



Revista Latinoamericana de Población

ISSN: 2175-8581

alap.revista@alapop.org

Asociación Latinoamericana de Población

Organismo Internacional

Aramburú, Carlos E

Idas y vueltas: los programas de planificación familiar en el Perú

Revista Latinoamericana de Población, vol. 8, núm. 14, enero-junio, 2014, pp. 81-103

Asociación Latinoamericana de Población

Buenos Aires, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323832454004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Idas y vueltas: los programas de planificación familiar en el Perú

*Coming and Going: Family Planning Programs in Peru*

Carlos E. Aramburú

*Departamento de Ciencias Sociales,*

*Pontificia Universidad Católica, Lima, Perú*

## *Resumen*

En el presente trabajo se discuten los cambios en la política y en los programas de planificación familiar en el Perú desde la década de 1960 y el modo en que ellos afectan el descenso de la fecundidad, la mezcla anticonceptiva y el acceso a los anticonceptivos. Se trata de vincular la información estadística con la descripción de los procesos políticos e institucionales de estos programas. Se concluye que la política importa y que afecta, sobre todo, a las mujeres más vulnerables en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

## *Abstract*

This paper presents the changes in both family planning policies and programs in Peru since the 1960's and how these have influenced fertility decline, contraceptive mix and access to contraceptive methods. An effort is made to relate statistical information with the description of political and institutional processes of family planning programs. Policy matters, is the main conclusion as it affects specially more vulnerable women in their ability to exercise their sexual and reproductive rights.

**81**

C. E.  
Aramburú

*Palabras clave:* planificación familiar, política, fecundidad, derechos sexuales y reproductivos.

*Key words:* family planning, policies, fertility, sexual and reproductive rights.

## Objetivos

En este trabajo intentamos vincular la transición de la fecundidad y el acceso a la anticoncepción con las políticas y programas públicos de planificación familiar (PF) en el Perú. Es decir, argumentamos que la política importa para facilitar u obstaculizar, según sea el caso, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Westoff y Ochoa, 1991). Como han señalado varios estudios sobre el Perú (Bonfiglio, 1999; Aramburú, 2005a), las políticas oficiales de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar (PF) fueron erráticas y han estado sujetas tanto a presiones ideológicas –sobre todo de sectores conservadores (en especial los vinculados a la Iglesia Católica)– como a los vaivenes de los diversos grupos políticos en el poder. Tales vaivenes, que se reflejan en la cobertura y en la calidad de los servicios públicos en la materia, afectan, particularmente, a las mujeres rurales que, por estar menos educadas y en situaciones de mayor pobreza, dependen en mayor medida de la oferta pública de esos servicios.

Algunas de las interrogantes que buscamos abordar en este trabajo son: ¿Cuál fue el contexto institucional y político en el que se enmarcó la transición de la fecundidad en el Perú? ; ¿cómo se relaciona esta transición con las políticas públicas?; ¿cuál era el acceso a los métodos anticonceptivos (MAC) y cuáles los más usados?; ¿quiénes eran los proveedores de los servicios de planificación familiar?; ¿cuáles eran las brechas en el uso de MAC según estatus de la mujer?

82

## Las fases en la oferta de servicios de planificación familiar

Año 8

Número 14

Enero/  
junio 2014

Como se señaló, las idas y venidas de los programas públicos de PF reflejan presiones ideológicas y responden a la pugna entre fuerzas innovadoras y conservadoras en torno a este tema. En ese sentido, en nuestro análisis se distinguen cinco períodos clave:

- *Los inicios: 1964-1984.* En este período no existen programas públicos de PF; sin embargo, se crean las primeras instituciones oficiales involucradas con el tema poblacional: el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD) en 1964 y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1980. Se destacan las ONG que llevan a cabo una labor pionera en servicios e investigación demográfica, los pronunciamientos de las primeras organizaciones feministas y el peso de las instituciones del sector comercial privado –que atienden a más de la mitad de las usuarias de anticonceptivos, jugando un rol fundamental en el inicio del descenso de la fecundidad–. Por otro lado, es probable que el aborto inducido haya tenido también un peso importante en ese proceso, pues la baja prevalencia en el uso de métodos modernos (el 23% de todas las mujeres unidas en edad fértil –MUEF–) no alcanza a explicar el descenso, en este período, de más del 23% en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y de casi el 29% en la tasa urbana (Goldman, Moreno y Westoff, 1989). La fecundidad de las mujeres rurales casi no cambia.

- *La expansión: 1985-1995.* En este período se promulga por vez primera la Política Nacional de Población (1985) y se inicia la oferta pública de servicios de planificación

familiar: en la seguridad social –a través del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) en 1986– y desde el Ministerio de Salud (MINSA) en 1987. La TGF sigue descendiendo en poco más del 20%, especialmente entre las mujeres urbanas; asimismo, se aprecia el inicio del descenso de la fecundidad en la población femenina rural. Durante este período, el financiamiento y asistencia técnica de agencias internacionales (USAID y UNFPA),<sup>1</sup> que se había concentrado en el sector no público, se orienta hacia los programas públicos y se amplía el apoyo de la cooperación internacional, especialmente hacia el MINSA. Sin embargo, el sector privado, especialmente el comercial, sigue atendiendo a más de la mitad de las usuarias de métodos modernos. En este período, la prevalencia anticonceptiva entre las MUEF aumenta del 46% al 59%, y el uso de métodos modernos sube ligeramente del 50% al 56% de las usuarias, siendo el DIU el más utilizado –al igual que en el período anterior– (INEI, 1999: 45, Cuadro 4.5).<sup>2</sup>

- *Los programas verticales: 1996-2000.* Durante el segundo período de gobierno del presidente Fujimori se promueven los métodos definitivos (esterilizaciones), y la planificación familiar se convierte en prioridad política. Para 1997, el presupuesto público del Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) alcanza su mayor nivel: 21 millones de dólares (Valdivia, 2005: 33-37) La prevalencia anticonceptiva crece al 69% de las MUEF y los métodos modernos al 73% de todas las usuarias, siendo los inyectables y las ligaduras los métodos más usados debido a la prioridad dada por la administración a los programas rurales y a los métodos definitivos. Para fines de esa década, el Programa Nacional de Planificación Familiar entra en crisis por las críticas a su carácter vertical y autoritario en un contexto de pérdida de legitimidad y corrupción del gobierno.

- *La reacción conservadora: 2000-2004.* Este período corresponde a los primeros años del gobierno del Presidente Toledo en el que el Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) se integra a los servicios de salud materno-infantil, perdiendo prioridad política y presupuestal. La administración conservadora en el sistema de salud promueve los métodos “naturales”. La prevalencia anticonceptiva total aumenta ligeramente al 70.7% (a un ritmo menor que en el quinquenio anterior), y el uso de métodos modernos cae del 73% al 67%, siendo los inyectables los más utilizados. El uso de métodos tradicionales (ritmo) sube del 27% al 33% de las usuarias, lo que constituye un retroceso en el ejercicio de los derechos reproductivos de las parejas peruanas (INEI, 2006: 63, Cuadro 5.4).

- *La estabilización: 2005-hoy.* Durante el segundo gobierno del presidente Alan García (2006-2011) y el gobierno actual del presidente Ollanta Humala, se advierte una menor prioridad y cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar y un rol creciente del sector comercial privado en la provisión de métodos anticonceptivos (abarc

1 USAID: United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional); UNFPA: United Nations Fund for Population Activities, redenominado United Nations Population Fund en 1987 (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

2 Los datos se refieren específicamente al período 1986-1991/92.

del 25% al 37% de las usuarias de métodos modernos). Los métodos modernos más usados son los inyectables y el condón. La prevalencia anticonceptiva total sube al 75.5% de las MUEF, pero el uso de métodos tradicionales mantiene su peso en alrededor del 32% de las usuarias (INEI, 2013: 114, Cuadro 4.3). Esta alta prevalencia de métodos poco efectivos puede estar influyendo en un mayor número de embarazos no deseados y en la persistencia del aborto clandestino como medio para interrumpirlos.

