

CONTROL DE LA NATALIDAD EN LIMA, PERU

M-FRANCOISE HALL

INTRODUCCION

Durante las últimas décadas, la tasa de crecimiento de la población en la América Latina ha sido muy elevada y continúa en aumento. En un principio no se comprendió a cabalidad que la rápida expansión de la población tuviera implicación alguna con otros hechos, y en la mente de las autoridades oficiales no había lugar para pensar en dictar una política positiva respecto al crecimiento de la población. Sin embargo, en los últimos años se ha aprendido mucho más acerca del efecto de esta tendencia de la población en el desarrollo socio-económico, se ha comprobado que son enormes las dificultades que se presentan aun para mantener los actuales niveles de vida de una población que se multiplica con tanta rapidez. Es más, numerosos estudios realizados principalmente en las capitales muestran que, en realidad, ciertos segmentos de la población limitan el número de su prole, y que otros segmentos no desean el gran número de niños que continúan teniendo. El estudio llevado a cabo por Armijo y Monreal muestra que en Santiago el 31% de los embarazos termina en aborto. (1) En Uruguay, el número de los abortos sobrepasa posiblemente el de los nacimientos vivos. (2) Otros estudios realizados en la América Latina se limitan a grupos de población determinados, tal como los pacientes en los hospitales; pero todos ellos corroboran la impresión de que las motivaciones del control de la natalidad pueden ser más fuertes de lo que sugiere la actitud de las autoridades. (3), (4), (5), (6).

La medida en la cual una población favorezca la limitación de la natalidad es un dato esencial necesario para el planeamiento de programas de salud y para la adopción de una política nacional de población. Este estudio trata precisamente de determinar la actitud de las

mujeres entre 20 y 39 años de edad en Lima, Perú, acerca del control de la natalidad. Fueron formuladas las siguientes preguntas: ¿Hasta qué punto favorecen las mujeres de Lima la limitación de la familia? ¿Cuántas han tratado en realidad de limitarla, ya sea por medio de métodos contraceptivos o por medio de abortos provocados?

DATOS PERTINENTES SOBRE EL PERU

En 1920, Perú contaba con 5 millones de habitantes, en 1940 se habían elevado a 7 millones (7), y en 1960 a 10 millones. (8) Entre 1950 y 1960, la tasa anual de crecimiento era de 2,5%, (9) más o menos la misma que para toda América Latina. La tasa de aumento continúa elevándose y, si no hay cambio en la fecundidad y si decrece en forma continua la mortalidad, llegará a 3,7% entre 1957 y 1980 (10) y para entonces la población total estará alrededor de los 20 millones de habitantes. (11)

Al igual que otros países latinoamericanos, el Perú no cuenta con una política oficial positiva respecto a la población. Los programas de salud están encaminados exclusivamente al control de la enfermedad y la mortandad, y la natalidad es considerada como un hecho al cual hay que ajustarse y no influenciar. Tal vez, el primer reconocimiento oficial de que la población en continuo aumento puede constituir un problema para el desarrollo socio-económico se manifestó en diciembre de 1964, 'con la creación —por decreto presidencial— (12) del Centro para Estudios de Población y Desarrollo. Todavía es muy pronto para saber qué camino seguirá el Centro.

El Perú es un país abrumadoramente católico, y la Iglesia goza de gran poder e influencia. En Lima, asiento de los virreyes en tiempos coloniales y conocida durante años como la "Ciudad de los Reyes", reina un ambiente más tradicional y conservador que en la mayor parte de otras ciudades de la América Latina. Sin embargo, es una metrópoli activa y de rápido crecimiento, donde las ideas modernas reemplazan aceleradamente los valores tradicionales.

Aunque muy pocas veces se habla abiertamente del control de la fecundidad, hay indicios de que muchas familias están tratando de llevarlo a cabo. El estudio realizado por Stycos en 1961 mostró que el número de nacimientos vivos por mujeres casadas entre los 40 a los 44 años de edad en la ciudad de Lima variaba desde 3,8% en la clase elevada hasta 7,6% en la clase baja, lo cual implica que la clase elevada hacía uso de algún medio para el control de la natalidad. (13)

Aunque la ley peruana prohíbe la elaboración, importación y venta de métodos contraceptivos, (14), muchos de ellos, tales como los preservativos, píldoras orales y métodos contraceptivos de uso vaginal, están a la venta en las farmacias sin necesidad de contar con receta médica. Algunas farmacias venden diafragmas sumamente caros. El aborto provocado es ilegal, y la ley lo castiga con una condena hasta de 4 años de cárcel para la mujer. Sin embargo, la relación de abortos y nacimientos en algunos hospitales de Lima, especialmente los que atienden a los grupos socioeconómicos más elevados, es muy alta. (16)

Teniendo todos estos datos en mente, se realizó este estudio, para determinar en la forma más precisa posible las actitudes y la conducta de la población con respecto a la planificación familiar.

METODO

Los quince distritos del área metropolitana de Lima y los tres distritos de la Provincia Constitucional del Callao forman un gran desarrollo urbano cuya población, excluyendo los barrios bajos (barriadas) fue estimada en 1,3 millones en 1961. (17) Se calculó en alrededor de 200,000 (18) el número de mujeres nacidas en el Perú, de 20 a 39 años de edad, que viven en esta zona, y éste fue el universo de mujeres sometido a estudio. Se utilizó un método de muestreo por conglomerado de la zona, y 50 de las 5,593 manzanas de la ciudad fueron elegidas en forma sistemática, comenzándose al azar. En cada una de estas manzanas, comenzando al azar en una de las esquinas, y al azar también desde las primeras cinco casas en la esquina, cada quinto hogar fue seleccionado sistemáticamente hasta que fueron obtenidas en total 10 entrevistas. Si la manzana seleccionada no proporcionaba las 10 entrevistas, se seleccionaban entonces en forma sistemática los lados adyacentes de las manzanas que la rodeaban.

Todas las mujeres, nacidas en el Perú, que tuvieran entre 20 y 39 años, eran elegibles para ser entrevistadas. En cada casa fue entrevistada una mujer con estas características. Si no había en la casa una mujer que reuniera las condiciones necesarias para la entrevista, la entrevistadora seguía y elegía la próxima quinta casa. En caso de que dos o más mujeres elegibles vivieran en la misma casa, la que iba a ser entrevistada era elegida por un procedimiento predeterminado al azar. Si una mujer seleccionada se encontraba fuera de la casa, se hacía un mínimo de dos nuevas visitas en diferentes días de la semana, siendo al menos una de ellas en horas no laborables. (Por lo general,

se hacían más de dos visitas en las zonas de posición económica más elevada de la ciudad a causa del mayor nivel de rechazo que se encontró en ellas). Si estas visitas no tenían éxito, se consideraba que la mujer quedaba fuera del muestreo y era reemplazada por otra mujer seleccionada más adelante en la cuadra. De esta forma se obtuvieron 10 entrevistas en cada una de 50 manzanas, lo cual arroja un total de 500 entrevistas. Este método de muestreo dio un relativo exceso de representación de los grupos de clase socio-económica más elevada donde menos casas por manzanas resultaron en una más elevada probabilidad de muestreo. Esto tuvo la ventaja de incluir en el muestreo suficiente cantidad de mujeres en el nivel socio-económico más elevado, de forma de hacer posible el llegar a conclusiones acerca de ellas. Sin embargo, por desgracia no se tuvo a la disposición suficientes datos acerca de la ciudad como para calcular el grado de este exceso de representación; esto impidió una generalización de los resultados para la ciudad como una totalidad.

