

**NACIONES UNIDAS – CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
UNITED NATIONS – LATIN AMERICAN DEMOGRAPHIC CENTRE**

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.243
Serie OI, Nº107
Marzo 1996



**FECUNDIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL PERÚ***

CELADE

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.243
Serie OI, N°107
Marzo 1996

CELADE
Centro Latinoamericano de Demografía

FECUNDIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL PERÚ*

* Documento elaborado por las consultoras Sras. Susana Schkolnik y Delicia Ferrado, en el marco del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud de Perú. El trabajo forma parte del apoyo que el Convenio Regional BID/CELADE (ATN/TF-4098-RG) presta al programa de Fortalecimiento a la elaboración de los insumos demográficos para el *Diagnóstico de Salud*. Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

	Páginas
Introducción	1
I. Transición de la fecundidad: Tendencias pasadas, situación actual y perspectivas futuras	3
1. Tendencia de la fecundidad	3
2. La fecundidad por edades	6
3. Algunas consecuencias del descenso de la fecundidad	7
3.1. Evolución del número de nacimientos	7
3.2. Estructura por edades de la población	11
3.3. El descenso de la fecundidad y la mortalidad infantil	13
4. Conclusiones	17
II. Desigualdades en el comportamiento reproductivo	19
1. Desigualdad geográfica de la fecundidad	19
1.1. Fecundidad urbano-rural	19
1.2. Regiones naturales y departamentos	19
2. Diferenciales por educación, ocupación y estratos sociales	24
3. Conclusiones	27
III. Determinantes Próximos de los cambios en la fecundidad ...	29
1. Diferenciales de los determinantes próximos de la fecundidad	29
2. Tendencias de las Variables próximas entre 1986 y 1991	31
3. Conclusiones	34
IV. Planificación familiar	
1. Conocimiento de métodos anticonceptivos	34
2. Usos de métodos anticonceptivos	34
3. Diferenciales en el uso de anticonceptivos	39
4. Fecundidad deseada y demanda insatisfecha de planificación familiar	41
5. Conclusiones	45

V. Embarazo y fecundidad adolescente	47
1. Niveles y tendencias de la fecundidad adolescente	47
1.1. Madres de 12 y 14 años	47
1.1.a) Diferenciales de fecundidad de 12 a 14 años	49
1.1.b) Estado Conyugal de las madres de 12 a 14 años	51
1.2. Madres de 15 a 19 años	52
1.2.a) Diferenciales de fecundidad adolescentes por áreas y regiones naturales	54
1.2.b) Diferenciales de la fecundidad adolescente por nivel educativo	57
1.2.c) Estado conyugal de las madres de 15 a 19 años	58
2. Identificación de poblaciones en riesgos	
3. Factores asociados a la maternidad precoz	59
3.1. Nupcialidad e inicio de relaciones sexuales	61
3.2. Condiciones en las que se producen las relaciones sexuales. Uso de anticonceptivos	64
4. Problemas de la fecundidad adolescentes	65
4.1. En la salud de las madres	65
4.2. En sus hijos	66
4.3. En sus expectativas de desarrollo individual: educación, ingresos, empleo	67
5. Conclusiones	68
Anexo	70
VI. Problemas de salud reproductiva	77
1. Atención en salud reproductiva	77
1.1. Total de Mujeres en edad fértil. Infertilidad y Menopausia	77
1.2. Control Pre-natal y Atención del parto	79
2. Enfermedades de transmisión sexual	82
3. EL aborto inducido	85
3.1. Contexto socio-demográfico	85

4. Mortalidad materna	94
4.1. Nivel de mortalidad materna	94
4.2. Causas	96
5. Conclusiones	97
Anexo	99
Bibliografía	100

INTRODUCCION

El presente documento forma parte de los insumos demográficos para el "Análisis de la Situación de Salud" incluido en el programa "Fortalecimiento de los servicios de salud en Perú" y cuya finalidad es la de contribuir al fortalecimiento de estos servicios a través del impulso a "la reforma sectorial y preparación de planes de inversión orientados a la mejora de la calidad y cantidad de los servicios de salud, principalmente a los estratos de menores ingresos" (BID/CELADE, 1994). Este estudio, que abarca los temas de fecundidad, planificación familiar y salud reproductiva, completará los insumos demográficos aportados por los estudios sobre las tendencias demográficas generales y de la mortalidad y sobre la distribución espacial de la población, factores ambientales y condiciones de salud.

En este trabajo se abarca la temática de salud reproductiva en un sentido amplio, de acuerdo con la definición aprobada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual "SALUD REPRODUCTIVA es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relativos al sistema reproductivo y sus funciones y procesos". Salud reproductiva, en consecuencia, implica que las personas son capaces de tener una vida sexual y reproductiva satisfactoria y segura, y libertad de decisión acerca de las formas en que la llevan a cabo. Implícito en esta última condición se encuentran los derechos de hombres y mujeres de estar informados y poder obtener métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos y económicamente accesibles, así como de acceder a servicios de salud que permitan que las mujeres tengan embarazos y partos seguros e hijos saludables. En consecuencia, el concepto de salud reproductiva no se refiere solamente a los aspectos sanitarios propiamente dichos, sino que también incluye aspectos relativos a las condiciones de vida y características de las personas, que pueden ser causa de enfermedades o muerte.

Es reconocida la estrecha relación entre el comportamiento demográfico de una población, fundamentalmente vinculado al ciclo vital de los individuos, y las condiciones de salud imperantes, entendiendo por ésta la prevalencia de enfermedades y causas de muerte, cobertura de salud, acceso a los servicios, disponibilidad y uso de tecnologías médicas y sanitarias en general.

Las variables demográficas se han visto modificadas favorablemente por los cambios en el estado de salud y nutrición de la población y por la difusión del progreso de la medicina mientras que, inversamente, la salud de las personas ha mejorado, entre otros factores, por cambios en las conductas asociadas a la reproducción (nupcialidad, procreación, planificación familiar, atención en el parto) y a los patrones de migración y distribución territorial de las personas. Inversamente, los cambios en los patrones de reproducción tienen un impacto en la salud de las mujeres y sus hijos y, en la medida en que éstos son favorables, contribuyen en forma indirecta a disminuir la demanda de atención curativa de salud.

Asimismo, los datos sobre aspectos demográficos de la población son insumos para la planificación del sector salud y sus diferentes instancias de programación. La información

demográfica permite identificar, a partir de ciertos criterios, la magnitud de las poblaciones expuestas a diferentes riesgos, su evolución futura y proporcionar información sobre algunas características de estos grupos. Esto puede facilitar el establecimiento de metas cuantificables, la selección de los instrumentos más adecuados y la evaluación de los resultados de programas y acciones médicas en general.

En este marco, a la vez que describir y analizar los cambios demográficos asociados al proceso reproductivo e interpretar el papel de las principales variables que puedan haber contribuido a dichos cambios, se dará atención especial a la identificación de problemas y grupos específicos de población que, por su posición económica y social puedan ser caracterizados como grupos de alto riesgo.

En la primera sección del documento se analizan las tendencias de la fecundidad total y por edades y se destacan algunas consecuencias de su descenso sobre el número de nacimientos y la estructura por edades de la población así como sobre el descenso de la mortalidad infantil.

La sección segunda hace referencia a las desigualdades que se observan en el comportamiento reproductivo según diferentes agrupaciones geográficas y factores socioeconómicos mientras que en la tercera sección se examina la influencia de los determinantes próximos más importantes de la fecundidad. En la sección cuarta, por su parte, se desarrollan aspectos relacionados con las prácticas anticonceptivas, tales como el conocimiento y uso de los métodos, las preferencias de las mujeres en cuanto al número de hijos que desean tener y la demanda insatisfecha de planificación familiar.

En la sección quinta se desarrolla el tema del embarazo y la fecundidad adolescente. En esta sección se analizan niveles y tendencias de la fecundidad entre las mujeres menores de 20 años, diferenciales por áreas geográficas, educación y estado conyugal, apuntando a la identificación de grupos de riesgo y a los factores asociados a la maternidad precoz, así como a sus consecuencias sobre la salud de las madres y sus hijos y sobre sus perspectivas educacionales e inserción laboral. Finalmente, la sección sexta aborda los temas de la atención de salud para las mujeres en edad reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, características y estimaciones del aborto inducido y mortalidad materna.

I. TRANSICION DE LA FECUNDIDAD: TENDENCIAS PASADAS, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

1. Tendencias de la fecundidad

Desde mediados de este siglo, América Latina ha sido escenario de cambios que han transformado el perfil poblacional de sus países y, por ende, las características de los grupos que demandan diferentes tipos de atención y servicios de salud. Estos cambios se refieren al proceso de transición demográfica, que implica el paso de un esquema de alta fecundidad y mortalidad con bajas tasas de crecimiento de la población a otro de bajas tasas demográficas y también bajo crecimiento poblacional. Debido a la diferente temporalidad de los cambios en las variables demográficas, sin embargo, durante este proceso se produce un incremento del crecimiento de la población, el que recién comienza a mitigarse con el descenso más acentuado de la fecundidad.

En consonancia con las tendencias latinoamericanas, el Perú también ha sido partícipe de este proceso. Estudios sobre la realidad poblacional de este país señalan que, en la actualidad, ya se habría superado tanto la etapa inicial como la segunda etapa de la transición demográfica. La primera, que abarcaría hasta 1940, "se caracteriza por la vigencia de niveles altos de natalidad y de mortalidad que dan lugar a tasas de crecimiento no solo bajas sino también oscilantes, derivadas de los reiterados aumentos de la mortalidad producidos por guerras, epidemias, cataclismos, hambrunas y acontecimientos de gravitación similar" (Ferrando, 1990). En relación con este período, diversos trabajos han estimado que, entre 1876 y 1940 la tasa global de fecundidad fue, en promedio, de 5.8 hijos por mujer (Ferrando y Aramburú, 1992).

La segunda etapa, que se extiende desde 1940 hasta la segunda mitad de la década de los 60 se halla, a su vez, caracterizada por "el descenso gradual de la mortalidad y la persistencia de un nivel elevado y cada vez mayor de la fecundidad (con) un incremento moderado pero constante de la tasa de crecimiento, que llegó a alcanzar un nivel extremadamente alto de cerca de 3%" hacia el quinquenio 1960-65 (Ferrando, 1990). En efecto, entre 1940 y 1950 la fecundidad habría aumentado, en promedio, en 1 hijo por mujer y, a partir de entonces y hasta 1965, la tasa global de fecundidad se mantuvo en 6.9 hijos por mujer (**Cuadro 1**).

Finalmente, desde mediados de la década de los 60 el país habría ingresado a la tercera etapa de la transición demográfica, cuyo inicio se caracterizó por el descenso de la tasa de fecundidad. Dentro de esta etapa, los primeros diez años (1965-1975) fueron de un descenso muy moderado de la fecundidad, que hizo que la tasa de crecimiento de la población se mantuviera alrededor de un 2.8%, pero ya a partir de 1975 se observó un descenso más importante, llegándose en el quinquenio 1990-1995 a una tasa global de fecundidad de 3.4 hijos por mujer y a un crecimiento medio anual de la población de 1.7% (**Gráfico 1**).

Cuadro 1

Perú: Tasa global de fecundidad total y por edades, 1950-2025

Años	Tasa global de fecundidad	Tasas de fecundidad por edades (por mil)						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1950-55	6.85	129.9	282.9	317.3	277.5	204.7	113.0	45.3
1955-60	6.85	129.9	282.9	317.3	277.5	204.7	113.0	45.3
1960-65	6.85	129.9	282.9	317.3	277.5	204.7	113.0	45.3
1965-70	6.56	102.3	265.0	303.1	279.5	215.2	103.6	43.3
1970-75	6.00	86.3	246.7	292.2	265.8	201.2	88.6	19.1
1975-80	5.38	92.5	238.3	265.2	220.0	173.8	69.6	16.2
1980-85	4.65	74.1	204.4	224.6	191.3	145.8	73.1	16.6
1985-90	4.00	68.4	184.1	195.9	161.8	119.5	57.8	12.4
1990-95	3.43	62.8	164.9	169.9	136.1	97.5	45.4	9.3
1995-00	2.98	57.5	148.0	148.7	116.3	81.3	36.9	7.3
2000-05	2.64	53.0	134.3	132.3	101.7	69.8	31.0	5.9
2005-10	2.41	49.7	124.5	121.1	92.0	62.4	27.3	5.1
2010-15	2.26	47.4	117.9	113.7	85.7	57.7	25.0	4.6
2015-20	2.16	45.8	113.4	108.8	81.6	54.6	23.5	4.3
2020-25	2.10	44.8	110.7	105.8	79.1	52.8	22.7	4.1
Porcentaje de descenso entre 1965-70 y 1990-95								
	47.7	38.6	37.8	43.9	51.3	54.7	56.2	78.5
Porcentaje de descenso entre 1990-95 y 2020-25								
	38.8	28.7	32.9	37.7	41.9	45.8	50.0	55.9

Fuente: INEI, UNFPA, CELADE, 1995.

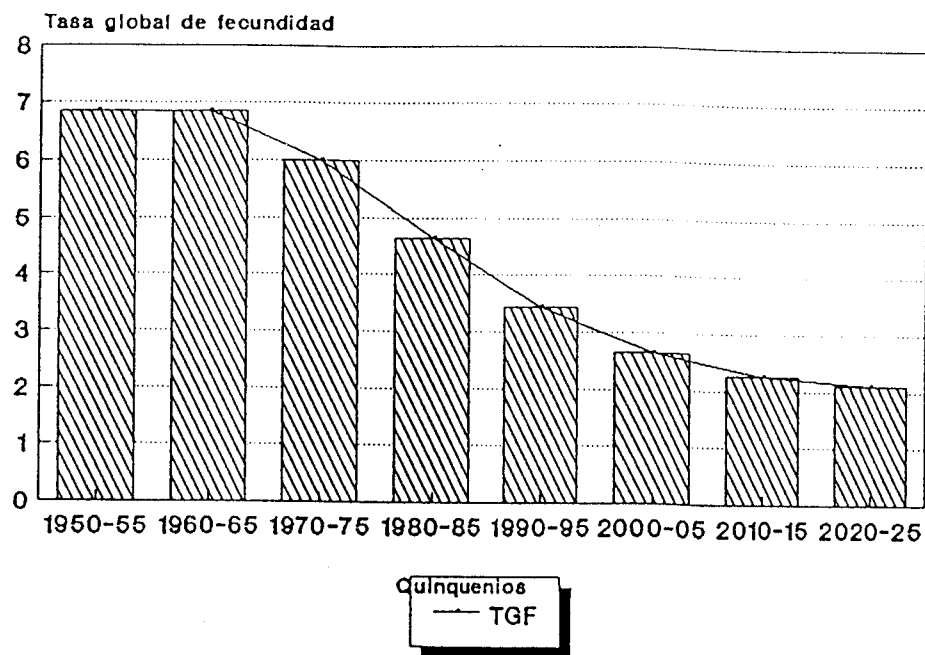
Cuadro 2

Perú: Contribución de cada edad a la tasa global de fecundidad, 1950-2025

Años	Total	Grupos de edades						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1955-60	100.0	9.5	20.6	23.2	20.2	14.9	8.2	3.3
1960-65	100.0	9.5	20.6	23.2	20.2	14.9	8.2	3.3
1965-70	100.0	7.8	20.2	23.1	21.3	16.4	7.9	3.3
1970-75	100.0	7.2	20.6	24.3	22.1	16.8	7.4	1.6
1975-80	100.0	8.6	22.1	24.7	20.4	16.2	6.5	1.5
1980-85	100.0	8.0	22.0	24.2	20.6	15.7	7.9	1.8
1985-90	100.0	8.6	23.0	24.5	20.2	14.9	7.2	1.6
1990-95	100.0	9.2	24.0	24.8	19.8	14.2	6.6	1.4
1995-00	100.0	9.7	24.8	25.0	19.5	13.6	6.2	1.2
2000-05	100.0	10.0	25.4	25.1	19.3	13.2	5.9	1.1
2005-10	100.0	10.3	25.8	25.1	19.1	12.9	5.7	1.1
2010-15	100.0	10.5	26.1	25.2	19.0	12.8	5.5	1.0
2015-20	100.0	10.6	26.3	25.2	18.9	12.6	5.4	1.0
2020-25	100.0	10.7	26.4	25.2	18.8	12.6	5.4	1.0

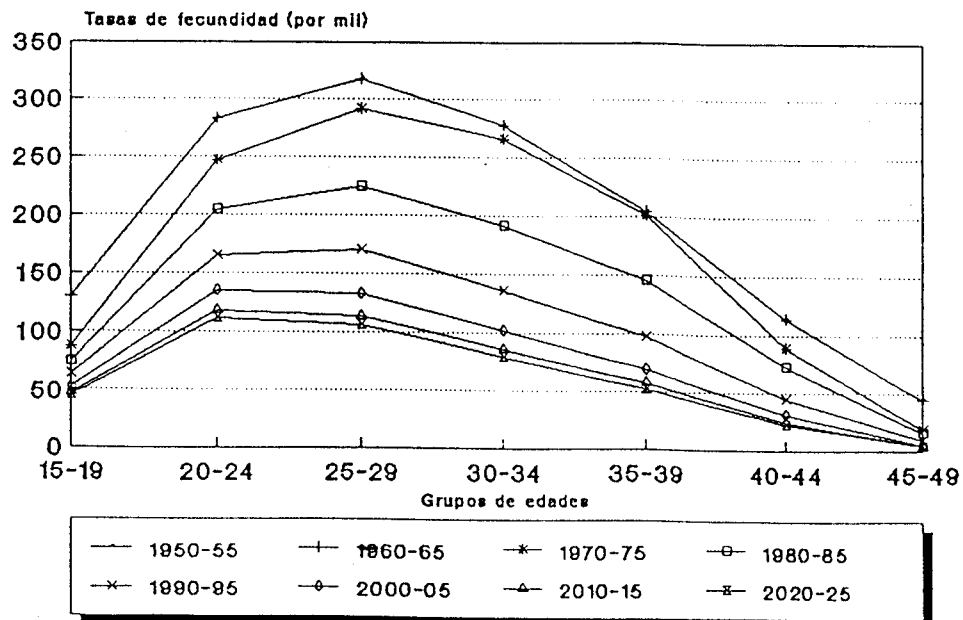
Fuente: INEI, UNFPA, CELADE, 1995.

Gráfico 1
Perú: Tasa global de fecundidad, 1950-2025



Fuente: Cuadro 1

Gráfico 2
Perú: Tasas de fecundidad por edades, 1950-2025



Fuente: Cuadro 1

Existe, entre los estudiosos de los procesos demográficos en el Perú, un cierto consenso en que estos cambios se habrían dado en el marco de los cambios económicos y sociales. Por un lado, como producto de los procesos de crecimiento económico, urbanización y expansión de la educación y, por otro, acentuados por la crisis económica de los últimos años (Ferrando y Aramburú, 1992). Como se verá más adelante, en el caso del comportamiento reproductivo, los cambios tuvieron lugar en forma muy desigual dentro de la sociedad peruana, debido a la gran heterogeneidad social y económica del país.

En cuanto al curso futuro del nivel de fecundidad las proyecciones de población recientemente elaboradas (INEI, UNFPA, CELADE, 1995) indican un descenso continuado del número de hijos por mujer aunque, por el nivel ya alcanzado, a un ritmo menor que el observado en los últimos años. Esto daría como resultado que ya en el próximo quinquenio el promedio por mujer sería sólo de 3 hijos para el total del país, y de 2.1 al finalizar la segunda década del próximo siglo (**Cuadro 1**).

2. La fecundidad por edades

El descenso de la fecundidad es un resultado del hecho de que las mujeres en todos los grupos de edades han disminuido, en promedio, el número de hijos tenidos. Se puede ver, sin embargo, que los diferentes grupos se comportan de distinta manera si se toma en cuenta la tasa de fecundidad que tenían en 1965-70 y la que tienen actualmente, en 1990-95. Hay un hecho significativo: a medida que aumenta la edad de las mujeres es más pronunciado el porcentaje de descenso en su tasa de fecundidad y, si se comparan grupos de la misma edad en los dos períodos mencionados se podrá observar que las menores de 25 años han disminuido en aproximadamente 38% su tasa de fecundidad; las que tienen entre 25 y 29 años tienen una fecundidad 44% menor que sus equivalentes en 1965-70; las que actualmente tienen entre 30 y 44 años disminuyeron su fecundidad entre un 51 y un 56% y, finalmente, las de 45-49 años disminuyeron en 79%, lo que significa que tienen sólo el 21% de la fecundidad que las mujeres de su misma edad tenían 25 años antes (**Cuadro 1 y Gráfico 2**).

Este comportamiento podría asociarse tanto a los procesos de modernización social, que implicaron una mayor cobertura de la educación, mayor acceso a los servicios de salud y disminución de la mortalidad infantil y mayor exposición a los medios de comunicación, como a los efectos de la crisis social, económica y política de los últimos años que pudo haber inducido una actitud más proclive a un tamaño de familia más reducido y a un mayor uso de anticonceptivos en este grupo de mujeres (CELADE/CEPAL, 1993).

El descenso previsto según las hipótesis sobre el curso futuro de la fecundidad (INEI, UNFPA, CELADE, 1995) entre 1995 y el año 2025 será menor que el observado desde 1965 y también diferencial por edades, previéndose que sean las mujeres mayores de 30 años las que tengan los mayores descensos en términos porcentuales. Asimismo, las mayores tasas de fecundidad se desplazarán desde el grupo 25-29 al de 20-24 años, a partir del próximo quinquenio.

En suma, aunque las mujeres peruanas en todas las edades han reducido su fecundidad, ello ha sido más acentuado a partir de los 30 años. El grupo de mujeres que exhibe una mayor fecundidad sigue y seguirá siendo el de las que se encuentran entre los 20 y los 29 años. Entre las adolescentes también ha disminuído la tasa de fecundidad pero en una proporción menor que entre las mujeres de mayor edad. Estas diferencias se manifiestan cuando se observa la contribución de cada grupo de edad a la fecundidad total: las mujeres mayores de 30 años, en general, han disminuido su aporte a la misma mientras que las menores de esa edad lo han incrementado debido al menor ritmo de descenso de su tasa de fecundidad (**Cuadro 2 y Gráfico 3**).

Se ha dado, en consecuencia, una mayor concentración de la fecundidad en las edades centrales y la proporción de nacimientos en este grupo ha pasado del 68.7% en 1965-70 al 72.5% en 1990-95. Existe todavía un 27.5% de los nacimientos en las edades que son consideradas de mayor riesgo para la fecundidad, como son las mayores de 34 y las menores de 20 años. En el primer caso se observa la tendencia esperada al descenso de su contribución al total de los nacimientos, de 19.6% a 15.2% entre el período en que comenzó el descenso de la fecundidad y el quinquenio actual, mientras que la contribución de las adolescentes prácticamente se mantuvo estable (11.6% en 1965-70 y 12.3% en 1990-95) (**Cuadro 3**). Hubiera sido deseable, sin embargo, que la fecundidad de las adolescentes disminuyera más aceleradamente, no sólo por los riesgos biológicos a la salud que ello implica sino también para evitar las consecuencias psicológicas, sociales y económicas negativas que acompañan a la maternidad adolescente.

3. Algunas consecuencias del descenso de la fecundidad

3.1. Evolución del número de nacimientos

Una de las consecuencias del descenso de la fecundidad que puede ser apreciada por el sector salud, es la disminución del número de niños ya que, a primera vista, ésto podría inducir un cambio en la demanda respecto a los servicios del sector. En teoría, el descenso en el número de hijos implicaría una menor demanda de la atención maternoinfantil y, en consecuencia, una menor asignación de recursos a este rubro dentro del sector salud, siempre y cuando la demanda total estuviese satisfecha. De haber un menor número de nacimientos habría un menor número de partos, menor demanda de personal médico y de infraestructura hospitalaria, un menor número de atenciones pre-natales, de atenciones al recién nacido, etc.

Cabe hacer notar, sin embargo, que la disminución en el número de nacimientos depende no sólo del descenso de la fecundidad (o número de hijos por mujer) sino también del descenso en el número de mujeres en edad fértil. Por esta razón, en una primera etapa de descenso de la fecundidad el número de nacimientos puede crecer o no disminuir -o no hacerlo tan rápidamente- como se esperaría, debido a que la alta fecundidad del pasado ha dejado como herencia un elevado número de mujeres en estas edades. Sin embargo, a medida que continúe bajando la fecundidad y, más aun, cuando ésta se estabilice en niveles bajos, irá disminuyendo también el peso (y eventualmente el número) de las mujeres en edad fértil, con lo cual se inicia el descenso en el número absoluto de nacimientos.

Cuadro 3

Perú: Nacimientos totales anuales y porcentaje de nacimiento por grupos de edad de las mujeres, por quinquenios, 1950-2025

Años	Total nacimientos anuales	Número y porcentaje de nacimientos por edades					
		de bajo riesgo 20-34 años		de alto riesgo			
		Número	Porc.	15-19 años		35 años y más	
				Número	Porc.	Número	Porc.
1950-55	383867	258231	67.3	52739	13.7	72798	19.0
1955-60	435306	296780	68.2	58592	13.5	79834	18.3
1960-65	495186	337831	68.2	66823	13.5	90432	18.3
1965-70	537400	369248	68.7	62559	11.6	105493	19.6
1970-75	574555	405343	70.5	62832	10.9	106279	18.5
1975-80	616646	435234	70.6	79504	12.9	101809	16.5
1980-85	621518	443299	71.3	73268	11.8	104851	16.9
1985-90	628937	453920	72.2	75451	12.0	99466	15.8
1990-95	621895	450583	72.5	76572	12.3	94640	15.2
1995-00	612619	444992	72.6	75059	12.3	92468	15.1
2000-05	603261	439071	72.8	71981	11.9	92109	15.3
2005-10	596056	433132	72.7	69063	11.6	93760	15.7
2010-15	589369	425587	72.2	66097	11.2	97586	16.6
2015-20	581038	416291	71.6	63690	11.0	100957	17.4
2020-25	573329	407950	71.2	62019	10.8	103260	18.0

Fuente: INEI, UNFPA, CELADE, 1995.

Cuadro 4

Perú: Tasa de crecimiento de los nacimientos anuales totales y por edad de las madres, según quinquenios. 1950-2025 (por cien)

Años	Tasa de crecimiento total	Tasas de crecimiento por edades de las madres						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1950-55	-	-	-	-	-	-	-	-
1955-60	2.5	2.1	2.6	3.0	2.8	1.9	1.5	2.2
1960-65	2.6	2.6	2.2	2.7	3.1	2.9	2.0	1.6
1965-70	1.6	-1.3	1.4	1.3	2.9	4.2	1.2	1.2
1970-75	1.3	0.1	2.1	2.0	1.3	1.5	0.1	-13.3
1975-80	1.4	4.7	2.8	1.6	-1.0	-0.5	-1.9	0.0
1980-85	0.2	-1.6	0.3	0.2	0.8	-0.7	3.4	3.4
1985-90	0.2	0.6	0.7	0.5	0.1	-0.5	-1.9	-3.5
1990-95	-0.2	0.3	-0.1	-0.2	-0.3	-0.7	-1.4	-3.1
1995-00	-0.3	-0.4	-0.1	-0.4	-0.3	-0.3	-0.7	-1.3
2000-05	-0.3	-0.8	-0.5	-0.1	-0.2	-0.1	-0.0	-0.6
2005-10	-0.2	-0.8	-0.7	-0.2	0.3	0.3	0.5	0.6
2010-15	-0.2	-0.9	-0.6	-0.4	0.1	0.8	0.8	1.0
2015-20	-0.3	-0.7	-0.7	-0.4	-0.1	0.5	1.1	1.2
2020-25	-0.3	-0.5	-0.5	-0.5	-0.1	0.2	0.9	1.4

Fuente: INEI, UNFPA, CELADE, 1995.

Gráfico 3

Perú: Contribución de cada edad a la fecundidad total

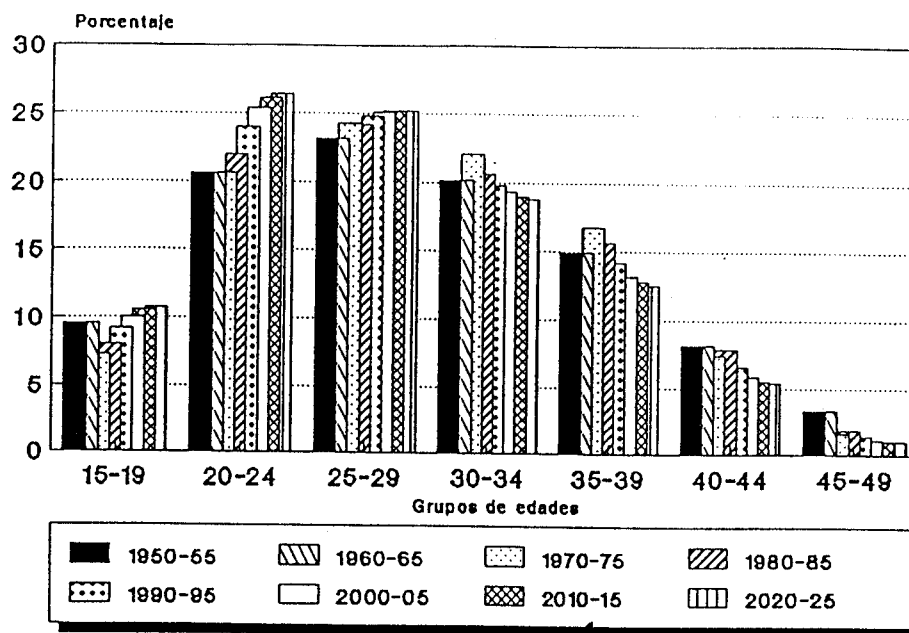
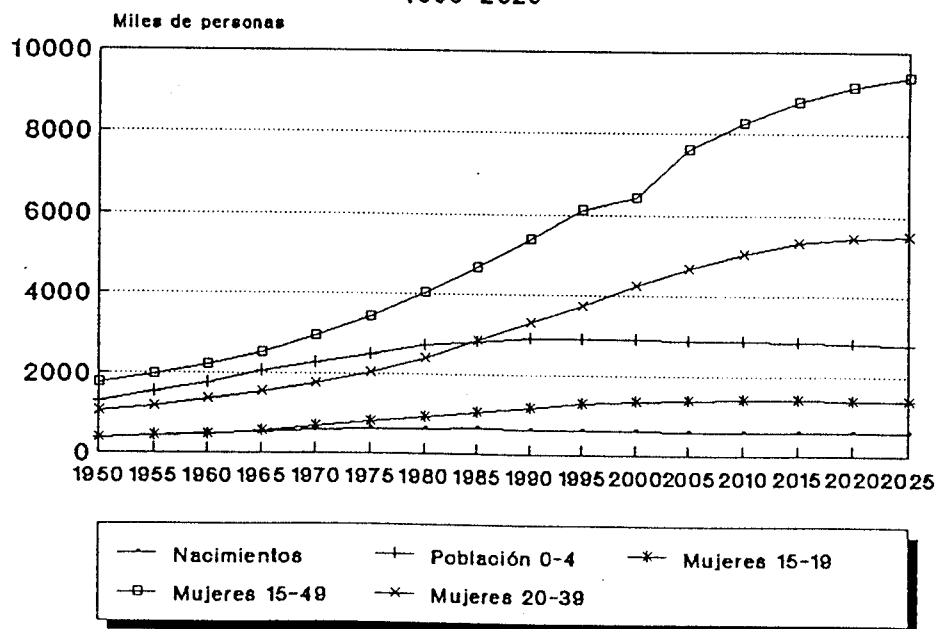


Gráfico 4

Perú: Evolución de diferentes grupos de edad y sexo
1950-2025



En el caso del Perú, el descenso de la fecundidad total que ha tenido lugar en el país no ha impactado en forma inmediata sobre el número absoluto de nacimientos anuales como podría creerse por el descenso de la tasa de fecundidad. Lo que se observa es, más bien, que el número de nacimientos anuales (**Cuadro 3**) ha mantenido una tendencia ascendente, no sólo entre 1950 y 1970 sino hasta el quinquenio 1985-90, con una cifra de 629 nacimientos anuales, frente a un total de 537 mil en 1965-70, período en que comenzó el descenso de la fecundidad.

Es recién a partir de 1990-95 que se iniciará un descenso del número absoluto de nacimientos, que se prevé que será sostenido aunque no muy acentuado, hasta el fin de las proyecciones -el año 2025-, en que se llegaría a una cifra de aproximadamente 573 mil nacimientos anuales, o sea, una disminución de sólo un 8% en los próximos treinta años. En la actualidad, de aproximadamente 622 nacimientos anuales, 171 mil corresponden a madres que se encuentran en las edades de más alto riesgo obstétrico las que disminuirán a 165 mil en el período 2020-25. Estas mujeres requieren de una atención especializada dado que son más propensas a experimentar complicaciones durante el embarazo y el parto, que pueden ser de mayor gravedad cuando la edad de riesgo se asocia a una paridez elevada y a intervalos intergenésicos cortos. De estos nacimientos, 77 mil corresponden a madres adolescentes, entre 15 y 19 años, que se reducirán a 62 mil a fines del período considerado, mientras que los nacimientos provenientes de mujeres de 35 años y más se incrementarán de 95 a 103 mil en el mismo período.

Desde el punto de vista del lugar de residencia, de los 622 mil nacimientos anuales de 1990-95, 379 mil corresponden a las zonas urbanas y 233 a las rurales. De acuerdo con las tendencias esperadas de la población urbana y rural tomadas en cuenta en las proyecciones (INEI, UNFPA, CELADE, 1995) los nacimientos rurales irán disminuyendo paulatinamente mientras que los que tienen lugar en las ciudades aumentarán hasta llegar a unos 402 mil en 2020-25. Aun cuando se ha supuesto que la migración rural-urbana "fue mitigada por la también alta migración internacional y por el descenso de la fecundidad urbana, controlándose así el crecimiento de la población urbana" (INEI, UNFPA, CELADE, 1995) se puede notar que las zonas urbanas aumentarán su peso en el total de los nacimientos del país, de 62.5% en 1990-95 a 70% en 2020-25. Esta tendencia a la redistribución de los nacimientos puede servir de orientación para prever un incremento de la oferta de servicios de atención materno-infantil en las ciudades, aunque ello no significa que deba reducirse en las zonas rurales donde la cobertura es altamente insuficiente, como se verá más adelante.

En suma, pese al marcado descenso de la fecundidad total en los últimos años el número de nacimientos continuó en aumento hasta el presente debido a las características de la estructura por edades de la población. Al descenso que se prevé para el futuro, además de la intención de disminuir el número de hijos por parte de las parejas, también contribuirá la disminución del potencial de crecimiento de la estructura por edades, debido a que irán llegando a la edad de procreación cohortes menos numerosas de mujeres que son producto, a su vez, de menores tasas de fecundidad que en el pasado.

Se ha visto, en consecuencia, que la reducción en el número absoluto de nacimientos no es de una magnitud tan considerable como para prever un cambio significativo en la dimensión de la demanda total de atención materno-infantil, aun cuando la tendencia al descenso, que se refleja en una tasa de crecimiento negativa a partir de 1990-95 (Cuadro 4), puede significar que paulatinamente irá disminuyendo la presión sobre los servicios, lo que podrá ir en beneficio de los sectores sociales actualmente más marginados de la atención de salud.

