

# Fecundidad y planificación familiar: comparando las ENDES 2000 y 2004

Carlos Eduardo Aramburú – CIES

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) acaba de dar a conocer los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al año 2004<sup>1</sup>. A pesar de adoptar en ese año la metodología de encuesta continua (con una muestra de 6.251 mujeres frente a 27.843 en la ENDES 2000), los resultados son comparables para las variables de área de residencia, región, nivel educativo y otras con suficiente grado de agregación.

Sin embargo, la razón principal por la cual resulta interesante comparar ambas encuestas, es que corresponden al momento final de dos enfoques y políticas de salud reproductiva marcadamente diferenciados. En efecto, la ENDES 2000<sup>2</sup> proporciona datos sobre la salud sexual y reproductiva al final del gobierno de Fujimori, lo que permite evaluar el impacto del Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) en su segundo período (1996-2000), caracterizado por su prioridad y verticalidad. Por su parte, la ENDES 2004 refleja la situación de la fecundidad y la planificación familiar al final de las gestiones de los dos primeros ministros de Salud del gobierno de Toledo, conocidos por sus tendencias conservadoras y por los cambios que propiciaron en el PNPF.

Según la Defensoría del Pueblo, en su IV informe sobre supervisión de los servicios de planificación familiar<sup>3</sup> de abril 2005, el sistema de vigilancia de los derechos reproductivos "... permitió identificar a partir del año 2001 nuevos problemas que se presentaron en la ejecución del PNPF y que diferían de los antes mencionados (referido a presiones a proveedores y mujeres para esterilizaciones femeninas, metas fijadas para mujeres en edad fértil exclusivamente para métodos permanentes y jornadas focalizadas en ligaduras y vasectomías), en tanto ya no reflejaban

*«...la razón principal por la cual resulta interesante comparar ambas encuestas, es que corresponden al momento final de dos enfoques y políticas de salud reproductiva marcadamente diferenciados»*



**Menor natalidad.** La fecundidad entre las mujeres sin educación formal se redujo en casi un hijo por mujer.

una tendencia compulsiva en la aplicación del programa, sino que, por el contrario, evidenciaban un alarmante desinterés en fomentar el uso de métodos anticonceptivos y en llevar a cabo una adecuada política de control de la natalidad" (*Op. cit.*, p. 11).

La pregunta central que queremos responder es el impacto que estos cambios de política en el PNPF pueden haber tenido en la fecundidad y, sobre todo, en el uso de anticonceptivos según diferentes carac-

1/ INEI (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES continua-2004*. Lima: INEI, abril.

2/ INEI (2001). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2000*. Lima: INEI, junio.

3/ Defensoría del Pueblo (2005). *Supervisión a los servicios de planificación familiar IV. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Serie Informes Defensoriales, Informe N° 90*. Lima: Defensoría del Pueblo, abril.

terísticas de las mujeres. Con ello queremos aproximarnos a los temas de equidad y calidad de los servicios públicos de planificación familiar y a cómo ello promueve o vulnera los derechos de las mujeres peruanas.

## Cambios en la fecundidad

En los últimos cinco años (2000-2004), la fecundidad promedio<sup>4</sup> para el país descendió en un 17% (véase el cuadro 1), a un ritmo similar al observado para el período 1996-2000. La fecundidad de las mujeres urbanas descendió a una tasa más lenta (9%) que la de las rurales (16%), pero entre las primeras la fecundidad ya era bastante baja en el año 2000 (2,2 hijos por mujer) y llegó a estar por debajo de la tasa de reemplazo (2 hijos por mujer urbana) en 2004. La fecundidad rural tuvo un descenso significativo en este último quinquenio: pasó de 4,3 a 3,6 hijos por mujer.