La Escuela Nacional de Servicio Social facilitó la contratación de 12 trabajadoras sociales, totalmente calificadas y con amplia experiencia, para realizar las entrevistas. Todas eran peruanas. Se las instruyó a lo largo de cinco sesiones en los procedimientos a seguir en el campo de trabajo y sobre el contenido de la investigación. Cada una recibió una credencial firmada por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, para ser usada en caso necesario.

El cuestionario abarcaba los siguientes aspectos:

Características Generales de la Mujer Entrevistada, Su Familia y Condiciones del Hogar

La mayor parte de estas preguntas era formulada al comienzo de la entrevista pero algunas pocas eran intercaladas a lo largo de la misma, para proporcionar una pausa o descanso después de preguntas que producían tensión. La pregunta acerca del estado marital seguía a las preguntas acerca de los embarazos, y la pregunta referente a la religión fue dejada para el final de la entrevista.

Menstruación.

El propósito principal de esta averiguación era el de presentar el tema de la reproducción desde un punto de vista médico.

Reproducción

Algunas de las preguntas fueron repetidas dos veces en formas diferentes, con la esperanza de hacer difícil (aunque por supuesto, no imposible) el omitir completamente algún embarazo que hubiera terminado en aborto provocado.

Métodos Contraceptivos: Presente y Pasado

Se le preguntaba a la mujer si en esos momentos estaba haciendo algo por impedir los embarazos; y en caso afirmativo, se le preguntaba por el método empleado. Luego, la entrevistadora leía en voz alta una relación de siete métodos contraceptivos acompañados de una breve explicación de cada uno, escrita en términos adecuados al nivel educacional de la mujer, y se le preguntaba si había oído hablar de cada uno de ellos y en caso afirmativo, si alguna vez lo había empleado.

Nivel Socio-Económico

Se dejaba a discreción de la entrevistadora el situar a la mujer entrevistada en uno de los tres grupos ampliamente delineados. Todas las entrevistadoras habían recibido instrucción previa a este respecto para realizar otras investigaciones, y las marcadas diferencias entre los niveles socio-económicos en Lima hizo que la división entre sólo tres categorías resultara relativamente fácil.

Opinión sobre la Limitación Familiar

¿Cree usted que todas las mujeres deberían tener la oportunidad de limitar el número de sus hijos o cree que por el contrario deberían tener todos los que puedan concebir? Esta fue la única pregunta formulada que requirió una opinión por respuesta.

Hoja de Control de la Entrevistadora

En ella se anotó la fecha, hora y resultado de las visitas, la cooperación brindada por la entrevistada, el grado de privacidad obtenido, etc.

Los resultados eran completamente confidenciales. La mujer era identificada sólo por su dirección. Dentro de lo posible, la entrevista

era llevada a cabo en privado con la sola presencia de la mujer entrevistada en la habitación; y a ésta se la aseguraba del propósito puramente científico del estudio y de la naturaleza confidencial y anónima de los resultados.

FUENTES DE ERROR

Como ocurre en todos los estudios llevados a cabo por medio de cuestionarios, la validez de los resultados dependió de la veracidad de la información ofrecida por las entrevistadas. Sin embargo, la naturaleza de la información buscada era tal que es más probable que los errores ocurrieran más bien por defecto que por exceso en las declaraciones, y en este estudio todas las cifras pueden ser consideradas como mínimas.

La sola fuente de error que puede producir exceso o defecto en las declaraciones es el diagnóstico de abortos tempranos que no requirieron atención médica. En estos casos, el que una mujer informara acerca de un aborto dependía de su opinión en cuanto a si había estado embarazada y había abortado o si sólo se trataba de un caso de menstruación retrasada. Por supuesto, no se sabe si los errores en ambas direcciones se equilibran entre si o si eran de igual importancia en todas las clases sociales. Una fuente principal de error residió en la información proporcionada por la mujer entrevistada acerca de los abortos que sabía —o al menos suponía— que habían ocurrido, y esta fuente de error se inclina casi siempre hacia la omisión. Así, es poco probable que una mujer informe acerca de un aborto si no creyera que lo había sufrido, mientras que sería más probable que dejara de informar sobre un aborto (voluntariamente o a causa de un olvido) cuando en realidad sabía o creía que lo había sufrido. Como el número de abortos fue relacionado con el número de nacimientos vivos para calcular la proporción de embarazos terminados en aborto, el hecho de que hay probablemente mayor exactitud en el informe referente a los nacimientos vivos que los abortos tiende a disminuir la tasa de abortos.

También, es muy probable que los informes sobre el uso —tanto actual como pasado— de métodos contraceptivos padezcan por defecto, y las cifras referentes a métodos contraceptivos pueden ser consideradas como mínimas. O sea, que es poco probable que una mujer informe que usó o está usando un método contraceptivo si en realidad no lo ha usado, mientras que es más probable que niegue el haberlo usado nunca cuando en realidad lo ha hecho. No se trató de evaluar

la exactitud de los conocimientos de las mujeres entrevistadas acerca de cada método contraceptivo pero se supo que variaban en gran forma. Con toda probabilidad la exactitud del conocimiento de la entrevistada, especialmente en la clase baja, era menor respecto a un método como el de Ogino o de ritmo y mayor respecto al uso de preservativos.

La pregunta acerca de la limitación de la familia dependió del grado de comprensión de la mujer acerca de la pregunta. En algunos casos, probablemente contestó sin haber entendido en realidad la pregunta; tal como demuestra el hecho de que 15 de las 105 mujeres que estaban en contra de la limitación de la familia empleaban algún método contraceptivo en el momento en que se llevó a cabo la entrevista. No se sabe si este error obvio quedó compensado por un número igual de mujeres que aunque se declararon a favor de la limitación de la familia, en realidad no lo estaban.

RESULTADOS

Características de las Entrevistas

Se entrevistó a un 82% de las mujeres seleccionadas. Esta proporción varió desde un 58% en los dos distritos de más elevado nivel socio-económico de Lima, (19) hasta un 88% en todos los demás distritos. La baja proporción de mujeres entrevistadas en los dos distritos de clase más elevada no se debió al tema a tratar, sino a la dificultad en pasar la barrera que ofrecían las sirvientas en los hogares de posición más desahogada. Sólo en raras ocasiones se presentó el caso de que alguna entrevistada de cualquier clase rehusara contestar debido al tema a tratar; únicamente 5 mujeres rehusaron contestar o interrumpieron la entrevista debido al tema. La duración promedio de la entrevista fue de 30 minutos. En el 91% de los casos, la cooperación prestada por las mujeres entrevistadas fue de categoría "muy buena" o "buena" en una escala de cuatro puntos.