3.2. Estructura por edades de la población

Como se ha visto anteriormente, pero no puede dejar de señalarse aquí, entre los cambios demográficos que han tenido lugar, el descenso de la fecundidad fue el que más impacto ha tenido sobre el crecimiento de la población y los cambios en su estructura por edades. Estos han dado lugar a un proceso de gradual envejecimiento de la población, es decir, de aumento de la proporción de personas en edades adultas y avanzadas, dado que provoca una reducción de la base de la pirámide de edades al disminuir el ritmo de crecimiento de los nacimientos anuales.

Se ha observado desde 1975 la disminución relativa de la población infantil y en edad escolar y el consiguiente incremento de la población en edades activas y adultas mayores, a lo cual contribuye también el aumento de la esperanza de vida después de los 65 años (Cuadro 5). En efecto, la proporción de menores de 5 años disminuirá de 12.3% en 1995 a 7.9% en el 2025 y la de niños de 5 a 14 años lo hará de 23.6% a 15.8% en el mismo período, pero la población adulta incrementará su peso relativo de 59.7% a 67.8% y la tercera edad duplicará su importancia relativa pasando del 4.4% al 8.6%. Con el tiempo y un mayor descenso de la fecundidad, como el que se prevé para el Perú, se logrará una disminución en términos absolutos de la población más joven, pero ésta recién comenzaría a apreciarse en las primeras décadas del próximo siglo.

A corto y mediano plazo, sin embargo, los cambios no serán tan favorables en términos de la demanda de salud, debido a que prácticamente no habrá reducciones en el tamaño absoluto de los grupos de edad cuyo descenso relativo ya se ha observado. Para los próximos años se puede prever que si bien hay una tendencia al descenso del número de absolutos de menores de 5 años este grupo prácticamente se mantendrá estable en aproximadamente 2.9 millones de niños y recién descenderá a 2.8 millones en el año 2025. Los niños y adolescentes entre 5 y 14 años aumentarán todavía de 5.5 a 5.6 millones en el 2025 mientras que los adultos de 15 a 64 años pasarán de 14 millones a 24 millones y los ancianos de 1 millón a, aproximadamente, 3 millones de personas dentro de treinta años (Cuadro 5).

El descenso de la fecundidad también afecta -aunque en una perspectiva de más largo plazo- el volumen y crecimiento del grupo de mujeres en edad fértil, que son las que dan lugar a nuevos nacimientos. De hecho, en el Gráfico 4 puede observarse que, si bien el número de mujeres en edad fértil continúa aumentando en el lapso de tiempo examinado, a partir de fines del presente siglo habrá una atenuación en su ritmo de crecimiento y, en particular, de las que tienen entre 20 y 39 años, que son las mujeres que concentran el mayor número de nacimientos.

Cuadro 5
Perú: Evolución de diferentes grupos de edades y sexo, 1950-2025

a) Grupos de población en miles								
Años	Ambos sexos					Mujeres		
	Total	0-4 años	5-14 años	15-64 años	65+ años	15-19 años	20-39 años	15-49 años
1950	7632	1282	1890	4196	264	384	1026	1745
1955	8672	1519	2148	4710	295	428	1165	1966
1960	9931	1758	2543	4990	640	474	1334	2212
1965	11467	2046	3016	6006	399	555	1518	2520
1970	13193	2261	3544	6930	458	668	1741	2929
1975	15161	2488	4068	8070	535	788	2031	3432
1980	17324	2724	4539	9436	625	931	2390	4031
1985	19492	2809	5021	10935	727	1046	2834	4681
1990	21569	2895	5360	12457	857	1160	3291	5367
1995	23532	2902	5549	14056	1025	1279	3739	6106
2000	25662	2896	5670	15861	1235	1332	4243	6408
2005	27804	2878	5693	17755	1478	1384	4680	7609
2010	29885	2864	5683	19595	1743	1395	5052	8250
2015	31876	2847	5661	21292	2076	1394	5307	8751
2020	33757	2818	5638	22789	2512	1387	5432	9128
2025	35518	2790	5602	24080	3046	1382	5494	9376
b) Grupos de población en porcentajes								
Años	Ambos sexos					Mujeres		
	Total	0-4 años	5-14 años	15-64 años	65+ años	15-19 años	20-39 años	15-49 años
1950	100.0	16.8	24.8	55.0	3.5	5.0	13.4	22.9
1955	100.0	17.5	24.8	54.3	3.4	4.9	13.4	22.7
1960	100.0	17.7	25.6	50.2	6.4	4.8	13.4	22.3
1965	100.0	17.8	26.3	52.4	3.5	4.8	13.2	22.0
1970	100.0	17.1	26.9	52.5	3.5	5.1	13.2	22.2
1975	100.0	16.4	26.8	53.2	3.5	5.2	13.4	22.6
1980	100.0	15.7	26.2	54.5	3.6	5.4	13.8	23.3
1985	100.0	14.4	25.8	56.1	3.7	5.4	14.5	24.0
1990	100.0	13.4	24.9	57.8	4.0	5.4	15.3	24.9
1995	100.0	12.3	23.6	59.7	4.4	5.4	15.9	25.9
2000	100.0	11.3	22.1	61.8	4.8	5.2	16.5	25.0
2005	100.0	10.4	20.5	63.9	5.3	5.0	16.8	27.4
2010	100.0	9.6	19.0	65.6	5.8	4.7	16.9	27.6
2015	100.0	8.9	17.8	66.8	6.5	4.4	16.6	27.5
2020	100.0	8.3	16.7	67.5	7.4	4.1	16.1	27.0
2025	100.0	7.9	15.8	67.8	8.6	3.9	15.5	26.4

Fuente: INEI, UNFPA, CELADE, 1995.

El cambio en la estructura por edades que resulta del descenso de la fecundidad es un componente, a su vez, de la transición epidemiológica. En efecto, la transición demográfica y, en especial, el descenso de la mortalidad, ha sido acompañada por un conjunto de procesos a los que se dio el nombre de "transición epidemiológica" y cuya principal característica es el cambio en la estructura de las causas de muerte (Frenk *et al.*, 1991). Hay también en este cambio, sin embargo, un importante componente demográfico que se expresa a través de las modificaciones que se van operando en la estructura por edades de la población y que hacen, por ejemplo, que vaya disminuyendo la población joven, que presenta una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y parasitarias, y aumentando la población en edades adultas mayores y avanzadas, que tiene una mayor propensión a los accidentes y a las enfermedades de tipo degenerativo (especialmente del aparato circulatorio).

En resumen, los datos analizados permiten concluir que, dado que los cambios en la fecundidad han sido relativamente recientes, los servicios de salud deberán enfrentar lo que Chackiel y Plaut (1993) han denominado "una clara coexistencia de demandas" provenientes de todos los grupos de edades. Si bien la demanda de atención maternoinfantil puede ir disminuyendo su presión, en promedio, por la disminución en el número global de nacimientos, es probable que deba incrementarse la provisión de servicios de salud para responder a la demanda históricamente insatisfecha, agravada por procesos de rápida urbanización y limitada cobertura en las áreas rurales. Además del incremento en la cantidad de personas que requerirán atención, los cambios demográficos ponen de relieve que, para el mediano y largo plazo, los sistemas de salud deberán reorientar sus estrategias de atención para incorporar el aumento de la demanda por el incremento de problemas de salud entre las personas de edad avanzada.

3.3. El descenso de la fecundidad y la mortalidad infantil

Entre la fecundidad y la mortalidad infantil existen diversas relaciones mutuas. Es bien conocido el hecho de que al prolongar la sobrevivencia de los hijos más allá de la infancia y de la niñez se elimina uno de los estímulos de una elevada fecundidad, ya que con un número menor de embarazos y menor mortalidad infantil se logra el mismo tamaño final de la descendencia que con fecundidad y mortalidad tempranas y elevadas. En esta sección, sin embargo, el interés se centra principalmente en la relación inversa, es decir, los efectos o consecuencias que los cambios en la conducta reproductiva de las mujeres pueden tener sobre la mayor o menor exposición de sus hijos a una muerte temprana.

Esta conexión puede encontrarse a través de varios factores entre los cuales la edad de la madre al nacimiento, la longitud del intervalo intergenésico previo y el orden del nacimiento son de gran importancia para la salud de los hijos, según se ha demostrado a través de los datos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDES) (Cuadro 6 y Gráficos 5 a 8).

De acuerdo con la ENDES 1991-92, la tasa de mortalidad infantil de 58 por mil para mujeres entre 20 y 29 años sube a casi 80 para las de 15-19 y a 101 por mil para las mujeres de 40-49 años. Cuando un nacimiento tiene orden séptimo o más la probabilidad que tiene este

Cuadro 6
Perú: Factores de riesgo de la mortalidad infantil
asociados con la fecundidad

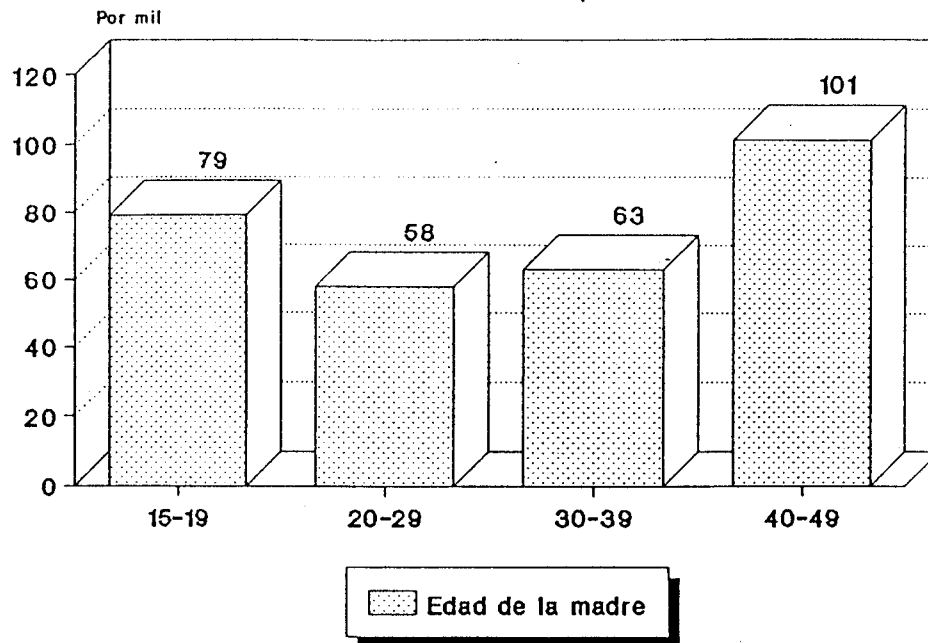
Factores de riesgo	Tasa de mortalidad infantil	
	ENDES 86*	ENDES 91-92**
TOTAL	76	64
Edad de la madre al nacimiento		
15-19	90	79
20-29	58	58
30-34	96	
30-39		63
40-49		101
35+	101	
Orden del nacimiento		
Primero	52	46
Segundo/tercero	50	58
Cuarto/sexta	91	72
Séptimo o más	130	96
Intervalo intergenésico previo		
Menos de 2 años	121	108
De 2 a 3 años	63	54
4 años y más	38	31
Atención prenatal y en el parto		
Ningún cuidado		83
Alguno de los dos		68
Los dos		27

* Para el período 1981-1986.

** Para el período de diez años anteriores a la encuesta.

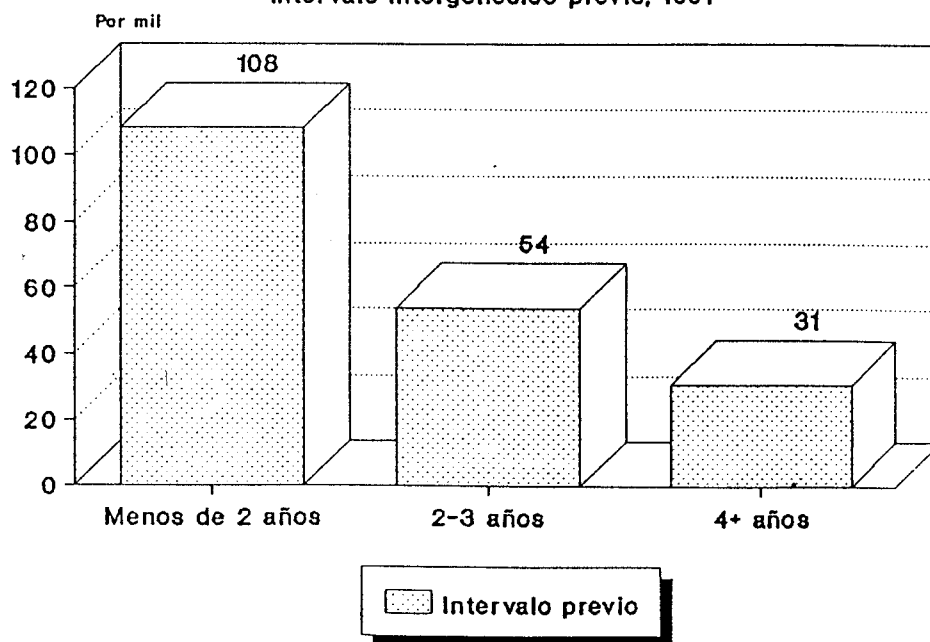
Fuente: ENDES 1986 y ENDES 1991.

Gráfico 5
Perú: Tasa de mortalidad infantil por edad de la madre al nacimiento, 1991



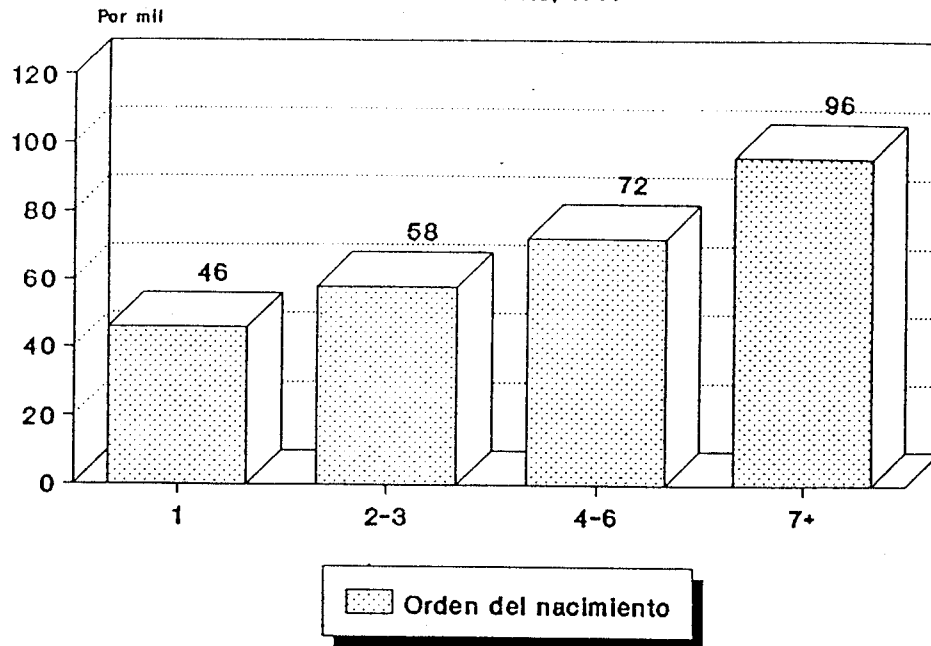
Fuente: ENDES 1991-92

Gráfico 6
Perú: Tasa de mortalidad infantil por duración del intervalo intergenésico previo, 1991



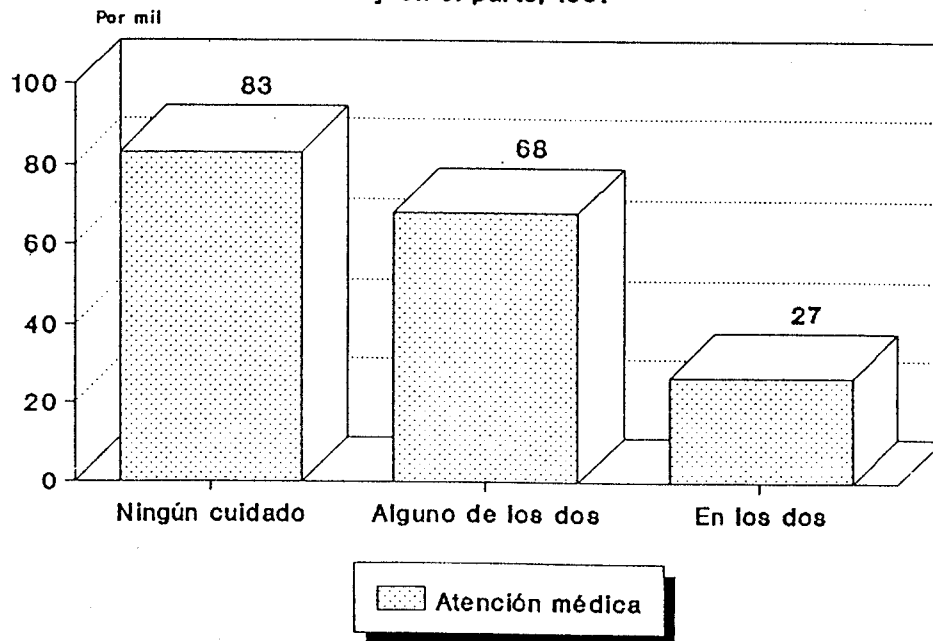
Fuente: ENDES 1991-92

Gráfico 7
Perú: Tasa de mortalidad infantil por orden del nacimiento, 1991



Fuente: ENDES 1991-92

Gráfico 8
Perú: Tasa de mortalidad infantil por atención prenatal y en el parto, 1991



Fuente: ENDES 1991-92

niño de morir en el primer año de vida duplica (96 por mil) a la del primer hijo (46 por mil) y es muy superior a la del segundo o tercero (58 por mil). Cuando el intervalo intergenésico respecto al nacimiento previo es menor de dos años la mortalidad infantil asciende a 108 por mil, siendo de sólo 31 por mil cuando dicho intervalo es de 4 años y más. La combinación de un número elevado de embarazos asociados con intervalos intergenésicos excesivamente cortos ha sido señalada como causa del síndrome de agotamiento materno, consecuencia del hecho de que el organismo de la madre necesita de dos o tres años para "recuperarse completamente de un embarazo, prepararse para el embarazo siguiente y amamantar al recién nacido sin el desgaste adicional de un nuevo embarazo" con las consecuencias negativas para el hijo (OPS, 1994).

Adicionalmente, la atención relacionada con el parto también ha demostrado una asociación importante con la mortalidad infantil. Si una madre ha recibido atención prenatal y también ha sido atendida en el parto por personal especializado la probabilidad de una muerte infantil es de 27 por mil; si ha recibido sólo uno de estos servicios aquella se eleva a 68 por mil, pero si no ha recibido ningún cuidado su probabilidad de que ocurra una muerte infantil es de 83 por mil.

En el caso de Perú se ha visto que la fecundidad se ha desplazado hacia las edades de menor riesgo y que se ha disminuido el orden del nacimiento al ser menor el número de hijos tenidos, principalmente en las zonas urbanas, todo lo que continuará afectando favorablemente el descenso de la mortalidad infantil.

4. Conclusiones

La fecundidad en el Perú inicia su descenso a mediados de la década del 60, pasando de un nivel de 6.9 hijos por mujer en 1960-65 a 3.4 en 1990-95. Este descenso ha sido gradual pero fue más acelerado en los primeros años y va siendo cada vez más lento, esperándose que, de no mediar una política más enérgica en materia de planificación familiar, llegue a un nivel de aproximadamente 2.1 hijos por mujer en los años 2020-25.

Si bien la fecundidad descendió en todos los grupos de edades, se ha observado que a medida que aumenta la edad de las mujeres el descenso ha sido mayor. Esto ha hecho que, a partir de 1970-75, haya cambiado la tendencia del aporte relativo que cada grupo de mujeres hace a la fecundidad total: mientras las mujeres menores de 30 años muestran un aumento de su contribución a la fecundidad total, entre las de 30 años y más se observa la tendencia contraria. De este descenso diferencial por edades cabe destacar que tuvo lugar, predominantemente, en las edades de mayor riesgo para la maternidad, por lo que tendrá un efecto positivo sobre la salud reproductiva de las mujeres.

Se ha hecho notar que, pese al descenso de la fecundidad, el número de nacimientos continuó en aumento hasta la actualidad debido a las características de la estructura por edades de la población, lo que genera todavía una significativa demanda hacia el sector salud, aunque esta presión irá disminuyendo con el descenso previsto en el número absoluto de nacimientos. Asimismo, por la influencia del descenso relativamente reciente de la fecundidad sobre la

estructura por edades de la población el sector salud en el Perú deberá todavía enfrentar importantes demandas provenientes de todos los grupos de edades, tanto de atención maternoinfantil como de aquella proveniente de la población adulta y de la creciente población de la tercera edad.

Finalmente, también se ha puesto de manifiesto que el hecho de que la fecundidad se haya desplazado hacia las edades de menor riesgo y que haya disminuido el número de hijos por mujer continuará afectando favorablemente los niveles de mortalidad infantil.

II. DESIGUALDADES EN EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

1. Desigualdades geográficas de la fecundidad

1.1. Fecundidad urbano-rural

Como se observa generalmente en los países que presentan marcadas diferencias socioeconómicas dentro de su población, el descenso de la fecundidad presenta fuertes contrastes al interior del Perú. La distribución de la población en el territorio nacional ha estado, en todos los países, asociada con diferencias en el nivel de la fecundidad, y ésta dimensión constituye el primer paso para la identificación de grupos que requieran ser asistidos a través de programas de salud.

La primera distinción según áreas geográficas, entre la población urbana y rural indica que, si bien desde las primeras estimaciones, a partir del censo de 1961, existían diferencias en el nivel de la tasa global de fecundidad, éstas se han ido acentuando. En efecto, según el censo de 1961 había 1.4 hijos más en las zonas rurales que en las urbanas. Esta diferencia se acrecentó a 2.3 hijos en 1972; a 3 en 1981 y recién se acusa un descenso a 2.8 hijos en relación con el censo de 1993, producto del mayor descenso de la fecundidad rural. Según los últimos datos disponibles la fecundidad rural sería exactamente el doble que la urbana, con 5.6 frente a 2.8 hijos por mujer (Cuadro 1 y Gráficos 1 y 2).

Cabe hacer notar que, comparativamente con otros países de la región que se encuentran en una etapa similar de la transición demográfica como, por ejemplo, Brasil, Colombia, México y República Dominicana, la fecundidad rural del Perú ha tenido un descenso menor, mientras que el descenso de la fecundidad urbana ha sido similar al que tuvo lugar en estos países (BID/CELADE, 1995).

Debe asumirse, en consecuencia, que existe en el Perú una elevada fecundidad rural con un ritmo de descenso menor que el de otros países de condiciones demográficas similares. En términos globales esto afecta a una población considerable de mujeres, tratándose de 1.4 millones de mujeres rurales en edad fértil, que constituyen el 25% del total de las mujeres de 15 a 49 años del país. Estas mujeres deberían ser, en general, consideradas como un grupo de atención prioritaria desde el punto de vista de la atención de salud materno-infantil.

1.2. Regiones naturales y departamentos

También las diferencias de fecundidad según grandes regiones naturales y grado de urbanización son marcadas, siendo el nivel de fecundidad de Lima un tercio de lo que se encuentra en las zonas rurales de la Sierra o de la Selva (Cuadro 1 y Gráfico 3). Las áreas rurales de departamentos como Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huanuco en la Sierra, o Amazonas, Loreto y Ucayali en la Selva, tienen todavía tasas globales de fecundidad superiores a 6 hijos por mujer y, en algunos casos, como Huancavelica y Loreto, superiores a 7, según estimaciones del Censo de 1993, dándose en un contexto de pobreza o pobreza extrema con limitaciones importantes en los servicios de atención de salud y bajos niveles educativos de la población (Ramos Salazar, 1993).

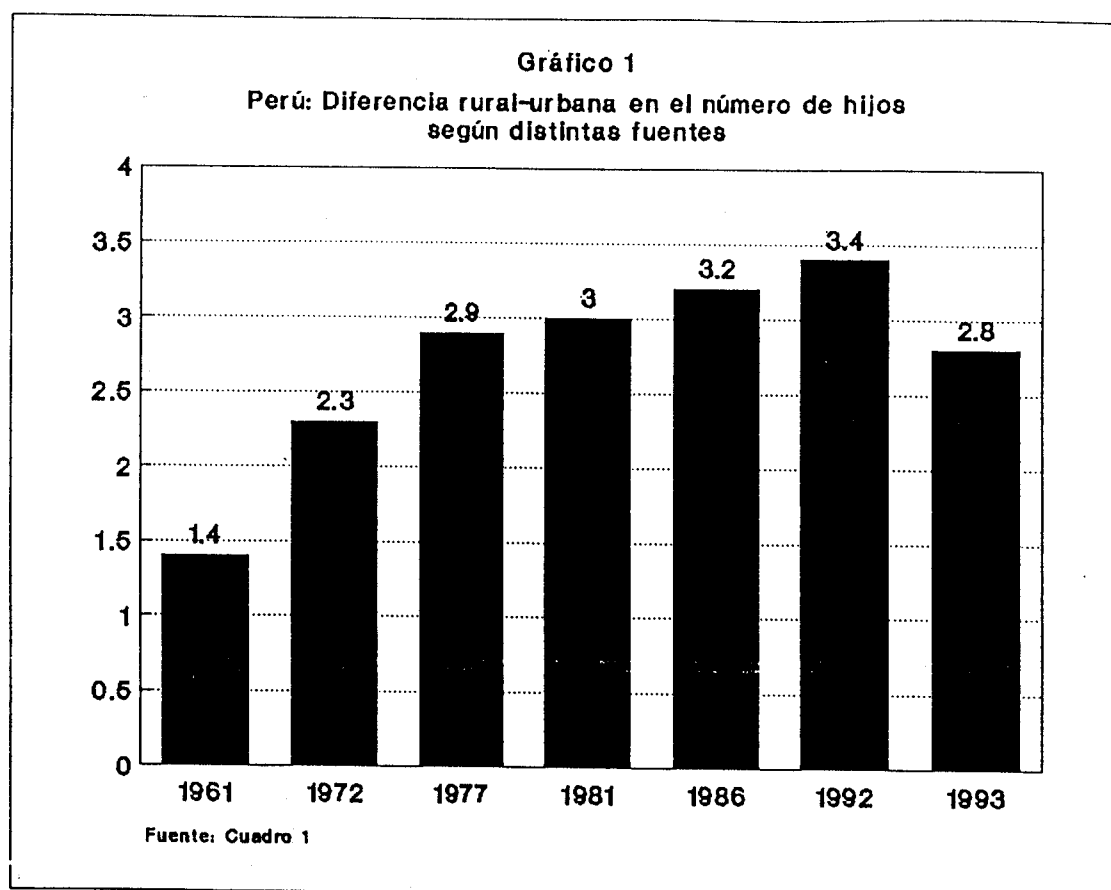
Cuadro 1

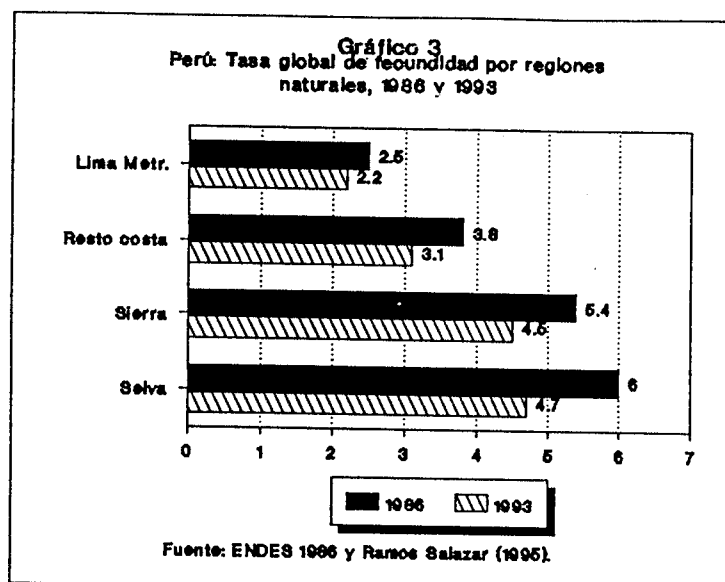
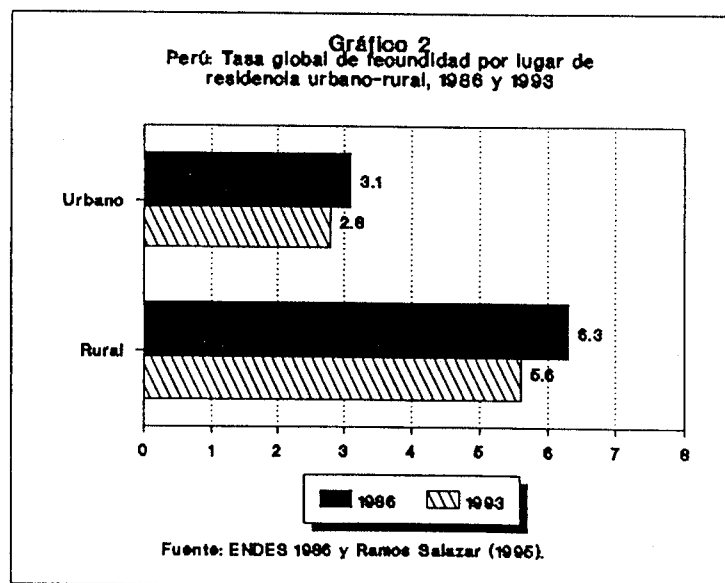
Perú: Tasa global de fecundidad por lugar de residencia según distintas fuentes

Lugar de residencia	Tasa global de fecundidad según diversas fuentes						
	Censo 1961*	Censo 1972*	ENAF** 77-78	Censo 1981*	ENDES** 1986	ENDES** 91-92	Censo 1993*
Total país	6.8	6.1	5.3	5.1	4.1	3.5	3.4
Urbana	5.9	5.3	4.5	4.2	3.1	2.8	2.8
Rural	7.3	7.6	7.4	7.2	6.3	6.2	5.6
Lima Metr.		3.3	3.4	3.4	2.5	2.1	2.2
Resto Costa		5.4	4.9	5.0	3.8	3.3	3.1
Sierra		6.9	6.7	6.3	5.4	4.9	4.5
Selva		7.2	7.3	6.4	6.0	5.1	4.7
Lima Metr.						2.1	
Otras ciud. gdes.						3.2	
Resto Urbano						3.7	
Rural						6.2	

Fuentes: * Ramos Salazar, 1995.

** Endes 1991-92.





El Cuadro 2 indica el número absoluto de mujeres en edad fértil y de nacimientos en cada una de las regiones naturales, por grado de urbanización y departamento, según nivel de fecundidad obtenidos a partir del Censo de 1993 (Ramos Salazar, 1995), y tiene como objetivo identificar los grupos más susceptibles de enfrentar riesgos a su salud debido a una paridez elevada que, en las zonas rurales está asociada a precarias condiciones de vida y atención de salud insuficiente. A través de los nacimientos se puede identificar el número aproximado de embarazos, partos y nacidos vivos que deben recibir atención por parte de los servicios de salud teniéndose, implícitamente, el componente de atención prenatal, los requerimientos de personal especializado y de infraestructura para la atención de las madres y sus hijos.

Cuadro 2

Perú: Tasa global de fecundidad, mujeres en edad fértil y nacimientos por regiones naturales y departamentos, a partir del Censo de 1993

Nivel de fecundidad y regiones	Departamentos	Mujeres en edad fértil		Nacimientos	
		Número absoluto	Porcentaje respecto total país	Número absoluto	Porcentaje respecto total país
TOTAL		5630378	100.0	611037	100.0
MENOS DE 3 HIJOS:		3007461	53.4	230739	37.8
Lima urbano		1803789	32.0	131409	21.5
Callao urbano		183289	3.3	12831	2.1
Costa Urbana	Ancash, Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Moquehua, Tacna.	1020383	18.1	86499	14.2
ENTRE 3 Y 5 HIJOS:		1414561	25.1	593741	27.3
Lima rural		46251	0.8	5957	1.0
Callao rural		118	0.0	16	0.0
Costa urbana	Piura, Tumbes	284919	5.1	30809	5.0
Costa rural	Arequipa, Ica, Lambayeque, Moquehua, Tacna, Tumbes.	108838	1.9	14851	2.4
Sierra urbana	Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huanuco, Junín, Pasco, Puno.	666892	11.8	77028	12.6
Selva urbana	Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín, Ucayali	265002	4.7	32053	5.2
Selva rural	San Martín	42541	0.8	6141	1.0
5 HIJOS Y MAS:		1208356	21.5	213443	34.9
Costa Rural	Ancash, La Libertad, Piura	256817	4.6	43023	7.0
Sierra Urbana	Huancavelica	22665	0.4	3583	0.6
Sierra Rural	Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Junín, Pasco, Puno.	804569	14.3	139644	22.9
Selva Rural	Amazonas, Loreto, Madre de Dios, Ucayali.	124305	2.2	27193	4.5

Fuente: Ramos Salazar, 1995.

A partir de esta información se puede decir que poco más de la mitad de las mujeres de edad fértil (aproximadamente 3 millones) tiene una fecundidad que puede considerarse moderada o baja, con un promedio de menos de 3 hijos por mujer. En este grupo de mujeres tiene lugar el 37.8% de los nacimientos totales del país (231 mil en 1993), 21.5% de los cuales ocurren en Lima Metropolitana y 14.2% en las ciudades de la mayoría (7) de los departamentos de la Costa.

Por ser urbanas y residir en Lima Metropolitana o en la mayoría de los restantes departamentos de la Costa, la ENDES 1991-92 indica que estas mujeres se caracterizan por tener los mayores niveles de educación, iniciar sus uniones conyugales a las edades más tardías, hacer un mayor uso de métodos anticonceptivos modernos, tener mejores niveles de salud y nutrición y recibir, en una proporción mucho más elevada que el resto de las mujeres, una atención profesional en el parto. Según esta misma fuente, en las zonas urbanas el 49% de las mujeres encuestadas recibió atención médica en el parto y, si se incluyen obstetrices y enfermeras, este porcentaje se eleva al 74%.

De las restantes mujeres, un 25% (1.4 millones) tiene una fecundidad que podría calificarse como intermedia, oscilando entre 3 y 5 hijos por mujer. Este grupo se encuentra, fundamentalmente, en las zonas rurales de los departamentos de la Costa, y en las zonas urbanas de los departamentos de la Sierra y de la Selva y concentra el 27.3% de los nacimientos del país (594 mil en 1993), localizados principalmente en la Sierra urbana (12.6%), en dos departamentos de la Costa urbana (5%) y en las zonas urbanas de la Selva (5%).

Si bien estas mujeres residen principalmente en localidades urbanas y con niveles de fecundidad considerados intermedios, el hecho de estar radicadas en las regiones más desprovistas de servicios, donde se ha registrado un menor uso de métodos modernos de regulación de la fecundidad y con menor cobertura de atención profesional en el parto, las convierte en grupos de riesgo desde el punto de vista de la atención de salud.

