en el área urbana y en el rural; lo mismo ocurre en las diferentes regiones. En todo el territorio nacional se mantiene en escasos niveles de consumo. El nivel educativo tampoco influye en el consumo de dichas bolsitas (cuadro 8.14).

De los datos obtenidos puede concluirse que la difusión del conocimiento de las sales rehidratantes orales está bastante generalizado en el ámbito nacional; pero no guarda relación con su escaso consumo.

Puede haber contribuido a este mínimo consumo el hecho que la época de realizacón de la encuesta coincidió con la publicación de un lamentable accidente ocurrido en un centro asistencial limeño, donde fallecieron algunos niños deshidratados supuestamente a causa de la administración del producto. El accidente se atribuye a posibles defectos de la elaboración de las sales en los laboratorios de origen. También el bajo uso de las bolsitas podría obedecer a su retiro del

mercado depués del accidente pues las mujeres que dijeron conocerlos, al preguntárseles si habían oido de algún problema en cuanto a su uso, el 56% respondió negativamente, un 27% mencionó problemas relacionados con la muerte de niños, un 12% habló de contaminación de las sales y un 5% adujo otro tipo de problemas.

RESUMEN

Los niveles de atención materno infantil siempre han sido pobres en el Perú, lo que se comprueba cuando se hacen estudios sobre los cuidados pre-natales y atención del parto y la protección al recién nacido.

En las zonas más necesitadas se encuentran muy bajos niveles de protección antitétanica (apenas un 8% en el área rural); a nivel nacional, esta protección alcanza sólo el 16% de los nacimientos.

La ENDES encuentra que a nivel nacional, en el quinquenio que precedió a la encuesta, unicamente el 55% de las gestantes recibió cuidados profesionales (médico, obstetriz o enfermera) durante el embarazo y un porcentaje algo menor los tuvo en el parto. Estas cifras son aún mucho más bajas entre las madres más necesitadas de control: las de niveles socioeconómicos más pobres y las que residen en las regiones más deprimidas.

El estudio también encuentra que en gran parte del territorio nacional existe una clara asociación entre el escaso o nulo control gestacional y la precariedad en la atención del parto, particularmente en el ámbito rural. Según regiones naturales, esta vinculación es más frecuente en la Sierra y en la Selva.

En cuanto al programa de vacunaciones, los datos de la ENDES revelan un progreso en los niveles alcanzados en los últimos diez años, pues de la comparación de las encuestas ENAF (1977-78) y ENDES (1986), se encuentra un incremento en el porcentaje de niños menores de 5 años vacunados de 67% a 90 por ciento. A pesar de este evidente progreso, que sin duda se ha conseguido por la intensificación de las campañas de vacunación masiva, se encuentra también que la protección con las dosis completas en el caso de la vacuna DPT y contra la polio no llega a niveles óptimos como sería deseable; en ambos casos hay una deserción de casi el 30 por ciento. Así mismo, los niveles de protección más bajos, se dan en la vacunación con BCG y contra el sarampión.

En lo que concierne a la lactancia materna, es claro que las madres peruanas han optado por incrementar su práctica y prolongar su período de duración.

En lo que se refiere a la diarrea infantil, enfermedad muy asociada a las deficientes condiciones ambientales, la ENDES encuentra frecuencias muy altas en los niños menores de 5 años: 32% de ellos tuvo diarrea en los quince días previos a la entrevista. Como es de suponer, el porcentaje de niños con dicho mal, es más elevado en los estratos socio-económicos más bajos y en las regiones naturales de la Sierra y de la Selva.

Una elevada proporción de estos niños enfermos (25%) presumiblemente presentó las formas más severas del mal, ya que hubieron de ser llevados al hospital o ser atendidos por médico particular.

Aún cuando la frecuencia de diarrea infantil tiene cifras elevadas, el uso de sales rehidratantes orales para contrarrestar la deshidratación es mínimo (4%); lo que contrasta con el grado de conocimiento de las mismas por parte de las madres, pues una gran mayoría, a nivel nacional, está enterada de ellas.

En líneas generales se puede concluír que no obstante los avances que se vienen logrando en el mejoramiento de la salud materno-infantil, ésta aún refleja los niveles de probreza de gran parte de la población nacional. Los niveles de protección mediante vacunaciones y las campañas de difusión de la lactancia materna, en cambio, muestran avances positivos en el control de enfermedades transmisibles de la primera infancia y en la práctica y prolongación del período de amamantamiento del niño.

ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
Dirección General de Demografía

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

DHS / WESTINGHOUSE
ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR
HOJA MUESTRAL (DOC.01)

PARA USO DE OFICINA

A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

DPTO. : .....
PROV. : .....
DIST. : .....
CENTRO POBLADO :_____

B. IDENTIFICACION MUESTRAL

.DOMINIO Nº
.SELECCION Nº
.VIVIENDA Nº (LISTADO)
P=0 N°SUP

B.1 TIPO DE SUPLEMENTARIA

VIVIENDA 1
HOGAR 2

C. DIRECCION VIV. SELECCIONADA: _____

(O DESCRIPCION) : _____

D. DIRECCION VIV. REFERENCIA : _____

(O DESCRIPCION) : _____

E1. VERIFIQUE SI HAY OTRA(S) VIVIENDA(S) ENTRE LA VIVIENDA SELEC. Y LA DE REF.

NO ... [ ] SI ... [ ]---> (VEA MANUAL) E.2 ¿Cuántas? ..... [ ]

F. PREGUNTE A LA PERSONA QUE ENCUENTRE EN LA VIVIENDA SELECCIONADA :

F.1
¿Es esta la puerta principal de la vivienda?

SI ..... 1 (APLIQUE "REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR") NO ... 2 (DESPIDASE Y LLENE "G")

F.2 APLIQUE ESTA PGTA. DESPUES DE LLENAR EL "REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR"
¿Existe algún otro hogar aparte del suyo en el interior de su vivienda?

NO ... [ ] SI ... [ ]---> (VEA MANUAL) F.3 ¿Cuántos? ..... [ ]

G. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1	2	3	4	VISITA FINAL
FECHA					[ ][ ] [ ][ ] DIA MES
NOMBRE DE ENTREVISTADORA					
RESULTADO*					[ ][ ]
SGTE. VISITA. FECHA					Nº DE VISITAS [ ]
SGTE. VISITA. HORA					

*CODIGOS DE RESULTADOS:
1 Completa
2 Ausente
3 Aplazada
4 Rechazada
5 Desocupada
6 En construcción (no habitada)
7 No es vivienda
8 Puerta falsa
9 Otro _____ (Especificar)

H. DATOS DEL EQUIPO

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
FECHA	_____	_____	_____
CODIGO	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

124

REGISTRO DE MIEMBROS DEL HOGAR

Por favor deme los nombres de las personas que durmieron anoche en este hogar. a) Empiece por el nombre del jefe del hogar, luego el de su cónyuge, los hijos solteros comenzando por el mayor.
b) Ahora deme los nombres de los hijos casados, la conyuge e hijos solteros de éstos.
c) A continuacion deme los nombres de los otros familiares.
d) Finalmente deme los nombres de las otras personas que durmieron anoche aqui.

Nº DE ORDEN	1. NOMBRE DE LAS PERSONAS QUE DURMIERON ANOCHE EN EL HOGAR.	2. Relacion o parentesco con el Jefe del Hogar. Conyuge (2)	Hijo (a) (3)	Yerno o Nuera (4)	Nieto (a) (5)	Padres o Suegros (6)	Otro Pariente (7)	Domestico (a) (8)	Otro no Pariente (9)	3. SEXO Hombre (1)	Mujer (2)	4. EDAD ¿Que edad tiene (NOMBRE) Mien años cumplidos? PARA MENORES DE UN AÑO ANOTE "00" PARA 95 AÑOS Y MAS ANOTE "95"	5. ORFANDAD MATERNA 5A La madre de (NOMBRE) ¿Está viva o está muerta? VIVA (1) (PGTA. 6)	MUERTA (2)	NO SABE (3)	5B ¿En qué año falleció la madre de (NOMBRE)? SI ANTES DE 1901 ANOTE "00"	6. PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS ¿Cuál es el estado conyugal de (NOMBRE)? Convivientes (1)	Casado (a) (2)	Viudo (a) (3)	Separado (a) (4)	Divorciado (a) (5)	Soltero (a) (6)	7. A SI RESPONDIO "CASADA" O "CONVIVIENTE" ¿El conyuge de (NOMBRE) vive aqui? EN CASO AFIRMATIVO ANOTE Nº DE LINEA SI EL CONYUGE NO VIVE AQUI ANOTE "98"	7. MUJER ELEGIBLE CIRCULE Nº DE LINEA DE LAS MUJERES DE 15 A 50 AÑOS.	8. RESULTADO ENTREVISTA "REF". TRANSCRIBA CODIGO "RESULTA 80" CUEST INDIV.
01		1		J	E	F	E			1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		01	
02		2	3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		02	
03			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		03	
04			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		04	
05			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		05	
06			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		06	
07			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		07	
08			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		08	
09			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		09	
10			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		10	
11			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		11	
12			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		12	
13			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		13	
14			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		14	
15			3	4	5	6	7	8	9	1	2		1	2	3		1	2	3	4	5	6		15	

Para estar completamente segura, anoche durmieron aqui (...) personas.

