

FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCION EN COSTA RICA 1981

**Resultados de la Segunda Encuesta
de Prevalencia Anticonceptiva**

LUIS ROSERO B.

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE

Director Ejecutivo:
Victor H. Morgan
Apartado 10 203
San José, Costa Rica
Tf. 22-56-29
Telex: 2604

WESTINGHOUSE HEALTH SYSTEMS

Director, Applied Research
and Evaluation -CPS II:
Lawrence Smith, Jr. Ph. D.
Box 866
Americus City Building # 400
Columbia Maryland 21044
Tf. (301) 992 0066
Telex: 87 775

DEL RIGOR EN LA CIENCIA

. . . En aquel Imperio, el Arte de la Cartografía logró tal Perfección que el mapa de una sola Provincia ocupaba toda una Ciudad, y el mapa del imperio toda una Provincia. Con el tiempo, esos Mapas Desmesurados no satisficieron y los Colegios de Cartógrafos levantaron un Mapa del Imperio, que tenía el tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él. Menos Adictas al Estudio de la Cartografía, las Generaciones Sigüientes entendieron que ese dilatado Mapa era Inútil y no sin Impiedad lo entregaron a las Inclemencias del Sol y de los Inviernos. En los desiertos del Oeste perduran despedazadas Ruinas del Mapa, habitadas por Animales y por Mendigos; en todo el País no hay otra reliquia de las Disciplinas Geográficas.

Jorge Luis Borges, El Hacedor, 1960.

304.63

R816f

Rosero Bixby, Luis

Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica

1981 : resultados de la segunda encuesta de prevalencia anticonceptiva.

– San José, C. R. : Asociación Demográfica Costarricense;

Maryland : Westinghouse Health Systems, 1981

108 p. ; 27 1/2 cm.

1. FECUNDIDAD. 2. CONTRACEPCION. 3. PREVISION
DEMOGRAFICA. 4. COSTA RICA – POBLACION.

I. Título

C. IPPF: 4.4.3.3

NOTAS ACLARATORIAS DE LOS CUADROS

- El símbolo "-" indica que se trata de una celda vacía o que el dato no es aplicable.
- El símbolo "..." indica que el dato no está disponible.
- El símbolo "(N)" y las cifras entre paréntesis que le corresponden informan del número de casos que sirvieron como denominador para el cálculo del porcentaje, promedio, razón o tasa respectivo.
- Los porcentajes, promedios, razones o tasas que fueron calculados con menos de 50 casos en el denominador, constan entre paréntesis.
- El símbolo "ENF-76" se utiliza para referirse a la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976.
- El símbolo "EPA-78" se utiliza para referirse a la primera Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva, realizada en 1978.
- El símbolo "EPA-81" se utiliza para referirse a la presente encuesta.
- La mayoría de la información de las encuestas de 1976 y 1978, fue obtenida con tabulaciones especiales de los archivos en cinta magnética respectivos. El archivo de la ENF-76 fue proporcionado por el Centro Latinoamericano de Demografía de Santiago de Chile, contando con la autorización de la Dirección General de Estadística y Censos. Este archivo tiene el formato estándar de la encuesta Mundial de Fecundidad.
- Los cuadros que tienen por objeto mostrar diferencias entre segmentos de la población incluyen entre paréntesis un coeficiente de asociación de la variable respectiva con la variable bajo estudio. Cuando la variable "independiente" es un atributo (variable categórica) se muestra el valor del coeficiente "Eta"; cuando es una variable métrica se muestra el coeficiente de correlación lineal de orden cero; y cuando se trata de un análisis multivariable se muestra el coeficiente de correlación por partes o semiparcial, controlado por el efecto de las variables consideradas precedentes causales. Todos estos coeficientes tienen en común el hecho de que son la raíz cuadrada de la proporción explicada por la variable correspondiente es la suma de las desviaciones al cuadrado.
- En los casos en que por comodidad se presenta un agrupamiento mayor (menos categorías) para una variable determinada, debe advertirse que el coeficiente de asociación que fue calculado con el agrupamiento original. Por ejemplo, en los cuadros en que se muestran sólo cinco clases sociales, el que allí aparece fue calculado con las ocho clases originales.
- Todos los datos y afirmaciones provenientes de las estadísticas vitales de 1978 en adelante, aún no han sido publicados. Fueron proporcionados por la Dirección General de Estadística y Censos.

INDICE

NOTAS ACLARATORIAS DE LOS CUADROS	4
PRESENTACION	7
I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	
– Características generales de Costa Rica	9
– Las tendencias demográficas	10
– Los factores del descenso de la fecundidad	12
– El programa de planificación familiar	13
– Las encuestas sobre fecundidad y anticoncepción	14
– Las encuestas de prevalencia anticonceptiva	14
– Objetivos de la EPA-81	14
– Marco conceptual	14
II. METODOLOGIA DEL ESTUDIO	
– Organización y actividades preparatorias	17
– Instrumentos y procedimientos de recolección	18
– Diseño de la muestra	19
– El trabajo de campo	20
– El procesamiento de la información	22
– Precisión de los resultados	23
III. CARACTERISTICAS BASICAS DE LAS ENTREVISTADAS	
– La estructura por edades	25
– El estado conyugal y la edad a la unión	25
– Las características socioeconómicas	27
– La mortalidad infantil	31
IV. LA FECUNDIDAD	
– Resultado de los embarazos	33
– La fecundidad acumulada	34
– Nivel y tendencia de la fecundidad general	35
– La fecundidad conyugal	36
– El “cuantum” y el “tempo” de la fecundidad	36
– Diferencias socioeconómicas de la fecundidad	37
– La lactancia y la amenorrea post-parto	39
V. LAS PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS	
– El deseo de cesar la procreación	43
– Los ideales de espaciamiento de los hijos	43
– Diferencias socioeconómicas en el deseo de cesar y de espaciar la procreación	44
– El tamaño ideal de la familia	45
– Diferencias socioeconómicas en el ideal de familia	48
– El grado de motivación en las preferencias reproductivas	49

VI.	CONOCIMIENTO, DISPONIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	
–	El conocimiento de los métodos y de las fuentes de abastecimiento	51
–	Diferenciales en el conocimiento anticonceptivo	52
–	La disponibilidad de la planificación familiar	54
–	Diferenciales en la disponibilidad de centros de planificación familiar	55
–	La aceptabilidad de la planificación familiar	55
VII.	EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	
–	La experiencia anticonceptiva	57
–	La prevalencia anticonceptiva	57
–	Anticoncepción para cesar la procreación o para espaciar los embarazos	58
–	<i>Diferenciales en la prevalencia anticonceptiva</i>	59
–	Análisis multivariable de la prevalencia anticonceptiva	61
–	Razones para no estar usando anticonceptivos.	63
–	Los métodos anticonceptivos utilizados	64
–	Diferenciales en el uso de cada tipo de método anticonceptivo	65
–	Opiniones y preferencias acerca de los métodos.	65
–	La esterilización femenina.	68
VIII.	LAS FUENTES DE ABASTECIMIENTO: EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	
–	Fuentes de abastecimiento del método utilizado	73
–	Diferenciales en el porcentaje que se abastece en el sector público	74
–	El tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento	75
–	Las usuarias del Programa de Planificación Familiar	75
–	Diferenciales en la cobertura y aceptabilidad del Programa	75
–	Actitudes hacia el Programa de Planificación Familiar.	76
–	Las ex-usuarias del Programa	77
IX.	LA BRECHA ENTRE LOS IDEALES Y EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO	
–	La fecundidad no deseada	79
–	Diferenciales en la fecundidad no deseada	81
–	La demanda de anticoncepción no satisfecha	81
–	Diferenciales en la demanda de anticoncepción no satisfecha	82
X.	RESUMEN	
–	Características básicas de las entrevistadas	85
–	La fecundidad.	86
–	Las preferencias reproductivas	86
–	<i>El conocimiento de métodos anticonceptivos y de las fuentes de abastecimiento</i>	87
–	La disponibilidad de métodos y servicios de planificación familiar	87
–	La aceptabilidad de la planificación familiar	87
–	El uso de anticonceptivos	87
–	Opiniones y preferencias acerca de los métodos anticonceptivos.	88
–	La esterilización femenina.	88
–	Las fuentes de abastecimiento del método utilizado	88
–	El Programa de Planificación Familiar	88
–	La brecha entre los ideales y el comportamiento reproductivo	88
	ANEXO 1: ERRORES DE MUESTREO	91
	ANEXO 2: EL CUESTIONARIO.	95

PRESENTACION

En los primeros meses de 1981 la Asociación Demográfica Costarricense llevó a cabo la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de Costa Rica (EPA-81), estudio efectuado tres años después de la primera de estas encuestas (EPA-78), la cual fue ejecutada en colaboración con la Dirección General de Estadística y Censos.

Estas investigaciones se han llevado a cabo gracias a sendos convenios con la "Westinghouse Health Systems", institución que, con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID), ha promovido la realización de esta clase de estudios en numerosos países de América Latina y del mundo, en un proyecto denominado "Contraceptive Prevalence Surveys".

En la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva fueron entrevistadas 4 580 mujeres en edad fértil de (15 a 49 años), residentes en los hogares de una muestra seleccionada con este fin, la cual tiene representatividad nacional.

La presente publicación tiene por objeto dar a conocer los principales resultados de la investigación, algunos de los cuales ya fueron difundidos en un borrador publicado en octubre de 1981. También se incluye aquí la metodología del estudio y el cuestionario que se utilizó en las entrevistas.

Es este un primer análisis que no agota las posibilidades de investigación que ofrece la información recolectada en la encuesta. Este será complementado en el futuro con análisis a fondo sobre temas específicos. Para ello, la Asociación Demográfica Costarricense invita a las personas e instituciones interesadas en el tema a utilizar los datos de la encuesta y pone a sus órdenes todo el material disponible.

Es oportuno destacar aquí la valiosa y desinteresada colaboración recibida de diversas personas e instituciones. Entre ellas merecen especial reconocimiento la Dirección General de Estadística y Censos que facilitó todo el material cartográfico que fue necesario para el trabajo de campo de esta encuesta; la Oficina de Información de la Casa Presidencial, cuyo personal colaboró en diversas etapas de la investigación; los centros de Cómputo de la Universidad de Costa Rica, del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA) y de la Oficina Técnica Mecanizada del Ministerio de

Hacienda, que facilitaron el uso de sus computadoras para el procesamiento de la información; y del doctor Joaquín Jiménez, Jefe del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud, quien colaboró en el adiestramiento del personal de campo. Fueron igualmente valiosas las críticas y sugerencias recibidas de parte de especialistas de diversas instituciones, tanto en la etapa de diseño de la investigación como en el análisis de los resultados.

Un reconocimiento especial merecen los hombres y, sobre todo, las mujeres de Costa Rica, que en la forma más cordial y desinteresada facilitaron el duro trabajo del personal de campo, ayudándole a resolver dificultades y proporcionando la información que se solicitaba.

Seguidamente se enumera el personal que trabajó directamente en la investigación:

- Luis Rosero; director del proyecto.
- Miguel Gómez; diseño y supervisión de la muestra, co-autor del capítulo II.
- Martín Fallas; Jefe de trabajo de campo.
- Tessa Wardlaw; asesora y nexa con la Westinghouse Health Systems.
- Doris Sosa, asistente para la preparación del Informe de Resultados.
- Constantino Albertazzi; asesor para el procesamiento electrónico de los datos.
- Ileana Alvarado; secretaria, mecanografía y diseño de la portada.
- Codificación:
 - Marjorie Montero
 - Carmen Granados
- Perfoverificación:
 - Marta Mora
 - Gerardo Thompson
- Supervisoras de Campo:
 - Samaria Arias
 - Edith Fonseca
 - Ilse Marín
 - Victoria Rosales
- Choferes:
 - Alex Alvarado
 - Miguel Calvo
 - Rigoberto Rojas
- Entrevistadoras:
 - Elvia Agüero
 - Ma. del Rosario Carpio
 - Marielos Cubillo
 - Roxana Delgado
 - Teresa Durán
 - Carmen Figueroa
 - Edith Fonseca
 - Carmen Granados
 - Marjorie Montero
 - Teresa Montoya
 - Yesenia Murillo
 - Ma. Eugenia Quirós
 - Luba Salazar
 - Roxana Soto

I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Características generales de Costa Rica

Costa Rica es un pequeño país de 50 mil kilómetros cuadrados, ubicado en el istmo centroamericano (véase el mapa de la página siguiente). Limita hacia el Norte con Nicaragua y hacia el Sur con Panamá y tiene costas tanto en el Océano Pacífico como en el Atlántico (Mar Caribe). Su población actual es de algo más de 2 millones de habitantes, lo que hace de éste el tercer país más densamente poblado de la América Continental (es superado sólo por El Salvador y Guatemala).

El país se encuentra atravesado por tres cordilleras que definen dos tipos de regiones geográficas bien diferenciadas: el valle intermontano central y las zonas bajas de los dos litorales. La altitud del Valle Central (alrededor de mil metros sobre el nivel del mar) le permite a esta zona gozar de un clima templado subtropical, esto es, menos cálido que el de las zonas bajas. En la costa Atlántica y hacia el sur de la vertiente del Pacífico la humedad es muy alta y las lluvias abundantes durante la mayor parte del año. En el Valle Central y al Norte de la Costa del Pacífico, las lluvias, aunque considerables, son más moderadas, y los vientos Alisios definen dos estaciones en el año: la lluviosa (de mayo a noviembre) y la estación seca (de diciembre a abril).

No obstante que en Costa Rica ha tenido lugar un importante proceso de urbanización, el país continúa siendo predominantemente rural, con un 59 por ciento de la población clasificada en esta categoría según el censo de 1973. El principal núcleo urbano es el Area Metropolitana de San José (que incluye a la capital de la república) cuya población representa la cuarta parte de la de todo el país. Este núcleo se ubica en la región montañosa central, la cual, pese a abarcar solamente el 15 por ciento del territorio nacional, es asiento de algo más del 60 por ciento de la población costarricense. Este esquema de poblamiento altamente concentrado se remonta a la época colonial y no se limita a lo puramente demográfico, pues, también los *beneficios del progreso se han concentrado principalmente* en el Valle Central, que es la zona de mayor desarrollo relativo.

Este país, que fue uno de los más pobres territorios de las colonias españolas, en la actualidad goza de un nivel de bienestar que, en términos generales, puede calificarse

MAPA DE LOS PAISES DE CENTROAMERICA Y EL CARIBE



como superior al de la mayoría de países latinoamericanos. En el cuadro 1, se compara la situación relativa de Costa Rica en varios aspectos, con respecto a los países centroamericanos. Así se observa que, junto con Panamá, es el de mayor desarrollo económico del área, el cual se refleja en esos 1820 dólares de producto per cápita alcanzado en 1979. Pero, más importantes que los índices de progreso económico son los de desarrollo social, pues por medio de fuertes programas públicos de educación, salud, seguridad social y otros, Costa Rica ha alcanzado sus mejores éxitos en esta materia. Así, por ejemplo, ha logrado reducir la tasa de analfabetismo al 10 por ciento (5 por ciento entre las generaciones más jóvenes) y la mortalidad infantil a 19 por mil nacimientos.

Cabe anotar, sin embargo, que el nivel de bienestar que muestran las cifras del cuadro 1, es posible que actualmente ya no sea tan favorable, pues en 1981 Costa Rica entró en un período de crisis y de fuerte contracción económica.

La economía del país es básicamente agroexportadora, pese a que desde principios de los 60 tuvo lugar un proceso de industrialización, impulsado por el Mercado Común Centroamericano. En 1977 el valor de las exportaciones representó el 26 por ciento del producto interno bruto y, del total exportado, el 56 por ciento fue producto de las ventas de café y banano y el 72 por ciento de bienes agropecuarios en general. Las severas dificultades económicas

que afronta el país desde 1980 y 1981, tiene su origen, principalmente, en un fuerte desbalance entre sus exportaciones e importaciones.

Por último cabe señalar que la religión católica es, sino la única, la más importante del país y la composición étnica de los costarricenses es bastante homogénea. La gran mayoría de la población es mestiza de origen español, con un componente indígena más bajo que el de muchos países latinoamericanos.

Las tendencias demográficas

Se estima que la mortalidad comenzó a disminuir en Costa Rica a mediados del siglo pasado, a partir de la última crisis demográfica producida por el cólera en 1856, en tanto que la natalidad se mantuvo alta hasta alrededor de 1960, e incluso aumentó en la década de los 50. Esto hizo que la población del país aumentase cada vez más rápidamente hasta alcanzar en 1960 ese vertiginoso crecimiento vegetativo de 3.8 por ciento anual: uno de los más altos del mundo. Sin embargo, a partir de este último año, la natalidad inicia un proceso de rápida disminución que, consecuentemente, ha reducido el ritmo de crecimiento demográfico (cuadro 2 y gráfico 1).

Cuadro 1

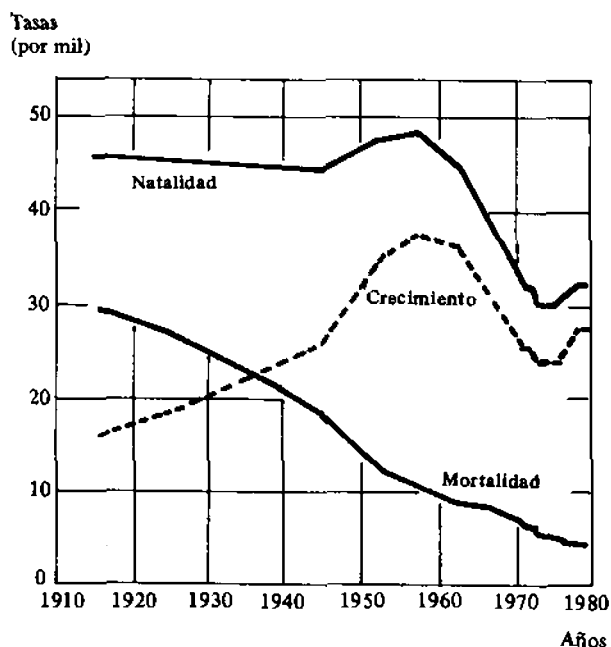
ALGUNOS INDICES DEMOGRAFICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES
DE LOS PAISES CENTROAMERICANOS ALREDEDOR DE 1979

Concepto	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
- Población (millones)	2.2	4.4	6.8	3.6	2.6	1.8
- Densidad (hab/km ²)	44	210	62	33	22	24
- Crecimiento demográfico anual (°/o para 1970-79)	2.6	2.9	2.9	3.3	3.3	2.3
- Tasa total de fecundidad (hijos por mujer)	3.5	5.8	5.5	6.8	6.3	4.0
- Tasa de prevalencia anticonceptiva (°/o en unión usando)	64	34	..	9	19	47
- Esperanza de vida (años)	72	63	59	58	56	70
- Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	19	60	..	118	..	47
- Población con acceso a agua potable (°/o en 1975)	77	53	40	46	70	79
- Población urbana (°/o)	43	41	39	36	53	54
- Analfabetismo (°/o entre los de 10 y más años de edad)	10	38	40	58	10	20
- Matrícula universitaria (°/o respecto a los de 20-24 años de edad)	19	8	5	7	11	21
- Producto Nacional Bruto per cápita (dólares)	1820	670	1020	530	660	1400
- PIB de origen agrícola (°/o)	19	28	..	32	29	..
- Consumo de energía per cápita (kg. equivalente de carbón)	842	351	251	248	455	947

Fuente: Banco Mundial, *Informe Sobre el Desarrollo Mundial, 1981*. Washington, 1981.

Gráfico 1

TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL
COSTA RICA, 1910-1978



Fuente: cuadro 2

Cuadro 2

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD, CRECIMIENTO NATURAL, MORTALIDAD INFANTIL Y FECUNDIDAD TOTAL
COSTA RICA, 1910-1980

Año	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento natural	Mortalidad infantil	Fecundidad (hijos)
Tasas por mil					
1910-20	46	30	16	195	..
1920-30	46	27	19	207	..
1930-40	45	23	22	151	..
1940-50	44	18	26	112	..
1950-60	48	12	36	89	6.9
1960	48	10	38	76	7.3
1965	42	9	33	75	6.5
1970	33	7	26	63	4.9
1975	30	5	25	38	3.8
1976	30	5	25	33	3.7
1977	31	5	26	28	3.8
1978	32	4	28	22	3.9
1979	32	4	28	22	3.8
1980	32	4	28	19	3.7

Fuentes: - Luis Rosero, "La Situación Demográfica de Costa Rica", en *Sérimo Seminario Nacional de Demografía*, San José, 1979, pp. 1-43.
- *Anuarios Estadísticos* de la Dirección General de Estadística y Censos.
- Para 1979 y 1980, datos provisionales aún no publicados.

Las cifras disponibles más recientes (1980) revelan que en Costa Rica el crecimiento de la población (2.8 por ciento anual) y la tasa de natalidad (32 por mil) siguen siendo moderadamente altos, pese a la drástica disminución que sufrieron entre 1960 y 1975. La mortalidad, por su parte, es una de las más bajas del mundo cuando es medida por la tasa bruta respectiva (4 por mil). Ello se debe al importante éxito logrado en esta materia en los últimos años, el cual se refleja en una esperanza de vida al nacimiento de 73 años y una tasa de mortalidad infantil de tan sólo 19 por mil, valores que ya son parecidos a los de los países más desarrollados. Pero también hay que tomar en cuenta que la actual estructura por edades de la población costarricense es muy peculiar, pues tiene una alta concentración en las edades donde los riesgos de morir son mínimos, lo que hace que la tasa bruta de mortalidad sea artificialmente baja.

Vale la pena destacar aquí que Costa Rica cuenta con unas estadísticas de los hechos vitales que son bastante confiables y que, por lo tanto, permiten seguir muy de cerca la evolución de las tendencias demográficas con datos como los del cuadro 2. Se estima que el registro de defunciones tiene una integridad cercana al 95 por ciento y que el de los nacimientos prácticamente no adolece de subregistro. El problema con las estadísticas de nacimientos es el de la inscripción tardía, que afecta a alrededor de un 6 por ciento de ellos; pero se ha comprobado que la cifra de nacimientos que se dejan de inscribir en un año se compensa con la de los inscritos tardíamente en el mismo año. La única duda para el cálculo de tasas demográficas tiene relación con la población que se utiliza en el denominador, pues se trabaja con proyecciones elaboradas sin tomar en cuenta la migración internacional. Al respecto, hay indicios de que se ha incrementado la afluencia de extranjeros, lo que, de ser cierto, haría que las tasas sean ligeramente menores que las presentadas en el cuadro 2.

Los factores del descenso de la fecundidad

El presente informe no es el lugar apropiado para entrar a una discusión detallada sobre la naturaleza del rápido descenso de la fecundidad costarricense y de los factores que lo motivaron, los cuales, por lo demás, están muy lejos de haber sido identificados plenamente. Sin embargo, se ha creído pertinente transcribir a continuación el resumen de un documento que aborda este tema¹.

“Este dramático descenso de la tasa de natalidad costarricense es el resultado de una genuina transformación del comportamiento reproductivo de las parejas. No se debe a cambios en pautas del comportamiento que sin proponérselo reducen la natalidad (nupcialidad y hábitos de lactancia) y, más bien, los cambios en la estructura etárea de la población han ocultado una parte importante del descenso. Se estima que las modificaciones en la

composición por edades de la población han impedido que la reducción entre 1965 y 1975 sea un 63 por ciento mayor y han sido responsables de las tres cuartas partes del aumento registrado en el índice de nacimientos entre 1975 y 1978.

En lo fundamental, la reducción de la natalidad del país ha sido un proceso tendiente a llevar a la práctica un ideal de familia con alrededor de tres hijos. Pero en forma paralela a la limitación del tamaño final de la familia parece que también el intervalo entre los hijos se ha modificado. Precisamente este fenómeno explicaría en parte la moderación e inversión de la tendencia al descenso registrada en años recientes, como resultado de que se han producido los embarazos que fueron postergados en la época en que se generalizó la costumbre de ampliar los intervalos genésicos.

“El descenso de la fecundidad en Costa Rica se produjo con la participación de prácticamente todos los segmentos de la población. Aunque el proceso fue iniciado por los estratos urbanos medios y altos, el elemento crucial de la baja fue la participación de los grupos residentes en las zonas rurales y/o con más bajo nivel de instrucción. Se estima que si las personas que no han hecho estudios secundarios no hubieran reducido su fecundidad, se habría registrado solamente un tercio del descenso de 1960 a 1970; fracción compuesta por un 22 por ciento atribuible a las mejoras en el nivel educativo de la población y por un 13 por ciento atribuible a la reducción del grupo con instrucción secundaria o universitaria.

“Si se toma como elemento de juicio la natalidad observada en los países con distinto grado de desarrollo, se llega a la conclusión que la reducción registrada en Costa Rica no es un hecho inusitado, sino que es una respuesta coherente con el notable progreso alcanzado por el país a partir de la década de los 60. Las mejoras en los indicadores de la situación socioeconómica del país anteriores a 1960 fueron más moderadas y, lo que es más importante, ocurrieron en niveles en los que la experiencia ha mostrado que la natalidad varía poco. Por el contrario, a partir de 1960 se aceleró el ritmo de desarrollo del país y se produjo un progreso tal que era de esperarse un descenso de la natalidad tan grande como el que efectivamente se registró.

“Un factor particular del desarrollo costarricense que ha actuado en la baja de la natalidad es el notable progreso logrado en lo social (salud y educación), gracias al importante papel redistributivo desempeñado por el Estado, el cual, además, ha generado un alto grado de integración socio-espacial entre los habitantes del país que ha contribuido a disminuir la heterogeneidad interna.

“Paralelamente, la expansión de los medios de comunicación de masas es otro elemento importante en la explicación de la baja en la natalidad del país, debido a que parece haber contribuido eficazmente a la difusión del proceso hacia las zonas rurales y a los estratos socioeconómicos bajos.

¹ Luis Rosero B. “El Descenso de la Natalidad en Costa Rica”, en W. Parker Mauldin (editor), *Fertility Decline in Developing Countries: Case Studies*. A publicarse en 1982 por el Population Council.

"A los factores anteriores que motivaron en la población el deseo de tener menos hijos, cabe agregar que la oportuna llegada a Costa Rica de las técnicas modernas de anticoncepción (en especial de la píldora) y las facilidades de acceso a las mismas hicieron posible la gran difusión de la práctica anticonceptiva que tuvo lugar en el país, y consecuentemente, coadyuvaron a la reducción de la natalidad. Con excepción del aborto y, en años recientes, de la esterilización, los métodos anticonceptivos en general han sido fácilmente accesibles para la población. Inicialmente fue el sector comercial privado el que puso a disposición del público cantidades masivas de estos métodos y luego (desde 1968) el programa de planificación familiar los puso al alcance de la mayoría de la población ofreciéndolos en forma gratuita. En la actualidad la población rural y/o de más bajo nivel socio-económico se abastece de anticonceptivos principalmente por medio del programa, lo que hace posible que la práctica anticonceptiva sea en general bastante alta en todos los segmentos de la población del país.

"En Costa Rica no ha habido una política oficial del Estado para reducir la natalidad, aunque sí se han ofrecido servicios de planificación familiar en el marco de un programa muy exitoso gracias a la gran demanda existente y a la gran cobertura de los servicios públicos de salud. El programa se inició en 1968, cuando buena parte del descenso de la natalidad ya se había producido; pero desde entonces se ha convertido en un elemento clave para la reducción subsiguiente. En particular ha contribuido de manera decisiva en la generalización del fenómeno, al poner al alcance de toda la población la información y los medios de regulación de la fecundidad. Se estima que los anticonceptivos provistos por el programa han determinado el 29 por ciento de los nacimientos evitados en el país entre 1961 y 1977 y alrededor de la mitad del descenso de la fecundidad de 1965 a 1975; pero esta estimación no toma en cuenta, por una parte, el efecto sustitución de la práctica anticonceptiva que de todos modos habría tenido lugar y, por otra, el impacto del programa en la práctica que se realiza fuera de él".

El Programa de Planificación Familiar

Pese a que el Estado Costarricense no tiene una política de control de la natalidad, desde 1968 ofrece servicios de planificación familiar en el marco de un programa más amplio que incluye, además, actividades en el campo de la educación, información e investigación, con el concurso de varios organismos públicos y privados. Los objetivos de este programa no son de carácter demográfico, sino que se orientan hacia el mejoramiento de la salud materno infantil y buscan proporcionar a las parejas la información y los medios para que ejerzan libremente el derecho a elegir cuándo tener los hijos y cuántos hijos tener.

La consulta de planificación familiar es ofrecida en todas las clínicas, hospitales y dispensarios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS.), así como en los Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud (M.S.). En ella se ofrece a la mujer información y consejo médico acerca de

Cuadro 3

NUEVAS USUARIAS, CONSULTAS ATENDIDAS Y USUARIAS ACTIVAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR 1968-1980

Año	Nuevas usuarias (en miles)	Consultas (en miles)	Usuarias activas ^a	
			En miles	% en la MEF
1968	9.7	27.3	9.1	3
1969	11.9	46.7	15.6	4
1970	19.2	82.6	27.5	7
1971	25.7	119.1	39.7	10
1972	26.7	148.3	49.4	12
1973	29.1	161.0	53.7	13
1974	25.8	173.2	57.7	13
1975	31.0	210.8	70.3	15
1976	28.8	235.1	78.4	16
1977	22.6	221.8	73.9	15
1978	22.4	224.0	74.7	14
1979	20.9	229.7	76.6	14
1980	20.4	224.2	74.7	13

a Estimación suponiendo 3 consultas anuales por usuaria.

Fuente: Asociación Demográfica Costarricense. *Estadísticas del Servicio de Planificación Familiar, 1980*. San José, junio de 1981. Cuadros 2 y 4.

los métodos de regulación de la fecundidad, se le proporciona gratuitamente el método de su elección, se le realizan controles médicos periódicos y, además se llevan a cabo exámenes ginecológicos y tomas citológicas para la detección del cáncer cérvico-uterino. Los métodos anticonceptivos y otros materiales utilizados en esta consulta son proporcionados por la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), organismo que hasta hace poco también se encargaba de la evaluación y control estadístico de estas actividades.

Con respecto al suministro de anticonceptivos, hay un mecanismo muy particular para la entrega de los Gestágenos Orales en la consulta del Ministerio de Salud. En ella a la usuaria le son proporcionados unos cupones que luego serán canjeados (gratis o a un precio simbólico) por los ciclos de pastillas en ciertas farmacias, botiquines o puestos de distribución de la ADC.

Desde su inicio, en 1968, la consulta de planificación familiar tuvo gran aceptación y una rápida expansión hasta 1976. A partir de este último año, sin embargo, el programa ha dejado de crecer e incluso parece haber disminuido el número de usuarias atendidas, como se puede apreciar en el cuadro 3. Este estancamiento coincide con el período en que también dejó de disminuir la fecundidad del país.

No obstante lo anterior, el programa de planificación familiar costarricense puede ser calificado como muy exitoso por la alta cobertura que ha alcanzado, especialmente en las zonas rurales. Ello ha sido posible por, entre otros factores, la amplia infraestructura de servicios de salud con que cuenta el país. Así, en 1980, la consulta de planificación familiar fue ofrecida en 371 pequeños Centros o Puestos de Salud (que atendieron un promedio de 262 consultas anuales) y en las 60 unidades del Seguro Social (que atendieron un promedio de algo más de 2100 consultas en el año).