Finalmente, el 22% restante de las mujeres de edad fértil (1.2 millones) puede calificarse como de fecundidad elevada, con un promedio de entre 5 y 7.5 hijos por mujer. Estas mujeres se encuentran fundamentalmente en algunas zonas rurales de la Costa pero, predominantemente, de la Sierra y de la Selva, concentrando el 34.9% del total de los nacimientos del país (213 mil nacimientos en 1993). Cabe señalar que con este nivel de fecundidad sólo se ha identificado un área urbana, la que corresponde al departamento de Huancavelica, estando la gran mayoría de los nacimientos de este grupo en las zonas rurales de los departamentos de la Sierra (140 mil).

Además de una fecundidad elevada que, como lo indica la ENDES 1991-92, va acompañada por intervalos intergenésicos más cortos que en las mujeres de baja fecundidad, estas mujeres se caracterizan por tener uniones conyugales a edades más tempranas, hacer un menor uso de métodos anticonceptivos, en particular de los métodos modernos, tener porcentajes más elevados de desnutrición que inciden sobre su salud y la del recién nacido y tener bajísimos índices de cobertura profesional en los partos. De hecho, las mujeres rurales sólo en un 18% han recibido atención de médico, obstetrix o enfermera en los partos y en un 33% han sido atendidas por familiares u otras personas no especializadas, además de un 47% atendidas por parteras o comadronas.

Por su localización rural en las regiones de la Sierra o de la Selva y por su ubicación precaria en los indicadores demográficos y de salud este grupo de mujeres, así como los hijos que ellas tienen, constituyen el grupo que se encuentra en la situación más precaria y desventajosa tanto desde el punto de vista de la salud como de la sobrevivencia, como lo indican las cifras tanto de mortalidad infantil como materna.

2. Diferenciales por educación, ocupación y estratos sociales

Se pueden apreciar también variaciones en la tasa global de fecundidad según educación y ocupación de las mujeres y según estrato social del jefe del hogar (Ramos Salazar, 1995), tanto a nivel de todo el país como dentro de cada una de sus regiones naturales (Cuadros 3 y 4 y Gráfico 4).

Aunque está muy documentada ya la importancia que estas variables tienen para identificar grupos de mujeres de alta paridez, en el caso del Perú las diferencias entre los grupos extremos han sido hasta años recientes, de una magnitud mayor que la encontrada para muchos países de la región, con excepción de aquellos países que todavía tienen una importante proporción de población rural. En los últimos años, sin embargo, estas diferencias parecen haber comenzado a descender, tal como lo muestran la ENDES 1991-92 y el Censo de 1993.

Cuadro 3
Perú: Tasa global de fecundidad por nivel educativo de las mujeres según varias fuentes

Nivel de educación	Tasa global de fecundidad			
	ENAF* 77-78	ENDES 1986	ENDES 1991	CENSO 1993
TOTAL	5.3	4.1	3.5	3.4
Sin educación		6.6	7.1	5.8
Primaria		5.0	5.1	4.9
Secundaria		3.1	3.1	3.1
Superior		1.9	1.9	
Superior no univ.				1.8
Superior univ.				1.6

* Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-78, realizada por el INE

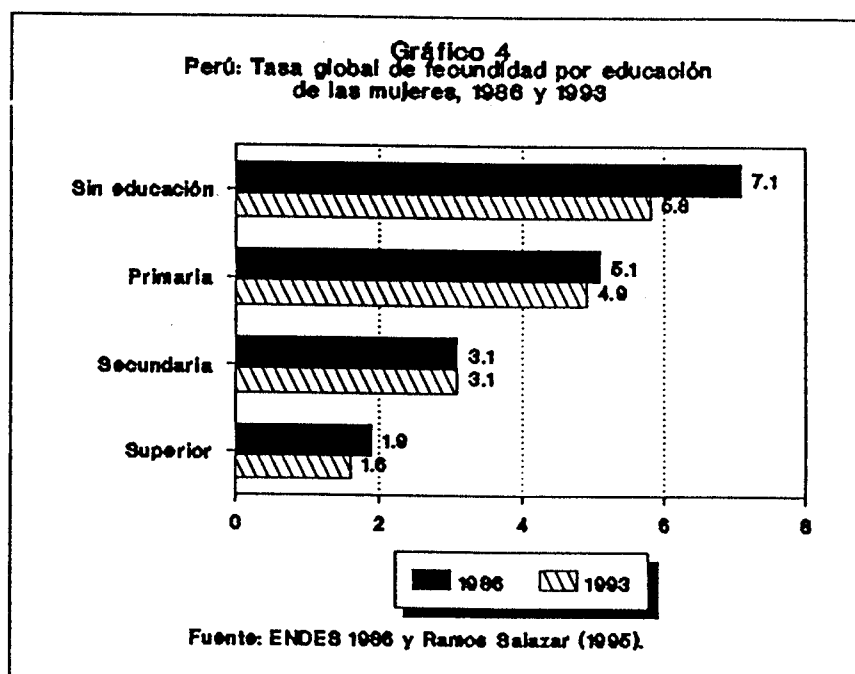
Fuentes: ENDES 1986 y 1991; Ramos Salazar, 1995.

Cuadro 4

Perú: Tasa global de fecundidad por educación, ocupación y estratos sociales según regiones naturales, 1993.

Características de las mujeres	Regiones naturales				
	Total País	Lima Metr.	Resto Costa	Sierra	Selva
EDUCACION					
0 año	5.8	3.7	5.1	6.1	6.1
1-3 años	5.8	4.4	5.2	6.3	6.6
4-6 años	4.4	3.4	4.0	4.9	5.3
7-8 años	4.2	3.7	4.1	4.8	4.8
9-11 años	2.8	2.5	2.9	3.3	3.2
12-14 años	1.8	1.7	1.8	2.1	2.2
15-16 años	1.4	1.3	1.5	1.5	1.8
OCUPACION Y EDUCACION					
Trabaja/Secundaria	1.6	1.4	1.6	1.9	2.1
Trabaja/Ninguno/Primaria	4.5	3.0	3.8	5.0	5.4
No trabaja/Secundaria	3.0	2.8	2.9	3.4	3.8
No trabaja/Ninguno/Primaria	5.2	3.8	4.5	5.8	5.8
ESTRATOS SOCIALES					
Bajo agrícola	6.0	2.8	4.5	6.4	6.3
Bajo no agrícola	3.1	2.4	2.9	4.6	4.1
Medio	2.6	2.2	2.7	3.3	3.4
Medio alto	2.4	2.0	2.5	2.8	2.8
Alto	2.2	2.0	2.1	2.7	nd

Fuente: Ramos Salazar, 1995.



Según la ENDES 1986 la diferencia en el nivel de la tasa global de fecundidad entre las mujeres sin educación y las que tienen educación superior era de 4.7 hijos; de acuerdo con la ENDES 1991-92 esta diferencia se elevó a 5.2 hijos por mujer, por haber aumentado la fecundidad de las mujeres sin educación (posiblemente por mejoras en las condiciones de salud de las mujeres o de atención de los servicios de salud o ambos, que no fueron acompañados por un aumento en el uso de anticonceptivos eficaces). De acuerdo con la ENDES 1991-92 la tasa global de las mujeres sin educación era de 7.1, la que disminuía en dos hijos cuando la mujer tenía educación primaria, en cuatro hijos cuando la educación era de nivel secundario y en 5.2 hijos en el caso de las mujeres con educación superior.

Entre la ENDES 1991-92 y las estimaciones realizadas a partir del Censo de 1993 (Ramos Salazar, 1995), sin embargo, ya se observa un descenso de la fecundidad de las mujeres con menor educación (sin ningún nivel y las que tienen educación primaria), lo que hace que la diferencia entre los grupos extremos se reduzca a 4.2 hijos, la que todavía tiene una magnitud impactante.

Estas diferencias en los niveles de fecundidad por tramos de educación inducen a considerar a la falta de educación como un importante factor que explica una paridez elevada y, en una altísima proporción de casos, no deseada, así como a considerar la importancia de la inclusión de componentes o programas educativos en las acciones del sector salud. Cabe señalar que, del total de mujeres en edad fértil, se encontrarían en esta situación aproximadamente 1,85 millones de mujeres en todo el país que, a su vez, constituyen el 33% del total de este grupo de mujeres.

El estudio de Ferrando y Aramburú (1992) muestra que el descenso de la fecundidad ha sido diferencial según grupos socioeconómicos. Allí se indica que las mujeres de los estratos medios y altos de la ciudad de Lima ya tenían una fecundidad de 4 hijos por mujer según el Censo de 1961, y de 3.4 según el de 1972, es decir, la misma fecundidad promedio del país en la actualidad. Según el mismo censo la fecundidad de las mujeres en los estratos populares era de 6.8 y en el resto del país (zonas urbanas y rurales) la fecundidad iba de 6.4 a 9 hijos por mujer.

De acuerdo a los últimos estudios realizados con datos del Censo 1993 (Ramos Salazar, 1995) se deduce que las diferencias sociales no sólo se mantienen sino que se han acentuado, si se consideran los estratos medio y alto por un lado y el estrato bajo agrícola por otro. En el primer caso la fecundidad va de 2.6 a 2.2 hijos por mujer; en los estratos bajos agrícolas se mantiene en 6 hijos por mujer. Lo interesante, sin embargo, es que no todo lo que puede considerarse estrato bajo está en esta misma situación, ya que el bajo urbano o no agrícola tiene una fecundidad de sólo 3.1 hijos por mujer, mostrando que los estratos populares urbanos parecen haber disminuido su fecundidad. Asumiendo alguna consistencia entre estos dos universos se puede decir que los estratos populares de Lima tenían una fecundidad de 6.8 en 1961 y los estratos populares urbanos en general una de 3.1 en 1993, lo que muestra una evolución muy diferente a la de los estratos populares de las zonas rurales.

Las diferencias geográficas de la fecundidad según regiones naturales no se mantienen exactamente igual cuando se analizan a la luz de variables como la educación o el trabajo de las mujeres. En efecto, que la educación es una variable que tiene mayor poder de discriminación que la variable geográfica lo demuestra el hecho de que las diferencias por educación son mayores que los encontrados entre regiones. Por ejemplo, entre Lima Metropolitana y la Selva hay una diferencia de 2.5 hijos pero entre las mujeres más educadas y las analfabetas dentro de la Selva la diferencia es de 4.3 hijos, en la Sierra de 4.6 hijos, en Lima Metropolitana de 2.4 hijos y en el resto de la Costa de 3.6 hijos por mujer. También se advierte que para disminuir el nivel de fecundidad la educación de la madre es más importante que el hecho de que la mujer trabaje, ya que las que tienen educación secundaria, ya sea que trabajen o no, son siempre las que muestran las tasas de fecundidad más bajas.

En suma, estos diferenciales ponen de manifiesto, una vez más, que el estrato social al que pertenecen las mujeres define ciertos comportamientos reproductivos diferenciales y que la educación muestra una asociación importante con el nivel de la tasa global de fecundidad. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el número de hijos que una mujer tiene no refleja necesariamente, como se verá más adelante, el número de hijos deseados sino que está, por lo general, por encima de aquel. Las diferencias en el número de hijos tenidos no son necesariamente expectativas diferentes en cuanto al tamaño deseado de familia sino que parecen ser, más bien, la expresión de una desigualdad de oportunidades para el acceso a métodos seguros y eficientes para la planificación de su fecundidad. Esto pone de manifiesto, como señala Aramburú (1995) que "la sociedad peruana sigue estando dividida por brechas profundas de pobreza y acceso diferenciado a los servicios que las tendencias demográficas no hacen sino confirmar".

3. Conclusiones

Una característica importante del descenso de la fecundidad en el Perú son las desigualdades geográficas y sociales del mismo. En efecto, se observan marcadas diferencias entre la fecundidad urbana y rural, que se han ido acentuando, por lo menos hasta el Censo de 1981, debido a la mayor reducción del número de hijos en las zonas urbanas. Según los datos del Censo de 1993, la fecundidad rural sería exactamente el doble que la urbana, con 5.6 frente a 2.8 hijos por mujer. También se observan importantes diferencias en el nivel de la fecundidad según regiones naturales, grado de urbanización y departamentos del país.

Desde el punto de vista del nivel educativo de la mujer y el estrato social del jefe del hogar, también se han observado diferencias importantes que permiten identificar grupos de mayor riesgo reproductivo entre las mujeres sin educación o con educación primaria y las que pertenecen a los hogares de estrato social bajo con inserción en actividades agrícolas. A través de los datos para Perú se pone una vez más de manifiesto que la educación de la mujer tiene un rol preponderante en relación con su fecundidad.

III. DETERMINANTES PROXIMOS DE LOS CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD

En la sección anterior se mostraron los cambios en el nivel de fecundidad de las mujeres en el Perú según diferentes contextos geográficos y socioeconómicos, lo que puede permitir identificar, en diferentes niveles de desagregación, sectores donde pueden localizarse programas de atención de salud o áreas prioritarias para el desarrollo de campañas educativas en este campo. Las variables analizadas tienen un carácter contextual pero también ejercen una influencia sobre los individuos, de modo que los inducen a un determinado comportamiento reproductivo.

Esta influencia de los factores socioeconómicos y culturales sobre la fecundidad no es, sin embargo, directa sino que, como mostraron Davis y Blake (1956), se ejerce a través de ciertos mecanismos o aspectos directamente vinculados con la reproducción: a) los factores que afectan la exposición a las relaciones sexuales, entre los que están la formación y disolución de las uniones; b) los que rigen la exposición de las relaciones sexuales dentro de las uniones; c) los que afectan la exposición a la concepción y d) los que afectan el embarazo y el parto.

Diversos estudios se han llevado a cabo en América Latina desde que estos autores plantearon y desarrollaron el concepto de variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad, y se ha detectado que hay al menos cuatro variables que tienen importancia fundamental en el descenso de la fecundidad (Bongaarts, 1978). Estas son: la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la insusceptibilidad postparto y el aborto.

1. Diferenciales de los determinantes próximos de la fecundidad

Para observar el comportamiento de los determinantes próximos de la fecundidad se presenta en el Cuadro 1 un conjunto de indicadores clasificados por área de residencia urbano-rural, regiones y nivel educativo de las mujeres.

Existe un comportamiento diferencial de los determinantes próximos por área de residencia. En la zona urbana existe una menor exposición a las relaciones sexuales, tomando como indicador un mayor porcentaje de meses en unión (47%), una mayor edad a la primera unión (21.9 años) e, incluso, a la primera relación sexual (20.1 años), todo lo que favorece una menor fecundidad. La duración de la insusceptibilidad postparto, sin embargo, es menor en todos sus indicadores -y ello aumenta la exposición al riesgo de concebir- pero ésto se ve ampliamente compensado con una mayor prevalencia de anticonceptivos en general (66.1%) y de anticonceptivos modernos, en particular (39.7%).

En la zona rural, en cambio, las mujeres muestran una mayor permanencia en las uniones (64.4%) siendo también menor la edad mediana a la primera unión (19.1 años) y a la primera relación sexual (17.7 años). Esto está asociado asimismo con una baja prevalencia de anticonceptivos (41.4%) y, en especial, de métodos modernos (15.5%), factores todos ellos consistentes con el mantenimiento de una fecundidad elevada. Se observa que los índices de insusceptibilidad postparto son más elevados que en las zonas urbanas pero ésto no parece suficiente para contrarrestar el efecto de las variables antes mencionadas.

Cuadro 1
Perú: Variables asociadas con los determinantes próximos de la fecundidad en mujeres unidas de edad fértil, 1991.

Características de las mujeres	Tasa global de fecundidad	Nupcialidad			Insusceptibilidad postparto			Uso de anticonceptivos		
		Porcentaje de meses en unión*	Edad mediana primera unión**	Edad mediana primera rel. sexual	Promedio meses en lactancia	Amenorrea post-parto (meses)	Infert. post-parto (meses)	Total	Métodos modernos	Métodos tradicionales
TOTAL	3.5	51.1	21.1	19.4	17.3	8.4	9.5	59.0	32.8	26.2
AREA DE RESIDENCIA										
Urbana	2.8	47.2	21.9	20.1	14.2	6.0	7.2	66.1	39.7	26.4
Rural	6.2	64.4	19.1	17.7	20.0	11.6	12.3	41.1	15.5	25.6
REGION NATURAL										
Lima Metr.	2.1	40.5	23.8	21.2	12.3	4.4	4.9	72.7	47.4	25.2
Resto costa	3.3	53.2	20.8	19.4	14.5	5.1	6.1	62.1	37.0	25.2
Sierra	4.9	57.0	20.1	18.5	20.5	11.5	12.2	49.5	20.1	29.4
Selva	5.1	63.6	19.0	17.4	17.5	8.6	9.4	48.3	25.6	22.7
NIVEL DE EDUCACION										
Sin educación	7.1	83.4	18.8	17.2	21.9	13.1	13.2	34.9	11.2	23.7
Primaria	5.1	68.8	19.0	17.7	19.3	11.2	11.8	51.3	24.0	27.3
Secundaria	3.1	42.1	21.4	19.6	14.8	5.7	7.1	65.6	39.6	26.0
Superior	1.9	37.8		23.5	10.3	4.2	4.6	73.2	47.9	25.4

* En los cinco años que precedieron a la encuesta.

** Mujeres de 25-49 años.

Fuente: ENDES 1991-92 y CENTRO, 1993.

En el caso de Lima Metropolitana, su baja fecundidad promedio de 2.1 hijos por mujer) está asociada con un menor porcentaje de permanencia en las uniones (40.5%) y mayor edad de entrada a las mismas (23.8 años) que lo que se observa para el total de las zonas urbanas. También la prevalencia anticonceptiva en Lima es mayor que el promedio urbano (72.7%) y más elevado el uso de anticonceptivos modernos (47.4%).

En el otro extremo se encuentra la alta fecundidad de la Sierra y de la Selva (4.9 y 5.1, respectivamente) asociadas con altos porcentajes de permanencia en las uniones y más baja edad de entrada a las mismas. Si bien el nivel de la fecundidad promedio es muy similar en estas dos zonas, las variables intermedias no se comportan exactamente de la misma manera. En la Selva la permanencia en las uniones es mayor que en la Sierra y menor la edad a la primera unión todo lo que podría inducir una mayor fecundidad. Sin embargo, aunque la prevalencia total de anticonceptivos es de magnitud similar su composición es diferente: en la Selva es mayor el porcentaje de anticonceptivos modernos mientras que en la Sierra predominan los métodos tradicionales. A su vez, es posible que el hecho de que la insusceptibilidad postparto sea de mayor duración en la Sierra que en las otras regiones sea un factor que incida en que su fecundidad no sea aun más elevada de lo que es, pese al bajo uso de anticonceptivos modernos (20.1%). Finalmente, la fecundidad de 3.3 hijos por mujer que se registra en el Resto costa se explica fundamentalmente por el relativamente elevado uso de anticonceptivos, que es de 62.1% para el total de los métodos y de 37% para los métodos modernos, ya que los indicadores de nupcialidad son similares a los de la Sierra y la insusceptibilidad postparto relativamente reducida.

En cuanto a los grupos según diferente nivel educativo, las elevadas tasas de fecundidad de las mujeres sin educación (7.1) o con educación primaria (5.1) están asociadas con prolongados períodos de permanencia en las uniones, baja edad de entrada a las mismas, prolongados períodos de insusceptibilidad postparto pero muy bajo uso de métodos anticonceptivos. Entre las mujeres sin educación el uso de métodos modernos llega sólo al 11.2% y, entre las que recibieron educación primaria, al 24%. Entre las mujeres con educación superior, en contraste, su bajo nivel de fecundidad se explicaría por una baja permanencia en uniones y un uso elevado de anticonceptivos, de nivel similar al del promedio de Lima Metropolitana.

Si bien no se cuenta con información comparable sobre el aborto, por su importancia en el nivel de la fecundidad y como problema de salud de las mujeres, este tema se desarrolla en el capítulo VI.

2. Tendencias de las variables próximas entre 1986 y 1991

La nupcialidad es uno de los determinantes próximos de la fecundidad. De acuerdo con los censos de población y algunas encuestas, el porcentaje de mujeres en unión conyugal ha oscilado entre 55% y 60% desde 1961 (INEI, CNP, IRD, 1986), mostrando entre las últimas dos ENDES un descenso de 58% a 55.1% en la proporción de casadas y unidas, que es producto de un aumento de las uniones en las áreas rurales y una disminución de las mismas en las urbanas.

Simultáneamente a este leve descenso en la proporción de mujeres en unión se ha observado que las mujeres jóvenes tienden a consolidar sus uniones conyugales a una edad más tardía que lo que lo hacían las mujeres que en la actualidad tienen más edad. A modo de ejemplo puede citarse que, en 1991, entre las mujeres de 45 a 49 años el 59% se había unido antes de cumplir los 22 años pero este porcentaje había descendido a 51% cuando se consultó a las mujeres de 25-29 años. Se ha visto también que tanto el mayor nivel de urbanización del lugar de residencia como el hecho de que la mujer haya recibido mayor educación, dan lugar a incrementos en la edad a la primera unión. En efecto, las encuestas ENDES muestran que la edad mediana a la primera unión era de 20.5 años en 1986 frente a 21.1 años en 1991, encontrándose las más elevadas entre las mujeres urbanas, con mayor educación y entre las que residen en Lima Metropolitana. De acuerdo con esto se estaría, en los últimos años en un proceso de disminución del porcentaje de uniones, asociado con una postergación de la edad a la primera unión, factores que están asociados con el descenso de la fecundidad.

En cuanto a la insusceptibilidad postparto, las encuestas ENDES muestran que ha habido una relativa estabilidad en las proporciones de las variables asociadas con este período entre 1986 y 1991, con la única excepción de la lactancia, caso en el que se puede apreciar un pequeño incremento en el número de meses, de 16.3 a 17.7, atribuibles a incrementos que se dieron en las áreas urbanas, especialmente en Lima Metropolitana. Desde el punto de vista de su influencia sobre los cambios en la fecundidad, el aumento en el tiempo de lactancia podría haber inducido a un descenso de la misma pero esto hubiera sido contrarrestado, a nivel global, por la disminución de la abstinencia sexual postparto. De todas maneras, los cambios observados parecen ser de poca magnitud como para afectar el descenso de la fecundidad.

Finalmente, estudios realizados desde fines de la década de los años 60 han mostrado que el uso de la anticoncepción entre todas las mujeres en edad fértil en el Perú ha registrado un continuo aumento, que fue de 12% en 1969-70 a 36% en 1991-92 para el conjunto de los métodos disponibles (Padilla, 1994 citado por Ferrando, 1995). Si se consideran sólo las mujeres unidas este porcentaje se eleva, en 1991-92, al 59%. En particular, en el período que se encuentra entre las dos ENDES las mujeres en edad fértil han aumentado el uso de anticonceptivos del 28% al 36%, mientras que las mujeres en unión lo han hecho del 46% al 59%. No obstante lo anterior, un hecho a destacar es el peso importante que tiene el uso de métodos tradicionales cuya confiabilidad es baja. Todavía en 1991, según la ENDES, del 35.7% de mujeres en edad fértil que usaban algún método anticonceptivo, el 19.9% usaba algún método moderno y 15.8% un método tradicional (ritmo o retiro). Si se considera a las mujeres unidas en el momento de la encuesta, el 59% de usuarias se encontraba compuesto por un 32.8% asociado a un método moderno y un 26.2% a uno tradicional. Como método único, el ritmo es el método más utilizado por las mujeres peruanas (12.5% del total de mujeres en edad fértil y 20.7% del total de unidas).

A pesar de esta alta prevalencia de métodos tradicionales (44% en el total de usuarias) existe consenso en afirmar que el uso de anticonceptivos es la variable intermedia más fuertemente asociada con el descenso de la fecundidad, por lo que este tema se desarrolla en el capítulo IV.

Para estudiar la influencia de las variables intermedias, Rivera Araujo (1992) ha realizado un estudio para el Perú aplicando el modelo de Bongaarts (1978, 1982), que permite cuantificar el impacto que cada una de ellas ha tenido en el descenso de la fecundidad. Se ha utilizado información sobre nupcialidad, insusceptibilidad postparto (duración de la amenorrea y abstinencia postparto) y anticoncepción obtenida de las encuestas ENDES, excluyéndose el aborto inducido por no contarse con la información apropiada. El modelo permite estimar tasas de fertilidad, fecundidad natural, marital y tasa global de fecundidad e identificar el porcentaje de reducción de la fecundidad que le corresponde a cada una de las variables intermedias entre la tasa de fertilidad y la tasa global de fecundidad.

Las variables consideradas demostraron tener un efecto diferencial en cada uno de los años considerados (1986 y 1991) así como en la reducción de la fecundidad entre ambas fechas. Así, de acuerdo con este estudio, la nupcialidad afectó el nivel de la fecundidad en un 43 % en 1986 y en un 48 % en 1991; el efecto de la anticoncepción fue de 32 % en 1986 y aumentó a 41 % en 1991 mientras que el impacto de la insusceptibilidad postparto fue de 30 % en 1986 disminuyendo a 29 % en 1991. Estos resultados permiten a la autora concluir que, a pesar de ser la nupcialidad la variable que tiene mayor influencia en cada uno de los momentos que se analizaron, el descenso de la fecundidad en el período 1986-91 se debe principalmente al efecto inhibitorio de la anticoncepción, que incrementó su efecto (de 32 a 41 %) entre ambas encuestas de acuerdo con los índices calculados.

En el estudio citado se encontró, asimismo, que el papel de las variables intermedias en la disminución de la fecundidad es diferencial por área de residencia y educación. En el primer caso, en el Área Metropolitana de Lima y Callao la nupcialidad tuvo un impacto importante en la disminución de la fecundidad tanto en 1986 como en 1991 y, entre ambas fechas, fue la variable que más incrementó su peso (9 %) frente a la anticoncepción que lo aumentó en un 7 %. Mientras que en el resto urbano se encontró un comportamiento similar al del Área Metropolitana, las áreas rurales del Perú se caracterizaron, en contraste, por un importante incremento en el uso de la anticoncepción, que fue de 12 % (de 15 a 27 %) en el período, mientras que las otras dos variables disminuyeron su peso en un 2 % cada una.

Desde el punto de vista del nivel educativo, por su parte, se encontró en este estudio que, al igual que en el Área Metropolitana, entre las mujeres con mayor educación la nupcialidad tiene un peso más importante que las demás variables intermedias consideradas como inhibidora de la fecundidad y que, incluso, ha habido un incremento del peso de esta variable entre 1986 y 1991, mientras que la anticoncepción disminuye su peso entre ambas fechas. Entre las mujeres sin instrucción, por el contrario, mientras que la nupcialidad y la insusceptibilidad postparto varían poco entre ambas encuestas (la insusceptibilidad disminuye de 39 a 38 % y la nupcialidad de 29 a 24 %), la influencia de la anticoncepción aumenta del 10 al 20 %. Finalmente, entre las mujeres con educación primaria la insusceptibilidad tiene un peso importante en las dos fechas consideradas pero éste no se incrementa con el tiempo, mientras que sí lo hace la anticoncepción (de 24 % en 1986 a 35 % en 1991), mostrándose como la variable intermedia más importante durante el período 1986-91.

3. Conclusiones

La influencia de los factores socioeconómicos y culturales sobre el descenso de la fecundidad se hace efectiva a través de mecanismos específicos mediante los cuales operan. Estas son las denominadas variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad que, a diferencia de los anteriores, actúan en forma directa sobre el comportamiento reproductivo. Entre los determinantes próximos existen cuatro variables que tienen una importancia fundamental en el descenso de la fecundidad: la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la insusceptibilidad postparto y el aborto.

En relación con las tres primeras variables, sobre las que se dispone de información confiable a partir de las Encuestas de Demografía y Salud de 1986 y 1991-92, se ha observado que la baja fecundidad está relacionada con bajo porcentaje de uniones y mayor edad a la primera unión, a mayor uso de anticonceptivos y, en particular, de anticonceptivos modernos, y a períodos más cortos en insusceptibilidad postparto (que incluye lactancia, amenorrea y abstinencia postparto). En contraste, la fecundidad elevada se asocia con mayor porcentaje de uniones, edad más baja a la primera unión, menor uso de anticonceptivos (y predominio de métodos tradicionales) y períodos más prolongados de insusceptibilidad postparto.

En un estudio realizado por Rivera Araujo (1992) para determinar el peso de las variables intermedias mediante la aplicación del modelo de Bongaarts (1978, 1982) a los datos de las encuestas ENDES se ha podido determinar que, para el conjunto de las mujeres, de las tres variables consideradas (nupcialidad, anticoncepción e insusceptibilidad postparto) la anticoncepción aparece como el principal factor responsables del descenso de la fecundidad entre 1986 y 1991.

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

1. Conocimiento de métodos anticonceptivos

La información de que se dispone a partir de las encuestas de demografía y salud de 1986 y 1991-92 ha demostrado que el tema de la anticoncepción se encuentra ampliamente difundido entre las mujeres peruanas de edad fértil y que el 96% de ellas conoce al menos un método en 1991 frente a un 88% en 1986. Loza y Vallenas (1992) observaron que, incluso a nivel nacional, no hay mucha diferencia en el conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres que todavía no tienen hijos y las que tienen hasta 5 hijos, aunque sí advierten un menor conocimiento en las mujeres de mayor paridez.

En el **Cuadro 1** se muestran los porcentajes de mujeres unidas que conocen al menos un método de planificación familiar, de las que conocen algún método moderno y de las que pueden identificar un lugar donde adquirir o conseguir este producto, según la edad de las mujeres, el área de residencia, las regiones naturales del país y el nivel de educación.

Se ve que, en general, es muy elevado el conocimiento de "cualquier método" anticonceptivo. Al observar, sin embargo, el porcentaje de mujeres que declara conocer más específicamente algún método moderno y un lugar dónde obtenerlo, se detectan algunos grupos con niveles menores de conocimiento, tales como las mujeres jóvenes al comienzo de su ciclo reproductivo (15-19 años), las mujeres rurales, las de la Sierra y las mujeres sin educación. Especialmente este último grupo muestra las mayores diferencias en las tres variables analizadas advirtiéndose la menor información que prevalece entre ellas, dado que sólo un 56% ha declarado conocer una fuente dónde obtener un método anticonceptivo moderno. Como se verá más adelante, las categorías de mujeres que tienen menores conocimientos sobre la anticoncepción son, al mismo tiempo las que, en un elevado porcentaje, ya no desean tener más hijos.

2. Uso de métodos anticonceptivos

Del hecho que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se encuentre tan difundido en la actualidad no puede inferirse que su uso también lo está. La utilización de métodos de regulación de la fecundidad y su incorporación a la vida privada de las personas, puede implicar un cambio profundo de mentalidad y un enfrentamiento con comportamientos y actitudes tradicionales resistentes al cambio, frecuentemente enraizadas en los medios sociales, económicos y culturales en que se encuentran las mujeres. No se puede desconocer, sin embargo, que muchas veces la baja prevalencia anticonceptiva está igualmente ligada a la falta de programas de planificación familiar, ya sean públicos o privados, y a las dificultades de acceso de los usuarios a los distintos métodos.

Cuadro 1
Perú: Conocimiento de métodos anticonceptivos y de sus fuentes
según algunas características de las mujeres unidas, ENDES 1991

Características de las mujeres	Conoce algún método	Conoce un método moderno*	Conoce fuente para un método moderno
TOTAL	96.9	94.5	89.1
EDAD			
15-19	89.8	85.9	73.0
20-24	97.1	93.7	87.9
25-29	97.9	96.3	92.1
30-34	98.0	96.3	92.5
35-39	97.7	95.6	90.7
40-44	96.1	93.4	87.0
45-49	95.0	91.8	85.1
AREA DE RESIDENCIA			
Urbana	99.2	98.5	96.3
Rural	91.1	84.5	71.1
REGION NATURAL			
Lima Metr.	99.8	99.6	98.9
Resto costa	99.3	98.9	95.4
Sierra	93.4	88.0	77.5
Selva	94.7	91.4	84.8
NIVEL DE EDUCACION			
Sin educación	83.5	72.9	55.8
Primaria	95.8	92.5	83.5
Secundaria	99.7	99.3	97.9
Superior	100.0	100.0	99.5

* Incluye la píldora, el DIU, la esterilización femenina y masculina, las inyecciones, los métodos vaginales y el condón.

Fuente: ENDES 1991-92.

De acuerdo con la ENDES 1991-92 (Cuadro 2 y Gráfico 1), 35.7% de todas las mujeres en edad fértil es la proporción de usuarias de anticonceptivos en el Perú. En este caso un 19.9% se orienta hacia los métodos modernos y un 15.8% hacia los tradicionales mientras que un 64.3% se ha declarado no usuaria de métodos para regular su fecundidad. Hay que considerar que una parte de estas mujeres no se encuentra expuesta al riesgo de concebir ya sea por no estar en uniones o no ser sexualmente activas. En el caso de las mujeres casadas o en uniones de hecho, la proporción de usuarias totales se eleva al 59%, similar a la encontrada en países como Brasil o República Dominicana. La gran diferencia con estos países, sin embargo, es que el Perú tiene sólo un 32.8% de usuarias de métodos modernos mientras que en aquellos países esta proporción es superior al 50% (DHS, 1994).