1A. ¿Hay alguna otra persona como niños pequeños, empleados domésticos, amigos o invitados que durmieron aqui anoche, pero que no me haya dado su nombre?

NO ☐ (APLIQUE PGTAS. 2 Y SIGUIENTES PARA CADA PERSONA ANOTADA)

SI ☐ (REVISE LA LISTA Y REGISTRE LA INFORMACION, LUEGO HAGA PREGUNTAS 2 Y SIGUIENTES)

9. LUEGO QUE COMPLETE TODA LA INFORMACION DE PREGUNTAS 1 A 7 PARA CADA PERSONA, REGRESE A F2 (HOJA MUESTRAL)

TOTAL DE PERSONAS ... ☐

TOTAL MUJERES ELEGIBLES ..... ☐

TOTAL MUJERES ENTREVISTADAS ..... ☐

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
Dirección General de Demografía

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

DHS/WESTINGHOUSE

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR

CUESTIONARIO "A" (DOC. 02)

		P.O N°SUP	N°LIN MUJER
1			

1. VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1	2	3	4	VISITA FINAL
FECHA					DIA ___ MES ___
NOMBRE DE ENTREVISTADORA					
RESULTADO*					
RESGTE. VISITA FECHA					Nº DE VISITAS
RESGTE. VISITA HORA					

*CODIGOS DE RESULTADO:
1 Completa
2 Ausente
3 Aplazada
4 Rechazada
5 Respondida parcialmente
6 Otros _____ (Especificar)

IDIOMA DE LA ENTREVISTA: ESPAÑOL .... 1, QUECHUA .... 2, AYMARA ..... 3 — USO DE INTERPRETE: SI ..... 1, NO 2

2. DATOS DEL EQUIPO

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	DIGITADO POR
FECHA			
CODIGO			

ALMANAQUE 1986

ENERO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MARZO

D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAYO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JULIO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

SECCION 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
101	ANOTE EL NUMERO DE PERSONAS LISTADAS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR	NUMERO DE PERSONAS [ ][ ]	
101A	ANOTE EL NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS LISTADOS EN EL CUESTIONARIO DEL HOGAR.	NUMERO DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS ..... [ ][ ]	
102	ANOTE LA HORA DE COMIENZO	HORA ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ]	
103	Primero me gustaría hacerle unas preguntas acerca de Ud.y de su hogar Antes de que Ud. cumpliera 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo? ¿En el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO ..... 1 PUEBLO ..... 2 CIUDAD 3	
104	¿Cuánto tiempo ha vivido en ---------- ? (NOMBRE DEL CENTRO POBLADO DE ENTREVISTA)	SIEMPRE ..... 98 VISITANTE ..... 97 AÑOS ..... [ ][ ]	1 >106 2
105	¿Antes de llegar a vivir aquí, a (NOMBRE CENTRO POBLADO) ¿dónde vivió Ud.? ¿en el campo, en un pueblo o en una ciudad?	CAMPO ..... 1 PUEBLO ..... 2 CIUDAD 3	
106	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES ..... [ ][ ] AÑO ..... [ ][ ]	
107	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 106 CON 107, SI HAY INCONSISTENCIA INDAGUE Y CORRIJA. SI LA ENTREVISTADA NO SABE LA FECHA DE NACIMIENTO Y SU EDAD, INDAGUE Y AYUDELA A ESTIMAR SU EDAD, LUEGO ANOTELA EN EL SEGUNDO RECUADRO.	AÑOS CUMPLIDOS ..... [ ][ ] AÑOS CUMPLIDOS (ESTIMADOS) ..... [ ][ ]	
108	¿Alguna vez asistió Ud.a la escuela?	SI ..... 1 NO 2	->112
109	¿Cuál es el último año de estudios que aprobó?	TRANSICION ..... [0][ ] PRIMARIA ..... [1][ ] SECUNDARIA ..... [2][ ] SUPERIOR..... [3][ ]	1 >113 2

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
112	¿Puede, Ud. leer una carta o un periódico con facilidad, con dificultad o no puede hacerlo?	CON FACILIDAD ..... 1 CON DIFICULTAD ..... 2 NO PUEDE HACERLO 3	→114
113	¿Cuántos días a la semana lee Ud. un periódico?	DIAS ..... [ ] MENOS DE UNA VEZ ..... 96 NUNCA 97	
114	¿Cuántos días a la semana ve Ud. televisión?	DIAS ..... [ ] MENOS DE UNA VEZ ..... 96 NUNCA 97	
114A	¿Escucha Ud. radio todos los días?	SI ..... 1 NO 2	
115	¿Cuál es el tipo de servicio de agua para beber que utilizan los miembros de su hogar?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO ... 2 PILON ..... 3 POZO ..... 4 RIO, ACEQUIA ..... 5 MANANTIAL (PUQUIO) ..... 6 CAMION TANQUE, AGUATERO ..... 7 OTRO ---------- 8 (Especificar)	
115A	¿Y qué agua usan en su hogar para bañarse o lavar la ropa?	RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 1 RED PUBLICA FUERA DE LA VIVIENDA PERO DENTRO DEL EDIFICIO ..... 2 PILON ..... 3 POZO ..... 4 RIO, ACEQUIA ..... 5 MANANTIAL (PUQUIO) ..... 6 CAMION TANQUE, AGUATERO ..... 7 OTRO ---------- 8 (Especificar)	→116
115B	¿Cuánto tiempo se demora (le toma) en ir y volver para conseguir el agua?	MINUTOS ..... [ ][ ] 90 O MAS MINUTOS 99	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS				PASE A PREG.
				EXCL.	COM.	
116	¿Qué tipo de servicio higiénico tiene su vivienda? PARA EL SERVICIO DISPONIBLE: ¿Es de uso exclusivo de su hogar o de uso común?	INODORO	1	1	2	
		BOTADERO	2	1	2	
		EXCUSADO	3	1	2	
		POZO NEGRO O CIEGO ..	4	1	2	
		LETRINA	5	1	2	
		OTRO ---------- (Especificar)	8	1	2	
		NINGUNO	0			
116A	¿Tiene en este momento en su casa jabón para lavarse las manos?	SI	1			
		NO	2			
		NO SABE	8			
117	Tiene en su hogar: ¿Electricidad? ¿Radio? ¿Televisor? ¿Refrigeradora?			SI	NO	
		ELECTRICIDAD	1	1	2	
		RADIO	1	1	2	
		TELEVISOR	1	1	2	
		REFRIGERADORA	1	1	2	
118	Algún miembro de su hogar tiene: ¿bicicleta? ¿moto? ¿auto? ¿tractor? (SOLO EN AREA RURAL) ¿casa propia? ¿terrenos?			SI	NO	
		BICICLETA	1	1	2	
		MOTO	1	1	2	
		AUTO	1	1	2	
		TRACTOR	1	1	2	
		CASA PROPIA	1	1	2	
		TERRENOS	1	1	2	
119	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE: MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO	PARQUET O MADERA PULIDA	1			
		VINILICO O ASFALTICO	2			
		LOSETA	3			
		ENTABLADO DE MADERA	4			
		CEMENTO	5			
		TIERRA O ARENA	6			
		OTRO ---------- (Especificar)	7			
119A	OBSERVE, INDAGUE Y ANOTE : MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES	CONCRETO	1			
		LADRILLO	2			
		ADOBE	3			
		ESTERA	4			
		OTRO ---------- (Especificar)	5			