**Cuadro 1**

Cambios en la fecundidad, 2000-2004<sup>1/</sup>

TGF	2000	2004	% cambio
Nacional	2,9	2,4	-17%
Urbana	2,2	2,0	-9%
Rural	4,3	3,6	-16%
TGF por nivel educativo			
Sin educación	5,1	4,3	-15,70%
Primaria	4,1	3,6	-12,2%
Secundaria	2,4	2,3	-4,2%
Superior	1,8	1,5	-16,6%

1/: Medida por la tasa global de fecundidad (TGF): número de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva (49 años) de mantenerse los niveles observados de fecundidad para la edad en ese año.  
Fuente: INEI 2001: 17 y 49; INEI 2005: 10.

Comparando este descenso de la fecundidad con el observado durante el quinquenio anterior (1996-2000), este se desaceleró tanto en el medio urbano

(de 21% a 9%) como en el rural (de 23% a 16%). Si bien para las mujeres urbanas es esperable este menor descenso de la fecundidad en la medida que esta se acerca a las tasas de reemplazo, se puede asumir que en el caso de la fecundidad de las mujeres rurales, los cambios en el PNPF han contribuido con hacer más lento el descenso.

Relacionando los cambios en la fecundidad con el nivel educativo de la mujer, apreciamos en el cuadro 1 que el mayor descenso absoluto se dio entre las mujeres sin educación formal, cuya fecundidad bajó de 5,1 a 4,3 hijos por mujer; es decir, en 0,8 hijos por mujer (casi 16%). Entre las mujeres con educación primaria, la fecundidad descendió de 4,1 a 3,6 hijos por mujer; 0,5 hijos en promedio, equivalente al 12% en términos relativos. La fecundidad descendió menos en términos absolutos entre las mujeres más educadas: de 2,4 a 2,3 hijos para aquellas con educación secundaria y de 1,8 a 1,5 para las que tienen niveles de educación superior. Cabe anotar, sin embargo, que, en especial para estas últimas, la tasa global de fecundidad (TGF) ya se encuentra muy por debajo de la tasa de reemplazo e incluso es similar a la de países de avanzada transición demográfica como Canadá, Suecia, Bélgica y Suiza.

¿Cómo se comparan estas tendencias con las del quinquenio anterior? Para las mujeres con menores niveles educativos, la caída de la fecundidad fue mayor en el período 1996-2000: 1,8 hijos por mujer para las analfabetas (26%), 0,9 hijos por mujer para las que contaban con educación primaria (18%) y 0,6 hijos por mujer para aquellas con educación secundaria (20%).

En resumen, aunque la fecundidad promedio siguió descendiendo entre los años 2000 y 2004, el descenso fue menor al esperable, especialmente para las mujeres rurales y menos educadas, es decir, las más vulnerables. Ello no parece deberse a un cambio en las preferencias reproductivas, como demostraremos a continuación, sino probablemente a los cambios en el PNPF realizados durante la gestión de los dos primeros ministros de Salud del régimen del presidente Toledo<sup>5</sup>.

*«...el mayor descenso absoluto se dio entre las mujeres sin educación formal, cuya fecundidad bajó de 5,1 a 4,3 hijos por mujer; es decir, en 0,8 hijos por mujer (casi 16%)»*

4/ La fecundidad se mide en las ENDES por la tasa global de fecundidad, que se interpreta como el número promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva (49 años) de mantenerse los niveles observados de fecundidad por edad en el momento de la encuesta.

5/ Los ministros de salud, L. Solari (1/2000 a 1/2002), y su sucesor, F. Carbone (1/2002 a 6/2003), propiciaron cambios radicales en la prioridad y orientación del PNPF, siguiendo sus convicciones conservadoras.

«En los últimos cinco años [...], la fecundidad promedio para el país descendió en un 17% [...]. La fecundidad de las mujeres urbanas descendió a una tasa más lenta (9%) que la de las rurales (16%)...»

## Cambios en las intenciones reproductivas

La comparación entre la fecundidad deseada (o ideal) y la observada o real permite analizar las brechas entre intenciones y conducta reproductiva. Es importante recalcar que ambos indicadores son dinámicos; el primero refleja las preferencias de las mujeres respecto de su fecundidad y el segundo, la capacidad de alcanzar estos ideales reproductivos mediante el acceso a la información y servicios anticonceptivos. Así, esta brecha da una idea de la equidad reproductiva o, en otras palabras, de la posibilidad concreta de ejercer los derechos reproductivos para mujeres de diferentes estratos sociales y condiciones de vida.