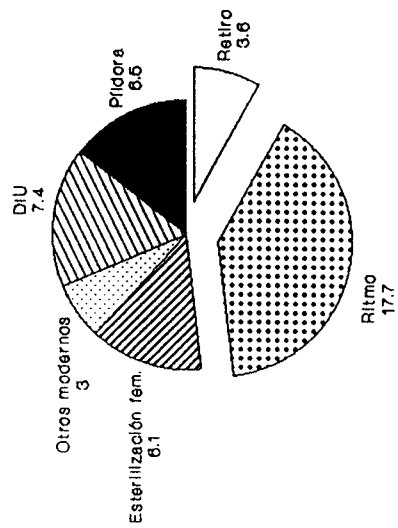
Cuadro 2
Perú: Uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres unidas según algunas características de las mujeres, 1991-92

Características de las mujeres	Tasa global de fecundidad	Cualquier método	Métodos modernos					Métodos tradicionales					No usan	Total		
			Un método moderno	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Un método tradic.	Ritmo			Retiro	Otro
TOTAL	3.5	59.0	32.8	5.7	13.4	1.9	1.0	2.8	7.9	0.1	26.2	20.7	3.9	1.6	41.0	100.0
EDAD																
15-19		29.1	10.9	4.7	4.9	0.1	0.6	0.7	0.0	0.0	18.2	12.6	4.5	1.1	70.9	100.0
20-24		49.1	27.0	6.9	13.9	3.1	0.7	1.9	0.4	0.0	22.1	16.5	4.1	1.2	50.9	100.0
25-29		59.5	34.5	7.8	18.3	2.4	1.0	2.7	2.2	0.1	25.0	19.1	4.5	1.3	40.5	100.0
30-34		67.3	39.7	8.5	17.6	2.7	1.1	4.0	5.8	0.1	27.6	22.7	3.3	1.4	32.7	100.0
35-39		69.9	39.5	5.4	14.1	1.8	0.7	3.0	14.2	0.3	30.4	25.1	3.4	1.7	30.1	100.0
40-44		63.8	32.6	1.7	9.2	1.1	1.7	3.2	15.5	0.1	31.2	24.1	4.2	2.8	36.2	100.0
45-49		42.7	22.3	1.4	3.6	0.1	0.8	2.2	14.0	0.1	20.3	15.7	3.3	1.4	57.3	99.9
AREA DE RESIDENCIA																
Urbana	2.8	66.1	39.7	6.5	16.7	2.1	1.1	3.5	9.6	0.1	26.4	21.3	3.7	1.4	33.9	100.0
Rural	6.2	41.1	15.5	3.7	5.0	1.4	0.7	1.2	3.5	0.0	25.6	19.3	4.2	2.1	58.9	100.0
REGIONES NATURALES																
Lima Metr.	2.1	72.7	47.4	7.0	22.7	1.5	1.6	6.1	8.4	0.1	25.2	20.5	3.5	0.8	27.3	99.9
Resto costa	3.3	62.1	37.0	8.2	12.5	1.7	1.2	1.9	11.3	0.1	25.2	18.3	5.5	1.3	37.9	100.1
Sierra	4.9	49.5	20.1	2.3	8.9	2.1	0.3	1.5	4.8	0.2	29.4	24.2	3.5	1.6	50.5	100.0
Selva	5.1	48.3	25.6	6.2	6.8	2.7	1.0	1.3	7.4	0.1	22.7	16.6	2.4	3.6	51.7	100.0
NIVELES DE EDUCACION																
Sin educación	7.1	34.9	11.2	1.3	3.9	1.2	0.1	0.8	3.9	0.0	23.7	17.5	3.7	2.5	65.1	100.0
Primaria	5.1	51.3	24.0	4.5	7.6	1.4	0.7	1.9	7.8	0.1	27.3	20.5	4.6	2.1	48.7	100.0
Secundaria	3.1	65.6	39.6	7.7	16.8	2.7	1.4	3.0	7.8	0.2	26.0	20.8	3.8	1.4	34.4	100.0
Superior	1.9	73.2	47.9	6.3	22.7	1.8	1.3	5.6	10.1	0.1	25.4	22.3	2.5	0.6	26.8	100.1

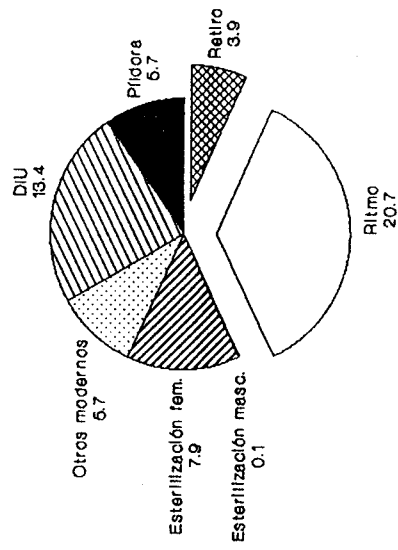
Fuente: ENDES 1991-92

Gráfico 1 Perú: Uso de anticonceptivos

Mujeres unidas, 1986



Mujeres unidas, 1991



Fuente: ENDES 1991-92

El uso de anticonceptivos ha aumentado entre 1986 y 1991, de acuerdo con las encuestas ENDES, de 28% a 35.7% entre todas las mujeres en edad fértil y de 45.8% a 59% entre las mujeres unidas al momento de las encuestas (Loza y Vallenas, 1992). A pesar de la preferencia por el ritmo, que incluso aumenta su peso entre ambas encuestas, es posible observar que entre 1986 y 1991 el uso de métodos modernos aumentó en un 43% (de 23% a 32.8% de prevalencia), mientras que el de métodos tradicionales sólo lo hizo en un 15% (entre 22.8% y 26.2%).

Entre los métodos modernos el más usado al momento de la encuesta fue el DIU (13.4%), seguido de la esterilización femenina (7.9) y la píldora (5.7%). Posiblemente el hecho de que la esterilización femenina no se haya expandido más pueda deberse al hecho de que Perú es el país que se cuenta entre los que tienen las restricciones más rigurosas: "la esterilización es legal sólo para salvar la vida de la mujer, requiere la aprobación de un comité y debe realizarla un médico en un hospital" (Population Reports, 1990).

Los métodos tradicionales son usados por el 26.2% de las mujeres casadas o unidas. De éstos, el ritmo o abstinencia periódica es el más frecuente, siendo utilizado por el 20.7% de las usuarias (lo que representa el 79% del total de usuarias de métodos tradicionales). El retiro ha sido declarado en segundo lugar con apenas un 3.9% de usuarias. Considerando la importancia del ritmo dentro de los métodos tradicionales Loza y Vallenas (1992) han examinado algunas características de estas usuarias, destacando el hecho de que estas mujeres lo utilizan, por lo general, todo a lo largo de su ciclo reproductivo con el fin de limitar los nacimientos aun cuando, aproximadamente un 30% de estas mujeres tendrían un conocimiento incorrecto del período fértil, lo que conduce inevitablemente al fracaso del método.

A este respecto Padilla (1994) ha estimado que el ritmo o abstinencia periódica es el método anticonceptivo con mayor probabilidad de error, con una tasa de falla del 31.5%. Respecto a los restantes métodos las probabilidades de falla son: retiro 27.3%, métodos vaginales 22%, condón 15.2%, inyección 6.1%, píldora 6.1% y DIU 1.2%. Las probabilidades de falla son también diferenciales por lugar de residencia de las mujeres, edad y nivel educativo. En el caso del ritmo, las tasas de falla suben a 39.3% en el área rural, a 40.7% en las mujeres entre 15 y 24 años y a 35.3% en las mujeres con educación primaria.

3. Diferenciales en el uso de anticonceptivos

El uso actual de métodos anticonceptivos según algunas características de las mujeres unidas permite identificar las preferencias de los distintos grupos o, visto desde otra perspectiva, el acceso diferencial que ellas tienen a los programas de planificación familiar y a las fuentes para la adquisición de los mismos.

En efecto, en el Cuadro 3 puede verse que los métodos tradicionales tienen un peso muy importante dentro del total de usuarias, siendo empleados por el 44.4% de las mismas. En general, entre las usuarias unidas de 20 años y más el peso de los métodos anticonceptivos

tradicionales se encuentra entre el 40 y el 50%. Existen, sin embargo, grupos de mujeres en los cuales su peso es mucho más decisivo, de alrededor del 60%. Estas son las mujeres muy jóvenes de 15-19 años, las mujeres rurales, las mujeres de la Sierra y las mujeres sin educación. En particular, donde más se aprecia el uso de métodos tradicionales es entre las mujeres sin educación, donde éste es empleado por el 68% de las usuarias.

Complementariamente, las usuarias entre las cuales hay mayor predominio de uso de métodos modernos son las que se encuentran en las edades centrales del ciclo reproductivo, las mujeres urbanas, las que residen en Lima Metropolitana y el Resto Costa y las mujeres con educación secundaria y superior, que son las que tienen los niveles más bajos de fecundidad.

Cuadro 3
Perú: Porcentaje de usuarias de anticonceptivos
por tipo de método, 1991-92

Características de las mujeres	Total de usuarias	Un método moderno	Un método tradic.
TOTAL	100.0	55.6	44.4
EDAD			
15-19	100.0	37.5	62.5
20-24	100.0	55.0	45.0
25-29	100.0	58.0	42.0
30-34	100.0	59.0	41.0
35-39	100.0	56.5	43.5
40-44	100.0	51.1	48.9
45-49	100.0	52.2	47.5
AREA DE RESIDENCIA			
Urbana	100.0	60.1	39.9
Rural	100.0	37.7	62.3
REGIONES NATURALES			
Lima Metr.	100.0	65.2	34.7
Resto costa	100.0	59.6	40.6
Sierra	100.0	40.6	59.4
Selva	100.0	53.0	47.0
NIVELES DE EDUCACION			
Sin educación	100.0	32.1	67.9
Primaria	100.0	46.8	53.2
Secundaria	100.0	60.4	39.6
Superior	100.0	65.4	34.7

Fuente: ENDES 1991-92

En cuanto al tipo de método moderno empleado se observa (Cuadro 2) que entre las mujeres de 20 a 34 años el DIU tiene el primer lugar indiscutido (entre 14 y 18%), seguido por la píldora (entre 6 y 9%). Las adolescentes no muestran una preferencia marcada por ninguno de estos dos métodos, cuya prevalencia es similar en ambos casos (4.9 y 4.7%) y, entre las mujeres de 35 a 39 años el DIU pasa a competir con la esterilización femenina (14.1 y 14.2% respectivamente). A partir de los 40 años las mujeres han optado claramente por la esterilización.

En todos los grupos de mujeres según área de residencia, regiones o nivel educativo, el DIU sobrepasa a la píldora y a la esterilización femenina. Muy por encima de los otros métodos está entre las mujeres urbanas, entre las de Lima Metropolitana y el Resto costa y entre las mujeres más educadas. Todas ellas, como segunda opción, prefieren la esterilización a la píldora.

Aunque con niveles bastante menores de prevalencia, las mujeres rurales, las de la Sierra y las que no han recibido educación también han preferido el DIU aunque, entre las de la Selva este método compite con la esterilización femenina (6.8 y 7.4% respectivamente).

4. Fecundidad deseada y demanda insatisfecha de planificación familiar

Como se observó anteriormente, el descenso de la fecundidad no tuvo la misma intensidad en todos los grupos sociales. Las mujeres de la Sierra y de la Selva, las más alejadas de los centros urbanos, más pobres, con menor educación y más marginadas desde el punto de vista de la atención de salud, son las que presentan las tasas más altas de fecundidad.

También se ha visto que es en estos mismos sectores donde las mujeres hacen menos uso de los métodos de regulación y control de la fecundidad y, gran parte de las que lo hacen, optan por métodos de baja eficacia o alta probabilidad de falla, que dan lugar a embarazos no deseados.

En su investigación sobre las preferencias reproductivas, la ENDES 1991-92 ha puesto de manifiesto que existe un 64.4% de las mujeres unidas (que no se encuentran esterilizadas) que han manifestado el deseo de no tener más hijos, porcentaje similar al encontrado con la ENDES 1986, de 63.9% (Cuadro 4) observándose, incluso, un pequeño descenso en la proporción de mujeres que desea tenerlos y un aumento en el porcentaje de mujeres que fueron esterilizadas. Se advierte también que en 1991 hay una preferencia más definida que en 1986 por el modelo de familia con 2 hijos (53.6%), lo que coincide con la tasa global de fecundidad deseada que es de 2 hijos para el total de las mujeres.

El deseo de no tener más hijos se manifiesta, contrariamente a lo esperable, desde muy temprana edad, ya que tienen esta actitud el 41.6% de las mujeres de 15-19 años y el 53.9% de las de 20-24 años. Entre las mujeres mayores, las proporciones de las que no desean tener más hijos ascienden a 64.4% en las de 25-29 años y a alrededor de 70% entre las de 30 a 44 (ENDES 1991-92). Además, como lo muestra el Cuadro 5, que incluye también a las mujeres

Cuadro 4
Perú: Distribución porcentual de mujeres unidas
según deseo de tener más hijos y número ideal
de hijos, ENDES 1986 y 1991.

Variables	ENDES 1986	ENDES 1991
Preferencia por más hijos		
Total	100.0	100.0
Desea	22.8	20.8
Indecisa	2.5	2.6
No desea	63.9	64.4
Esterilizada	6.1	8.0
Infértil	4.7	4.2
Número ideal de hijos		
Total	100.0	100.0
Ninguno	1.7	1.9
1 hijo	11.8	9.0
2 hijos	40.1	53.6
3 hijos	23.7	19.0
4 hijos	11.8	10.1
5+ hijos	7.9	4.5
No especificado	3.0	1.9

Fuente: ENDES 1986 y 1991.

Cuadro 5
Perú: Porcentaje de mujeres unidas que no desean
tener más hijos o que están esterilizadas, ENDES 1991

Características de las mujeres	Porcentaje de mujeres que no desea más hijos
TOTAL	72.4
AREA DE RESIDENCIA	
Urbana	70.5
Rural	76.9
REGION NATURAL	
Lima Metr.	66.8
Resto costa	71.2
Sierra	78.4
Selva	71.7
NIVEL DE EDUCACION	
Sin educación	83.3
Primaria	80.0
Secundaria	67.7
Superior	60.8

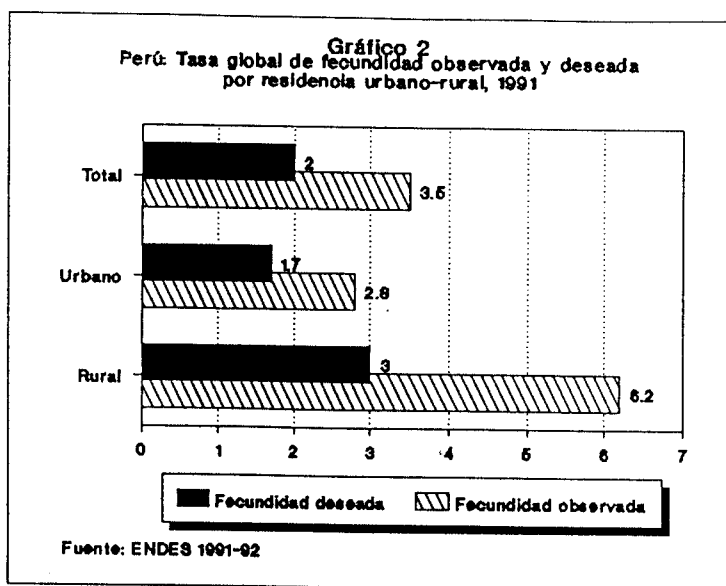
Fuente: ENDES 1991.

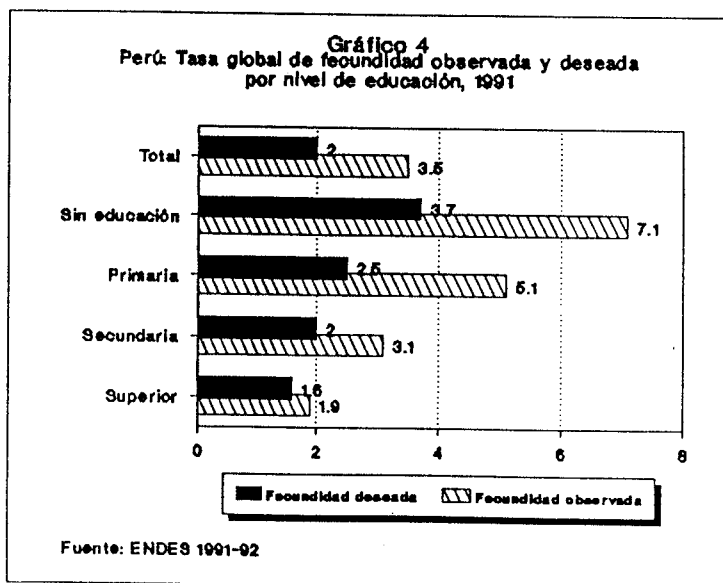
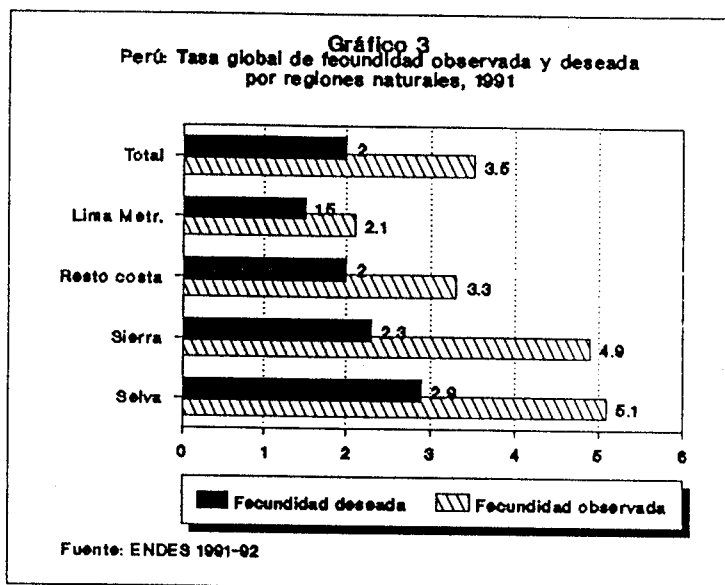
esterilizadas, las mayores proporciones de mujeres en unión que no desean tener más hijos se encuentran en las zonas rurales, en la Sierra y entre las mujeres sin educación o con nivel primario, que son precisamente las que tienen menos conocimiento y hacen menos uso de los métodos anticonceptivos y, en particular, de los más eficaces (Gráficos 2 a 4).

Esta aparente paradoja pone de manifiesto que hay, sin duda alguna, un número importante de mujeres en edad fértil (incluyendo usuarias de métodos tradicionales) que no logran acceder a los mecanismos que les permitirían planificar adecuadamente su fecundidad y decidir libremente acerca de su vida reproductiva.

La demanda insatisfecha de planificación para el Perú ha sido estimada por Loza y Vallenas (1992), por la Endes 1991-92 (INEI, PRISMA, MACRO, 1992) y, recientemente, por Ferrando (1995).

Para hacer una cuantificación de las mujeres que podrían integrar esta demanda insatisfecha de planificación familiar Loza y Vallenas (1992) han hecho una estimación con los datos de la ENDES 1991-92 a partir de las mujeres unidas al momento de la encuesta que, por alguna razón, no estaban usando métodos anticonceptivos. En esta estimación de la demanda insatisfecha los componentes más importantes son: a) las mujeres que no usan anticonceptivos, embarazadas o amenorreicas que no desearon ese hijo; b) las mujeres que no usan anticonceptivos no embarazadas ni amenorreicas que no quieren hijos o los desean para el futuro no inmediato, excluyéndose las mujeres no fértiles. Esta necesidad no satisfecha de planificación familiar representaría, en consecuencia, un 16% de mujeres unidas que, para 1995, correspondería a una cifra de aproximadamente 684 mil mujeres. Esta estimación coincide con el porcentaje de demanda insatisfecha elaborada por la ENDES 1991-92, que da un promedio de 16.2% para el total de las mujeres unidas y que no son usuarias de métodos anticonceptivos.





Si bien el uso de anticonceptivos ha aumentado entre 1986 y 1991 y el aumento ha sido algo mayor entre los métodos modernos que entre los tradicionales, estos últimos son todavía los utilizados por el 44% de todas las usuarias (tanto entre todas las mujeres en edad fértil como entre las mujeres unidas) y entre el 50 y el 60% de las usuarias más jóvenes, de las zonas rurales, de la Sierra y de la Selva y de las que no tienen educación o sólo tienen educación primaria.

Paradójicamente estas son también las mujeres que tienen los mayores niveles de fecundidad y también las que, en mayor proporción, han declarado que no desean tener más hijos, lo que evidencia una clara desconexión entre los deseos y necesidades de las mujeres y la oferta de conocimientos y de métodos modernos y eficaces de regulación de la fecundidad, oferta que permita un acceso equitativo de la población -hombres y mujeres- a los mismos.

Estimaciones de la demanda de planificación familiar podrían llevar a la conclusión de que entre 1 millón y 1 millón y medio de mujeres constituye la demanda insatisfecha de estos servicios. En un estudio reciente sobre la mujer en el Perú se señala que "la brecha que aun existe entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su fecundidad real, está influenciada por factores tales como la carencia de los servicios de planificación familiar (sobre todo en zonas rurales, en la Sierra y en la Selva); la persistencia de rumores, mitos y temores en torno a algunos métodos modernos; las dificultades de comunicación entre la pareja y la ausencia de un rol de mayor importancia para los hombres en este aspecto" (CENTRO, 1993). En relación con esto, la acción educativa en este campo debería tender a colocar el tema de la planificación familiar también en el ámbito de la pareja, ampliando la participación y la responsabilidad de los hombres en las decisiones reproductivas, en la selección de los métodos que se utilicen y, principalmente, en sus consecuencias.

Si se considera, además, como propone Ferrando (1995), dentro de la demanda insatisfecha, además de las anteriores, a todas las mujeres de edad fértil que son usuarias de métodos tradicionales (15.8%) y las fallas de método (2%) y, como población base, no sólo a las mujeres unidas sino a todas las mujeres sexualmente activas estimadas por la ENDES 1991-92 en un 70%, esto haría ascender la demanda insatisfecha de planificación familiar en el Perú a 34%, lo que, para 1995 daría un total de alrededor de 1 millón y medio de mujeres que no tienen acceso a información y/o métodos para la planificación de sus familias.

5. Conclusiones

Los datos más recientes sobre aspectos relacionados con la planificación familiar ponen de manifiesto que casi la totalidad de las mujeres de edad fértil tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos pero que su uso se encuentra limitado sólo al 36% de todas las mujeres en edad fértil y al 59% de las mujeres casadas o en unión consensual en estas mismas edades, en el año 1991.

V. EMBARAZO Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE

La formación de pareja a temprana edad y el embarazo precoz son fenómenos históricos y en algunas poblaciones -sobre todo rurales- prácticas cultural y socialmente sancionadas. El desarrollo socioeconómico y la revolución cultural han hecho que aumente la consciencia sobre las implicaciones negativas de ambos tanto para los adolescentes como para la sociedad, siendo su prevención y atención una preocupación compartida por autoridades, investigadores, padres de familia y organismos internacionales, aunque esta preocupación no necesariamente se llega a plasmar en acciones concretas.

Desde el punto de vista biológico, el término embarazo precoz parece aludir con mayor propiedad al que protagonizan niñas menores de 15 años porque según los especialistas de la salud, las consecuencias del embarazo en la salud física de la joven, muchas veces fatales antes de los 15 años disminuyen drásticamente después de esta edad. Pero hay consenso en las dramáticas consecuencias psicológicas y socioeconómicas que en la mayoría de casos suceden a la maternidad hasta los 20 años. Por ello, la calificación de maternidad temprana puede ser perfectamente aplicable aún a mujeres de 20 años (ciudadanas desde el punto de vista de la Constitución) y quizás un poco mayores, aunque en este capítulo se examinará exclusivamente la situación de las jóvenes de 12 a 19 años.

Para el grupo de 12 a 14 años sólo se cuenta con información censal de 1940 a 1993 la que, a pesar de sus limitaciones (omisión y escasa información cualitativa), permite obtener tendencias y diferenciales por desagregaciones geográficas. Para el grupo de 15 a 19 años la información es abundante y procede tanto de los censos como de las encuestas demográficas por muestreo que ofrecen un panorama bastante completo de la evolución de la fecundidad en este grupo de edad.

1. Niveles y tendencias de la fecundidad adolescente

1.1. Madres de 12 a 14 años

La proporción de madres de 12 a 14 años por cada mil niñas del mismo grupo parece haber aumentado entre 1940 y 1972. En la primera fecha aproximadamente 2 de cada mil niñas de 12 a 14 años ya eran madres al momento del censo, pero en 1972 lo eran 3.6 de cada mil, es decir, casi el doble que tres décadas antes. A partir de entonces podría asumirse una caída hasta un valor de 1.2-1.5 por mil en 1981 en el que se habría estabilizado en la mitad de los noventas. Ello, a pesar que el último censo (1993) registra una cifra de 12.4 por mil, (Cuadro 1), exageradamente elevada, que

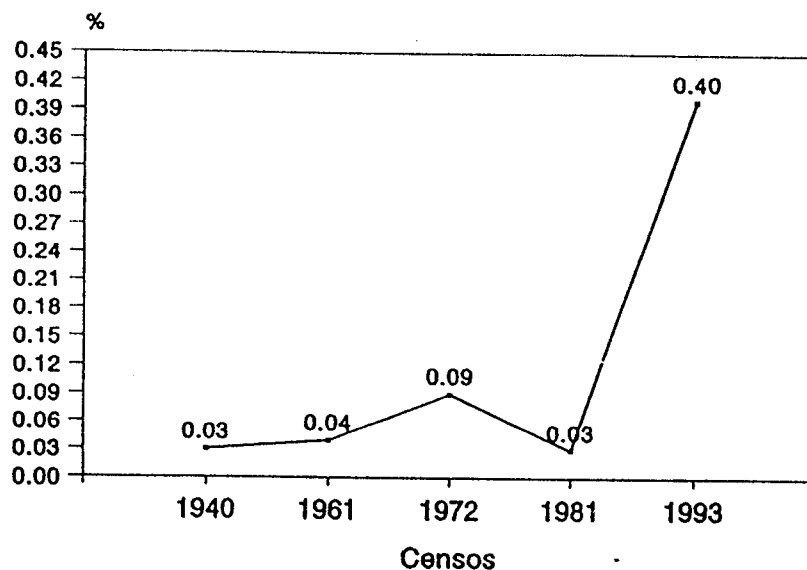
CUADRO 1
Madres de 12 a 14 años por cada mil niñas
del mismo grupo de edad

AREA	AÑO CENSAL				
	1940	1961	1972	1981	1993
Total	1.6	2.0	3.6	1.2	12.4
Urbana		1.6	3.9	1.0	11.7
Rural		2.4	3.1	1.9	14.1

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población

se ubica al margen de la tendencia de los últimos 50 años y que no resiste el argumento que históricamente (1940-1981) las madres de 12 a 14 años han representado entre el 0.03% y el 0.04% del total de madres de 12 a 49 años (Gráfico 1) y no hay motivos para pensar que en 1993 ese porcentaje se haya multiplicado por 10 veces llegando a 0.4% como lo registra el censo de ese año.

GRAFICO 1
Porcentaje de madres de 12 a 14 años respecto al total de
madres de 12 a 49 años



Más todavía, si se examina el número absoluto de madres, se tiene que éste habría sido de alrededor de 700 entre 1961 y 1981. La cifra para 1972 puede estar sobreestimada (a pesar de las grandes dificultades de este censo para captar datos sobre fecundidad ¹) aún así cae dentro de un rango aceptable, no así el de 1993 que está muy por encima, Cuadro 2.

CUADRO 2
Número total de madres de 12 a 14 años registrada
en los censos

AREA	AÑO CENSAL				
	1940	1961	1972	1981	1993
Total	271	650	1757	649	9645
Urbana		260	1170	355	6230
Rural		390	587	294	3415

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población

¹ En 1972 a muchas mujeres (25% de las de 12 años y más y 54% de las de 15 a 19 años) no se les aplicó las preguntas sobre fecundidad por una deficiencia en el diseño de la cédula censal que las relegó al extremo inferior izquierdo afectando sobre todo a las mujeres jóvenes a quienes es más frecuente que se deje de interrogar sobre estas cuestiones.

En efecto, el número de casi 10 mil madres de 12 a 14 años registrado a nivel nacional por el último censo, representa un incremento en casi 15 veces respecto al total de madres de esas edades en 1981, incremento que habría sido mayor en el área urbana (17 veces) que en el área rural (12 veces). Esta discrepancia de los datos del censo de 1993 respecto a los anteriores sugeriría que el nivel de la fecundidad de estas niñas no fue adecuadamente recogido en el último levantamiento censal, aunque se podría confiar en los diferenciales, a pesar que se sabe que la calidad de la información está afectada heterogéneamente.

Al aplicar la proporción (de madres de 12 a 14 por mil) de 1.5 al total proyectado de niñas (INEI, 1995) de 12 a 14 años del país se tendría a nivel nacional entre 1200 y 1300 madres de menores de 15 años en 1995, de las cuales 500 residirían en el área rural y 800 en las ciudades. Tomando en consideración el promedio de hijos que tiene cada una (1.29 en el área urbana y 1.25 en el área rural (véase el promedio departamental en la Tabla 1 del Anexo), se estaría hablando de alrededor de 1700 ó 2000 niños cuyas madres son menores de 15 años, distribuidos, 1100 en el área urbana y 625 en el área rural.

1.1. a) Diferenciales de fecundidad de 12 a 14 años

• Por áreas

La disminución de la maternidad precoz hasta estabilizarse en un valor de 1.5 por mil actualmente habría ocurrido mayormente en las ciudades: de 1.6 por mil en 1961 a 1 por mil en 1981; en tanto que en el área rural habría bajado de 2.4 a 1.9 por mil entre ambas fechas, Cuadro 1. La fecundidad urbana más elevada que la rural en 1972 puede ser un hecho real debido a la intensificación de la migración rural-urbana entre 1961 y 1972, o puede estar reflejando defectos de la información del censo de ese año.

• Por nivel de educación

La probabilidad de ser madre antes de los 15 años cae drásticamente conforme avanza el nivel educativo de las niñas: de 34 por mil entre aquéllas sin instrucción a 11 por mil entre quienes tienen primaria completa ó secundaria incompleta. Al parecer, el efecto de la educación en el nivel de la fecundidad se evidencia después que la niña ha completado cuando menos tres años de estudios. A partir de allí las diferencias son irrelevantes. **Gráfico 2**

Sin embargo, como puede verse en la Tabla 2 del Anexo, el impacto de la educación en el nivel de la fecundidad es diferencial por departamentos. Curiosamente, en Tacna (que no puede ser catalogado como un departamento pobre) 113 niñas sin instrucción de 12 a 14 años por cada mil niñas de la misma edad y en la misma condición ya son madres, mientras que en Arequipa, Junín y Pasco lo son 61 de cada mil y en el Callao, 5 de cada mil.

En el sistema educativo formal, la educación secundaria que deja expeditos a los alumnos para intentar su profesionalización en el nivel superior (universitario o no), se completa entre los 16 y los 17 años, de allí que en 1993 el nivel educativo más alto alcanzado por el 39% de madres de 12 a 14 años es secundaria incompleta, mientras que la cuarta parte concluyó la primaria (básico) y una proporción similar aún no ha terminado este ciclo. Cabe subrayar que

poco más de la décima parte es iletrada. La diferencia por áreas se presenta en el Gráfico 3 en el que se aprecia la situación de desventaja de las madres de 12 a 14 años del área rural donde apenas el 14% ha estudiado algún año de secundaria (versus el 52% en el área urbana) y casi el 20% es iletrada (frente al 6% en el área urbana). La distribución por departamentos se presenta en la Tabla 3 del Anexo.

GRAFICO 2
Madres de 12 a 14 años por mil niñas de 12 a 14 años
Censo 1993

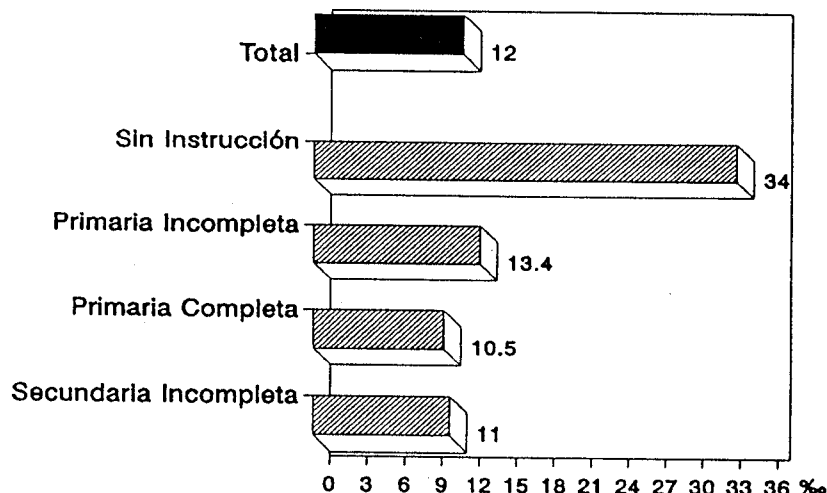
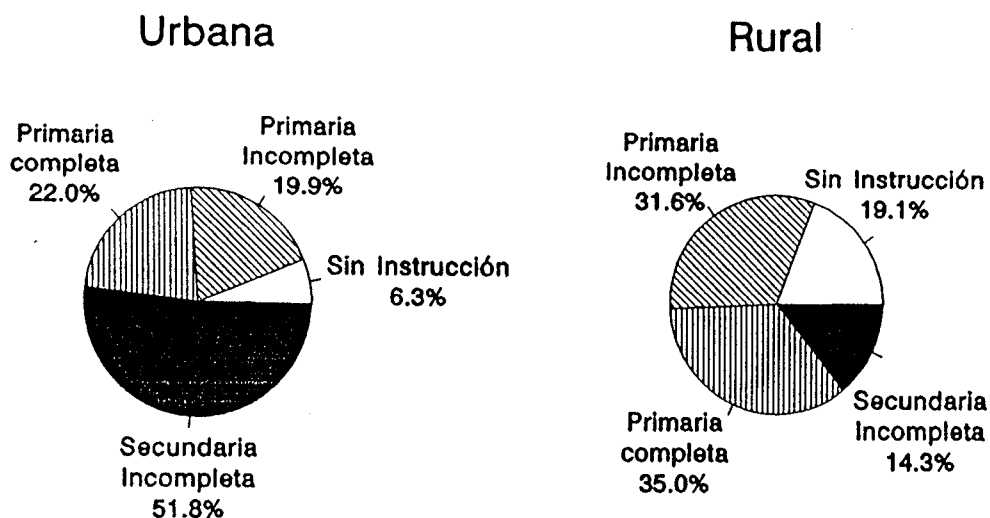


GRAFICO 3
Nivel de Educación de las madres menores de 15 años, según
Area de residencia
Censo 1993

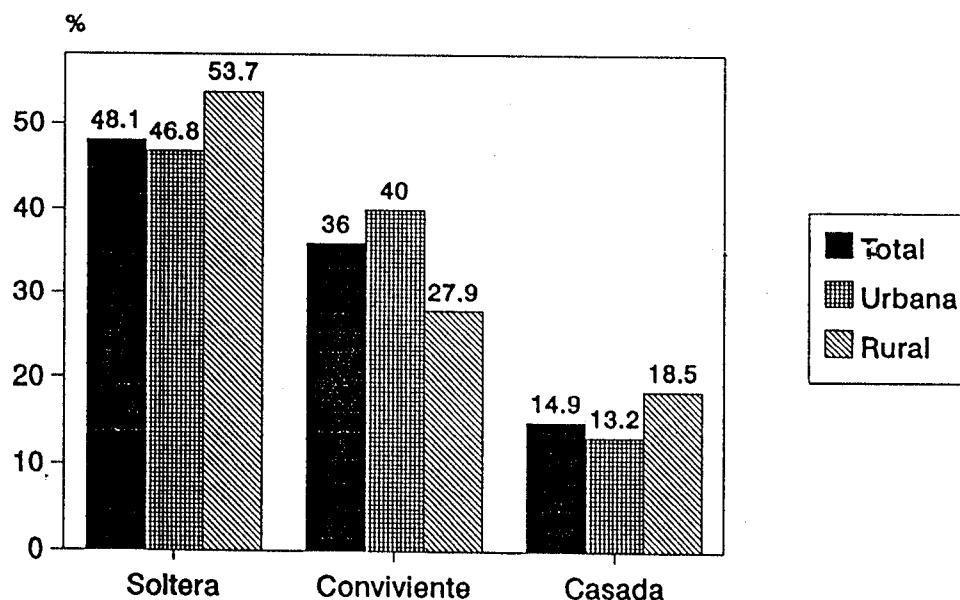


En el período 1986-1991 las madres de 12 a 14 años de Lima Metropolitana, tienen el siguiente perfil educativo: sin instrucción 6%, con primaria incompleta 12%, con primaria completa 30%, con secundaria incompleta y con secundaria completa 14%. (INEI, 1993, cit)

1.1. b) Estado Conyugal de las madres de 12 a 14 años

Quizás las cifras absolutas de madres menores de 15 años y sus respectivos hijos puedan parecer irrelevantes comparadas con las 800 mil niñas de 12 a 14 años que tiene el Perú en 1995 y los 615 mil nacimientos que ocurren cada año, pero estos números reflejan una realidad difícil y compleja para los protagonistas, porque como les corresponde a su edad, esas niñas deberían estar compartiendo los estudios con el esparcimiento y, eventualmente, algún trabajo menor. Pero no es así, habiendo ellas asumido precozmente una responsabilidad en circunstancias desfavorables y sin ninguna preparación. De acuerdo al censo de 1993, casi la mitad es soltera, el 36% conviviente y un 15% casada, aunque es probable que este último porcentaje esté sobreestimado toda vez que el matrimonio en el Perú es permitido sólo a partir de los 18 años, aunque excepcionalmente y previo permiso del juez de menores se puede celebrar la unión de menores de edad o de una menor con un adulto. La situación es diferencial por áreas siendo las niñas-madres residentes del área rural las que se encuentran en una situación de mayor desamparo de pareja afectiva. Gráfico 4

GRAFICO 4.
Estado Conyugal de las madres de 12 a 14 años
Censo 1993



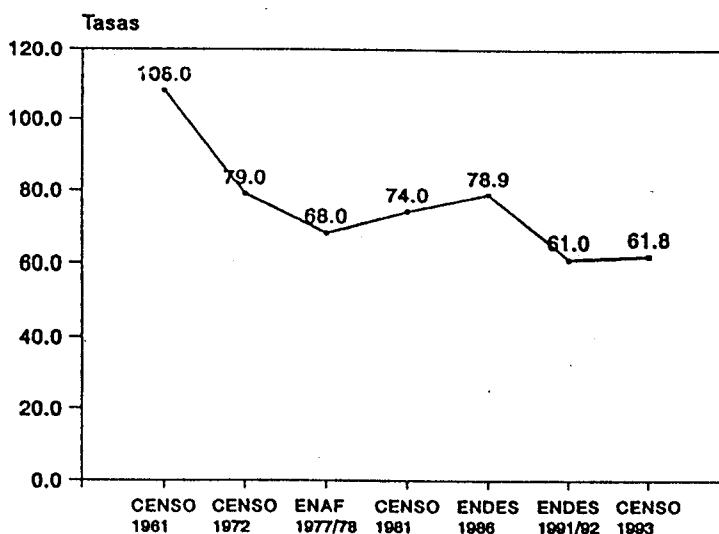
En Lima Metropolitana, la mitad de madres de 12 a 14 años es soltera, casi el 40% es conviviente y entre el 8% y 10% es casada legalmente. En el período 86-91 hubo una disminución del porcentaje de solteras y un aumento de convivientes permaneciendo casi invariable el de casadas (INEI, 1993, cit.) En 1991 la distribución fue la siguiente: 45% solteras, 35% convivientes y 20% casadas, parecida a la registrada en el censo de 1993.