A

SECCION 2. REPRODUCCION

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
202	Ahora quisiera preguntarle acerca de todas las hijas e hijos nacidos vivos que Ud. haya tenido durante toda su vida; se refiere sólo a los hijos que Ud. ha dado a luz y no a los hijos adoptados o criados por ud. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI ..... 1 NO 2	→207
203	¿Tiene algún hijo o hija que esté viviendo con Ud?	SI ..... 1 NO 2	→205
204	¿Cuántos hijos varones viven con ud? ¿Cuántas hijas mujeres viven con ud? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS EN CASA ..... HIJAS EN CASA	
205	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo vivo que no esté viviendo con Ud.?	SI ..... 1 NO 2	→207
206	¿Cuántos hijos varones no viven con Ud? ¿Cuántas hijas mujeres no viven con Ud.? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS FUERA ..... HIJAS FUERA	
207	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo pero que falleció despues? INDAGUE: ¿Algún (otro) hijo o hija que nació vivo pero que solo vivió algunos minutos, horas o días?	SI ..... 1 NO 2	→209
208	¿Cuántos hijos varones han muerto? ¿Cuántas hijas mujeres han muerto? SI "NINGUNO" ANOTE 00	HIJOS MUERTOS ..... HIJAS MUERTAS	
209	SUME LAS RESPUESTAS DE 204, 206 Y 208 Y ANOTE EL TOTAL.	TOTAL	

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
210	Quisiera asegurarme que tengo la información correcta; Ud. ha tenido en total ..... hijos nacidos vivos durante toda su vida. ¿Es correcto? 31 [ ] SI [ ] NO (INDAGUE Y CORRIJA 204, 206, 208, ó 209)		
211	MARQUE LA CASILLA APROPIADA : UNO O MAS NACIDOS VIVOS [ ] NINGUN NACIDO VIVO [ ] (PASE A 225) Ahora quisiera hacer una lista completa de todos los nacidos vivos que Ud. ha tenido, estén vivos o muertos. Empecemos por el primero que tuvo. (ANOTE EN 215 LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS Y LUEGO PREGUNTE 216 A 221 SEGUN CORRESPONDA)		

A

215 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc., hijo) ANOTE NOMBRES EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	216 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 ¿(NOMBRE) está vivo?	218 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	219 SI FALLECIO ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI (DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A (DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	220 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	221 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) está viviendo con ud.?
0 1	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 2	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 3	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 4	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 5	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 6	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 7	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 8	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
0 9	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 0	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 1	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 2	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2

A

215 ¿Cuál es el nombre de su (primer, segundo, etc.) hijo? ANOTE NOMBRES EN LINEAS SEPARADAS Y UNALOS CON UNA LLAVE.	216 (NOMBRE) ¿Es hombre o mujer?	217 ¿(NOMBRE) está vivo?	218 ¿En qué mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	219 SI FALLECIÓ ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? ANOTE: DIAS, SI < DE 1 MES; MESES, SI DE 1 MES A < DE 2 AÑOS; Y AÑOS SI DE 2 AÑOS O MAS.	220 SI ESTA VIVO: ¿Qué edad tiene (NOMBRE) en años cumplidos?	221 SI ESTA VIVO ¿(NOMBRE) está viviendo con ud.?
1 3	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 4	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 5	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 6	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 7	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 8	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
1 9	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
2 0	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
2 1	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
2 2	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
2 3	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2
2 4	HOMBRE ... 1 MUJER 2	SI ..... 1 NO 2	MES ..... AÑO	DIAS ..... 1 MESES ..... 2 AÑOS 3	EDAD	SI ..... 1 NO 2

222 COMPARE 209 CON EL NUMERO DE NACIDOS VIVOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE:
NUMERO ES EL MISMO
NUMERO ES DIFERENTE → (INDAGUE Y CORRIJA INCONSISTENCIA. LUEGO PASE A 225)

134

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PBTA.
225	¿Está Ud. embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	>230
226	¿En qué mes de embarazo está?	MES ..... NO SABE 98	
226A	7 MESES O MAS (V) MENOS DE 7 MESES (PASE A 228)		
227	¿Durante el embarazo le han puesto a Ud. alguna inyección para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después del nacimiento?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	
228	¿Fué a consultar a alguien para controlar su embarazo?	SI ..... 1 NO 2	>232
229	¿A quién consultó? SI CONSULTO A MAS DE UNA PERSONA ANOTE A LA MAS CALIFICADA	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ, ENFERMERA ..... 2 SANITARIO ..... 3 PROMOTOR ..... 4 PARTERA O COMADRONA ..... 5 CURANDERO ..... 6 OTRO ---------- 7 (Especificar)	>232
230	¿Cuándo empezó su última regla?	HACE : DIAS .....1 SEMANAS .....2 MESES .....3 YA NO MENSTRUA ..... 995 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO . 996 NUNCA MENSTRUO 997	
232	ANOTE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS 1 2 ESPOSO ..... 1 2 OTROS HOMBRES ..... 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

SECCION 3. ANTICONCEPTIVOS

A

302. Ahora quisiera que conversáramos acerca de un tema diferente. Hay varios métodos que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo ¿Qué métodos conoce, Ud. o de cuáles ha escuchado hablar?
INDAGUE: ¿Algún otro?

CIRCULE EL CODIGO 1 EN 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

PARA CADA METODO NO MENCIONADO LEA SU NOMBRE Y DESCRIPCION Y PREGUNTE 303. CIRCULE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO CIRCULE EL CODIGO 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO QUE CORRESPONDA.

LUEGO PREGUNTE DE 304 A 307 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE (CODIGO 1) O RECONOCIDO (CODIGO 2).

METODO	303 ¿Conoce o ha escuchado Ud. hablar de este método? SI ESPONTANEO / SI RECONOCIDO / NO	304 ¿Ha usado Ud alguna vez o está usando (METODO)?	305 ¿Dónde iría para obtener (METODO)? (CODIGOS ABAJO)	307 ¿Ha oído de algún problema con el uso de (METODO)? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuál? (CODIGOS ABAJO)
PILDORA Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
DIU Las mujeres pueden hacerse colocar dentro de ellas un espiral, anillo, o una T de cobre, por un médico o una enfermera.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
INYECCION ANTICONCEPTIVA Las mujeres pueden hacerse poner una inyección que impide por varios meses que queden embarazadas.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
DIAFRAGMA, ESPUMA, JALEA Las mujeres pueden colocarse dentro de ellas un supositorio, crema, óvulo o diafragma, antes de tener relaciones sexuales.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
PRESERVATIVO Los hombres pueden usar un preservativo (jebe,condón) durante las relaciones sexuales.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
ESTERILIZACION FEMENINA (LIGADURA) Las mujeres pueden hacerse operar para evitar tener hijos.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
ESTERILIZACION MASCULINA Los hombres pueden hacerse operar para no tener hijos.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
RITMO (CALENDARIO) Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales los días del mes, en que la mujer tiene mayor posibilidad (riesgo) de quedar embarazada.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2	¿A dónde iría para recibir información acerca del ritmo?	
RETIRO Los hombres pueden ser cuidadosos durante el acto sexual y retirarse antes de terminar.	1 / 2 / 3	SI ..... 1 NO 2		
OTROS METODOS Las parejas pueden utilizar otros métodos o maneras diferentes a los anteriores para evitar un embarazo. ¿Conoce o ha escuchado hablar de algún otro método? SI RESPONDE "SI" ESPECIFICAR METODO 1 _____ 2 _____ 3 _____	3 1 / 2 1 / 2 1 / 2	SI ..... 1 NO ..... 2 SI ..... 1 NO ..... 2 SI ..... 1 NO 2	CODIGOS PARA 305: HOSPITAL CENTRO DE SALUD, PUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 01 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 02 CLINICA PRIVADA ..... 03 CONSULTORIO MEDICO, OBSTETRIZ ..... 04 FARMACIA ..... 05 PROMOTOR DE SALUD ... 06 O.P.V.*/..... 07 OTRO ..... 08 NO SABE 98	CODIGOS PARA 307: NINGUNO ..... 00 TEMOR, OLVIDO..... 01 DESAPROBACION ESPOSO.. 02 PREOCUPACION DE SALUD 03 ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD..... 04 COSTO MUY ALTO ..... 05 INEFECTIVO ..... 06 INTERFIERE CON SEXO .. 07 IRREVERSIBLE ..... 08 OTRO ..... 09 NO SABE 98

309 VEA 304 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:
HA USADO ALGUN METODO (AL MENOS UN SI) → SIGA CON 309
NO HA USADO NINGUN METODO (NI UN SI) → (PASE A 338)

*/ O.P.V.: ADIM; APROPO; APROSAMI; ATLF; CENPROF; FENDECAMP; INFAMED; INSTITUTO MARCELINO; ITH; PLANIFAM; PRO-FAMILIA; SMIBBA.