Características Generales de las Mujeres Entrevistadas

De las 500 mujeres entrevistadas, 10,2% estaban en el nivel socio-económico superior, 43,4% en el medio y 46,4% en el inferior. Por desgracia, no se dispone de datos suficientemente detallados del Censo Nacional Peruano de 1961, y por lo tanto es imposible comparar las

características generales de las mujeres entrevistadas con las de la ciudad como un todo. Los datos obtenidos con el Censo de 1940 carecen por completo de actualidad ya que Lima ha triplicado desde entonces su tamaño (20).

Como aparece en el Cuadro 1, la distribución por edad de las mujeres era similar en los grupos socio-económicos medio y bajo; había, empero, un porcentaje relativamente mayor de mujeres de más edad en el nivel socio-económico elevado. Esto puede ser una parcialidad del muestreo, ya que la mayor parte de estas mujeres provenía de los distritos donde fue entrevistada una baja proporción de las mujeres seleccionadas.

La proporción de mujeres que vivían con hombres fue similar en los tres grupos, entre 80 y 86%, aunque la proporción de las que estaban legalmente casadas varió en gran forma.

Todas las mujeres en el grupo socio-económico elevado tenían alguna educación secundaria o técnica, mientras que sólo el 76% de la clase media y el 19% de la clase inferior tenía educación parecida.

En el nivel superior, 22% de las mujeres había nacido fuera de la ciudad, mientras que en el nivel inferior el 71% había nacido fuera de la ciudad. Como se calcula que el 39% de la población de Lima está compuesto por personas que han migrado allí en los últimos 20 años, y como la mayor parte de los nuevos migrantes forma el nivel inferior de la ciudad, (21) estas proporciones parecen razonables.

Los datos acerca de la ocupación de la mujer probablemente sobreestiman la proporción de amas de casa, debido a la mayor posibilidad de hallar amas de casa en sus hogares en una de las tres visitas. Esta parcialidad del muestreo puede ser más marcada en el caso de la clase elevada debido a que la dificultad extrema para hablar con la señora de la casa probablemente significaba una elección en cierta forma menos rigurosa de las mujeres elegibles de acuerdo con el procedimiento de muestreo. Los datos acerca de la ocupación del esposo y las características del hogar son los que eran de esperar partiendo de un conocimiento general de Lima.

Más del 98% de las mujeres informó que su religión era la Católica Romana, y se sabe que esta es la proporción que existe en el país (22).

El porcentaje de menores de 15 años de edad en la población sometida al muestreo, incluyendo las mujeres entrevistadas y todas las demás personas que vivían en el hogar fue de 44. Esta proporción resultó más elevada que la que arrojó el Censo Nacional de 1961 para

Cuadro 1. Características de las Mujeres Entrevistadas, Lima, 1964

Número de Mujeres	Nivel Socio-Económico		
	Elevado	Medio	Inferior
Distribución de Porcentaje por Edad:	51	217	232
20 - 24	11,8	21,6	22,4
25 - 29	17,7	23,9	28,4
30 - 34	29,4	30,4	25,8
35 - 39	41,2	23,9	23,3
por Estado Civil:			
casadas legalmente	86,3	79,3	47,0
concubinato	0,0	3,2	37,5
separadas, viudas divorciadas	5,9	6,4	5,2
solteras	7,8	11,1	10,3
por Nivel Educacional:			
carente de enseñanza	0,0	0,5	11,2
1 a 6 años de enseñanza primaria	0,0	23,5	69,8
1 a 4 años de enseñanza secundaria o técnica	90,2	63,1	18,1
universidad u otro curso después de la secundaria	9,8	12,9	0,8
por Lugar de Nacimiento: *			
nacidas en Lima o en el Callao	78,0	54,9	29,3
nacidas fuera de Lima o de el Callao ...	22,0	45,1	70,7
por Ocupación:			
ama de casa	86,3	71,4	71,6
otra	13,7	28,6	28,4
por Ocupación del Esposo:			
profesional	64,7	35,9	3,9
oficinista - empleado de tienda	19,6	30,4	8,2
trabajador adiestrado o no - obrero	2,0	16,2	72,4
la mujer no tiene esposo actualmente ...	13,7	17,5	15,5
por Características del Hogar:			
número promedio de cuartos por hogar - unidad	6,9	4,9	2,6
número promedio de personas por cuarto	0,9	1,2	2,4

* Excluye a 8 mujeres para las cuales no se estableció este detalle.

la zona Metropolitana de Lima, que fue de 37%; (23) esto era de esperarse, ya que el método de muestreo empleado para realizar este estudio excluyó los hogares donde sólo vivían personas de más edad. Hasta que se disponga de mayor cantidad de datos procedentes de censos, se da por sentado provisionalmente que la muestra objeto de este estudio no presenta mayor parcialidad en los resultados.

Al principio se planeó obtener de otros miembros de la familia o vecinos esta información general respecto a las mujeres que se consideraron fuera del muestreo. Sin embargo, la falta de cooperación mostrada por los vecinos hizo que la labor en sí perdiera valor ante la cantidad de trabajo que suponía y la escasez de los datos obtenidos, y se dejó de emplear el plan. Por lo tanto, no se dispone de información acerca de las mujeres que quedaron fuera del muestreo.

Características de la Menstruación

En los tres niveles socio-económicos, la edad media en el momento de la menarquía fue de 13 a 14 años, el intervalo promedio entre menstruaciones de 28 a 29 días, y la duración promedio de la menstruación de 4 a 5 días. De un 12 a un 14% de mujeres en los tres niveles experimentó síntomas menstruales lo suficientemente graves como para interrumpir sus actividades habituales, aun tomando medicina. No se formularon preguntas específicas acerca de las variaciones del ciclo menstrual.

Tasas de Abortos

Las 500 mujeres entrevistadas informaron la ocurrencia total de 1686 embarazos resultantes en 1423 nacidos vivos (incluyendo 10 parejas de mellizos), 24 mortinatos y 249 abortos. El aborto fue definido como un embarazo perdido al cabo de cualquier período de tiempo hasta incluyendo los cinco meses y medio de gestación. La proporción de mujeres con casos previos de abortos fue de 45,1, 33,2 y 34,5% para los grupos socio-económicos elevado, medio e inferior respectivamente. El número promedio de abortos que cada mujer con casos previos de aborto reportó fue 1, 5, 1, 6 y 1, 3 para los tres niveles respectivamente.

La proporción de embarazos que terminaron en abortos fue de 20, 18 y 12% respectivamente en los niveles superior, medio e inferior. (Cuadro 2). La proporción de embarazos que terminaron en abortos admitidos como provocados fue más elevada en el nivel medio: 3,4%.

Sin embargo, se sospechó de un número mayor de abortos como provocados en el nivel superior: un 5,4% de todos los embarazos. La base para sospechar un aborto provocado, aun cuando la mujer lo declarara como espontáneo, fueron los siguientes puntos:

1. Una nota que la entrevistadora ponía en el cuestionario, donde establecía sus dudas acerca de la veracidad de la respuesta de la mujer y las razones para las mismas.