La situación conyugal descrita puede tomarse como un indicador del nivel de inestabilidad de la relación de pareja y de la falta de protección económica y afectiva para la niña-madre y su hijo. De acuerdo a la segunda Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, conocida como ENDES II, " Casi una de cada 3 mujeres en unión (32%) se encuentra en convivencia, lo que constituye un problema desde el punto de vista de la estabilidad del hogar y de la protección de la mujer y del niño: una de las primeras causas de demandas judiciales en el Perú es por alimentos, planteadas por las mujeres frente al abandono de los padres." (INEI, PRISMA, MACRO, 1992 pags. 21-22).

1.2 Madres de 15 a 19 años

Como se ha visto, la fecundidad nacional empezó a bajar de manera ininterrumpida en el segundo quinquenio de los años sesenta habiéndose reducido el promedio de hijos por mujer de 7 a 3.4 en 1993. Pero el promedio de hijos de las adolescentes de 15 a 19 años, disminuyó de 108 por mil en 1961 a 79 por mil en 1972, estabilizándose en torno a este último valor en 1986. La encuesta ENDES II y el Censo de 1993 revelan que un descenso desde inicios de la presente década habría llevado la tasa de fecundidad adolescente a 61 por mil actualmente. Gráfico 5. Entonces, cada año nacen en promedio 61 niños por cada mil mujeres de 15 a 19 años.

GRAFICO 5
Tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años



A diferencia de la fecundidad de los otros grupos de edad que disminuyó sistemáticamente, el de las adolescentes no fue regular sino por etapas: disminución seguida de estabilización en dos momentos: bajó entre 1961 y 1972 y el nivel alcanzado en esta última fecha se mantuvo hasta 1986. Disminuyó nuevamente entre 1986 y 1991 y ese sería el nivel que se mantiene hasta el presente. Cuadro 3.

CUADRO 3
Tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años

AREA	CENSO 1961	CENSO 1972	ENAF 1977/78	CENSO 1981	ENDES 1986	ENDES 1991/92	CENSO 1993	Variación 1961-93 (%)
Total	108.0	79.0	68.0	74.0	78.9	61.0	61.8	-43
.Urbana	100.7	68.4	57.4	76.3	54.1	41.0	47.9	-52
.Rural	116.8	142.0	76.0	145.0	138.3	141.0	102.8	-12
.Lima Metropolitana	96.2	53.1	nd	48.7	41.3	nd	38.1	-60
.Resto de Costa	100.2	81.9	nd	73.9	83.1	nd	58.4	-42
.Sierra	96.4	100.8	nd	91.0	91.1	nd	70.8	-26
.Selva	156.6	148.2	nd	142.6	140.8	nd	126.6	-19

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población y Encuestas Demográficas por muestreo
nd = no disponible

La disminución de la fecundidad adolescente también se aprecia en la variación de la proporción de madres de las madres de 15 a 19 años por cada mil jóvenes del mismo grupo de edad, creciente hasta 1972 en que alcanzó su valor máximo de 225 por mil para luego caer a 120 por mil en 1993 (Cuadro 4). Esta proporción aplicada al total de mujeres de 15 a 19 años en 1995 resulta en 155 mil madres de estas edades: 90 mil en el área urbana y 65 mil en el área rural.

CUADRO 4
**Proporción de jóvenes de 15 a 19 años que es madre
por cada mil jóvenes de la misma edad**

AREA	AÑO CENSAL				
	1940	1961	1972	1981	1993
Total	107	124	225	161	120
Urbana		99	197	116	93
Rural		122	394	314	205

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población

Pero, a pesar de este descenso e independientemente de él, cada año más adolescentes de 15 a 19 años se incorporan al conjunto de mujeres mayores de 20 años que ya son madres. En efecto, en 1961 se estimaba un total de 60 mil madres de 15 a 19 años; en 1981, 93 mil; en 1993, 133 mil y en 1995, 155 mil. El crecimiento en cifras absolutas fue mayor en el área urbana, (Cuadro 5).

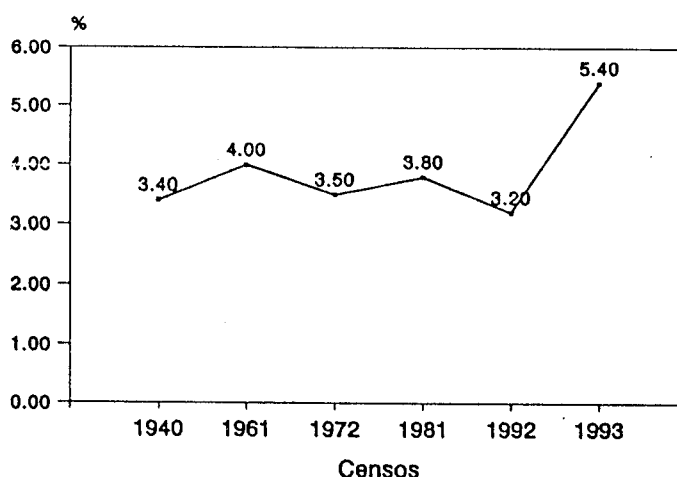
CUADRO 5
**Total de madres de 15 a 19 años registrada
en los censos**

AREA	AÑO CENSAL					
	1940	1961	1972	1981	1993	1995
Total	31324	59573	70246	93050	133315	155000
Urbana		24653	36280	51819	77802	90000
Rural		34920	106526	41231	55513	65000

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población

Como resultado, las madres de 15 a 19 años han aumentado su importancia relativa dentro del total de madres de 12 a 49 años de 3.4% en 1940 a 5.4% de acuerdo al censo de 1993. Gráfico 6.

GRAFICO 6
Porcentaje de madres de 15 a 19 años respecto al total de
madres de 12 a 49 años



1.2 a) Diferenciales de fecundidad adolescente por áreas y regiones naturales

La reducción de la fecundidad adolescente ocurrió casi exclusivamente en el área urbana, pero sobre todo en Lima Metropolitana donde la tasa de fecundidad de 15 a 19 años bajó a menos de la mitad en todo el período, mientras que en el área rural sólo lo hizo en 12%. Según regiones naturales, en Lima la reducción fue del 60%, en cambio en la selva no alcanzó al 20% registrando el resto de costa y la sierra cifras del orden del 42% y 26%, respectivamente. Cuadro 3.

La contribución de las adolescentes a la declinación de la fecundidad nacional es desdeñable, apenas el 1.6% como puede verse en el Cuadro 6². La variación porcentual de las tasas por grupos de edad en el período 77-86 revela que mientras la fecundidad de las mujeres mayores de 20 años disminuyó sin excepción en porcentajes que iban del 19% en el grupo de 20 a 24 a 46% en el de 45-49 años, la de las de 15 a 19 años aumentó en 16%. Esta tendencia cambió en el quinquenio 1986-1992 registrándose un descenso del 22% en la tasa de fecundidad adolescente. Sin embargo, haciendo un balance del período 77-93 el descenso total de la fecundidad de las jóvenes fue de sólo 9%, mucho menos que el de los otros grupos de edad, Cuadro 6.

² Las adolescentes urbanas contribuyeron con el 2.7% al descenso de la fecundidad nacional, pero las rurales frenaron una declinación mayor pues su fecundidad aumentó en un 35% en el período 1977-1993.

CUADRO 6
Tasas de fecundidad por edad y variación porcentual
ENAF 77-78, ENDES 86, ENDES 91-92 y CENSO 93

Edad	ENAF 1977-78	ENDES 1986	ENDES 1991-92	CENSO 1993	Variación (%)			Contribución a la variación 1977-93
					1977-86	1986-92	1977-93	
TOTAL								
15-19	.0680	.0789	.0610	.0618	+16.0	-22.7	- 9.1	1.6
20-24	.2260	.1839	.1740	.1641	-18.6	- 6.0	-27.4	16.8
25-29	.2540	.1987	.1770	.1679	-21.7	-11.0	-33.9	23.4
30-34	.2360	.1613	.1440	.1398	-31.8	-10.6	-40.8	26.1
35-39	.1590	.1222	.0990	.0992	-23.3	-18.9	-37.6	16.3
40-44	.0870	.0637	.0420	.0456	-26.4	-34.4	-47.6	11.3
45-49	.0260	.0144	.0110	.0096	-46.2	-21.4	-63.1	4.5
Total	1.0560	.8231	.7080	.6880				100.0
TGF	5.28	4.12	3.54	3.44	-23.0	-14.1	-35.0	
URBANA								
15-19	.0574	.0541	.0410	.0479	- 5.7	-24.2	-16.6	2.7
20-24	.1948	.1568	.1340	.1349	-19.0	-14.5	-30.7	17.1
25-29	.2275	.1605	.1520	.1409	-29.0	- 5.3	-38.1	24.9
30-34	.1932	.1262	.1180	.1153	-34.7	- 6.5	-40.3	22.3
35-39	.1354	.0743	.0750	.0748	-45.1	+ 0.9	-44.8	17.3
40-44	.0734	.0367	.0270	.0298	-48.6	-28.4	-59.4	12.5
45-49	.0155	.0210	.0040	.0042	+35.5	-81.0	-65.8	3.2
Total	.8972	.6296	.5510	.5489				100.0
TGF	4.49	3.15	2.76	2.74	-30.0	-12.4	-39.0	
RURAL								
15-19	.0760	.1383	.1410	.1028	+82.0	+ 2.0	+35.3	+ 7.5
20-24	.2968	.2503	.3050	.2533	-15.7	+21.9	-14.7	12.1
25-29	.3131	.2784	.2580	.2528	-11.1	- 7.3	-19.3	16.8
30-34	.3372	.2387	.2320	.2226	-28.9	- 3.2	-34.0	31.9
35-39	.2858	.2181	.1770	.1776	-23.7	-19.3	-37.9	30.1
40-44	.1297	.1099	.0910	.0940	-15.3	-16.3	-27.5	9.9
45-49	.0448	.0356	.0330	.0208	-20.5	- 4.5	-53.6	6.7
Total	1.4834	1.2693	1.2370	1.1239				100.0
TGF	7.42	6.35	6.19	5.62	-14.4	- 2.5	-24.3	

Fuente: INEI, Censos Nacionales de Población y Encuestas Demográficas y de Salud Familiar, ENDES I y II

A la par que la fecundidad de las adolescentes urbanas disminuía de 57 por mil en 1977 a 48 por mil en 1993, el de las jóvenes rurales aumentó de 76 por mil a 103 por mil. Como consecuencia, la brecha urbano-rural en la fecundidad se ha agrandado. Así, en 1977 la fecundidad de las jóvenes rurales era sólo 32% más elevada que el de las urbanas, pero en 1993 fue 115% más alta, Cuadro 6.

En el país, el conteo oficial de nacimientos está afectado por un 20% de subregistro (INEI, 1995a) siendo este porcentaje muy superior en el área rural (quizás el doble aunque no hay una cifra oficial) por lo que las estadísticas vitales sobreestiman la proporción de eventos que ocurre en el área urbana (donde el registro es más completo). Sin embargo, las tendencias parecen claras en el tiempo. Del total de nacimientos que tienen lugar en el país, entre un 9 y un 10% (tanto en áreas urbanas como rurales) ocurre de adolescentes de 15 a 19 años, Cuadro 7. Esto quiere decir que de los 622 mil nacimientos anuales, alrededor de 60 mil tienen como madres a jóvenes menores de 20 años. El último censo revela que en la selva las adolescentes dan cuenta de poco más del 13% de nacimientos que se producen en esa región.

CUADRO 7
Contribución de las jóvenes de 15 a 19 años
a la fecundidad total del país

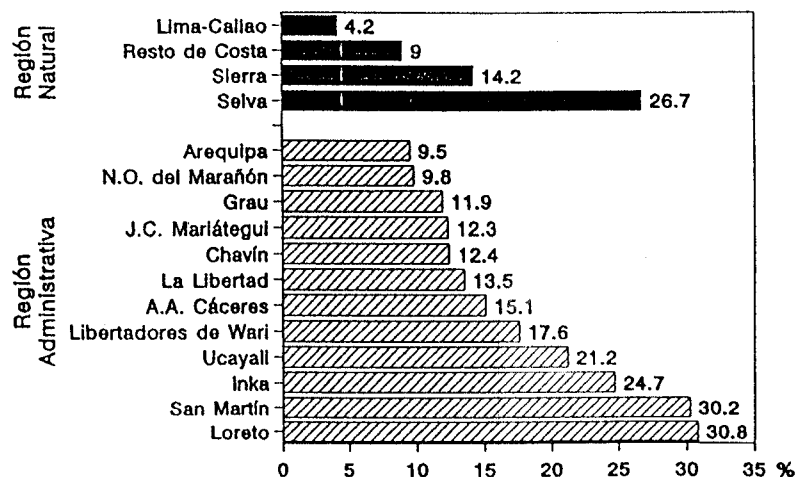
AREA	CENSO 1961	CENSO 1972	CENSO 1981	ENDES 1986	ENDES 1991/92	CENSO 1993
Total	7.9	6.5	7.4	9.6	8.6	9.0
. Urbana	8.4	6.2	8.0	8.6	7.4	8.7
. Rural	7.5	8.7	9.5	10.9	11.4	9.1
. Lima Metropolitana	8.0	6.1	7.0	8.2	nd	8.5
. Resto de Costa	7.3	6.0	7.0	11.0	nd	9.5
. Sierra	7.3	6.7	7.0	8.5	nd	7.8
. Selva	10.0	9.4	11.0	11.8	nd	13.4

Fuente: Censos Nacionales de Población y Encuesta Demográfica 1992

Además de las enormes diferencias urbano rurales de la fecundidad adolescente, también hay desigualdades de larga data por región de residencia y nivel educativo. En 1993, del total de jóvenes de 15 a 19 años, un 12% ya era madre al momento del censo, este porcentaje es casi el doble en el área rural (20.5%) mientras que en el área urbana llega sólo al 9%.

En 1992 la proporción de madres adolescentes o embarazadas por primera vez en la selva fue aproximadamente el doble (26.7%) que en la sierra (14.2%) y casi siete veces más elevada que en Lima Metropolitana (4.4%). El análisis por regiones administrativas muestra que Loreto y San Martín tienen los porcentajes más elevados (más de 30%) de madres adolescentes. En efecto, en ambas regiones, del total de mujeres de 15 a 19 años, poco más del 30% ya son madres o están embarazadas por primera vez, en cambio en Lima Metropolitana, que es la región con el nivel de fecundidad adolescente más bajo, apenas el 4.4% de jóvenes están en la misma situación (INEI, PRISMA, MACRO, 1992), Gráfico 7.

GRAFICO 7
Mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están
embarazadas por primera vez, según lugar de residencia



Sin embargo, en cifras absolutas, Lima tiene un número mayor de madres adolescentes Cuadro 8, que los departamentos de Loreto y San Martín juntos porque su población (6.5 millones) es cinco veces más grande que la de ambos. De acuerdo a las estadísticas de nacimientos, en la selva casi uno de cinco nacimientos inscritos ocurrió de madres de 15 a 19 años. Actualmente, los niveles más elevados de fecundidad adolescente continua en los departamentos de selva, especialmente en Madre de Dios y San Martín donde 300 jóvenes de 15 a 19 años por cada mil de la misma edad ya es madre. (Tabla 7 del Anexo).

CUADRO 8
Total de madres (en cifras absolutas)
de 15 a 19 años por departamentos, 1995

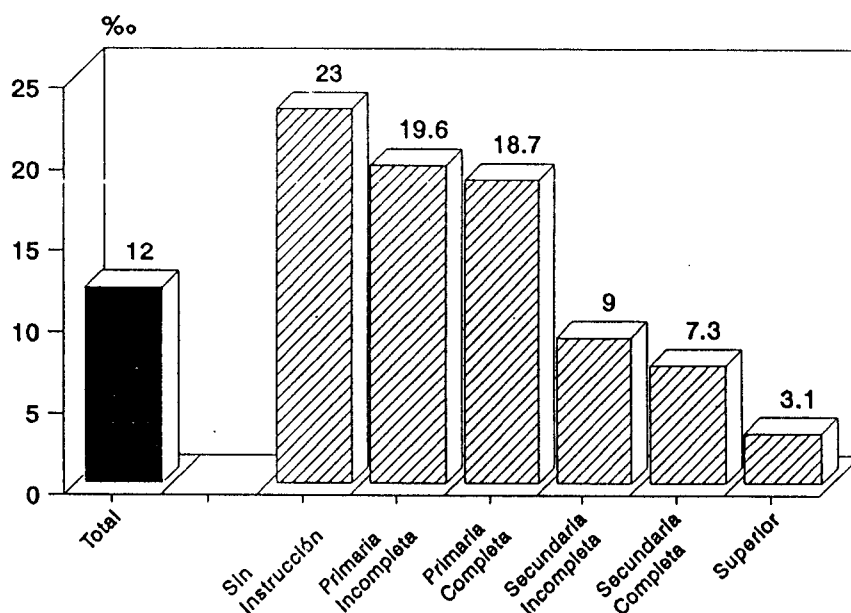
Amazonas	4343	Lambayeque	6235
Ancash	5822	Provincia de Lima	29209
Apurímac	2995	Resto Dpto.Lima	5568
Arequipa	4577	Loreto	10992
Ayacucho	4224	Madre de Dios	1000
Cajamarca	11628	Moquegua	663
Callao	2709	Pasco	1668
Cusco	7518	Piura	8989
Huancavelica	3047	Puno	6369
Huánuco	6803	San Martín	9022
Ica	3634	Tacna	1491
Junín	7564	Tumbes	934
La Libertad	8538	Ucayali	5502

1.2.b) Diferencial de la fecundidad adolescente por nivel educativo

Según el censo de 1993, entre las jóvenes de 15 a 19 años sin instrucción, el 23% ya era madre. Esta cifra decrece sistemáticamente al aumentar el nivel educativo: 19% entre las que han completado la primaria, 7% entre las que han completado la secundaria y 3% entre las que tienen algún año de educación superior (Tabla 4 del Anexo). Por su parte la ENDES II (INEI, PRISMA, MACRO, 1992) revela que del total de jóvenes de 15 a 19 años aproximadamente un 11.4% ya son madres o están embarazadas por primera vez, este valor es más del triple (38.6%) entre quienes nunca fueron a la escuela (sólo uno por ciento de todas las adolescentes) y dramáticamente más elevado que el 7.7% para sus pares con secundaria incompleta o el 2.7% para aquéllas que han completado la secundaria y continuaban su educación superior.

En 1993, del total de madres de 15 a 19 años el 9.7% no tiene ningún grado de educación, el 18.8% tiene primaria incompleta y un 25.4% ha completado este ciclo, mientras que un 31.6% tiene secundaria incompleta, el 11.2% ha concluido la secundaria y un 3.3% ha estudiado algún año de educación superior. **Gráfico 8.** Véase la distribución departamental en la Tabla 5 del Anexo.

GRAFICO 8
Madres de 15 a 19 años por mil adolescentes de 15 a 19 años
Censo 1993



Según el registro de nacimientos de Lima Metropolitana, el 9% tiene primaria incompleta, el 16% ha concluido este ciclo, otro 43% tiene secundaria incompleta mientras que el 27% ya terminó la secundaria y poco más del 3% ha empezado sus estudios superiores, (INEI, 1993, cit).

1.2.c) Estado conyugal de las madres de 15 a 19 años

A juzgar por la información recogida en el informe estadístico de nacimientos de Lima Metropolitana (INEI, 1993, cit.), las madres de 15 a 19 años estarían en mejor situación que las niñas de madres de 12 a 14 años. Respecto al estado conyugal por ejemplo, el 80% tiene pareja (el 55% es conviviente y casi la cuarta parte es casada) sólo el 18% se declaró soltera y el 2% es viuda o divorciada. En el período (1986-1991) cubierto por las estadísticas analizadas no se aprecian variaciones en cuanto a las condiciones de nupcialidad de estas adolescentes. Sin embargo, esta relativa mejor situación no significa en absoluto que estén bien ni que estén mejor que aquellas mujeres que empiezan a tener hijos después de los 20 ó los 25 años en una relación estable de pareja.

Entre las madres de 15 a 19 años según el censo de 1993, predominan las convivientes (más de la mitad en promedio y el 61% en el área rural), seguidas en orden de importancia por las solteras (21.5%), las casadas (18.5%) y finalmente las separadas (4.7%), Cuadro 9.

CUADRO 9
Distribución de las madres de 15 a 19 años
por estado conyugal

Estado Conyugal	Total	Urbana	Rural
Total	100.0	100.0	100.0
Conviviente	55.3	51.6	60.6
Casada	18.5	18.5	18.5
Separada	4.7	4.7	4.7
Soltera	21.5	25.2	16.2

2. Identificación de poblaciones en riesgo

El hecho que la fecundidad de adolescentes en el área rural se mantenga en un nivel elevado (superior al 100 por mil) es un dato importante para el diseño y ejecución de estrategias de prevención y atención de la fecundidad temprana. De acuerdo al último censo (1993) hay aproximadamente 319 mil jóvenes de 15 a 19 años en el área rural que estarían expuestas al riesgo de tener un hijo a una tasa de 141 por mil. Esto quiere decir que más o menos 45 mil nacimientos ocurren de mujeres de 15 a 19 años cada año en esta área, cifra que representa poco más del 80% del total de nacimientos de madres adolescentes estimados para 1995 en 55 mil. Esto no quiere decir de ninguna manera que las jóvenes (casi un millón) residentes en las áreas urbanas quienes tienen una probabilidad (41 por mil) más de tres veces menor que sus pares rurales de tener un hijo antes de los 20 años deben ser menos atendidas. En términos de prioridad, las jóvenes rurales deberían estar primeras en la lista.

Un análisis a nivel departamental con datos del censo de 1993 brinda elementos adicionales sobre las diferencias territoriales de la fecundidad temprana que resultan de suma utilidad para priorizar zonas de atención. En las Tablas 6 y 7 del Anexo se presenta la proporción de madres de 12 a 14 años y de 15 a 19 años por cada mil mujeres de las mismas edades para cada departamento y por áreas urbana y rural. Por su parte los cuadros 10 y 11 contienen una clasificación de los departamentos por niveles de fecundidad en una escala de 4 categorías: Muy alto, alto, intermedio y bajo.

Una primera conclusión es que -tanto en 1981 como en 1993- los departamentos de selva tienen los niveles más elevados de fecundidad adolescente destacando entre todos Ucayali y Loreto donde 18 de cada mil niñas de 12 a 14 años (más de 20 de cada mil en el área rural) ya eran madres en 1993 versus 2.3 de cada mil en el Callao. En el grupo de 15 a 19 años la tasa más elevada corresponde a otros dos departamentos de selva: Madre de Dios y San Martín con cerca de 300 madres -más de 400 por mil en el área rural- por mil jóvenes de 15 a 19 años. Esta situación no ha variado en los últimos 15 años y quizás venga arrastrándose de mucho antes por lo que la población adolescente de la selva (varones y mujeres) es claramente un grupo objetivo prioritario.

Limitándose a la fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, Cuadro 11, los departamentos de la sierra sur y central (Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Huánuco) y de la sierra norte (Cajamarca), se ubican en el nivel alto de fecundidad adolescente, mientras que los de la costa tienen un nivel intermedio igual que algunos departamentos de la sierra central (Junín, Pasco y Cusco) y

de la sierra norte (Ancash) aunque es posible que todos éstos tengan en realidad un nivel alto de fecundidad adolescente que el censo no reflejado adecuadamente -porque la calidad de la información es diferencial por áreas geográficas siendo las del interior las más afectadas-. Lima y Callao tienen un nivel bajo, seguidas un poco de lejos por Arequipa y Moquegua con las cuales comparte una escala de fecundidad de 50 a 99 por mil. La brecha por áreas es muy importante en todos los departamentos y, en general, un mismo departamento puede tener distintos niveles de fecundidad dependiendo si se está hablando del área urbana o del área rural.

3 Factores asociados a la maternidad precoz

Entre otras cosas, la fecundidad adolescente está asociada con la edad a la primera unión (legal o consensual) o la edad a la que se inicia la actividad sexual, con las condiciones en la que se producen las relaciones sexuales precoces y con el uso de anticonceptivos.

CUADRO 10
Madres de 12 a 14 por mil niñas del mismo grupo de edad, por departamentos, 1993

Nivel	Total	Urbano	Rural
Muy Alto	De 15.0 a 19.0 Ayacucho Huancavelica Huánuco Loreto Madre de Dios Pasco San Martín Tacna Ucayali	De 15.0 a 19.0 Apurímac Ayacucho Huancavelica Huánuco Loreto Puno San Martín Tacna	De 15.00 a 30.25 Ucayali Tumbes Pasco Moquegua Madre de Dios Loreto Prov. Lima La Libertad Arequipa Amazonas
Alto	De 13.00 a 14.99 Amazonas Apurímac Cusco Ica Junín Lima, excepto Prov.Lima Moquegua Puno	De 13.00 a 14.99 Ucayali Pasco Madre de Dios Lima excepto Prov.Lima Junín Ica Cusco Cajamarca	De 13.00 a 14.99 Cusco Huancavelica Huánuco Ica Junín Puno San Martín
Intermedio	De 10.00 a 12.99 Ancash Arequipa Cajamarca La Libertad Lambayeque Piura Tumbes	De 10.00 a 12.99 Tumbes Piura Moquegua Lambayeque La Libertad Arequipa Ancash Amazonas	De 10.00 a 12.99 Piura Lima excepto Prov.Lima Lambayeque Cajamarca Ayacucho Apurímac Ancash
Bajo	De 2.00 a 9.99 Callao Provincia de Lima	De 2.00 a 9.99 Callao Prov. de Lima	De 2.00 a 9.99 Tacna

CUADRO 11

Madres de 15 a 19 años por mil mujeres del mismo grupo de edad, por departamentos, 1993

Nivel	Total	Urbano	Rural
Muy Alto	De 200.00 a más San Martín Madre de Dios Ucayali Loreto Amazonas	De 200.00 a más San Martín Madre de Dios Ucayali Loreto	De 200.00 a más Ucayali Loreto San Martín Madre de Dios Amazonas Huánuco Apurímac Ayacucho Tumbes Tacna Junín Arequipa Pasco Lima, excepto Prov. Lima
Alto	De 150.00 a 199.99 Cajamarca Huancavelica Huánuco Apurímac Ayacucho	De 150.00 a 199.99 Amazonas	De 150.00 a 199.99 Provincia de Lima Lambayeque La Libertad Piura Moquegua Cajamarca Cusco Huancavelica Ancash
Intermedio	De 100.00 a 149.99 Piura La Libertad Lambayeque Ancash Ica Cusco Junín Puno Tumbes Tacna Lima, excepto Prov.Lima Pasco	De 100.00 a 149.99 Huancavelica Huánuco Ica Piura Apurímac Cajamarca Ayacucho Tacna Tumbes	De 100.00 a 149.99 Puno Ica
Bajo	De 50.00 a 99.99 Provincia de Lima Callao Moquegua Arequipa	De 50.00 a 99.99 Junín Lambayeque Puno Ancash Pasco La Libertad Cusco Moquegua Callao Dpto. Lima y Prov. Lima Arequipa	De 50.00 a 99.99

3.1 Nupcialidad e inicio de relaciones sexuales

Según la encuesta demográfica ENDES II ha habido una notable disminución de uniones tempranas que se traduce en la tendencia actual de las mujeres a formar pareja conyugal más tarde que sus pares de hace dos décadas. En efecto entre las adolescentes de fines de los sesenta, 6 de cada cien se unían antes de los 15 años, en cambio entre las adolescentes de comienzos de los noventa, dos de cada cien se casan a esa temprana edad. Más aún, entre las mujeres que al momento de la encuesta tenían de 40 a 44 años, el 26% se había unido antes de los 18 años, entre aquéllas comprendidas en el grupo de 20 a 24 años, lo había hecho el 18%, Cuadro 12.

Sin embargo, la edad mediana a la primera unión (es decir la edad a la cual la mitad de las mujeres ya está unida) ha aumentado en 1.2 años en las dos últimas décadas: de 20.6 en la cohorte de 40 a 44 años a 21.8 en la cohorte de 25 a 29 años. Pero la edad mediana a la primera relación sexual es dos años menor (19.7) y ha permanecido prácticamente constante (19.3 entre las mujeres de 40 a 44 años y 19.7 entre las de 25 a 29 años) por lo que se describe casi una recta en la tendencia de la edad mediana a la primera relación sexual. Cuadro 13 y Gráfico 9. Entonces, en el grupo de 25 a 29 años, la mitad estaba unida a los 21.8 años, pero a los 19.7 la mitad ya había tenido relaciones sexuales. Ello porque, por lo general, la gente joven inicia su vida sexual antes del matrimonio (entre los varones esa es la regla) por lo que en términos de exposición al riesgo de embarazo hay mucha más gente expuesta que la que vive permanentemente en una relación de pareja.

CUADRO 12
Porcentaje de mujeres que se unió antes de los 15, 18 y 20 años
y edad mediana a la primera unión, 1991/1992

Edad Actual	Porcentaje de mujeres que se unió antes de cumplir los:			Porcentaje que nunca ha estado en unión	Edad Mediana a la primera unión
	15	18	20		
15-19	1.8	NA	NA	89.3	--
20-24	2.9	17.7	31.0	55.5	--
25-29	3.2	21.4	37.5	26.1	21.8
30-34	4.5	23.7	40.1	13.6	21.2
35-39	5.2	26.2	42.9	7.7	21.0
40-44	5.8	26.3	45.0	5.7	20.6

NA = No aplicable

CUADRO 13
Porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual (RS) antes
de los 15, 18 y 20 años y edad mediana a la primera RS
según edad actual, 1991/1992

Edad Actual	Porcentaje de mujeres que tuvo su primera RS antes de			Porcentaje que no ha tenido RS	Edad Mediana a la primera RS
	15	18	20		
15-19	3.6	NA	NA	81.6	--
20-24	6.1	27.9	44.6	42.5	--
25-29	7.1	34.1	52.0	16.2	19.7
30-34	9.2	36.9	55.3	6.5	19.3
35-39	9.5	38.4	56.2	3.5	19.2
40-44	9.8	37.1	56.5	2.8	19.3

NA = No aplicable

RS = Relaciones sexuales

La ENDES II también revela que casi la quinta parte de mujeres de 15 a 19 años ya tiene experiencia sexual, mientras que el 81.6% no ha tenido todavía relaciones sexuales. Entre las primeras, la gran mayoría (62%) se declaró sexualmente activa en las cuatro semanas anteriores a la encuesta.

En un estudio con una muestra de alumnos de colegios diurnos (Ferrando, 1993) se encontró que el 29% de estudiantes tiene pareja afectiva y que el 18% ya tiene experiencia sexual. La proporción es casi cinco veces más elevada (28%) entre los varones que entre las mujeres (6%). Es probable que los primeros exageren su práctica sexual como afirmación de su virilidad y las segundas se inhiban de reconocerlo y declararlo por recato o timidez. La proporción es más elevada entre los sujetos de mayor edad (26% entre los de 17 y 18 años versus 13% entre los de 13 y 14), pero llama la atención -por su precocidad- que un 8% de los de 11 y 12 años ya tiene experiencia sexual. (Gráfico 10). Esta encuesta confirma las tendencias por regiones en el sentido de una mayor actividad sexual de los escolares de la selva donde 4 de diez alumnos ha tenido relaciones sexuales versus dos de diez en Lima y en la sierra.

GRAFICO 9
Porcentaje de mujeres que se unió y tuvo su primera relación sexual antes de los 15 y 18 años

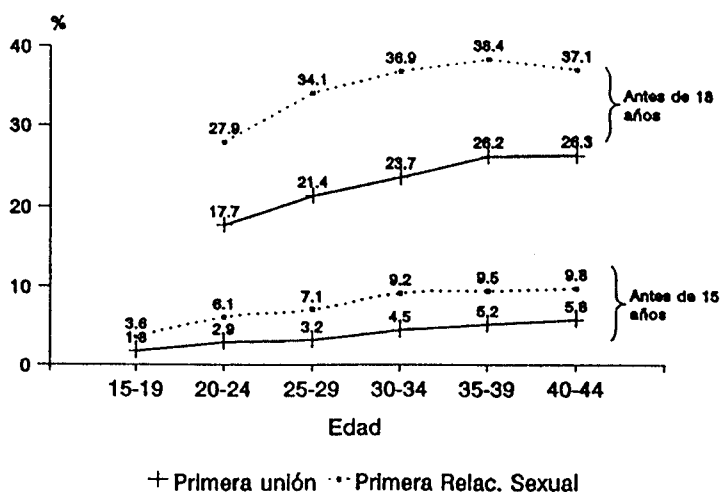
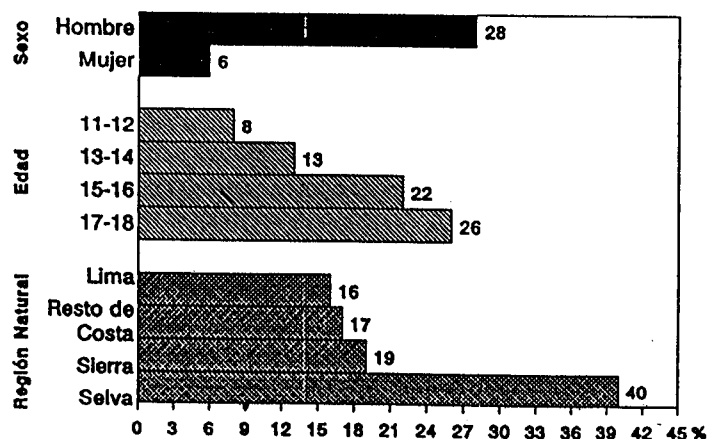


GRAFICO 10
Porcentaje de alumnos de secundaria con experiencia sexual por edad, sexo y región de residencia



La primera relación sexual se produjo a los 13.3 años en promedio, siendo mínimas las diferencias por sexo; no obstante, se nota la tendencia a un inicio más temprano cuando se examinan los datos por generaciones. Así, entre los escolares de 11 y 12 años, aproximadamente el 4% tuvo su primera relación sexual a los 10 años o antes, cifra que se reduce a la mitad entre quienes tienen 13 y 14 años y que no alcanza a ser del 0.5% entre los de 15 y 18 años.