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
309	VEA 303 : CONOCE RITMO — NO CONOCE RITMO [ ] [ ] V (PASE A 313)		
310	¿Cuáles cree Ud. que son los días entre una regla y otra en que la mujer puede quedar más fácilmente embarazada? INDAGUE: ¿Cuáles son los días en que la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada?	DURANTE LA REGLA ..... 1 INMEDIATAMENTE DESPUES DE LA REGLA ..... 2 EN LA MITAD DEL TIEMPO ENTRE UNA REGLA Y OTRA ..... 3 JUSTAMENTE ANTES DEL COMIENZO DE LA REGLA ..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO ..... 5 INMEDIATAMENTE ANTES Y DESPUES..... 6 OTRO _____ 7 (Especificar) NO SABE 8	
311	VEA 304 : HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA) — NUNCA HA USADO RITMO (ABSTINENCIA PERIODICA) [ ] [ ] V (PASE A 313)		
312	La última vez que ha usado el ritmo, ¿cómo determinó en qué días no podía tener relaciones sexuales?	EN BASE : AL CALENDARIO ..... 1 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO ..... 2 A LA MUCOSIDAD CERVICAL(BILLINGS). 3 A LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y LA MUCOSIDAD..... 4 A CALENDARIO Y TEMPERATURA ..... 5 A CALENDARIO Y MUCOSIDAD ..... 6 OTRO _____ 7 (Especificar)	
312A	¿Dónde se enteró o quién le informó por primera vez acerca de (TIPO MENCIONADO EN 312)?	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 01 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 02 CLINICA PRIVADA ..... 03 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR, OBSTETRIZ ..... 04 O.P.V. ..... 05 PROMOTOR DE SALUD ..... 06 AMIGAS, VECINOS, FAMILIARES ..... 07 PERIODICOS, REVISTAS, LIBROS .... 08 OTRO _____ 09 (Especificar) NO RECUERDA 98	>313

137

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PREG.
312B	¿Le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 313	
312C	¿Donde le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 1 OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO ..... 2 CLINICAS PRIVADAS ..... 3 CONSULTORIO MEDICO PARTICULAR, OBSTETRIZ ..... 4 O.P.V. ..... 5 PROMOTOR DE SALUD ..... 6 OTRO _____ 7 (Especificar) NO SABE 8	
312D	¿En qué año le enseñaron a usar (TIPO MENCIONADO EN 312)?	AÑO ..... [ ][ ] NO SABE 98	
313	VEA 209 Y MARQUE TIENE HIJOS ☐ NO TIENE HIJOS ☐ ¿Cuántos hijos tenía Ud. cuando comenzó a usar el primer método para no quedar embarazada? SI "NINGUNO" ANOTE 00	NUMERO DE HIJOS ..... [ ][ ] ANOTE 00	
314	VEA 304 Y 225 ELLA O EL ESTERILIZADO ☐ → (PASE 319) ELLA Y EL NO ESTERILIZADOS ☐ EMBARAZADA ☐ → (PASE 319) NO EMBARAZADA ☐ → (PASE 316)		
315	¿En qué mes y año le hicieron a Ud. (a su esposo) la operación para no tener más hijos?	MES ..... [ ][ ] AÑO ..... [ ][ ]	
315A	¿Cuánto le costó la operación?	INTIS SOLES _____ [ ][ ][ ][ ] GRATIS ..... 9997 NO RECUERDA 9998	→ 320A

A

138

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
316	¿Actualmente está usando algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO 2	→319
317	¿Qué método está usando?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF,ESP,JAL)..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ (Especificar)	→320 →323
317A	¿Cuánto paga por: (METODO EN 317) -Caja o sobre (ciclo) de píldoras? -Colocación del (TIPO DIU)? -La inyección anticonceptiva (3 meses)? -La caja de (METODO VAGINAL)? -Sobre de preservativo (unidad)?	INTIS SOLES _____ GRATIS ..... 9997 NO SABE 9998	
318	VEA 317 : USA PILDORA O PRESERVATIVO → (PASE A 320) OTROS		
318A	MUESTRE LA LAMINA ADECUADA Y PREGUNTE : ¿Podría decirme cuál usa Ud.? ANOTE NUMERO ASIGNADO EN LAMINA	OTRO : _____ (Especificar)	→320
319	Durante los últimos 12 meses ¿obtuvo usted algún método o recibió consejo en un hospital, centro de salud, clínica,consultorio médico o de alguna persona, para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO 2	→322

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
320	¿Dónde obtuvo ese método o recibió consejo acerca de él, la última vez? USUARIAS DE ESTERILIZACION 320A ¿Dónde se realizó la operación?	- HOSPITAL, CENTRO DE SALUD O POSTA DEL MINISTERIO DE SALUD ..... 1 - OTRO HOSPITAL O INSTITUCION DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO..... 2 - CLINICA PRIVADA ..... 3 - CONSULTORIO MEDICO/OBSTETRIZ.. 4 - FARMACIA ..... 5 - PROMOTOR DE SALUD ..... 6 - O.P.V. ..... 7 - OTRO _____ 8 (Especificar) - NO SABE 9	>322
321	¿Hubo algo del servicio que recibió allí, que no le gustó? SI "SI", ¿Qué es lo que no le gustó?	NO ..... 1 DEMASIADA ESPERA ..... 2 DESCORTESIA ..... 3 CARO ..... 4 NO CONSIGUIO METODO O CONSEJO DESEADO ..... 5 OTRO _____ 6 (Especificar)	
322	VEA 225, 315, 316: NO EMBARAZADA / EMBARAZADA (PASE A 338) USA ACTUALMENTE / EL O ELLA ESTERILIZ. / NO USA (PASE A 324) / (PASE A 332)		
323	¿Por cuánto tiempo está usando (METODO ACTUAL) continuamente?	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ] DESDE ULTIMO PARTO 97	
324	¿Ha tenido o tiene usted algún problema con el uso del (METODO ACTUAL)?	SI ..... 1 NO 2	>326A

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PREG.
325	¿Cuál es el problema principal que ha tenido o tiene actualmente?	TEMOR, OLVIDO ..... 01 DESAPROBACION DEL ESPOSO ..... 02 PROBLEMA DE SALUD ..... 03 ACCESIBILIDAD/DISPONIBILIDAD... 04 COSTO MUY ALTO ..... 05 INEFECTIVIDAD..... 06 INTERFIERE CON SEXO ..... 07 OTRO _____ 08 (Especificar) NO SABE 98	
326A	ELLA O EL ESTERILIZADO ┌─┐ └─┘ (PASE A 328) OTRO ┌─┐ └─┘ v		
326B	¿Además de (METODO ACTUAL) usa ud. regularmente algún otro método?	SI ..... 1 NO ..... 2 -→328	
327	¿Qué método es ese?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF.ESP.JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ ┌─┬─┐ └─┴─┘ (Especificar)	
328	VEA 209, MARQUE SEGUN CORRESPONDA Y PREGUNTE : HA TENIDO HIJOS ┌─┐ └─┘ ¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo, alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo? NO HA TENIDO HIJOS ┌─┐ └─┘ ¿Alguna vez usó otro método diferente a (METODO ACTUAL), para evitar el embarazo?	SI ..... 1 NO ..... 2 -→342	

141

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
329	¿Qué método usó antes de (METODO ACTUAL)?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF,EGP,JAL) ..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ [ ][ ] (Especificar)	
330	¿Por cuánto tiempo usó (METODO EN 329) antes de dejar de usar)? por última vez? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES ..... [ ][ ] AÑOS ..... [ ][ ]	
330A	¿En qué mes y año comenzó a usar (METODO EN 329)?	MES ..... [ ][ ] AÑO ..... [ ][ ]	
331	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (METODO ANTERIOR AL METODO ACTUAL) en ese entonces?	METODO FALLO ..... 02 SEXO INFRECUENTE ..... 03 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACION DE SALUD ..... 05 METODO NO DISPONIBLE ..... 06 >342 COSTO MUY ALTO ..... 07 INTERFIERE CON SEXO ..... 08 CAMBIO DE METODO ..... 09 OTRO _____ 10 (Especificar) NO SABE 98	

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
332	VEA 209 Y MARQUE : ALGUN HIJO NACIDO VIVO [ ] V NINGUN HIJO NACIDO VIVO [ ] (PASE A 334)		
333	¿Desde el nacimiento de su último hijo nacido vivo ha usado algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 -->338	
334	¿Cuál fue el último método que usó?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF.ESP.JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO..... 05 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL ..... 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ (Especificar) [ ]	
335	¿Por cuánto tiempo uso (ULTIMO METODO) antes de dejar de usarlo por última vez? ANOTE MES Y AÑO	MES ..... [ ] AÑO ..... [ ]	