2. La mujer entrevistada admitía haber considerado la posibilidad de provocar un aborto cuando averiguó que estaba embarazada o, ad-

Cuadro 2. Tasa de Abortos según Nivel Socio-Económico

(Totales para Estudio y Años 1959-63 solamente) Lima, 1964

	Nivel Socio-Económico		
	Elevado	Medio	Inferior
Total para estudio:			
Número de embarazos *	166	623	873
Porcentaje (total) de abortos	19,9	18,0	11,9
admitidos como provocados	1,8	3,4	1,5
con sospecha de ser provocados	5,4	2,9	2,3
"espontáneos"	12,7	11,7	8,1
Años 1959 - 63 **			
Número de Embarazos	68	273	326
Porcentaje de Abortos	19,1	19,8	15,0

* En este Cuadro y en los del 3 al 5, el número de embarazos excluye los mortinatos cuyo total era 24 o 1,4% de todos los embarazos.

** Excluye dos nacimientos vivos y 29 abortos porque no se especificó la fecha en que ocurrieron.

mitía haber tratado de provocar un aborto unas pocas semanas antes de que realmente ocurriera éste.

3. Cuando ocurría un aborto más de dos años antes de la entrevista a una mujer cuya fecundidad ya había sido probada por el hecho de que al menos había tenido un niño vivo; sin embargo, no había habido nuevos embarazos después del aborto y, en realidad, la pareja estaba usando ahora métodos contraceptivos.

4. Respuestas tales como: "no quiero hablar sobre eso" o la admisión de haber tomado quinina por vía oral con "buenos resultados", aunque luego la entrevistada se negara a dar más detalles, etc.

Estas tasas son para el "estudio total" o sea, incluyen todos los abortos reportados por las mujeres entrevistadas y tienen el defecto de que el intervalo entre el hecho y el informe del mismo varió; en algunos casos fue muy largo, teóricamente hasta de 25 años. Si se calculan las tasas de los cinco años precedentes a la entrevista —entre 1959 y 1963—, entonces las tasas son de 19, 20 y 15% de los embarazos para los grupos elevado, medio e inferior respectivamente. Estas tasas son muy similares a las del estudio total en los niveles socio-económicos más elevado y medio, pero hay un aumento regular para el grupo más bajo, demostrando que el factor memoria es tal vez el más importante para ese grupo de mujeres. Las diferencias entre los grupos sociales en las tasas de 1959-1963 no son significativas según la prueba chi al cuadrado al nivel del 5% de seguridad.

Estas tasas de abortos son definitivamente menores que las que se encuentran en Santiago, Chile, donde un muestreo al azar de mujeres entre los 20 y los 44 años de edad arrojó un 31% de embarazos terminados en aborto, siendo como la mitad de los mismos abortos admitidos como provocados (24). Sin embargo, aun las tasas para Lima son elevadas para abortos espontáneos. No se dispone de datos sobre la tasa de abortos espontáneos en Lima, pero se puede obtener alguna base para la evaluación de las tasas de lo que se sabe desde el punto de vista clínico sobre los abortos espontáneos. En los Estados Unidos, varios grandes estudios realizados concuerdan en que la incidencia total de abortos espontáneos es del 8 al 10% de todos los embarazos (25). Las tasas no varían con la raza o la clase social (26). Si aumentan ligeramente con la edad, variando como un 4% en mujeres entre los 16 a los 19 años de edad, hasta un 13% en mujeres entre los 35 y los 39 años de edad (27). Hay desacuerdo en cuanto a si la tasa varía con la paridez, dice Eastman que no, (28) mientras que las series de Javert muestran un aumento desde un 6% para el primer embarazo hasta un 15% para el quinto y posteriores embarazos, cuando se llega a un tope (29). Parte de este efecto es debido probablemente a la edad de las mujeres, ya que las cifras de Javert no están clasificadas en forma comparativa por edad. En general, la constancia de la tasa de abortos es atribuida a la poca importancia relativa de los factores maternos en la causa del aborto y a la importancia mucho mayor de los factores fetales (30). Si estos datos clínicos son ciertos para los Estados Unidos, probablemente también lo son para la costa del Perú, y la tasa de un 8 a un 10% puede ser usada como tasa básica tentativa para las mujeres de Lima.

El Cuadro 3 muestra la variación en la tasa de abortos con respecto a la edad de la mujer. Las cifras para 1959-1963 muestran estar en bastante acuerdo con las cifras para el estudio total, excepto en el nivel socio-económico elevado para mujeres de menos de 20 y de 35 a 39 años de edad, donde el número de embarazos era muy bajo (31). Para las mujeres de menos de 20 años de edad en los niveles socio-económicos medio e inferior, las tasas son sólo ligeramente más elevadas que la tasa de 3,8 hallada por Javert. En los tres niveles socio-económicos, las tasas para las mujeres de 20 a 29 años son cerca del doble de las halladas por Javert mientras que para las mujeres de 30 a 39 años, es casi el triple de aquellas determinadas por él. El aumento debido a la edad en cada grupo social es muy considerable. Hasta la edad de 35 años, las mujeres de clase inferior tienen generalmente una tasa de abortos más baja, aun cuando en cada escala de edad tienen una paridez superior a la de las mujeres en la clase media y elevada (Vea los capítulos "Iniciación de la Vida Sexual" y "Espaciamiento de los Embarazos").

La investigación muestra la variación debida a la edad en la incidencia anual de embarazos y abortos por cada 100 mujeres (32). La incidencia más elevada de embarazos es entre mujeres de 25 a 29 años. Como la tasa de abortos espontáneos aumenta sólo en forma muy ligera con la edad, su incidencia deberá ser también más elevada en este grupo de edad. Sin embargo, en las mujeres estudiadas la incidencia de todos los abortos no decayó con una disminución en la incidencia de embarazos, sino que se mantuvo más o menos constante después de los 25 años de edad. Esto, por supuesto, es un reflejo del porcentaje mucho mayor de embarazos que terminan en abortos en los grupos de mayor edad.

El Cuadro 4 muestra la variación en la tasa de abortos con el orden del embarazo. La tasa no varió notablemente durante los primeros tres embarazos, después es que demuestra una notable elevación, especialmente en los niveles socio-económicos elevado y medio. Las tasas para el tercero, cuarto y quinto embarazo fueron de 6, 30 y 38% respectivamente para el nivel superior, de 17, 23 y 34% para el nivel medio y de 12, 13 y 17% para el nivel inferior respectivamente. En la clase media había relativamente más abortos provocados admitidos como tales, y relativamente más a sospechar en la clase alta. La proporción de abortos provocados admitidos como tales y bajo sospecha, durante la quinta y posterior gestaciones fue de 64, 54 y 45% en los grupos socio-económicos elevado, medio e inferior respectivamente.