3.2 Condiciones en las que se producen las relaciones sexuales. Uso de anticonceptivos

A pesar de los cambios (modernización, urbanización, exposición a medios de comunicación de masas, etc) que experimenta la sociedad peruana, todavía hay una gran dificultad para hablar abiertamente sobre la actividad sexual de los jóvenes y las condiciones en las que se producen las primeras experiencias sexuales. En particular las mujeres se niegan a hablar sobre aspectos íntimos de su vida, especialmente por el énfasis cultural y religioso que todavía tiene la virginidad en amplios sectores del país. En una encuesta a jóvenes de 15 a 24 años se encontró que la mitad de mujeres y la cuarta parte de varones pensaban que la mujer debía tener su primera experiencia sexual después de casada (Ferrando, 1992).

Por prejuicios y también por patrones culturales los jóvenes no reconocen la legitimidad de sus emociones, sentimientos y necesidades sexuales por lo mismo no los declaran ni están demasiado interesados por buscar información en otras personas que no sean sus pares. Esto es clamoroso en el caso del uso de anticonceptivos. Las encuestas demográficas señalan que la gran mayoría de adolescentes y sus parejas inician su actividad sexual con escaso uso y acceso a los servicios de planificación familiar. En 1992, si bien el 90% de adolescentes en unión conocía sobre cualquier método anticonceptivo y el 86% conocía, sólo el 29.1% de adolescentes actualmente unidas utilizaba cualquier método y apenas el 11% uno moderno. Si se toma en cuenta el total de adolescentes, el porcentaje de uso es de 4.8% para cualquier método y 1.8% para métodos modernos. (INEI, PRISMA, MACRO, 1992.).

Diversos factores explican el bajo uso de métodos entre las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo entre los que se pueden contar la falta de accesibilidad a los servicios de planificación familiar y a los propios métodos. En la gran mayoría de establecimientos de salud del sector público - los servicios de salud reproductiva han sido diseñados para satisfacer la demanda de la población adulta -algunas organizaciones del sector privado tienen consultorios especiales para jóvenes-, los que resultan poco apropiados para recibir a una población tan peculiar y con necesidades que poco tienen en común con las de los adultos. En general, los adolescentes no recurren a estos servicios porque se sienten incómodos, por vergüenza, por temor o por incertidumbre de cómo serán recibidos y tratados. Por eso prefirirían hacer consultas utilizando medios que les garanticen el anonimato, por ejemplo, llamadas telefónicas. Así, de las 120 llamadas diarias que recibe el Servicio de Consejería Telefónica de la organización Apoyo a los Programas de Población (APROPO), alrededor del 20% es de adolescentes de 15 a 19 años y un 45% adicional de jóvenes de 20 a 24 años. Sus preguntas giran en torno a métodos anticonceptivos, qué hacer frente a un embarazo, masturbación, eyaculación precoz, entre otros.

Esto conduce a una demanda que no debe soslayarse entre los jóvenes: la educación sexual como estrategia preventiva de embarazos no deseados y de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Recuérdese que actualmente ellos tienden a iniciarse sexualmente con la enamorada y no en un prostíbulo como lo hacían los adolescentes de hace una o dos décadas. La falta de información sobre la forma cómo comportarse en una relación interpersonal y el desconocimiento de cómo funciona su cuerpo hace que los jóvenes (varones y mujeres) conserven una serie de mitos y creencias erróneas como por ejemplo que en la primera relación sexual no se produce un embarazo.

4. Problemas de la fecundidad adolescente

Las consecuencias de la maternidad temprana pueden ser agrupadas en dos grandes rubros: a nivel de la salud de la joven madre y de su bebé y a nivel socio económico y psicológico.

4.1 En la salud de las madres

Parece existir consenso que el problema de la fecundidad adolescente no es tanto un problema de salud física. El impacto de la maternidad precoz es mucho más crucial a nivel psicológico y socioeconómico y esta ampliamente determinado por el contexto social, afectivo y cultural en el que se desenvuelve la vida de las madres-jóvenes.

Las complicaciones del parto y la mortalidad materna se suelen mencionar como las más importantes consecuencias de la maternidad temprana, aunque estas afirmaciones están siendo revisadas por un número cada vez mayor de especialistas. En cuanto a lo primero, un estudio realizado en el hospital María Auxiliadora (Lopez, L. y Col., 1993) revela que de todos los daños relacionados con el embarazo, el que puede ser atribuible a la adolescencia es la enfermedad hipertensiva del embarazo, aunque también se señala que este daño correlaciona altamente con la primiparidad que con la adolescencia. Como las jóvenes son en su mayoría primigestas, la probabilidad que hagan pre-eclampsia o eclampsia es más elevada que las adultas. Otro riesgo encontrado es el cáncer de cuello uterino cuando la actividad sexual comienza a temprana edad (Lopez y Col., 1984).

No parecen ser frecuentes las complicaciones del parto entre las niñas madres. De acuerdo al Registro de nacimientos de Lima entre el 80% y el 85% de las gestantes de 12 a 14 años tuvo parto vaginal, siendo el peso al nacer del 90% de los nacimientos de 2500 a 3499 gramos, esto es, superior al promedio. Estas evidencias abonarían a favor de la tesis que el embarazo adolescente no es tanto un problema de salud física como se pensaba antes.

Análogamente a lo observado entre las madres de 12 a 14 años, entre las de 15 a 19 años cerca del 90% de partos ocurren normalmente por la vía vaginal (el 7% por cesárea) dando lugar a nacimientos de niños que en el 62% de los casos pesan entre 2500 y 3499 gramos y en el 28% entre 3500 y 4499 gramos.

En cuanto a la mortalidad materna, en 1985 investigadores del Ministerio de Salud analizaron las estadísticas de maternidad de una muestra de hospitales públicos del país donde se producen el 29%

del total de nacimientos y encontraron que por cada 100,000 nacimientos vivos 165 mujeres fallecieron como consecuencia de embarazo o parto. Una de cada diez de estas mujeres muertas era menor de 20 años. El 70% no había recibido cuidado pre-natal o no había iniciado atención pre-natal hasta el tercer trimestre del embarazo (Cervantes, 1988). Las causas principales de muerte materna fueron en orden de importancia hemorragia, aborto, infección, hipertensión del embarazo y otras causas directas.

Se conoce poco sobre la incidencia del aborto entre adolescentes. En 1987, casi 32 mil mujeres fueron tratadas en hospitales públicos del Perú por complicaciones de aborto, el 15% de ellas tenía entre 13 y 17 años (Ferrando y Col, 1989). Un estudio realizado en 6 hospitales más grandes del país reporta que del total de mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, el 10.4% tenía menos de 20 años. (Singh y Wulf, 1990). Es probable que las adolescentes sean responsables de la misma proporción de abortos como lo son de los nacimientos (9% - 11%) a pesar que, por muchas razones, su proporción entre los abortos ilegales que se practican cada año en el Perú podría ser aún mayor.

4.2 En sus hijos

Frecuentemente se menciona el nacimiento prematuro y la mortalidad infantil como consecuencias de la maternidad precoz. Sin embargo, la experiencia clínica y las estadísticas vitales indican que la prematuridad es baja y que la mayor parte de niños nacen a término y con un peso igual o superior al promedio. Entonces, más que la prematuridad, el hecho que los hijos de madres muy jóvenes son en la mayoría de los casos primeros nacimientos aumenta la probabilidad que mueran precozmente. Abundan las evidencias que la mortalidad infantil de los niños de adolescentes es mayor que el de las demás mujeres. En 1992, la tasa de mortalidad infantil (79 por mil) de los bebés nacidos de madres adolescentes es bastante más elevada que la de bebés nacidos de mujeres de 20 a 29 años (58 por mil), pero muy similar (85 por mil) a la de infantes cuyas madres tenían más de 40 años cuando dieron a luz (INEI, PRISMA, MACRO, 1992).

Pero, a estos riesgos habría que agregar los que se refieren a las condiciones afectivas que rodean el crecimiento del niño. El hecho que muchas adolescentes estén dando a luz sin estar legalmente casadas y que un número creciente está unida sólo consensualmente, tiene consecuencias sobre las condiciones sociales en las que viven sus hijos. Al examinar el estado actual de las madres adolescentes registradas en las dos ENDES y en el Censo de 1993 (Gráfico 11), se encuentra que del total de hijos nacidos de jóvenes de 15 a 19 años, el 12% en 1986, el 19% en 1992 y el 22% en 1993 tienen madres solteras; el 7%, 9% y 5%, respectivamente, tienen madres divorciadas, separadas o viudas. Esto significa que dos de cada diez de estos niños en 1986 y 3 de cada diez en 1992 y 1993 está creciendo sin su padre. Peor aún, poco más de la mitad en las tres fechas tiene su mamá que no está casada legalmente -son convivientes- con el hombre con quien vive, lo cual puede tener serias repercusiones en la situación legal del niño. Sólo el 18% de estos niños tiene madres legalmente casadas.

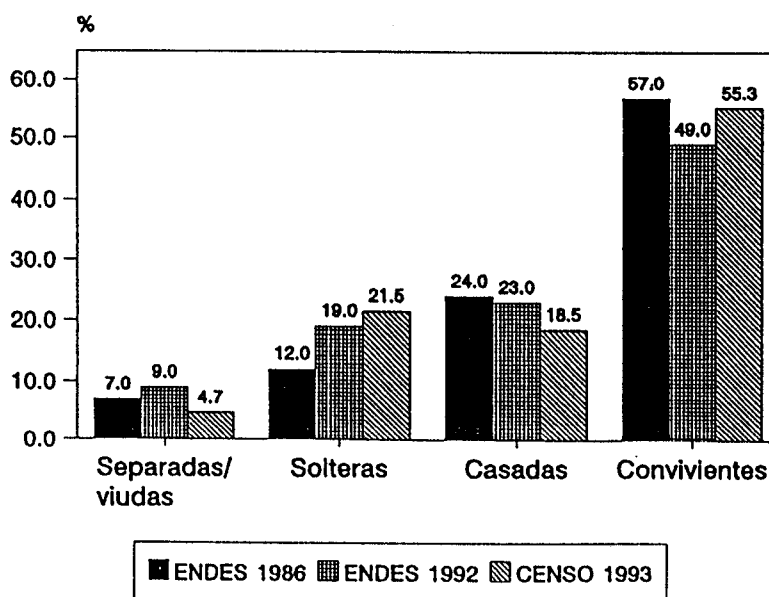
4.3 En sus expectativas de desarrollo individual: educación, ingresos, empleo.

No cabe duda que el embarazo en la adolescencia plantea serios obstáculos para el futuro de la propia adolescente y de su hijo en términos de salud, desarrollo personal y bienestar. Abundan las

investigaciones que revelan que un embarazo precoz, sobre todo si se trata de una adolescente desprotegida, puede convertirse en la mayor barrera para la realización de su potencial como individuo. En la mayor parte de casos, el embarazo en la adolescencia propicia que la joven frustre su proceso educativo por abandono de la escuela, reduzca de manera importante sus perspectivas económicas, la vuelva permanentemente dependiente de otros y la conduzca a embarazos posteriores demasiado frecuentes.

La primera Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizada en 1986, conocida como ENDES I, demuestra que de 10 mujeres urbanas de 25 años sin hijos, ocho tienen por lo menos diez años aprobados de educación, mientras que entre las que tuvieron hijos antes de los 20 años la relación es de dos de cada diez (INEI, CNP, IRD, 1986). Directamente asociada con el menor nivel educativo de las madres jóvenes que sus coetáneas que no tienen hijos, las posibilidades de empleo también son limitadas y el salario -que a su vez está vinculado al tipo de trabajo- es menor. Según la Encuesta Nacional de Prevalencia de Anticonceptivos (INE, MINSA, WHS, 1981), el 58% de mujeres de 25 a 29 años que tuvo su primer hijo antes de los 20 años, tenía un ingreso mensual de menos de 50 mil soles, frente al 40% entre las mujeres de la misma edad que tuvo su hijo después de los 20 años. Es casi un hecho que las madres adolescentes se verán atrapadas en un ciclo de pobreza y desempleo en lo que se ha dado en llamar la transmisión intergeneracional de la pobreza (CEPAL-CELADE, 1993), y a pesar que algunos piensan que en muchos lugares tradicionales de Latinoamérica no hay evidencia que la maternidad y el matrimonio tempranos se asocien con desventaja, es evidente que a medida que los niveles de educación y empleo aumentan, los padres adolescentes aumentarán su probabilidad de ser más pobres y tener menos experiencia laboral.

GRAFICO 11
Estado Conyugal de las madres de 15 a 19 años



Cuando el primer embarazo ocurre a temprana edad, por lo general se inicia una serie de nacimientos poco espaciados que exacerba estas consecuencias negativas, por eso las mujeres que se casan y comienzan a tener hijos a temprana edad- independiente de su nivel educativo y del lugar donde viven- tienen familias más numerosas que las mujeres que postergan la unión y la maternidad.

Igualmente, los matrimonios de adolescentes, especialmente de mujeres urbanas tienen mayor probabilidad de ruptura que los que se realizan cuando la mujer tiene más de 20 años. Según la ENDES de 1986, entre las mujeres de 20 a 29 años, el 21% de las primeras uniones celebradas antes de los 20 años terminaron en divorcio o separación, comparado con el 15% de los que tuvieron lugar después de esa edad.

5. Conclusiones

La fecundidad temprana es una preocupación seria actualmente aunque ésta no se corresponde con acciones de amplia cobertura para prevenirla y atenderla. La fecundidad adolescente aparece fuertemente asociada (en sentido inverso) con el nivel educativo de las mujeres, con la residencia rural, con el hecho de tener antecedentes de fecundidad temprana entre sus parientes directas y, en general, con situaciones económico-sociales precarias. Es dramático que los niveles más elevados de fecundidad temprana se encuentran en el área rural de los departamentos y regiones de la selva y de la sierra sur del país y que estos niveles prácticamente se han mantenido en los últimos quince años.

En consecuencia, parece más o menos claro que los programas de prevención (información y educación sexual y en salud reproductiva, talleres de habilidades para la vida, uso del tiempo libre, orientación vocacional, etc) y de atención del embarazo adolescente (cuidado pre-natal y atención del parto deberían orientarse hacia estas poblaciones -por las que se hace realmente muy poco- sin desatender el área urbana y las grandes ciudades donde el problema es bastante grave. Por ejemplo en Lima, el 40% de la población (2.6 millones) es pobre. En este grupo, los niveles de fecundidad adolescente son tan elevados como en las zonas rurales más apartadas del país y muchas veces la desprotección (por abandono, rechazo, desintegración familiar y por la agitada vida urbana) de la menor, a veces es mucho peor que en las zonas rurales o en las ciudades pequeñas donde el soporte familiar es importante y de hecho se convierte en un elemento vital de apoyo afectivo y material para la niña-madre y su hijo.

Entonces, los programas deben consolidarse en las zonas urbanas pero sin descuidar su expansión a las áreas alejadas ensayando estrategias que además de los establecimientos de salud y centros educativos (que son de amplia cobertura) involucren a organizaciones de base de la comunidad: clubes de madres, clubes deportivos barriales, asociaciones juveniles, asociaciones de campesinos, promotores de salud y de educación, entre otros, a partir del convencimiento que los programas de atención de la embarazada adolescente y la prevención del embarazo temprano deben formar parte de otros que buscan atender las situaciones de carencia en la que se desenvuelve la vida de los jóvenes de sectores mayoritarios del país y que no se limitan ni se refieren exclusivamente a la salud reproductiva y a la sexualidad

La mayoría de las adolescentes no está expuesta al riesgo de embarazo o de contraer enfermedades de transmisión sexual; a esta población corresponden acciones de promoción de la salud, tales como la revaloración de la comunicación (padres-hijos-hermanos) y de la institución familiar, la educación para la salud, el fomento de la recreación sana y gratificante y el buen uso del tiempo libre. Una cuarta parte de jóvenes ya tiene experiencia sexual y, por lo tanto, se encuentra en riesgo de embarazo o de adquirir enfermedades de transmisión sexual. A esta población le corresponde actividades de prevención a través de servicios integrales de salud que incluyan información, consejería y servicios en salud reproductiva entregados de manera profesional.

Un porcentaje menor de adolescentes está gestando y por lo tanto necesita apoyo durante todo el proceso de la gestación, del parto y del puerperio que contribuya a disminuir los riesgos biológicos del embarazo para ella y el bebé y a ofrecer soporte psicológico.

Una carencia que dificulta el diagnóstico y, por supuesto, el diseño de estrategias de atención del problema es la absoluta falta de información sobre la pareja de las niñas-madres, es decir sobre el padre de sus hijos. En realidad, esta carencia atañe a mujeres de todas las edades y puede ser una manifestación que la sociedad interpreta el problema de la maternidad como una responsabilidad exclusiva de la mujer y no de la pareja, en el caso de las niñas-madres esto tiene implicaciones psicológicas bastante más serias que en las madres adultas.

Tampoco hay mucha información sobre cómo percibe la opinión pública la sexualidad de los jóvenes varones y mujeres, qué piensa sobre los roles de género, instancias y formas de realización personal, especialmente para la niña³. Qué espera la sociedad de ellos y si está preparada o no para ayudarlos a lograr sus metas. Del mismo modo, se carece de evidencias sobre el impacto que causa en los jóvenes -con escasa o nula educación sexual- el estar expuestos a mensajes contradictorios que fluyen de los medios de comunicación o de sus relaciones interpersonales con los adultos. Por un lado, el sistema consumista de marketing propicia las relaciones sexuales incitando y creando un clima positivo y de alto status alrededor del sexo, a la vez que persiste una actitud que resalta el valor de la mujer que permanece virgen hasta el matrimonio. Por otro, los miembros de la comunidad reprimen sus expresiones espontáneas de afecto, evitan las conversaciones sobre temas de sexo y sexualidad, su significado, ejercicio y consecuencias de ese ejercicio. Estos mensajes contradictorios crean desconcierto en los jóvenes que optan por ocultar sus verdaderas prácticas sexuales e informarse sobre sexualidad y anticoncepción con sus pares que saben probablemente tanto como ellos, es decir bien poco.

La salud reproductiva de los/las adolescentes depende en mucho de acciones integrales que incluyan información, educación y servicios que tengan en cuenta las demandas propias del ciclo vital en que se encuentra entre grupo humano y el medio en el que vive. Solo una visión y abordaje integrales garantizará buenos resultados.

³ En sectores amplios de la sociedad persiste la idea que la mujer se realiza a través de la maternidad por lo tanto desde muy temprano la niña asume su rol doméstico ayudando en las tareas de la casa (cuidando a los hermanos - o su propio hijo-, lavando, planchando, cocinando o lavando la ropa) en cambio los varones son "privilegiados" con una permanencia más prolongada en la escuela y con mayores oportunidades y posibilidades de superación personal.

ANEXO

TABLA 1
Promedio de hijos por mujer. 1993

	12-14	15-19
Total	1.27	1.26
Urbana	1.29	1.22
Rural	1.25	1.32
Amazonas	1.09	1.30
Ancash	1.32	1.23
Apurímac	1.24	1.31
Arequipa	1.31	1.22
Ayacucho	1.30	1.27
Cajamarca	1.22	1.28
Callao	1.41	1.17
Cusco	1.33	1.26
Huancavelica	1.31	1.31
Huánuco	1.18	1.29
Ica	1.39	1.26
Junín	1.32	1.28
La Libertad	1.27	1.24
Lambayeque	1.32	1.27
Lima Provincia	1.25	1.18
Resto de Lima	1.23	1.34
Loreto	1.25	1.34
Madre de Dios	1.25	1.32
Moquegua	1.16	1.18
Pasco	1.21	1.30
Piura	1.34	1.31
Puno	1.35	1.25
San Martín	1.14	1.29
Tacna	1.33	1.21
Tumbes	1.24	1.25
Ucayali	1.17	1.38

TABLA 2
Niñas de 12 a 14 años que son madres, respecto al total de niñas del mismo grupo de edad y de similar nivel educativo

	Total	Sin Instrucción	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta
Total	12.0	34.0	13.4	10.5	11.0
Amazonas	14.2	39.9	12.7	11.7	11.4
Ancash	11.9	32.9	10.2	8.8	9.8
Apurímac	14.2	33.0	10.6	18.0	10.1
Arequipa	11.0	61.3	13.7	8.8	9.9
Ayacucho	15.3	38.4	10.4	15.5	17.1
Cajamarca	12.1	23.4	12.1	9.1	12.0
Callao	2.3	5.3	2.4	1.2	2.9
Cusco	13.8	43.9	11.0	11.6	13.2
Huancavelica	15.2	40.4	12.1	11.0	16.9
Huánuco	16.3	24.9	13.6	16.4	17.8
Ica	13.6	31.5	18.8	11.5	12.7
Junín	14.0	61.1	16.9	12.5	12.0
La Libertad	12.1	33.7	13.5	10.7	9.8
Lambayeque	11.5	17.4	20.6	9.3	9.5
Lima Provincia	8.9	36.7	10.5	6.8	9.2
Resto de Lima	13.9	48.8	15.8	10.7	13.6
Loreto	18.4	4.8	18.4	15.5	18.6
Madre de Dios	16.1	-.-	12.6	22.0	12.7
Moquegua	14.0	13.2	25.0	13.7	12.3
Pasco	16.1	61.8	17.5	13.4	14.8
Piura	12.4	30.5	12.3	10.9	11.9
Puno	14.8	46.4	14.8	12.4	15.0
San Martín	17.0	33.3	16.2	15.3	17.6
Tacna	15.4	113.0	21.5	11.7	20.3
Tumbes	12.9	48.8	18.4	15.2	9.4
Ucayali	18.3	54.8	20.1	16.1	16.6

TABLA 3
Nivel de educación de las madres de 12 a 14 años, 1993

	Total	Sin Instrucción	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta
Total	100.0	10.8	24.0	26.6	38.6
Urbana	100.0	6.3	19.9	26.0	51.8
Rural	100.0	19.1	31.6	35.0	14.3
Amazonas	100.0	18.3	30.2	32.0	19.5
Ancash	100.0	17.5	24.8	24.0	33.7
Apurímac	100.0	16.1	32.6	36.8	14.5
Arequipa	100.0	8.8	17.0	24.4	49.8
Ayacucho	100.0	19.8	29.0	27.6	23.6
Cajamarca	100.0	19.5	34.2	25.5	20.8
Callao	100.0	2.1	8.7	15.2	74.0
Cusco	100.0	18.0	28.5	25.2	28.3
Huancavelica	100.0	20.8	34.8	22.2	22.2
Huánuco	100.0	13.7	33.8	26.5	26.0
Ica	100.0	4.9	17.6	24.0	53.5
Junín	100.0	9.2	23.4	28.0	39.4
La Libertad	100.0	14.0	23.7	28.0	34.3
Lambayeque	100.0	5.6	30.3	25.7	38.4
Lima Provincia	100.0	4.8	10.5	22.1	62.6
Resto de Lima	100.0	5.6	16.6	26.2	51.6
Loreto	100.0	10.6	34.7	28.7	26.0
Madre de Dios	100.0	0.0	16.1	51.6	32.3
Moquegua	100.0	1.6	21.0	27.4	50.0
Pasco	100.0	8.0	23.8	28.2	40.0
Piura	100.0	12.0	22.5	29.5	36.0
Puno	100.0	7.3	26.8	30.7	35.2
San Martín	100.0	8.1	28.5	32.6	30.8
Tacna	100.0	7.3	13.0	17.1	62.6
Tumbes	100.0	5.6	18.4	38.0	38.0
Ucayali	100.0	8.0	29.4	29.4	33.2

TABLA 4
Proporción de madres de 15 a 19 años según nivel educativo, 1993

	Total	Sin Instr.	Primaria		Secundaria		Superior
			Incom.	Compl.	Incom.	Compl.	
Total	120	230	196	187	89	73	31
Amazonas	243	365	283	250	128	122	53
Ancash	113	162	155	154	83	78	38
Apurímac	173	259	194	206	90	125	49
Arequipa	81	192	158	156	70	72	21
Ayacucho	170	257	185	199	98	108	49
Cajamarca	165	220	185	168	94	94	46
Callao	71	108	136	130	74	63	23
Cusco	140	226	175	175	87	78	34
Huancavelica	164	237	175	160	90	125	70
Huánuco	184	257	214	197	115	114	45
Ica	104	176	163	204	92	89	47
Junín	130	320	249	217	83	80	31
La Libertad	114	220	183	169	85	69	28
Lambayeque	106	178	169	156	87	65	29
Lima Provincia	74	125	125	132	71	59	26
Resto de Lima	134	235	212	250	104	88	42
Loreto	273	379	386	397	176	135	53
Madre de Dios	294	315	363	365	197	200	189
Moquegua	97	110	169	198	83	84	38
Pasco	135	298	242	213	92	74	35
Piura	116	176	157	155	85	69	174
Puno	110	187	145	131	82	79	42
San Martín	302	388	366	340	185	161	60
Tacna	108	262	240	200	104	100	43
Tumbes	107	191	239	254	143	95	43
Ucayali	290	455	397	395	195	160	68

TABLA 5
Nivel de educación de las madres de 15 a 19 años, 1993

	Total	Sin Instr.	Primaria		Secundaria		Superior
			Incom.	Compl.	Incom.	Compl.	
Total	100.0	4.7	18.8	25.4	31.6	11.2	3.3
Amazonas	100.0	14.3	28.2	36.0	16.4	4.2	0.9
Ancash	100.0	13.0	18.5	24.0	30.7	10.7	3.1
Apurímac	100.0	21.4	25.2	27.8	18.8	5.3	1.5
Arequipa	100.0	5.0	12.6	19.1	39.4	18.7	5.2
Ayacucho	100.0	18.0	29.3	26.6	19.3	4.7	2.1
Cajamarca	100.0	20.1	28.6	31.2	14.6	4.1	1.4
Callao	100.0	1.6	6.5	13.2	50.2	22.7	5.8
Cusco	100.0	17.6	25.3	23.8	24.5	6.9	1.9
Huancavelica	100.0	21.5	31.2	24.2	16.1	5.2	1.8
Huánuco	100.0	19.7	31.0	22.9	19.7	4.9	1.8
Ica	100.0	2.8	9.3	16.8	43.6	19.7	7.8
Junín	100.0	9.3	20.0	26.4	29.5	11.9	2.9
La Libertad	100.0	11.5	20.8	25.0	28.9	10.5	3.3
Lambayeque	100.0	7.1	16.3	26.3	35.0	12.2	3.1
Lima Provincia	100.0	2.4	7.4	14.2	48.1	21.6	6.3
Resto de Lima	100.0	4.0	10.0	23.9	42.2	16.0	3.9
Loreto	100.0	8.6	23.6	33.4	28.5	4.9	1.0
Madre de Dios	100.0	4.6	17.1	32.2	34.3	8.7	3.1
Moquegua	100.0	2.1	11.6	19.8	43.4	15.7	7.4
Pasco	100.0	6.0	19.3	30.8	32.0	8.9	3.0
Piura	100.0	10.2	19.0	30.8	28.1	9.1	2.7
Puno	100.0	5.1	17.7	34.1	31.2	8.7	3.3
San Martín	100.0	8.4	23.5	37.6	23.4	5.8	1.1
Tacna	100.0	3.5	11.8	19.6	39.6	18.8	6.4
Tumbes	100.0	3.0	11.4	26.4	42.6	13.2	3.4
Ucayali	100.0	8.0	19.3	30.0	34.0	7.2	1.5

TABLA 6
Madres de 12 a 14 años por mil niñas del mismo grupo de edad

	1981			1993		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Total	1.23	0.95	1.93	12.41	11.68	14.06
Amazonas	0.61	0.00	1.03	14.23	11.38	15.85
Ancash	1.08	0.25	2.28	10.93	10.14	11.94
Apurímac	0.84	1.25	0.63	14.16	17.16	12.37
Arequipa	1.34	1.55	0.00	10.97	10.28	15.76
Ayacucho	2.29	0.45	3.84	15.26	18.28	12.20
Cajamarca	1.58	1.06	1.80	12.13	13.75	11.62
Callao	0.57	0.57	-.-	2.32	2.32	-.-
Cusco	1.08	1.53	0.60	13.83	13.89	13.78
Huancavelica	1.50	1.91	1.24	15.15	20.20	13.37
Huánuco	1.50	1.91	1.24	16.29	20.14	13.77
Ica	1.55	1.59	1.36	13.64	13.40	14.87
Junín	1.22	1.12	1.42	14.04	14.05	14.02
La Libertad	0.96	0.91	1.12	12.14	10.30	16.05
Lambayeque	0.66	0.43	1.65	11.51	11.87	10.35
Lima Provincia	0.70	0.68	3.88	8.93	8.87	23.07
Resto de Lima	1.95	2.08	1.59	13.92	14.52	10.42
Loreto	4.08	3.52	4.88	18.43	15.78	22.33
Madre de Dios	2.32	0.00	5.99	16.14	14.50	20.56
Moquegua	1.32	1.61	0.00	13.98	11.29	30.25
Pasco	1.79	1.13	2.82	16.08	14.91	17.85
Piura	0.73	0.31	1.62	12.44	12.31	12.74
Puno	1.04	0.00	1.59	14.82	16.73	13.62
San Martín	2.15	0.72	4.80	16.98	18.20	14.89
Tacna	1.30	1.45	0.00	15.39	16.23	6.32
Tumbes	2.25	1.60	4.88	12.85	12.15	15.20
Ucayali	4.97	3.44	7.45	18.29	14.65	26.05

TABLA 7
Madres de 15 a 19 años por mil mujeres del mismo grupo de edad

	1981			1993		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Total	134	103	206	120	93	205
Amazonas	259	136	328	243	163	292
Ancash	130	126	136	113	93	144
Apurímac	175	125	197	173	115	217
Arequipa	103	87	212	81	68	201
Ayacucho	187	133	223	170	130	216
Cajamarca	157	112	171	165	115	184
Callao	79	78	---	71	71	---
Cusco	158	114	200	140	93	196
Huancavelica	189	160	199	164	126	178
Huánuco	200	167	218	184	134	220
Ica	104	88	174	104	100	125
Junín	163	121	234	130	95	207
La Libertad	110	91	157	114	90	178
Lambayeque	107	98	144	106	95	152
Lima Provincia	82	81	244	74	73	174
Resto de Lima	148	131	224	134	93	204
Loreto	313	210	495	273	202	414
Madre de Dios	313	234	406	294	239	394
Moquegua	141	139	149	97	85	172
Pasco	191	128	285	135	93	205
Piura	122	104	157	116	104	150
Puno	127	119	131	110	94	122
San Martín	277	198	402	302	241	410
Tacna	142	133	211	108	102	209
Tumbes	147	158	103	107	100	207
Ucayali	333	216	532	290	215	457

VI. PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es un estado absoluto de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias del sistema reproductivo, sus funciones y procesos (NN.UU. Mayo 1995). Así entendida, la salud reproductiva está indefectiblemente ligada a nociones de derechos sexuales y reproductivos que abarcan ciertos derechos humanos consagrados en varios documentos internacionales. Los derechos reproductivos se basan en la facultad elemental que asiste, sin excepción, a todos los individuos y parejas de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el momento de tenerlos y de disponer de información, consejería y servicios para lograrlo. Se ejercitan a través de la planificación familiar mediante la utilización de métodos -tradicionales o modernos- para espaciar o limitar los nacimientos.

Pero, no todas las personas son conscientes o están informadas acerca de estos derechos, por ello alcanzar un nivel óptimo de salud reproductiva es todavía un privilegio al que tiene acceso un sector minoritario de la población, mientras que para las mayorías es apenas una legítima aspiración. En vista que se carece de indicadores de salud, la salud reproductiva debe ser evaluada con indicadores de problemas que la afectan. En esta sección se examinará algunos de ellos a partir de datos limitados, por su calidad y cobertura, proporcionados por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud y recogidos de otras fuentes. Estos datos son exclusivos para mujeres por lo que no es posible un análisis -como sería deseable- de la salud reproductiva desde la perspectiva de género que revele las necesidades de los varones en términos de consejería, información, educación y servicios en cuanto al uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico de enfermedades que afectan su comportamiento sexual, nivel de compromiso con la salud reproductiva de su pareja y, en general, sus dudas, prejuicios y temores sobre estos temas.

1. Atención en salud reproductiva

1.1 Total de Mujeres en edad fértil. Infertilidad y Menopausia

Según las proyecciones oficiales de población (INEI, 1995), en el Perú de 1995 hay poco más de 6.1 millones de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años); es decir, algo más de la cuarta parte de la población total y el 51.5% del total de mujeres. Sólo el 55% de mujeres en edad fértil es actualmente unida, pero otro 15%, aún cuando no tiene una pareja viviendo con ella, también es sexualmente activa. Entonces, el porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo representa el 70% del total de mujeres en edad fértil, esto es 4.3 millones que requieren información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, conocida como ENDES II, revela que alrededor de 1.7% del total de mujeres de 35 a 49 años no ha tenido hijos, (INEI, PRISMA, MACRO, 1992). Este porcentaje abarca a las solteras, a las que se unieron pero no desearon hijos, a las mujeres (o sus parejas) infértiles y a las menopaúsicas. Si el examen se limita a las mujeres actualmente en unión (para quienes se dispone de información), un 0.6% nunca tuvo

hijos (Cuadro 3.5, Informe General de la ENDES II) ya sea porque no lo deseó o porque ella (o su pareja) es infértil. No se sabe nada sobre las mujeres (o sus parejas) que no desean descendencia, por lo que sólo se verá tres aspectos de la infertilidad en mujeres de 35 a 49 años.