Las políticas de población y planificación familiar en estas cinco décadas estuvieron condicionadas por procesos institucionales y coyunturales que es importante tener en cuenta. La ideología de los diferentes regímenes de gobierno y de actores como la Iglesia Católica, los grupos feministas y los partidos políticos de oposición influyó en el contenido y orientación de los programas, lo que impidió una política de Estado consistente que respondiera a las necesidades reales de la población.

## La transición de la fecundidad

Aunque no existe acuerdo sobre una fecha exacta, hay consenso en que el inicio del descenso de la fecundidad en el Perú se aprecia en la década de 1970 (Alcántara y Ortiz, 2002). El Cuadro 1 presenta los datos disponibles.<sup>3</sup>

A inicios de la década de 1970, la TGF tenía aún un nivel pre-transicional ( $TGF=6$  hijos/mujer); por su parte, la fecundidad urbana, aunque ya era alrededor de un tercio inferior a la rural (5.09 *versus* 7.55), también presentaba niveles pre-transicionales. Para inicios de la década de 1980, se aprecia que la fecundidad total cae en un 22.5%, hecho atribuible al descenso de la fecundidad urbana (-28.5%) pues la rural casi no cambió (-6.2%). Cabe notar que el descenso en la fecundidad urbana, el mayor en las cuatro décadas consideradas, ocurrió en ausencia de programas públicos de planificación familiar, los que recién se iniciaron tímidamente hacia 1986. Entre 1980-85 y 1990-95, continuó el descenso en la TGF total a un ritmo algo menor (-20.4%); la fecundidad de las mujeres urbanas siguió bajando (-21%), y se inició el descenso de la fecundidad entre las mujeres rurales (-12.4%). A finales de esa década, la brecha urbano/rural en la fecundidad alcanzó su mayor magnitud. La década siguiente, 1990-95-2000-05 está marcada por una caída más pronunciada en la tasa de fecundidad, explicada por una fuerte disminución entre las mujeres rurales (-30.7%), debida, en este caso, a la expansión de los programas públicos durante el segundo gobierno de Fujimori. En la última década, la fecundidad total ha seguido bajando pero a un ritmo bastante menor (-10.3%). Pese a que entre las mujeres urbanas parece haberse estancado a un nivel ligeramente por encima de la tasa de reemplazo ( $TGF=2.3$ ), la fecundidad entre las mujeres rurales continuó descendiendo en más del 18% en este período. De continuar estas tendencias, la década actual será testigo del final de la transición de la fecundidad en el Perú.

<sup>3</sup> Para información sobre las características de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar –ENDES–, véase el Cuadro A.1 del Anexo.

**Cuadro 1**  
**Cambios en la fecundidad (Tasa Global de Fecundidad –TGF–) por área. Perú. Años 1970-2012**

TGF por área	1970-75	1980-85	1990-05	2000-05	2012
<b>TGF total</b>	<b>6.00</b>	<b>4.65</b>	<b>3.70</b>	<b>2.90</b>	<b>2.60</b>
TGF urbana	5.09	3.64	2.88	2.20	2.30
TGF rural	7.55	7.08	6.20	4.30	3.50
<b>Variación total</b>	<b>-22.5%</b>	<b>-20.4%</b>	<b>-21.6%</b>	<b>-10.3%</b>	
Variación urbana	-28.5%	-20.9%	-23.6%	4.5%	
Variación rural	-6.2%	-12.4%	-30.7%	-18.6%	

Fuente: Para los años 1970-2000, INEI, 2001b, Cuadro 1:20; para 2012, INEI, 2013.

## El acceso a los servicios

¿Cómo se relacionan estos cambios en la fecundidad con la prevalencia y el acceso a métodos anticonceptivos según tipo de proveedor? El Cuadro 2 resume la evolución de las fuentes de suministro de métodos anticonceptivos (solo de métodos modernos)<sup>4</sup> entre 1986 –año de inicio de los programas públicos– y 2012. Como se aprecia en la última línea del Cuadro 2, la Prevalencia Total (PT) –que incluye todos los métodos anticonceptivos (MAC)– crece sostenidamente desde menos de la mitad de las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) en 1986, hasta más del 75% para 2012.

**Cuadro 2**  
**Fuentes de suministro de anticonceptivos modernos (% de MUEF usuarias). Perú. Años 1986-2012**

Fuente	1986	1991/92	2000	2004/05	2012
<b>Pública</b>	<b>49.0</b>	<b>48.3</b>	<b>79.3</b>	<b>71.5</b>	<b>62.0</b>
MINSA	(46.4)	(36.0)	(67.0)	(59.9)	(54.2)
Seguro Social	(2.6)	(12.3)	(12.3)	(11.6)	(10.1)
<b>Privada</b>	<b>39.5</b>	<b>39.4</b>	<b>16.7</b>	<b>25.5</b>	<b>37.0</b>
Consultorio	(11.8)	(9.7)	(3.3)	(1.4)	(1.2)
Clínica	(3.9)	(10.7)	(5.3)	(3.7)	(3.2)
Farmacia	(23.8)	(19.1)	(8.1)	(20.4)	(30.0)
ONG	<b>1.9</b>	<b>6.0</b>	<b>2.2</b>	<b>2.4</b>	<b>0.6</b>
<b>Otras/NS</b>	<b>9.6</b>	<b>6.0</b>	<b>1.7</b>	<b>0.6</b>	<b>0.4</b>
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
Usa métodos modernos <sup>1</sup>	50.2%	55.6%	73.1%	66.6%	68.6%
<b>Prevalencia Total (PT) (MUEF)</b>	<b>45.8%</b>	<b>59.0%</b>	<b>68.9%</b>	<b>70.7%</b>	<b>75.5%</b>

<sup>1</sup> Calculado sobre el total de usuarias de métodos

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENDES 1986, 1991-92, 2000, 2004-5 y 2012.

85

C. E.

Aramburú

Sin embargo, entre 2000-2004/5 se nota una disminución en el ritmo de crecimiento: se pasa de un promedio de 5 puntos porcentuales en el quinquenio anterior a tan solo 1.8 puntos porcentuales en ese quinquenio, lo que –como se ha señalado– corresponde a la gestión conservadora del Ministerio de Salud durante el gobierno del presidente Toledo. El ritmo se recupera en el quinquenio siguiente (2004/5-2011), en el que la prevalencia total vuelve a crecer en 4.8 puntos porcentuales.

El uso de MAC modernos alcanza su pico (73%) hacia el año 2000 (fin del segundo gobierno del presidente Fujimori), para luego descender desde esa fecha hasta alrededor del 68% en 2012, revelando –como vimos– una menor prioridad de la oferta pública de servicios de planificación familiar en la última década. El otro hecho a resaltar es que casi un tercio de las MUEF usan métodos tradicionales (especialmente el ritmo) aún en 2012, lo que constituye una anomalía respecto de otros países con prevalencias anticonceptivas totales similares o incluso menores (Piscoya y Alves, 2008) y revela dimensiones culturales asociadas, sobre todo, a temores a los efectos secundarios de varios de los MAC modernos. Ello es también un indicador de la mala calidad de la información que manejan las usuarias con respecto a dichos efectos.

En lo referente a las fuentes de abastecimiento de los métodos modernos, se aprecia que el sector público (MINSA y Seguridad Social) incrementan su cobertura del 49% en 1986 hasta un 79% en el año 2000, para luego descender al 62% en 2012. El sector privado con fines de lucro (consultorios y clínicas privadas así como farmacias), que abastecía a más del 39% de las MUEF hasta inicios de la década de 1990, alcanza su nivel más bajo (16.7%) también en el año 2000, revelando un fuerte incremento de la cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar hacia esa fecha. Sin embargo, ese sector retoma su importancia en la última década: abastece –en especial las farmacias– a más del 37% de usuarias en 2012. El sector privado sin fines de lucro (ONG) presentó una cobertura limitada en todo el período analizado, alcanzando un modesto pico del 6% hacia inicios de la década de 1990. Para la fecha más reciente (2012), las ONG –debido a las restricciones en su financiamiento desde la década pasada– solo cubren al 0.6% de las usuarias.