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
335A	¿En qué mes y año comenzó a usar (ULTIMO METODO)? ANOTE MES Y AÑO	MES ..... | | | AÑO ..... | | |	
337	¿Cuál fue la razon principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO)?	PARA EMBARARAZARSE..... 01 FALLA DE METODO..... 02 SEXO INFRECUENTE ..... 03 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 04 PREOCUPACIONES SALUD ..... 05 METODO NO DISPONIBLE ..... 06 COSTO MUY ALTO..... 07 INTERFIERE CON SEXO ..... 08 CAMBIO DE METODO ..... 09 OTRO _____ 10 (Especificar) NO SABE 98	
338	¿Tiene usted la intención de usar en el futuro algún método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	>342

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
339	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA ..... 01 DIU ..... 02 INYECCIONES ..... 03 VAGINALES (DIAF.ESP.JAL.) ..... 04 PRESERVATIVO ..... 05 ESTERILIZACION FEMENINA ..... 06 ESTERILIZACION MASCULINA ..... 07 CALENDARIO ..... 08 TEMPERATURA ..... 09 MUCOSIDAD CERVICAL . ..... 10 TEMPERATURA/MUCOSIDAD CERVICAL ..... 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ (Especificar) [ ][ ] NO ESTA SEGURA 98	
341	¿Tiene Ud. la intención de usar (METODO PREFERIDO) en los proximos 12 meses?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	
342	Algunas mujeres no quieren embarazarse y no usan ningún método ¿Por qué razón cree ud. que no usan ningún método anticonceptivo? PONGA UN CIRCULO EN TODOS LOS MOTIVOS MENCIONADOS INDAGUE : ¿Alguna otra razon?	FALTA DE CONOCIMIENTO ..... 1 OPOSICION ESPOSO O CONVIVIENTE. 1 DEMASIADO CARO ..... 1 PREOCUPACIONES DE SALUD..... 1 ACCESO DIFICIL A METODOS ..... 1 RELIGIOSAS ..... 1 OPOSICION A PLANIFICACION FAMIL. 1 FATALISTA ..... 1 OTRA GENTE SE OPONE ..... 1 INTERFIERE CON SEXO ..... 1 OTRO _____ (Especificar) 1 NO SABE 1	

145

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	C O D I G O S	PASE A PGTA.
342A	¿Ha escuchado alguna vez que las mujeres pueden dar de lactar (dar pecho) como una manera de no quedar embarazadas?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 343	
342B	VEA 209 Y MARQUE: ALGUN HIJO NACIDO VIVO: [ ] V NINGUN HIJO NACIDO VIVO: [ ] (PASE A 343)		
342C	¿Ha usado alguna vez este método o manera para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 343	
342D	VEA 308 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA HA USADO METODO: [ ] V NUNCA HA USADO: [ ] (PASE A 343)		
342E	¿En esa oportunidad usó al mismo tiempo otro método anticonceptivo?	SI ..... 1 NO 2	
343	¿Escuchó alguna vez, por radio o por televisión un mensaje sobre planificación familiar?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 345	
344	¿Lo escuchó una vez o más de una vez?	UNA ..... 1 MAS DE UNA 2	
345	¿Está Ud. de acuerdo que se pase información sobre planificación familiar en la radio o la televisión?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	

A

347 VEA 218,225 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:

HA TENIDO HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO 1981 O EMBARAZADA ACTUALMENTE [ ] → V

NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE [ ] (PASE A SECCION 5)

347A Ahora quisiera obtener más información sobre (su embarazo y) los hijos nacidos vivos que tuvo en los últimos cinco años.
MARQUE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO SI ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA Y ANOTE ADEMAS LOS NOMBRES DE LOS HIJOS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981. DESPUES MARQUE SI USO O NO ALGUNA VEZ UN METODO ANTICONCEPTIVO.

¿ ALGUNA VEZ USO UN METODO ...1 [ ] (PREGUNTE 348 A 354 PARA CADA COLUMNA)
VEA 308
¿ NUNCA USO UN METODO.....1 [ ] (PREGUNTE 354 PARA CADA COLUMNA)

PREGUNTAS Y FILTROS	VEA 225 Y EMBARAZADA ACTUALMENTE SI [ ] NO [ ]	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE _____	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE _____
348 Antes de que Ud. quedara embarazada de(NOMBRE),pero después del nacimiento de (NOMBRE DE ANTERIOR M.V.)DO VIVO) ¿se aunque sea por poco tiempo alguna método para no quedar embarazada?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) →	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) →	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) →	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) →	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 354) →
349 ¿Cuál fue el último método que uso en esa oportunidad?	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL .. 10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL .. 11 RETIRO ..... 12 OTRO _____ [ ] (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL...11 RETIRO .....12 OTRO _____ [ ] (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL...11 RETIRO .....12 OTRO _____ [ ] (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL...11 RETIRO .....12 OTRO _____ [ ] (especificar)	PILDORA ..... 1 DIU ..... 2 INYECCIONES ..... 3 METODOS VAGINALES ... 4 PRESERVATIVO ..... 5 ESTERILIZACION FEMEN. 6 ESTERILIZACION MASCU. 7 CALENDARIO ..... 8 TEMPERATURA ..... 9 MUCOSIDAD CERVICAL ..10 TEMPERATURA Y MUCOSIDAD CERVICAL...11 RETIRO .....12 OTRO _____ [ ] (especificar)
350 ¿Por cuánto tiempo estuvo usando (ULTIMO METODO) en esa oportunidad? ANOTE MESES Y AÑOS	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ]	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ]	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ]	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ]	MESES ..... [ ] AÑOS ..... [ ]
351 ¿Estaba usando (ULTIMO METODO) cuando quedó embarazada?	SI ..... 1 (PASE A 353A) → NO 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) → NO 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) → NO 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) → NO 2	SI ..... 1 (PASE A 353A) → NO 2
353 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (ULTIMO METODO) en esa oportunidad?	EMBARAZARSE..... 1 SEXO INFRECUENTE..... 3 OPOSICION ESPOSO..... 4 PREOCUPACION SALUD... 5 METODO NO DISPONIBLE. 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO _____ 10 (especificar) NO SABE 98	EMBARAZARSE..... 1 SEXO INFRECUENTE..... 3 OPOSICION ESPOSO .... 4 PREOCUPACION SALUD... 5 METODO NO DISPONIBLE. 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE..... 9 OTRO _____ 10 (especificar) NO SABE 98	EMBARAZARSE..... 1 SEXO INFRECUENTE..... 3 OPOSICION ESPOSO ... 4 PREOCUPACION SALUD... 5 METODO NO DISPONIBLE. 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO _____ 10 (especificar) NO SABE 98	EMBARAZARSE..... 1 SEXO INFRECUENTE..... 3 OPOSICION ESPOSO .... 4 PREOCUPACION SALUD... 5 METODO NO DISPONIBLE. 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO _____ 10 (especificar) NO SABE 98	EMBARAZARSE ..... 1 SEXO INFRECUENTE..... 3 OPOSICION ESPOSO .... 4 PREOCUPACION SALUD... 5 METODO NO DISPONIBLE. 6 COSTO MUY ALTO ..... 7 FATALISTA ..... 8 INCONVENIENTE ..... 9 OTRO _____ 10 (especificar) NO SABE 98
353A Me dijo Ud. que el último método que usó fue (METODO),¿usó otro antes de ese, entre (NOMBRE ULTIMO) y (ANTERIOR M.V.)? SI "NINGUNO" ANOTE 00	METODO ..... [ ] ANTERIOR	METODO ..... [ ] ANTERIOR	METODO ..... [ ] ANTERIOR	METODO ..... [ ] ANTERIOR	METODO ..... [ ] ANTERIOR
353B	"1" EN 353 [ ] → (SGTE.COL.) OTRO [ ] → V	"1" EN 353 [ ] → (SGTE.COL.) OTRO [ ] → V	"1" EN 353 [ ] → (SGTE.COL.) OTRO [ ] → V	"1" EN 353 [ ] → (SGTE.COL.) OTRO [ ] → V	"1" EN 353 [ ] → (PASE A 402) OTRO [ ] → V
354 Antes de quedar embarazada de(NOMBRE) ¿quería ud. tener un (OTRO) hijo entonces, quería esperar más tiempo o no quería más hijos nunca?	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE.COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE.COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE.COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE SGTE.COL.)	ENTONCES ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO MAS ..... 3 (PASE A 402)

SECCION 4. SALUD Y LACTANCIA MATERNA A

402 VER 217 Y 218 Y MARQUE SEGUN CORRESPONDA:

UNO O MAS NACIDOS VIVOS DESDE ENERO DE 1981 [ ] → V

ANOTE EN EL ENCABEZAMIENTO DEL CUADRO EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. COMIENCE CON EL ULTIMO NACIDO VIVO.