En el cuadro 2, se comparan los datos de fecundidad ideal y real para 2000 y 2004, así como las brechas reproductivas. La fecundidad ideal promedio de las peruanas se redujo de 1,8 a 1,5 hijos por mujer, reducción que fue mayor en el caso de las mujeres ru-



Foto CIES

**Tienen más hijos.** La fecundidad rural descendió a menor tasa que la urbana.

rales: bajó de 2,5 a 2 hijos por mujer. Según región de residencia, con excepción de las mujeres de la Amazonía, la fecundidad deseada o ideal se redujo en todos los casos; notablemente entre las mujeres andinas, de 2,2 a 1,6 hijos por mujer (27%). Cabe notar que en tres de las cuatro regiones, la fecundidad ideal en el año 2004 se encuentra muy por debajo de la tasa de reemplazo. Los descensos en el

### Cuadro 2

Brechas entre la fecundidad real e ideal<sup>1/</sup>

	2000			2004		
	Fecundidad real (fr)	Fecundidad ideal (fi)	Brecha fr/fi	Fecundidad real (fr)	Fecundidad ideal (fi)	Brecha fr/fi
País	2,90	1,80	1,61	2,40	1,50	1,60
Urbana	2,20	1,50	1,47	2,00	1,40	1,43
Rural	4,30	2,50	1,72	3,60	2,00	1,80
Lima	2,00	1,50	1,33	1,90	1,40	1,36
Costa	2,40	1,60	1,50	2,30	1,50	1,53
Sierra	3,70	2,20	1,68	2,80	1,60	1,75
Selva	3,80	2,20	1,73	3,40	2,20	1,55
Sin nivel educativo	5,10	3,00	1,70	4,30	1,40	3,07
Primaria	4,10	2,30	1,78	3,60	2,10	1,71
Secundaria	2,40	1,70	1,41	2,30	1,60	1,44
Superior	1,80	1,50	1,20	1,50	1,20	1,25

1/ La fecundidad real se mide por la TGF.

Fuente: Para el año 2000, INEI 2001: 49 y 108. Para el año 2004, INEI 2005: 10.



**Libre albedrío.** Estadísticas oficiales revelan una disminución en el número de parejas protegidas.

número ideal de hijos según el nivel educativo de las mujeres revelan que la mayor caída ocurrió entre las mujeres analfabetas, de 3 a 1,4 hijos por mujer. Si se asume que el dato es confiable, se trataría de un cambio cultural sorprendente por su magnitud y rapidez. En tan solo cinco años, la fecundidad ideal se redujo

a menos de la mitad, tal es así que en el año 2004 fue similar a la fecundidad de las mujeres de niveles educativos más altos.

En cuanto a las brechas entre la fecundidad ideal y la real, los datos del cuadro 2 revelan que, pese a la caída en la fecundidad real entre 2000 y 2004, las brechas se mantuvieron o incluso aumentaron por la disminución en la fecundidad deseada o ideal. El incremento en la brecha reproductiva es especialmente notorio para el caso de las mujeres analfabetas: de 1,7 veces a más de 3 veces en estas fechas. En otras palabras, en el año 2004, las mujeres con menores niveles educativos tienen tres veces más hijos de los que hubieran deseado tener. La desigualdad no está entonces en los ideales, sino en la posibilidad de hacerlos realidad. Por ello, el viraje en el PNPf de los ministros conservadores de los primeros años del Gobierno actual, ha ido a contramano con estos profundos cambios en las intenciones reproductivas de las mujeres de los sectores populares de nuestro país.

### **Cambios en la anticoncepción**

¿Cómo ha variado el uso de métodos anticonceptivos (MAC) entre los años 2000 y 2004? Los cuadros 3 y 4 presentan la información relevante.