Las encuestas sobre fecundidad y anticoncepción

La encuesta objeto del presente informe es la segunda que se realiza en el país dentro del proyecto denominado "Encuestas de Prevalencia Anticonceptiva". La primera (EPA-78) se llevó a cabo en 1978 por parte de la Dirección General de Estadística y Censos, con la colaboración de la Asociación Demográfica Costarricense.

Como antecedente, debe señalarse que la Dirección General de Estadística y Censos llevó a cabo en 1976 la primera encuesta con cobertura nacional (ENF-76), como parte del proyecto "Encuesta Mundial de Fecundidad". Además, esta misma institución ya había realizado dos investigaciones de este tipo en la década de los 60, como parte del "Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina" (PECFAL), impulsado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). La primera de ellas (PECFAL-urbana) se realizó en 1964 en la capital de la república y la segunda, en 1969, en las localidades de menos de 20 mil habitantes (PECFAL-rural).

Esta serie de encuestas, junto con un buen sistema de estadísticas vitales le han permitido a Costa Rica contar con una considerable cantidad de información sobre un aspecto de su dinámica demográfica que ha sufrido notables transformaciones, como lo es la fecundidad.

Las encuestas de prevalencia anticonceptiva

Desde 1978, la Westinghouse Health Systems (WHS), con fondos de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (AID), ha realizado en varios países del mundo esta clase de encuestas. Costa Rica fue el primero, y otros países latinoamericanos que, hasta 1981, se habían integrado al proyecto son Colombia, Honduras, México, Nicaragua y Perú. Además, Costa Rica, junto con Colombia y México, son los países latinoamericanos que han llevado a cabo una segunda encuesta de este tipo.

El rasgo distintivo de estas encuestas de prevalencia anticonceptiva (y de otras similares que son impulsadas por el Center of Disease Control, de Atlanta, Georgia) es el de ser estudios simples y breves, de manera que puedan ofrecer rápidamente información para la toma de decisiones. Su principal objeto de estudio es el uso de anticonceptivos y la utilización de los servicios que ofrecen los programas de planificación familiar.

Objetivos de la EPA-81

Aparte de los objetivos propios del programa internacional del que forma parte, en Costa Rica se definieron los siguientes objetivos nacionales, para la realización de la EPA-81:

- a) Medir la fecundidad reciente y sus principales variables componentes, entre las que destaca la práctica anticonceptiva, a fin de enriquecer el conocimiento científico nacional e internacional sobre la materia, ofrecer insumos para la formulación de una política demográfica, así como datos para el planeamiento y

evaluación del programa de planificación familiar y de otros programas de salud.

- b) Institucionalizar las Encuestas de Prevalencia Anticonceptiva como un instrumento de medición de las variables de la fecundidad, y como un instrumento de evaluación de los programas de planificación familiar.
- c) Por medio de la comparación con otras encuestas (pasadas o futuras), ofrecer elementos para determinar las causas de los cambios en la fecundidad y para predecir su comportamiento futuro.
- d) Obtener subproductos tales como mediciones de la mortalidad infantil.

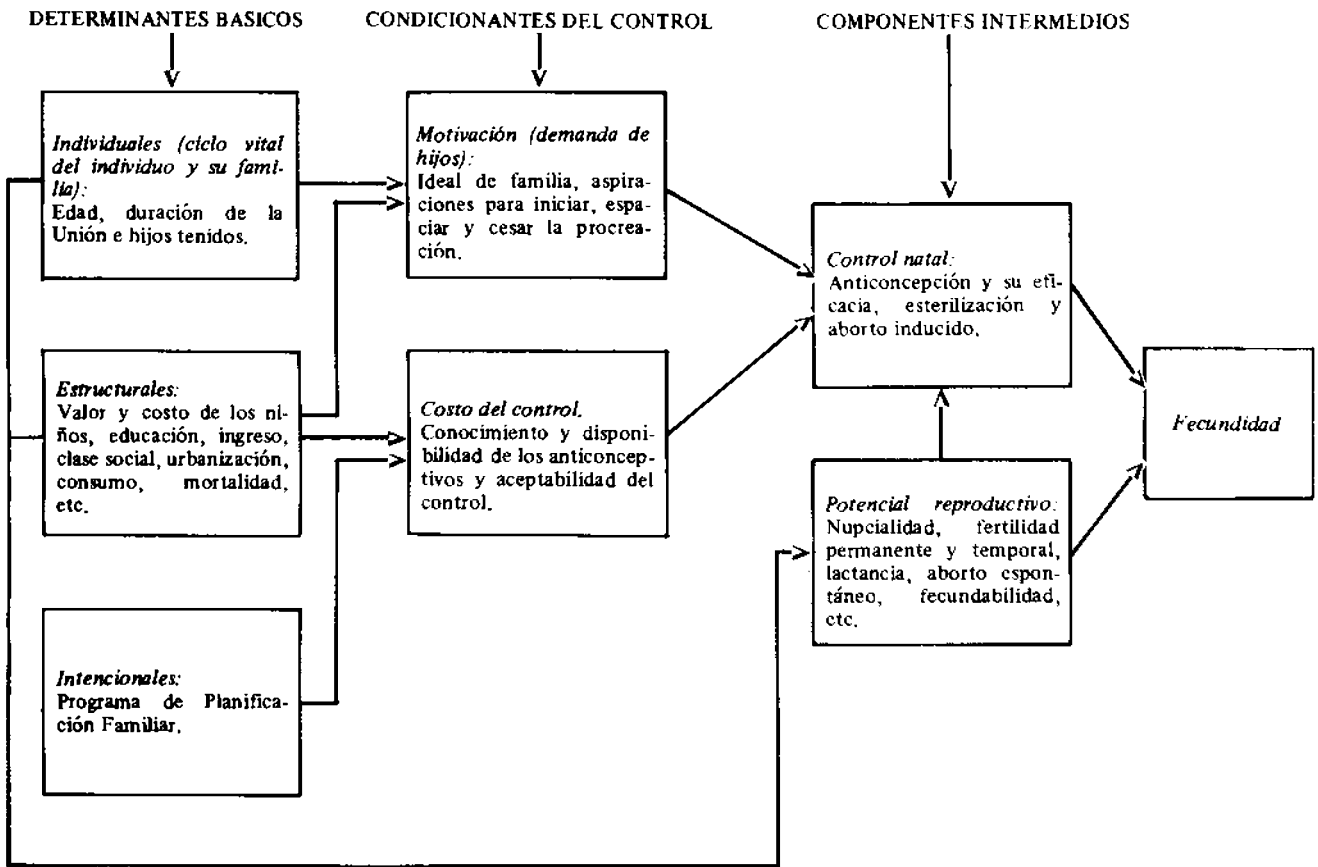
Marco conceptual

Uno de los primeros pasos en la etapa preparatoria de la EPA-81 fue el de definir un marco conceptual de referencia, destinado a sistematizar y esclarecer la naturaleza de las distintas variables a investigar y sus interrelaciones. Con ello no se pretendió elaborar un marco teórico en el estricto sentido del término, ya que para hacerlo se requeriría de una teoría de los determinantes de la fecundidad que no se ha formulado todavía. Este marco orgánico trata, simplemente, de ordenar una serie de conceptos que son bien conocidos y ampliamente utilizados en las encuestas de fecundidad, según puede apreciarse en el diagrama siguiente, que intenta resumirlo.

La investigación exhaustiva de todos estos aspectos relacionados con la reproducción humana que constan en el diagrama, escapa, evidentemente, a los objetivos de las encuestas de prevalencia anticonceptiva. Su interés se concentra en la medición del control voluntario de la natalidad y de sus dos determinantes más próximos: La motivación o demanda de hijos y el "costo" del control.

Es evidente que una mujer regulará su fecundidad sólo si está motivada para hacerlo, es decir, si "demanda" un número de hijos menor que el que tendría en condiciones de fecundidad natural, o si desea esperar un tiempo antes de "encargar" el próximo hijo. De aquí el interés por recolectar información sobre los ideales o preferencias reproductivas.

Sin embargo, la motivación es una condición necesaria pero no suficiente, pues existen barreras que pueden impedir que una pareja ponga en práctica sus intenciones de planificar la familia. Tales obstáculos constituyen los "costos de la anticoncepción". Incluyen costos objetivos tales como el tiempo y el dinero para obtener los métodos anticonceptivos y para aprender a usarlos. Pero también incluyen costos síquicos, entre los que destacan aquellos que dependen de la aceptabilidad social de la idea de planificar la familia o de usar determinado método. La relativamente amplia cantidad de información recolectada acerca del conocimiento, disponibilidad, aceptabilidad y preferencias de los métodos anticonceptivos, cae dentro de este rubro del costo de la anticoncepción.



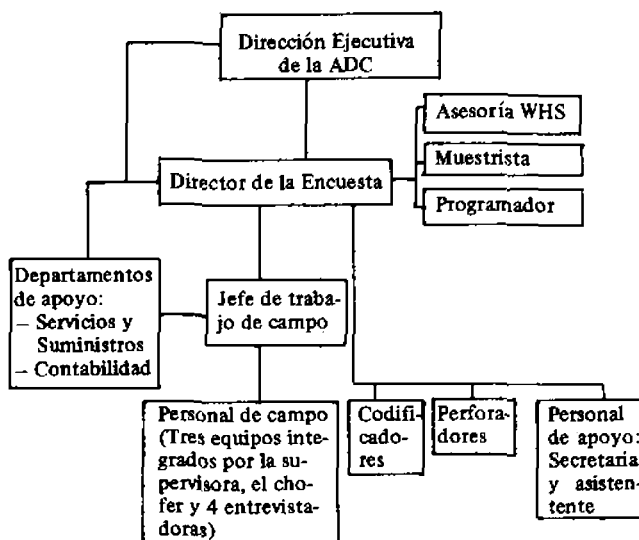
II. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

Organización y actividades preparatorias

La Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva (EPA-81) fue realizada íntegramente por la Asociación Demográfica Costarricense, institución que ya había colaborado en algunas de las actividades (sobre todo en el análisis) de la primera de estas encuestas (EPA-78) que fue ejecutada por la Dirección General de Estadística y Censos.

Al igual que en la primera encuesta, la mayor parte de los recursos financieros provinieron de un convenio suscrito con la "Westinghouse Health Systems", institución que promueve esta clase de estudios con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID).

La Asociación Demográfica Costarricense centralizó la responsabilidad de la ejecución del estudio en un Director de la Encuesta, quien contó con la asesoría, en visitas periódicas, de un funcionario de la Westinghouse Health Systems. Estas dos personas fueron prácticamente las únicas vinculadas a la encuesta durante toda la ejecución del proyecto; el resto del personal participó de manera ocasional en etapas específicas. En el diagrama se muestra el esquema de organización adoptado.



El calendario de trabajo cubrió un período de algo más de un año, que se desglosa así: cuatro meses de actividades preparatorias (iniciadas en octubre de 1980), dos de trabajo de campo, dos de procesamiento de la información, cinco meses para la tabulación, el análisis y la redacción de un informe preliminar y tres meses para la publicación definitiva.

En general, el calendario planificado se cumplió a cabalidad, de manera que apenas un mes después de realizadas las últimas entrevistas se publicó un avance de los resultados con una pocas tabulaciones obtenidas antes de la limpieza de los datos. Asimismo, un borrador del informe de los resultados estuvo listo en la fecha prevista, es decir, 7 meses después de concluido el trabajo de campo. Únicamente la impresión de la publicación definitiva del informe no pudo realizarse en la fecha prevista.

Las actividades preparatorias, ejecutadas en los cuatro meses anteriores al inicio del trabajo de campo, comprendieron el diseño y planeamiento de la investigación, la elaboración del cuestionario y de otros instrumentos, una prueba piloto de la encuesta, el diseño y selección de la muestra y la selección y adiestramiento del personal.

La encuesta de prueba se llevó a cabo un mes y medio antes de comenzar del trabajo de campo y fue ejecutada por las candidatas a supervisoras. Se realizó un total de 120 entrevistas a mujeres de todos los estratos sociales. Ello permitió introducir importantes modificaciones al cuestionario, definir mejor los procedimientos a seguir y adiestrar a las supervisoras.

Posiblemente la decisión más importante tomada con base en la encuesta piloto fue la de no realizar la entrevista completa a las mujeres solteras sin embarazos, ya que se comprobó que cuando la mujer ya había respondido que nunca había estado embarazada ni había hecho vida conyugal, la entrevista se volvía difícil, tensa, carente de sentido y, a veces, ofensiva al continuar con la serie de preguntas sobre regulación de la fecundidad y preferencias reproductivas. Esto ocurría especialmente en los casos en que la entrevistada era muy joven (el 56 por ciento de las entrevistadas solteras tiene menos de 20 años de edad).

Dado que en Costa Rica la realización de encuestas de todo tipo es una actividad relativamente frecuente, no hubo problema en reclutar un número elevado de candidatas a entrevistadoras con alguna experiencia en esta clase de trabajo. A ello se sumó otra buena cantidad de solicitudes de estudiantes universitarias que se encontraban en período de vacaciones. A estas candidatas a entrevistadoras se les impartió un curso de adiestramiento de una semana de duración, en el transcurso del cual se presentaron numerosas deserciones, lo que facilitó la selección final. El programa de adiestramiento se inició con una introducción sobre los antecedentes y objetivos de la encuesta y una charla sobre la fisiología de la reproducción y los métodos anticonceptivos. Luego se dio énfasis al manejo de los mapas y los procedimientos a seguir para localizar a las mujeres elegibles para la entrevista, aspectos que fueron desarrollados

contando también con la presencia de quienes iban a trabajar como choferes. Posteriormente, la instrucción se concentró en las técnicas de la entrevista y en el estudio del cuestionario, actividad desarrollada con la ayuda de una serie de entrevistas simuladas. Por último, las candidatas llevaron a cabo, bajo estrecha supervisión, una práctica en el terreno que incluyó la realización de alrededor de 5 entrevistas a mujeres de un segmento censal no incluido en la muestra.

Con base en lo observado durante esta práctica y con los resultados de dos exámenes escritos, se seleccionó un grupo de 14 entrevistadoras, lo que permitiría integrar tres equipos de 4 personas cada uno, quedando las dos restantes para emergencias y para la realización de otras tareas de oficina.

Aunque el nivel de instrucción de las candidatas no fue tomado en cuenta, todo el grupo seleccionado resultó con estudios secundarios completos y la mayoría también con estudios universitarios.

Antes de salir al campo para la ejecución del trabajo definitivo, las entrevistadoras seleccionadas recibieron adiestramiento adicional, orientado a corregir los errores observados durante las entrevistas de prueba. Además, la primera semana de trabajo puede considerarse también como parte del entrenamiento pues se adoptaron medidas extraordinarias de supervisión.

Las supervisoras, por su parte, fueron adiestradas para y durante la encuesta de prueba y participaron activamente en la capacitación de las entrevistadoras. El desempeño de este personal fue satisfactorio, sobre todo gracias a que ya tenía amplia experiencia en esta clase de trabajo.

Instrumentos y procedimientos de recolección

La información fue recogida por entrevista directa, utilizando un cuestionario estructurado de 100 preguntas (véase el anexo 2), casi todas cerradas y precodificadas. El número de preguntas formuladas a cada entrevistada fue variable, pues dependía de sus características. A las mujeres solteras y sin embarazos fue a quienes se formuló menos preguntas y en estos casos la entrevista tuvo una duración de alrededor de 5 minutos. El resto de las entrevistas tuvo una duración de 10 a 15 minutos.

El cuestionario se elaboró tomando como base el modelo propuesto por la Westinghouse Health Systems, que en lo fundamental fue el aplicado en la Primera Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva¹. Este modelo sirvió únicamente como punto de partida, pues las experiencias de varias encuestas, la necesidad de obtener datos comparables con la de 1976 y las consideraciones teórico-metodológicas propias de la EPA-81, obligaron a introducir algunas importantes modificaciones. Aparte de los datos de identificación y

¹ Asociación Demográfica Costarricense y otros. *Informe de la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos. Costa Rica, 1978*. Impreso en la Dirección General de Estadística y Censos, San José, 1978.

características de la entrevista, el cuestionario consta de cinco secciones:

1. Antecedentes de las entrevistadas
2. Historia de embarazos
3. Nupcialidad
4. Planificación familiar
5. Preferencias reproductivas.

Como ya se ha señalado, las preguntas de las dos últimas secciones no fueron formuladas a las mujeres solteras sin embarazos.

Previamente a la realización de la entrevista con el cuestionario, debía levantarse en el terreno un listado de todas las mujeres elegibles (de 15 a 49 años de edad) del segmento de enumeración asignado a cada entrevistadora, el cual estaba debidamente identificado en un mapa. Para ello se utilizó un formulario auxiliar denominado "hoja de ruta", en el que cada línea (que estaba previamente numerada) correspondía a una mujer elegible. En este formulario debía anotarse el nombre y la edad de la mujer, el resultado de la visita y otros datos orientados a facilitar el trabajo en visitas posteriores (lugar de trabajo, horas en las que se encuentra en el hogar, número de teléfono, etc.).

Otro formulario auxiliar fue la "hoja de resumen del segmento", que debía ser completada por la supervisora. Esta hoja sirvió para que la supervisora informara los resultados del trabajo realizado en cada segmento de enumeración (viviendas visitadas, entrevistas realizadas, rechazos, etc.). Además, la supervisora debía anotar en ella ciertos datos sobre la disponibilidad (cercanía) de fuentes de abastecimiento de anticonceptivos de cada segmento de enumeración. Esta información fue transcrita luego (en la etapa de codificación) a todos los cuestionarios de cada segmento, y utilizada en el análisis.

Otros documentos auxiliares utilizados en la encuesta fueron:

- Hoja de informe del rendimiento diario de la entrevistadora.
- Registro de entrevistas pendientes.
- Manual de la entrevistadora.
- Manual de la supervisora.
- Instrucciones para la codificación.
- Diccionario de las variables del archivo de trabajo.

El diseño muestral

Para propósitos del estudio se definió como población de interés a todas las mujeres entre 15 y 49 años cumplidos que a la fecha de la encuesta residían en viviendas particulares ubicadas dentro del territorio nacional. De acuerdo con los datos censales, esa población ascendía en mayo de 1973 a 413 600 mujeres. Para la fecha de la encuesta (febrero de 1981) se estimó que, debido al crecimiento natural, el número había aumentado a 570.000¹.

Tomando en cuenta las experiencias de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 y de la EPA-78, y previendo la necesidad de análisis más detallados para zonas y grupos específicos, se fijó un tamaño de muestra efectivo de alrededor de 4 500 mujeres como meta para la encuesta; también se especificó que el diseño debería brindar la posibilidad de tener en la muestra final, con propósitos de análisis longitudinal, no menos de 500 mujeres que hubieran sido entrevistadas en 1978.

El diseño muestral utilizado en la EPA-81 fue fundamentalmente el empleado en la EPA-78, ya que se trabajó con el mismo marco muestral y se utilizaron las mismas selecciones primarias escogidas para dicha encuesta². Únicamente se procedió a seleccionar nuevos segmentos compactos—dentro de cada primaria— para realizar las entrevistas y también a introducir algunas modificaciones que permitieran lograr el objetivo antes mencionado de que cerca de 500 mujeres entrevistadas en 1978 lo fueran de nuevo en 1981.

El marco muestral utilizado en 1978 se basa en la cartografía y los resultados de los censos de población y vivienda de mayo de 1973, y fue construido por la Dirección de Estadística y Censos en 1976 para la selección de la muestra utilizada en la Encuesta Nacional de Fecundidad. Este marco incluye todo el país con excepción de 25 distritos—que contienen alrededor de un 3 por ciento del total de viviendas del país— los cuales, por su difícil acceso y su baja densidad demográfica, se consideró conveniente no visitar. Comprende cinco estratos: Área Metropolitana de San José (AMSJ), Resto Urbano del Valle Central (UVC), Valle Central Rural (RVC), Resto del País Urbano (RU) y Resto del País Rural (RR).

En la muestra de 1978 las mujeres fueron seleccionadas dentro de cada estrato en forma aleatoria, mediante un diseño autoponderado que incluyó muestreo en etapas y selección sistemática. La probabilidad de selección de las

¹ Esta estimación se obtuvo por interpolación a partir de las cifras incluidas en la publicación de la Dirección General de Estadística y Censos y el CELADE, "Evaluación del Censo de 1973 y Proyección de la Población por Sexo y Grupos de edades 1950-2000"; Junio 1976.

² Los principales aspectos metodológicos de la EPA-78 aparecen en "Informe de la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos, Costa Rica-1978". San José, Costa Rica, Noviembre 1978, capítulo 2, publicado por la Asociación Demográfica Costarricense y otros.

mujeres dentro de cada uno de los estratos fue de 1/117. En los estratos urbanos y en la zona rural del Valle Central (RVC) se emplearon segmentos censales como Unidades Primarias de Muestreo (UPMs) y la selección se llevó a cabo con probabilidad proporcional al número de viviendas anotadas en el censo de 1973 (PPT). En el Resto Rural del País las UPMs fueron cantones rurales o partes rurales de cantones y la selección se hizo también con PPT; dentro de cada UPM así seleccionada, en una segunda etapa, se seleccionaron con PPT tres segmentos censales¹.

La muestra de la EPA-78 resultó integrada por 375 segmentos censales (252 urbanos y 124 rurales) los cuales fueron también utilizados en la EPA-81. Dentro de cada uno de estos segmentos seleccionados en 1978 se delimitaron segmentos compactos de alrededor de 7 viviendas —en el mapa—, escogiéndose uno al azar en el caso de los estratos urbanos y dos en el de los rurales. Además, se hizo una revisión cuidadosa en el AMSJ, en otras ciudades importantes y en ciertas áreas del Valle Central, para ubicar aquellos segmentos donde se habían dado cambios importantes entre el censo de 1973 y 1981, debido a construcciones nuevas. Esas construcciones nuevas se segregaron de los segmentos censales para formar un estrato suplementario, el cual fue muestreado con un procedimiento similar al usado en los estratos urbanos. Con los ajustes descritos, la muestra de 1981 quedó integrada por 264 segmentos compactos urbanos y 246 rurales, todos seleccionados con la misma probabilidad global.

La muestra de mujeres a ser entrevistadas se determinó, finalmente, visitando las viviendas de cada uno de los segmentos compactos seleccionados y levantando —mediante una hoja de ruta— una lista de mujeres de 15 a 49 años que residían habitualmente en ellas².

Para tener en la muestra de 1981 no menos de 500 mujeres ya entrevistadas en 1978, se tomó, en una parte de las selecciones primarias, los mismos segmentos compactos utilizados en 1978 bajo el supuesto de que una parte de las mujeres que habían sido entrevistadas en la primera encuesta volverían a hacerse presentes en la segunda³. Es importante señalar que este deseo de reentrevistar un grupo de mujeres estudiadas en 1978 impidió utilizar un diseño de muestra más simple.

¹ La división territorial de Costa Rica incluye, en primer término, las provincias, que se dividen en cantones y éstos a su vez en distritos. Los segmentos censales son áreas que se definen para propósitos de la enumeración censal; los de 1973 contienen entre 100 y 160 viviendas en la zona urbana y entre 50 y 80 en la rural.

² En este aspecto el procedimiento difiere del empleado en 1978, en el cual todas las mujeres de 15-49 años eran listadas, pero sólo eran entrevistadas las que quedaban en "línea de muestra" (1 de cada 3 en los estratos urbanos y 1 de cada 2 en los rurales). En la EPA-81 se decidió incluir a todas las elegibles para simplificar el trabajo de recolección y ante la sospecha de que el procedimiento utilizado en 1978 podría prestarse para la subenumeración selectiva de aquellas mujeres más difíciles de entrevistar.

El diseño muestral de EPA-81 fue entonces multietápico y autoponderado con una probabilidad global, en cada estrato, tanto para las viviendas como para las mujeres, de 1/100. A continuación se detallan los pasos seguidos y los elementos usados en la estimación del número esperado de viviendas y mujeres en la muestra y del número de éstas que se esperaba entrevistar. Los cálculos se basan en la experiencia de 1978 y 1976 y en otros elementos de juicio.

1.	Número de viviendas particulares Censo 1973	353 052
2.	Número de viviendas particulares en 1981 estimado suponiendo una tasa anual de crecimiento del 3.5 por ciento en el período 1973-81.	464 899
3.	Número de viviendas particulares en el marco en 1981 (96 por ciento del total) ⁴	446 303
4.	Número de viviendas particulares <i>ocupadas</i> en el marco en 1981 (93.7 por ciento) ⁵	418 186
5.	Viviendas esperadas en la muestra (418 186/100)	4 182
6.	Viviendas que se esperaba que dieran información (97 por ciento)	4 156
7.	Número de mujeres (15-49) que se esperaba encontrar en las viviendas (1.21 x 4 095) ⁶	4 908
8.	Número de mujeres (15-49) que se esperaba entrevistar (95 por ciento).	4 662

Como se verá más adelante (véase cuadro 5), estos valores esperados se acercan razonablemente a los obtenidos realmente en la encuesta.

El trabajo de campo

Para realizar el trabajo de campo se contó con 12 entrevista-

³ El número de compactos bajo estas condiciones se determinó a partir de ciertos supuestos acerca de la movilidad de las mujeres por motivos de migración, cambio de residencia de la familia y matrimonio. La identificación específica de las mujeres realmente entrevistadas se llevará a cabo por medio de un pareo —manual y por computadora— que considere varias características de las mujeres recogidas en ambas encuestas. El procesamiento y análisis de esta información se lleva a cabo como un proyecto independiente de la encuesta propiamente dicha. Al momento de redactar este informe ya se encuentra muy avanzada la tarea de pareo requerida para identificar las mujeres cubiertas en ambas encuestas.

⁴ El marco excluye 25 distritos que comprendieron en 1973 un 3 por ciento de las viviendas del país; en 1981 se estimó que la proporción excluida podría haber aumentado a un 4 por ciento.

⁵ Porcentaje observado en 1973.

⁶ La proporción de mujeres de 15-49 años por vivienda disminuyó de 1.29 en 1973 a 1.22 en 1980 de acuerdo a los datos del censo de 1973 y la Encuesta de Hogares de julio de 1980.

En realidad, las mayores dificultades del trabajo de campo estuvieron relacionadas con la cartografía y la localización de los segmentos (algunos mapas del área rural tenían hasta 10 años de antigüedad). Esto produjo errores en la ubicación de los segmentos y fue necesario enumerar nuevamente 18 de ellos y corregir 3, debido a que inicialmente no se habían cubierto los efectivamente seleccionados por errores de ubicación. Estos errores, y el trabajo adicional que representó descubrirlos y corregirlos, pudieron haberse evitado si los recursos hubieran permitido levantar listados de las viviendas incluidas en la muestra, para que el trabajo de campo se realizara sobre la base de ese material y no con mapas la mayoría de las veces desactualizados.

También pudo haber influido en estos errores el hecho de que a las supervisoras se les encomendó una serie de tareas que la experiencia luego mostró que constituían una carga demasiado pesada. Así, además de realizar las actividades de organización y localización que como jefes de grupo les correspondía, las supervisoras debían criticar en el terreno los cuestionarios llenos, llevar un control de las entrevistas pendientes, ordenar el material ya utilizado, revisar en el terreno al menos uno de los segmentos realizados diariamente con el objeto de verificar el listado de las mujeres elegibles, visitar las áreas en que estaban trabajando las entrevistadoras y colaborar en la realización de las entrevistas pendientes. Como es lógico suponer, algunas de estas actividades no pudieron cumplirse a cabalidad, aunque cuando los grupos se redujeron a tres entrevistadoras mejoró el trabajo de supervisión.

Una actividad novedosa que se le encomendó a la supervisora fue la de obtener, para cada segmento de enumeración, la distancia y el tiempo de viaje a los lugares más cercanos en los que se podría conseguir métodos anticonceptivos. Obtener y estimar estos datos no constituyó problema alguno, por lo que podría pensarse en ampliar la información que se recoge acerca de la comunidad como complemento muy valioso a los datos individuales de cada entrevistada.

Si se comparan los resultados del trabajo de campo de la EPA-81 con los de la EPA-78 y la Encuesta de Fecundidad de 1976 se concluye que la tasa de no respuesta de la EPA-81 (4 por ciento) fue menor que la de la EPA-78 (7 por ciento) pero mayor que la de la encuesta de fecundidad de 1976 (3 por ciento).

El procesamiento de la información

Aparte de la crítica en el terreno realizada por la supervisora y de la revisión de unos cuantos cuestionarios en la oficina (sobre todo en los primeros días), la EPA-81 no contempló ninguna actividad sistemática de crítica o corrección manual. Los cuestionarios fueron codificados inmediatamente después de una etapa de ordenamiento y control de coherencia con los listados de mujeres elegibles. La codificación fue, básicamente, una tarea de transcripción de las respuestas a un espacio destinado para ello a la derecha del cuestionario, facilitada por el hecho de que casi toda la información estaba precodificada. Esta actividad concluyó apenas dos semanas después de realizadas las últimas entre-

vistas, en razón de que se ejecutó en forma casi simultánea con el trabajo de campo.

Por otra parte, en la codificación se incorporó a los cuestionarios los datos sobre disponibilidad de servicios de planificación familiar en el segmento de enumeración, recolectados por las supervisoras.

Casi al mismo tiempo que los cuestionarios eran codificados, se procedió a perfoverificar la información en tarjetas. Una vez concluida esta actividad, que se llevó a cabo en alrededor de tres semanas, la información fue grabada en cinta magnética y se obtuvieron los primeros resultados antes de que hubiera transcurrido un mes desde la última entrevista.

Mientras se desarrollaban las actividades anteriores se preparó, en lenguaje CONCOR, un exhaustivo programa de computación para la detección de errores u omisiones en los datos. Para ello, previamente fue necesario adaptar este sistema e instalarlo en un computador IBM 360/40 (196K).

El programa de detección de errores de la EPA-81 era particularmente importante debido a que el cuestionario resultó más complejo que el de la EPA-78 por el gran número de "pases" que contenía. Con él se verificó la integridad del cuestionario (número y orden de las tarjetas), los códigos válidos, el rango de las variables, los pases y la coherencia entre las distintas preguntas. El programa respectivo permitió obtener un listado de los casos que contenían errores, con la indicación de éstos, a fin de cotejarlos con los cuestionarios correspondientes y corregirlos en forma manual.

En la primera corrida de este programa el 26 por ciento de los cuestionarios resultó con algún error. Esto no quiere decir que la cuarta parte de los datos fuera defectuosa, pues, en realidad, un cuestionario con error tenía correcta gran parte de su información. Los errores fueron de muchos tipos y casi todos con una incidencia inferior al 1 por ciento. El error más frecuente (4 por ciento de los cuestionarios) fue la inconsistencia entre la fecha de nacimiento y la edad en años cumplidos. Otros errores importantes (entre el 1 y 2 por ciento de incidencia) fueron los pases mal ejecutados. El resto de errores se distribuyeron en forma casi aleatoria entre todas las variables y fueron cometidos sobre todo en la etapa de codificación.

Este proceso de detección y corrección de errores se repitió en cinco oportunidades hasta contar con un archivo completamente limpio apenas un mes después de iniciada esta etapa.