Cuadro 3. Tasa de Abortos por Edad de la Mujer en el momento de ocurrir y Nivel Socio-Económico

(Total para Estudio y Años 1959-1963 solamente) Lima, 1964

Nº de embarazos	Nivel Socio-Económico	Intervalo de Tiempo	Menores de 20	Edad al Ocurrir *				
				20-24	25-29	30-34	35-39	
Nº de embarazos	Elevado	Total para estudio 1959 - 1963	8	51	61	32	8	
			3	11	26	22	6	
	Medio	Total para estudio 1959 - 1963	68	217	211	85	24	
			18	61	114	57	22	
	Inferior	Total para estudio 1959 - 1963	175	324	259	90	18	
			22	98	128	62	16	
	Elevado	Total para estudio 1959 - 1963	25,0	15,7	13,1	21,9	25,0	
Porcentaje (total) de abortos			0,0	18,2	19,2	22,7	16,7	
	Medio	Total para estudio 1959 - 1963	7,4	12,9	15,6	18,8	54,2	
			5,6	14,8	16,7	22,8	54,5	
	Inferior	Total para estudio 1959 - 1963	5,7	8,0	15,4	18,9	27,8	
			4,5	12,2	14,1	22,6	25,0	
Porcentaje de abortos espontáneos, Series Javert E.E.U.U.			3,8	6,4	6,4	8,6	12,6	

* Excluye 2 nacimientos vivos y 29 abortos para los cuales no se especificó la edad de la mujer en el momento de ocurrir.

Cuadro 4. Tasa de Abortos por Orden del Embarazo y Nivel Socio-Económico, Total para Estudio, Lima, 1964

	Nivel Socio-Económico	Orden de Embarazos			Quinto y Siguientes
		Primero	Segundo	Tercero	
Nº de Embarazos	Superior	44	38	32	23
	Medio	180	149	108	77
	Inferior	206	181	146	111
Porcentaje (total) de Abortos	Superior	18,2	13,1	6,3	30,4
	Medio	7,8	16,8	16,7	23,4
	Inferior	7,8	10,0	12,3	12,6
					16,6
Admitidos y Sospechosos como Provocados	Superior	0,0	0,0	3,1	13,0
	Medio	1,2	4,0	5,6	6,5
	Inferior	1,5	2,2	4,1	3,6
Porcentaje de Abortos espontáneos, Series Javert (E.E.U.U.)		5,7	7,0	9,6	12,4
					18,1

Respecto a cada embarazo, se le preguntó a la mujer si estaba empleando algún método contraceptivo cuando éste ocurrió y si pensó provocar un aborto al enterarse de que estaba embarazada. Si se define como embarazo "indeseado" aquel en que la mujer contestó afirmativamente una o ambas de estas preguntas, entonces un 42% de todos los embarazos en mujeres con cinco o más niños vivos eran "indeseados"; y en este grupo de mujeres, 61% de todos los abortos fueron dados como admitidos o con sospecha de haber sido provocados. En el Cuadro 5 aparece el detalle, allí se comprueba que los embarazos "indeseados" se elevaron de 8 a 17, a 25, a 42% de todos los embarazos

Cuadro 5. Tasa de Abortos y Embarazos "indeseados" por Número de Niños Vivos, Total para Estudio, Lima, 1964

	Número de Niños Vivos*			
	Ninguno	1-2	3-4	5 o más
Número de Embarazos	513	715	314	108
Porcentaje (total) ** "indeseado"	8,2	16,8	25,0	42,3
métodos contraceptivos usados (sólo)	5,4	12,9	12,8	21,6
abortos provocados considerados				
(sólo)	2,0	1,0	2,8	9,3
ambos casos anteriores	0,8	2,8	9,4	11,3
Porcentaje (total) de abortos	10,1	14,3	19,4	21,3
admitidos y sospechosos como pro-				
vocados	1,8	3,8	7,7	13,0

* Excluye 12 embarazos por no relacionar número de niños vivos.

** Excluye 88 embarazos para los cuales no había información. Estos se distribuían así: 16, 35, 26 y 11 cuando no habían niños, 1-2 3-4 y 5 o más niños vivos.

zos cuando respectivamente no había ninguno, 1 o 2, 3 o 4, 5 o más niños vivos. En forma similar, los abortos admitidos como provocados o con sospechas de haberlo sido se elevaron de 2 a 4, a 8 y a 13% de todos los embarazos cuando respectivamente había ninguno, 1 o 2, 3 o 4, y 5 o más niños vivos.

Partiendo de estos datos se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los abortos provocados son un medio de control de la fecundidad en todos los grupos socio-económicos; son más frecuentes en los niveles socio-económicos elevado y medio, donde uno de cada dos abor-

tos puede ser provocado, y menos frecuentes en los niveles socio-económicos inferiores, donde probablemente uno de cada tres abortos puede ser provocado.

2. Los abortos provocados son más frecuentes en mujeres mayores de 30 años.

3. Son más frecuentes después del cuarto o quinto embarazo.

Los datos sobre la duración de la gestación en el momento del aborto, la proporción de abortos acompañados por fiebre, y la proporción de abortos que requirieron hospitalización, todos éstos son detalles que corroboran la evidencia de estas conclusiones. De todos los abortos provocados admitidos como tales o sospechosos de serlo, 92% ocurrieron dentro de los tres primeros meses de embarazo; mientras que sólo un 83% de los abortos "espontáneos" ocurrió durante ese período. Es probable que si una mujer va a tener un aborto provocado, lo tenga dentro de los tres primeros meses de gestación. Se informó sobre la presencia de alta temperatura en 21% de los abortos provocados admitidos como tales o sospechosos de serlo, y en 17% de los abortos "espontáneos". Aunque a menudo una ligera elevación de la temperatura acompaña a los abortos espontáneos, es probable que la mujer no recordara o no se diera cuenta de este ligero trastorno, y que en los casos en que fuera reportada la fiebre fuera por ser un síntoma obvio. Si éste es el caso, ambos porcentajes son muy elevados. Según Danforth, siempre que se encuentre presente un grado significativo de infección en un aborto, se puede sospechar con toda la razón la posibilidad de intervención criminal en el caso (33). Un 27% de todos los casos de abortos provocados admitidos como tales o sospechosos de serlo requirieron hospitalización, entre los abortos "espontáneos", un 37% requirió hospitalización. En la ciudad de Lima, se calcula que un 66% de todos los nacimientos ocurre en hospitales (34). La proporción de mujeres hospitalizadas debido a abortos es probablemente mucho menor, y puede ser que sean hospitalizadas muchas más mujeres con abortos espontáneos que provocados, a causa del temor a las implicaciones delictivas.

La tasa de abortos no mostró tendencias constantes cuando se comparó con el tiempo que llevaba la mujer en Lima. Como cada grupo incluía mujeres de edad ampliamente diferente, la gran variación que mostraba la tasa de abortos con la edad puede haber borrado cualquier variación menor en la tasa con la duración de la estancia en Lima. Los números no fueron suficientes para hacer el análisis manteniendo constante la edad de la mujer.