En cuanto a la mezcla anticonceptiva y las fuentes de suministro por tipo de MAC, el Cuadro 3 detalla la información disponible para el mismo período (1986-2012). Se aprecia que el ritmo ha sido el MAC más utilizado en todos los años, excepto en 2000 y 2012, años en que es desplazado por los inyectables. Al inicio de la transición de la fecundidad, casi un 40% de las MUEF utilizaba el ritmo como práctica anticonceptiva, cifra que desciende al 35% a los cinco años de iniciados los programas públicos de planificación familiar. Luego su uso baja al 21% hacia el año 2000 por la mayor oferta de MAC modernos, como los inyectables y la esterilización. La gestión conservadora determina que para 2004/5 el ritmo vuelva a ser usado por un 25% de las MUEF, para descender hacia 2011 al mismo nivel que tenía en 2000.

La píldora anticonceptiva tenía un peso importante al comienzo de la transición de la fecundidad (más del 14% de las MUEF usuarias), y hasta inicios de la década de 1990 su principal fuente de abastecimiento eran las farmacias. A partir de esa fecha, su uso se va

Cuadro 3

Evolución en el uso de anticonceptivos en MUEF por tipo de método (MAC), según fuente de suministro (en porcentajes). Perú. Años 1986-2012

MAC/Fuente de suministro <sup>1</sup>	1986	1991/92	2000	2004/5	2012
<b>Píldora</b>	<b>14.2</b>	<b>9.7</b>	<b>9.7</b>	<b>10.0</b>	<b>12.5</b>
Público	(36.2)	(35.9)	(83.0)	(76.8)	(62.0)
Privado	(56.3)	(63.7)	(16.1)	(23.0)	(37.0)
<b>DIU</b>	<b>16.2</b>	<b>22.7</b>	<b>13.2</b>	<b>8.6</b>	<b>3.7</b>
Público	(66.6)	(55.7)	(75.7)	(79.3)	(79.4)
Privado	(26.6)	(44.2)	(22.7)	(18.9)	(20.4)
<b>Inyectable</b>	<b>2.8</b>	<b>3.2</b>	<b>21.5</b>	<b>18.4</b>	<b>24.1</b>
Público	(36.2)	(36.4)	(94.2)	(90.2)	(77.4)
Privado	(57.0)	(62.8)	(5.2)	(8.8)	(22.4)
<b>Esterilización<sup>2</sup></b>	<b>13.3</b>	<b>13.6</b>	<b>18.6</b>	<b>15.6</b>	<b>11.4</b>
Público	(77.8)	(64.0)	(83.0)	(87.5)	(88.2)
Privado	(18.4)	(35.5)	(15.5)	(10.6)	(11.3)
<b>Condón</b>	<b>1.5</b>	<b>4.7</b>	<b>8.1</b>	<b>12.3</b>	<b>16.3</b>
Público	(20.0)	(19.8)	(40.3)	(29.3)	(25.9)
Privado	(64.2)	(72.7)	(58.6)	(70.2)	(71.5)
<b>Otros métodos modernos</b>	<b>2.2</b>	<b>1.7</b>	<b>2.1</b>	<b>1.6</b>	<b>0.4</b>
<b>Ritmo</b>	<b>38.6</b>	<b>35.1</b>	<b>20.9</b>	<b>24.9</b>	<b>19.9</b>
<b>Retiro</b>	<b>7.9</b>	<b>6.6</b>	<b>4.6</b>	<b>6.1</b>	<b>10.1</b>
<b>Otros tradicionales</b>	<b>3.3</b>	<b>2.7</b>	<b>1.3</b>	<b>2.4</b>	<b>1.5</b>
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

<sup>1</sup> Sector público incluye MINSA, Seguridad Social y Fuerzas Armadas. Sector privado incluye clínicas y consultorios médicos y farmacias así como ONG.

<sup>2</sup> Solo ligaduras.

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las ENDES de los años respectivos.

reduciendo y se mantiene en un 10% de las MUEF usuarias. Sin embargo, desde el año 2000 la principal fuente de abastecimiento es el sector público, en especial el MINSA. Pese a ello, cabe notar que en la última década el sector privado (especialmente farmacias) ha incrementado su presencia como fuente de provisión de la píldora anticonceptiva: en 2012 atiende a más del 37% de las usuarias de este método.

En el caso del Dispositivo Intrauterino (DIU), el uso se incrementa entre 1986-1991/92 hasta un 23% de las MUEF usuarias, para luego descender abruptamente hasta solo un 3.7% de las mismas en 2012. Este es uno de los métodos que se discontinúa por temor a sus efectos sobre la salud: en 2011, el 79% de las discontinuadoras dieron esa razón para justificar el haber dejado de usarlo (INEI, 2012: Cuadro 4.12).<sup>5</sup> El sector público (MINSA) ha sido consistentemente la mayor fuente de provisión de este método.

5 El cálculo es nuestro.

El uso de inyectables revela un patrón opuesto al del DIU. Hasta 1991/92 solo un 3% de las MUEF usuarias dependían de este método. Hacia el año 2000, su empleo se incrementa más de siete veces: alcanza al 21.5% de las MUEF usuarias. Ello se explica por dos factores: por un lado, la expansión de la oferta pública de este método, en especial en zonas rurales, cuya cobertura pasa del 36% al 94% de las usuarias de este MAC; y, por otro lado, a factores culturales asociados a la percepción de los inyectables como íconos de la efectividad de la medicina moderna y a su confidencialidad. Su peso en la mezcla anticonceptiva se ha incrementado entre 2004/5 y 2012 hasta alcanzar a un cuarto del total de usuarias. Sin embargo, su compra en fuentes privadas se ha duplicado por problemas de desabastecimiento y menor prioridad de los programas públicos, en especial para la población campesina, lo que determina que el sector público baje del 90% al 77% como fuente de suministro para las mujeres que usan este método.

El caso de las esterilizaciones es revelador. Los datos solo incluyen las esterilizaciones femeninas (ligaduras) para permitir la comparación entre fechas, pues las ENDES de 1986 y 1991/92 no consignan las esterilizaciones masculinas. En todo caso, las vasectomías dan cuenta de solo el 0.5% de la prevalencia anticonceptiva total aún en 2012. Pese a que recién en septiembre de 1995 se aprueba la modificación a la Ley de Población de 1985 que prohibía la esterilización como método anticonceptivo ofrecido por el Estado (Bonfiglio, 1999: 122), tanto en 1986 como en 1991/92 más del 13% de las MUEF usuarias dependían de este método, suministrado en un 60% por proveedores públicos (especialmente el MINSA). Para el año 2000, fin del segundo período de gobierno de Fujimori –acusado de promover esterilizaciones masivas forzadas–, el uso de este MAC solo aumentó al 18.6% de las MUEF usuarias (un incremento de 5 puntos porcentuales). Desde esa fecha, vino perdiendo importancia y su uso ha revertido al nivel que tenía en la década de 1990 (11% de las usuarias).

88

Año 8

Número 14

Enero/

junio 2014

Finalmente, entre los métodos modernos, el uso del condón masculino ha experimentado un incremento sostenido y significativo desde el inicio de la transición de la fecundidad en el Perú: pasó de tan solo un 1.5% de la prevalencia anticonceptiva en 1986 al 16% en 2012, es decir, muestra un aumento de diez veces en 25 años. Para este método, la principal fuente de abastecimiento es el sector privado (farmacias), lo que se ha reforzado en la última década. Ello es un indicio del cambio cultural en las relaciones de género, por lo menos en lo concerniente a la sexualidad y la reproducción, en especial entre mujeres menores de 35 años. En este grupo de edad, el uso de este método por parte de sus parejas es más frecuente que entre las mujeres mayores. Asimismo, es muy probable que la pandemia del sida haya incrementado el uso del condón.

En conclusión, la mezcla anticonceptiva revela aún un peso desproporcionado de los métodos más inseguros –de los que depende un tercio de las usuarias– y de los inyectables, cuyo costo por año/protección/pareja es de los más altos: un resultado que revela poca calidad e ineficiencia. El sector público ha venido perdiendo peso como proveedor de MAC desde el año 2000, lo que implica un mayor gasto para las usuarias y sus parejas.

A continuación analizamos en más detalle las cinco fases de la política de planificación familiar oficial en el Perú y discutimos su relación con los cambios observados en la prevalencia anticonceptiva, la mezcla de métodos y las fuentes de abastecimiento.