Al mismo tiempo, y también en lenguaje CONCOR, se elaboró un programa para generar un archivo de trabajo con cerca de 300 variables listas para ser usadas en el análisis. Este archivo estuvo disponible pocos días después de concluida la limpieza, de manera que las primeras tabulaciones definitivas fueron producidas menos de dos meses después de la fecha de la última entrevista. Esto significó un avance notable con respecto a otras encuestas en las que

el procesamiento electrónico de la información fue causa de atrasos considerables.

Las tabulaciones fueron obtenidas fácilmente de este archivo de trabajo con la ayuda del conocido paquete de computación SPSS, de acuerdo con un plan previamente elaborado. En esta fase fue necesario obtener, además, una serie de tabulaciones especiales de las encuestas de 1976 y 1978, con el objeto de contar con datos comparativos.

La precisión de los resultados: los errores estándar

Por tratarse de una encuesta por muestreo, los resultados que se incluyen en el presente informe no son exactos, sino estimaciones que están afectadas por dos tipos de errores: aquellos que se producen durante las labores de recolección y procesamiento de la información y que se denominan usualmente "errores de respuesta" y por los llamados "errores de muestreo", o sea los que resultan del hecho de haberse observado sólo una muestra y no la población total de interés.

El primer tipo de errores, como es sabido, se origina en la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas, errores en el planteo de las preguntas y en la anotación de las respuestas, confusión o incapacidad de las mujeres para dar la información, errores de codificación o de procesamiento y situaciones similares. En el presente estudio se trató de reducir a un mínimo este tipo de errores a través de una serie de procedimientos, tradicionales en las encuestas bien diseñadas y ejecutadas, como son: diseño cuidadoso y numerosas pruebas del cuestionario, buen adiestramiento de las entrevistadoras, supervisión intensa y permanente —por diversas vías— del trabajo de campo, supervisión apropiada en la etapa de codificación y procesamiento de los datos y limpieza cuidadosa del archivo. Los elementos de juicio disponibles señalan que este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables en la EPA-81, y que la calidad de los datos obtenidos es buena; por ello, en lo que sigue no se hará referencia más a los errores de respuesta sino únicamente a los de muestreo.

La muestra de mujeres estudiada en la EPA-81 no es sino una de la gran cantidad de muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar de la población de interés utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría dado resultados en alguna medida diferentes de los arrojados por la muestra usada. La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce pero es posible estimar a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada.

El error de muestreo se mide por medio del "error estándar". El error estándar de un promedio, porcentaje, diferencia o de cualquier estadística calculada con los datos de la muestra, se define como la raíz cuadrada de su variancia y es una medida de su variación en todas las muestras posibles; indicando, en consecuencia, el grado de precisión con que el promedio, porcentaje, diferencia, etc. basado en la muestra se aproxima al resultado que se habría obtenido si se hubiera entrevistado a todas las mujeres de la población bajo las mismas condiciones.

El error estándar estimado puede ser usado para calcular intervalos dentro de los cuales hay una determinada confianza de que se encuentra el valor poblacional. Así, por ejemplo, si se toma un cierto porcentaje y se le suma y resta dos veces su error estándar, se obtiene un intervalo al cual se le asigna una confianza de 95 por ciento de que contiene el porcentaje poblacional.

Si las mujeres incluidas en la muestra hubieran sido seleccionadas en forma simple al azar, podrían utilizarse directamente las fórmulas muy conocidas que aparecen en los textos de estadística para el cálculo de errores estándar y límites de confianza y la realización de pruebas de hipótesis; sin embargo, como ya fue señalado, el diseño empleado es complejo e incluye estratificación y selección sistemática de conglomerados. Por esta razón, un análisis estadístico correcto de las estimaciones requiere utilizar las fórmulas que corresponden al diseño complejo utilizado, las cuales consideran los efectos de la estratificación y la conglomeración¹. Ha sido posible realizar estos cálculos, para un cierto grupo de variables de interés especial, empleando el programa de computadora llamado CLUSTERS², que es especialmente apropiado para el análisis estadístico de muestras complejas como la de la EPA-81. Antes de comentar los resultados obtenidos con este programa es conveniente explicar el significado de algunos términos y procedimientos seguidos para computarlos.

El muestreo de conglomerados es una técnica en la cual la población es dividida en grupos o conglomerados llamados Unidades Primarias de Muestreo (UPMs), usualmente definidas con criterio geográfico. Una muestra de UPMs es tomada y dentro de cada una de ellas se selecciona —en una o varias etapas— una muestra de elementos para ser estudiados. Este procedimiento reduce significativamente los costos, al concentrar el trabajo de campo, pero reduce la precisión al producir una muestra menos dispersa. Cada muestra de elementos tomada de una UPM es vista como un solo conglomerado —independiente de las etapas que incluyó su selección— y se denomina Selección Primaria o conglomerado final. El cálculo de los errores estándar se basa en estos conglomerados finales. Específicamente, para el cálculo con el CLUSTERS de los errores estándar de la EPA-81 se emplearon los siguientes números de Selecciones Primarias para cada uno de los estratos:

Estrato:	AMSJ	UVC	RVC	RU	RR
Número de Selecciones Primarias	157	63	45	44	26

El tamaño medio del conglomerado (\bar{b}) se obtiene dividiendo el total de mujeres entrevistadas entre el número de selecciones primarias, y varía según se trate de la muestra total o de una cierta subclase, así como de un estrato urba-

¹ Para mayores detalles ver L. Kish: "Muestreo de Encuestas" Editorial Trillas, en especial los capítulos 6 y 7.

² CLUSTERS (Computation and Listing of Useful Statistics on Errors of Sampling) es un programa desarrollado por la Encuesta Mundial de Fecundidad, para el cálculo de los errores de muestreo en diseños complejos.

no o uno rural. Por ejemplo, al tomarse la muestra total (4 580 mujeres), el tamaño promedio resultó de 13,9, el cual es aplicable cuando se consideran variables que son válidas para todas las mujeres. Para variables que sólo se aplican a mujeres en unión, el tamaño medio bajó a 7.9, y es un poco menor (7.5) en el caso de aquellas que se refieren únicamente a las mujeres en unión fértiles. Este último valor varía significativamente entre los estratos pasando de 4.8 en el caso de los estratos urbanos a 11.0 y 27.0 en el Rural Valle Central y Resto Rural del país. También se da una reducción marcada cuando se analizan grupos de edades como el 20-24, por ejemplo, dentro del cual el tamaño medio para variables aplicables a todas las mujeres en el contenidas es 2.9 (véase el Anexo 1).

El programa CLUSTERS maneja el porcentaje o promedio de interés como una razón estadística $r = y/x$, ya que tanto el numerador (y) como el divisor (x), número de mujeres, son variables aleatorias. El cálculo de la variancia de r lo hace utilizando la fórmula que seguidamente se indica, y el error estándar tomando la raíz cuadrada de esa variancia:

$$\text{var}(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^H \frac{m_h}{m_h \cdot 1} \sum_{i=1}^{m_h} \left(z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right)$$

en que $z_{hi} = y_{hi} - r \cdot x_{hi}$; y $z_h = y_h - r \cdot x_h$

donde h representa los estratos y varía de 1 a H , y m_h es el número de conglomerados en el estrato h , y y_{hi} y x_{hi} son la suma de los valores de la variable y y el número de casos (mujeres) en el conglomerado i del estrato h , respectivamente; f representa la fracción de muestreo, la cual es ignorada por el programa CLUSTERS.

En el caso de la diferencia entre proporciones o promedios, basados en diferentes subgrupos de la población, el programa CLUSTERS, utiliza la expresión $\text{var}(r' - r) = \text{var}(r') + \text{var}(r) - 2 \text{cov}(r', r)$. En ella $\text{cov}(r', r)$ indica la covariancia entre los dos r cuya diferencia interesa.

Además de los errores estándar, el CLUSTERS calcula el efecto del diseño, DEFT, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (ES) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido simple al azar (ES_{mas}):

$$\text{DEFT} = \frac{\text{ES}}{\text{ES}_{\text{mas}}}$$

El valor de DEFT igual a 1 indicaría que el diseño utilizado es tan eficiente como uno simple al azar del mismo tamaño, mientras que un valor superior a 1 indicaría que el uso de conglomerados produjo una variancia superior a la que se habría obtenido con una muestra simple al azar del mismo tamaño.

El efecto del diseño depende tanto del tamaño de los con-

glomerados como de su homogeneidad interna, respecto a la variable de interés. Esta homogeneidad se mide con ROH —tasa de homogeneidad— que se define como:

$$\text{ROH} = \frac{\text{DEFT}^2 - 1}{b - 1}$$

donde \bar{b} indica el tamaño promedio del conglomerado. Un valor de ROH cercano a cero indica que, en promedio, hay poca correlación entre los componentes de los conglomerados, para la característica de interés, y que por ello es legítimo concluir que el diseño utilizado produjo una precisión similar a la que habría producido una muestra simple al azar de elementos del mismo tamaño.

En el cuadro A-1 del Anexo 1 se presenta una lista de las 24 variables consideradas de mayor interés en la encuesta. Para cada una se indica el nombre abreviado, su descripción, y el grupo de mujeres para las cuales está definida. También se incluye, para cada una, el correspondiente valor de r (sea un \bar{x} o un $p^0/0$), el error estándar y el número de casos en la muestra total. Además, aparecen a continuación el DEFT, el ROH, el ES/r y el \bar{b} .

El examen del cuadro revela que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa; esto es especialmente claro en la penúltima columna donde aparecen los errores estándar relativos. En cuanto a los valores DEFT se observa que son, para la gran mayoría de las variables, cercanos a uno; correlativamente, el valor de ROH se mantiene alrededor de cero. Las únicas excepciones importantes se dan con las variables "TREA" (Tiempo real al Centro de Planificación Familiar) y "TPER" (Tiempo percibido), para las cuales el DEFT se eleva a 2.45 y 1.53 respectivamente; la elevada magnitud de estos valores se explica, sin embargo, por corresponder a variables que por su naturaleza necesariamente deben ser muy homogéneas dentro de los conglomerados. El DEFT tiende a ser en términos generales, mayor en las variables que tienen que ver con los condicionantes de la fecundidad y en aquellas relativas a la nupcialidad.

Los errores estándar incluidos en el cuadro A-1 permiten, como es sabido, el cálculo de intervalos de confianza. Así, por ejemplo, el cuadro señala para la variable TDES (tamaño deseado de la familia) un valor medio de 4.59 y un error estándar de 0.06. Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, lo que se hace es sumarle y restarle al promedio dos veces el error estándar: $4.59 \pm 2(0.06)$ lo que produce el intervalo de 4.47 a 4.71, dentro del cual se tiene una confianza de 95 por ciento de que se encuentra el valor de la población.

En el Anexo 1 —cuadro A-2 y A-3— se incluyen, para cada estrato y grupo de edad quinquenal, la estimación de \bar{x} o $p^0/0$, el error estándar y el DEFT correspondientes a las 24 variables antes mencionadas. Estos valores no sólo informan acerca de la precisión general lograda en las estimaciones en esos estratos y subclases, sino que permiten también el cálculo de intervalos de confianza en la misma forma como se ilustró arriba para la muestra total.

III. CARACTERISTICAS BASICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Antes de entrar al análisis de los aspectos sustantivos investigados en la encuesta, conviene presentar en este capítulo las características generales de las entrevistadas. Tales características comprenden las variables demográficas y las socioeconómicas, es decir, aspectos investigados en la encuesta porque influyen, o pueden influir, en el comportamiento reproductivo y que, por lo tanto, son considerados en el análisis como variables de control o como variables que pueden permitir identificar grupos con comportamiento diferencial. Además, por medio de la comparación con datos de otras fuentes, estas características permiten tener alguna idea sobre la representatividad de la muestra y la presencia de sesgos.

Las variables de control demográfico estudiadas son: la edad de las entrevistadas, su estado conyugal y su edad al iniciar su vida conyugal. Por su parte, entre las variables socioeconómicas se incluye a la región de residencia, la educación de la mujer, la clase social, su participación en la actividad económica y la de sí está cubierta por los servicios de salud que ofrece el Estado. Adicionalmente, se presenta información acerca de la mortalidad infantil, cuyos datos fueron obtenidos como un subproducto de la encuesta que puede ser de interés para otras investigaciones.

La estructura por edades

A diferencia de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 (ENF-76), en la que se entrevistó a las mujeres de 20 a 49 años de edad, las dos encuestas de prevalencia anti-conceptiva (EPA-78 y EPA-81) incluyeron a las mujeres de 15 a 49 años de edad. En el cuadro 6 se presenta la composición etárea de este grupo poblacional, conocido como de "mujeres en edad fértil", correspondiente a dichas encuestas y la correspondiente a la proyección oficial de población para el año de 1981; se observa que las encuestas reproducen bastante bien la estructura esperada. Esta estructura se caracteriza por el predominio de las mujeres jóvenes, con alrededor de un 45 por ciento que no supera los 25 años de edad, frente a apenas un 15 por ciento de mayores de 40 años.

El estado conyugal y la edad a la unión

El estado conyugal de la entrevistada es una variable de gran importancia en este tipo de encuestas, pues permite iden-

Cuadro 6

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS ENTREVISTADAS.
COMPARACION CON OTRAS ESTIMACIONES
(Mujeres de 15 a 49 años)

Edad	Encuestas		Proyección ^a 1/3/1981
	EPA-78	EPA-81	
(N)	(3 400)	(4 580)	(571 949)
Total	100	100	100
15-19	24	25	24
20-24	21	21	21
25-29	15	16	17
30-34	13	13	13
35-39	11	10	10
40-44	9	8	8
45-49	7	7	7

^a Fuente: D.G.E.C. y CELADE. Evaluación del censo de 1973 y proyección de la población por sexo y grupos de edades. San José, 1976.

Cuadro 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL ESTADO
CONYUGAL Y PORCENTAJE EN UNION POR EDAD
COMPARACION CON OTRAS FUENTES

Estado conyugal y edad	(N-81)	Censo 1973	ENF-76	EPA-78	EPA-81
Mujeres de 20-49 años de edad					
Total	(3448)	100	100	100	100
En unión	(2419)	68	68	73	70
Soltera	(744)	27	23	21	22
Desunida	(285)	5	9	6	8
Mujeres de 15 a 49 años de edad					
Total	(4580)	100	...	100	100
En unión	(2593)	55	...	60	57
Soltera	(1684)	42	...	36	37
Desunida	(303)	3	...	4	7
Porcentaje en unión					
15-19	(1132)	15	...	19	15
20-24	(948)	50	51	57	54
25-29	(738)	70	68	75	72
30-34	(575)	78	78	82	79
35-39	(481)	79	77	81	80
40-44	(377)	77	78	80	78
45-49	(329)	74	72	75	74

tificar en forma más precisa a las que están directamente involucradas en el proceso reproductivo. Gran parte del análisis se refiere exclusivamente a las mujeres que se encuentran en unión conyugal, entendida ésta como la cohabitación más o menos estable de una pareja, sancionada por la ley o la costumbre.

En el presente informe se considera "mujeres en unión" a quienes, en la pregunta convencional sobre el estado conyugal, declararon estar casadas legalmente o en unión libre y, también, a quienes en una pregunta adicional informaron estar viviendo con un hombre al momento de la encuesta. Este procedimiento es similar al seguido en encuestas anteriores y hace que las cifras de solteras sean inferiores a las obtenidas con una sola pregunta, como en el censo de población (véase el cuadro 7).

La comparación entre las distintas fuentes del porcentaje de mujeres en unión correspondiente a cada grupo quinquenal de edad (cuadro 7), muestra que éste resultó demasiado alto en la EPA-78, y que es posible que entre 1976 y 1981 haya ocurrido un aumento de las uniones precoces, que se traduce en el incremento que se observa en el porcentaje de unidas de los grupos de 20 a 29 años de edad.

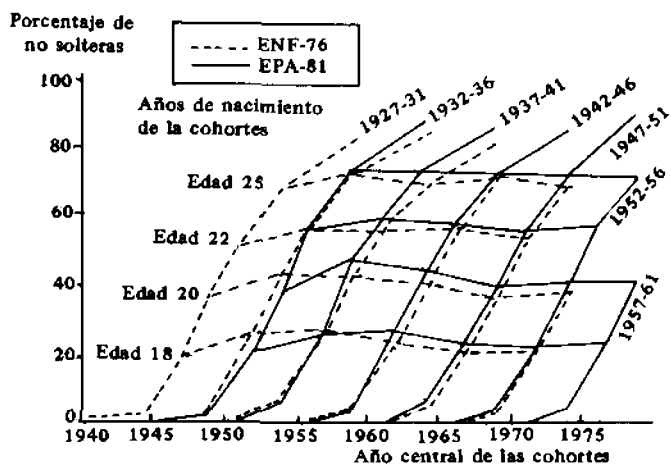
Este último aspecto es analizado mejor con los datos del cuadro 8 y del gráfico 2. Si se observa el porcentaje de uniones tempranas (ocurridas antes de los 20 años), no es posible deducir una sola tendencia de incremento o disminución en la edad al matrimonio. Ambas encuestas sugieren, más bien, que a fines de la década de los años 40 y principios de la de los 50 se produjo un movimiento de adelanto en la edad a la unión, y luego esta tendencia se invierte produciéndose un movimiento de postergación en dicha edad, pero a fines de la década de los años 60 parece haber ocurrido de nuevo un incremento de las uniones precoces.

Por otra parte, si bien los datos de las uniones por edad de las dos encuestas son bastante coherentes, en forma sistemática la EPA-81 muestra, en casi todas las cohortes, un patrón de edad al matrimonio ligeramente más temprano que la encuesta de 1976 (gráfico 2).

Otro aspecto que merece un breve comentario es el del tipo de la unión conyugal. Como ya se mencionó, el grupo de

Gráfico 2

PORCENTAJE ACUMULADO DE NO SOLTERAS POR EDAD
PARA DISTINTAS COHORTES.
ENCUESTAS DE 1976 Y 1981



Fuente: cuadro 8

Cuadro 8

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD A LA PRIMERA UNION DE LAS ENTREVISTADAS
CLASIFICADAS POR EDAD ACTUAL. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981

Edad a la unión	Edad actual					
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
ENCUESTA DE 1976						
(Años aproximados de nacimiento) (N)	(52-56) (986)	(47-51) (839)	(42-46) (653)	(37-41) (583)	(32-36) (448)	(27-31) (426)
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Menos de 15	4	4	5	7	3	2
15-17	19	17	19	20	22	17
18-19	16	14	18	17	17	18
20-21	11*	17	15	12	16	15
22-24	5*	16	16	13	15	16
25-29	—	7*	12	12	10	13
30 y más	—	—	3*	6*	7*	9*
Solteras	45	25	12	13	10	10
<i>Unidas antes de los 20 años</i>	<i>40</i>	<i>35</i>	<i>41</i>	<i>44</i>	<i>42</i>	<i>37</i>
ENCUESTA DE 1981						
(Años aproximados de nacimiento) (N)	(57-61) (948)	(52-56) (738)	(47-51) (575)	(42-46) (481)	(37-41) (377)	(32-36) (329)
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Menos de 15	5	4	6	4	6	3
15-17	19	20	18	23	21	18
18-19	17	17	15	17	20	17
20-21	11*	16	16	13	12	19
22-24	5*	14	17	15	14	16
25-29	—	8*	13	12	12	13
30 y más	—	—	2*	5*	7*	6*
Solteras	43	21	13	11	8	8
<i>Unidas antes de los 20 años</i>	<i>42</i>	<i>42</i>	<i>39</i>	<i>44</i>	<i>47</i>	<i>38</i>

* Experiencia incompleta, es decir que estas mujeres, al no haber superado aún el grupo de edad a la unión respectivo, todavía pueden contraer matrimonio.

mujeres en unión incluye tanto a las casadas legalmente como a las que se encontraban en unión libre o consensual. En la EPA-81, una de cada 5 mujeres en unión no había legalizado su situación matrimonial, proporción que corrobora una tendencia de incremento de la incidencia de uniones consensuales que venía observándose desde tiempo atrás. En efecto, a continuación se observa que desde la década de los 60 venía incrementándose el porcentaje que representan las uniones consensuales en el total de uniones (de mujeres de 20 a 49 años), aunque cabe advertir que la cifra de los censos, probablemente, subestime el verdadero porcentaje:

	<i>Porcentaje uniones libres</i>
Censo de 1963	14
Censo de 1973	16
ENF-76	18
EPA-78	19
EPA-81	20

Las características socioeconómicas

En el cuadro 9 se muestra la composición de las entrevistadas según las características socioeconómicas investigadas en la EPA-81, en comparación con las encuestas anteriores.

La variable "residencia" clasifica a Costa Rica en cinco grandes categorías que contemplan tanto el grado de urbanización como la pertenencia al Valle Central, y que corresponden a los estratos en que se dividió al país para la obtención de la muestra. Las tres primeras categorías comprenden a la población que reside en el Valle Central Intermontano, área geográfica de mayor densidad demográfica y mayor desarrollo relativo. Como era de esperarse, la distribución de las entrevistadas según esta variable, resultó muy semejante a las dos encuestas anteriores, especialmente a la ENF-76.

La distribución de las entrevistadas según su nivel educativo refleja el alto grado de desarrollo alcanzado por Costa Rica

Cuadro 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA, EDUCACION, CLASE SOCIAL, EMPLEO FEMENINO Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981

Variable	ENF-76 ^a	EPA-78	EPA-81
(N)	(3935)	(3400)	(4580)
<i>Total</i>	100	100	100
<i>Residencia</i>			
Area Metropolitana	32	34	32
Valle Central urbano	13	13	13
Valle Central rural	20	21	21
Resto urbano	9	9	9
Resto rural	26	23	25
<i>Educación</i>			
Ninguna	4	4	4
Menos de 3 primaria	11	11	8
Primaria 3-5	26	21	19
Primaria completa	25	27	28
Secundaria 1-4	17	21	21
Secundaria completa	8	8	11
Universitaria	9	8	9
<i>Clase social</i>			
Gran y pequeña burguesía	..	..	18
Burguesía funcionarios	..	..	10
Semiproletariado	..	..	13
Proletariado no agrícola	..	..	15
Subproletariado no agrícola	..	..	21
Proletariado agrícola	..	..	8
Campeños independientes	..	..	9
Subproletariado agrícola	..	..	6
<i>Empleo femenino^b</i>			
Trabaja	33	29	38
No trabaja	67	71	62
<i>Cobertura de Salud^c</i>			
Sólo C C S S	..	..	45
C C S S y M S	..	..	31
Sólo M S	..	..	11
No cubierta	..	..	13

a Estimación correspondiente a mujeres de 15 a 49 años de edad, basada en los datos de las de 20 a 49 años.

b En la ENF-76 y EPA-78 corresponde a la actividad desarrollada al momento de la encuesta (la semana anterior) y en la EPA-81 el dato se refiere a si trabajó en el último año (todo o una parte del año).

c C C S S: tiene derecho a los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.
M S: está cubierta por las visitas domiciliarias de los servicios del Ministerio de Salud (Programas de Salud Rural o Salud Comunitaria)

en esta materia, pues apenas el 5 por ciento de las mujeres son analfabetas y más de la mitad ha completado, por lo menos, la primaria. Además, la comparación con las encuestas anteriores muestra las mejoras que, como era de esperar, se han producido en años recientes.

La variable clase social (sobre la cual no se dispone de datos comparables en las dos encuestas anteriores), se construyó con base en las siguientes preguntas sobre la actividad del jefe económico del hogar: su ocupación principal, si es

ESQUEMA

Clase social	Ocupaciones y códigos (tres dígitos)	Categoría de ocupación
Burguesía grande o pequeña	a) Profesionales, técnicos y afines (excepto paramédicos y maestros), gerentes, administradores y directivos (0-38, 40-61, 70-199, 400) b) Cualquiera (0-999)	a) cualquiera b) Patrono
Burguesía de funcionarios bajos	Paramédicos y maestros, empleados de oficina y afines (excepto carteros, mensajeros y empleados de transportes) viajantes de comercio, agentes y vendedores, guías, azafatas, etc. (39, 62-69, 200-249, 260-269, 280-299, 320-399, 970-972).	Cualquiera
Semiproletariado	Carteros y mensajeros, comerciantes propietarios, dependientes de tiendas, conductores de medios de transporte, trabajadores en servicios personales (excepto domésticos, guías, azafatas, etc.) (250-259, 270-279, 300-310, 500-599, 900-919, 930-969, 973-979).	Asalariados con empleo permanente
Proletariado no agrícola	Artesanos, operarios, obreros y jornaleros del sector industrial (600-899)	Asalariados con empleo permanente
Proletariado agrícola	Agricultores, ganaderos, pescadores, cazadores y afines (401-499)	Asalariados con empleo permanente
Campeños independientes	Agricultores, ganaderos, pescadores, cazadores y afines (410-419, 430-499)	Cuenta propia o familiar sin contratar empleados.
Subproletariado no agrícola	a) Empleadas domésticas, vendedores ambulantes, vive de la asistencia pública (311-319, 920-929, 990-996) b) Las mismas que semiproletariado y proletariado no agrícola (250-259, 270-279, 300-310, 500-969, 973-979)	a) Cualquiera b) Asalariado sin empleo permanente o cuenta propia o familiar sin contratar empleados.
Subproletariado agrícola	Agricultores, ganaderos, pescadores, cazadores y afines (401-499)	Asalariado sin empleo permanente

asalariado o no, si tiene un empleo permanente y, en los casos en que trabajaban por cuenta propia o en una empresa familiar, si en ese negocio se contratan empleados fijos. La ocupación fue codificada según el criterio "COTA" del Instituto Interamericano de Estadística (IASI). En el esquema se indican los grupos incluidos en cada clase social.

Esta operacionalización de la variable clase social (concepto que es de origen marxista) tiene, evidentemente, varias limitaciones, debidas, especialmente, a la naturaleza de la encuesta que no permitía incluir demasiadas preguntas sobre el tema. Sin embargo, en su descargo cabe anotar que las ciencias sociales no han definido criterios prácticos de aceptación universal para operacionalizar el concepto de clase social.

En los dos primeros grupos, que han sido definidos como de la burguesía, se incluye a todos los empleadores (aunque se trate de empresas pequeñas), a los funcionarios en puestos directivos del sector público o privado y a los profesionales técnicos y oficinistas, esto es, a personas que poseen conocimientos, habilidades o influencias que les permiten obtener remuneraciones que, generalmente, están por encima de sus necesidades vitales básicas. Incluye, por lo tanto, a personas que ejercen directa o indirectamente funciones de explotación, en el sentido marxista del término, es decir, a las personas que tienden a ser los beneficiarios de la plusvalía. Este grupo comprende al 28 por ciento de las entrevistadas (cuadro 9) y ha sido dividido en dos fracciones de clase, la segunda de las cuales (10 por ciento) se refiere a los funcionarios bajos, un grupo que está cerca del semiproletariado.

El semiproletariado (13 por ciento) define a una clase con características similares al proletariado no agrícola, pero con la diferencia de que no participa en las actividades directas de "producción" de mercancías. Incluye, pues, a los asalariados con empleo permanente en los servicios, el comercio o el transporte. Para algunos análisis, este grupo es asimilado al del proletariado no agrícola.

El proletariado, de acuerdo con el sentido marxista del término, incluye a los asalariados que no ejercen ninguna función directa o indirecta de explotación. Además, aquí se ha establecido la condición adicional de que posean empleo permanente, identificando así a un grupo que tiene poder de negociación a través de los sindicatos, lo que le ubica en situación más ventajosa que los trabajadores independientes. En esta clase social se distinguen dos fracciones: la que desempeña actividades no agrícolas (15 por ciento de las entrevistadas) y la más tradicional, que depende del sector agropecuario (8 por ciento).

El subproletariado es, en realidad, una fracción de clase del proletariado, cuya característica distintiva es que incluye asalariados sin empleo fijo y, por tanto, sin posibilidad de organizarse. Incluye también al importante grupo de las trabajadoras del servicio doméstico —aunque tengan empleo fijo— y a los trabajadores por cuenta propia de las ciudades. En general, el subproletariado es la clase social que enfrenta las condiciones de vida más adversas. Los que dependen

de actividades no agrícolas comprenden al 21 por ciento de las entrevistadas y los que dependen del sector agropecuario al 6 por ciento.

Por último, el grupo de campesinos independientes (9 por ciento de las entrevistadas) es una clase que, en ciertos aspectos, escapa al modo de producción capitalista. Se trata del grupo tradicional de trabajadores por cuenta propia en la agricultura. A diferencia del subproletariado, no venden su fuerza de trabajo a terceros y, a diferencia de la burguesía, no contratan trabajadores. No ejercen, por lo tanto, funciones de explotación ni son directamente explotados. La explotación de que pueden ser objeto es indirecta (a través del intercambio) y no constituyen un grupo de presión por las dificultades obvias que tendrían para organizarse.

A continuación se muestra el número medio de años de estudio aprobados por las mujeres de cada una de estas clases sociales, observándose que, según lo esperado, las mujeres más instruidas pertenecen a la burguesía, en tanto que el subproletariado agrícola es la clase en donde el nivel educativo es más bajo:

<i>Clase social:</i>	<i>Años de estudio:</i>
Gran y pequeña burguesía	9.4
Burguesía funcionarios	9.4
Semiproletariado	6.7
Proletariado no agrícola	6.4
Subproletariado no agrícola	6.0
Proletariado agrícola	4.8
Campesinos independientes	5.4
Subproletariado agrícola	4.6

En cuanto a la variable trabajo de la mujer, el cuadro 9 muestra que en Costa Rica alrededor de la tercera parte de las mujeres en edad fértil participa en la actividad económica. Esta proporción aparece más elevada que en las encuestas anteriores, en razón de que en esta oportunidad la pregunta se refirió a todo el último año y no al momento de la encuesta. Las entrevistadas que declararon haber trabajado el último año también pueden reclasificarse según si trabajaron la totalidad o parte del año (no se muestra en el cuadro).

Debe anotarse que en Costa Rica la participación de la mujer en la actividad económica tiene fuertes fluctuaciones a lo largo del año: es mínima en los primeros meses y alcanza un máximo hacia el final del año, que es la época de cosechas y, especialmente, de cogida del café. Esto se aprecia claramente en las cifras siguientes, obtenidas de las encuestas de hogares¹ de 1978, que muestran la tasa porcentual de participación en la actividad económica de las mujeres con 12 y más años de edad:

¹ Dirección General de Planificación del Trabajo y del Empleo y Dirección General de Estadística y Censos. *Encuesta Nacional de Hogares, Empleo y Desempleo*, ejemplares de marzo, julio y noviembre, San José, 1978.