Aunque la prevalencia total no ha variado significativamente —pasó del 68,9% al 70,5% de las mujeres en algún tipo de unión—, el uso de métodos moder-

### **Cuadro 3**

Uso actual según tipo de método anticonceptivo, 2000-2004  
(Porcentajes)

	2000	2004	Cambio (puntos porcentuales)
1. No usa	31,1	29,5	-1,6
2. Usa cualquier método	68,9	70,5	2,3
Método moderno	50,4	46,7	-3,7
Píldora	6,7	7,4	0,9
DIU	9,1	7,1	-2,0
Inyectable	14,8	11,2	-3,6
Vaginal	0,6	0,7	0,1
Condón	5,6	8,6	3,0
Esterilización femenina	12,3	10,4	-1,9
Esterilización masculina	0,5	0,5	
Método tradicional	17,5	22,0	4,5
Abstinencia periódica	14,4	17,5	3,1
Retiro	3,2	4,5	1,3
Folclórico	0,9	1,8	0,9

Fuente: INEI 2005 y 2001



## Cuadro 4

Uso actual de MAC según características de las usuarias, 2000-2004

Uso total	Nivel educativo							
	Analfabetas		Primaria		Secundaria		Superior	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004	2000	2004
	50,2	51,4	63,5	66,6	74,6	73,7	75,5	75,4
Métodos modernos	33,0	24,0	43,8	37,7	56,7	51,6	58,1	57,2
Píldora	2,8	1,7	5,5	6,5	8,0	9,7	7,8	6,1
DIU	4,0	1,8	4,0	2,3	11,9	8,2	15,6	13,6
Inyectable	11,9	9,7	15,7	11,4	16,8	12,8	9,9	8,6
Vaginal			0,4	0,2	0,8	0,8	0,9	1,2
Condón	0,8	0,5	2,8	4,5	6,6	8,9	11,3	16,1
Ester. Fem.	11,8	9,0	13,8	11,7	11,6	9,7	10,8	10,1
Ester. Masc.	0,9	1,2	0,4	0,3	0,5	0,2	0,6	1,2
MELA*	0,7		1,0	0,7	0,4	1,2	0,7	0,2
Métodos tradicionales	15,2	24,7	18,4	25,9	17,3	20,5	17,3	18,1
Ritmo	13,0	20,8	15,2	21,3	13,6	1,05	14,9	15,3
Retiro	2,2	3,9	3,2	4,5	3,8	5,5	2,4	2,8
Folclórico	2,0	2,7	1,4	3,1	0,6	1,6	0,1	0,1
No usa	49,8	48,6	36,5	33,4	25,4	26,3	24,5	24,6

\* MELA: Método de Lactancia Materna Exclusiva; funciona con 98% de efectividad hasta los 6 meses después del parto.

Fuente: INEI 2001 y 2005

nos ha caído en casi 4 puntos porcentuales, en tanto que el uso de los métodos tradicionales ha aumentado en 4,5 puntos porcentuales (véase el cuadro 3). Esta tendencia es peculiar, pues en la mayoría de países en desarrollo (incluyendo el Perú hasta el año 2000) la tendencia histórica es la contraria: una disminución en el uso de los MAC tradicionales y un aumento en el uso de los MAC modernos, más seguros y efectivos.

Entre los MAC modernos, el uso de los inyectables, el DIU y la esterilización femenina son los que más

*«...en el año 2004, las mujeres con menores niveles educativos tienen tres veces más hijos de los que hubieran deseado tener. La desigualdad no está entonces en los ideales, sino en la posibilidad de hacerlos realidad»*

han caído. Ello es significativo por dos razones: los MAC cuyo uso ha disminuido más son precisamente los de mayor prevalencia en el año 2000 y son métodos cuyo principal proveedor es el sector público (94,2% para los inyectables; 76% para el DIU y 83% para la esterilización femenina en 2000)<sup>6</sup>. El único MAC moderno cuyo uso aumentó en el período analizado es el condón, cuyo principal proveedor es el sector privado (las farmacias atendían al 55% de los usuarios de este método en el año 2000).