Métodos Contraceptivos

En el momento en que se realizó la entrevista, el porcentaje de mujeres, expuestas al riesgo del embarazo, que empleaban algún método contraceptivo fue de 68, 55 y 38% para los niveles socio-económicos elevado, medio e inferior respectivamente (Cuadro 6). Estas diferencias son significativas según la prueba chi al cuadrado al nivel del 5% de seguridad. El preservativo fue uno de los dos métodos contraceptivos más populares en cada uno de los tres niveles socio-económicos. En el nivel superior, era usado por la misma proporción de parejas que usaba el método de ritmo o de Ogino; en el nivel medio era el método utilizado con más frecuencia, seguido por el método de ritmo. En el nivel inferior ocupaba el segundo lugar después de la ducha vaginal,

Cuadro Nº 6. Uso Actual de Métodos Contraceptivos y Tipo de Método Empleado según Nivel Socio-Económico

	Nivel Socio-Económico		
	Elevado	Medio	Inferior
Uso de Método Contraceptivo			
Nº de mujeres expuestas al riesgo de embarazo *	41	159	175
Nº de mujeres que emplea métodos contraceptivos	28	86	67
No declararon si los usaban	—	3	—
Porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo y que emplean un método	68,3	55,1	38,3
Tipo de Método Empleado			
Ritmo	28,6	22,1	14,9
Duchas o Lavados Vaginales	0,0	15,1	23,9
Coito Interrumpido	3,6	4,7	20,9
Preservativo	28,6	32,6	22,4
Ovulos o Supositorios Vaginales	0,0	2,3	1,5
Diafragma	10,7	2,3	0,0
Pildoras Orales	10,7	11,6	6,0
Otros	17,9	9,3	10,4

* Las mujeres no consideradas como expuestas al riesgo de embarazo eran aquellas: 1. sin experiencia sexual, 2. embarazadas en el momento de la entrevista, 3. esterilizadas quirúrgicamente.

siendo el coito interrumpido tan corrientemente usado como estos otros dos métodos. De las mujeres que informaron ser católicas y que empleaban métodos contraceptivos, un 78% estaba empleando un método desaprobado por su iglesia —o sea, un método que no era el de ritmo o algún otro grado de abstinencia sexual.

La encuesta mostró el porcentaje de mujeres que había oído hablar acerca de los cuatro métodos contraceptivos más conocidos. La proporción de mujeres que había oído hablar sobre los métodos de ritmo, preservativo y coito interrumpido fue más elevada en el nivel superior y decreció en el nivel socio-económico inferior. Unas dos terceras partes de las mujeres de los tres niveles socio-económicos había oído hablar acerca de las duchas o lavados vaginales. En la parte inferior de la gráfica aparece la proporción de mujeres que —habiendo oído hablar de cada método— en realidad hacían uso de uno de los métodos. En cuanto a los métodos de ritmo y preservativo, si las mujeres de la clase superior y media habían oído hablar sobre ellos, los habían empleado con más probabilidad que las mujeres de clase inferior. Sin embargo, si las mujeres de clase inferior habían oído hablar sobre el coito interrumpido y las duchas o lavados vaginales, era más probable que los usaran más que las de clase superior. Según parece el coito interrumpido y la ducha vaginal son métodos aceptables para las mujeres de clase inferior.

Una alta proporción de mujeres en todos los niveles socio-económicos había oído hablar al menos de uno o dos métodos contraceptivos comunes. En los niveles socio-económicos superior y medio, más del 86% de las mujeres conocía un método contraceptivo "seguro"; o sea, el preservativo, los óvulos o supositorios vaginales, el diafragma o los métodos contraceptivos orales. Esta proporción fue de 62% para las mujeres de la clase inferior. Esta diferencia entre las clases sociales es significativa según la prueba chi al cuadrado al nivel del 5% de seguridad. Entre las mujeres de la clase inferior, un 13% sólo sabía de un método "no seguro" o sea, el ritmo, las duchas o lavados vaginales, el coito interrumpido o algún remedio casero, y un 25% no conocía método contraceptivo alguno (35). Aun si una mujer de este nivel sabía de algún método "seguro", era más improbable que lo hubiera empleado que si hubiera sido una mujer en el nivel superior o medio; sólo 35% de las mujeres de la clase inferior que sabían de un método "seguro" habían usado uno alguna vez, mientras que esta proporción fue de 45 y 57% respectivamente en los grupos socio-económicos medio y superior.

Se puede llegar a la conclusión de que el ritmo, el preservativo, la ducha vaginal y el coito interrumpido son los cuatro métodos contraceptivos más conocidos y usados en Lima. El método de ritmo y el preservativo son relativamente más aceptables para los grupos socio-económicos superior y medio, mientras que la ducha vaginal y el coito interrumpido son relativamente más aceptables para los grupos socio-económicos inferiores. Una alta proporción de mujeres conocía por lo menos un método contraceptivo pero los grupos socio-económicos más elevados hacían mejor uso de su conocimiento de métodos seguros que los otros grupos.

Iniciación de la Vida Sexual y Reproductiva

Se encontró que las mujeres en el nivel socio-económico inferior habían iniciado su vida sexual mucho antes que las mujeres en los niveles superiores. La proporción de mujeres que informó haber tenido su primera experiencia sexual antes de los 20 años de edad fue de 28, 33 y 60% respectivamente en los niveles socio-económicos elevado, medio e inferior. No se formuló pregunta específica alguna acerca de la edad en el momento del matrimonio. La vida reproductiva también comenzó más temprano para las mujeres de la clase inferior; la proporción de mujeres que había tenido un niño antes de llegar a los 20 años de edad fue de 16, 23 y 47% en los grupos socio-económicos elevado, medio e inferior respectivamente. Estas diferencias entre los grupos sociales son todas significativas según la prueba chi al cuadrado al nivel del 5% de seguridad.

Espaciamiento de los Embarazos

Se calculó el término de cada intervalo de tiempo entre embarazos. Los tres niveles socio-económicos arrojaron resultados similares: el intervalo promedio fue de 24,0, 25,3, y 24,0 meses para los niveles superior, medio e inferior respectivamente; y el número medio del intervalo fue de 17,6, 18,8 y 18,6 meses para los tres niveles. La encuesta demostró que las curvas de la frecuencia relativa de cada término de intervalo fueron similares para las tres clases sociales. Estos intervalos son muy similares a los que se podrían esperar de una población que amamanta a sus niños pero no practica métodos contraceptivos. En una aldea del Punjab en la India, donde no se emplean métodos contraceptivos para espaciar los embarazos pero donde es habitual el amamantar a los ni-

**Cuadro A. Partos y Muertes Fetales, Incluyendo Abortos, en seis
hospitales de la zona metropolitana de Lima, 1961-1963**

Nivel Socio - Económico Atendido	Hospital	Número de Partos			Relación de Muertes Fetales (incluyendo abortos) a Partos	
		1961	1962	1963		
Inferior	Maternidad de Lima	25791	25877	27092	7,7	4,0
	Seguro Obrero	1846	2202	2984	4,4	3,4
Medio	Seguro del Empleado	6268	7567	8561	1,7	2,1
	Policía	754	969	1100	23,3	22,0
Elevado	Clínica Delgado	724	623	633	4,4	18,9
	Clínica Angloa- mericana	347	410	373	19,0	16,1
						27,9