## Los inicios (1964-1984)

Como ya se ha señalado, la fecundidad en el Perú empieza a descender desde inicios de la década de 1970. Entre 1965 y 1978, es decir en 13 años, la Tasa Global de Fecundidad disminuyó en un 23.4% –de una TGF de 6.16 en 1965 se llega a 4.72 en 1977– (INP, 1979: 145, Cuadro 2.11). Este descenso ocurrió antes de que existieran programas públicos de planificación familiar.

La literatura coincide en señalar que, hasta fines de la década de 1980, los servicios de planificación familiar públicos eran prácticamente inexistentes (Guzmán, 2008; Donayre, Guerra-García y Sobrevilla, 2012). Según vimos, la primera iniciativa oficial en el campo poblacional fue la creación en 1964, durante el primer gobierno de Fernando Belaúnde, del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD), que estuvo dirigido por el Dr. Alberto Arca Parró, estadístico y demógrafo que había sido jefe del Censo Nacional de 1940. Este centro de estudios, conformado mayoritariamente por médicos peruanos, tenía como objetivo promover y realizar estudios poblacionales aprovechando la reciente publicación del Censo Nacional de 1961. Es probable que el inesperado aumento de la población nacional, de 7 a más de 10 millones entre 1940 y 1961,<sup>6</sup> haya alertado a estudiosos del tema sobre la aceleración del crecimiento demográfico en el país. En el discurso de apertura del Primer Seminario de Población y Desarrollo, organizado a un año de la creación del CEPD, su director indicaba:

[...] se reconoce como punto de partida [de la creación de dicha institución] uno de los fenómenos demográficos con más intensas repercusiones en el presente y futuro de los pueblos: el proceso de crecimiento poblacional, sorprendentemente acelerado en las últimas décadas (CEPD, 1965: XIII).

Alertado por este hecho, el CEPD auspició en 1967 la apertura de una clínica de salud materno-infantil y planificación familiar en el cono sur de Lima (Pamplona Alta), pero la falta de apoyo financiero determinó su cierre a pocos años de haberse iniciado (Guzmán, 2008).

De fines de esa misma década (1960), datan los primeros servicios privados de planificación familiar; fueron pioneros el Church World Service (1963), grupo protestante que proporcionaba insumos y capacitación a médicos de provincia, y el Instituto Marcelino, que en 1967 empieza a ofrecer servicios de gineco-obstetricia y planificación familiar a la población urbano-marginal de Lima (Varillas y Mostajo, 1990). Entre 1970 y 1984 operaban unas quince ONG en Lima, Cusco, costa norte y algunas ciudades andinas y amazónicas, de las cuales once se especializaban en servicios de planificación familiar y las otras

6 No se realizó censo en la década de 1950.

cuatro en tareas de educación, comunicación, investigación e incidencia. La totalidad de estas ONG desarrollaban su actividad sobre la base de una mezcla de recursos propios (derivada de la consulta a precios subsidiados) y de apoyo financiero, principalmente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development –USAID–) (Clinton, 1984).

La destacable labor pionera de estas instituciones privadas no debe ocultar, sin embargo, el hecho de su limitada cobertura y precariedad financiera, por lo que no es posible atribuirles el importante descenso de la fecundidad observado durante esos años. En efecto, para fines de 1988, el conjunto de las ONG de planificación familiar tenía una cobertura aproximada de 107,600 usuarias (Varillas y Mostajo, 1990: 368), en tanto que la ENDES 1986 reporta un total de 1.4 millones de usuarias, equivalente al 46% de las mujeres en unión (INEI, 1987). Sin embargo, es probable que el impacto de estas organizaciones en el acceso a la información y conocimiento de los métodos anticonceptivos haya sido mucho más relevante, aunque se carece de la evidencia sobre la fuente de información de las usuarias en esos años. Entre 1969 y 1977-78, el conocimiento de MAC entre las mujeres en unión (casadas o convivientes) había aumentado significativamente del 36% al 82% (INP, 1979: 163, Cuadro 4.2), sin que existiera ninguna campaña oficial de información sobre planificación familiar. Es indudable, como se ha visto, que el sector privado comercial fue la principal fuente de acceso a los MAC y que los medios de comunicación privados jugaron un rol central en la difusión del conocimiento sobre los anticonceptivos. En 1991, a más de 5 años de iniciados los programas públicos de planificación familiar, más de la mitad de las usuarias (50.5%) aún se abastecía en el sector privado: un 19.1% en farmacias, un 10.7% en los hospitales o clínicas privadas, el 9.7% en consultorios médicos y el 6% en ONG de planificación familiar. Es por esta razón que el descenso de la fecundidad se concentró en los sectores socioeconómicos altos y medios urbanos.

90

Año 8

Número 14

Enero/

junio 2014

El gobierno militar de Juan Velasco Alvarado (1968-1975) supuso un claro retroceso en el acceso a la planificación familiar y, por lo tanto, en el ejercicio de los derechos reproductivos. Según Bonfiglio:

[...] Durante el gobierno militar inaugurado por el golpe de Estado del general Juan Velasco Alvarado el 3 de octubre de 1968, hasta las elecciones generales de 1980, predominó una política pro natalista en el país (Bonfiglio, 1999: 10).

En 1972 se cerraron todos los consultorios de planificación familiar que en ese entonces solo funcionaban en los hospitales públicos; también se cerró la Asociación Peruana de Protección Familiar (hoy INPARES) –la principal ONG dedicada a ofrecer servicios subsidiados de planificación familiar– y se le confiscaron sus bienes. En 1975 este mismo régimen cerró el CEPD, institución pionera del sector público en la investigación en población.

Es recién en la segunda fase del gobierno militar con Francisco Morales Bermúdez (1975-1980) que empiezan a darse cambios en la política pronatalista imperante hasta entonces. El primer hito en estos cambios fue la participación de una delegación oficial peruana en la Primera Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones

Unidas en Bucarest, Rumanía, en agosto de 1974. En esta primera conferencia internacional sobre población, se enfrentaron dos bloques: el “tercermundista/pronatalista”, encabezado por Argentina, China y Argelia, y el “antinatalista”, liderado por Europa Occidental, Estados Unidos y países del Asia que ya estaban ejecutando programas públicos de planificación familiar: India, Bengala e Indonesia (Bonfiglio, 1999: 13). Perú se identificó con el primero de estos bloques y, aunque el argumento central de su delegación fue que el desarrollo haría innecesarias políticas explícitas de población, se sentaron las bases de los “Lineamientos de Política de Población” de 1976, al abrirse un debate nacional sobre el tema. Cabe recordar que fue un sacerdote jesuita, el padre Juan Julio Wicht, el principal autor y gestor de estos primeros lineamientos, lo que, sin duda, pertenece al ámbito de las paradojas del complejo proceso de la política poblacional peruana.

Un siguiente hito, que también corresponde a esta segunda fase del gobierno militar, fue que se permitiera reabrir los servicios de planificación familiar públicos y privados y que se promulgaran los “Lineamientos de Política de Población” en septiembre de 1976. Para 1979, la Asamblea Constituyente incluyó en el articulado de la nueva Constitución el amparo del Estado a la paternidad responsable.

En 1980, ya bajo el segundo gobierno de Fernando Belaúnde, se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), dependiente de la Oficina del Primer Ministro, como el ente público encargado de formular, promover y evaluar la política de población. Sin embargo, ninguna de estas medidas se tradujo en programas públicos significativos de servicios de planificación familiar.

91

C. E.

Aramburú

Así describe el contexto político de esos años un investigador especializado:

Un punto de vista realista, sin embargo, no puede pasar por alto el nivel todavía abismal de conciencia pública sobre las implicancias de la realidad demográfica del país, la ausencia general de un sentido de urgencia al respecto, la resistencia a la intervención masiva del Estado en campañas de planificación familiar –y mucho menos en programas para limitar el crecimiento poblacional– y la falta de repugnancia y escándalo frente a la negación del derecho de toda mujer a regular su propia fertilidad (Clinton, 1984: 65).