Las evidencias mostradas permiten suponer que estas tendencias se deben al desabastecimiento de los MAC en la oferta sanitaria pública, y a la menor prioridad política y recursos asignados al PNPf durante la gestión de los ministros Solari y Carbone (2001-2003).

Confirman estas observaciones, las estadísticas oficiales del PNPf. Entre los años 2001 y 2003, estas revelan una disminución en el número de parejas

6/ INEI 2001: 69, cuadro 5.10.

protegidas: del 97% en el caso de usuarias de tabletas vaginales; del 59% y 52% para ligaduras y vasesectomías, respectivamente; del 36% en el caso de usuarias del DIU; y del orden de 13% y 12% para el caso de parejas usuarias de inyectables y píldoras proveídas por el PNPF, respectivamente (Defensoría del Pueblo 2005: 46, cuadro 8).

¿Cómo cambió la prevalencia anticonceptiva según el nivel educativo de la mujer entre 2000 y 2004? Los datos del cuadro 4 permiten abordar esta pregunta.

En la prevalencia para todos los MAC, no hubo cambios significativos cualquiera fuese el nivel educativo de las mujeres. Por tanto, la brecha de uso entre las mujeres más educadas y las analfabetas se mantuvo, con una prevalencia del 75% para las que contaban con educación superior y 51% para las analfabetas. Ello implica que, entre 2000 y 2004, no hubo mejoras significativas en la equidad en el acceso a MAC.

Cuando se descompone la prevalencia total por método según el nivel educativo de la mujer, aparecen cambios importantes. Entre las mujeres analfabetas, el uso de MAC modernos cayó significativamente de 33% en el año 2000 a 24% en 2004. En cambio, el uso de métodos tradicionales aumentó de 15% a casi 25% de la prevalencia total. Algo similar ocurrió entre las mujeres que solo tenían educación primaria: la prevalencia total aumentó ligeramente, de 63,5% al 66,6%, pero a costa del uso de métodos modernos, que cayó del 44% al 38%; por lo tanto, se incrementó el uso de MAC tradicionales de 18% a 26%. También se observa una disminución en el uso de MAC modernos entre las mujeres con mayores nive-

les educativos, aunque en menor magnitud: de casi 57% a 52% entre las que contaban con educación secundaria y solo del 58% al 57% entre las que tenían educación superior.

Aparentemente, el impacto del cambio en las políticas públicas afectó mayormente a las mujeres de menores niveles educativos, las que dependen en mayor medida de los servicios públicos de planificación familiar.

*«Entre las mujeres analfabetas, el uso de MAC modernos cayó significativamente de 33% en el año 2000 a 24% en 2004. En cambio, el uso de métodos tradicionales aumentó de 15% a casi 25%...»*

### **Cambios en la necesidad insatisfecha**

Las ENDES permiten estimar la necesidad insatisfecha por los servicios de planificación familiar (NIPF), mediante la comparación de las intenciones reproductivas en relación con el embarazo actual y con el no uso de MAC entre mujeres en unión que no desean más hijos o que prefieren esperar, por lo menos dos años, antes de su próximo embarazo. Se define, por tanto, como demanda insatisfecha a la suma de las mujeres unidas entre 15 y 49 años que, en el momento de la encuesta, se encontraban embarazadas o amenorréicas y no deseaban su último embarazo o deseaban esperar, por lo menos dos años, antes de embarazarse; así como a las que no estando embarazadas, ya no desean más hijos (demanda por limitar) o no antes de dos años (demanda por espaciar). El estimado **no** incluye a las mujeres unidas que usan métodos tradicionales ni a las que tienen actividad sexual, pese a no encontrarse en alguna forma de unión estable. Por ello, a nuestro juicio, el dato de la ENDES debe interpretarse como una subestimación del nivel real de necesidad insatisfecha.