Cuadro 10

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ($1q_0$) Y PROBABILIDAD DE MORIR EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE EDAD ($2q_0$), ESTIMADAS CON DATOS DE DIVERSAS FUENTES

Periodos	Censo o encuestas		Estadísticas vitales
	Fuente	Probabilidad	
$1q_0$ por mil			
1964-65	ENF-76	75	77
1967-69	ENF-76	74	67
1970-72	ENF-76	63	59
1973-75	ENF-76	52	40
1976-77	EPA-81 (N = 761)	26	31
1978-79	EPA-81 (N = 925)	18	32
$2q_0$ por mil*			
1968-69	Censo-73	82	73
1971-72	ENF-76	63	64
1973-74	EPA-78	38	46
1976-77	EPA-81	41	34

* Para el censo o las encuestas se trata de una estimación indirecta, obtenida con la aplicación del método de Brass (variante de Sullivan) a los datos acumulados de los hijos tenidos e hijos sobrevivientes (cuadro 12).

o/o de participación

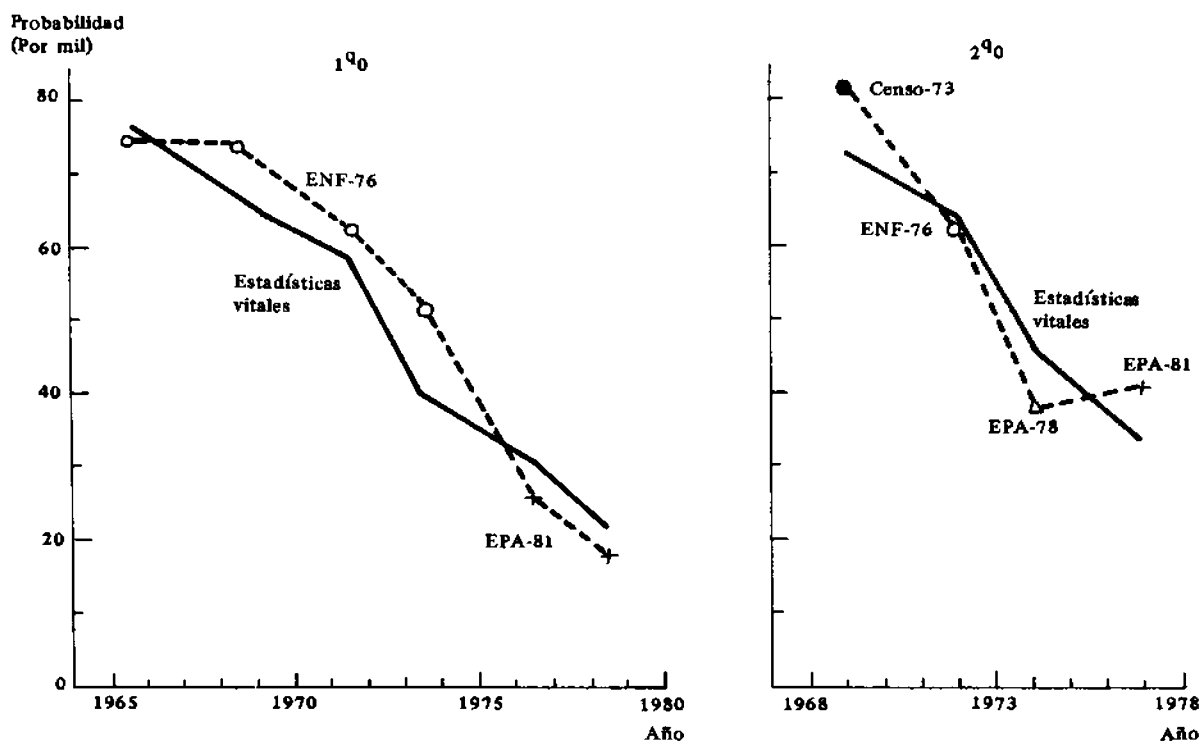
Marzo de 1978	23
Julio de 1978	25
Noviembre de 1978	31

Precisamente, estas fluctuaciones estacionales son las que explican el menor porcentaje de mujeres que trabajan de la EPA-78 (realizada a principios de año) con respecto a la ENF-76 (realizada en la segunda mitad del año). Para evitar este tipo de problemas, se decidió preguntar en la EPA-81 si había trabajado alguna vez en los 12 meses anteriores a la encuesta.

Otra variable investigada por primera vez en este tipo de encuestas es la cobertura de los servicios de salud. Se consideran cubiertas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a todas las mujeres que declararon poseer carné del Seguro Social, tanto si eran aseguradas directas como si eran aseguradas a través de un familiar. Por su parte, se consideran cubiertas por los programas de Salud Rural (SR) o Salud Comunitaria (SC) del Ministerio de Salud, a las entrevistadas que declararon que en el último año su hogar había sido visitado por funcionarios de estos progra-

Gráfico 3

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ($1q_0$) Y PROBABILIDAD DE MORIR EN LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE EDAD ($2q_0$), ESTIMADAS CON DATOS DE DIVERSAS FUENTES



Fuente: cuadro 10

mas. Esta clasificación refleja el alto grado de desarrollo del país en materia de salud, pues apenas el 13 por ciento de las entrevistadas resultaron no estar cubiertas por los servicios antes citados e, incluso, una tercera parte resultó doblemente cubierta, tanto por la CCSS como por el Ministerio de Salud (último panel del cuadro 9).

La mortalidad infantil

Como un subproducto de las encuestas de fecundidad, ha sido posible obtener tasas de mortalidad infantil para los años anteriores a la investigación (cuadro 10 y gráfico 3). Estas tasas, aunque son poco precisas por estar sujetas a relativamente grandes errores de muestreo (por ejemplo, en una muestra al azar simple de 1000 nacimientos el error de muestreo de una tasa de 30 por mil sería de ± 11), en líneas generales corroboran el notable descenso de la mortalidad infantil ocurrido en el país en la última década, el cual está bien documentado por las estadísticas vitales.

En el cuadro 10 y el gráfico 3 también se muestran las probabilidades de morir en los dos primeros años de edad, estimadas indirectamente con el método de Brass¹, que se basa en las proporciones de hijos fallecidos durante toda la vida de la mujer. Estas estimaciones, aunque son poco precisas, tienen la ventaja de basarse en una masa de información mucho mayor que las obtenidas directamente con los nacimientos y defunciones declarados por la entrevistada para un año determinado. También estas estimaciones ratifican la notable reducción ocurrida en los riesgos de muerte de los niños durante la década de los 70, que ya era conocida a través de las estadísticas vitales. Los valores más aceptables son, probablemente, los estimados con el censo de 1973 y con la EPA-81, puesto que era de esperar un resultado algo mayor que el de dichas estadísticas, debido a que la integridad del registro de defunciones de estas edades tiene un déficit que puede alcanzar al 10 por ciento. Por el contrario, la estimación obtenida con la EPA-78 (38 por mil) se aparta demasiado de la probabilidad de morir que era de esperarse en esa época (cercana al 50 por mil).

¹ Una descripción somera de este método consta en Hugo Behm, "Costa Rica 1968-1969". *La Mortalidad en los Primeros Años de Vida en Países de América Latina*. CELADE, Serie A, No. 1024, San José, 1976.

IV LA FECUNDIDAD

Pese a que el objetivo central de la encuesta no era el de producir datos detallados acerca de la fecundidad, se tuvo el cuidado de incluir en el cuestionario algunas preguntas orientadas a su medición, las cuales ofrecen una información de indudable valor que es someramente analizada en el presente capítulo.

Los datos recolectados sobre este tópico fueron, a grandes rasgos, el número total de embarazos y nacidos vivos tenidos por la mujer durante toda su vida y el número de hijos que estaban vivos al momento de la encuesta. Además, se obtuvo un detalle sobre la fecundidad en el período 1976-1981, por medio de preguntas sobre las fechas de nacimiento de los últimos hijos.

Con esta información, el presente capítulo muestra y analiza los resultados referentes a la fecundidad acumulada y a los embarazos perdidos, así como el nivel y la tendencia de la fecundidad con tasas calculadas para cada año calendario. También se analiza la fecundidad conyugal, la proporción que continúa procreando y los intervalos genésicos, así como las diferencias existentes en la fecundidad de distintas subpoblaciones y la evolución en el tiempo de estas diferencias.

Por otra parte, el capítulo también incluye una breve sección acerca de la lactancia materna y el período de amenorrea post-parto, aspectos que fueron investigados con relación a los últimos hijos.

Resultado de los embarazos

Del total de embarazos declarados por las entrevistadas, cerca del 90 por ciento concluyó en nacido vivo, y algo más del 10 por ciento en aborto o nacido muerto, cifras que son muy semejantes a las obtenidas en otras investigaciones y apenas compatibles con los niveles fisiológicos de aborto espontáneo (cuadro 11).

El porcentaje de embarazos perdidos (abortos más nacidos muertos) muestra un comportamiento según la edad que es bien conocido: disminuye en las primeras edades hasta alcanzar un mínimo alrededor de los 25 años y torna a elevarse entre las mujeres de mayor edad. Esto se verifica en las cifras del cuadro 11, no obstante que se trata de un dato acumulativo, es decir, de embarazos perdidos durante toda la vida de la mujer hasta el momento de la encuesta.

Cuadro 11

DISTRIBUCION DE LOS EMBARAZOS SEGUN EL RESULTADO DE ESTOS Y PORCENTAJE DE EMBARAZOS PERDIDOS POR EDAD ACTUAL DE LA ENTREVISTADA. COMPARACION CON OTRAS FUENTES

Resultado del embarazo y edad	SIDESCO			
	ENF-76	EPA-78	1980*	EPA-81
(N Mujeres)	(3935)	(3400)	(20398)	(4580)
(N Embarazos)	(10073)	(9421)	(45047)	(11714)
Promedio de embarazos	3.8	2.8	2.2	2.6
Distribución porcentual				
Resultado del embarazo				
<i>Total</i>	100	100	100	100
Nacido vivo	88	88	88	89
Nacido muerto	2	2	2	1
Aborto	10	10	10	10
% de Embarazos perdidos				
Edades				
<i>Total (15-49)</i>	...	12	12	11
<i>Total (20-49)</i>	12	12	12	11
15-19	...	9	9	11
20-24	11	10	10	10
25-29	11	11	11	9
30-34	12	10	14	10
35-39	12	10	13	11
40-44	12	13	15	13
45-49	13	13	16	13

* Fuente: Asociación Demográfica Costarricense. *Estadísticas Del Servicio de Planificación Familiar, 1980*. El dato corresponde a las mujeres que se inscribieron por primera vez en el programa de planificación familiar durante 1980.

La EPA-81 también investigó si alguno de los abortos declarados por la entrevistada fue provocado, obteniéndose, como en otras encuestas, resultados prácticamente nulos. En efecto, tan sólo 18 entrevistadas (2 por ciento de las que han tenido pérdidas) declararon haber recurrido al aborto provocado y de éstas es posible que algunas lo hicieran con fines terapéuticos.

Dado que el aborto es socialmente reprobado y que las leyes costarricenses lo reprimen severamente, podría pensarse que las mujeres que han recurrido a él no lo declaren en la encuesta. No obstante, en investigaciones similares llevadas a cabo en poblaciones donde los abortos ilegales son frecuentes, se ha podido comprobar que no todas las mujeres mienten, de manera que las cifras de las encuestas reflejan, por lo menos parcialmente, esa realidad. En consecuencia, con los datos de la EPA-81 y de las encuestas anteriores puede afirmarse que en Costa Rica el aborto provocado no tiene una incidencia significativa.

La fecundidad acumulada

Los datos del cuadro 12 se refieren a los hijos tenidos durante toda la vida de la mujer; miden, por lo tanto, una fecundidad acumulada que es menos sensible a las variaciones en el tiempo y, por ende, poco útil para el análisis en

contextos de rápido cambio como lo es el costarricense. No obstante lo anterior, la comparación entre las encuestas refleja en cierto grado el descenso de la fecundidad ocurrido en Costa Rica.

La evolución del promedio de hijos tenidos según la edad de la mujer sigue el patrón esperado, sin que sea evidente ninguna inconsistencia grave. Empero, cuando se compara cada uno de estos promedios con el correspondiente a las mujeres de la misma generación en la encuesta realizada 5 años atrás (1976) se detecta una inconsistencia en las generaciones con 45-49 años de edad en 1981, quienes en 5 años, en lugar de aumentar, han disminuido su promedio de hijos tenidos de 6.1 a 5.9. Ello, sin embargo, puede ser solamente resultado del azar, pues el error de muestreo calculado en la EPA-81 señala que el verdadero promedio de estas mujeres puede estar entre 5.5 y 6.3 hijos.

Conviene anotar, por otra parte, que el promedio de 6 hijos de las mujeres que estaban terminando su vida fértil en la EPA-81, no refleja la fecundidad total existente en esta época, la cual como se verá más adelante, es de menos de

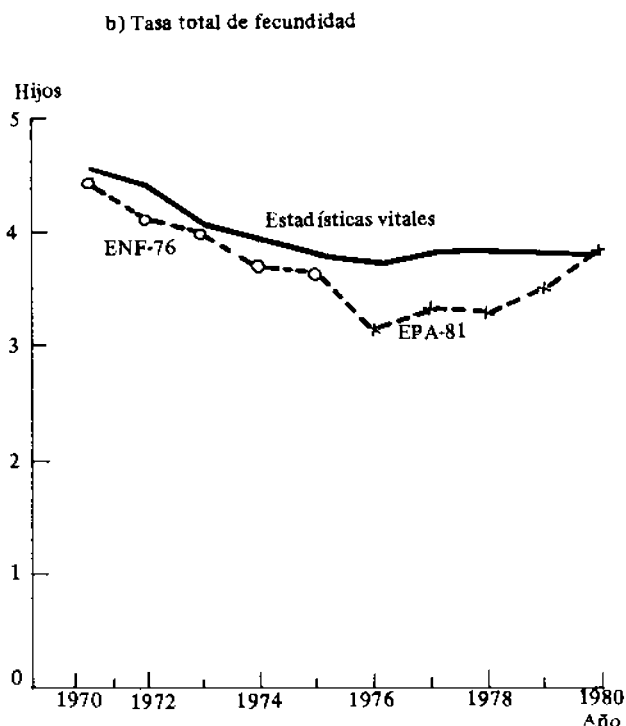
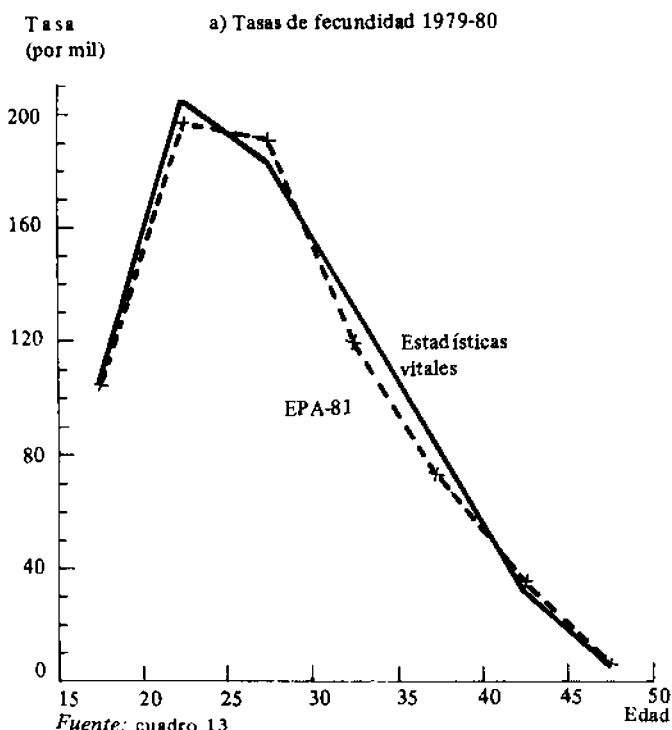
Cuadro 12

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y DE HIJOS SOBREVIVIENTES Y PROPORCION DE HIJOS FALLECIDOS, SEGUN LA EDAD DE LA MUJER EN LA ENTREVISTA. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981

Edad	(N-81)	ENF-76	EPA-78	EPA-81
(N)		(3935)	(3400)	(4580)
Hijos nacidos vivos				
<i>Total (15-49)</i>	(4580)	...	2.45	2.27
<i>Total (20-49)</i>	(3448)	3.38	3.16	2.96
15-19	(1132)	...	0.20	0.18
20-24	(948)	0.98	1.02	1.02
25-29	(738)	2.00	1.99	1.99
30-34	(575)	3.51	3.37	3.16
35-39	(481)	4.79	4.43	4.17
40-44	(377)	6.09	5.54	5.32
45-49	(329)	6.69	6.45	5.90
Hijos sobrevivientes				
<i>Total (15-49)</i>	(4580)	...	2.27	2.11
<i>Total (20-49)</i>	(3448)	3.06	2.92	2.74
15-19	(1132)	...	0.20	0.18
20-24	(948)	0.93	0.99	0.98
25-29	(738)	1.85	1.91	1.91
30-34	(575)	3.24	3.17	2.96
35-39	(481)	4.32	4.08	3.85
40-44	(377)	5.47	5.10	4.77
45-49	(329)	5.81	5.70	5.36
Proporción de fallecidos (por 1000)				
<i>Total (15-49)</i>	(10409)	...	73	71
<i>Total (20-49)</i>	(10205)	96	74	73
15-19	(204)	...	30	10
20-24	(967)	51	28	37
25-29	(1469)	77	41	39
30-34	(1815)	78	58	62
35-39	(2007)	98	78	75
40-44	(2006)	102	85	103
45-49	(1941)	132	116	92

Gráfico 4

TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD DE 1979-80 Y EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE FECUNDIDAD 1970-80, ESTADISTICAS VITALES, ENF-76 Y FPA-81



4 hijos. Esto se debe a que las mujeres de más edad de la EPA-81 estuvieron sometidas en su juventud al régimen de alta fecundidad prevaleciente en Costa Rica hasta hace dos décadas. Será necesario esperar todavía un par de décadas más para observar las familias completas con menos de 4 hijos, actualmente en formación.

Nivel y tendencia de la fecundidad general

La investigación detallada de la historia de embarazos del período 1976-80 llevada a cabo en la EPA-81, permite calcular todo tipo de tasas de fecundidad para estos años y completar la serie que hasta 1975 proporcionó la ENF-76. Así, en el cuadro 13 se presentan las tasas de fecundidad por edad de 1979-80 y se las compara con las obtenidas de las estadísticas vitales para esos años y con las estimadas en las otras encuestas para años anteriores. También se muestra la tasa de fecundidad total¹ estimada, para cada año calendario, con las tasas por edad correspondientes a ese año.

Se destaca, en primer lugar, el alto grado de coherencia entre las tasas por edad de la EPA-81 y las de las estadísticas vitales para el período 1979-80 (véase también el gráfico 4.a). Esta coincidencia de resultados inspira confianza en

la veracidad de las estimaciones provenientes de ambas fuentes.

Sin embargo, al comparar la tasa total de fecundidad de cada año, surgen algunas discrepancias entre las estimadas con datos de las encuestas y las de las estadísticas vitales, que pese a no ser particularmente graves (algunas pueden explicarse por errores de muestreo), apuntan hacia el hecho de que, sistemáticamente, las encuestas de 1976 y 1981 dan como resultado una fecundidad más baja (véase el gráfico 4.b). Ello podría deberse a que las tasas calculadas con las estadísticas vitales están ligeramente sobreestimadas por cuanto, probablemente, la población que se utilizó como denominador es muy baja por la no inclusión de inmigrantes extranjeros.

En todo caso, ambos juegos de tasas totales de fecundidad corroboran un hecho que ya era conocido: el rápido descenso de la fecundidad costarricense concluyó alrededor de 1975. La segunda mitad de la década se caracteriza, entonces, por el estancamiento de la fecundidad total en algo menos de 4 hijos, estancamiento que ha sido hasta cierto punto sorprendente luego de la rápida disminución ocurrida en los 15 años anteriores. Incluso parece que en algunos años (1977 y 1978, según las estadísticas vitales) la tendencia se ha invertido, registrándose ligeros aumentos. Ello es más evidente con las tasas de la EPA-81, que muestran una clara tendencia al aumento de la fecundidad entre 1976 y 1980, aunque es posible que ella no sea genuina sino causada por errores de muestreo o por errores en la declara-

¹ La tasa de fecundidad total es la suma de las tasas por edad y se interpreta como el promedio de hijos que tendría una cohorte al término de su vida fértil si en las distintas edades tuviese una fecundidad como la del año en estudio.

Cuadro 13

EVOLUCION DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y DE LA FECUNDIDAD TOTAL SEGUN LAS ESTADISTICAS VITALES Y LAS ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981

Edad y año	ENF-76	EPA-78	EPA-81	Vitales
Tasas por mil mujeres				
(Año)	(1974-75)	(1977)	(1979-80)	(1979-80)
<i>Edad</i>				
15-19	84	110	106	107
20-24	186	226	197	206
25-29	160	196	191	184
30-34	136	116	120	133
35-39	85	103	74	83
40-44	47	51	36	32
45-49	9	14	6	5
<i>Total</i>				
(hijos)	3.5	4.1	3.6	3.7
Fecundidad total (hijos por mujer)				
Año				
1971	4.4			4.6
1972	4.1			4.4
1973	4.0			4.1
1974	3.7			3.9
1975	3.6			3.8
1976			3.2	3.7
1977		4.1	3.3	3.8
1978			3.3	3.9
1979			3.5	3.8
1980			3.8	3.7

Nota: Cuando la información de las encuestas fue insuficiente para calcular las tasas de 15-19 ó 45-49 años de edad en un año determinado, éstas fueron estimadas mediante las relaciones siguientes:

$$f(15-19) = -0.0485 + 0.8253 * f(20-24) - 0.1356 * f(25-29)$$

$$\ln F(50) = 0.0114 + 1.0011 * \ln F(45)$$

ción de las fechas de los nacimientos. A este respecto se debe tener presente que las historias de embarazos de las encuestas no son un medio muy idóneo para detectar cambios de la fecundidad en el corto plazo.

Deliberadamente no se ha incluido en las comparaciones anteriores la estimación obtenida con la EPA-78, en razón de que produjo unas tasas de fecundidad demasiado elevadas, que no son compatibles con las de las otras dos encuestas. Es posible que ello se deba al problema, ya anotado en el capítulo anterior, de que en esta primera encuesta de prevalencia anticonceptiva se entrevistó a una proporción demasiado alta de mujeres en unión. También es posible que las estimaciones basadas en una sola pregunta sobre la fecha del último nacido vivo (que fue el procedimiento seguido en la EPA-78) sean menos confiables por estar más afectadas por los errores de declaración.

La fecundidad conyugal

Este es un tema que solamente puede ser estudiado a través de encuestas, ya que las estadísticas vitales no publican la información necesaria para hacerlo (por ejemplo, los nacimientos según duración del matrimonio), o porque los

pocos datos que se publican están limitados a los matrimonios legalmente constituidos, sin que se disponga de información alguna acerca de las uniones consensuales.

En el cuadro 14 se comparan las tasas de fecundidad conyugal de la EPA-81 (período 1979-80) con las de la ENF-76 (período 1974-75), observándose que el total prácticamente no ha cambiado en el período. Este resultado confirma el obtenido con la fecundidad general, sólo que ahora se trata de uno que está libre del efecto que pudieron haber tenido los cambios en la nupcialidad.

No obstante lo anterior, el examen más detallado de las tasas por duración de la unión (gráfico 5) informa que en la segunda mitad de la década de los 70 continuó declinando la fecundidad de las mujeres con más de 15 años de unión; pero esto ha sido contrarrestado por el aumento que muestran las tasas entre los 4 y 14 años de unión. Es posible que este aumento se haya debido al nacimiento de hijos que fueron postergados en años anteriores.

El "quantum" y el "tempo" de la fecundidad

Las dos decisiones básicas que determinan la fecundidad de una población son la de cesar la procreación una vez que se ha alcanzado el tamaño deseado de la familia ("quantum") y las relacionadas con el espaciamiento entre los hijos ("tempo"). En el cuadro 15 y en el gráfico 6 se incluye el porcentaje que tuvo hijos en los últimos cinco años y el intervalo genésico de los niños nacidos en los últimos 5 años, variables que, respectivamente, dan una idea sobre estos dos aspectos del comportamiento reproductivo de las costarricenses.

La comparación con los datos de la ENF-76 muestra que el porcentaje que continuó procreando se mantuvo prácticamente constante en las uniones con menos de 15 años de duración, en tanto que disminuyó en las uniones con más de 15 años, causando así el aumento ya comentado de la fecundidad conyugal en estas duraciones. Por su parte, los nacimientos de la época cercana a la EPA-81 han ocurrido

Cuadro 14

TASAS DE FECUNDIDAD CONYUGAL POR DURACION DE LA UNION SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres no solteras)

Años desde la primera unión	ENF-76 (1974-75)	EPA-81 (1979-80)
Tasas por mil mujeres		
0- 1	410	410
2- 3	298	292
4- 5	222	240
6- 7	171	205
8- 9	165	186
10-14	118	127
15-19	91	63
20-24	57	38
25-29	(23)	(14)
<i>Fecundidad total</i>		
(Hijos por mujer)	3.9	3.8

Cuadro 15

**PORCENTAJE DE MUJERES QUE TUVO HIJOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS Y PROMEDIO DEL
ULTIMO INTERVALO GENESICO DE ESTAS MUJERES SEGUN DURACION DE LA
UNION, ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres no solteras)**

Años desde la primera unión	°/o que tuvo hijos			Intervalo en años		
	(N-81)	ENF-76 (1971-75)	EPA-81 (1976-80)	(N-81)	ENF-76 (1971-75)	EPA-81 (1976-80)
<i>Total</i>	<i>(2896)</i>	<i>54</i>	<i>53</i>	<i>(1535)</i>	<i>2.9</i>	<i>3.1</i>
Menos de 5	(717)	76	74	(532)	1.8	1.6
5- 9	(696)	78	78	(545)	2.6	3.0
10-14	(475)	53	53	(253)	3.5	4.4
15-19	(370)	38	29	(109)	4.0	5.5
20-24	(334)	29	19	(62)	4.2	6.3
25-29	(235)	23	13	(30)	4.2	(5.2)
30 y +	(69)	5	6	(4)	(4.5)	(3.3)

luego de un intervalo mayor que los de la ENF-76, es decir que se trata de embarazos que venían siendo postergados.

Diferencias socioeconómicas de la fecundidad

En el cuadro 16 se presentan las tasas totales de fecundidad general y conyugal correspondientes a los 5 años inmediatamente anteriores a la encuesta, las cuales fueron calculadas para una serie de subpoblaciones por medio de dos modelos. El de la fecundidad general supuso que el cociente entre los hijos tenidos en los últimos 5 años y la fecundidad esperada, es una función lineal de la edad a mediados del intervalo. Por su parte, el modelo de la fecundidad conyugal supuso que dicho cociente es una función lineal del logaritmo de la posición relativa de la mujer en su período reproductivo (que está comprendido entre la unión y los 50 años de edad)¹. Los parámetros del modelo fueron estimados para cada subpoblación utilizando la técnica de la regresión. Con ellos y con una relación para la fecundidad acumulada de toda la vida fértil de la mujer (obtenida integrando la función básica del modelo) se obtuvo la tasa total de fecundidad. En el caso de la fecundidad general, esta tasa total es similar a la convencionalmente utilizada en demografía, pero en el caso de la fecundidad conyugal debe interpretarse como la familia completa que tendría una mujer unida a los 20 años de edad y que permanece en unión durante toda su vida fértil (hasta los 50 años). Esta tasa total de fecundidad conyugal está, en consecuencia, libre de las perturbaciones que produce la nupcialidad (edad al matrimonio, celibato permanente y rupturas de uniones).

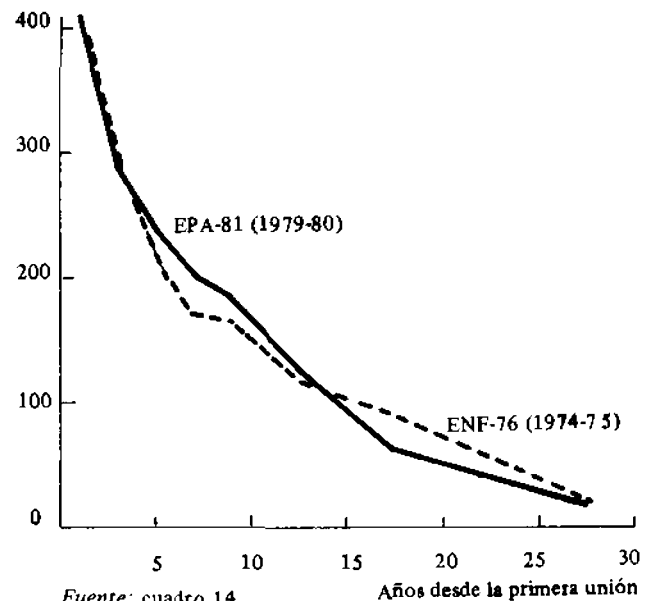
Las diferencias en la fecundidad de las distintas subpoblaciones incluidas en el cuadro 16 son, en general, las esperadas; esto es que las mujeres de las ciudades, de las clases sociales más altas y, especialmente, las más educadas y las

que trabajan tienen menos hijos. Pero, aunque la fecundidad de estas mujeres es significativamente menor que la del resto, las diferencias entre grupos extremos no son tan agudas como las que suelen observarse en otros países de América Latina. En cifras redondas, el rango de variación de la tasa total de fecundidad se sitúa entre los 3 y 5 hijos.

Es interesante notar, por otra parte, que las diferencias o diferenciales socioeconómicos de la fecundidad son más pronunciados cuando ésta es medida con la tasa total general que cuando lo es con la conyugal. Ello puede apreciarse mirando los coeficientes de correlación (que son más bajos en el segundo caso) o notando que en ciertas subpoblaciones la fecundidad general alcanza valores de menos de tres hijos, cosa que no sucede con la fecundidad conyugal. La explicación de esto radica en que los estratos con

Gráfico 5

**TASAS DE FECUNDIDAD CONYUGAL POR DURACION DE
LA UNION SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976 Y 1981**



Fuente: cuadro 14

Años desde la primera unión

¹ Una descripción detallada de este modelo y de los valores de la fecundidad esperada o fisiológica consta en Rosero, *et. al.*, *Determinantes del descenso de la fecundidad en Costa Rica: análisis longitudinal de tres encuestas*. Dirección General de Estadística y Censos (en prensa). Para el modelo de fecundidad general se utilizó la siguiente relación para estimar la tasa total: $TTI = 3.65a + 3.347b$ en donde a y b son los parámetros del modelo, estimados con regresión mínimo cuadrática.