NINGUN HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981 [ ]

(PASE A SECCION 5)

PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE ---------- VIVO [ ] MUERTO [ ]	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE ---------- VIVO [ ] MUERTO [ ]	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE ---------- VIVO [ ] MUERTO [ ]	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE ---------- VIVO [ ] MUERTO [ ]
403¿Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) le colocaron a ud. alguna inyeccion para prevenir al bebe contra el tétano, es decir, para evitar que el niño tenga convulsiones después de haber nacido?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 8
404¿Durante el embarazo de (NOMBRE), se hizo controlar por ese embarazo? SI LA RESPUESTA ES "SI" INDAGUE Y ANOTE A LA PERSONA MAS CALIFICADA. ¿Quién le controlo por ese embarazo?	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLO 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLO 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLO 5	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 OTRO ..... 4 NO SE CONTROLO 5
405¿Quién le atendio en el parto de (NOMBRE)? SI ATENDIO MAS DE UNA PERSONA, ANOTE A LA MAS CALIFICADA.	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE 6	MEDICO ..... 1 OBSTETRIZ; ENFERMERA 2 AUXILIAR O PARTERA 3 FAMILIAR ..... 4 OTRO ..... 5 NADIE 6
406¿Dio de lactar (le dio pecho) alguna vez a (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410)	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE A 410)
SI ESTA VIVO, PREGUNTE: 407¿Todavia está lactando (dándole pecho) a (NOMBRE)?	SI ..... 1 (PASE A 410) NO ..... 2 NIÑO MURIO 3			
408¿Por cuantos meses dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE)?	MESES ..... [ ] HASTA QUE MURIO ... 97	MESES ..... [ ] HASTA QUE MURIO... 97	MESES ..... [ ] HASTA QUE MURIO ... 97	MESES ..... [ ] HASTA QUE MURIO ... 97
410¿A los cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvio la regla?	NO LE HA VUELTO ... 98 [ ] MESES	NO LE VOLVIO .... 98 [ ] MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO ..... 98 [ ] MESES (PASE A 412)	NO LE VOLVIO .....98 [ ] MESES (PASE A 412)
410A VER 225 NO EMBARAZADA [ ] → V EMBARAZADA [ ] (PASE A 412)				
411¿Ha vuelto a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI ..... 1 NO ..... 2 (PASE SGTE.COL.)			
412¿Cuantos meses después del nacimiento de (NOMBRE) volvio a tener relaciones sexuales?	[ ] MESES (PASE SGTE.COL.)	[ ] MESES (PASE SGTE.COL.)	[ ] MESES (PASE SGTE.COL.)	[ ] MESES (PASE A 413)
413 VEA 407 ESTA LACTANDO [ ] → V	NO ESTA LACTANDO [ ] (PASE A 419)			

148

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PREG.
414	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho) a (NOMBRE ULTIMO HIJO) ayer, durante las horas del día?	NUMERO DE VECES ..... [ ][ ] TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA 97	
415	¿Cuántas veces le dio de lactar (le dio pecho)a(NOMBRE ULTIMO HIJO) anoche (entre el anochecer y el amanecer)?	NUMERO DE VECES ..... [ ][ ] TANTAS VECES COMO EL NIÑO QUERIA 97	
416	¿En algún momento de ayer durante las horas del día o la noche le dio a (NOMBRE DEL ULTIMO HIJO) alguno de los siguientes alimentos? LEA LAS ALTERNATIVAS	SI NO ¿Agua natural? ..... 1 2 ¿Jugo? ..... 1 2 ¿Leche en polvo ? ..... 1 2 ¿Leche de vaca o de cabra? 1 2 ¿Algún otro líquido ? ... 1 2 _____ (Especificar) ¿Algún alimento sólido o molido ? 1 2	
417	VEA 416: DIO LIQUIDOS [ ] NO DIO LIQUIDOS [ ] V (PASE A 419)		
418	¿Algunos de estos alimentos fueron dados en una mamadera?	SI ..... 1 NO 2	

A

419 ESTE CUADRO DEBE SER EXACTAMENTE IGUAL AL ANTERIOR. TRANSCRIBA EL NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA HIJO NACIDO VIVO DESDE ENERO DE 1981. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS SOLO PARA LOS ACTUALMENTE VIVOS. COMENZANDO POR EL ULTIMO NACIDO VIVO.

PREGUNTAS Y FILTROS	ULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐ →	PENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐ →	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐ →	ANTERIOR NACIDO VIVO NOMBRE VIVO ☐ MUERTO ☐ (PASE A 429)
420 ¿Alguna vez le pusieron a (NOMBRE) una vacuna para prevenirle enfermedades?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE A 422A)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE A 422A)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE A 422A)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE A 422A)
421 ¿Tiene la tarjeta de control de vacunas de (NOMBRE)? SI RESPONDE "SI" ¿La puedo ver por favor?	SI, VISTO ..... 1 SI, NO VISTO ..... 2 [1] SIN TARJETA ..... 3 (PASE A 422A)	SI, VISTO ..... 1 SI, NO VISTO ..... 2 [1] SIN TARJETA ..... 3 (PASE A 422A)	SI, VISTO ..... 1 SI, NO VISTO ..... 2 [1] SIN TARJETA ..... 3 (PASE A 422A)	SI, VISTO ..... 1 SI, NO VISTO ..... 2 [1] SIN TARJETA ..... 3 (PASE A 422A)
422 ANOTE LAS FECHAS DE VACUNACIONES DE LA TARJETA DE SALUD	DIA MES AÑO NO	DIA MES AÑO NO	DIA MES AÑO NO	DIA MES AÑO NO
ANTITUBERCULOSA (BCG)	1	1	1	1
TRIPLE 1 (DPT1)	1	1	1	1
ANTIPOLIOMIELITICA 1 POLIO1	1	1	1	1
TRIPLE 2 (DPT2)	1	1	1	1
ANTIPOLIOMIELITICA 2 POLIO2	1	1	1	1
TRIPLE 3 (DPT3)	1	1	1	1
ANTIPOLIOMIELITICA 3 POLIO3	1	1	1	1
ANTISARAMPIONOSA SARAMPION	1	1	1	1
422A ¿(NOMBRE) tuvo diarrea en las últimas 24 horas?	SI ..... 1 (PASE A 424) NO 2	SI ..... 1 (PASE A 424) NO 2	SI ..... 1 (PASE A 424) NO 2	SI ..... 1 (PASE A 424) NO 2
423 ¿(NOMBRE) tuvo diarrea en los últimos 15 días?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE SGTE.COL.)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE SGTE.COL.)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE SGTE.COL.)	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8 [2] (PASE A 429)
424 ¿Llevó a (NOMBRE) a un médico o un hospital o clínica, para que le curen la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PREGUNTE ¿Donde lo (la) llevó?	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO 4	MEDICO ..... 1 HOSPITAL/CLINICA ..... 2 OTRO ..... 3 NO LO LLEVO 4
425 ¿Ud. u otra persona hicieron algo para tratar la diarrea? SI LA RESPUESTA ES "SI" PREGUNTE ¿Qué hizo (hicieron)	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA..... 1 OTRO ..... 1 [2] (Especificar) NADA ..... 1 [2] (PASE A 426)	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA..... 1 OTRO ..... 1 [2] (Especificar) NADA ..... 1 [2] (PASE A 426)	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA..... 1 OTRO ..... 1 [2] (Especificar) NADA ..... 1 [2] (PASE A 426)	REMEDIOS FARMACIA ..... 1 REMEDIOS CASEROS ..... 1 BOLSITA SALVADORA..... 1 OTRO ..... 1 [2] (Especificar) NADA ..... 1 [2] (PASE A 426)
425A ¿Qué remedio o qué cosa le dio? INDAGUE : ¿Le dio algo más?	TEXTUAL	TEXTUAL	TEXTUAL	TEXTUAL .....
426 ¿Siguió (sigue) dándole alimentos cuando ha estado con diarrea?	SI ..... 1 NO 2	SI ..... 1 NO ..... 2 [1] (SGTE. COL.)	SI ..... 1 NO ..... 2 [1] (SGTE. COL.)	SI ..... 1 NO ..... 2 [1] (PASE A 429)
427. (SOLO ULTIMO NV) VEA 407: TODAVIA LACTA ☐ OTRO ☐ → (SGTE.COL.)				
428 ¿Siguió (sigue) dándole de lactar cuando ha estado con diarrea?	SI ..... 1 NO ..... 2 [1] (SGTE. COL.)			