CUADRO 1
Distribución de las mujeres en edad fértil

	(%)	En Millones
Mujeres en Edad Fértil 15-49 años (MEF)	100%	6.1
MEF Unidas	55%	3.4
MEF Sexualmente Activas	70%	4.3
MEF Sexualmente Activas que constituyen la demanda insatisfecha de PF	34%	1.5
. Usa ritmo o retiro	16%	0.7
. No usa anticonceptivos	14%	0.6
. Embarazada sin desearlo	4%	0.2

Como se muestra en el Cuadro 2, en promedio, poco más de 12 de cada cien mujeres de 35 a 49 años ha entrado a la menopausia -definida como el cese de la menstruación lo que implica el fin del ciclo de procreación- pero mientras entre las de 40 y 41 años 8 de cada cien mujeres está en esta etapa, entre las de 48 y 49 años más de la mitad (56%) también lo está. Si se aplica estos porcentajes (que corresponden a las mujeres actualmente unidas) al total de mujeres en edad fértil asumiendo un comportamiento similar en uno y otro grupo, se diría que 250 mil mujeres de 35 a 49 años son menopáusicas. Ellas requieren atención especializada para resolver una serie de cambios que se produce principalmente porque el organismo empieza a disminuir paulatinamente su producción de hormonas, estrógeno y progesterona, incrementándose el riesgo de problemas coronarios y ocasionando otras molestias de intensidad

CUADRO 2
Indicadores de infertilidad
Mujeres en unión de 35 a 49 años

Edad	Menopausia ¹	Infertilidad terminal ²	Abstinencia Prolongada ³
35-49	12.4	50.2	1.0
35-39	3.6	35.2	0.3
40-41	7.7	46.9	1.0
42-43	12.8	62.1	0.5
44-45	25.4	69.3	2.6
46-47	34.0	83.7	4.4
48-49	55.9	89.5	3.6

Fuente: INEI, PRISMA, MACRO, 1992.

¹ Ausencia de menstruación en los seis meses anteriores a la encuesta

² Unidas, no usuarias de MAC, no embarazadas en los últimos 5 años

³ Unidas, ausencia de relaciones sexuales en los 3 años anteriores a la encuesta

variable en cada mujer: bochornos, mareos, cambios súbitos de carácter, irritabilidad y sequedad vaginal. Muchas mujeres llegan a sufrir de osteoporosis (que es el mayor peligro durante el climaterio) caracterizado por la pérdida de masa ósea que eleva el riesgo de sufrir fracturas. También son frecuentes los temores a la vejez o a la muerte que desaparecen paulatinamente. La atención a estas mujeres debe estar orientada a ofrecerles información, consejería y asistencia médica para superar los problemas propios de esta etapa de su ciclo vital.

Por otro lado, el 50.4% de mujeres (cerca de un millón) padece de infertilidad -definida en la ENDES II como la ausencia de nacimientos en los últimos cinco años estando las mujeres en unión y no habiendo usado anticonceptivos. En esta situación está el 90% (aproximadamente 175 mil) de mujeres de 48 y 49 años quienes en su mayoría deben ser pre-menopáusicas, pero entre las de 35 a 39 años, un elevado 35% (220 mil) padecería de infertilidad porque de este grupo se ha excluido a las menopáusicas que en este grupo no llegan al 4% (Cuadro 2). A las mujeres más jóvenes (y a sus parejas) -y a las no menopáusicas- que son infértiles y desean tener hijos, los servicios de salud reproductiva deberán proveer ayuda especializada médica o quirúrgica para superar su problema de infertilidad.

1.2 Control Pre-natal y Atención del parto

Entre los factores más fuertemente asociados con la salud materno-infantil se suele señalar la calidad de la atención pre-natal y el tipo de asistencia y el lugar de ocurrencia del parto. La cobertura de los servicios de salud está aumentando en el país en términos tanto de un incremento del personal de salud como de establecimientos. En efecto, en 1975 había 16 mil 800 profesionales médicos, obstetrices y enfermeras y en 1989 el número llegaba a 42 mil 300. Consecuentemente, la relación de población/profesional disminuyó de 902 personas por profesional en 1975 a 500 en 1989. De igual manera, el número de hospitales creció de 318 en 1972 a 372 en 1988 y las camas de 28 mil 550 a 32 mil 811 en el mismo período (Cuanto S.A., 1990)

En el campo de la salud reproductiva, según la Dirección de Programas Sociales del MINSA, el Programa Materno-Perinatal ha incrementado en forma importante la cobertura de atención pre-natal, control puerperal y de parto. Así, entre 1990 y 1994 el número de embarazadas controladas durante la gestación se incrementó de 169 mil a 407 mil, el número de controles puerperales de 64 mil a 189 mil y el de partos atendidos por profesional de 94 mil a 235 mil (Nagahata, 1995), Cuadro 3.

CUADRO 3
MINSA: Cobertura de Atención Materna

ATENCION	AÑO				
	1990	1991	1992	1993	1994
Pre-natal	169,151	159,026	307,225	396,989	407,339
Parto	94,174	58,103	159,633	188,361	235,074
Puerperio	64,054	63,355	153,817	140,621	188,651

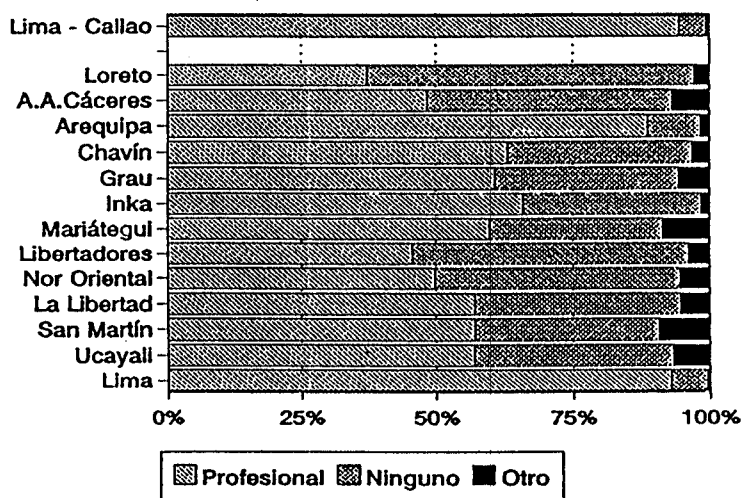
Fuente: Nagahata, J. 1995.

A pesar de estos incrementos, hay todavía una población importante en cifras absolutas, y relativas, que no está cubierta por los servicios de salud reproductiva ya sea por falta de accesibilidad (geográfica o económica) o por patrones culturales.¹ En efecto, al relacionar las cifras para 1994 del Cuadro 3 con el de nacimientos para ese año (622 mil) se tendría que la atención prenatal alcanza sólo al 65% del total de embarazadas, la atención profesional del parto al 38% y la atención profesional durante los 45 días posteriores al parto (puerperio) sólo al 30% de madres. En lo que respecta al control pre-natal las cifras del MINSA coinciden con las recogidas por la ENDES II que da cuenta que el 43% de los nacimientos recibió cuidado prenatal médico y otro 21% de obstetrices o enfermeras con lo que el 64% ha tenido algún tipo de cuidado profesional, pero téngase presente que el 32% de gestantes no tuvo atención alguna. El porcentaje de atendidas de 64% representa un aumento en la provisión de servicios calificados de salud durante el embarazo respecto a 1986 cuando se llevó a cabo la primera Encuesta Demográfica y de Salud familiar, conocida como ENDES I, cuando estos cuidados llegaron sólo al 55% de nacimientos, (INEI, CNP, IRD, 1986). En general, los primogénitos son mejor cuidados: 77% tiene atención profesional versus 43% de embarazos de orden 6 ó más. Como es de suponerse la atención pre-natal alcanza al 80% de gestantes del área urbana versus el 38% del área rural. Sin embargo cabe destacar que mientras en el área urbana la cobertura de atención se mantuvo estable en el 80%, en el área rural creció de 28% a 38%. Las diferencias por región se aprecian en el Gráfico 1.

La atención profesional del parto ha mejorado menos (de 49% a 53%) que la atención pre-natal (de 55% a 64%) entre 1986 y 1992. También en este caso, la atención es

GRAFICO 1

Tipo de cuidado Pre-natal

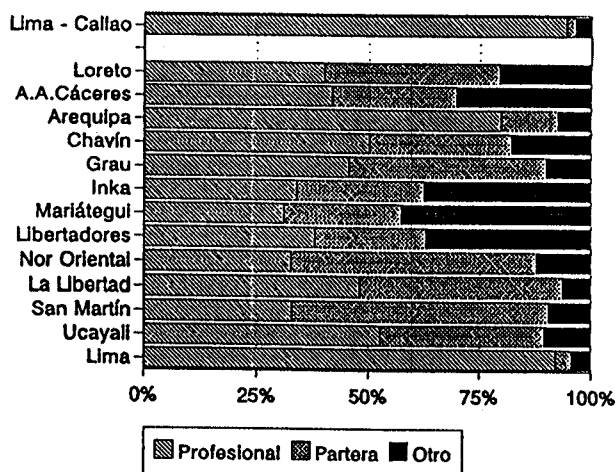


¹ En una encuesta realizada en 1993 (Pathfinder, 1993) a pacientes que habían tenido su parto en dos hospitales grandes de Lima se encontró que el 54% de pacientes del hospital Cayetano Heredia y el 65% de pacientes del Hospital María Auxiliadora no habían tenido control pre-natal en el mismo hospital, aunque tratándose de gestantes residentes en la Capital, es probable que se hayan controlado por lo menos una vez en algún otro establecimiento de salud o con médico particular.

mayor en los primeros nacimientos (71% versus 28% en los de orden 6 ó más). Por áreas la diferencia es abismal, mientras en el área urbana el 74% de los partos fueron atendidos por profesional, en el área rural la cobertura no alcanza al 19%. Por región, los niveles más elevados (94%) de atención profesional del parto ocurren en Lima Metropolitana y los más bajos (30%) en la región Mariátegui. Gráfico 2

GRAFICO 2

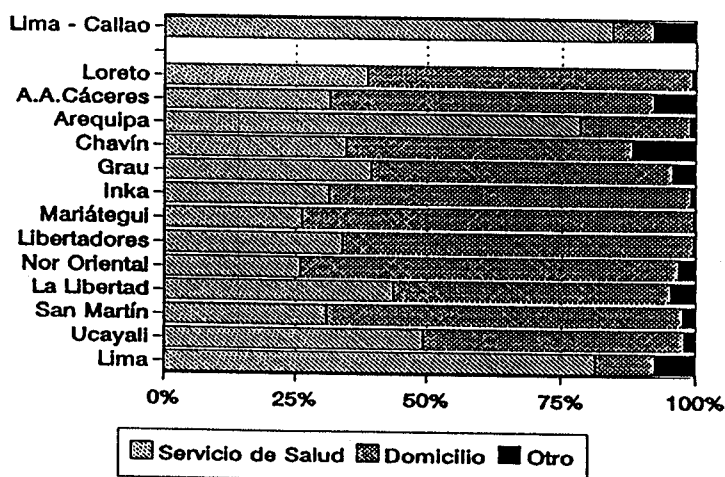
Tipo de asistencia del parto



Por cierto, la atención profesional guarda estrecha relación con el lugar de ocurrencia del parto. Si éste ocurre en un establecimiento de salud, la atención será por profesional; en cambio si se produce en el domicilio lo más probable es que tenga atención empírica. En promedio, sólo el 45.5% del total de partos ocurrió en un establecimiento de salud y más de la mitad en las viviendas. Esto explicaría el bajo porcentaje promedio (53%) de atención profesional del parto y un nivel no tan elevado (65%) en el área urbana, no obstante que aquí se concentran los establecimientos de salud en perjuicio del área rural donde las escasas postas médicas carecen de camas de hospitalización. Quizás por ello, en esta área el porcentaje de partos atendidos por profesional alcanza un exiguo 15%. Los diferenciales por región son notables, correspondiendo como siempre a Lima la mayor cobertura de parto institucionalizado (84.5%) y a la región Nor-Oriental del Marañón la menor (25.9%), Gráfico 3.

GRAFICO 3

Lugar de ocurrencia del parto



2. Enfermedades de transmisión sexual

A pesar de los avances de la medicina en el control de enfermedades, las transmitidas sexualmente (ETS) son relativamente frecuentes y constituyen un serio problema de salud reproductiva. Las ETS incluyen a las enfermedades venéreas clásicas y a un grupo creciente de síndromes y entidades clínicas que tienen en común el ser transmitidas por relaciones sexuales. Muchas de ellas son ignoradas por la persona portadora porque no tiene síntomas clínicos, porque no le presta la debida importancia a esos síntomas, por falta de responsabilidad, falta de asistencia médica o por indiferencia.

Las ETS tienen efectos dramáticos en la salud de quienes las padecen que van de la infertilidad a la muerte pasando por molestias "menores" (dolor pélvico crónico, secreción uretral, flujo vaginal, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, etc.), además de ser una fuente de contagio, en situaciones, no tan eventuales, de relaciones sexuales con distintas parejas. Se señala que hombres y mujeres pueden quedar estériles y que los hijos de madres/padres afectados por ETS's nacen con infecciones oculares causantes de ceguera. Por otro lado, se ha comprobado que las ETS's multiplican hasta por nueve veces la capacidad de transmisión del VIH y del virus del SIDA (Population Reports, 1993). Pero las ETS's también impactan en la salud mental de los afectados al constituir un obstáculo para disfrutar de una vida sexual placentera.

A pesar que las ETS son tan comunes (o a veces más) como otras enfermedades transmisibles, no se les presta la debida atención y, no obstante que forman parte de las enfermedades sujetas a vigilancia no se reportan cabalmente. Se adoptó el HIS-MIS para recopilar información del sector salud, pero, al parecer, no se capacitó a los profesionales de la salud en el llenado de los formularios siendo éstos completados la mayoría de veces por personal auxiliar que omite, por desconocimiento, la enfermedad que motiva la consulta.

El diagnóstico es otro problema. En un medio como el del país con necesidades más urgentes de salud, los establecimientos de salud -aún los de III nivel- y los proveedores de servicios no cuentan con equipo para el diagnóstico bacteriológico y serológico que informe con precisión de qué enfermedad se trata, basándose muchas veces sus diagnósticos en síntomas clínicos, pero no en pruebas de laboratorio. Por ejemplo en el diagnóstico de sífilis algunos establecimientos llegan sólo a la prueba de VDRL que, como se sabe, no es específico. El resultado positivo puede significar lo mismo sífilis que tuberculosis; por lo que se requiere la prueba adicional de FTA la cual es realizada sólo para pacientes que tienen capacidad de pagar un laboratorio particular. Estas limitaciones de equipo afectan el diagnóstico de muchas ETS's como la gardnerella, la gonorrea, el SIDA, la hepatitis B, entre otras. Por otro lado, los médicos, presionados por otras emergencias y no pocas limitaciones, no le dedican demasiado tiempo al diagnóstico, pero tampoco los pacientes están demasiado interesados en él, a menos que sus dolencias sean serias.

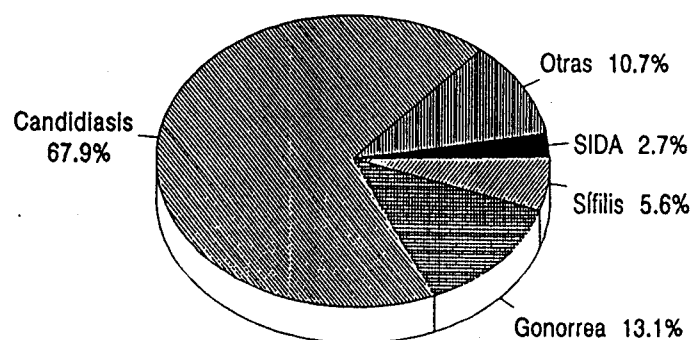
Una manifestación de las fallas de diagnóstico y de reporte es la carencia clamorosa de información estadística, actualizada, completa y desagregada por tipo de enfermedad y por ámbitos geográficos, que permita conocer la dimensión y características de las ETS en el país

y elaborar un perfil por género y por regiones o departamentos. Los datos disponibles son bastante pobres -parciales, incompletos y agrupados-. Curiosamente, por ejemplo, no se dispone de información desagregada por sexo siendo que estas enfermedades afectan desigualmente a varones y mujeres. Hay algunas que son más frecuentes en unos que en otras e inclusive las molestias ocasionadas por las mismas enfermedades son también diferentes. Pero, por otro lado, las estadísticas publicadas para el período 1948-1987 (MINSA, 1987) distinguen únicamente cuatro grupos de ETS: Sífilis, infecciones gonocócicas, chancro blando y linfogranuloma venéreo; mientras que las estadísticas (no publicadas para el I semestre de 1994) proporcionadas para este estudio (no fue posible conseguir información para todo un año, menos para un período) distinguen otros cuatro grupos: SIDA, candidiasis, gonorrea, sífilis y otras enfermedades venéreas con lo cual se afecta la comparabilidad a la vez que descarta un examen desagregado por enfermedad.

Finalmente, el número de casos registrado es bajo (alrededor de 9 mil notificados) y es indudable que no refleja la magnitud del problema, más aún si se tiene en cuenta que algunas ETS, como la tricomoniasis, la más común de todas las ETS, muy frecuente entre las mujeres sexualmente activas y asintomática entre los varones, no es comúnmente reportada por los médicos como una enfermedad de transmisión sexual. Tampoco hay buenos reportes de cáncer de cuello uterino y de papiloma virus que también se adquieren por vía sexual. Las ETS, ese gran grupo de dolencias a las cuales se les presta poca atención están ganando terreno. Según los médicos especialistas cada vez hay más personas infértiles, más muertes maternas, más partos prematuros y más bebés de bajo peso al nacer como consecuencia del peligroso incremento de enfermedades de transmisión sexual.

Desafortunadamente, no hay demasiada evidencia empírica sobre lo que parece ser un consenso entre los profesionales de la salud: el rápido avance de las ETS y sus consecuencias. Las pocas estadísticas a las que se tuvo acceso sugieren que entre 1948 y 1987 las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes fueron las gonocócicas -excepto en el trienio 51-53 cuando la sífilis fue la más importante- seguidas de la sífilis (principalmente precoz), el chancro blando y el linfogranuloma venéreo (estas dos últimas se empezaron a registrar recién en 1951). Gráfico 4.

GRAFICO 4
Casos notificados de ETS
I semestre, 1994



Más recientemente, en el primer semestre de 1994, la candidiasis fue la ETS más registrada (casi 13 mil casos), seguida de la gonorrea y la sífilis. En la población de 15 a 44 años este ordenamiento se repite, pero el número de casos y la tasa de incidencia es enormemente más elevada que en los otros grupos de edad (1-14 + 45 y más), Cuadro 4. En efecto, el grupo de 15 a 44 años concentra el 75% del total de ETS notificadas y éste debería ser, principalmente, el grupo objetivo de los programas de salud orientados a su prevención y tratamiento. Pero, paralelamente el sector debe hacer un gran esfuerzo por mejorar el diagnóstico y el reporte de estas enfermedades.

CUADRO 4
ETS registradas: casos notificados
I semestre, 1994

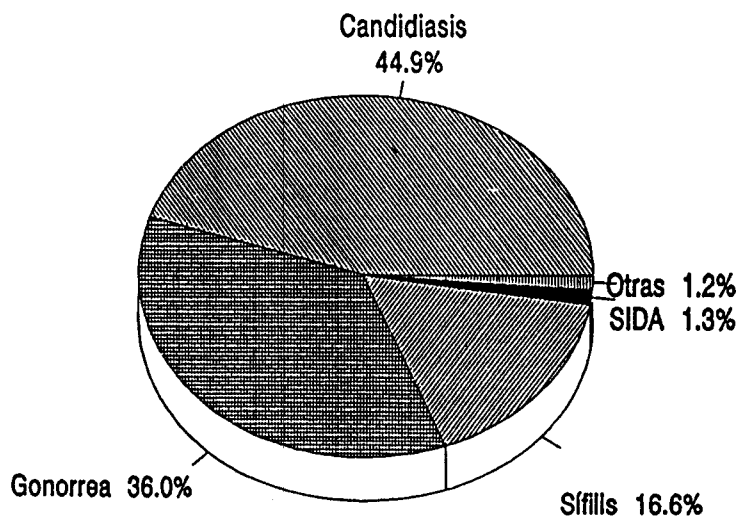
ETS	Casos Notificados		Tasa de Incidencia por 100 mil habitantes de	
	Total	%	15-44	Otros grupos
Total	12,745	100.0	--	--
Candidiasis	7,766	61.0	71.37	19.10
Gonorrea	2,210	17.3	20.31	2.06
Sífilis	876	6.9	8.05	1.23
SIDA	394	3.0	3.62	0.84
Otras venéreas	1,499	11.8	13.78	3.66

Fuente: Casos notificados: OEI-MINSA
Tasa de incidencia: elaboración propia

En el Instituto Materno Perinatal, la distribución de las ETS's es prácticamente la misma (primero la candidiasis, después la gonorrea y luego la sífilis y el SIDA) que la obtenida con datos del MINSA para el total de establecimientos de salud, aunque la importancia relativa de cada enfermedad es bastante diferente, Cuadro 4 y Gráfico 5.

En cuanto al SIDA, el registro oficial del Programa Especial de Control del SIDA del Ministerio de Salud (PECOS) tiene un acumulado de casos en el Perú de 1983 hasta la fecha de 1,170. Algunos especialistas dicen que el número de pacientes que está desarrollando la enfermedad es de alrededor de 5,000 y que esta cifra debe ser multiplicada por 10 para tener el total de

GRAFICO 5
ETS, Instituto Materno-perinatal



infectados (seropositivos). Si esto es así, los infectados en el país llegarían a 50 mil, (Gotuzo, E., 1995), aunque según la asociación Vía Libre son 100 mil: 60 mil varones, 40 mil mujeres y un 70% vive en la Capital, (diario El Mundo, Lima 6-7 de mayo de 1995). Al comienzo, de la epidemia (1983, el grupo etáreo más afectado era el de mayores de 30 años. En los últimos 5 años hay una tendencia importante a afectar a sectores más jóvenes que adquieren la infección en etapas tempranas de su vida sexual. Por ejemplo, en el hospital Cayetano Heredia, el porcentaje de personas menores de 25 años diagnosticadas con VIH aumentó de 12% en 1991 a 21% en 1993. (Sánchez y Gotuzo, 1994).

3. El aborto inducido

3.1 Contexto socio-demográfico

Para interpretar los indicadores sobre aborto inducido es necesario ubicarlos dentro de un contexto más amplio que incluya las tendencias del nivel de la fecundidad, el número de hijos que las parejas quieren tener y la variación en la demanda y uso de anticonceptivos.

Como revelan las fuentes de datos demográficos, en la actualidad hay una fuerte aspiración de las parejas por familias pequeñas lo cual se refleja en una disminución del promedio de hijos por mujer prácticamente a la mitad: de 6.85 a 3.5 entre 1969/70 y 1991/92. Pero este promedio de 3.5 todavía resulta superior en un hijo al número ideal de hijos de 2.5 manifestado por las mujeres en 1992 (ENDES II), Cuadro 5.

CUADRO 5
Evolución de la Fecundidad y del Uso de Métodos Anticonceptivos

FUENTE	TGF	USO ACTUAL DE METODOS (MEF)			NUMERO IDEAL DE HIJOS
		Total	Modernos	Tradicionales	
1969/70 (PEAL/PECFAL)	6.5	12	5	7	
1977/78 (ENAF)	5.3	19 (31)	6 (11)	13 (20)	3.8
1981 (ENPA)	4.1	25 (41)	10 (17)	15 (24)	2.9
1986 (ENDES I)	4.1	28 (46)	14 (23)	14 (23)	2.7
1991/92 (ENDES II)	3.5	36 (59)	20 (33)	16 (26)	2.5

() Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF)

Paralelamente al deseo de tener menos hijos, ha aumentado la motivación por usar métodos anticonceptivos y, obviamente, la prevalencia anticonceptiva aunque ésta es todavía bastante baja, sobre todo la prevalencia de métodos modernos. En efecto, del total de mujeres en edad reproductiva poco más del 64% no usa ningún método para protegerse de un posible embarazo, el 15.8% usa un método tradicional y el 20% uno moderno. Entre las mujeres unidas el uso actual es de 59%, correspondiendo 33% a los métodos modernos y 26% a los tradicionales. El uso actual no se corresponde con el conocimiento de métodos el cual parece

no ser ya un problema importante para las mujeres peruanas: cerca del 96% conoce algún método anticonceptivo, el 85% está informada acerca del DIU y la píldora y el 80% sobre la esterilización femenina. El conocimiento de otros métodos modernos supera el 70%, inclusive en las zonas rurales. El método más utilizado actualmente en el país -tanto entre las unidas como en el total de mujeres en edad fértil- es el ritmo seguido del dispositivo intrauterino, la esterilización femenina y la píldora (INEI, PRISMA, MACRO, 1992), Cuadro 6.

Como en la gran mayoría de países de la región esta mezcla de métodos revela que la planificación familiar en el Perú es una responsabilidad que recae principalmente en la mujer quien la asume muchas veces con escasa información sobre el uso correcto y/o los efectos secundarios de los métodos. Por ello, se producen frecuentes interrupciones de uso, reinicios o cambios de método. La ENDES II da cuenta que en el Perú, el 17% de las mujeres que usa cualquier método reversible queda embarazada dentro de los 12 meses de haber iniciado su uso (The Alan Guttmacher Institute, AGI 1994) siendo el porcentaje de falla de método en el primer año del siguiente orden: ritmo 32%, retiro 27%, vaginales 22%, píldora 6% y DIU 1.2% (Padilla, 1994).

El uso de métodos de planificación familiar también se ve afectado por otros factores como la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de planificación familiar y de métodos, las actitudes personales hacia la planificación familiar y los patrones culturales. Por ejemplo, es frecuente el temor de acudir a un establecimiento de salud y es bastante común el miedo a los efectos secundarios de los métodos modernos los que en su mayor parte se cree que ocasionan serios problemas de salud, principalmente cáncer.

CUADRO 6
Evolución del Uso de Métodos Anticonceptivos, 1969-1991
Mujeres en Edad Fértil

METODOS	1969/70	1977/78	1981	1985	1991/92
Total	12.0	19.0	25.0	28.0	36.0
Modernos	4.6	6.1	10.4	14.1	19.9
Píldora	1.4	2.5	3.0	4.0	3.6
DIU	0.5	0.6	2.4	4.4	7.8
Inyección	-	0.3	1.2	0.9	1.1
Vaginales	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6
Condón	1.4	0.3	0.6	0.4	1.9
Esterilización					
Femenina	0.9	1.8	2.4	3.7	4.7
Esterilización					
Masculina	-	-	-	-	0.1
Tradicionales	7.4	12.9	14.6	13.9	15.8
Ritmo	3.2	6.7	10.4	10.8	12.5

Fuente: A. Padilla (1993)

Los obstáculos humanos y técnicos que influyen en el uso de métodos y en el uso eficaz se conjugan en lo que se conoce como "necesidad insatisfecha" que se estima en 34% (alrededor de 1.5 millones) del total de mujeres en edad fértil sexualmente activas, Cuadro 1. Este porcentaje incluye a las mujeres que están efectivamente "expuestas" al riesgo de embarazo, esto es: mujeres en edad reproductiva que tienen relaciones sexuales y que no desean tener más hijos o no lo desean pronto y que no usan anticonceptivos, usan un método tradicional (ritmo o retiro) o están actualmente embarazadas sin haberlo deseado.

Entonces, las parejas y las mujeres en general quieren tener menos hijos pero no usan anticonceptivos o no usan métodos eficientes, qué hacen si quedan embarazadas?. Muchas tienen hijos no deseados, otras optan por el aborto como solución a un embarazo no planeado.

En el Perú, la interrupción voluntaria del embarazo es castigado por la ley - salvo que se produzca por causas médicas muy estrictas-², por ello su práctica es clandestina, de allí que los intentos de estimación de su magnitud y características se convierten en actividades complejas y poco exitosas que tropieza con serias trabas de orden estadístico, ético, moral, social y psicológico, que también afectan la discusión del problema, la misma que se torna improductiva y no contribuye a solucionarlo sino a provocar una gran confusión en la opinión pública.

Las estimaciones sobre el número de abortos oscilan entre cifras ridículas y otras exageradas: 60 mil abortos en el mundo según el periodista Salazar Larraín, citando información del Banco Mundial (Fuego Cruzado 25/06/94), mientras que para el Perú las estimaciones van de 20 mil según el adjunto de la Dirección de Planificación Familiar del MINSA (El Comercio, 28/04/94), por encima de los 200 mil casos según el presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, no más de 70 mil según el Dr. Raúl Cantella (Punto y Coma, Radio Antena 1, 31/05/94) y un millón según el Arzobispo de Lima (La República 06/06/94) en declaraciones formuladas al diario la República (14 de Junio, 1994).

En 1994 se publicó un estudio del Instituto Alan Guttmacher (AGI, cit.) cuyo objetivo principal fue obtener mejores estimaciones nacionales y más confiables sobre la magnitud del aborto inducido en seis países de América Latina (México, República Dominicana, Colombia, Brasil, Chile y Perú) basándose en datos sobre egresos hospitalarios por complicaciones de aborto, en una encuesta de opinión a profesionales de la salud realizada especialmente y en las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) de 1986 y 1991/1992 para examinar el contexto dentro del cual se toman las decisiones reproductivas.

² El Artículo 2 de la Constitución señala al concebido como "sujeto de derecho para todo cuanto le favorece". El Código Penal tipifica el aborto como delito y lo castiga con prisión de hasta dos años. El Código de Salud y la Ley de Población prohíben el aborto como método anticonceptivo y como medio de control de la natalidad. El Código de Salud señala también que "La interrupción de la gestación antes de la viabilidad del concebido podrá permitirse en opinión de una junta médica ad-hoc y a solicitud de la gestante o de su representante legal por impedimento de la primera en los dos casos siguientes: a) Si la interrupción del embarazo salva la vida de la gestante y b) Cuando exista la seguridad de la inviabilidad futura del concebido o si el concebido tiene graves taras físicas o psíquicas.

El supuesto básico es que debido a que los casos de hospitalización representan solamente una pequeña parte de todos los abortos inducidos, las estadísticas hospitalarias deben ser ajustadas para incluir a las mujeres que se practicaron un aborto pero que no fueron internadas en un establecimiento de salud. Esto se hizo formulando algunos supuestos sobre las probabilidades de complicación y de hospitalización y algunos multiplicadores. Tres fuentes apoyan este estudio:

- Estadísticas nacionales sobre el número de mujeres hospitalizadas debido a complicaciones de aborto para estimar la proporción que se hospitaliza del total que se practica un aborto de la cual se deriva un número nacional de abortos inducidos. Las estimaciones logradas se basan en un supuesto moderado que uno de cada cinco abortos resultó en complicaciones serias que requería hospitalización.
- Una encuesta a 40 profesionales para recoger sus opiniones acerca de los proveedores de servicios de aborto por grupos de mujeres (pobres rurales, pobres urbanas y no pobre urbanas) y las complicaciones en cada caso. Esta información fue útil para validar los supuestos en relación a la proporción de abortos que termina en hospitalización.
- Las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (DHS) de 1986 y 1991/1992 para entender mejor las aspiraciones de fecundidad y las motivaciones para el uso de anticonceptivos. Esta información sirve para explicar por qué las mujeres se ven obligadas a abortar y estimar la proporción que lo hace.

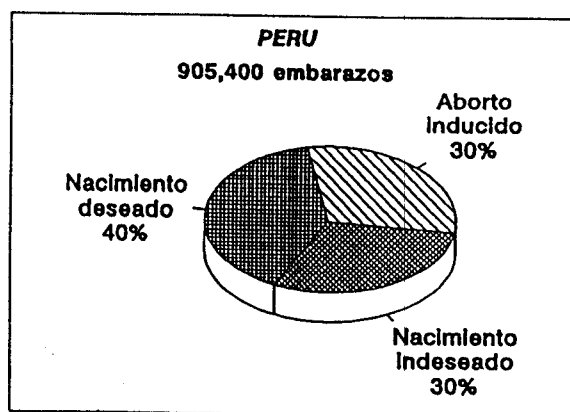
Las estimaciones para el Perú corresponden a 1989 (año más reciente para el que se dispuso de información al momento de del estudio) siendo las más importantes las siguientes:

- En el país, el 60% del total de embarazos no sería planificado; de éstos un 30% produciría nacimientos no deseados y otro 30% terminaría en aborto inducido. **Gráfico 6.**

GRAFICO 6

Resultado de los embarazos

(AGI, 1992)



• La columna final del Cuadro 7 muestra que la incidencia del aborto es elevada en los seis países estudiados en los que entre 3 y 5 mujeres de cada cien abortan cada año. Las mujeres peruanas tienen mayor probabilidad de provocarse un aborto en una proporción de 5.2 por cada cien cada año. Esta cifra es elevada si se la compara con la tasa para los Países Bajos de 0.5%, Canadá 1.2 y Estados Unidos 2.7.

CUADRO 7
Indicadores sobre aborto inducido

País y año	Total estimado de abortos inducidos*	Proporción por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 mujeres de 15 a 49 años
Perú, 1989	271,150	43	5.19
Colombia, 1989	288,400	35	3.37
Chile, 1990	159,650	55	4.54
México, 1990	533,100	21	2.33
Brasil, 1991	1,443,350	44	3.65
Rep. Dom., 1992	82,500	39	4.37

* Casos hospitalizados ajustados, multiplicados por cinco

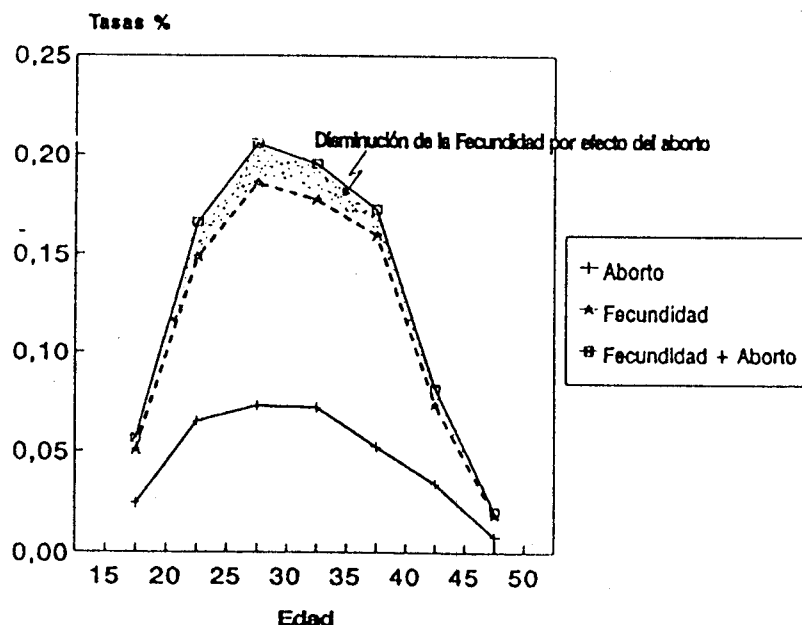
The Alan Guttmacher Institute, 1994. D. Ferrando

• El número absoluto de abortos inducidos en el país se estima anualmente en 271 mil, valor intermedio entre un mínimo de 163 mil (asumiendo que 1 de cada 3 abortos termina en hospitalización) y un máximo de 380 mil (suponiendo que 1 de cada 7 abortos termina en hospitalización). Si los 271 mil abortos estimados se relaciona con el total de nacidos vivos se tiene una razón de 43 por cada cien; es decir, poco más de cuatro abortos por cada diez nacimientos. En términos de tiempo se tendría casi 750 abortos diarios, 31 cada hora y uno cada dos minutos. Según una estimación para 1987 (Henshaw, 1990) en todo el mundo se producen entre 26 y 31 millones de abortos inducidos legalmente y entre 10 y 22 millones de abortos clandestinos. Se dice también que actualmente el 40% de la población del mundo vive en países donde el aborto inducido es una práctica legal y otro 25% en países que lo autorizan sólo si la vida de la madre corre peligro.