Cuadro 16

TASA TOTAL DE FECUNDIDAD GENERAL Y CONYUGAL
SEGUN VARIABLES SOCIOECONOMICAS.
1976-80 APROXIMADAMENTE
(Hijos por mujer al término de la vida fértil)

Variable	(N ^a)	Tasas observadas		Tasas ajustadas ^b	
		Gene- ral	Conyu- gal	Gene- ral	Conyu- gal
<i>Total</i>	(4580)	3.4	3.9	3.4	3.9
<i>Residencia</i>					
Área Metropolitana	(1481)	3.1	3.5	3.1	3.5
Valle Central urbano	(576)	3.0	3.5	3.0	3.5
Valle Central rural	(964)	3.6	4.2	3.6	4.2
Resto urbano	(400)	3.4	3.3	3.4	3.3
Resto rural	(1159)	4.2	4.4	4.2	4.4
(r x 100)		(12)	(7)	(12)	(7)
<i>Clase Social</i>					
Gran y pequeña burguesía	(819)	3.0	3.6	3.2	3.7
Funcionarios bajos	(446)	3.1	3.4	3.4	3.5
Semiproletariado	(593)	3.1	3.6	3.2	3.7
Proletariado no agrícola	(671)	3.7	3.9	3.8	4.0
Subproletariado no agrícola	(942)	3.3	3.8	3.3	3.8
Proletariado agrícola	(378)	3.8	4.1	3.4	3.9
Campesinos indepen- dientes	(431)	3.8	4.7	3.3	4.4
Subproletariado agrí- cola	(300)	4.4	4.5	4.0	4.2
(r x 100)		(11)	(9)	(9)	(7)
<i>Educación</i>					
Ninguna	(187)	5.1	5.2	4.8	5.1
Menos de 3 primaria	(355)	4.7	5.4	4.5	5.3
Primaria 3-5	(860)	3.9	4.2	3.8	4.1
Primaria completa	(1297)	3.3	3.5	3.3	3.5
Secundaria 1-4	(951)	3.3	3.6	3.4	3.7
Secundaria completa	(530)	2.6	3.2	2.7	3.2
Universitaria	(400)	2.7	3.4	2.8	3.4
(r x 100)		(21)	(13)	(18)	(11)
<i>Empleo femenino</i>					
No trabajó	(2864)	3.7	4.1	3.9	4.1
Trabajó parte del año	(686)	2.8	3.3	3.1	3.2
Trabajó todo el año	(1030)	1.9	3.0	2.3	3.3
(r x 100)		(19)	(9)	(16)	(7)
<i>Tipo de unión</i>					
Legal	(2001)		3.8	-	3.9
Consensual	(375)		3.9	-	3.6
(r x 100)			(3)	-	(2)
Asociación con todas las socioeconómicas					
(r x 100)			(28)	(16)	

a Se muestra el número de casos para el cálculo de la fecundidad general exclusivamente. La fecundidad conyugal fue computada únicamente con las mujeres que se encontraban en su primera unión, esto es N = 2376.

b Tasas en las que ha sido controlado el efecto de las variables precedentes, en orden de aparición en el cuadro.

tantos segmentos de la población costarricense, es decir que hoy las diferencias socioeconómicas son menores que 20 años atrás. Esto significa que las variables socioeconómicas han perdido importancia como determinantes de la fecundidad.

El gráfico 7 también muestra con claridad que la fecundidad ha dejado de disminuir en todas las subpoblaciones consideradas. Esta finalización del proceso de rápido descenso de la fecundidad parece haberse presentado en primer lugar en los grupos de mejor condición socioeconómica. Por ejemplo, en el grupo con 7 y más años de instrucción el descenso parece haber concluido en 1969, año en el que alcanzó una tasa total de 2.7 hijos, que es el valor mínimo logrado por este grupo. En el área rural, en cambio, la fecundidad continuó disminuyendo hasta 1977, año en el que alcanzó la tasa más baja observada en este sector (3.7 hijos).

La lactancia y la amenorrea post parto

Como es bien conocido, la fecundidad puede ser afectada por dos tipos de mecanismos: por una parte, mediante la prevención deliberada de los nacimientos y, por otra, mediante prácticas que sin proponérselo afectan a la fecundidad, entre las que destacan los patrones de nupcialidad y los hábitos de lactancia. Esta última variable actúa como agente controlador, incrementando el período de esterilidad temporal (amenorrea) posterior al parto.

Cuadro 17

EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE FECUNDIDAD SEGUN
RESIDENCIA Y EDUCACION, EN EL PERIODO 1960-1980.
DATOS DE VARIAS FUENTES
(Promedios móviles de tres años)

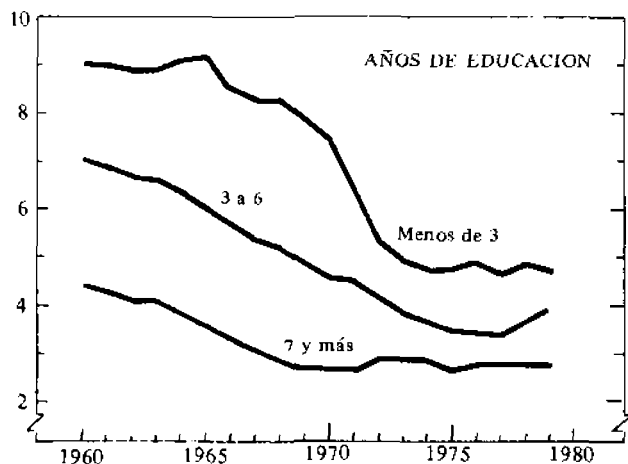
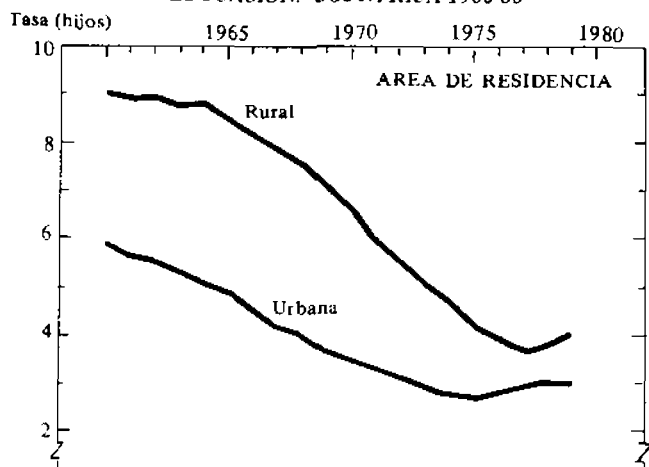
Años	Total	Educación ^a			Residencia	
		Menos de 3	De 3 a 6	7 y más	Urbana	Rural
Censo de 1973 (hijos propios)						
1960	7.5	9.0	7.0	4.4	5.9	9.0
1961	7.4	9.0	6.9	4.3	5.7	8.9
1962	7.3	8.9	6.7	4.1	5.6	8.9
1963	7.2	8.9	6.6	4.1	5.4	8.8
1964	7.1	9.1	6.4	3.9	5.2	8.8
1965	6.8	9.2	6.1	3.6	4.9	8.5
1966	6.5	8.5	5.7	3.3	4.5	8.2
1967	6.1	8.3	5.4	3.1	4.2	7.9
1968	5.9	8.3	5.2	2.9	4.0	7.6
1969	5.6	7.9	4.9	2.7	3.7	7.2
1970	5.2	7.5	4.6	2.7	3.5	6.7
ENF-76						
1971	4.6	6.4	4.5	2.7	3.3	6.0
1972	4.2	5.4	4.2	2.9	3.1	5.5
1973	3.9	5.0	3.9	2.9	2.9	5.1
1974	3.8	4.8	3.7	2.9	2.8	4.7
1975	3.5	4.8	3.5	2.7	2.7	4.2
EPA-81						
1976	3.3	4.9	3.4	2.8	2.8	3.9
1977	3.2	4.7	3.4	2.8	2.9	3.7
1978	3.4	4.9	3.6	2.8	3.0	3.8
1979	3.5	4.8	3.9	2.8	3.0	4.0

Fuente: 1960-1970: Behm y Guzmán, *Diferencias socioeconómicas del descenso de la fecundidad en Costa Rica, 1960-1970*, Séptimo Seminario Nacional de Demografía, San José, Costa Rica, 1979.

a Para 1960-1970 los grupos de educación son: menos de 4, 4-6 y 7 y más; y se refieren a los años aprobados por el jefe del hogar.

Gráfico 7

EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE FECUNDIDAD
SEGUN RESIDENCIA URBANA O RURAL Y
EDUCACION. COSTA RICA 1960-80



Fuente: cuadro 17

La encuesta recolectó información sobre la duración de la lactancia de los dos últimos hijos y sobre la amenorrea posterior al último nacimiento, una parte de la cual se presenta en los cuadros 18 y 19 y en los gráficos 8 y 9.

Los datos de amenorrea resultaron muy coherentes con los de lactancia del último hijo (gráfico 8), observándose que un mes adicional en la duración de la lactancia incrementa la infecundidad posterior al parto en aproximadamente 0.34 meses. Este resultado, semejante al obtenido en otras investigaciones¹, es muy significativo pues se temía que las respuestas sobre la duración de la amenorrea pudieran ser poco fidedignas.

¹ Por ejemplo, en una función propuesta por Bongaarts, al pasar la duración de la lactancia de 4 a 5 meses se produce un incremento de 0.30 meses en el período de infertilidad (de 3.06 a 3.36). La función es presentada en Bongaarts y Kirmeyer, "Estimating the Impact of Contraceptive Prevalence on Fertility", en *Working Papers* No. 63, Center for Policy Studies, Population Council, New York, 1980.

Cuadro 18

DISTRIBUCION DE LA DURACION DE LA LACTANCIA Y DE
LA AMENORREA POST ULTIMO HIJO Y PROMEDIOS DE
AMENORREA SEGUN DURACIONES DE LA LACTANCIA
(Mujeres con por lo menos 1 hijo)

Meses	Lactancia	Amenorrea	Meses ^a promedio amenorrea
(N con información)	(2935)	(2856)	
Total	100	100	3.6
No le dio del pecho	21	-	1.8
-- de 3 meses	18	58	2.0
3-5 meses	18	16	2.5
6 meses	8	4	3.3
7-8 meses	5	4	4.4
9-11 meses	5	3	5.5
12 meses	5	4	7.2
13-17 meses	3	2	8.1
18 meses	2	1	8.0
19-23 meses	1	0	8.9
24 meses	2	1	9.5
25 meses y más	2	0	12.8
Aún en lactancia o en amenorrea	10	7	
Promedio en meses	5.5	3.6	-
(N "no recuerda")	(5)	(84)	(84)

^a El promedio corresponde a las mujeres con la duración de la lactancia indicada en la columna matriz; para su cálculo fueron excluidas las mujeres aún en amenorrea.

Cuadro 19

PORCENTAJE EN PERIODO DE LACTANCIA Y DE
AMENORREA SEGUN LOS MESES TRANSCURRIDOS DESDE
EL NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO.
ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres con por lo menos un hijo)

Meses desde el último hijo	(N-81)	En lactancia		En amenorrea
		ENF-76	EPA-81	EPA-81
Total	(2940)	7	10	6
0-1	(60)	67	90	90
2-3	(90)	32	61	56
4-5	(105)	32	40	20
6-7	(87)	37	35	15
8-9	(80)	28	26	9
10-11	(104)	21	22	12
12-17	(254)	9	15	5
18-23	(193)	8	9	2
24-29	(181)	2	4	1
20-35	(136)	3	1	0
36 y más	(1650)	0	0	1
		Duración media (en meses) ^a		
Total		5.6	7.2	4.3
Urbana		4.2	6.0	3.9
Rural		7.0	8.2	5.0

^a Estimada como la suma de las proporciones de mujeres que, en cada mes, aún permanecen en lactancia (o amenorrea).

Para cuantificar la duración media de estos períodos se optó por una medida sintética, calculada con base en las proporciones de mujeres que al momento de la encuesta se encontraban dando el pecho (o en amenorrea), clasificadas según el tiempo transcurrido desde el último nacimiento (cuadro 19). Este procedimiento ha permitido estimar que en Costa Rica la duración media de la lactancia actualmente es de poco más de 7 meses (nótese que las mujeres que no dieron el pecho fueron incluidas con cero meses de lactancia), en tanto que el promedio del período de amenorrea post-parto se sitúa en algo más de 4 meses. Se ha encontrado, además, que estos períodos son más prolongados en la zona rural que en las ciudades.

Utilizando el mismo procedimiento se estimó la duración media de la lactancia con los datos de la encuesta de 1976, obteniéndose un valor de 5.6 meses. Este resultado, comparado con el de la EPA-81 (7.2 meses) permite concluir que en el quinquenio se ha producido un claro incremento en los hábitos de la lactancia materna de las costarricenses, el cual ha sido mayor en el área urbana (véase el gráfico 9). Ello ha sido probablemente el resultado de las fuertes campañas desarrolladas en estos años por entidades públicas de salud para promover el amamantamiento de los hijos, las que de esta manera han logrado revertir la tendencia de disminución de la lactancia materna que venía observándose en el pasado.

Gráfico 8

DURACION PROMEDIO DE LA AMENORREA POST ULTIMO HIJO SEGUN LA DURACION DE LA LACTANCIA

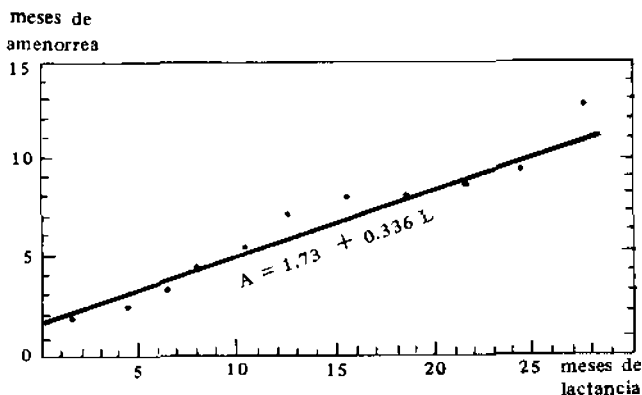
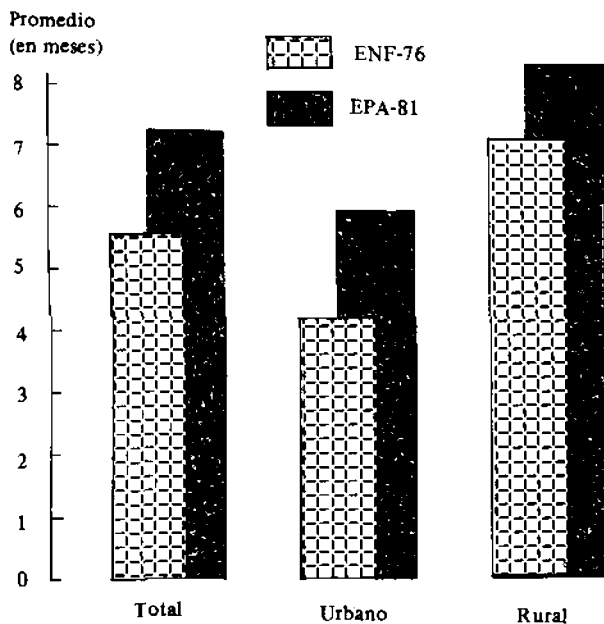


Gráfico 9

DURACION PROMEDIO DE LA LACTANCIA EN EL AREA URBANA Y RURAL SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976 Y 1981



Fuente: cuadro 19

V. LAS PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

En este capítulo se estudian los aspectos relacionados con la "demanda de hijos", o sea, la motivación para regular la fecundidad. Se analiza el deseo, manifestado por las entrevistadas, de cesar o de espaciar la procreación y, especialmente, del tamaño ideal o preferido de familia. Se intenta, además, un breve análisis del grado de consistencia de las respuestas sobre estos tópicos, esto es, la ambivalencia de las preferencias declaradas.

El deseo de cesar la procreación

La EPA-81 ratifica los resultados obtenidos en encuestas anteriores, en el sentido de que más de la mitad de las costarricenses participantes en el proceso reproductivo no desea tener más hijos (cuadro 20). Debe anotarse, sin embargo, que en la EPA-78 la pregunta ¿desea usted tener hijos algún día? fue formulada en forma un tanto diferente, pues se sustituyó la palabra "desea" por "piensa", por lo que conviene limitar las comparaciones a las encuestas de 1976 y 1981 exclusivamente.

Esta comparación revela que en 1976 las pocas mujeres que, sin haber tenido por lo menos dos hijos, deseaban cesar la procreación eran más numerosas que en 1981. Este cambio es en sentido opuesto al que se observa entre las mujeres con por lo menos dos hijos, quienes han acentuado su deseo de no procrear más (gráfico 10).

Los ideales de espaciamiento de los hijos

Como ya se mencionó, las decisiones reproductivas giran no sólo en torno a "cuántos" hijos tener (deseo de cesar la procreación) sino también en torno a "cuándo" tenerlos (espaciamiento de los hijos). Lamentablemente, este último aspecto ha sido poco estudiado y únicamente a partir de la EPA-78 se incluyó una pregunta sobre el tema, habiéndose encontrado en esa oportunidad que la proporción de mujeres que deseaba tener un hijo "pronto" o el próximo año era bastante pequeña. En la EPA-81, esta situación se ha modificado (cuadro 21 y gráfico 11), registrándose un incremento en dicha proporción, el cual, en la medida en que refleje las verdaderas intenciones de las entrevistadas, podría ser una señal de que la fecundidad de 1982 será mayor que la de 1979. Debe anotarse, sin embargo, que al mismo tiempo se ha reducido notablemente la proporción de casos sin respuesta (de 17 a 3 por ciento), lo que intro-

Cuadro 20

PORCENTAJE QUE NO DESEA MAS HIJOS POR EDAD E HIJOS VIVOS, SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión y fértiles)

Edad e hijos vivos	(N-81)	ENF-76	EPA-78	EPA-81
(N)	(2542)	(2542)	(1901)	(2454)
Total (15-49)	(2454)	...	55	52
Total (20-49)	(2282)	54	58	56
Edad				
15-19	(172)	...	24	10
20-24	(500)	21	30	24
25-29	(520)	39	41	38
30-34	(447)	56	63	60
35-39	(362)	73	73	75
40-44	(260)	80	89	89
45-49	(193)	80	90	90
(Eta x 100)		(44)	(46)	(52)
Hijos vivos ^a				
0	(111)	11	7	5
1	(450)	15	19	8
2	(601)	36	49	43
3	(435)	61	73	63
4	(276)	70	69	74
5	(184)	75	75	83
6 y más	(397)	83	80	86
(Eta x 100)		(52)	(49)	(57)

^a Incluido el embarazo actual como un hijo vivo.

duce la duda de que el mayor esfuerzo desplegado en la EPA-81 para obtener una respuesta válida haya sido la causa de este incremento en la proporción que declaró desear un hijo "próximamente".

Por otra parte, es interesante destacar que el incremento de la proporción que desea un hijo próximamente se presenta en todos los grupos de edad de la mujer y en todos los tamaños de familia (segundo y tercer panel del cuadro 21). En cambio, según el tiempo transcurrido desde el último nacido vivo, se observa que entre quienes lo tuvieron en una época cercana a la encuesta, prácticamente no ha variado la proporción de mujeres dispuestas a tener otro hijo en un futuro próximo, limitándose el incremento, por lo tanto, a aquéllas con niños de 2 años o más de edad.

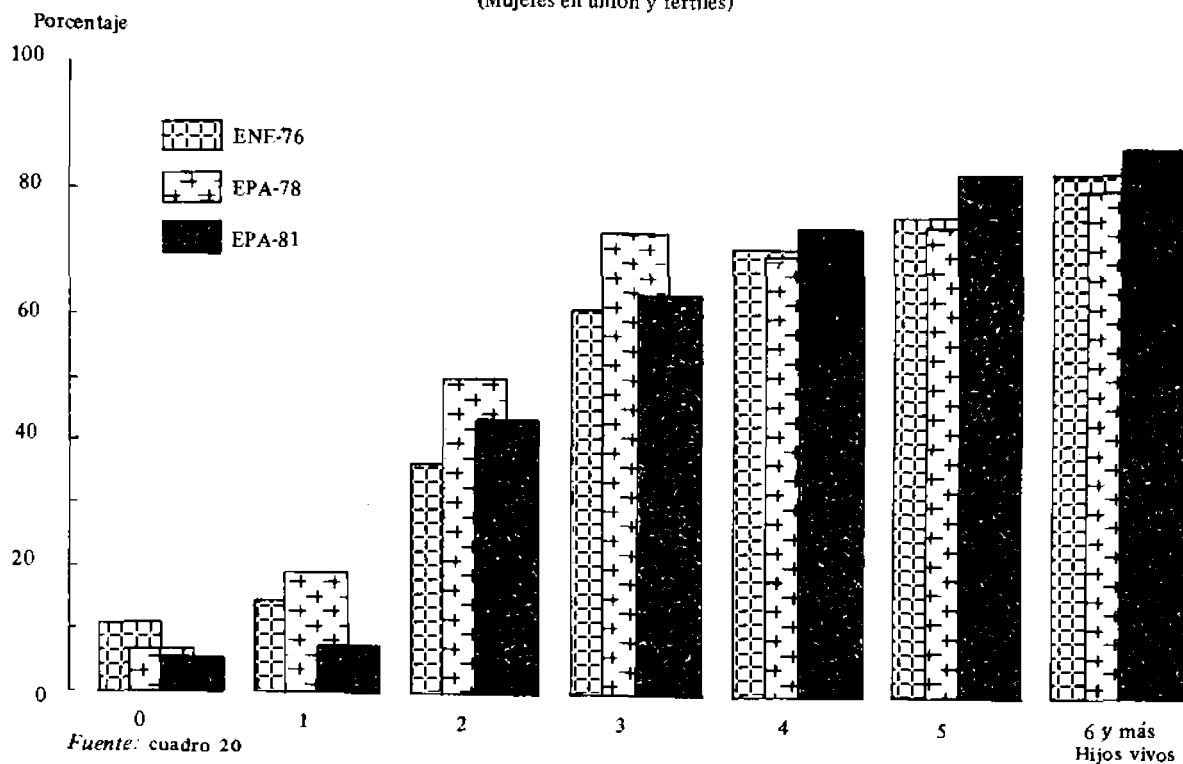
Diferencias socioeconómicas en el deseo de cesar y de espaciar la procreación

Fueron definidas como mujeres que desean cesar la procreación (52 por ciento), aquéllas que manifestaron no desear más hijos, y como mujeres que desean espaciar el próximo embarazo (29 por ciento) aquéllas que indicaron desear un hijo dentro de 2 años o más. La adición de estos dos grupos identifica a un conjunto que, de un modo u otro, está motivado para regular su fecundidad, el cual representa el 81 por ciento de las mujeres fértiles en unión.

Según lo esperado, en el cuadro 22 se aprecia que las mujeres más propensas a regular su fecundidad (para cesar o

Gráfico 10

PORCENTAJE QUE NO DESEA MAS HIJOS SEGUN LOS HIJOS VIVOS, ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión y fértiles)



Cuadro 21

DISTRIBUCION SEGUN EL ESPACIAMIENTO DESEADO DEL PROXIMO HIJO Y PORCENTAJE QUE DESEA UN HIJO PROXIMAMENTE POR EDAD, HIJOS VIVOS Y TIEMPO DESDE EL ULTIMO NACIDO VIVO.
ENCUESTAS DE 1978 Y 1981
(Mujeres en unión y fértiles)

Variable	(N-81)	EPA-78	FPA-81
(N)	(1901)	(2454)	(2454)
<i>Espaciamiento deseado</i>			
<i>Total</i>	(2454)	100	100
Pronto	(265)	5	11
El próximo año	(123)	4	5
En dos años	(191)	7	8
En tres años	(145)	4	6
Más de tres años	(372)	8	15
Cuando me case	(4)	0	0
No desea más hijos	(1275)	55	52
No sabe	(79)	17	3
<i>Desea próximamente^a</i>			
<i>Total</i>	(2454)	9	16
<i>Edad</i>			
15-19	(172)	11	25
20-24	(500)	15	19
25-29	(520)	15	20
30-34	(447)	7	15
35-39	(362)	5	12
40-44	(260)	3	9
45-49	(193)	1	7
(Eta x 100)		(18)	(13)
<i>Hijos vivos^b</i>			
0	(111)	51	73
1	(450)	18	28
2	(601)	9	17
3	(435)	2	8
4	(276)	6	6
5	(184)	1	5
6 y más	(397)	2	5
(Eta x 100)		(37)	(41)
<i>Tiempo desde el último N.V.^c</i>			
- de 1 año	(448)	5	5
1 año	(382)	8	10
2 años	(242)	8	15
3 años	(197)	11	24
4 años	(140)	9	22
5 y más años	(886)	7	14
(Eta x 100)		(6)	(16)

a Incluye las respuestas "pronto" y "el próximo año".

b Incluye el embarazo actual como un hijo vivo.

c Excluye a las mujeres sin hijos.

espaciar) son las del área urbana, las más educadas o de las clases sociales más altas. Ello es especialmente cierto cuando se controla el efecto del tamaño ya alcanzado por la familia, limitando la comparación a las mujeres con 3 ó 4 hijos exclusivamente.

Esta influencia de las variables socioeconómicas se intensifica cuando lo que se compara es, únicamente, la proporción que desea cesar la procreación. En cambio, entre las mujeres con 3 ó 4 hijos, esta asociación se invierte cuando se trata de explicar el porcentaje que desea postergar el próximo hijo. Ello no quiere decir, sin embargo, que el

espaciamiento de los hijos es menos frecuente entre las mujeres de condición socioeconómica más privilegiada. Lo que sucede es que cuando estas mujeres ya tienen 3 ó 4 hijos, quedan pocas que desean tener más y que, por ende, manifiesten una intención de posponer el próximo hijo.

El tamaño ideal de la familia

Esta variable, que resume las preferencias reproductivas de la mujer, fue construida sumando al número de hijos vivos, los hijos adicionales que la entrevistada declaró que deseaba tener; pero si la mujer declaró que era infértil, estaba esterilizada o que ya no deseaba más hijos, se le preguntó directamente cuántos le habría gustado tener. El número total de hijos deseados, calculado de esta manera, se compara en el cuadro 23 con el correspondiente al de la ENF-76, encuesta que había recolectado la información necesaria para aplicar el procedimiento adoptado en la EPA-81 (en la EPA-78 no se dispuso de información comparable).

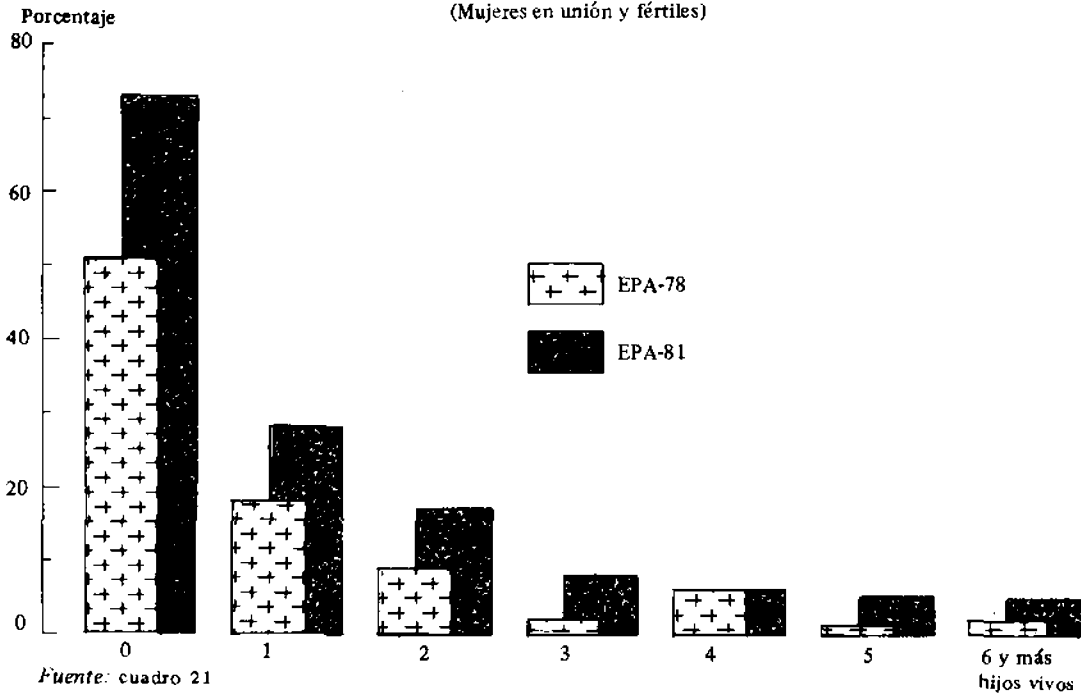
En ambas encuestas la distribución de las entrevistadas según el número de hijos deseados (cuadro 23) muestra que las costarricenses se inclinan por un valor modal de 3 hijos como familia ideal. Por otra parte, se observa que la proporción de casos sin respuesta definida en la EPA-81 (10 por ciento) es mayor que en la ENF-76 (3 por ciento). Ello puede deberse a que el cuestionario de la ENF-76 no tenía preimpresas las categorías de "no sabe", "los que vengan", etc. . . . y a que, en la instrucción a las enumeradoras de dicha encuesta, se dio mayor énfasis a la conveniencia de forzar una respuesta sobre este tópico. Presumiblemente, estos casos sin respuesta definida corresponden a mujeres que no han pensado en planear su familia, es decir, que se reproducirán al máximo biológico; por ello parece razonable asignarles un número grande de hijos deseados (por ejemplo, incluyendo estos casos en el grupo que desea 6 o más hijos se obtendrían en el cuadro 23, unas distribuciones muy coherentes entre las dos encuestas analizadas). Este razonamiento llevó a asignar la cifra de 12 hijos deseados a las mujeres sin declaración (o que declararon más de 12 hijos), para efectos del cálculo del promedio respectivo.

Tanto la distribución según los hijos deseados, como los índices que la resumen (panel inferior del cuadro 23), sugieren que entre 1976 y 1981 se ha producido una ligera disminución en el tamaño ideal de la familia. Así, la mediana ha pasado de 3.4 a 3.1 hijos y el promedio, de 4.8 a 4.7 (este estadígrafo es menos adecuado porque está muy influenciado por los valores altos). Por su parte, la proporción que aspira a formar una familia pequeña (de menos de 3 hijos) ha aumentado de 18 a 24 por ciento. Este último índice es de capital importancia, por cuanto se ha comprobado que un segundo gran descenso de la fecundidad costarricense ocurrirá el momento en que en el país se imponga el sistema de los dos hijos o del hijo único, es decir, básicamente, cuando las parejas decidan no tener el tercer hijo¹. Al respecto, los resultados de la EPA-81 muestran

¹ Luis Rosero. "La situación demográfica de Costa Rica", en *Sétimo Seminario Nacional de Demografía*, pp. 1-44. Asociación Demográfica Costarricense y otros, San José, 1979.

Gráfico 11

PORCENTAJE QUE DESEA UN HIJO PROXIMAMENTE SEGUN LOS HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1978 Y 1981
(Mujeres en unión y fértiles)



Cuadro 22

PORCENTAJE QUE DESEA CESAR LA PROCREACION Y PORCENTAJE QUE DESEA ESPACIAR
EL PROXIMO EMBARAZO SEGUN RESIDENCIA, CLASE SOCIAL Y EDUCACION
(Mujeres en unión y fértiles: total y sólo con 3 ó 4 hijos)

Variable	Total			Mujeres con 3 ó 4 hijos			
	(N)	Cesar o espaciar	Cesar	Espaciar	Cesar o espaciar	Cesar	Espaciar
<i>Total</i>	(2454)	81	52	29	89	67	22
<i>Residencia</i>							
Area Metropolitana	(742)	81	56	25	91	75	16
Valle Central urbano	(298)	79	49	30	92	73	19
Valle Central rural	(508)	80	50	30	86	58	28
Resto Urbano	(204)	81	50	31	95	73	22
Resto Rural	(702)	82	51	31	87	57	30
(Eta x 100)		(0)	(5)	(6)	(9)	(17)	(14)
<i>Educación</i>							
Menos de 3 primaria	(371)	86	71	15	86	60	26
Primaria 3-5	(572)	81	60	21	88	67	21
Primaria completa	(708)	82	45	37	93	68	25
Secundaria 1-4	(358)	82	45	37	91	63	28
Sec. completa o universitaria	(445)	73	41	32	88	76	12
(Eta x 100)		(10)	(21)	(18)	(10)	(10)	(13)
<i>Clase social</i>							
Burguesía	(662)	79	51	28	91	75	16
Proletariado no agrícola	(693)	81	52	29	90	65	25
Subproletariado no agrícola	(479)	83	55	28	92	71	21
Proletariado agrícola	(213)	80	50	30	(90)	(70)	(20)
Campesino independiente	(229)	80	54	26	85	57	28
Subproletariado agrícola	(178)	83	46	27	(76)	(37)	(39)
(Eta x 100)		(3)	(7)	(7)	(13)	(20)	(15)

que se mantiene la aspiración casi universal (98 por ciento) de tener por lo menos dos hijos, pero que ha perdido terreno el ideal de la familia de por lo menos 3 hijos.