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
429	VEA 425 : MENCIONO BOLSITA OTROS [ ] [ ] (PASE A 431) V		
430	¿Ha oido hablar de la bolsita salvadora para los niños que tienen diarrea?	SI ..... 1 NO 2	 ->502
431	¿Ha oido de algún problema en el uso de la bolsita salvadora ? EN CASO AFIRMATIVO: ¿Cuáles?	TEXTUAL .... [ ][ ] NINGUNO 97	

157

SECCION 5. ESTADO CONYUGAL

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PREG.
502	¿Ha estado Ud. casada o conviviendo alguna vez?	SI ..... 1 NO ..... 2 → >519A	
503	¿Actualmente es Ud. conviviviente, casada, viuda, divorciada o separada?	CONVIVIENTE ..... 1 CASADA ..... 2 VIUDA ..... 3 DIVORCIADA ..... 4 SEPARADA 5	
508	¿Ha convivido o se ha casado más de una vez?	UNA SOLA VEZ ..... 1 MAS DE UNA VEZ 2	
509	¿En qué mes y año comenzó a vivir junto a su [primer] esposo [conviviente]?	MES ..... [ ][ ] NO SABE MES ..... 98 AÑO ..... [ ][ ] NO SABE AÑO 98	
510	¿Qué edad tenía Ud. cuando comenzó a vivir con él?	EDAD ..... [ ][ ]	
511	¿Están vivos el padre y la madre de Ud.?	SI NO PADRE ..... 1 2 MADRE 1 2	
512	¿Están vivos el padre y la madre de su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO NO SABE PADRE ..... 1 2 8 MADRE 1 2 8	
513	VEA 511 Y 512 : NO TODOS VIVEN O NO SABE → V TODOS VIVEN → (PASE A 516)		
514	¿Estaban vivos (MENCIONE A LOS PADRES FALLECIDOS) cuando Ud. empezó a vivir junto a su [primer] esposo (conviviente)?	SI NO PADRE DE MUJER ..... 1 2 MADRE DE MUJER ..... 1 2 PADRE (PRIMER) ESPOSO .. 1 2 MADRE (PRIMER) ESPOSO .. 1 2	
515	VEA 514 Y MARQUE ALGUN PADRE VIVO AL UNIRSE → V NINGUN PADRE VIVO AL UNIRSE → (PASE A 519)		

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
516	Cuando Ud.y su (primer) esposo (conviviente) empezaron a vivir juntos ¿vivieron con alguno de sus padres o suegros, por lo menos durante seis meses?	SI ..... 1 NO 2	→518
517	¿Por cuántos años más o menos vivieron junto con sus padres o suegros en ese tiempo?	AÑOS ..... [ ][ ] HASTA EL PRESENTE 97	→519
518	Actualmente ¿estáin) viviendo con alguno de sus padres o padres de su marido (actual)?	SI ..... 1 NO 2	
519	¿En cuántos pueblos o ciudades diferentes ha vivido Ud. desde que se casó (convivió) (por primera vez)?	NUMERO DE LOCALIDADES ..... [ ][ ]	→521
519A	Ahora quisiera hablarle con más detalle acerca de su vida sexual a fin de entender mejor la planificación familiar y la reproducción humana. VEA 211 , 225 Y 308 ALGUNA VEZ O ACTUALMENTE EMBARAZADA → (PASE A 521) NUNCA EMBARAZADA → NUNCA USO METODO → (PASE A 521) USO METODO →		
520	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO 2	→528
521	¿Qué edad tenia Ud. cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez?	EDAD ..... [ ][ ]	
522	¿Ha tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas?	SI ..... 1 NO 2	→528
523	¿Cuántas veces?	VECES ..... [ ][ ]	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
525	VEA : 225, 314, 316, 230 EMBARAZADA — NO EMBARAZADA (PASE A 528) USANDO — NO USANDO (PASE A 528) YA NO MENSTRUA O NUNCA MENSTRUO — OTRO (PASE A 528)		
526	Si Ud. quedara embarazada en las próximas semanar ¿Se sentiría contenta, no le importaría o se sentiría infeliz?	CONTENTA ..... 1 -->528 NO LE IMPORTARIA..... 2 INFELIZ ..... 3 NO SABE 8	
527	¿Cuál es la razón principal por la cual no está usando un método para evitar quedar embarazada?	SEXO INFRECUENTE ..... 1 ABSTINENCIA, POST-PARTO LACTANCIA ..... 2 MENOPAUSIA/SUBFERTIL ..... 3 DESCONOCIMIENTO DE FUENTE DE ABASTECIMIENTO ..... 4 ACCESO DIFICIL A METODOS ..... 5 MOTIVOS RELIGIOSOS ..... 6 ESPOSO SE OPONE ..... 7 PREOCUPACION POR SALUD ..... 8 FATALISTA ..... 9 CONTRARIA A PLANIFI.FAMILIAR .. 10 COSTO ..... 11 OTRO ---------- 12 (Especificar) NO SABE 98	
528	PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS EN ESTE MOMENTO	SI NO NIÑOS MENORES DE 10 ... 1 2 ESPOSO O CONVIVIENTE .. 1 2 OTROS HOMBRES ..... 1 2 OTRAS MUJERES 1 2	

A

SECCION 6. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
602	VEA : 304 Y 503 MARIDO ESTERILIZADO ☐ (PASE A 610) MUJER ESTERILIZADA ☐ (PASE A 608) OTROS CASOS ☐ ACTUALMENTE CASADA O CONVIVIENTE ☐ ↓ OTROS ESTADOS ☐ (PASE A 614)		
603	Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro.VEA 225. NO EMBARAZADA ☐ ¿Quisiera tener un [otro] hijo o preferiría no tener [más] hijos? EMBARAZADA ☐ ¿Después del hijo que está esperando, quisiera tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	QUIERE HIJO ..... 1 -+>606 NO QUIERE MAS HIJOS ..... 2 MENOPAUSICA (ESTERIL) ..... 3 -+>614 INDECISA O NO SABE ..... 8 -+>605	
604	¿Entonces ud. diría que está segura de no querer tener [más] hijos, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE NO MAS ..... 1 NO ESTA SEGURA ..... 2 >614	
605	¿Ud. se inclina más hacia tener un [otro] hijo o hacia no tener un [otro] hijo?	TENER UN (OTRO) HIJO..... 1 -+>607 NO TENER UN (OTRO) HIJO..... 2 INDECISA ..... 8 >614	
606	¿Entonces ud. diría que está segura de querer tener [otro] hijo, o no está segura?	DEFINITIVAMENTE MAS ..... 1 NO ESTA SEGURA 2	
607	¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un [otro] hijo?	MESES ..... 1 ☐☐ AÑOS ..... 2 ☐☐ >614 NO SABE 998	
607A	VEA : 204, 206 y 225 ALGUN HIJO SOBREVIVIENTE Y NO EMBARAZADA ACTUALMENTE ☐ ↓ NINGUN HIJO SOBREVIVIENTE O ACTUALMENTE EMBARAZADA ☐ (PASE A 614)		
607B	De quedar embarazada otra vez ¿Qué edad (cuantos años) le gustaría que tuviera en ese momento su hijo menor?	AÑOS DE EDAD ..... ☐☐ >614 NO SABE 98	

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
			A
§608	¿Su último hijo nació por operación cesárea?	SI ..... 1 NO ..... 2 SIN HIJOS 3	]>§610
§609	La operación para no tener más hijos ¿Se la hicieron al mismo tiempo que la cesárea?	SI ..... 1 NO 2	
§610	¿Ud. lamenta que [su esposo] haya sido operada [operado] para no tener más hijos.?	SI ..... 1 NO 2	>§614
§611	¿Por qué lo lamenta?	QUISIERA OTRO HIJO ..... 1 FALTA DE SEXUALIDAD ..... 2 PROBLEMAS DE SALUD ..... 3 OTRO _____ 4 (Especificar)	
§614	VEA 211: SIN HIJOS Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían? TIENE HIJOS Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿cuántos serían? ANOTE NUMERO, RANGO U OTRA RESPUESTA	NUMERO ..... [ ][ ] RANGO : ENTRE ---------- Y ------- OTRA RESPUESTA ---------- (Especificar)	