El movimiento feminista internacional, en reuniones previas a la Conferencia de Bucarest, había señalado la importancia de reconciliar el objetivo demográfico de atenuar el crecimiento poblacional con el derecho de las familias a decidir sobre el tamaño de la misma (Bonfiglio, 1999: 12). En el Perú, un grupo feminista de reciente formación, Acción para la Liberación de la Mujer Peruana, se pronunció públicamente, con ocasión de la promulgación de los recientes “Lineamientos de Política de Población”, defendiendo “[...] la libre determinación de la mujer para el uso de anticonceptivos al margen de su estado civil” (Bonfiglio, 1999: 23). Con esta posición, las feministas peruanas tomaban distancia tanto de la Iglesia Católica, que insistía en que la planificación familiar era un asunto a decidir solo por la pareja casada, como de la izquierda tradicional, que denunciaba los programas de planificación familiar como una agenda de potencias imperialistas.

No es sino hasta 1985 (el 14 de junio), en el último año del segundo gobierno de Belaúnde, que finalmente se promulga la Ley Nacional de Política de Población (DL núm. 346). La ley establece (Art. IV, incisos 1 y 4): “La Política Nacional de Población garantiza los derechos de la persona humana: (inciso 1) A la vida. El concebido *es sujeto de derechos desde la concepción*” (el subrayado es nuestro); e (inciso 4) “A la libre determinación del número de hijos”. En esta ley, y por presiones de la Iglesia Católica y de grupos conservadores, se prohibió la esterilización voluntaria y el aborto como métodos de planificación familiar: Art. VI. “La Política Nacional de Población *excluye el aborto y la esterilización como métodos de planificación familiar*” (el subrayado es nuestro) (CONAPO, 1985). Pese a ello, desde la década de 1980 hasta mediados de la década siguiente, un 13% de las usuarias se había sometido a ligadura de trompas y 3 de cada 4 habían obtenido este procedimiento de un proveedor público. Y, aunque el aborto sigue siendo penalizado en el Perú, en 1996 se revertió la prohibición que pendía sobre los métodos quirúrgicos de contracepción.

Los programas públicos de planificación familiar se inician tímidamente recién en 1986 en el entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). A pesar de que desde 1980 el Ministerio de Salud había fijado las normas de planificación familiar, los primeros servicios con alguna cobertura no se inician sino hasta 1982, año en el que se fija una meta del 10% de las mujeres en edad fértil. Sin embargo, los resultados son muy limitados: en 1981 se atienden solo a 21,150 usuarias (0.8% de la cobertura programada), en 1982 a 55,163 (1.9% de la cobertura), en 1983 a 74,054 (2.5% de la cobertura), en 1984 a 104,417 (3.4% de la cobertura), en 1985 a 142,216 (4.6% de la cobertura) y en 1986 a 177,226 (5.55 de la cobertura) (Varillas y Mostajo, 1990: 362, Cuadro 3.2). Es obvio que, pese a que el número de usuarias totales creció ocho veces, la cobertura del MINSA apenas alcanzó a la mitad de la meta programada en esos años.

92

Año 8

Número 14

Enero/

junio 2014

¿Cuáles eran las brechas entre las intenciones reproductivas y el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar a fines de la década de 1970? El Cuadro 4 recoge la información disponible en la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF) 1977-78.

Como se muestra en ese cuadro, la falta de oferta pública de planificación familiar impactó en forma diferencial según el estatus social de las mujeres y sus parejas. Lo primero que cabe resaltar es que, ya para esa fecha, casi dos tercios de las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) expuestas al embarazo no deseaban más hijos de los que ya tenían. Incluso entre las mujeres sin educación, la proporción que ya no deseaba más hijos era superior a la de las mujeres con educación secundaria o más (67% *versus* 51%), seguramente porque estas últimas tenían mayor control sobre su proceso reproductivo.<sup>7</sup> Los datos también revelan un acceso diferencial a la información: poco más del 58% de las

<sup>7</sup> Los niveles educativos de la mujer aumentaron significativamente desde esos años; el analfabetismo bajó del 11.0% en 1986 al 2.4% en 2012, y el acceso a la educación superior creció del 9.2% al 28.3%. Este es, sin duda, un factor determinante del descenso de la fecundidad.

mujeres analfabetas decían conocer algún MAC,<sup>8</sup> frente a casi la totalidad de las mujeres con mayores niveles educativos. Pero las mayores brechas se dan en el uso y tipo de MAC: solo un 16% de las mujeres analfabetas unidas y expuesta al embarazo usaba algún MAC, y únicamente un 4% accedía a un método moderno;<sup>9</sup> en contraste, el 68% de las mujeres con mayores niveles educativos usaba un MAC y el 37% de estas usaba los métodos más efectivos.

**Cuadro 4**  
**Deseo de no tener más hijos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) en MUEF, según nivel educativo (en porcentajes). Perú. Años 1977-78**

Nivel educativo	No desea más hijos	Conoce algún MAC	Usa algún MAC	Usa un MAC moderno
Ninguno	66.8	58.4	16.2	4.1
Primaria (0-2 años)	65.7	77.6	25.8	8.8
Primaria (3-4 años)	64.7	88.5	38.8	15.1
Primaria (5-6 años)	60.8	95.2	56.3	23.6
Secundaria a más	51.4	99.3	68.3	37.1
<b>Total de MUEF</b>	<b>61.4</b>	<b>82.0</b>	<b>41.3</b>	<b>14.7</b>

*Fuente:* Elaborado propia sobre datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-78.

Se puede entonces concluir que el inicio del descenso de la fecundidad en el Perú ocurrió en un contexto marcado por la ausencia de políticas y programas públicos de planificación familiar, con esfuerzos iniciales de ONG de baja cobertura e impacto. Por tanto, fue el sector privado (clínicas, consultorios y farmacias) la principal fuente de abastecimiento de métodos anticonceptivos, lo que contribuyó a fuertes brechas sociales en la posibilidad de disponer de dichos métodos. Estas brechas en el acceso a servicios se daban pese a que dos de cada tres mujeres en edad fértil deseaban regular su fecundidad –sin diferencia según su nivel educativo– y a que casi la totalidad de las mujeres, en especial aquellas unidas con más de tres años de educación primaria, tenía conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos –lo que puede atribuirse a la disponibilidad de información en los medios de comunicación social, pues no existieron campañas informativas públicas durante ese período–. El costo social de la falta de equidad en el acceso a los servicios de planificación familiar se refleja claramente en la brecha entre las intenciones reproductivas y la fecundidad real: solo una de cada cuatro mujeres analfabetas que ya no deseaban más hijos tenía acceso a un MAC, y entre estas menos de un tercio pudo disponer de métodos modernos de regulación de la fecundidad. En contraste, el 68% de las mujeres con mayores niveles educativos (secundaria o más) tenía acceso a MAC, y, entre ellas, más de la mitad (54%) usaba un MAC moderno.

8 El “conocimiento” incluye “haber oído hablar de un método específico”.

9 En los MAC “modernos” incluimos los anticonceptivos orales, de barrera (condón y diafragma), el DIU, los inyectables y la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV).

## La expansión de la oferta pública de planificación familiar (1986-1995)

Durante el primer gobierno aprista (1986-1991) se dieron los pasos iniciales para institucionalizar y ampliar la oferta pública de programas de planificación familiar. En 1986, en el entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) se implementó, con el apoyo de la USAID, el primer programa con rango de programa especial dependiente de la presidencia ejecutiva, lo que le permitió gozar de autonomía administrativa y presupuestal (Guzmán, 2008: 220-221). A fines de ese mismo año, el Ministerio de Salud, con el apoyo del UNFPA y de la USAID, convocó a un equipo técnico para organizar el primer programa nacional de planificación familiar. Los insumos y los anticonceptivos fueron proporcionados por ambas instituciones de cooperación multilateral y bilateral respectivamente. El sector de ONG participó también activamente en este proceso de expansión de la oferta de servicios de planificación familiar, articulándose en el proyecto Apoyo al Sector Privado en Planificación Familiar (SPF) liderado por una ONG internacional (Pathfinder) y financiado por la USAID.