ños, Wyon encontró un intervalo promedio entre embarazos de 19,4 meses cuando el primer embarazo resultó en un mortinato, y de 29,7 meses entre cada nacimiento vivo (36). En el estudio realizado en Indianápolis, Estados Unidos, el intervalo medio entre el puerperio y la siguiente concepción en parejas que no practicaban métodos contraceptivos fue de 10 meses. (37) Probablemente, una buena proporción de las mujeres en Lima en todos los grupos socio-económicos amamantó a sus hijos, y estos cortos intervalos entre los embarazos sugieren que los métodos contraceptivos no son utilizados para espaciar los embarazos. La cultura y los valores en la América Latina hacen poco probable el que los métodos contraceptivos sean muy empleados antes de que ocurra la primera concepción. Parece ser que en Lima los métodos contraceptivos y el aborto provocado son principalmente medios empleados para limitar la familia una vez que ésta ha alcanzado el tamaño deseado, y no medios para espaciar los nacimientos.

Opinión sobre la Limitación de la Familia

En cada una de las clases sociales, la mayor parte de las mujeres contestó a favor de la limitación de la familia. La proporción de mujeres a favor de la limitación fue de 71, 90 y 67% respectivamente en los niveles socio-económicos superior, medio e inferior. En el nivel socio-económico superior, 12% de las mujeres declaró que no tenía opinión alguna que expresar sobre el tema, mientras que este porcentaje fue menor de 1% en los otros dos grupos. Es interesante señalar que las mujeres de clase media se expresaron con mayor decisión a favor de la limitación de la familia, sólo el 9% de ellas se pronunció en contra de la limitación de la familia; en contraste con el 18% de las mujeres en la clase elevada y el 33% en la clase inferior. No hay duda de que hubo grandes variaciones en el grado en el cual las mujeres consideraron importante esta pregunta; pero las muchas solicitudes de información acerca de los métodos contraceptivos —provenientes principalmente de las mujeres de clase media e inferior— demuestran que muchas de ellas quedarían muy agradecidas si recibieran tal información.

Implicaciones

Las implicaciones de este estudio en el futuro desarrollo social, económico y político del Perú son significativas. La importancia capital de este tema en las vidas de todas las mujeres causó viva impresión. Prácticamente todas, sin excepción, mostraron interés, preocupación y

deseos de hablar acerca de sus embarazos. La mayor parte de ellas se expresó franca y abiertamente acerca de los métodos contraceptivos, y la mayor resistencia que se experimentó al tratar sobre los abortos fue debida probablemente a la posibilidad de repercusiones más graves debidas a la práctica del aborto que de los sistemas contraceptivos. Las muchas entrevistas negadas entre las mujeres del grupo socio-económico elevado no se debieron al tema a tratar sino a la inaccesibilidad general de esas mujeres ante cualquier tipo de entrevistas realizadas por medio de visitas al hogar. A veces se ha dicho que para las mujeres de clase inferior un niño más es como tener "una silla más en la casa". Este estudio no demostró la veracidad de esa afirmación. Los

Cuadro B. Número de Mujeres Observadas Retrospectivamente por la Entrevista

(Base para el cálculo de la incidencia de embarazos y abortos por edad en el momento de la ocurrencia), Lima, 1964

Nivel Socio-Económico	Edad en el momento de la ocurrencia				
	Menos de 20	20-24	25-29	30-34	35-39
Elevado	51	48	41	29	11
Medio	217	194	144	85	26
Inferior	232	206	147	84	27

niños, su número y su futuro, representaban una zona vital en la vida de las mujeres; y la maternidad voluntaria, el tener niños cuando la madre así lo deseara, pareció ser un ideal ampliamente ansiado.

La proporción de mujeres que se pronunció a favor de la limitación de la familia, las muchas solicitudes de información acerca de los métodos contraceptivos, y la proporción de mujeres que había usado algún método contraceptivo son todos datos que bien pueden influenciar la futura política oficial. Muestran, al menos en Lima, que una considerable parte de la población siente la necesidad de limitar la familia, necesidad que puede ser satisfecha a un costo relativamente bajo, sin necesidad de realizar una extensa campaña educacional. El nivel de motivación que determina el deseo del uso de métodos contraceptivos

probablemente varía mucho pero un método fácil, sencillo y no reiterador recibiría posiblemente una amplia aceptación por parte de este grupo de mujeres.

El alto nivel de abortos provocados, especialmente en los grupos socio-económicos elevado y medio, muestra que al menos en estos grupos se hace sentir fuertemente la necesidad de la limitación de la familia; y que esta necesidad no deja de ser satisfecha aun a riesgo de altos costos sociales, legales y de la propia vida. Si los valores y motivaciones de los niveles socio-económicos inferiores son modelados sobre los de los niveles socio-económicos superiores, los resultados sugieren que es muy probable que la tasa de abortos provocados se eleve en los próximos años. Son obvias las implicaciones que supone esto en relación con los programas de salud.

Los países de la América Latina confrontan una crisis debido a la rápida expansión de la población. La solución de esta crisis es uno de los principales problemas que confrontan estos países hoy en día. Las posibilidades de obtener una solución racional que produzca buenos resultados dependen de la exactitud del conocimiento de las actitudes y acciones de las personas respecto a su propia población: sus familias. Las personas son el recurso principal de los países, y la única razón de todos los esfuerzos para el desarrollo socio-económico. La seriedad de los esfuerzos que realice un gobierno a favor del desarrollo puede ser medida en términos de la importancia con que son consideradas las tendencias de la población y las implicaciones que éstas pueden tener sobre el nivel de vida de las personas.

SUMARIO

Fue llevado a cabo un estudio de casos de embarazos y métodos contraceptivos empleados por medio de un muestreo al azar de 500 mujeres en Lima, Perú. Durante los cinco años que precedieron a la entrevista, la proporción de embarazos que terminaron en abortos fue de 19, 20 y 15% en los niveles socio-económicos superior, medio e inferior respectivamente. Aunque el porcentaje de abortos admitidos como provocados era bajo, la tasa de abortos fue considerada relativamente elevada, y se creyó que incluía probablemente muchos abortos provocados pero cuya provocación no fue admitida. Las sospechas fueron sustanciadas cuando las tasas de abortos fueron tabuladas por edad de la mujer y orden del embarazo. Se puede llegar a la conclusión de que

los abortos provocados son un método de controlar la fecundidad en Lima, especialmente en los niveles socio-económicos elevados y medio, y que las mujeres mayores de 30 años, que ya tienen 3 ó 4 niños, son las que principalmente recurren a los abortos provocados.