El cuadro 5 compara los datos de NIPF entre las mujeres unidas en edad fértil, para los años 2000 y 2004. Para el total de mujeres, la necesidad insatisfecha se redujo ligeramente del 10% a poco menos del 9% en dichos años; sin embargo, en un período similar (1996-2000) esta se redujo en 2 puntos porcentuales, es decir, el doble de lo observado en el período de los ministros conservadores. La demanda por li-

Foto CIES



**Poco eficientes.** Los cambios en el PNPF no han mejorado la calidad ni reducido la iniquidad.

## Cuadro 5

Necesidad insatisfecha de planificación familiar, 2000-2004  
(Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil)

	2000			2004		
	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	Total
1. Área						
Urbana	3,0	4,6	7,6	3,0	4,1	7,1
Rural	4,7	10,3	14,9	3,0	8,8	11,8
Perú	3,6	6,7	10,2	3,0	5,8	8,8
2. Nivel educativo						
Analfabeta	2,7	13,8	16,5	1,4	14,2	15,7
Primaria	3,9	9,6	13,5	2,3	8,0	10,3
Secundaria	4,1	4,4	8,6	4,4	4,0	8,4
Superior	2,2	2,5	4,7	2,0	3,4	5,5
Brecha Analfabeta / superior	1,2 x	5,5 x	3,5 x	0,7 x	4,2 x	2,9 x
3. Edad						
15-19	19,0	4,6	23,6	16,4	1,0	17,4
20-24	9,6	5,8	15,3	7,7	2,8	10,5
25-29	4,6	6,0	10,5	3,6	6,2	9,8
30-34	2,8	7,0	9,9	3,3	6,6	9,9
35-39	1,4	8,2	9,6	1,7	7,7	9,5
40-44	0,3	8,1	8,4	0,0	5,6	5,6
45-49	0,1	4,4	4,5	0,0	5,2	5,2

Fuentes: INEI 2001: 102; INEI 2005: 16.

mitar siguió siendo casi el doble de la demanda por espaciar en ambos años.

La necesidad insatisfecha para las mujeres urbanas se mantuvo en un 7% y entre las mujeres rurales descendió, de casi 15% a poco menos del 12%, sobre todo por el descenso en la necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos. La caída en la NIPF entre las mujeres rurales es uno de los temas que amerita mayor investigación, sobre todo cualitativa, para entender la aparente contradicción entre las tendencias restrictivas de los servicios y este resultado.

En cuanto a la NIPF según los niveles educativos de la mujer, entre las analfabetas esta descendió muy poco (del 16,5% al 15,7%) en el último quinquenio, en especial en lo referente a la necesidad para limitar, que incluso aumentó ligeramente de 13,8% a 14,2%. En contraste, entre las mujeres con educación primaria sí se aprecia una caída significativa en la NIPF, del 13,5% al 10,3%. Por ello, es probable que sean estas las que explican la disminución en la necesidad insatisfecha entre las mujeres rurales, pues este nivel educativo predomina entre la población

femenina adulta y rural del Perú. Entre las mujeres con mayores niveles educativos (secundaria y superior) no se observan cambios significativos en su NIPF. Lo más destacable de esta información es la brecha persistente entre las mujeres menos educadas y las que tienen altos niveles educativos; en efecto, las primeras tienen niveles de NIPF tres veces mayores (16%) que los de las mujeres con educación superior (5,5%). Reducir esta brecha es el reto más importante para los servicios públicos de salud reproductiva.

Finalmente, el cuadro 5 también incluye datos sobre la NIPF por edad de la mujer. Los mayores niveles de necesidad insatisfecha se observan entre las mujeres unidas más jóvenes: 17,4% entre las menores de 20 años y 10,5% entre las que tienen entre 20 y 24. Como es obvio, la mayor parte de la NIPF es por espaciar sus embarazos. Si comparamos esta cifra de 2004 con las de 2000, se aprecia una reducción en la necesidad insatisfecha para los grupos más jóvenes: de seis puntos porcentuales para las de 15 a 19 años y de casi cinco puntos porcentuales para las de 20 a 24 años. ¿Significa ello que, en el período 2000-2004, se prestó especial atención al acceso a servi-