Durante el primer gobierno de Alberto Fujimori (1991-1996) se tomaron varias medidas para ampliar y reforzar el Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) liderado por el Ministerio de Salud. El gobierno asumió una parte creciente de su financiamiento –que hasta entonces había dependido mayormente de la cooperación internacional no-reembolsable–; los anticonceptivos y la consulta se ofrecieron en forma gratuita, y la compra de anticonceptivos fue incluida en los presupuestos operativos de los fondos públicos. En 1996, la bancada oficialista propuso modificar la Ley Nacional de Población de 1985 para incluir la esterilización quirúrgica voluntaria –o Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)– como método anticonceptivo ofrecido por los servicios públicos. Ello ocasionó una ardiente polémica entre los grupos católicos conservadores, la Iglesia Católica y los voceros del gobierno fujimorista.

94

Año 8

Número 14

Enero/  
junio 2014

Pese a esta encendida polémica, para fines de este período de gobierno, la situación del acceso a la anticoncepción había cambiado de manera sustancial –como se muestra en el Cuadro 5.

Cuadro 5

Deseo de no tener más hijos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) en MUEF, según nivel educativo (en porcentajes). Perú. Año 1996

Nivel educativo	No desea más hijos <sup>1</sup>	Conoce algún MAC	Usa algún MAC	Usa un MAC moderno
Ninguno	82.5	89.4	38.3	18.8
Primaria	77.8	96.8	59.0	34.9
Secundaria	64.0	99.7	70.2	48.1
Superior	54.9	100.0	75.4	52.0
<b>Total de MUEF</b>	<b>69.1</b>	<b>97.8</b>	<b>64.2</b>	<b>41.3</b>

<sup>1</sup> Incluye a las que no desean más hijos (59.4%) y también a las esterilizadas (9.7%).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la ENDES 1996 (INEI, 1997).

En cuanto al deseo de no tener más hijos, el incremento es poco significativo para todas las MEF: es del 61.4% a fines de la década de 1970 y pasa al 69% dos décadas después. Sin embargo, entre 1977-78 y 1996, se aprecia un incremento considerable en la proporción de mujeres con bajos niveles educativos que no desea más hijos: del 67% a más del 82% en el caso de las que carecían de educación formal, y de alrededor del 62% al 78% entre las mujeres con solo educación primaria. Ello revela un profundo cambio cultural en cuanto a las preferencias reproductivas en las dos décadas analizadas: el ideal de familia más pequeña permeaba a toda la sociedad peruana, incluyendo a las mujeres de menores niveles educativos.

En lo que se refiere al conocimiento de MAC, en el período considerado se observa, asimismo, un incremento significativo para todas las mujeres unidas entre 15-49 años: asciende del 82% en 1977 a casi el 98% en 1996. Este incremento es mucho mayor entre las mujeres analfabetas: su conocimiento (o información) sobre anticonceptivos aumenta del 58% al 89%. Ello revela el impacto que las campañas públicas sobre planificación familiar iniciadas en 1991 habrían tenido sobre la población, incluso la menos educada.

Al observar el uso de MAC, también se advierte un incremento significativo en la prevalencia total: crece de un 41% a un 64% (unos 23 puntos porcentuales). Este incremento es más notable en el grupo de mujeres de bajos niveles educativos: entre las analfabetas se duplica del 16% al 38%, y entre las que cuentan con solo educación primaria pasa del 41% al 59% (unos 18 puntos porcentuales). En contraste, entre las MEF unidas de este rango de edad con mayores niveles educativos (secundaria completa o más), la prevalencia anticonceptiva aumenta apenas del 68% al 72%, es decir, unos 4 puntos porcentuales en promedio. Aún más relevante es el incremento en el uso de anticonceptivos modernos entre las MEF unidas de 15-49 años analfabetas: pasa de tan solo el 4% al 19%. En el caso de las que tienen educación primaria, ese uso crece de un promedio del 16% al 48%; y en aquellas con educación secundaria o más, pasa del 37% al 52%. Ello revela que el acceso a métodos anticonceptivos más eficientes es el principal cambio ocurrido durante estas dos décadas en que se inician los programas públicos de planificación familiar. Sin embargo, también se ha señalado que, con excepción de fines de la década de 1990, el uso de métodos tradicionales sigue siendo muy alto aún en la actualidad, llegando a cerca del tercio del total de usuarias.

La ENDES 1996 recoge información sobre la fuente en la que las usuarias obtienen los anticonceptivos. Para esa fecha, el 69.6% de las que empleaban anticonceptivos modernos dependía de instituciones públicas, particularmente de hospitales, centros y postas de salud del MINSA (57.1% de las usuarias) y de la seguridad social (10.7%). El sector privado atendía al 24.5% de esas mujeres –en especial las farmacias (15.4%) para los métodos de barrera–, y las ONG atendían solo al 3.3%. La oferta pública habría así desplazado a la privada en la provisión de servicios de planificación familiar. El sector público cubría al 87.8% de las usuarias de anticonceptivos inyectables, al 78.3% de las usuarias de métodos definitivos (AQV), al 76.4% de las que optaban por la colocación de DIU y al 58.2% de las que usaban anticonceptivos orales (INEI, 1997: 72, Cuadro 4.12).

Por tanto, se puede afirmar que la expansión de la oferta pública de servicios de planificación familiar entre 1986 y 1996 permitió disminuir las brechas entre mujeres con distintos niveles de educación formal, en cuanto al acceso, al conocimiento y al uso de MAC, en especial en lo relativo al acceso a métodos más seguros y efectivos.

## Del autoritarismo (1996-2000) al conservadurismo (2000-2004)

Durante el segundo gobierno de Alberto Fujimori (1996-2000), los programas públicos de planificación familiar (PNPF) alcanzaron su mayor cobertura y también experimentaron una fuerte crisis debido a prácticas autoritarias relacionadas sobre todo con la provisión de la esterilización quirúrgica (AQV). Se estima que, durante este período, en especial entre 1997-1999, se practicaron unas 200 mil intervenciones de AQV, sobre todo femenina y en sectores populares y rurales (Defensoría del Pueblo, 2005). La premura y la presión política por alcanzar metas preestablecidas de usuarias determinaron 16 muertes y complicaciones que tuvieron gran resonancia en los medios de comunicación (Guzmán, 2008: 222-223). La Defensoría del Pueblo, a través de la Defensoría Especializada en Derechos de la Mujer, se pronunció desde 1998 exigiendo cambios en la consejería para asegurar el consentimiento informado y evitar que las ligaduras y las vasectomías se practicaran en locales o campañas sin las condiciones necesarias. Los grupos católicos conservadores y muchas organizaciones feministas, por razones distintas, denunciaron estos casos observados por la recientemente creada Defensoría del Pueblo. Estos escándalos se sumaron al creciente des prestigio del régimen fujimorista ante la evidencia de una corrupción generalizada que involucraba a medios de comunicación, congresistas y altos mandos militares. Pese a los cambios en la normativa del Programa Nacional de Planificación Familiar, para asegurar el consentimiento informado y la calificación de los centros que ofrecían este método, así como a la implementación de otras medidas referidas a la AQV, para fines de 1999 el PNPF hacía agua y se restringieron los fondos de cooperación, lo que llevó a que perdiera su legitimidad y sentido original. Como señala Bonfiglio:

[...] durante este período, más que en ningún otro, el debate sobre temas de población ha sido “contaminado” por la situación política general del país [...] en tal sentido, las acusaciones de las AQV forzadas (más allá de si eran ciertas o falsas) han generado un flanco débil que ha sido aprovechado profusamente por la oposición a la planificación familiar (Bonfiglio, 1999: 179).

El impacto no solo fue a nivel político: la población, alarmada frente a esta coyuntura, redujo drásticamente su demanda por las esterilizaciones, las que ya desde 1998 habían caído a unas 28 mil por año. La secuela política de estos hechos continuó aún en 2011. En el marco de la campaña presidencial, el entonces candidato y actual presidente Ollanta Humala, en un programa televisivo de debate con la candidata del fujimorismo e hija del ex-presidente, Keiko Fujimori, le recordó las acusaciones sobre esterilizaciones forzadas; según los analistas, el hecho de que no pudiera dar una respuesta clara fue decisivo en su derrota en las elecciones generales de ese año.

Luego del gobierno de transición, el régimen de Alejandro Toledo encargó la dirección del Ministerio de Salud, por dos períodos sucesivos, a médicos conservadores que revirtieron la orientación del PNPF hacia los métodos “naturales” y prácticamente discontinuaron la provisión de los métodos quirúrgicos (ligaduras y vasectomías).