Para profundizar más en esta comparación, en el cuadro 24 se presenta la información sobre el ideal de familia según la edad y los hijos tenidos por la mujer. El interés de esta información radica en el problema de que, a medida que las mujeres tienen más hijos (deseados o no) y, consecuentemente, mayor edad, pueden racionalizar su situación declarando un tamaño ideal de familia mayor. De ser cierta esta presunción, el hecho de que las familias sean menos numerosas en 1981 que en 1976 (por la propia inercia que le imprimió a la fecundidad acumulada la reducción de la natalidad en el pasado) bastaría para reducir el promedio de hijos deseados, de manera que la disminución comentada podría ser más aparente que real.

En efecto, cuando la comparación se limita a las mujeres que están en las etapas iniciales de la procreación (menores de 20 años o con menos de 3 hijos), puede apreciarse en el cuadro 24 que el promedio del ideal de familia no se ha reducido y, más bien, registra un ligero aumento. Desde otra perspectiva, comparando a las mujeres de las mismas cohortes (por ejemplo, las que tenían 30-34 años de edad en 1976 con las de 35-39 en 1981) se observa un incremento sistemático de medio hijo en el quinquenio, el cual puede ser atribuido al efecto de racionalización de los hijos tenidos en el período. Como este último valor es bastante estable podría suponerse, entonces, que a partir de los 20 ó 25 años de edad el número de hijos deseados que declara la mujer se incrementa en promedio en 0.1 por cada año transcurrido, debido al efecto de racionalización. Descontando esta cantidad (que es acumulativa) de los promedios observados por edad puede obtenerse un valor del ideal de familia que probablemente habrían declarado las mujeres en el caso de encontrarse al inicio de la procreación. Seguidamente se muestran estos promedios que, utilizando un término muy usado en economía, pueden ser calificados como ideales "ex ante":

Edad	ENF-76	EPA-81
15-19	...	3.4
20-24	3.5	3.6
25-29	3.4	3.5
30-34	3.9	3.4
35-39	3.9	3.9
40-44	4.0	3.8
45-49	3.6	4.1
Promedio	3.7	3.7

Estas cifras informan que desde hace varios años el ideal de familia costarricense se encuentra estabilizado en algo más de 3 hijos en promedio, y que el único cambio significativo es la reducción de medio hijo en las cohortes que han nacido a partir de mediados de la década de los 40 (con menos de 35 años de edad en la EPA-81).

En cuanto al curso que seguirá en el futuro el ideal de familia, pareciera que en los próximos años no cabe esperar una importante reducción, pues las mujeres más jóvenes

Cuadro 23

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA, ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres en unión)

Hijos deseados	ENF-76	EPA-81	EPA-81
(Edad)	(20-29)	(20-49)	(15-49)
(N)	(2684)	(2419)	(2593)
Total	100	100	100
Ninguno	0	0	0
1	2	2	2
2	16	20	21
3	24	26	26
4	20	20	19
5	10	8	8
6 y más	25	14	13
No declarado	3	10	10
Resúmenes			
Mediana (hijos)	3.4	3.1	3.0
Promedio ^a (hijos)	4.8	4.7	4.6
Desean menos de 3 (o/o)	18	24	23

a El promedio fue calculado asignando 12 hijos deseados a las mujeres sin respuesta y a las que declararon más de 12 hijos.

Cuadro 24

PROMEDIO DEL TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA Y PORCENTAJE QUE DESEA MENOS DE TRES HIJOS, SEGUN EDAD E HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981.
(Mujeres en unión)

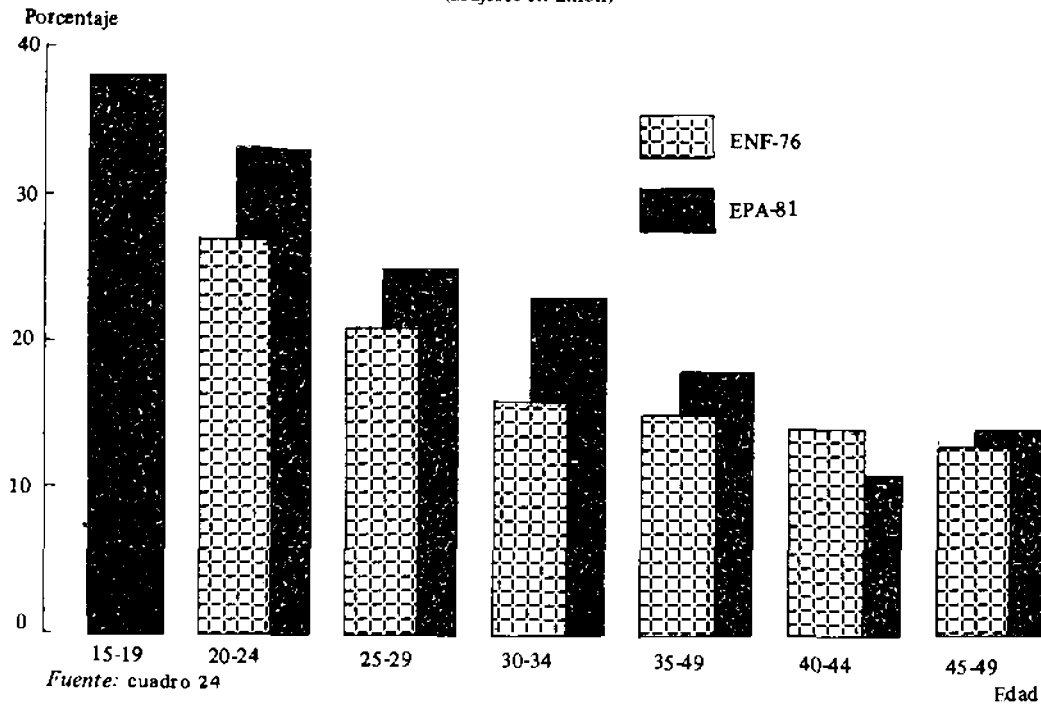
Edad e hijos vivos	(N-81)	Promedio (hijos)		O/o desea menos de 3	
		ENF-76	EPA-81	ENF-76	EPA-81
Total (15-49)	(2593)	...	4.6	...	24
Total (20-49)	(2419)	4.8	4.7	18	23
Edad					
15-19	(174)	...	3.4	...	38
20-24	(508)	3.5	3.6	27	33
25-29	(533)	3.9	4.0	21	25
30-34	(456)	4.9	4.4	16	23
35-39	(383)	5.4	5.4	15	18
40-44	(296)	6.0	5.8	14	11
45-49	(243)	6.1	6.5	13	14
(Eta x 100)		(33)	(32)	(13)	(18)
Hijos vivos^a					
Ninguno	(138)	2.9	3.4	51	49
1	(469)	3.1	3.2	40	42
2	(625)	3.7	3.7	19	24
3	(450)	4.3	4.4	9	16
4	(286)	5.0	5.4	8	17
5	(195)	5.5	5.7	11	15
6 y más	(430)	7.0	7.0	11	11
(Eta x 100)		(51)	(43)	(34)	(28)

a Incluido el embarazo actual como un hijo vivo.

continúan aspirando a una familia de algo más de tres hijos en promedio. El único signo de que en el país podría generalizarse el sistema de los dos hijos es ese aumento en la

Gráfico 12

PORCENTAJE QUE DESEA TENER MENOS DE TRES HIJOS, SEGUN EDAD, ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres en unión)



proporción que no desea tener un tercero (cuadro 24 y gráfico 12), especialmente entre las mujeres que están iniciando la procreación. Sin embargo, debe subrayarse que la aspiración casi universal de las costarricenses de tener por lo menos 2 hijos, no muestra signos de modificación.

Diferencias socioeconómicas en el ideal de familia

En el cuadro 25 se presenta el promedio del número de hijos deseados según las tres variables socioeconómicas básicas utilizadas en el presente informe: residencia, educación y clase social. Como cabía esperar, las mujeres de las zonas rurales, con más baja educación y de las clases sociales más bajas prefieren familias de un tamaño mayor, resultado que es coherente con los diferenciales de la fecundidad comentados en el capítulo anterior.

Conviene, sin embargo, centrar el análisis en los datos correspondientes a las mujeres con menos de 35 años de edad (segunda columna del cuadro 25) pues ellos están en cierto grado libres del efecto espurio de la racionalización. Entre estas mujeres, el promedio de la familia ideal en ninguna subpoblación es inferior a los tres hijos ni superior a los 5 (excepto entre las prácticamente analfabetas cuyo promedio alcanza a 5.1 hijos). Esto señala que la sociedad costarricense es relativamente homogénea en sus aspiraciones reproductivas, con ideales que se orientan hacia una familia de tamaño intermedio, sin que ello quiera decir que no existen diferencias significativas entre segmentos de la población del país.

Cuadro 25

PROMEDIO DEL TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA SEGUN RESIDENCIA, CLASE SOCIAL Y EDUCACION, CONTROLADO POR EDAD.
(Mujeres en unión)

Variable	(N)	Total	Edad	
			- de 35	35 y +
Total	(2593)	4.6	3.9	5.8
Residencia				
Area Metropolitana	(777)	4.0	3.5	4.8
Valle Central urbano	(311)	4.3	3.8	5.3
Valle Central rural	(539)	5.3	4.2	6.9
Resto Urbano	(218)	4.1	3.5	5.8
Resto Rural	(748)	5.0	4.3	6.4
(Eta x 100)		(17)	(14)	(24)
Educación				
Menos de 3 primaria	(406)	6.4	5.1	7.2
Primaria 3-5	(614)	5.3	4.5	6.3
Primaria completa	(731)	4.1	3.9	5.0
Secundaria 1-4	(377)	3.7	3.4	4.6
Sec. completa o universitaria	(465)	3.5	3.3	4.2
(Eta x 100)		(32)	(22)	(30)
Clase social				
Burguesía	(702)	3.9	3.5	4.8
Proletariado no agrícola	(717)	4.3	3.9	5.2
Subproletariado no agrícola	(515)	4.7	4.0	6.1
Proletariado agrícola	(225)	5.5	4.1	7.5
Campeño independiente	(243)	5.7	4.4	7.4
Subproletariado agrícola	(191)	5.3	4.6	6.6
(Eta x 100)		(20)	(13)	(27)

Al igual que lo observado para la fecundidad, la variable educación es la que muestra una mayor asociación con el ideal de familia, con un contraste entre los dos grupos extremos de educación de alrededor de dos hijos deseados. Así, mientras las prácticamente analfabetas muestran una preferencia por familias de 5 hijos en promedio, las mujeres que han completado la enseñanza secundaria muestran una de poco más de 3 hijos.

El grado de motivación en las preferencias reproductivas

En diversos estudios se ha comprobado que no existe una asociación tan grande como la que cabría esperar entre las expectativas mencionadas por las entrevistadas y su comportamiento reproductivo. Aunque esto será examinado con más detalle en el último capítulo de este informe, aquí conviene adelantar que una de las posibles causas de esta discrepancia es la de que una misma respuesta de, por ejemplo, el deseo de no tener hijos puede tener distinto significado según la situación particular de la entrevistada; esto es, que pueden existir diversos grados de motivación o, en otras palabras, que puede haber ambivalencia en cuanto a los ideales. En la EPA-81 se intentó una primera aproximación a este tópico, con la pregunta "Suponiendo que en este momento quedara embarazada ¿Esto le causaría a usted o a su familia algún problema o no le causaría problemas?" Las respuestas tabuladas con respecto al deseo de cesar o espaciar la procreación se presentan en el cuadro 26.

El porcentaje que percibe algún problema del hecho de embarazarse resultó bastante bajo (30 por ciento) si se tiene en cuenta que las cuatro quintas partes de las entrevistadas desean cesar o espaciar la procreación. Si bien este porcentaje es algo mayor entre quienes no desean más hijos (37 por ciento), es sorprendente que casi las dos terceras partes de estas mujeres dijeron que embarazarse no les causaría problema alguno. Quienes no señalaron algún problema y, al mismo tiempo, se ubican entre las que desean cesar o espaciar la procreación, para fines prácticos fueron definidas como mujeres "ambivalentes", y puede suponerse que su motivación es menor que la de quienes percibieron algún problema en el hecho de quedar embarazadas. En el otro extremo, también fueron definidas como ambivalentes quienes, pese a que desean un hijo próximamente, perciben problemas en el embarazo. De acuerdo con estas definiciones, resulta que más de la mitad (57 por ciento) de las costarricenses que están participando en la procreación (en unión y fértiles) son ambivalentes, o mejor dicho, no aparecen con expectativas reproductivas muy claras.

Este porcentaje de ambivalentes, aunque varía entre distintas subpoblaciones, no lo hace de un modo sistemático, excepto por el hecho de que tiende a ser más bajo entre las mujeres de la capital y entre las de mayor edad o que ya tienen una familia numerosa (cuadro 26).

En todo caso, estos resultados deben interpretarse con cautela, por las evidentes limitaciones de la pregunta formulada para estudiar un asunto tan complejo como el de la ambivalencia o el grado de motivación. Para abordar con mayor propiedad este tópico en futuras encuestas, convendría

experimentar previamente con diversos tipos de preguntas y conocer mejor el verdadero significado de las respuestas dadas por las entrevistadas. Más adelante (en el capítulo VII) se verá como el concepto aplicado aquí de ambivalencia no es convincente, pues no guarda correlación lógica con el uso de anticonceptivos.

Cuadro 26

DISTRIBUCION DE LA OPINION DE SI QUEDAR EMBARAZADA LE CAUSARIA ALGUN PROBLEMA SEGUN EL DESEO DE CESAR O ESPACIAR LA PROCREACION; Y PORCENTAJE CON IDEALES AMBIVALENTES POR EDAD, HIJOS VIVOS, RESIDENCIA Y EDUCACION
(Mujeres en unión y fértiles)

Variable	(N)	Total	No desea más	Desea espaciar	Desea pronto	No sabe
(N)		(2454)	(1275)	(712)	(388)	(79)
Distribución porcentual						
<i>Embarazarse le causaría</i>		100	100	100	100	100
Algún problema	(730)	30	37	27	14	24
Ningún problema	(1695)	69	62	72	86	73
No sabe	(29)	1	1	1	0	3
Porcentaje ambivalentes ^b						
<i>Total</i>		57	63	73	14	24
<i>Edad</i>						
15-24	(672)	58	67	75	10	(23)
25-34	(967)	56	62	73	15	(19)
35-49	(815)	58	63	64	18	(25)
(Eta x 100)		(3)	(4)	(9)	(14)	(29)
<i>Hijos vivos^a</i>						
Menos de 3	(1162)	55	67	76	13	(24)
3-4	(711)	60	64	68	20	(30)
5 y más	(581)	58	61	67	14	(17)
(Eta x 100)		(16)	(11)	(9)	(15)	(23)
<i>Residencia</i>						
Area Metropolitana	(742)	52	61	62	13	(22)
Resto urbano	(502)	57	64	74	14	(23)
Rural	(1210)	60	65	79	15	(26)
(Eta x 100)		(7)	(5)	(16)	(6)	(18)
<i>Educación</i>						
Sin primaria completa	(943)	55	61	68	14	(19)
Primaria completa o secundaria incompleta	(1066)	60	66	76	11	(21)
Con secundaria completa	(445)	56	65	71	18	(55)
(Eta x 100)		(7)	(8)	(13)	(16)	(33)

a Incluye el embarazo actual como un hijo vivo.

b Se definió como ambivalentes a las que respondieron "ningún problema" o "no sabe" y que desean cesar o espaciar la procreación; así como a las que respondieron "algún problema" y que desean un hijo "pronto" o no saben.

VI. CONOCIMIENTO, DISPONIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

De acuerdo con el marco conceptual de la presente investigación, estos aspectos constituyen lo que se ha denominado como "costos" de la regulación de la fecundidad, es decir, tratan de identificar los obstáculos que a veces impiden que una mujer ya motivada ponga en práctica sus intenciones de prevenir los embarazos.

Pese a la importancia de este tema, la naturaleza de la encuesta, y la falta de una metodología probada para investigarlo en profundidad, sólo permitieron obtener unos resultados que no pretenden más que un primer acercamiento al problema. Vale decir que los resultados de la EPA-81 que se analizan en este capítulo dan sólo una idea general de los componentes más relevantes del costo de la planificación familiar, la cual sería de desear que se complementen con futuras investigaciones en profundidad.

La información que atañe a estos aspectos, lo mismo que la referente al uso de anticonceptivos y a las preferencias reproductivas, fue recolectada, en la EPA-81, únicamente para las mujeres que declararon haber hecho vida conyugal alguna vez o haber tenido algún embarazo, es decir, fueron excluidas las solteras sin embarazos. Sin embargo, por consideraciones de orden práctico, todos los tabulados que se presentan en este capítulo se circunscriben, exclusivamente, a las 2593 mujeres que se encontraban en unión al momento de la encuesta.

El conocimiento de los métodos y de las fuentes de abastecimiento

Puede afirmarse que en Costa Rica el conocimiento de los métodos anticonceptivos es bastante alto, pues la totalidad de las mujeres en unión conoce por lo menos uno (cuadro 27). Esto, sin embargo, se refiere a un conocimiento muy elemental, pues los resultados se basan en la pregunta "¿Ha oído hablar de. . .?" formulada para cada uno de los métodos.

Si bien en las dos encuestas anteriores (1976 y 1978) ya se encontró que prácticamente todas las mujeres habían oído hablar de algún medio de prevención del embarazo, cuando se analiza separadamente la proporción que dijo conocer cada uno de ellos, se concluye que en los últimos 5 años la población ha incrementado su conocimiento anticonceptivo, pese a que en 1976 ya era bastante alto.

Cuadro 27

PORCENTAJE QUE CONOCE CADA UNO DE LOS METODOS Y PORCENTAJE QUE SABE DONDE OBTENERLOS SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Método	Conoce el método			Sabe donde obtenerlo	
	ENF-76 ^a	EPA-78	EPA-81	EPA-78	EPA-81
(N)	(2684)	(2037)	(2593)	(2037)	(2593)
Pastilla	98	98	9	86	95
DIU	93	85	93	57	81
Condón	92	88	93	69	87
Inyección	89	80	88	..	77
Vaginales	72	66	74	..	67
Esterilización	94	71	97	54	91
Vasectomía	68	46	62	26	54
Ritmo	82	73	87	—	—
Retiro	68	64	68	—	—
Folclóricos	7	1	11	..	..
Aborto	..	..	..	6	2
Algún método	100	99	100	93	98
Índice de conocimiento	—	—	—	10,8	13,2

^a Mujeres de 20 a 49 años de edad.

En la comparación con las dos encuestas anteriores conviene tener presente, sin embargo, que la de 1978 investigó el tema en forma algo distinta, pues al formular las preguntas no se dieron explicaciones sobre el método ni se utilizaron todos los apelativos con que se lo suele nombrar en el país. Este hecho puede ser la causa de que el porcentaje que dijo conocer cada uno de los métodos tienda a ser más bajo en esta encuesta. A manera de ejemplo, seguidamente se transcribe la pregunta formulada para el método del ritmo en las tres encuestas:

- ENF-76: Algunas parejas evitan tener relaciones sexuales en ciertos días del mes en que la mujer puede quedar embarazada. Esto se llama el método del ritmo. ¿Ha oído hablar de este método?
Respuestas "sí" = 82 por ciento.
- EPA-78: ¿Ha oído usted hablar del ritmo?
Respuestas "sí" = 73 por ciento.
- EPA-81: ¿Ha oído hablar del ritmo o control de la regla?
Respuestas "sí" = 87 por ciento.

Los métodos más conocidos en el país resultaron ser, en este orden, la pastilla, la esterilización femenina, el DIU y el condón, con proporciones superiores al 90 por ciento de mujeres en unión que ha oído hablar de ellos. En cambio, los menos conocidos resultaron ser el retiro y la esterilización masculina, con proporciones inferiores al 70 por ciento, pero que no bajan del 60 por ciento. Estos resultados ratifican la apreciación de que las costarricenses están bien informadas de la existencia de métodos anticon-

ceptivos y, en particular, respecto a los considerados como de más alta eficacia.

Para cada uno de los métodos artificiales que la entrevistada manifestó haber oído hablar, también se le preguntó si sabía dónde conseguirlos. Los resultados de esta pregunta, obtenidos en la EPA-78 y en la EPA-81, se presentan en las dos últimas columnas del cuadro 27 (la ENF-76 no recolectó esta información), observándose que, globalmente, las mujeres que conocen por lo menos un lugar en donde obtener algún método anticonceptivo continúan siendo casi la totalidad de la población de interés (93 y 98 por ciento en la EPA-78 y en la EPA-81, respectivamente). Asimismo, el porcentaje que dijo saber donde conseguir las pastillas u obtener una esterilización sigue ubicándose por encima de 90. En el otro extremo, resultó casi nula la proporción que afirmó conocer un lugar en donde se puede obtener un aborto, método cuya práctica es ilegal y severamente sancionada por el Código Penal costarricense.

La representación del gráfico 13 ayuda a apreciar mejor el grado de conocimiento de cada uno de los métodos. En él se destaca que el DIU es el método para el que con más frecuencia se presentan casos de mujeres que han oído hablar de él, pero que no saben donde obtenerlo. También es interesante notar que entre 1978 y 1981 se registra no sólo un aumento en el porcentaje que ha oído hablar de cada uno de los métodos (el cual puede ser espurio por la razón anotada anteriormente), sino que, al mismo tiempo, se registra una disminución en el porcentaje que, conociendo el método, no sabe donde obtenerlo.

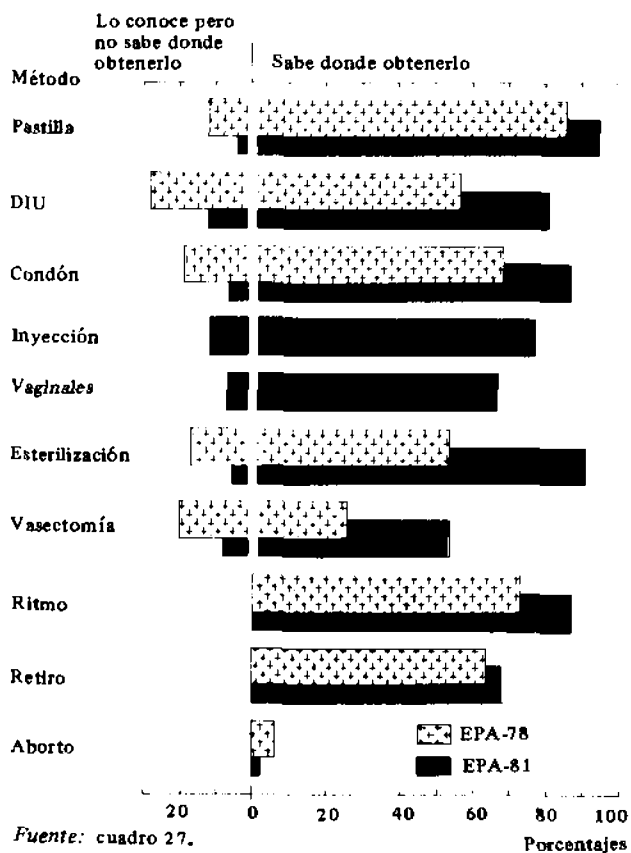
Por otra parte, además de preguntarle a la mujer si sabía donde obtener cada anticonceptivo, se le solicitó que indique todos los lugares por ella conocidos en los que pueden obtenerse métodos de planificación familiar. De esta pregunta resultó que las instituciones de salud del sector público fueron mencionadas por casi la totalidad de las entrevistadas (97 por ciento), en tanto que alguna agencia del sector comercial privado fue mencionada sólo en el 44 por ciento de los casos (cuadro 28). Esta mención casi universal de alguna institución del sector público como fuente de abastecimiento de anticonceptivos, se presentó tanto en el área urbana como en la zona rural, pero con la diferencia de que el Seguro Social fue mencionado más frecuentemente en las ciudades y el Ministerio de Salud, en el campo. Por su parte, entre las agencias del sector privado que fueron mencionadas con mayor frecuencia por las mujeres del área urbana, la farmacia es la que una mayor proporción considera como fuente de métodos anticonceptivos.

Diferenciales en el conocimiento anticonceptivo

Con el propósito de obtener una medida resumen del conocimiento de los métodos anticonceptivos y su fuente, se calculó un "índice de conocimiento", el cual se obtuvo sumando, para todos los métodos, los siguientes valores asignados a cada uno de ellos: 0 si no se conoce el método ni la fuente, 1 si solamente se conoce el método y 2 si se conoce tanto el método como la fuente (aquellos métodos que no requieren abastecimiento, pueden tomar sólo los

Gráfico 13

PORCENTAJE QUE CONOCE CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN SI SABE O NO DONDE OBTENERLOS, ENCUESTAS DE 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)



Cuadro 28

PORCENTAJE QUE CONOCE CADA UNO DE LOS LUGARES EN DONDE SE PUEDEN OBTENER METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN AREA DE RESIDENCIA (Mujeres en unión)

Lugares	Total	Area Metropolitana	Resto Urbano	Rural
(N)	(2593)	(777)	(529)	(1287)
<i>Al menos un lugar</i>	98	99	98	98
<i>Sector público</i>	97	96	97	97
Seguro Social	87	89	92	84
Ministerio de Salud	80	68	81	87
<i>Sector privado</i>	44	64	51	29
Clinica particular	8	19	7	2
Médico particular	13	20	15	7
Farmacia	32	42	37	23
Otro	2	3	3	1

valores de 0 y 1). El intervalo de variación de este índice es entre 0 y 17 inclusive. Será cero si la mujer no conoce ningún método y será 17 cuando conoce todos los métodos y la fuente de aquellos que la requieren.

Cuadro 29

PROMEDIO DEL INDICE DE CONOCIMIENTO EFECTIVO DE METODOS SEGUN EDAD, HIJOS VIVOS, RESIDENCIA, CLASE SOCIAL, EDUCACION Y TIEMPO "REAL" AL CPF MAS CERCANO (Mujeres en unión)

Variable	(N)	Promedio
TOTAL	(2593)	13.2
<i>Edad</i>		
15-19	(174)	11.2
20-24	(508)	12.8
25-29	(533)	13.8
30-34	(456)	14.1
35-39	(383)	13.7
40-44	(296)	13.1
45-49	(243)	12.3
(Eta x 100)		(23)
<i>Hijos vivos</i>		
0	(190)	11.9
1	(494)	13.1
2	(609)	13.7
3	(411)	13.7
4	(281)	13.8
5	(186)	13.2
6 y más	(422)	12.5
(Eta x 100)		(17)
<i>Residencia</i>		
Area Metropolitana	(777)	14.2
Valle Central urbano	(311)	13.7
Valle Central rural	(539)	12.8
Resto urbano	(218)	13.9
Resto rural	(748)	12.2
(Eta x 100)		(24)
<i>Educación</i>		
Menos de 3 Primaria	(406)	11.4
Primaria 3-5	(614)	12.6
Primaria completa	(731)	13.1
Secundaria 1-4	(377)	14.1
Sec. completa o universitaria	(465)	15.2
(Eta x 100)		(36)
<i>Clase social</i>		
Burguesía	(702)	14.6
Proletariado no agrícola	(717)	13.5
Subprolet. no agrícola	(515)	12.8
Proletariado agrícola	(225)	11.9
Campefino independiente	(243)	12.1
Subproletariado agrícola	(191)	11.7
(Eta x 100)		(30)
<i>Tiempo al CPF más cercano</i>		
Menos de 10 minutos	(920)	13.9
De 10 a 19	(912)	13.3
De 20 a 30	(518)	12.8
De 31 a 60	(159)	12.0
Más de 60 minutos	(84)	11.1
(Eta x 100)		(19)

Este índice se presta mejor para el estudio de los diferencias en el conocimiento anticonceptivo, que pueden ser estudiados con los datos del cuadro 29. Las variables con un mayor grado de asociación a este índice resultaron ser la educación y la clase social, de tal forma que los grupos con mayor nivel de educación o más alta clase social son los que muestran índices de conocimiento más altos (alrededor de 15) en tanto que los de menor nivel de educación y de

Cuadro 30

DISTRIBUCION Y TIEMPO PROMEDIO DE VIAJE PERCIBIDO AL CENTRO DE PLANIFICACION MAS CERCANO Y TIEMPO DE VIAJE REAL A LA UNIDAD DE LA CCSS, MS Y A LA FARMACIA MAS CERCANA, SEGUN AREA DE RESIDENCIA (Mujeres en unión)

Tiempo y residencia	Tiempo percibido	Tiempo real			
		CPF más cercano	CCSS	MS	Farmacia
(N)	(2593)	(2593)	(2593)	(2593)	(2593)
Distribución					
<i>Tiempo (minutos)</i>	100	100	100	100	100
Menos de 10	18	36	13	23	25
10-19	33	35	26	38	30
20-30	30	20	31	26	24
31-60	12	6	20	9	13
Más de 60	5	3	10	4	8
No conoce CPF	2				
Tiempo promedio (minutos)					
<i>Total</i>	25	17	35	21	28
Area Metropolitana	18	11	23	16	13
Resto urbano	15	9	14	12	11
Rural	34	25	50	27	43

Notas: CPF = Centro de planificación familiar.
 CCSS = Caja Costarricense de Seguro Social.
 MS = Ministerio de Salud.
 Tiempo "percibido" = el declarado por las entrevistadas.
 Tiempo "real" = el estimado independientemente por las supervisoras.

Cuadro 31

DISTRIBUCION Y MEDIANA DEL TIEMPO DE VIAJE PERCIBIDO AL CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR MAS CERCANO, POR AREA DE RESIDENCIA, ENCUESTAS DE 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Tiempo y residencia	EPA-78	EPA-81
(N)	(2037)	(2593)
Distribución		
<i>Tiempo (minutos)</i>	100	100
Menos de 15	43	35
15-29	27	28
30-44	9	20
45-59	5	3
60-119	6	9
120 y más	2	3
No conoce CPF	8	2
Mediana (minutos) ^a		
<i>Total</i>	17	23
Area Metropolitana	12	16
Resto urbano	11	15
Rural	26	30

^a Sólo para las que conocen algún centro de planificación familiar (1882 mujeres en 1978 y 2547 en 1981).

clases especialmente agrícolas presentan los valores más bajos (índices de 11). No obstante, la magnitud del índice, incluso en los grupos en que resultó más bajo, indica un alto grado de conocimiento entre las mujeres de todos los niveles educativos o esferas sociales.