A

SECCION 7. ANTECEDENTES DEL CONYUGE Y TRABAJO DE LA MUJER

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
702	VEA 302 Y MARQUE : ALGUNA VEZ CASADA O CONVIVIENTE: V SOLTERA: (PASE A 716) PREGUNTE SOBRE EL ESPOSO O CONVIVIENTE ACTUAL O ULTIMO.		
703	Ahora me gustaria hacerle unas preguntas sobre su actual [ultimo] esposo [conviviente] ¿Alguna vez su esposo [conviviente] asistió a la escuela?	SI ..... 1 NO ..... 2 →706	
704	¿Cuál es el último año de estudios que él aprobó?	TRANSICION ..... 0 PRIMARIA ..... 1 SECUNDARIA ..... 2 SUPERIOR ..... 3 NO SABE 98	→707
706	¿Puede [podia] él leer una carta o periódico con facilidad, con dificultad o no puede [podia] hacerlo?	CON FACILIDAD ..... 1 CON DIFICULTAD ..... 2 NO PUEDE (PODIA) HACERLO 3	
707	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña [ñó] principalmente él? INDAGUE: ¿Qué cosas hace [hacia], qué tareas realiza [ba] él principalmente en su trabajo?	.... NO TRABAJA (BA) .....00 →712	
708	MARQUE : NO TRABAJA (NO TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS: V TRABAJA (TRABAJO) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS: (PASE A 710)		
709	¿Gana [ganaba] él un sueldo o salario regularmente?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE..... 9	→712
710	¿Trabaja [trabajó] él principalmente, en sus propias tierras , en tierras de sus familiares, o en tierras de otros?	TIERRA SUYA O DE FAMILIARES .... 1 TIERRA DE OTROS 2	→712

157

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
711	¿Trabaja (trabajó) él,principalmente por dinero o trabaja (trabajó) por una parte de las cosechas?	DINERO ..... 1 PARTE DE LAS COSECHAS ..... 2 AMBOS ..... 3 OTRO 4	
712	Ahora quisiera que me contara sobre los trabajos que ud. ha tenido. Antes que se uniera con su (primer) esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó usted para ganar dinero?	SI ..... 1 NO..... 2	→714
713	En esa época ¿la mayor parte de lo que ganaba fué para Ud. misma o lo daba a su familia?	ELLA MISMA ..... 1 SU FAMILIA 2	
714	¿Después que se unió con su (primer) esposo (conviviente) ¿alguna vez trabajó Ud. para ganar dinero?	SI ..... 1 NO 2	→718A
716	¿Alguna vez ha trabajado Ud. para ganar dinero ?	SI ..... 1 NO 2	→718C
717	¿De lo que ha ganado, la mayor parte ha sido para usted misma o para su familia?	ELLA MISMA ..... 1 SU FAMILIA 2	
718A	Ahora hablaremos sobre su trabajo actual: En los últimos 7 días,¿trabajó Ud?	SI ..... 1 NO 2	→719
718B	En los últimos 7 días aunque Ud. no trabajó ¿Tenía trabajo? INDAGUE : ¿No trabajó porque estaba Ud. de vacaciones, de licencia por enfermedad o maternidad, o por alguna otra razón?	SI ..... 1 NO 2	→719
718C	¿Tuvo Ud.algún cachuelo en los últimos 7 días?	SI ..... 1 NO 2	→719
718D	En los últimos 7 días,¿trabajó o ayudó Ud. en un negocio propio o de un familiar? PARA AREA RURAL: En los últimos 7 días,¿trabajó o ayudó Ud. en una chacra o granja propia o de un familiar?	SI ..... 1 NO 2	→724

A

Nº	PREGUNTAS Y FILTROS	CODIGOS	PASE A PGTA.
719	Por el trabajo que Ud. realiza ¿Le pagan en dinero, en especies, en dinero y en especies, o no le pagan?	EN DINERO ..... 1 EN ESPECIES ..... 2 EN DINERO Y EN ESPECIES ..... 3 SIN PAGO 4	
720	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeña Ud.? INDAGUE: ¿Qué cosas hace, qué tareas realiza Ud.principalmente en su trabajo?	..... [ ][ ]	
721	En su ocupación Ud. es ..... LEA LAS ALTERNATIVAS	¿Trabajadora por cuenta propia? ..... 1 ¿Patrona o empleadora? ..... 2 ¿Empleada del gobierno? ..... 3 ¿Empleada particular? ..... 4 ¿Obrera? ..... 5 ¿Empleada del hogar? ..... 6 ¿Trabajadora familiar?..... 7	→723 →723
722	¿A qué se dedica principalmente la empresa, institución o negocio en el que Ud. realiza su trabajo?	..... [ ][ ]	
723	¿Cuántas horas a la semana trabaja Ud. generalmente?	HORAS ..... [ ][ ] 90 O MAS HORAS 90	→725
724	Ud. no trabajó durante la semana pasada, pero ¿trabajó durante los últimos 12 meses?	SI ..... 1 NO 2	
725	ANOTE LA HORA DE TERMINO	HORA ..... [ ][ ] MINUTOS ..... [ ][ ]	

159

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADORA

A

RESPECTO A LA PERSONA ENTREVISTADA : ----------

RESPECTO A LAS PREGUNTAS : ----------

OTROS ASPECTOS : ----------

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA

OBSERVACIONES DE CRITICA Y ENTRADA DE DATOS

PARTICIPANTES

REVISION FINAL DEL INFORME GENERAL:

Ulises Robles Freyre

DIRECTORES DE LA ENCUESTA:

Directora:
Yolanda Céspedes Ascensio
Sub-directora:
Flor Suarez Rodríguez

ASESORES:

Martin Vaessen
Enrique Carrasco
Albert Marckwardt
Noreen Goldman
Carlos Thomas
Víctor Canales

PREPARACION DE INFORME GENERAL:

Yolanda Céspedes Ascencio
Flor Suarez Rodríguez
Albert Marckwardt
Alberto Padilla Trejo

Dibujos y Montaje:
Raúl Díaz
Marco Antonio Sequera

Secretaria:
María del Carmen Simón Turriate

TRABAJO DE CAMPO:

Supervisión Especial:
Dina Li Suarez
Jorge Reyes Moyano
Gloria Loza Martínez
Luisa Kanashiro Yamasato
Delicia Ferrando (encuesta piloto)

Jefe de Operaciones de Campo:
Otto Orellana Dueñas

Técnico de Encuestas:
Oscar Vega Farías

Asistente de Muestreo:
Waldo Molina

Supervisoras:
Ada Baldeón Ríos
Melva Bernales Meza
Gloria Berrocal Tito
Lucía Collantes Correa
Elva Huamán Yalle
Ruth Manrique Sánchez
Rosa Mesías Maraví
Yovani Pineda Ríos
Rosario Rodríguez F.
Ana Salvador Ricra
Nélida Solórzano J.
Teresa Tapia Paredes

Entrevistadoras:
Graciela Acosta Sánchez
Mary Almeida Bellido
Gloria Barboza Montes
Betty Barraza de la Cruz
María Caballero Alvarado
Susana Calderón Mori
Rosario Carpio Avila
María Changana Bazalar
Guadalupe Chong Rodríguez
María Córdova Zevallos
Gina Cornelio Fuster
Gladys Cruz Reyes
Violeta Espinoza Oscanoa
Sandra Fernández Cáceres
Rina Fernández Collado
Prisca Fernández Guerra
Maryluz Galarza Cardenas
Laura Huamán Saavedra
Lucy Huarcaya Trillo
María Landeo Espinoza
Ruth Lurita Carpio
Elisa Manrique Valverde
Elsa Medina Rimarachín
Magdalena Medina Rimarachín
Carmen Montalvo Solís
Virginia Orellana Dueñas
Regina Peña Luna
Liliana Quintana de la Cruz
Iris Rivas Mogollón
Rosa Samamé Barrantes
Ana Taipe Bedriñana
Ana Valdivia Arce
Yolanda Valentín Nina
Flor Valladares Feijoo
Elizabet Vásquez Blas
Deifilia Vásquez Salas

Felesmira Vilca Landauro
Nancy Villegas Molina

PROCESAMIENTO DE DATOS:

Jefa: Marlene Benavides

Asistente: Janet Flores

Codificadora:
María Polo Puelles

Digitadoras:
Isabel Atúncar Neira
Zinia Caja Canales
Blanca Cornelio Fuster
Rosa Delgado Castañeda
Cecilia Escalante Pérez
Gloria Pasache Vidal
Myrna Quintana Zapata
Ethel Zubia Aguilar

Auxiliares de digitación:
Nelly Santa María
Emilia Blas Alcántara