Según la Defensoría del Pueblo, en su cuarto informe sobre supervisión de los servicios de planificación familiar de abril de 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 (referidos 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 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* (Defensoría del Pueblo, 2005: 11) (El subrayado es nuestro).

Las consecuencias de este cambio de rumbo en la política oficial de planificación familiar<sup>10</sup> pueden documentarse a partir de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar correspondiente al año 2000 (ENDES 2000) (INEI, 2001) y de la del año 2004 (ENDES 2004) (INEI, 2006). A pesar de adoptar en ese año la metodología de encuesta continua (con una muestra de 6,251 mujeres frente a una de 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. Resulta interesante comparar ambas encuestas, pues corresponden al momento final de dos enfoques y políticas de salud reproductiva marcadamente diferentes. En efecto, la ENDES 2000 (INEI, 2001) proporciona datos sobre la salud sexual y reproductiva al final del gobierno de Fujimori, lo que permite evaluar el impacto del PNPF en su segundo período (1996-2000), caracterizado por su prioridad política y su verticalidad. Asimismo, 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 las modificaciones que propiciaron en el PNPF.

La cuestión central que queremos analizar es el impacto que estos cambios radicales de política en la materia pueden haber tenido en la fecundidad y, sobre todo, en el acceso y uso de MAC según el nivel educativo de las mujeres. Con ello queremos aproximarnos a los temas de equidad y calidad de los servicios públicos de planificación familiar y a cómo esos cambios promovieron o vulneraron los derechos de las mujeres peruanas.

Como se aprecia en el Cuadro 6, el porcentaje de MUEF que declara no querer más hijos (incluyendo a las esterilizadas) cambió poco entre 2000 y 2004/5 (dos tercios de las MUEF). Nótese que, para el año 2000, el porcentaje de MUEF analfabetas que declara no

10 Esta sección se basa en una versión anterior revisada y corregida; véase Aramburú, 2005b.

**Cuadro 6**  
**Deseo de no tener más hijos, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) en MUEF, según nivel educativo (en porcentajes). Perú. Años 2000 y 2004-5**

Nivel educativo	No desea más hijos <sup>1</sup>		Conoce algún MAC		Usa algún MAC		Usa MAC modernos	
	2000	2004/5	2000	2004/5	2000	2004/5	2000	2004/5
Ninguno	84.4	Nd	93.6	94.8	50.2	56.4	65.7	52.1
Primaria	76.3	Nd	98.5	99.5	63.5	66.5	69.0	59.5
Secundaria	60.9	Nd	100.0	100.0	74.6	74.7	76.0	69.6
Superior	55.5	Nd	100.0	100.0	75.5	73.7	77.0	73.9
<b>Total de MUEF</b>	<b>67.3</b>	<b>66.0</b>	<b>99.0</b>	<b>99.8</b>	<b>68.9</b>	<b>70.7</b>	<b>77.0</b>	<b>66.6</b>

<sup>1</sup> Incluye a las mujeres que no desean más hijos y a las esterilizadas.

Fuente: Elaboración propia sobre datos de las ENDES 2000 y 2004-5 (INEI, 2001; INEI, 2006).

querer más hijos (84.4%) es mucho mayor que el de las mujeres con educación superior (55.5%). Ello refleja que, para las primeras, la brecha reproductiva entre fecundidad y demanda potencial es significativamente mayor. Sorprendentemente, en la ENDES 2004/5 no se ha tabulado este indicador, como sí se ha hecho en todos los demás informes de la ENDES ¿Podría esta omisión deberse a presiones políticas?

Con respecto al conocimiento de algún MAC, existe un ligero incremento entre las mujeres con bajos niveles educativos y continúa siendo del 100% para las mujeres con mayores niveles educativos (secundaria o más) en ambas fechas. El uso de cualquier anticonceptivo también registra un leve incremento, especialmente entre las mujeres de menores niveles educativos, aunque a un ritmo muy inferior al del quinquenio anterior (1996-2000). Las diferencias están no en la prevalencia total sino en la mezcla anticonceptiva, en especial entre las MUEF menos educadas. Así, el uso de métodos modernos cae del 65.7% al 52.1% entre las usuarias analfabetas y del 69% al 59% entre las que solo alcanzan la primaria. Otros estudios han llamado la atención sobre este cambio:

Llama la atención, en el caso del Perú, que, tan solo en un período de 4 años, la prevalencia de métodos tradicionales aumentó en 5 puntos porcentuales [...] en tanto que el uso de los métodos modernos disminuyó en tres puntos porcentuales durante el mismo período [...] (Piscoya y Alves, 2008: 135).

Este hecho, inédito en otras sociedades, revela el costo de la modificación del rumbo en el programa de planificación familiar que ya hemos señalado. No se han documentado las posibles consecuencias de ello en términos de su impacto en incidencia de abortos y embarazos no deseados. Es indudable que estos cambios en el Programa Nacional de Planificación Familiar afectaron sobre todo a las mujeres menos educadas y, especialmente, a las rurales, las cuales dependen en mayor medida de los servicios públicos de planificación familiar. Para ellas, tales cambios significaron una clara vulneración a sus derechos reproductivos consagrados por la Ley de Población de 1985.

## Retorno a la “normalidad” (2005-2012)

Luego de la reacción conservadora del gobierno de Toledo, la política y el PNPF retornan a una cierta “normalidad” durante el segundo gobierno de García (2006-2011) y el actual gobierno del presidente Humala (2011-hoy). Como se ha señalado, la fecundidad ha continuado descendiendo en el último quinquenio, pero a un ritmo inferior al del anterior (-13.8% *versus* -21.6%, respectivamente), y la TGF se estima en 2.6 hijos/mujer para 2012. La totalidad del descenso reciente se explica por la caída de la fecundidad de las mujeres rurales (-18.6%), pues la de las urbanas se ha mantenido en 2.3 hijos/mujer en la última década, ligeramente por encima de la tasa de reemplazo.

El análisis del descenso de la fecundidad por edad (TEF) revela que, en la última década, ha alcanzado su mayor valor entre las mujeres mayores de 40 años (INEI, 2012: 85):<sup>11</sup> un 22% en la cohorte de 40-44 años y un 50% en la de 45 a 49. Es probable que ello se deba a la prioridad en la oferta de la AQV durante el gobierno de Fujimori, pues la prevalencia de este método fue la más alta (16.4% de las usuarias) justamente 16 años antes, cuando estas mujeres tenían una edad promedio entre 30-32 años –considerando que la mediana de edad de las usuarias de este método era de 31.4 años en 2000 (ENDES 2000 en INES, 2001).

En cuanto al uso de MAC, se ha señalado que ha aumentado del 70.7% al 75.5% de todas las MUEF entre 2004/5 y 2012, recuperando el incremento quinquenal observado en la década de 1990. El uso de MAC modernos ha crecido ligeramente del 66.6% al 68.6%, lo que revela la persistencia de una mezcla anticonceptiva poco segura. El acceso a MAC modernos se ha incrementado especialmente entre las mujeres analfabetas (del 52.1% al 60.3%) por el aumento sostenido en el uso de inyectables, que es el método moderno más utilizado –lo que explica el mayor descenso de la fecundidad de las mujeres rurales-. Es asimismo notable el crecimiento en el uso del condón: se ha duplicado desde 2000, y hoy es el segundo método moderno más utilizado por el 16% de las usuarias (Cuadro 3). Finalmente, como se ha indicado, el sector privado comercial ha incrementado su peso desde 2000 como fuente de suministro: atiende casi al 40% de las usuarias en 2012.

Los retos pendientes, en lo que se refiere a incrementar la equidad y la calidad de la planificación familiar en la próxima década, incluyen: mejorar la información sobre los efectos secundarios reales de los métodos modernos para disminuir el uso de métodos poco seguros; reducir la incidencia del embarazo adolescente –que no ha disminuido en toda la década pasada (alcanza al 12.5% de menores de 19 años); reforzar los servicios públicos, especialmente para las mujeres rurales menos educadas; y atender al creciente número de parejas convivientes y a mujeres no-unidas sexualmente activas. El aumento de estas últimas es un indicio del comienzo de la segunda transición demográfica en la sociedad peruana (Lesthaeghe, 2010), tema que merece un tratamiento especial aparte.