cios de planificación familiar de las mujeres más jóvenes? Lo ponemos en duda. En efecto, si se comparan las cifras de prevalencia por tipo de anticonceptivo usado, comprobamos que esta disminución en la necesidad insatisfecha se explica por el mayor uso de métodos tradicionales entre las jóvenes, especialmente el ritmo o abstinencia periódica en el año 2004. Asimismo, nuestros cálculos indican que el uso de métodos tradicionales se incrementó del 22% al 28% del uso total entre las mujeres unidas menores de 20 años y del 20% al 26% entre las de 20 a 24 años. Es decir, toda la disminución en la NIPF puede explicarse por el incremento en el uso de los métodos tradicionales que, como se sabe, tienen las más altas tasas de falla y embarazos no planeados<sup>7</sup>. Por tanto, es claro que las necesidades de las mujeres más jóvenes de anticoncepción segura y eficaz por espaciar sus embarazos no están siendo atendidas con suficiente prioridad.

*«Los mayores niveles de necesidad insatisfecha se observan entre las mujeres unidas más jóvenes: 17,4% entre las menores de 20 años y 10,5% entre las que tienen entre 20 y 24»*

## **A modo de resumen**

La evidencia analizada en este breve artículo permite llegar a algunas conclusiones tentativas y señalar algunos temas que requieren mayor atención:

- Un primer resultado es que aunque la fecundidad promedio siguió descendiendo entre 2000 y 2004, el descenso fue menor al esperado, especialmente para las mujeres rurales y menos educadas; es decir, las más dependientes de los servicios públicos de planificación familiar.
- Ello no se debió a un cambio en las preferencias reproductivas; en efecto, los cambios en el número ideal de hijos según el nivel educativo de las mujeres revelan que la mayor caída ocurrió entre las mujeres analfabetas, de 3 a 1,4 hijos por mu-

jer. Esto indica que en tan solo cinco años, la fecundidad ideal se redujo a menos de la mitad y es similar, en el año 2004, a la fecundidad de las mujeres de niveles educativos más altos.

- Por ello, y pese a la caída en la fecundidad real entre 2000 y 2004, las brechas se mantuvieron o incluso aumentaron por la disminución en la fecundidad deseada o ideal. El incremento en la brecha reproductiva es especialmente notorio en el caso de las mujeres analfabetas: de 1,7 veces a más de 3 veces en este período.
- Aunque la prevalencia anticonceptiva total no ha variado significativamente —pasó del 68,9% al 70,5% de las mujeres en algún tipo de unión—, el uso de métodos modernos cayó en casi 4 puntos porcentuales, en tanto que el uso de los métodos tradicionales aumentó en 4,5 puntos porcentuales. Entre las mujeres analfabetas, el uso de MAC modernos disminuyó significativamente en 9 puntos porcentuales entre los años 2000 y 2004; en cambio, el uso de métodos tradicionales aumentó en 10 puntos respecto de la prevalencia total.
- Sin embargo, la necesidad insatisfecha por uso de MAC no varió o cayó ligeramente. Es probable, no obstante, que toda la disminución en las NIPF pueda explicarse por el incremento en el uso de los métodos tradicionales que, como se sabe, tienen las más altas tasas de falla y embarazos no planeados.

En resumen, sostenemos que los cambios en la política nacional de planificación familiar ocurridos en los primeros años de este Gobierno, no han mejorado la calidad ni disminuido la iniquidad en el ejercicio de los derechos reproductivos y que los costos de estos cambios los han sufrido, sobre todo, las mujeres rurales y de menores niveles educativos, es decir, las más vulnerables.



Foto CIES

**Opuestas.** La fertilidad deseada y la real no caminan en la misma dirección.

7/ Véase INEI 2001: capítulo 5, sección 5.3 para datos de falla y discontinuación en uso de métodos. La primera era del 17% para la abstinencia periódica y del 12,8% para el retiro para usuarias durante los primeros 12 meses de uso (*op. cit.*, p. 71, cuadro 5.12).