Se encontró que los métodos contraceptivos eran ampliamente practicados, especialmente por los grupos socio-económicos superior y medio. La proporción de mujeres expuestas al riesgo del embarazo que estaban usando algún método contraceptivo en el momento en que se realizó la entrevista fue de 68, 55 y 38% en los grupos socioeconómicos elevado, medio e inferior respectivamente. El preservativo fue uno de los dos métodos contraceptivos más populares en las tres clases sociales. En los niveles socio-económicos superior y medio, el método de ritmo también era popular, mientras que las duchas vaginales y el coito interrumpido eran populares también en el nivel inferior. En todos los grupos sociales, la mayor parte de las mujeres estaba a favor de la limitación de la familia.

REFERENCIAS

1. Armijo, Rolando, y Monreal, Tegualda, Epidemiología del Aborto Provocado en Santiago, Chile, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Documentos de Trabajo Nos. 32 y 50 presentados ante la Cuarta Conferencia de la Inter-American Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico, 19-27 de abril de 1964, Cuadro 17.
2. Rozada, I. La Situación del Aborto Voluntario en el Uruguay, Posibles Soluciones. Trabajo Nº 9 presentado ante la Cuarta Conferencia de la Inter-American Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico, 19-27 de abril de 1964, pág. 1.
3. Gómez, F. N., y García, V. C. Investigación sobre el Aborto Ilegal y la Planificación Familiar en el Centro de Sexología de la Ciudad, Hospital Rawson, Buenos Aires, Argentina; trabajo Nº 12 presentado ante la Cuarta Conferencia de la Inter-American Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico, 19-27 de abril de 1964, pág. 2.
4. Merchan, L. D., Primeros Resultados del Control de Nacimientos en la Maternidad Concepción Palacios, Caracas, Venezuela; Trabajo Nº 14 presentado ante la Cuarta Conferencia de la Inter-American Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental, San Juan, Puerto Rico, 19-27 de 1964, pág. 1.
5. Rice-Wray, Edris, El Aborto Provocado: Problema principal de Salud Pública, Asociación Mexicana Pro-Bienestar de la Familia, México 7, D. F.; trabajo presentado ante una sesión especial de la Sección de Salud Materna y del Niño de la Sociedad Norteamericana

- de Salud Pública, en la 90ma Reunión Anual, Miami, Florida, 17 de octubre de 1962, pág. 7.
6. Velásquez-Palau, Gabriel. Necesidad de Investigación Acerca de la Morbilidad y la Salud, Componentes del Cambio de Población en la América Latina, Publicación Trimestral de la Fundación Milbank Memorial, Volumen 43, Nº 4, Parte 2, octubre de 1965, págs. 354-370.
 7. Anuario Demográfico de 1960, Nueva York, Naciones Unidas, 1960, pág. 136.
 8. República del Perú, Instituto Nacional de Planificación, Dirección Nacional de Estadística y Censos, Sexto Censo Nacional de Población, Resultados de Primera Prioridad, Lima, Perú, 2 de julio de 1961, pág. 1.
 9. Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas, 1957-1960, Washington, D. C., Organización Mundial de la Salud, Pan American Sanitary Bureau, Scientific Publication Nº 64, julio de 1962, pág. 3.
 10. República del Perú, Instituto Nacional de Planificación, Dirección Nacional de Estadística y Censos, Proyecciones de la Población Total por Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1960-1980; documento de trabajo, Lima, Perú, agosto de 1964, Cuadro 3, pág. 14.
 11. Igual, Cuadro 1, pág. 11.
 12. Decreto Nº 244/64 - DGS, 4 de diciembre de 1964; publicado en el periódico oficial peruano "El Peruano", Lima, Perú, 5 de diciembre de 1964.
 13. Stycos, J. Mayone, Social Class and Differences in Fertility in Perú, presentado ante la Conferencia Internacional de Población, Nueva York, 1962.
 14. Caretas, Quinquenario Peruano de Actualidades Gráficas, Lima, Perú, Nº 260, febrero de 1963, págs. 1-14.
 15. Carrasco, Angeles M., Contribución Estadística al Estudio de la Natalidad y Abortos en las Maternidades de Lima y Bellavista. Consideraciones Demográficas y Legales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Tesis de Bachiller, Lima, Perú, 1950.
 16. República del Perú, Escuela de Salud Pública, Proyecto de Estudio sobre Dinámica de Población, Lima, Perú, agosto de 1964, pág. 4; vea también el Apéndice de este trabajo.
 17. República del Perú, Sexto Censo Nacional de Población, Resultados de Primera Prioridad, obra citada, págs. 40, 98.
 18. República del Perú, Instituto Nacional de Planificación, Dirección Nacional de Estadística y Censos, Sexto Censo Nacional de Población, Población de la Gran Lima, Según Grupos de Edad y Sexo, por Distritos (datos sin publicar).
 19. Miraflores y San Isidro.
 20. República del Perú, Instituto Nacional de Planificación-Dirección Técnica, Análisis de la Realidad Económica y Social del Perú, Volumen V, Tercera Parte, Análisis de los Sectores Sociales, Primer Borrador de Trabajo, Capítulo 1, Lima, Perú, julio de 1963.

21. Igual, Capítulo IV.
22. Ford, Thomas R., *Man and Land in Peru*, Gainesvillen, Fla., Imprenta de la Universidad de la Florida, 1955, pág. 18.
23. República del Perú, Sexto Censo Nacional de Población, Población de la Gran Lima, obra citada.
24. Armijo y Monreal, obra citada, Cuadro 17.
25. Javert, C. T., *Spontaneous and Habitual Abortion*, Nueva York, McGraw Hill Book Co., Inc., Blakiston Division, 1957, pág. 204.
26. Eastman, N. J., y Hellman, L. M., *William's Obstetrics*, ed. 12, Nueva York, Appleton-Century-Croft, Inc., 1961, pág. 526.
27. Javert, C. T., obra citada, pág. 209.
28. Eastman, N. J., y Hellman, L. M., obra citada, pág. 526.
29. Javert, C. T., obra citada, pág. 210.
30. Eastman, N. J., y Hellman, L. M., obra citada, pág. 527.
31. Para estas mujeres, la tasa de abortos que aparece en la Figura 1 es un promedio entre la tasa para el estudio total y la tasa para 1959-1963.
32. Ver el Apéndice para el número de Mujeres en las cuales se basó esta incidencia.
33. Danforth, B. N., *Spontaneous Abortion*, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2, 87, marzo de 1959.
34. República del Perú, Proyecto de Estudio sobre Dinámica de Población obra citada, pág. 3.
35. La división de los métodos contraceptivos estudiados en "seguros" y "no seguros" fue hecha en forma un tanto arbitraria para simplificar el análisis.
36. Kiser, Clyde V. (editor), *Research in Family Planning*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 1962, pág. 27.
37. Kiser, Clyde V., obra citada, pág. 153.

Reconocimientos

La autora desea expresar su gratitud al Sr. Carlos Uriarte, Director de la Oficina de Investigaciones de Mercado Carlos Uriarte, en Lima, por la ayuda que le brindó en la selección de la muestra; y a la Srta. Gloria Abate, Directora de la Escuela Nacional de Servicio Social de Lima, por la ayuda prestada en la selección de las entrevistadoras.