• Es claro que el aborto influye en el nivel de la fecundidad contribuyendo a su reducción. Asumiendo que sólo la cuarta parte del total de abortos impactan en el promedio de hijos por mujer se ha calculado las tasas específicas (Tabla 1 del Anexo y Gráfico 7) de aborto y una tasa promedio resumen (comparable a la tasa global de fecundidad) que sería igual a 1.7 abortos en promedio por mujer al final de su vida reproductiva. La disminución de la fecundidad por efecto del aborto es de aproximadamente 0.5, lo que en otras palabras quiere decir que en ausencia de aborto la tasa global de fecundidad sería 0.5 más elevada.

GRAFICO 7

Tasas específicas de Fecundidad y de Aborto



- La encuesta a profesionales de la salud revela que un 85% de mujeres rurales va a una persona empírica o se practica el aborto ella misma. Una cifra algo menor (64%), pero igualmente elevada lo hace entre las mujeres pobres urbanas; en cambio cerca el 84% de mujeres económicamente pudientes recurre a personal de salud capacitado: médicos, obstetrices o enfermeras (Gráfico 8).

- También estiman que 47 de cada 100 mujeres que se someten a aborto sufren complicaciones siendo los porcentajes del orden del 69% entre las rurales pobres, de 44% entre las pobres urbanas y de 9% entre las urbanas con altos ingresos. Gráfico 9. Las complicaciones médicas varían de una complicación menor a una severa con riesgo para la vida de la mujer. En general, la probabilidad de complicaciones se consideró mucho más elevada si la mujer se provoca el aborto ella misma o una persona empírica que si lo hace un profesional de salud. También hubo coincidencia en que aún tratadas por el mismo profesional, las mujeres pobres, rurales y urbanas, corren más riesgo de complicación que las mujeres de altos ingresos sugiriéndose diversas explicaciones para ello: que las mujeres pobres pueden padecer precarias condiciones de salud por anemia o desnutrición anterior al aborto, algunas pueden estar debilitadas por intentos previos de abortos con métodos tradicionales; es muy frecuente que no cumplan con la medicación prescrita, los médicos, obstetrices y enfermeras que trabajan en sectores de bajos ingresos pueden tener menos capacitación técnica y usar métodos de mayor riesgo en condiciones no del todo higiénicas y es más factible que en comparación con las mujeres de mayores ingresos, las mujeres pobres busquen la interrupción del embarazo cuando éste está más avanzado.

GRAFICO 8
Tres grupos, tres proveedores de aborto
 (AGI, 1992)

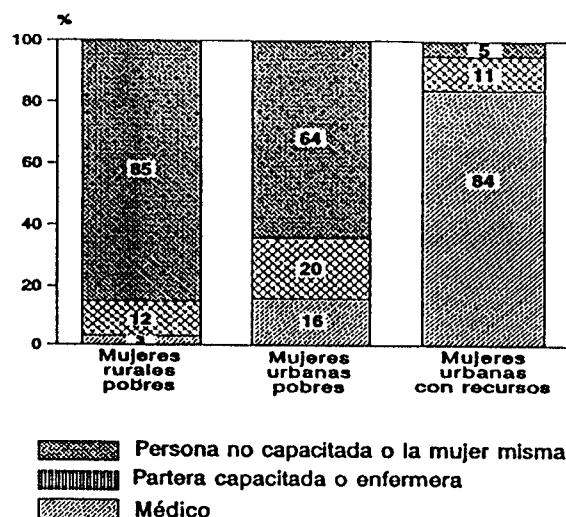
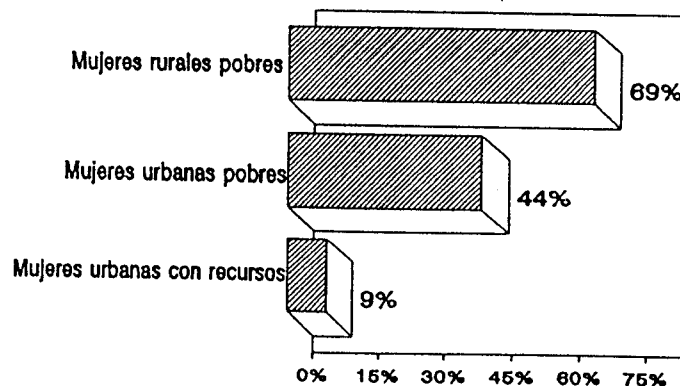


GRAFICO 9
De cada 100 abortos, ¿Cuántos se complican?
 (AGI, 1992)



- Debido a que, en general, las mujeres ahora están mucho más familiarizadas con los riesgos del aborto clandestino y con el tipo de complicaciones y su seriedad, buscan atención médica usualmente en los hospitales del sector público antes que la complicación ponga en riesgo su vida. Además, está aumentando el uso de antibióticos como una precaución que ayuda a reducir las posibilidades de infección. Finalmente, el acceso a proveedores capacitados se ha incrementado, no obstante, practicarse un aborto por un profesional, médico, obstetriz o enfermera es todavía una elección relativamente cara en algunos sectores.

● No todas las que sufren complicaciones requieren hospitalización, habiéndose estimado que de 100 abortos provocados 20 se hospitalizarían. Por lo tanto, la hospitalización por complicaciones de aborto representa sólo una ínfima parte del total de abortos practicados y es, en realidad, la parte visible de un número mucho mayor de casos. En el estudio de The Alan Guttmacher se ha supuesto que una de cada cinco mujeres que ha tenido un aborto inducido será hospitalizada. Esto representa 55 mil mujeres hospitalizadas en el país cada año por complicaciones de aborto. Claramente, la morbilidad y las consecuencias en la salud del aborto clandestino son problemas graves. El número de casos hospitalizados es digno de enfatizar ya que empieza a dar una idea de las implicaciones financieras y de salud pública del aborto inseguro.

Por ejemplo, Li y Ramos estimaron que anualmente el Instituto Materno Perinatal destina el 13% de su presupuesto total para el tratamiento de aborto incompleto (Li y Ramos, 1993). Adicionalmente, según el Censo de Infraestructura Sanitaria realizado por el MINSA en 1991, los egresos hospitalarios del servicio de Obstetricia representan la tercera parte (10% en el sector privado) del total de egresos de los establecimientos del sector público en 1991 (véase la distribución departamental en la Tabla 2 del Anexo). Esto significa una presión muy fuerte en los servicios de salud de por sí escasos y no pocas veces inaccesibles para la gran mayoría, presión que no se debe únicamente a partos ni a problemas del embarazo, el parto o el puerperio, si no, como lo señalan las estadísticas oficiales, a demanda de atención por complicaciones de aborto. Como se muestra en el Cuadro 8, entre 1988 y 1993 la primera causa de egreso hospitalario en general (considerando todas las causas) fue el parto, y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio la segunda, pero, el aborto fue la quinta causa (en 1988 y 1989 fue la cuarta) más importante.

Más aún, cuando el examen se limita a los egresos obstétricos, se tiene que el período 1990-1993, el aborto es sistemáticamente la segunda causa de egreso hospitalario (a nivel nacional) después del parto normal. Concentra entre el 11% y el 12% del total de egresos

CUADRO 8
Morbilidad: Egresos según Daño Programático

DAÑO	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Egresos (en miles)	(234)	(166)	(335)	(285)	(312)	(261)
1. Parto Normal	31.0	31.8	30.0	27.4	29.6	31.4
2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	8.8	9.9	9.5	7.6	8.0	9.1
3. Traumatismo y envenenamiento	9.5	9.8	7.7	7.7	7.8	7.5
4. Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	6.9	7.6	8.6	7.5	7.0	7.2
5. Aborto y hemorragia del embarazo y del parto	7.3	7.7	6.5	5.9	6.1	6.2
6. Enfermedades del aparato respiratorio	5.8	4.7	5.0	5.1	5.6	5.8
7. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2.8	3.0	3.4	3.5	4.5	4.6
8. Todas las demás infecciosas y parasitarias	1.7	1.6	1.7	9.7	5.5	3.9
9. Disentería y gastroenteritis	4.8	3.6	2.4	3.8	4.6	3.8
10. Enfermedades del aparato genito-urinario	4.3	4.0	4.4	3.6	3.7	3.7
11. Tumores	1.5	1.5	4.3	3.9	3.2	2.9
12. Tuberculosis	2.1	2.1	2.2	1.9	1.8	2.0
13. Otras causas	13.5	12.7	14.3	12.4	12.6	11.9

Fuente: OEI-MINSA

obstétricos, mientras que los egresos por complicaciones del puerperio representan el 4%, los egresos por hemorragia el 2.2%-2.6% y los egresos por toxemia el 1.5%, Cuadro 9.

CUADRO 9
Egresos por Diagnóstico (Causas Obstétricas)

CAUSAS	1990	1991	1992	1993
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
Egresos (en miles)	(100.5)	(115.0)	(135.1)	(121.4)
Aborto (630-639)	12.2	12.1	11.6	10.9
Causas Obstétricas Directas (640-646, 651-676)	22.0	20.6	20.4	21.4
.Hemorragia (640, 641, 666)	2.6	2.4	2.4	2.2
.Toxemia del embarazo (642, 643)	1.4	1.5	1.6	1.4
.Infección (646)	0.5	0.8	0.8	0.6
.Parto Obstruido (660)	3.9	4.0	3.8	4.1
.Complicaciones del puerperio (670-676)	0.6	0.6	0.7	0.6
.Otros problemas fetales (656)	-. -	1.2	1.1	1.4
.Otras complicaciones del trabajo de parto (669)	-. -	2.6	3.2	4.0
.Otras causas directas	13.0	7.5	6.8	7.1
Causas Obstétricas Indirectas (647, 648)	0.2	0.3	0.2	0.2
Parto Normal (650)	65.6	67.0	67.8	67.5

Fuente: OEI-MINSA

Lo mismo ocurre en el Instituto Materno Perinatal cuyas estadísticas de egresos por causas revelan que el aborto es la segunda causa más importante de egreso hospitalario después del parto, habiendo representado en 1993 y 1994 alrededor del 13% del total de egresos, Cuadro 10.

CUADRO 10
Instituto Materno Perinatal: Egresos hospitalarios por causas

Causas	1992	1993	1994
Total	100.0	100.0	100.0
Casos	(32938)	(32844)	(28710)
Parto	77.7	79.5	77.8
Aborto	14.2	12.6	12.6
Gestante	5.0	5.0	6.4
Ginecológico	2.3	2.1	2.3
Puérperas	0.8	0.8	0.9

Fuente: Oficina de Estadística del Instituto.

- Entre las mujeres que no se hospitalizan por aborto están aquellas que no sufren complicaciones, las que las sufren pero van a las farmacias o a los consultorios privados para atenderse y un número desconocido de mujeres que muere como consecuencia del aborto sin haber recibido nunca tratamiento en un establecimiento de salud.

- La tasa de complicación está en relación directa con el método o técnicas utilizadas para practicarse el aborto. En el Perú éstas varían desde procedimientos modernos, eficaces y seguros (como la dilatación quirúrgica, el curetaje y la aspiración por vacío realizada en consultorios médicos o en clínicas especiales) a un amplio surtido de métodos populares aplicados por las propias mujeres o por personal no capacitado y que representan un serio peligro para la salud de la mujer y que son los que probablemente originan los casos que terminan en hospitalización.

4. Mortalidad materna

4.1 Nivel de mortalidad materna

La organización Mundial de la Salud (WHO) ha estimado que anualmente se producen alrededor de 500 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo y el parto y que cerca del 99% ocurre en los países en desarrollo. De esas muertes entre el 23% y el 41% resultan de complicaciones de abortos ilegales practicados por personal sin capacitación, aunque un dato más conservador derivado de estadísticas hospitalarias señala que entre el 20% y el 25% de muertes maternas es atribuible a aborto inseguro. En general, existe cuatro condiciones que hacen a la mujer especialmente susceptible a la muerte o a las enfermedades relacionadas la embarazo. Estas son los embarazos precoces, tardíos, numerosos o demasiado frecuentes (UNFPA, 1993).

En el trienio 1990-1993, se ha estimado un subregistro de defunciones del orden del 50% (Padilla, 1995). Por esta seria limitación, el cálculo de indicadores de mortalidad se basan en técnicas indirectas en base a las cuales se estima que en el Perú cada año fallecen entre 1 800 y 1900 mujeres como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio que representan alrededor del 17% del total de muertes de mujeres en edad fértil y el 15% de defunciones de mujeres de 15 a 54 años. La tasa de mortalidad materna de 261-300 por 100 mil nacimientos vivos es elevada y parece haber disminuido poco en la última década, (Cuadro 11),

CUADRO 11
Tasa de mortalidad materna en el Perú
(Por 100 mil nacidos vivos)

Años	Tasa de MM
1960	400
1965	398
1970	390
1975	350
1980	318
1985	303
1990	298
1993	261

*Fuente: 1960-1990 MINSA, 1990, citado
por Padilla, A. 1993
1993, Vallenar, G. 1993*

sobre todo si se tiene en cuenta la precariedad de la información (sobrevivencia de hermanas) que sirve de base para el cálculo de la tasa de 261 por 100 mil (Vallenas, 1993) y las limitaciones propias de las técnicas indirectas. La aplicada en este caso estima una cifra para 11.5 años anteriores a la fecha de la encuesta. La información que procede de la ENDES II para 1991/1992, da un cálculo para 1980 habiéndose obtenido la estimación para 1993 por extrapolación gráfica que conlleva un alto grado de subjetividad. Entonces, parece plausible que la tasa de mortalidad materna puede estar en un valor cercano a 300 por cien mil nacidos vivos.

La variación de la tasa de mortalidad por áreas y departamentos se ofrece en el Cuadro 12, pudiendo advertirse, como ocurre con otros indicadores de salud, la situación de desventaja del área rural (donde la frecuencia de muertes maternas es algo más del doble que en el área urbana) y de las regiones más pobres. Sin embargo, cabe anotar que hay algunas cifras que no pueden ser fácilmente explicadas; por ejemplo la tasa de mortalidad materna de Arequipa (región que contiene a la segunda ciudad más importante del Perú) que es la tercera más elevada a nivel regional después de J.Carlos Mariátegui (que abarca una de las zonas más pobres de la sierra sur del país, Puno) y de la región Nor Oriental del Marañón (que contiene a Cajamarca otro departamento bastante deprimido). En realidad, la tasa de mortalidad materna estimada con datos de la ENDES II no se corresponde (positiva o directamente) con otros indicadores de salud reproductiva que están fuertemente asociados con ella, como el uso de anticonceptivos y la atención profesional del parto. Así, es difícil explicar como Arequipa con un promedio de hijos por mujer de 3, una tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos modernos de 45% y una

CUADRO 12
Indicadores de Salud Reproductiva por regiones

Región	Tasa de* Mortalidad Materna	Tasa Global de Fecundidad	Uso de Métodos Anticonceptivos			Atención Profesional del parto
			Total	Modernos	Tradicionales	
País	261	3.5	59.0	32.8	20.7	52.5
Urbana	203	2.8	66.1	39.7	26.4	74.4
Rural	408	6.2	41.1	15.5	25.6	18.7
Loreto	278	5.5	34.8	21.3	13.5	40.0
A.A. Cáceres	318	4.6	52.8	21.0	31.8	41.8
Arequipa	347	3.0	70.6	45.3	25.3	79.8
Chavín	155	4.2	53.8	28.6	25.2	50.5
Graú	255	3.9	56.8	37.6	19.2	45.6
Inka	278	5.2	44.7	22.9	21.7	33.9
JC Mariátegui	581	4.4	59.5	22.1	37.4	31.0
Libertadores	313	5.2	38.6	17.4	21.2	38.0
N.O Marañón	486	4.1	61.3	26.7	34.7	32.7
La Libertad	169	3.9	57.9	28.4	29.5	48.0
San Martín	339	4.6	53.7	33.5	20.2	32.8
Ucayali	272	5.0	56.1	30.3	25.8	52.7
Dpto. Lima	129	2.3	70.9	46.1	20.8	92.0
Lima-Callao	114	2.1	72.7	47.4	25.2	94.3

Fuente: Tasa de mortalidad materna, Vallenas, G.1993 Cit.
Los demás indicadores, INEI, Informe General de la ENDES II.

* Tasa de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos

atención profesional del 80% de partos tiene una tasa de mortalidad materna de 347 por 100 mil nacimientos vivos; mientras que la región Chavín con un promedio de hijos por mujer de 4.2, una tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos modernos de 29% y una atención profesional del 50% de partos tiene una tasa de mortalidad materna que es menos de la mitad (155 por 100 mil) de la de Arequipa. El indicador más frágil de todos los presentados en el Cuadro 11 es el de la mortalidad materna por lo que los valores regionales deben ser tomados con cautela.

La edad promedio de las mujeres fallecidas por causas maternas durante los años 1990/91 en Lima Metropolitana fue de 29 años (Lip y Col., 1992); es decir, una edad en la que la mujer es clave para el desenvolvimiento de la familia y la sociedad. Como se ha visto, los indicadores de atención pre-natal y del parto en el país son bastante deficientes, pero el descuido en estas etapas no son la única causa de muerte materna, el aborto tiene un expectante lugar.

4.2 Causas

La información sobre mortalidad materna por causas es muy limitada y puede subestimar la verdadera importancia de algunas de ellas, como ocurre con el aborto. De acuerdo al Registro de Defunciones, la primera causa de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio entre 1986 y 1992 fue la hemorragia dando cuenta de aproximadamente el 40% de esas muertes. La segunda causa reúne a todas las complicaciones del puerperio (con una importancia relativa que ha aumentado del 12.4% en 1986 al 16.7% en 1992). El aborto es la tercera causa del 10% de muertes maternas en 1992, seguido de las complicaciones del trabajo de parto (9%); aunque hasta 1991 parece haber sido la tercera causa -pero su importancia ha empezado a disminuir, probablemente como consecuencia de un incremento en la atención profesional e institucional del parto-. Divergente de la tendencia 86-91, la información para 1993 revela al aborto como la primera causa de muerte materna (26%) seguido de la toxemia del embarazo y otras complicaciones del trabajo de parto, ambas causantes del 10% de muertes maternas. En realidad, estos datos no parecen muy confiables tanto por el número de casos como por el cambio radical de la estructura porcentual de las muertes por causas que relega a un quinto lugar a la hemorragia, Cuadro 13.

CUADRO 13
Muertes Maternas por Causas

CAUSAS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL Casos	100.0 (591)	100.0 (618)	100.0 (649)	100.0 (697)	100.0 (514)	100.0 (439)	100.0 (508)	100.0 (152)
Aborto (630-639)	9.0	11.5	9.0	8.9	11.1	7.7	10.0	26.3
Causas Obstétricas Directas (640-646, 651-676)	90.0	87.5	89.5	89.4	87.4	91.0	88.8	66.4
. Hemorragia (640, 641, 666)	40.9	38.7	33.9	36.7	36.2	36.7	37.2	8.6
. Toxemia del embarazo (642, 643)	8.8	9.9	10.7	9.2	11.5	9.6	8.7	10.0
. Infección (646)	0.7	0.2	0.8	0.3	0.4	0.2	0.8	2.6
. Parto Obstruido (660)	4.6	3.7	5.1	4.6	5.4	3.9	3.5	9.8
. Complicaciones del puerperio (670-676)	12.4	13.8	14.8	13.9	17.9	14.6	16.7	7.2
. Otros problemas fetales (656)	0.8	0.5	1.1	1.0	0.8	0.7	0.8	6.6
. Otras complicaciones del trabajo de parto (669)	11.6	12.3	13.1	11.9	4.1	11.2	9.1	9.9
. Otras causas directas	10.2	8.4	10.0	11.8	11.1	14.1	12.0	11.8
Causas Obstétricas Indirectas (647, 648)	1.0	1.0	1.5	1.7	1.5	1.3	1.2	3.9
Parto Normal (650)	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-	3.3

Fuente: OEI-MINSA

Los profesionales de la salud y los estudiosos de la mortalidad materna, coinciden en señalar que el aborto practicado en malas condiciones puede ser la segunda causa de muerte materna y quizás la primera, toda vez que en los certificados de defunción por lo general se anota la causa final de la muerte y no la básica, de modo que muchas de las muertes reportadas por hemorragia o sépsis, pueden ser consecuencia de complicaciones de aborto.

5. Conclusiones

Actualmente hay una mayor consciencia sobre el significado y la importancia de la salud reproductiva. De hecho fue catalogado como parte de los derechos humanos en la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, ante la evidencia que un estado óptimo de salud en esta área es hoy en día todavía un privilegio. Hay consenso que enfrentar con franqueza las necesidades de la salud reproductiva de la mujer y del varón es un elemento crítico para lograr un equilibrio apropiado en la ecuación población-medio ambiente-desarrollo sostenible.

Muchos son los problemas que afectan la salud reproductiva, algunos de los cuales fueron abordados en este capítulo. Entre los más importantes están las enfermedades de transmisión sexual, el aborto y la mortalidad materna. Desafortunadamente, la información sobre todos ellos es muy débil lo cual dificulta la elaboración de diagnósticos precisos y desagregados. Con lo poco disponible se puede decir que las enfermedades de transmisión sexual afectan principalmente a la población de 15 a 44 años concentrándose en este grupo el 75% de casos notificados. Los médicos que atienden en hospitales públicos creen que más de la cuarta parte de mujeres que solicitan atención en los servicios de ginecología está afectada por algún tipo de dolencia transmitida sexualmente. En realidad, el porcentaje de varones y mujeres sexualmente activos que sufre de alguna ETS puede fluctuar entre el 40% y el 50% considerando que la tricomoniasis -asintomática en los varones- está ampliamente difundida en todos los sectores de la población y diariamente diagnosticada en los establecimientos públicos y privados de salud y en los consultorios particulares; que los hongos son también bastante frecuentes y que ha crecido enormemente la incidencia de gonorrea, vaginosis bacteriana, clamidia y herpes genital. Agréguese a todo ello que muchos no acuden a consulta para tratarse de una ETS y pueden, eventualmente, curarse al tomar medicamentos para otra dolencia.

El aborto es un problema serio como lo demuestran las estadísticas hospitalarias -pese a sus limitaciones de cobertura y de calidad- interpretadas con ayuda de otras fuentes. Ellas revelan que el aborto inducido ilegalmente es un acontecimiento bastante más frecuente que lo que algunas autoridades de salud y líderes de opinión quisieran aceptar. Más aún, a juzgar por la magnitud y las características de los procedimientos a los que se someten los distintos grupos de mujeres, es un grave problema de salud pública que afecta más a las mujeres de sectores populares, entre quienes muy pocas tienen acceso a servicios seguros de aborto o de tratamiento de aborto incompleto y que pueden padecer distintos tipos de complicaciones: sépsis, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, infertilidad y muerte. La alta incidencia de abortos clandestinos parece ser una consecuencia lógica del deseo de tener un número menor de hijos el mismo que no se corresponde con un uso más generalizado de métodos anticonceptivos eficientes. Si ello es así, y el impacto del aborto en la salud (física y mental) de la mujer es

también reconocido y aceptado, los esfuerzos deberían concentrarse en reducir al mínimo la necesidad de las mujeres de recurrir al aborto previniendo los embarazos no deseados, particularmente favoreciendo la accesibilidad a servicios y a métodos de planificación familiar.

El aborto es una de las causas más importantes de muerte materna -que se calcula en 300 por mil nacidos vivos en el país- después de la hemorragia. Las complicaciones del embarazo y del parto y los problemas en el puerperio también cobran un número elevado de víctimas entre las madres. Muchas, quizás la mayoría de estas muertes y lesiones causadas por el embarazo y el parto pueden ser evitadas con medidas preventivas de salud y con programas de información y educación que lleguen principalmente a mujeres de los sectores más deprimidos social y económicamente.

ANEXO

TABLA 1

Estimación del impacto del aborto en la Tasa Global de Fecundidad

Edad	Mujeres 1989	Nacimien- tos 1989	Tasas de Fecundi- dad	Abortos 1989		Tasas de Aborto	Nacimien- tos más Abortos	Tasas de Fec. Correg.
				Total	Total+4			
15-19	1'132.7	57.2	.0505	28.2	7.1	.025	64.3	.0557
20-24	1'007.2	149.7	.1486	68.6	17.2	.068	166.9	.1657
25-29	868.5	161.4	.1858	73.5	18.4	.085	179.8	.2070
30-34	722.5	128.2	.1774	47.7	11.9	.066	140.1	.1939
35-39	601.5	96.0	.1596	36.9	9.2	.061	105.2	.1749
40-44	490.2	35.9	.0732	13.6	3.4	.028	39.3	.0802
45-49	408.6	7.6	.0186	2.6	0.6	.006	8.2	.0201
Total		636.0	.8137	271.1	67.8	.339	703.8	.8985
Tasa Global			4.06			1.70		4.50

TABLA 2

Egresos hospitalarios por servicios. 1991

Departamentos	Total	Medicina	Cirugía	Pediatría	Obstetric.	Ginecología
Total Sector Púb.	100.0	23.5	15.7	18.0	33.0	9.8
Total Sector No Pub.	100.0	42.8	29.2	7.6	10.2	10.2
Amazonas	100.0	49.6	17.1	9.1	21.7	2.5
Ancash	100.0	26.1	17.5	13.6	37.2	5.6
Apurímac	100.0	62.2	6.8	7.4	6.8	16.8
Arequipa	100.0	18.6	11.8	13.9	39.2	16.5
Ayacucho	100.0	31.8	14.0	13.6	31.4	9.2
Cajamarca	100.0	35.7	14.8	11.1	17.8	20.6
Callao	100.0	18.0	13.4	7.8	19.5	41.3
Cusco	100.0	19.0	16.5	10.3	46.4	7.8
Huancavelica	100.0	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-
Huánuco	100.0	29.5	12.6	14.0	35.5	8.4
Ica	100.0	30.0	11.0	13.6	40.0	14.4
Junín	100.0	32.2	13.5	13.6	30.7	10.0
La Libertad	100.0	33.9	13.9	10.6	35.0	6.6
Lambayeque	100.0	23.9	9.4	27.8	30.4	8.4
Lima	100.0	13.8	11.8	27.8	41.8	4.8
Loreto	100.0	21.2	7.7	12.7	23.4	35.0
Madre de Dios	100.0	36.6	13.8	16.6	21.1	11.9
Moquegua	100.0	-.-	-.-	-.-	-.-	-.-
Pasco	100.0	26.1	8.7	11.3	42.4	11.5
Piura	100.0	23.5	8.0	27.7	36.7	4.0
Puno	100.0	24.0	21.4	16.5	32.5	5.6
San Martín	100.0	54.2	8.5	14.9	12.8	9.6
Tacna	100.0	19.2	15.4	7.7	55.9	1.8
Tumbes	100.0	42.6	10.6	7.8	38.1	0.9
Ucayali	100.0	31.6	12.8	13.0	31.2	11.4

Fuente: MINSA. Censo de Infraestructura Sanitaria, 1991

BIBLIOGRAFIA

Alcántara, E. y Ortiz, J. (1994). Mortalidad temprana y fecundidad en el Perú, Instituto de Estudios de Población, Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Anderson, J. (1993). Desde niñas: Género y postergación en el Perú. UNICEF-Consorcio Mujer: 1993.

Aramburú, C. (1995). Dinámica Demográfica y Políticas de Población: 1980-1995, Documento presentado a la IV Reunión Nacional sobre Población, ICA, Perú.

BID/CELADE (1994). "Sugerencias para la incorporación de insumos demográficos al programa 'Fortalecimiento de los servicios de salud en Perú, PE-0030'", Santiago de Chile.

BID/CELADE (1995). "Impactos de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: Contribución al diseño de políticas y programas" (inédito), Santiago, Chile

Bongaarts, J. (1978). "A framework for analysing the proximate determinants of fertility". En: Population and Development Review, 4(1).

Bongaarts, J. (1982). "The Fertility-inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", Studies in Family Planning, Vol. 13, No. 6/7.

CELADE/CEPAL (1993). Población, Equidad y Transformación Productiva, CEPAL, Santiago de Chile.

CENTRO (1993). Mujeres peruanas. La mitad de la población del Perú a comienzos de los noventa. Instituto de Estudios Socioeconómicos y Fomento del Desarrollo y ACDI. Lima, Perú.

Cervantes, R. y col. (1988). Muerte Materna y Muerte Perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Lima.

Cuánto S.A. (1990). Almanaque Estadístico, Perú en Números, 1990. Pag. 171-175.

Chackiel, J. y Plaut, R. (1993). "América Latina: Tendencias Demográficas con énfasis en la mortalidad". Documento presentado al Seminario sobre la Mortalidad en México, México D.F., 21-22 marzo.

Davis, K. y Blake, J. (1956) . "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework". En: Economic Development and Cultural Change, Vol. IV, No. 3, Abril.

DHS (1994). Newsletter. Macro International Inc., Vol. 6, No.2.

Estremadoyro, Julieta (1993). Violencia en la Pareja. Comisarías de Mujeres en el Perú. Lima, Ediciones Flora Tristán, Lima.

Ferrando, D. (1990). "La población del Perú en el período 1940-2000". En La población del Perú: balance y perspectivas, Varillas y Mostajo Editores. Lima.

Ferrando, D. (1992). Los Jóvenes en el Perú: Opiniones, actitudes y valores, Lima.

Ferrando, D. (1993). Conocimiento y Uso de Drogas en los Colegios de Secundaria. Encuesta Nacional 1992. Ministerio de Educación, Lima.

Ferrando, Delicia (1995). "Algunas consideraciones sobre la salud reproductiva en el Perú". Documento presentado a la IV Reunión Nacional sobre Población, ICA, Perú.

Ferrando, D.; Singh, S.; Wulf, D. (1989). Adolescentes de Hoy: Padres del Mañana, Perú. The Alan Guttmacher Institute, Bogotá.

Ferrando, D. y Aramburú, C. (1992). "La Transición de la Fecundidad en Perú". En: Notas de Población, Año XX, No.56, Diciembre, Santiago, Chile.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1993). Experiencias en Población en América Latina y El Caribe: Perspectiva histórica y desafíos actuales. Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo. México.

Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka, T. y Lozano, R. (1991). "Elements for a theory of the health transition". Documento presentado al Seminario Causes and Prevention of Adult Mortality in Developing Countries, 7-11 Octubre, CELADE/IUSSP, Santiago, Chile.

Gotuzo, E. (1995). Entrevista en La Rotativa del Aire. Programa noticioso de Radioprogramas, Abril.

INEI (1993). Anuario de estadísticas de nacimientos de Lima Metropolitana. Lima.

INEI. Perú (1995). Dirección Técnica de Demografía y Asuntos Sociales. Tabulaciones especiales sobre fecundidad adolescente.

INEI, Dirección Técnica de Demografía y Asuntos Sociales (1994). Estadísticas de la niñez, la adolescencia y la mujer. Compendio 1993-1994. Lima.

Instituto Nacional de Estadística (1979). Censos Nacionales VII de Población y II de Vivienda 02 de Julio de 1972. Tomo I a Nivel Nacional, Lima.

Instituto Nacional de Estadística (1984). Censos Nacionales VIII de Población y III de Vivienda 12 de Julio de 1981. Volumen B, Tomo I. Cuadro 13, pags 665-702. Lima.

INEI, CNP, IRD (1988). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 1986. Informe General. Instituto Nacional de Estadística, Consejo Nacional de Población, Institute for Resource Development, Lima, Perú.

INEI, PRISMA, MACRO (1992). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Asociación Benéfica PRISMA, Macro International Inc., Lima. Perú.

INEI, UNFPA, CELADE (1995). Proyecciones de la Población del Perú: 1995-2025, Instituto Nacional de Estadística, Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales, Boletín de Análisis Demográfico No. 34, Lima.

Lopez, L. y Col. (1984). Prevalencia de Cáncer de cuello uterino en población urbano marginal en Iquitos, (inérito).

Lopez, L y Col. (1993). Riesgo Obstétrico en la adolescencia (en preparación).

Lopez, L. y La Rosa, L. (1993). Capacitando profesionales de salud para la atención integral de adolescentes con énfasis en salud reproductiva: metodología, Lima.

Loza, Gloria y Vallenas, Guillermo (1992). Uso y demanda de anticonceptivos en el Perú. Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y Perspectivas Futuras, DHS/CELADE, Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (1992). Normas técnico administrativas para la atención integral de la población de 5 a 19 años. Lima, Perú.

Ministerio de Hacienda. Dirección Nacional de Estadística (1944). Censo Nacional de 1940. Cuadros 26, 27 y 28. Pags. 110-123.

MINSA. Dirección Técnica de Informática y Documentación (1987). Informe Estadístico Enfermedades Transmisibles. Lima.

Naciones Unidas (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/CONF.171/13 Octubre.

Nagahata, J. (1995). Avances del Ministerio de Salud en Salud Reproductiva. Presentado en IV Reunión Nacional sobre Población, Ica-Perú, Abril.

OPS (1994). Las condiciones de salud en las Américas. Washington. Vol. I.

Ortiz, J. y Alcántara, E. (1988). Cambios en la fecundidad peruana, CIPC, Lima, Perú.

- Padilla, A. (1994). La dinámica del uso de la anticoncepción en el Perú: Un análisis de discontinuación, falla y cambio de métodos, Seminario sobre la Dinámica de la Anticoncepción en América Latina. Macro Internacional Inc., Calverton, Maryland, USA.
- Padilla, A. (1993). Problemas de población vinculados con la fecundidad en el Perú. Informe de consultoría para el UNFPA.
- Padilla, A. (1995). Tendencias Demográficas del Perú 1970-2020. Convenio BID/CELADE, Primer borrador de avance. Lima.
- Pathfinder International (1993). DIU Post-parto en hospitales del Ministerio de Salud. Lima, Octubre.
- Pimentel, Carmen (1988). Familia y Violencia en la Barriada. TIPACOM, Lima.
- Population Reports (1990). La esterilización voluntaria femenina: número uno y en aumento, Serie C, No. 10, Nov.
- Population Reports (1993). Control de enfermedades de transmisión sexual. Serie L, Número 9. Temas sobre salud mundial. Junio.
- Ramos Salazar, H. (1995). Perú: Niveles y tendencias de la fecundidad y sus diferencias socio-económicas. 1993, Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud, Informe Preliminar, Lima.
- Rivera A., Genara (1992). Estudio del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad peruana. DHS/CELADE, Santiago de Chile.
- Sanchez, J.; Gotuzo, E. (1994). "Epidemiología del SIDA en el Perú". En: Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y control de la Infección VIH/SIDA, Lima.
- Singh, S. and Wulf, D. (1990) Women Hospitalized for Abortions Complications in four Latin American Countries: Characteristics, treatment, and the likelihood that the abortion was induced.
- The Alan Guttmacher Institute (1994). Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- The Pathfinder Fund/The Population Council (1989). Conferencia Internacional sobre Fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
- Vallenas, G. (1993). Mortalidad Materna en el Perú. CONAPO-AMIDEP. Lima.
- Vargas, L.; Vargas R.; Naccarato, P. (1995). De Salvia y Toronjil. Guía de medicina natural para la salud de la mujer. Centro Flora Tristán, Lima.