## Conclusiones

Los hallazgos de este breve trabajo pueden resumirse en los siguientes puntos:

- La fecundidad, especialmente la de las mujeres urbanas, desciende una década antes del inicio oficial de los programas públicos de planificación familiar.

- Este descenso, de casi un 29% en la fecundidad urbana (entre 1970-1985), ocurre con una prevalencia anticonceptiva baja (menos del 46% de las MUEF) y con la mitad de estas mujeres usando métodos tradicionales. Por ello, es probable que el aborto inducido haya tenido un efecto fundamental en esta caída.

- El sector privado comercial (farmacias para provisión de anticonceptivos orales y servicios médicos privados para el DIU) tuvo un peso significativo al inicio de la transición de la fecundidad.

- Las ONG de servicios de planificación familiar nunca han brindado una cobertura significativa; sin embargo, contribuyeron a promover información y legitimidad en el uso de MAC.

- La fecundidad entre las mujeres rurales inicia su descenso más de una década después que la de las urbanas y depende en mayor medida de los servicios públicos. Los inyectables son el método más utilizado por este sector de la población femenina.

- Los vaivenes en la política de planificación familiar han afectado sobre todo a las mujeres más humildes, rurales y de bajos niveles educativos, pues ellas dependen en mayor medida de los servicios públicos.

- El uso de métodos tradicionales, especialmente el ritmo, tiene aún un peso desproporcionado (un tercio de las usuarias) debido al desconocimiento y a la falta de campañas informativas y consejería adecuadas que promuevan el uso de métodos seguros.

- En el campo de la planificación familiar, la virtual desaparición de las ONG y de la cooperación internacional –al estar Perú clasificado como país de renta media-alta– ha cargado el peso de los servicios hacia el sector comercial y el público.

Por ello, para mejorar la equidad en los derechos sexuales y reproductivos, es fundamental que la política y los programas de planificación familiar sean una política de Estado y no estén sujetos a cambios derivados de la ideología de los gobiernos de turno.

## Bibliografía

ALCÁNTARA, E. y J. Ortiz (2002), *Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios a los cambios en la fecundidad en el Perú*, Lima: INEI.

ARAMBURÚ, C. (2005a), "Politics and Reproductive Health; a dangerous connection", en S. Lerner y E. Vilquin (eds.), *Reproductive Health, unmet needs and poverty*, París: CICRED.

----- (2005b), "Fecundidad y planificación familiar: comparando las ENDES 2000-2004", en *Economía y Sociedad*, núm. 56, junio, Lima: CIES.

ASPILCUETA, D. (2008), "La salud reproductiva en las políticas de población", en Academia Peruana de Salud, *Historia de la salud en el Perú*, vol. 9, título VIII, Lima: Academia Peruana de Salud, pp. 144-156.

BONFIGLIO, G. (1999), *25 años de debate sobre temas de población en la prensa peruana 1974-199*, Lima: Industrial Papiros, Informe de Investigación.

CENTRO DE ESTUDIOS EN POBLACIÓN Y DESARROLLO (CEPD) (1965), *1er Seminario Nacional de Población y Desarrollo*, Paracas (Perú): Centro de Estudios de Población y Desarrollo, diciembre.

CLINTON, R. (1984), *Antecedentes de la política de población*, Lima: Consejo Nacional de Población.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (1985), *Ley de Política Nacional de Población DL 346*, Lima: Consejo Nacional de Población [3era edición].

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2005), *Supervisión a los servicios de planificación familiar IV*, Lima; Defensoría del Pueblo, Informe núm. 90, abril. Disponible en <[www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php](http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php)>.

DONAYRE, J., R. Guerra-García y L. Sobrevilla (2012), *Políticas y programas de población en el Perú: del debate a la acción*, Lima: Ed. UPCH-UNFPA.

GOLDMAN, N., L. Moreno y Ch. Westoff (1989), *Peru Experimental Study: An evaluation of Fertility and Child Health Information*, Nueva Jersey (USA): Princeton University, DHS Office of Population Research.

GUZMÁN, A. (2008), "La revolución en los métodos anticonceptivos", en Academia Peruana de Salud. *Historia de la salud en el Perú*, vol. 9, Título VIII, Lima: Academia Peruana de Salud, pp. 214-310.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) (1988), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1986 (ENDES 1986)*, Informe general, Lima: INEI, abril.

----- (1997), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES 1996)*, Lima: INEI, junio.

----- (1999), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992 (ENDES 1991/1992)*, Lima: INEI, septiembre.

----- (2001a), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000)*, Lima: INEI, mayo.

----- (2001b), *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*, Lima: INEI, Boletín de Análisis Demográfico núm. 35, julio, Cuadro 1: 20.

----- (2006), *Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES continua, 2004-2005*, Lima: INEI, septiembre.

----- (2012), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES 2011)*, Lima: INEI, mayo.

----- (2013), *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 (ENDES 2012)*, Lima: INEI, abril.

INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN (INP) (1979), *Encuesta Nacional de Fecundidad del Perú 1977-78*, Lima: DGCED, mayo.

LESTHAEGE, R. J. (2010), “The Unfolding Story of the Second Demographic Transition”, en *Population and Development Review*, 36 (2), Nueva York: Population Council, p. 211.

PISCOYA, M. y M. Alves (2008), “Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por contracepção no Peru e Bolívia”, en L. Rodriguez (org.), *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, Río de Janeiro: ALAP, Serie de Investigaciones núm. 4.

Número 14  
Enero/  
junio 2014

VALDIVIA, M. (2005), “Planificación familiar y salud materno-infantil en el Perú: menos puede ser mejor”, en *Economía y Sociedad*, núm. 55, marzo, Lima: CIES.

VARILLAS, A. y P. Mostajo (1999), *La situación poblacional peruana*. Lima: INANDEP.

WESTOFF, CH. y L. H. Ochoa (1991), *Unmet need and the demand for family planning*, Calverton (Maryland): Macro International, DHS Comparative Reports núm. 5.

## Anexo

**Cuadro A.1**  
**Características técnicas de las encuestas demográficas. Perú. Años 1986-2012**

Característica	1986	1991-92	2000	2004-5(*)	2012
Fecha de las encuestas (meses/año)	9-12/1986	8/1991-3/1992	7-11/2000	1-9/2005	3-12/2012
Muestra (MEF 15-49)	4,999	15,882	27,843	12,781	23,888
Tasa de respuesta	94.6%	92.6%	92.8%	97.5%	97.3%
Ámbitos de inferencia	U/R/Lima, 4 regiones naturales	U/R, 13 regiones, 3 regiones naturales , 4 niveles naturales , 4 niveles de urbanización	U/R, 3 regiones naturales, 3 niveles de urbanización, 24 departamentos	U/R, 4 regiones naturales	U/R, 24 departamentos
Variables	Nivel educativo	Nivel educativo	Nivel educativo	Nivel educativo, quintil de ingreso	Nivel educativo, quintil de ingreso
Instituciones	INEI,IRD,CNP	INEI, Macro Int. (USAID), UNFPA	INEI, Measure DHS-Macro Int. (USAID), UNICEF	INEI, Measure DHS-Macro Int. (USAID)	INEI, ICF (ex- Macro Int.)

(\*) En ese año se adoptó la metodología de muestra continua con entrevistas anuales a aproximadamente 6,600 hogares durante 9 meses en cada año.

Fuente: INEI, Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 1986, 1991-92, 2000, 2004-5 y 2012.

103

C. E.

Aramburú

**Cuadro A.2**  
**Niveles educativos de las mujeres entre 15-49 años (en porcentajes). Perú. Años 1986-2012**

Nivel	1986	1991-92	2000	2004-5	2012
Sin instrucción	11.0	5.9	5.1	3.5	2.4
Primaria	38.0	28.2	28.6	24.6	22.4
Secundaria	41.8	41.7	44.6	42.8	46.9
Superior	9.2	23.9	21.7	29.0	28.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ENDES 1986, 1991-92, 2000, 2004-5 y 2012.