Otros grupos a los que este índice permite identificar como menos informados acerca de la planificación familiar (promedio menor que 13) son las mujeres menores de 25 años o mayores de 45, las que no tienen hijos o que tienen 6 ó más, las residentes en las zonas rurales y las que no disponen de un centro de planificación familiar cercano. Es, por tanto, recomendable tomar en cuenta a estos grupos a la hora de determinar las subpoblaciones prioritarias a las que se han de dirigir los programas de información y, en un sentido más amplio, los de educación sexual.

La disponibilidad de la planificación familiar

En la EPA-81 se recolectó dos tipos de información sobre este tópico. A las mujeres que declararon conocer alguna fuente de abastecimiento, se les preguntó el tiempo que tardarían normalmente para llegar al lugar más cercano donde pueden obtenerse métodos de planificación familiar. El dato así obtenido ha sido denominado "tiempo percibido", el cual depende tanto de la cercanía de los centros como de elementos subjetivos, tales como el conocimiento de su existencia y la percepción de las distancias. Tratando de obtener una medición más objetiva de la disponibilidad, se pidió a las supervisoras del trabajo de campo que, en cada segmento de enumeración, indiquen la distancia y el tiempo de viaje a los lugares más cercanos de abastecimiento, dándoles instrucciones precisas para que la estimación del tiempo de viaje sea lo más homogénea posible. Esta información fue solicitada para los tres principales tipos de fuentes de abastecimiento, a saber: Clínicas del Seguro Social, Centros o Puestos de Salud del Ministerio y farmacias. El dato así recolectado fue incorporado al cuestionario en la etapa de codificación y se ha denominado "tiempo real", para diferenciarlo del "percibido". Además, se seleccionó el tiempo de viaje al lugar más cercano de los tres investigados, como medida resumen de la disponibilidad real.

Esta información, que se presenta en el cuadro 30, revela que en Costa Rica hay un alto grado de disponibilidad de fuentes de abastecimiento de anticonceptivos, pues todos los índices muestran que la gran mayoría de mujeres reside a 30 minutos o menos de ellas. Es interesante señalar, además, que la percepción de las entrevistadas tiende a exagerar el tiempo de viaje, si se toma como punto de referencia el tiempo que aquí ha sido denominado "real".

Conforme a lo esperado, en las ciudades pequeñas los centros de planificación familiar tienden a ser más accesibles que en la capital, en tanto que en las zonas rurales son claramente menos accesibles que en las áreas urbanas. Además, mientras en las ciudades las farmacias son, en promedio, los lugares más cercanos, en el campo lo son los Centros o Puestos de Salud Rural del Ministerio de Salud. Por último, el cuadro 30 también pone en evidencia que el Seguro Social ha penetrado comparativamente poco en las zonas rurales.

En la EPA-78 se recolectó información comparable a la del tiempo de viaje percibido de la EPA-81, pero con la diferencia de que las respuestas no se registraron en número de minutos, sino que se marcó una de las clases que consta en el cuadro 31. Posiblemente esta diferencia en la forma de registrar las respuestas sea la causa del aparente incremento en el tiempo de viaje percibido que se observa en dicho cuadro, pues es poco probable que en los tres años transcurridos entre las encuestas haya ocurrido un deterioro en la disponibilidad de centros de planificación familiar.

Diferenciales en la disponibilidad de centros de planificación familiar

Los datos del cuadro 32 muestran que hay una asociación considerable entre la disponibilidad de centros de planificación familiar (medida por el porcentaje que dispone de uno a 20 minutos o menos) y las variables socioeconómicas. Esta asociación se manifiesta tanto con la disponibilidad percibida como con la aquí denominada disponibilidad real, aunque las correlaciones tienden a ser mayores con esta última. Las mujeres residentes en el área rural (especialmente fuera del Valle Central), las menos educadas y las de más baja clase social son las que disponen en menor grado de centros para abastecerse de anticonceptivos; situación que parece estar asociada sobre todo al hecho de residir en el campo.

Otro dato de interés revelado por el cuadro 32 es el de que la población no cubierta por los servicios de salud pública del país, no reside más lejos de las unidades de atención que la población cubierta; por lo que su situación se debe atribuir a causas distintas del grado de cercanía física de los servicios.

La aceptabilidad de la planificación familiar

Cuando se estudian los determinantes del control individual de la fecundidad, éstos suelen ser clasificados en dos grandes grupos. El primero comprende los factores asociados con la demanda de niños, esto es con las preferencias reproductivas y la consiguiente motivación para prevenir los embarazos, aspecto que fue estudiado en el capítulo anterior. El segundo grupo incluye a los factores determinantes del costo (objetivo y subjetivo) de la limitación de los nacimientos, los cuales tienen que ver con la disponibilidad, accesibilidad y precios de las técnicas anticonceptivas, así como con la información que sobre ellas posea la población, aspectos que fueron abordados parcialmente en los puntos anteriores del presente capítulo. Además, entre los factores del costo, también deben ser consideradas las actitudes de la sociedad hacia la idea general de la regulación de la fecundidad, esto es, la legitimidad o aceptabilidad de la planificación familiar.

Como una primera aproximación, para considerar este último aspecto la EPA-81 incluyó la pregunta "¿está usted de acuerdo en que los matrimonios usen métodos para evitar los embarazos?"

Cuadro 32

PORCENTAJE QUE DISPONE DE UN CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR A 20 MINUTOS O MENOS SEGUN RESIDENCIA, CLASE SOCIAL, EDUCACION Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA Y REAL. (Mujeres en unión)

Variable	(N)	Percibida	Real
Porcentaje			
<i>Total</i>	(2593)	52	71
<i>Residencia</i>			
Area Metropolitana	(777)	62	83
Valle Central urbano	(311)	74	88
Valle Central rural	(539)	42	69
Resto urbano	(218)	73	93
Resto rural	(748)	33	45
(Eta x 100)		(32)	(39)
<i>Educación</i>			
Menos de 3 primaria	(406)	39	55
Primaria 3-5	(614)	41	62
Primaria completa	(731)	50	69
Secundaria 1-4	(377)	62	82
Sec. completa o universitaria	(465)	71	87
(Eta x 100)		(24)	(25)
<i>Clase social</i>			
Burguesía	(702)	68	86
Proletariado no agrícola	(717)	54	75
Subprolet. no agrícola	(515)	52	71
Proletariado agrícola	(225)	34	50
Campesino independiente	(243)	29	39
Subproletariado agrícola	(191)	32	56
(Eta x 100)		(27)	(33)
<i>Cobertura de Salud</i>			
Sólo C C S S	(1156)	55	76
CCSS y MS	(923)	50	68
Sólo MS	(262)	40	55
No cubierta	(252)	53	73
(Eta x 100)		(9)	(14)

Notas: CCSS = Caja Costarricense de Seguro Social.
MS = Ministerio de Salud.
Disponibilidad "percibida" = según el tiempo de viaje declarado por las entrevistadas.
Disponibilidad "real" = según el tiempo de viaje estimado independientemente por las supervisoras.

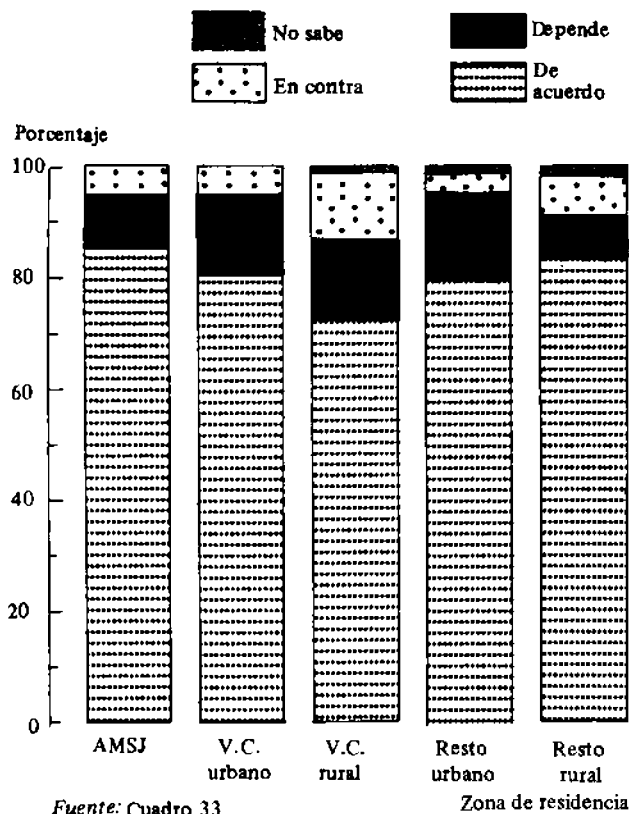
Las respuestas a esta pregunta (cuadro 33 y gráfico 14) muestran que en el país existe una amplia aceptación de la planificación familiar, pues el 81 por ciento de la población de interés se manifestó a favor de la regulación de los nacimientos, frente a solamente un 7 por ciento que se declaró abiertamente en contra, en tanto que un 11 por ciento respondió que ello dependía de las circunstancias particulares de cada familia.

Aunque la aceptabilidad de la idea de planificar la familia resultó mayoritaria en todos los segmentos de la población, la situación no es totalmente homogénea, pues la aceptación fue menor entre las mujeres de mayor edad, menos educadas o de las clases socioeconómicas más bajas.

Gráfico 14

Cuadro 33

DISTRIBUCION SEGUN SI ESTA DE ACUERDO CON LA PLANIFICACION FAMILIAR POR ZONA DE RESIDENCIA.
(Mujeres en unión)



Además, según el lugar de residencia, un resultado muy interesante es el de que el área rural del Valle Central aparece como la más conservadora o más opuesta a la idea de la planificación de la familia.

DISTRIBUCION SEGUN SI ESTA DE ACUERDO CON LA PLANIFICACION FAMILIAR POR EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION Y CLASE SOCIAL
(Mujeres en unión)

Variable	(N)	To- total	De acuer- do	De- pen- de	En con- tra	No sa- be
<i>Total</i>	(2593)	100	81	11	7	1
<i>Edad</i>						
15-24	(682)	100	86	8	5	1
25-34	(989)	100	83	12	5	0
35-49	(922)	100	75	13	11	1
(Eta x 100)			(11)	(7)	(12)	(0)
<i>Residencia</i>						
Area Metropolitana	(777)	100	86	10	4	0
Valle Central urbano	(311)	100	80	15	5	0
Valle Central rural	(539)	100	73	14	12	1
Resto urbano	(218)	100	80	16	3	1
Resto rural	(748)	100	84	8	7	1
(Eta x 100)			(12)	(10)	(12)	(0)
<i>Educación</i>						
Menos de 3 primaria	(406)	100	76	9	14	1
Primaria 3-5	(614)	100	78	12	9	1
Primaria completa	(731)	100	83	11	5	1
Secundaria 1-4	(377)	100	82	12	5	1
Sec. completa o universitaria	(465)	100	87	11	2	0
(Eta x 100)			(10)	(3)	(15)	(0)
<i>Clase social</i>						
Burguesia	(702)	100	85	11	4	0
Proletariado no agrícola	(717)	100	82	12	6	0
Subprolet. no agrícola	(515)	100	79	13	7	1
Proletariado agrícola	(225)	100	78	8	12	2
Campesino independiente	(243)	100	80	9	9	2
Subproletariado agrícola	(191)	100	77	12	10	1
(Eta x 100)			(8)	(5)	(11)	(6)

VII. EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

La experiencia anticonceptiva

Cerca del 90 por ciento de las entrevistadas que se encontraban en unión en la EPA-81 declaró haber usado alguna vez anticonceptivos. Vale decir que en Costa Rica la práctica de limitar los nacimientos es casi universal, ratificándose así un hecho ya observado en encuestas anteriores. En efecto, ya en la ENF-76 se encontró que esta proporción era de 84 por ciento. Así, el incremento observado entre 1976 y 1981 viene a ser la culminación de un proceso de universalización de la práctica anticonceptiva, especialmente por medio del uso de métodos artificiales (que son más eficaces), pues son cada vez menos las mujeres cuya experiencia se limita al uso de los métodos naturales (véase el cuadro 34)¹.

La prevalencia anticonceptiva

Con este término se designa a la proporción de práctica anticonceptiva en un momento determinado.

Pese a que en 1981 las costarricenses tienen mayor experiencia anticonceptiva que cinco años atrás, la proporción de mujeres en unión que estaba usando métodos al momento de la encuesta (cuadro 35 y gráfico 15) se ha reducido ligeramente, pasando de 67 a 65 por ciento. Esta merma en la prevalencia anticonceptiva resulta, por lo tanto, coherente con el estancamiento observado en la fecundidad conyugal en los últimos 5 años (capítulo IV).

Sobre todo ha disminuido el uso de la píldora, corroborándose una tendencia que venía siendo observada en las estadísticas del Programa de Planificación Familiar. A ello se agrega una tendencia de reducción del uso de los métodos tradicionales, con excepción del ritmo. Empero, estas disminuciones se han visto compensadas en parte por incrementos en el uso del ritmo, del DIU y, especialmente, de la proporción de esterilizadas.

Deliberadamente no se han mencionado los resultados de la EPA-78, puesto que, como se verá más adelante, hay moti-

¹ Con fines comparativos, las cifras de anticoncepción correspondientes a la ENF-76 incluyen a las mujeres esterilizadas por motivos de salud, lo que hace que difieran ligeramente de las que aparecen en otras publicaciones en las que estas mujeres han sido excluidas.

Cuadro 34

PORCENTAJE QUE HA USADO ALGUNA VEZ CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Método	ENF-76 ^a	EPA-78	EPA-81
(N)	(2684)	(2037)	(2537)
Porcentaje que ha usado			
Píldora	(53) 52	56	58
DIU	(13) 12	13	15
Condón	37	36	43
Inyección	9	9	11
Vaginales	12	11	11
Esterilización fem.	(16) 15	14	17
Vasectomía	1	1	1
Ritmo	(22) 21	19	26
Retiro	(27) 26	16	25
Folclóricos	2	1	2
Aborto	1	0	1
Resumen			
Algún método ^b	(84) 83	83	88
Sólo naturales ^b	9	5	7
Alguno artificial ^b	(75) 74	78	82

^a Estimación para las mujeres de 15 a 49 años de edad con base en la información de las de 20 a 49 (consta entre paréntesis el dato observado cuando difiere del estimado).

^b Los métodos naturales incluyen al ritmo, al retiro y a los folclóricos, y los métodos artificiales (a veces denominados eficaces), a todos los demás.

Cuadro 35

PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Método	ENF-76 ^a	EPA-78	EPA-81
(N)	(2684)	(2037)	(2593)
Porcentaje usando			
Píldora	(22.5) 23.0	23.3	20.6
DIU	(5.2) 5.0	4.8	5.7
Condón	(8.8) 8.6	8.7	8.4
Inyección	(2.0) 1.9	2.0	2.2
Vaginales	2.0	1.3	1.2
Esterilización fem.	(15.9) 14.7	14.0	17.3
Vasectomía	1.0	0.8	0.5
Ritmo	(5.1) 5.0	4.9	6.2
Retiro	(4.6) 4.5	3.5	2.8
Folclóricos	0.9	0.5	0.3
Resumen			
Total usando ^b	(68) 67	64	65
Esterilización ^b	(17) 16	15	18
Artificial moderno ^c	30	30	28
Artificial tradicional ^d	11	10	10
Natural ^e	(11) 10	9	9

^a Estimación para las mujeres de 15 a 49 años de edad con base en la información de las de 20 a 49 (consta entre paréntesis el dato observado cuando difiere del estimado).

^b Esterilización = femenina y masculina (vasectomía).

^c Artificial moderno = píldora, DIU e inyección.

^d Artificial tradicional = condón y vaginales.

^e Natural = ritmo, retiro y folclóricos.

vos para pensar que en ella está subestimada la proporción de esterilizadas. Pero si se omite esta forma de control de la fecundidad, los datos de la EPA-78 se ajustan bien a la tendencia observada entre las otras dos encuestas y, además, se pone en evidencia el hecho de que la disminución en el uso de la píldora es un fenómeno más reciente que la pérdida de importancia de los métodos tradicionales.

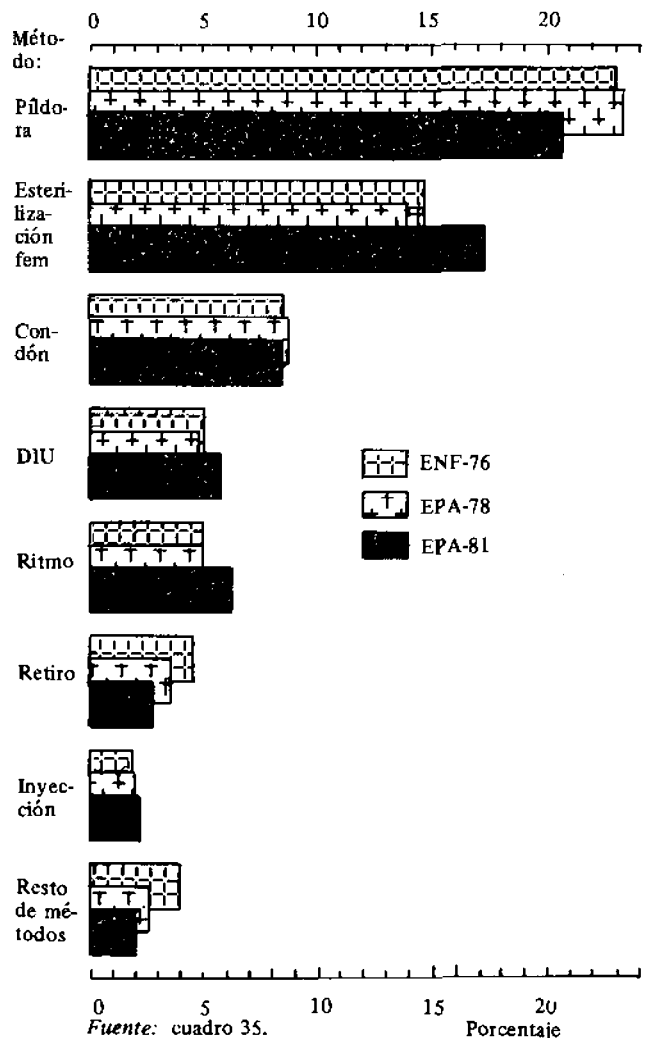
Por otra parte, la información del cuadro 36 permite afirmar que la reducción comentada ha tenido lugar en un grupo muy particular: entre las mujeres más jóvenes o, más concretamente, entre las parejas con 1 ó 2 hijos. Además, esta disminución se presenta, fundamentalmente, en mujeres con hijos nacidos 3 ó 4 años antes de la encuesta.

Anticoncepción para cesar la procreación o para espaciar los embarazos

La observación anterior adquiere mayor sentido con los datos del cuadro 37 y del gráfico 16, en donde se aprecia

Gráfico 15

PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)



Cuadro 36

PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS POR EDAD, HIJOS VIVOS Y TIEMPO DESDE EL ÚLTIMO NACIDO VIVO. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Variable	(N-81)	ENF-76	EPA-78	EPA-81
Total (15-49)	(2593)	...	64	65
Total (20-49)	(2419)	68	65	66
<i>Edad</i>				
15-19	(174)	...	48	47
20-24	(508)	64	59	58
25-29	(533)	70	67	65
30-34	(456)	73	74	...
35-39	(383)	75	70	76
40-44	(296)	70	67	70
45-49	(243)	51	48	57
(<i>Eta</i> x 100)		(15)	(18)	(17)
<i>Hijos vivos^a</i>				
0	(190)	24	23	29
1	(494)	65	58	57
2	(609)	74	70	67
3	(411)	77	76	77
4	(281)	74	76	76
5	(186)	75	69	72
6 y más	(422)	67	62	67
(<i>Eta</i> x 100)		(27)	(29)	(26)
<i>Años desde el último N. V.^b</i>				
- de 1	(448)	60	65	61
1	(388)	73	68	70
2	(246)	73	67	68
3	(203)	78	64	69
4	(147)	78	72	69
5 y más	(975)	71	68	70
(<i>Eta</i> x 100)		(12)	(4)	(7)

a Incluye el embarazo actual como un hijo vivo.

b Excluye a las mujeres sin hijos.

que la anticoncepción para dar por terminada la procreación (mujeres que declararon no desear más hijos) ha permanecido invariable o, incluso, ha aumentado considerablemente en las mujeres de mayor edad y/o con más de tres hijos tenidos. Resulta así que la baja en la prevalencia anticonceptiva observada en los últimos 5 años se debe, exclusivamente, a una pérdida de importancia de las prácticas para espaciar los embarazos. Ello es coherente con el aumento en la proporción de mujeres que desea tener un hijo "próximamente", comentado en el capítulo V.

Nuevamente ha sido necesario dejar fuera de este análisis a los resultados de la EPA-78 por problemas de comparabilidad originados, como ya se ha señalado, en una exageración de la proporción que desea cesar la procreación y en una subestimación de la proporción de esterilizadas.

Por otra parte, conviene llamar la atención sobre el hecho de que al distinguir los dos componentes de la anticoncepción (para cesar o para espaciar la procreación) se logra una mejor comprensión del fenómeno; lo que se manifiesta en, por ejemplo, un claro incremento en los coeficientes de asociación entre el uso de anticonceptivos y la edad o los hijos vivos (cuadros 36 y 37). Ello se debe a que se trata de

Cuadro 37

PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS PARA CESAR LA PROCREACION Y PORCENTAJE USANDO PARA ESPACIARLA POR EDAD E HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 (Mujeres en unión)

Edad e hijos vivos	(N-81)	ENF-76	EPA-78	EPA-81
% usando para cesar				
Total (15-49)	(2593)	...	40	38
Total (20-49)	(2419)	40	42	41
<i>Edad</i>				
15-19	(174)	...	14	5
20-29	(1041)	21	25	20
30-39	(839)	51	53	53
40-49	(539)	54	55	61
(<i>Eta</i> x 100)		(36)	(34)	(43)
<i>Hijos vivos^a</i>				
Menos de 3	(1293)	18	22	18
3-4	(692)	51	57	56
5 y más	(608)	59	55	61
(<i>Eta</i> x 100)		(41)	(41)	(47)
% usando para espaciar				
Total (15-49)	(2593)	...	24	27
Total (20-49)	(2419)	28	23	26
<i>Edad</i>				
15-19	(174)	...	35	42
20-29	(1041)	46	38	42
30-39	(839)	23	19	21
40-49	(539)	7	4	3
(<i>Eta</i> x 100)		(37)	(27)	(36)
<i>Hijos vivos^a</i>				
Menos de 3	(1293)	45	35	40
3-4	(692)	24	19	20
5 y más	(608)	9	9	7
(<i>Eta</i> x 100)		(39)	(30)	(35)

a Incluye el embarazo actual como un hijo vivo.

dos fenómenos diferentes, pues mientras la anticoncepción para cesar la procreación se incrementa conforme se avanza en el ciclo vital de la familia, la anticoncepción con fines de espaciamiento se vuelve menos importante.

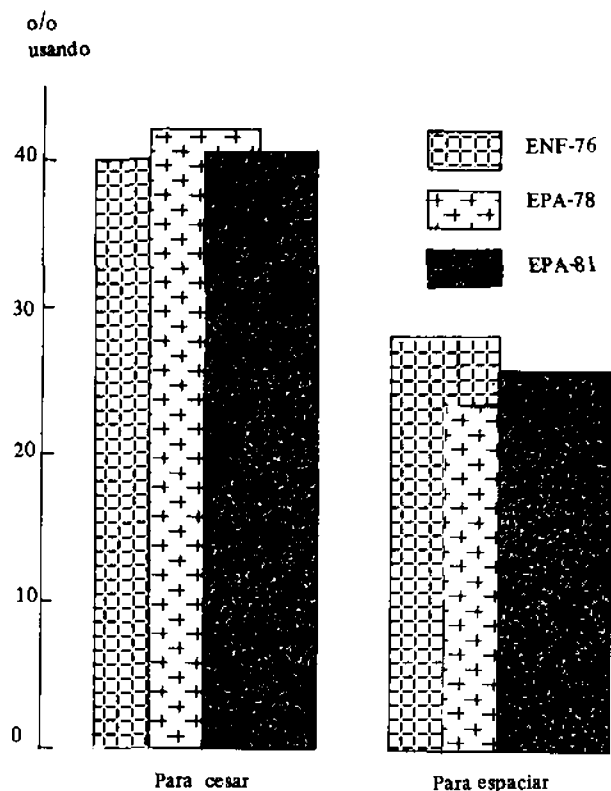
Diferenciales en la prevalencia anticonceptiva

En el cuadro 38 se presenta el porcentaje que declaró estar usando anticonceptivos según dos conjuntos de variables: por una parte, el de las variables de tipo estructural o socioeconómico (residencia, educación y clase social) y, por otra, el conjunto de determinantes más próximos del control voluntario de la procreación, esto es, los que pueden ser denominados como condicionantes para que el control se lleve a cabo (demanda de hijos, disponibilidad de servicios, conocimiento de métodos y aceptabilidad de la planificación familiar).

Según lo esperado, el uso de anticonceptivos tiende a ser más frecuente entre los grupos socioeconómicos más privilegiados (residentes en las ciudades, con mayor educación y de las clases sociales más altas). Empero, las diferencias

Gráfico 16

PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS PARA CESAR Y PARA ESPACIAR LA PROCREACION. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981. (Mujeres en unión de 20-49 años de edad)



Fuente: Cuadro 37.

no son muy grandes, presentándose una situación caracterizada por una relativamente alta proporción de uso en todos los segmentos de la población. Así, los porcentajes de uso más bajos, que corresponden al subproletariado agrícola (54 por ciento), a las mujeres de las zonas rurales de fuera del Valle Central (57 por ciento) y a las prácticamente analfabetas (58 por ciento), son muy superiores a los observados en la gran mayoría de países subdesarrollados. Por ejemplo, en un estudio comparativo de 19 países en los que se había llevado a cabo la Encuesta Mundial de Fecundidad¹, se observa que de 57 subpoblaciones (tres por cada país, a saber: capital, resto urbano y rural) solamente en tres se presentan porcentajes de uso mayores que los mínimos registrados en Costa Rica; las cuales son Bogotá (58 por ciento), Ciudad de Panamá (60 por ciento) y resto urbano de Panamá (61 por ciento).

Las variables condicionantes del control, como es lógico, establecen mayores diferencias en el uso de anticonceptivos que las socioeconómicas, permitiendo identificar grupos en los que la proporción respectiva cae por debajo del 40 por ciento. Sin embargo, estos casos son muy aislados

Cuadro 38

PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS (Mujeres en unión)

Variable	(N)	Porcentaje
<i>Total</i>	(2593)	65
<i>Residencia</i>		
Area Metropolitana	(777)	70
Valle Central urbano	(311)	70
Valle Central rural	(539)	66
Resto urbano	(218)	65
Resto rural	(748)	57
(Eta x 100)		(11)
<i>Educación (años)</i>		
Menos de 3 primaria	(406)	58
Primaria 3-5	(614)	62
Primaria completa	(731)	65
Secundaria 1-4	(377)	71
Sec. completa o univert.	(465)	70
(Eta x 100)		(10)
<i>Clase social</i>		
Burguesía	(450)	72
Burguesía funcionarios	(252)	68
Semiproletariado	(312)	68
Proletariado no agrícola	(405)	68
Subprolet. no agrícola	(515)	61
Proletariado agrícola	(225)	63
Campeños independientes	(243)	61
Subproletariado agrícola	(191)	54
(Eta x 100)		(10)
<i>Cobertura de Salud</i>		
Sólo C C S S	(1156)	66
CCSS y MS	(923)	69
Sólo MS	(262)	56
No cubierta	(252)	54
(Eta x 100)		(11)
<i>Deseo de cesar o espaciarse la procreación^a</i>		
Cesar	(467)	74
Cesar-ambivalente	(808)	80
Espaciar	(190)	61
Espaciar-ambivalente	(522)	67
Resto ambivalente	(114)	47
Resto	(492)	40
(Eta x 100)		(33)
<i>Tiempo real al CPF más cercano</i>		
Menos de 10 minutos	(920)	67
10-19 minutos	(912)	66
20-30 minutos	(518)	63
31-60 minutos	(159)	62
Más de 60 minutos	(84)	49
(r x 100 ^b)		(7)
<i>Índice de conocimiento</i>		
Menos de 7	(142)	36
7- 9	(230)	49
10-12	(441)	55
13-15	(882)	73
16-17	(898)	71
(r x 100 ^b)		(13)
<i>Acuerdo con PLANFAM</i>		
De acuerdo	(2107)	68
Depende	(287)	59
En contra	(178)	46
No sabe	(21)	(33)
(Eta x 100)		(14)

^a Se definió como ambivalentes a la que desean cesar o espaciarse y declararon que embarazarse no les causaría problema alguno y a las que declararon que les causaría problema pero no manifestaron deseo de cesar o espaciarse.

^b Coeficiente de correlación múltiple respecto a la variable y al cuadrado de ésta.

¹ Robert Lightbourne, "Urban-Rural Differentials in Contraceptive Use", *Comparative Studies* No. 10, World Fertility Survey, Londres, 1980. Cuadro 20.

y comprenden a segmentos de la población muy reducidos (aparte de que incluso en ellos la prevalencia anticonceptiva es relativamente alta). Considérese, por ejemplo, el grupo que no desea ni cesar ni espaciar la procreación y que, además, declaró que un embarazo no les causaría problema alguno, el cual representa el 19 por ciento de la población de interés. Entre estas mujeres, que aparentemente no tienen motivos para usar anticonceptivos, el 19 por ciento aparece utilizándolos; este resultado lleva a pensar que en Costa Rica la anticoncepción se ha generalizado tanto que se ha convertido en una moda o en una costumbre practicada incluso sin justificación clara (desde luego, es posible que estas aparentes contradicciones desaparezcan con la inclusión de las opiniones del esposo).

De las variables condicionantes del control, la más asociada con el uso de anticonceptivos resultó, con mucho, la motivación que se origina en el deseo de cesar la procreación o de postergar el próximo embarazo. Le siguen, en orden de importancia, la aceptabilidad de la planificación familiar y el grado de información acerca de las técnicas anticonceptivas, en tanto que la disponibilidad de servicios aparece con la correlación más baja. Este último resultado no quiere decir que la disponibilidad carezca de importancia como condicionante del uso, puesto que, por ejemplo, puede observarse una considerable diferencia en el porcentaje respectivo entre quienes disponen de un centro muy cercano y quienes deben viajar a una hora o más (67 versus 49 por ciento de uso). Lo que sucede es que en Costa Rica la gran mayoría de mujeres dispone de servicios muy cerca de su residencia (el 97 por ciento a 60 minutos o menos), con diferencias entre unas u otras de pocos minutos (la desviación estándar es de 22 minutos), que prácticamente no influyen en el uso de anticonceptivos. Para que la falta de servicios disponibles llegue a convertirse en un verdadero obstáculo del control de la fecundidad en una mujer ya motivada, parece que debe superar ciertos valores de "umbral", es decir, representar varias horas de viaje, situación inexistente en Costa Rica.

Por último, un resultado sugestivo del cuadro 38 es que en el grupo de mujeres que desean cesar o espaciar la procreación, la prevalencia anticonceptiva es mayor entre las que fueron definidas como ambivalentes (declararon que embarazarse no les causaría problemas). Esto no tiene explicación lógica alguna, pues era de esperarse que siendo más bajo el grado de motivación entre estas mujeres "ambivalentes" el porcentaje de uso también lo fuera.

Análisis multivariable de la prevalencia anticonceptiva

Como las variables para las que se han estudiado los diferenciales en la prevalencia anticonceptiva están intercorrelacionadas entre sí, conviene utilizar las técnicas de análisis de covariancia para obtener estimaciones del efecto de cada factor luego de que han sido controlados los efectos de las variables que pueden ser consideradas como precedentes causales. Los resultados de la aplicación de este análisis jerárquico se presentan en los cuadros 39 y 40 y un resumen de la variancia explicada en el cuadro 41 y en el gráfico 17. La interpretación de estos resultados y los detalles

Cuadro 39

ANÁLISIS MULTIVARIABLE DEL PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN VARIABLES SOCIOECONOMICAS SELECCIONADAS. (Mujeres en unión y fértiles)

Variable	(°/o ó \bar{x})	Porcentaje usando ajustado por:		
		Variables precedentes	Edad y todas las socioeconómicas	Todas y condiciones
<i>Total</i>	(2454)	69	69	69
<i>Edad^a</i>		+ 35.5	+ 35.5	+ 43.5
Años cumplidos	(30.8)	+ 1.2	+ 1.2	+ .92
Cuadrado de años -30 ($r \times 100$)	(71.4)	- .07	- .07	- .04
		(20)	(19.8)	(12)
<i>Residencia</i>				
Area Metropolitana	(30.2)	72	70	71
Valle Central urbano	(12.1)	73	71	71
Valle Central rural	(20.7)	70	71	71
Resto urbano	(8.3)	69	68	67
Resto rural	(28.7)	62	65	64
($r \times 100$)		(9)	(5)	(5)
<i>Clase social^a</i>				
Burguesía	(17.2)	74	71	71
Burguesía funcionarios	(9.7)	71	68	67
Semiproletariado	(12.4)	68	68	67
Proletariado no agrícola	(15.8)	71	72	71
Subproletariado no agrícola	(8.7)	70	72	73
Proletariado agrícola	(9.3)	67	68	70
Campesinos independientes	(19.5)	65	66	67
Subproletariado agrícola	(7.4)	61	63	65
($r \times 100$)		(7)	(6)	(5)
<i>Educación^a</i>				
Años aprobados	(6.3)	+ 3.1	+ 3.1	+ 2.0
Cuadrado de años	(53.9)	- .14	- .14	- .08
0 años		57	57	61
3 años		65	65	66
11 años		74	74	72
($r \times 100$)		(8)	(8)	(5)
<i>Condicionantes (motivación, disponibilidad, etc.)</i> ($r \times 100$)		-	-	(27)
<i>Correlación múltiple</i> ($r \times 100$)		(24)	(24)	(36)

a Variable ordinal, se muestran los coeficientes de regresión y, como ejemplo, algunos valores seleccionados.

metodológicos se mencionan de manera muy superficial a continuación, por considerarse que escapan a los objetivos del presente informe.

Se ajustó, con regresión mínimo-cuadrática, un modelo lineal aditivo simple de tipo jerárquico, en el que la variable dependiente fue la dicotomía de estar o no usando anticonceptivos; de manera que con él se obtienen estimaciones de la probabilidad condicional de uso de la anticoncepción. Por su parte, las variables dependientes fueron de dos tipos: las ordinales y las categóricas o cualitativas. Las primeras

Cuadro 40

ANÁLISIS MULTIVARIABLE DEL PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN LOS CONDICIONANTES DE LA REGULACION DE LA FECUNDIDAD
(Mujeres en unión y fértiles)

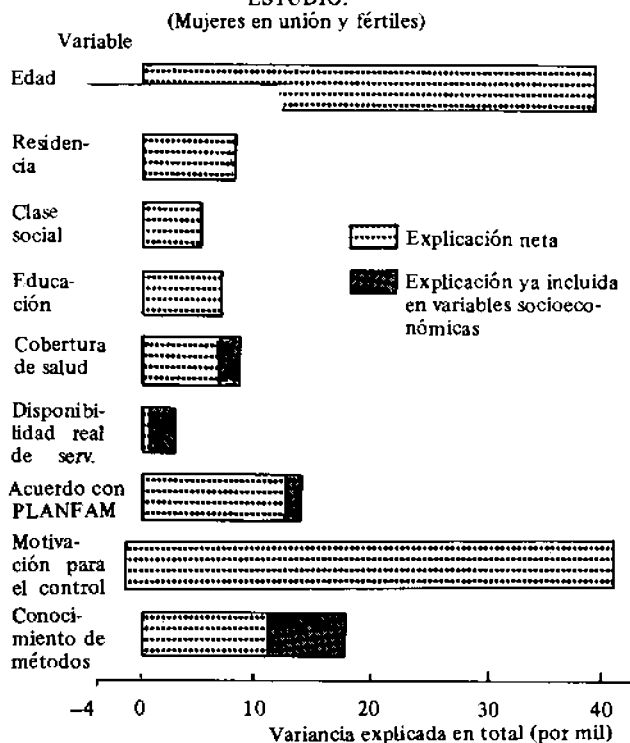
Variable	(°/o ó \bar{x})	Porcentaje usando ajustado por:		
		Variables precedentes	Precedentes y socioeconómicas	Todas
Total	(2454)	69	69	69
Edad^a		+ 35.5	+ 35.5	+ 43.5
Años cumplidos	(30.8)	+ 1.2	+ 1.2	+ .92
Cuadrado de años -30 (<i>r</i> x 100)	(71.4)	-.07 (20)	-.07 (20)	-.04 (12)
Socioeconómicas (<i>r</i> x 100)			(14)	(10)
Cobertura de salud				
Sólo CCSS	(44.5)	70	68	68
CCSS y MS	(35.9)	72	73	73
Sólo MS	(10.1)	60	64	65
No cubierta (<i>r</i> x 100)	(9.5)	61 (9)	61 (8)	62 (7)
Disponibilidad real de servicios				
Minutos al CPF	(17.4)	-.16	+ .01*	-.006*
Cuadrado de minutos	(794)	+ .0004*	-.0002*	-.0001*
0 minutos		71	68	69
15 minutos		69	69	69
60 minutos (<i>r</i> x 100)		63 (5)	69 (1)	68 (1)
Acuerdo con PLANFAM				
De acuerdo	(82.4)	71	71	71
Depende	(11.5)	60	60	63
En contra (<i>r</i> x 100)	(6.1)	52 (12)	53 (11)	57 (8)
Motivación				
Desea cesar	(19.0)	70	71	71
Desea cesar-ambivalente	(32.9)	77	77	76
Desea espaciar	(7.7)	65	65	65
Desea espaciar-ambivalente	(21.3)	72	71	72
Resto ambivalente	(3.0)	74	73	73
Resto (<i>r</i> x 100)	(16.1)	48 (20)	47 (21)	48 (20)
Conocimiento de métodos^a				
Índice	(13.3)	+4.4	+4.3	+4.3
Cuadrado del índice	(189)	-.11	-.12	-.12
Índice = 0		31	35	35
Índice = 5		50	53	53
Índice = 15		72	72	72
(<i>r</i> x 100)		(13)	(11)	(11)
Correlación múltiple (<i>r</i> x 100)		(35)	(36)	(36)

* No significativa al 1 por ciento.

^a Variable ordinal, se muestran los coeficientes de regresión y como ejemplo algunos valores.

Gráfico 17

VARIANCIAS DEL PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS EXPLICADA POR LAS VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO.



Fuente: cuadro 40

fueron consideradas en la regresión por medio de dos indicadores: la variable original y el cuadrado de ésta, con el fin de hacer posible la existencia de relaciones curvilíneas. Las variables cualitativas, en cambio, fueron introducidas en la regresión con una serie de variables dicotómicas que indican la pertenencia o no a cada una de las categorías. Para medir la asociación, se utilizó el coeficiente de correlación "semiparcial" (*r*) que consiste en la raíz cuadrada de la explicación agregada a la variancia residual.

El efecto de las variables demográficas o del ciclo vital fue controlado excluyendo del análisis a las entrevistadas que se declararon infértiles (9 por ciento de las mujeres en unión) e introduciendo como primera variable regresora a la edad, cuya asociación con el uso de anticonceptivos resultó del 20 por ciento (4 por ciento de variancia explicada). A continuación fueron consideradas las tres variables socioeconómicas, en el siguiente orden de precedencia causal: primero el área de residencia, luego la clase social y, finalmente, la educación de la mujer. Todas mostraron una asociación significativa con el uso de anticonceptivos, pero con coeficientes de correlación parcial no muy elevados (9, 7 y 8 por ciento, respectivamente). La correlación de estas tres variables en conjunto fue de 14 por ciento (2 por ciento de explicación agregada a la variancia).

El efecto total de las aquí denominadas variables condicionantes fue estudiado, en primer lugar, en forma paralela al de las socioeconómicas, es decir, sin que haya sido contro-

Cuadro 41

VARIANCIA DEL PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS
EXPLICADA POR LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS,
SOCIOECONÓMICAS Y POR LOS CONDICIONANTES DE LA
REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD.
(Mujeres en unión y fértiles)

Variables	Explicación agregada		
	Nota ^a	Incluida en socio-económicas	Total ^b
(N)	(2454)	(2454)	(2454)
Porcentaje usando	69	69	69
Variación (x 100)	21.5	21.5	21.5
Explicación de la variación (x 1000)			
Total	1 000	1 000	1 000
No explicada	867		867
Explicada	133		133
<i>Variables demográficas</i>			
Edad	39		39
<i>Variables socio-económicas</i>			
Residencia	8		8
Clase social	5		5
Educación	7		7
<i>Variables condicionantes</i>			
Cobertura de salud	7	2	8
Disponibilidad real de servicios	0	3	3
Acuerdo con PLANFAM	12	1	14
Motivación para el control	43	- 2	41
Conocimiento de métodos	11	7	18

a Variación residual explicada luego de controlar el efecto de las variables precedentes causales (en orden de aparición en el cuadro).

b Para las variables condicionantes, muestra la variación residual explicada sin haber controlado antes el efecto de las variables socioeconómicas.

lado previamente el efecto de estas últimas. Se encontró que todos estos factores tienen en conjunto un coeficiente de correlación parcial de 29 por ciento (8 por ciento de explicación agregada a la variación) y todos ellos muestran una asociación significativa con la anticoncepción, pero, en la mayoría de los casos, poco elevada. La variable más importante para explicar el uso de anticonceptivos resultó la "motivación para el control" ($r = 20$ por ciento) y luego se ubicaron el conocimiento anticonceptivo ($r = 13$ por ciento) y la aceptabilidad de la planificación familiar ($r = 12$ por ciento).

En un segundo nivel de análisis, se consideró que parte de la asociación de estos factores con la anticoncepción se debía a que eran meros portadores de la influencia de los socioeconómicos, por lo que se procedió a repetir el análisis anterior pero esta vez luego de que había sido controlado este efecto. Con ello se pudo comprobar que sólo una pequeña parte de la asociación observada (un octavo de la variación explicada) se debía a esta situación. Vale decir que, en buena parte, estos factores condicionantes actúan sobre el uso de anticonceptivos en forma independiente

de la situación socioeconómica de la población costarricense. Esta afirmación se aplica individualmente a las variables motivación, aceptabilidad de la PLANFAM y, en menor grado, a la variable cobertura de los servicios de salud. No se aplica a los casos del conocimiento de métodos y de la cercanía de los servicios. En efecto, más de la tercera parte de la variación explicada por el conocimiento de métodos se origina en la asociación de esta variable con las socioeconómicas; y en el caso de la cercanía de los servicios, toda su influencia sobre el uso de anticonceptivos (que ya era pequeña) desaparece cuando se consideran a mujeres con igual nivel socioeconómico.

Globalmente, la explicación del uso de anticonceptivos por todas las variables consideradas en el modelo, medida por el coeficiente de correlación múltiple, es de 36 por ciento (13 por ciento de variación explicada), nivel de explicación que se reduce al 24 por ciento cuando no se consideran los factores condicionantes y al 35 por ciento cuando no son incluidas en la regresión las tres variables socioeconómicas.

Finalmente, a manera de resumen, cabe afirmar que las variables a las que se debe prestar mayor atención para prevenir (o para propiciar) los cambios futuros en el nivel de uso de anticonceptivos (y, consecuentemente, en la fecundidad) son, en primer lugar y sobre todo, las intenciones o preferencias reproductivas y, luego, la aceptabilidad de la planificación familiar y el conocimiento de métodos anticonceptivos. Nada cambiaría con, por ejemplo, la apertura de nuevas fuentes de abastecimiento. En cuanto a las variables socioeconómicas, aparte de que las variaciones de ellas no pueden ser muy importantes (al menos en el corto plazo), tales cambios tendrían relativamente poco impacto en la anticoncepción.

Razones para no estar usando anticonceptivos

Una forma más inmediata para identificar los factores determinantes del uso de anticonceptivos es por medio de preguntas directas a las entrevistadas. A esta clase de preguntas corresponde la de "¿Cuál es la razón principal por la que usted no está planificando su familia?" incluida en la EPA-81. La frecuencia de las distintas respuestas (precodificadas en el cuestionario) consta en el cuadro 42 y en el gráfico 18, observándose que más de la mitad (55 por ciento) de las no usuarias no se encontraba usando métodos por no necesitarlos, esto es, por embarazo (27 por ciento), infertilidad de uno de los esposos (15 por ciento), infertilidad post-parto (9 por ciento) o no cohabitación (3 por ciento). De estas respuestas, sin embargo, el estar embarazada o en infertilidad post-parto en realidad no constituyen una explicación, pues las entrevistadas se encontraban en esa situación, precisamente, por no haber usado anticonceptivos.

De las respuestas restantes, el deseo de quedar embarazada (12 por ciento), esto es, la motivación o demanda de hijos, emerge como la principal causa de no utilización de anticonceptivos. Luego se ubican las respuestas del tipo "no me gusta", que sumadas a las razones religiosas y a las prohibiciones del esposo, alcanzan un porcentaje considerable

Cuadro 42

DISTRIBUCION DE LA RAZON MENCIONADA PARA NO ESTAR USANDO ANTICONCEPTIVOS, SEGUN LAS INTENCIONES FUTURAS

(Mujeres en unión no usando anticonceptivos)

Razón mencionada	(N)	Distribución según razón mencionada	Intenciones futuras			
			Total	Pien- sa usar	No piensa usar	No sabe
<i>Total</i>	<i>(905)</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>71</i>	<i>24</i>	<i>50</i>
No cohabita	(31)	3	100	64	26	10
Infértil	(139)	15	—	—	—	—
Embarazada	(246)	27	100	93	4	3
Infértil post parto	(80)	9	100	94	4	2
Desea embarazo	(110)	12	100	72	23	5
Salud	(44)	5	100	(61)	(34)	(5)
Religión	(19)	2	100	(11)	(79)	(10)
El esposo	(27)	3	100	(59)	(41)	(0)
Disponibilidad	(20)	2	100	(90)	(5)	(5)
No le gusta	(63)	7	100	37	54	9
Otra	(106)	12	100	47	49	4
No sabe	(20)	2	100	(45)	(35)	(20)

Nota: La distribución total según las intenciones futuras se refiere únicamente a las mujeres fértiles (N = 766).

(12 por ciento) que en gran parte tiene que ver con la ilegitimidad o no aceptabilidad de la planificación familiar. Otra respuesta más o menos frecuente fue "me hacen daño los métodos" (5 por ciento), posiblemente relacionada con una deficiente información anticonceptiva de la entrevistada, puesto que existen métodos inofensivos para la salud que podía estar utilizando. Por último, y ratificando los hallazgos indirectamente realizados con la técnica del análisis multivariable, se observa que los factores asociados con la disponibilidad de los anticonceptivos tienen muy poca gravitación como impedimentos para su uso, pues apenas un 2 por ciento indicó razones tales como "no puedo conseguirlos", "me queda incómodo" o "son muy caros", los cuales fueron agrupados bajo el rubro de "disponibilidad".

Por otra parte, a las mujeres fértiles que no estaban usando anticonceptivos se les preguntó por sus intenciones de uso futuro, encontrándose que cerca de las tres cuartas partes de las entrevistadas considera que su situación es temporal, ya que piensan practicar la anticoncepción en el futuro. Los únicos casos en los que una mayoría no piensa usar anticonceptivos en el futuro se presentan cuando la razón mencionada para no estar usando tiene que ver con la ilegitimidad de la planificación familiar (véase el cuadro 42 y el gráfico 18).

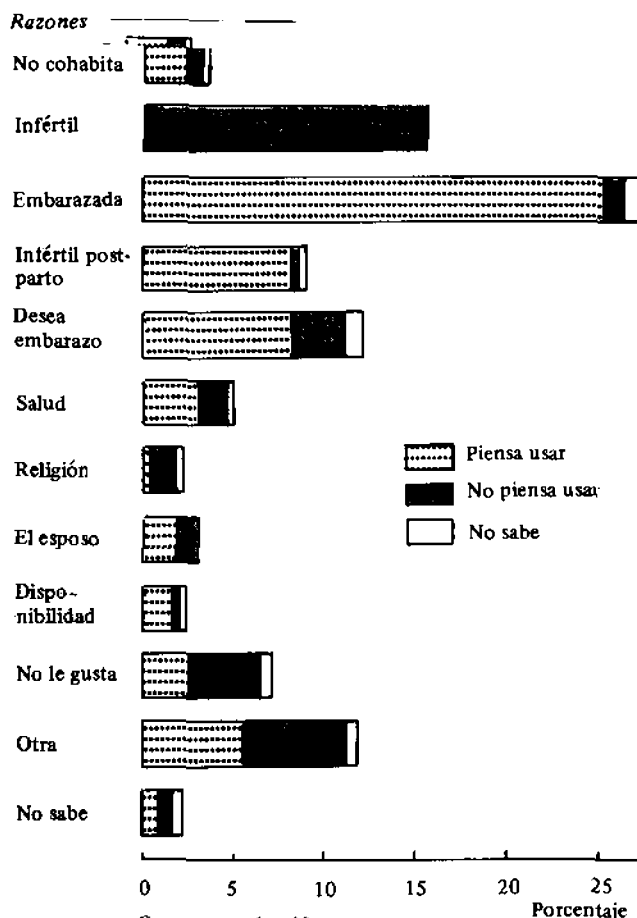
Los métodos anticonceptivos utilizados

Las dos formas más importantes de limitación de los nacimientos en Costa Rica son las pastillas anticonceptivas y la esterilización (cuadro 43), correspondiéndoles el 59 por ciento de la práctica anticonceptiva que se lleva a cabo en el país (32 por ciento a la píldora y 27 por ciento a la esterilización). El uso del condón, el ritmo y el DIU, aunque bas-

Gráfico 18

DISTRIBUCION DE LA RAZON MENCIONADA PARA NO ESTAR USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN LAS INTENCIONES FUTURAS

(Mujeres en unión que no están usando anticonceptivos)



Fuente: cuadro 42.

tante inferior que el de los dos métodos anteriores, también es importante pues incluye el 31 por ciento de las usuarias (13, 9 y 9 por ciento, respectivamente), en tanto que los métodos restantes son formas de limitación de los nacimientos poco utilizadas en el país.

El aborto provocado es otro método para evitar los nacimientos, pero que debe ser estudiado por separado, pues quienes recurren a él obviamente no pueden ser contabilizadas entre las usuarias de anticonceptivos al momento de la encuesta. De todos modos, su práctica es muy poco frecuente en el país, ya que menos del 1 por ciento de las entrevistadas (cuadro 34) declaró haberlo utilizado alguna vez, ya sea con fines terapéuticos o puramente antinatalistas. No obstante, queda la duda de la veracidad de las respuestas sobre este tema, ya que el aborto es fuertemente reprimido por las leyes costarricenses.

El uso de los distintos métodos según la edad o los hijos tenidos por la mujer (cuadro 43 y gráfico 19) pone en evidencia una fuerte modificación a medida que la mujer

Cuadro 43

PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN LA
EDAD Y LOS HIJOS VIVOS.
(Mujeres en unión)

Métodos	Total	Grupos de edades						
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
(N)	(2593)	(174)	(508)	(533)	(456)	(383)	(296)	(243)
Porcentaje usando								
Total	(100) 65	47	58	65	72	76	70	57
Píldora	(32) 21	24	33	27	22	12	8	4
DIU	(9) 6	4	5	8	8	5	3	3
Condón	(13) 8	9	9	11	9	7	5	7
Inyección	(3) 2	1	1	2	2	2	4	4
Vaginales	(2) 1	1	1	1	1	1	2	2
Esterilización	(27) 17	0	2	6	19	37	38	28
Vasectomía	(1) 1	1	0	0	1	1	1	1
Ritmo	(9) 6	2	4	8	8	7	5	6
Retiro	(4) 3	4	3	2	2	3	4	3
Folclóricos	(0) 0	1	0	0	0	1	0	0
Hijos vivos								
		0	1	2	3	4	5	6 y +
(N)	(2593)	(190)	(494)	(609)	(411)	(281)	(186)	(422)
Porcentaje usando								
Total	65	29	57	67	77	76	72	67
Píldora	21	16	27	30	20	17	15	8
DIU	6	2	6	8	8	6	4	4
Condón	8	4	11	10	9	10	6	5
Inyección	2	0	1	1	2	2	3	6
Vaginales	1	0	1	2	1	1	1	1
Esterilización	17	3	1	7	23	30	35	35
Vasectomía	1	0	0	0	1	1	1	1
Ritmo	6	4	7	7	9	5	5	3
Retiro	3	0	3	2	3	4	2	4
Folclóricos	0	0	0	0	1	0	0	0

Nota: La primera columna (que consta entre paréntesis) muestra la distribución de las usuarias según el método utilizado.

avanza en el ciclo vital. Esta consiste, básicamente, en la sustitución de la píldora (y, en menor grado, del condón) por la esterilización, fenómeno que se origina en la irreversibilidad y mayor eficacia de este último método, así como en las contraindicaciones médicas al uso del gestágeno oral para las mujeres de edad avanzada.

Diferenciales en el uso de cada tipo de método anticonceptivo

De los datos de la prevalencia de cada tipo de métodos anticonceptivos en distintas subpoblaciones (cuadro 44), emergen como hechos destacados la tendencia a que los métodos tradicionales (naturales o no) sean utilizados en mayor medida por las mujeres que tienen una situación socioeconómica más privilegiada, el uso más intenso de los métodos artificiales modernos (gestágenos y DIU) fuera del Valle Central, y la mayor incidencia de la esterilización entre las mujeres menos educadas (véase también el gráfico 20). No obstante, estos resultados deben ser interpretados con cautela ya que pueden tener su origen en terceras varia-

bles, tales como la edad de la mujer. En efecto, en el cuadro 45 y en el gráfico 20 se puede apreciar que cuando los diferenciales según educación son estudiados para mujeres de aproximadamente la misma edad, los resultados son distintos que los observados sin el control de la edad. Por ejemplo, limitando el análisis a las mujeres mayores de 35 años, se observa que no es verdad que las menos educadas tienen porcentajes más altos de esterilizadas, sino todo lo contrario. Se aprecia también que estas mujeres utilizan en mayor grado los métodos artificiales modernos que las más educadas, contrariamente a lo observado antes de controlar la edad. Además, aparece mucho más clara la tendencia a que los métodos tradicionales y naturales sean más utilizados por las mujeres con mayor instrucción.

Opiniones y preferencias acerca de los métodos

En el caso de la píldora, el DIU, la inyección y la esterilización femenina, se preguntó a las entrevistadas si pensaban que usar el método respectivo les causaría problemas de salud. Las respuestas muestran que, excepto la esterili-

Cuadro 44

PORCENTAJE USANDO CADA TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN RESIDENCIA, EDUCACION, CLASE SOCIAL, INTENCIONES REPRODUCTIVAS, TIEMPO "REAL" AL CPF MAS CERCANO E INDICE DE CONOCIMIENTO.
(Mujeres en unión)

Variable	(N)	Total usando	Tipo de método			
			Esterilización	Artificial moderno	Artificial tradicional	Natural
<i>Total</i>	(2593)	65	18	28	10	9
<i>Residencia</i>						
Area Metropolitana	(777)	70	19	27	13	11
Valle Central urbano	(311)	70	21	31	9	9
Valle Central rural	(539)	66	20	23	10	13
Resto urbano	(218)	65	19	34	7	5
Resto rural	(748)	57	13	32	6	6
(Eta x 100)		(11)	(8)	(8)	(11)	(9)
<i>Educación (años)</i>						
Menos de 3 primaria	(406)	58	24	20	6	7
Primaria 3-5	(614)	62	22	26	7	8
Primaria completa	(731)	65	15	32	10	8
Secundaria 1-4	(377)	71	13	35	13	10
Sec. completa o universit.	(465)	70	15	27	13	15
(Eta x 100)		(10)	(11)	(12)	(12)	(12)
<i>Clase social</i>						
Burguesía	(702)	70	18	28	12	13
Proletariado no agrícola	(717)	68	19	29	12	7
Subprolet. no agrícola	(515)	61	16	29	8	8
Proletariado agrícola	(225)	63	23	26	6	8
Campeñinos independientes	(243)	61	16	31	5	9
Subproletariado agrícola	(191)	54	13	29	7	5
(Eta x 100)		(10)	(6)	(9)	(10)	(7)
<i>Intenciones reproductivas</i>						
Desea cesar	(1275)	77	36	25	9	8
Desea espaciar	(712)	65	—	40	13	12
Resto	(606)	39	—	23	7	9
(Eta x 100)		(33)	(47)	(16)	(9)	(5)
<i>Tiempo real al CPF</i>						
Menos de 10 minutos	(920)	67	20	28	10	9
10-19	(912)	66	18	27	12	9
20-30	(518)	63	17	29	7	10
31-60	(159)	62	9	41	5	7
Más de 60 minutos	(84)	49	12	27	4	6
(Eta x 100)		(7)	(6)	(7)	(11)	(4)
<i>Índice de conocimiento</i>						
Menos de 7	(142)	36	11	18	3	4
7- 9	(230)	49	18	21	4	6
10-12	(441)	55	17	27	5	7
13-15	(882)	73	18	34	12	9
16-17	(898)	71	19	28	12	12
(Eta x 100)		(23)	(4)	(10)	(13)	(8)

lización, las opiniones desfavorables al método son más numerosas que las opiniones en el sentido de que no les causarían problemas de salud, especialmente en el caso del DIU para el que la relación es de 2 a 1 (cuadro 46). Esta opinión desfavorable del DIU parece deberse básicamente a prejuicios o mala información, pues entre quienes han tenido experiencia de uso del método, la relación se invierte, siendo más frecuentes las opiniones favorables que las desfavorables. En el caso de los gestágenos, también se manifiesta la existencia de prejuicios, pues la relación opiniones desfavorables/favorables disminuye cuando el análisis

se limita a quienes han usado el método, aunque las primeras siguen siendo más numerosas que las segundas (véase el gráfico 21).

Resulta así que la píldora es el método más usado en Costa Rica pero también es el método más controversial, pues le corresponde el porcentaje más alto de opiniones en el sentido de que causa problemas de salud. El dispositivo intrauterino es el segundo método que más recelos despierta por sus supuestos efectos nocivos para la salud, pero esta opinión no es sustentada por quienes lo han utilizado. Por

Cuadro 45

**PORCENTAJE USANDO CADA TIPO DE METODO
ANTICONCEPTIVO SEGUN EDUCACION Y CONTROLADO
POR EDAD.
(Mujeres en unión)**

Educación	(N)	Total usando	Tipo de método			
			Esteri- liza- ción	Artifi- cial mo- derno	Artifi- cial tradi- cional	Natu- ral
Menores de 35 años de edad						
Total	(1671)	63	8	35	11	9
Menos de 3 primaria	(158)	55	9	30	8	8
Primaria 3-5	(339)	57	11	31	7	7
Primaria completa	(543)	63	7	38	10	8
Secundaria 1-4	(290)	69	6	40	14	9
Sec. completa o universt.	(341)	67	7	35	13	13
Con 35 y más años de edad						
Total	(922)	69	36	16	8	9
Menos de 3 primaria	(248)	60	33	15	5	7
Primaria 3-5	(275)	68	36	21	5	6
Primaria completa	(188)	72	38	15	10	9
Secundaria 1-4	(87)	76	32	18	10	15
Sec. completa o universt.	(124)	78	37	8	13	20

su parte, el gestágeno inyectable es el único caso en el que las opiniones desfavorables aumentan cuando se pasa del grupo de mujeres que no ha usado el método al de las que sí lo han utilizado. Por último, de los cuatro métodos considerados, la esterilización femenina aparece como el más aceptado desde el punto de vista de la salud.

Sobre este mismo tópico de los métodos preferidos, se preguntó a quienes no estaban usando anticonceptivos y pensaban usar en el futuro, cuál pensaban utilizar. Además, a quienes estaban usando se les preguntó si preferirían cambiar a otro método y a cuál preferirían hacerlo. Las respuestas a todas estas preguntas, junto con la situación observada en cuanto a uso de métodos al momento de la encuesta, conforman un perfil de la demanda de anticonceptivos, cuyos principales aspectos aparecen tabulados en el cuadro 47.

En lo que respecta al grado de satisfacción con el método (primera columna del cuadro 47) se observa que el porcentaje más alto le corresponde al DIU (88 por ciento) y, luego, al ritmo (85 por ciento) y a la píldora (83 por ciento). En el otro extremo, las usuarias del condón y del retiro aparecen como las menos satisfechas con el método, con un 40 por ciento que está deseando sustituirlo por otro.

El método preferido por quienes están usando anticonceptivos presenta una distribución (penúltima columna) que difiere de la del método usado por las mayores frecuencias correspondientes al DIU, la esterilización y la inyección, en tanto que el uso observado presenta excedentes con respecto a las preferencias en el caso del condón, el retiro y, en menor grado, la píldora.

Gráfico 19

**PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS POR EDAD.
(Mujeres en unión)**

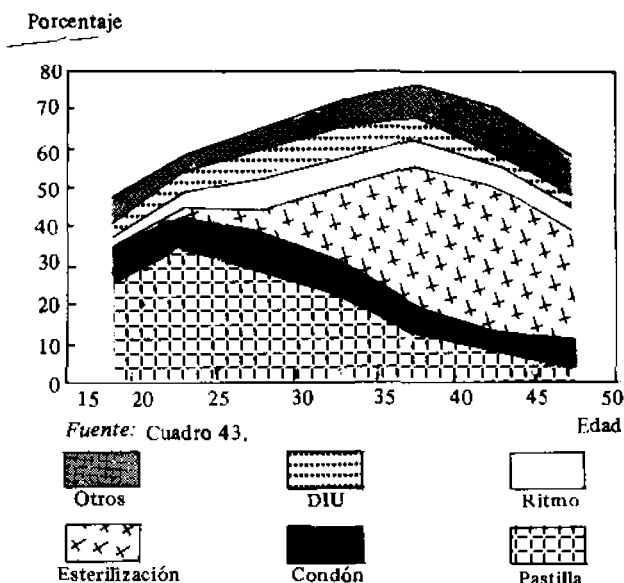
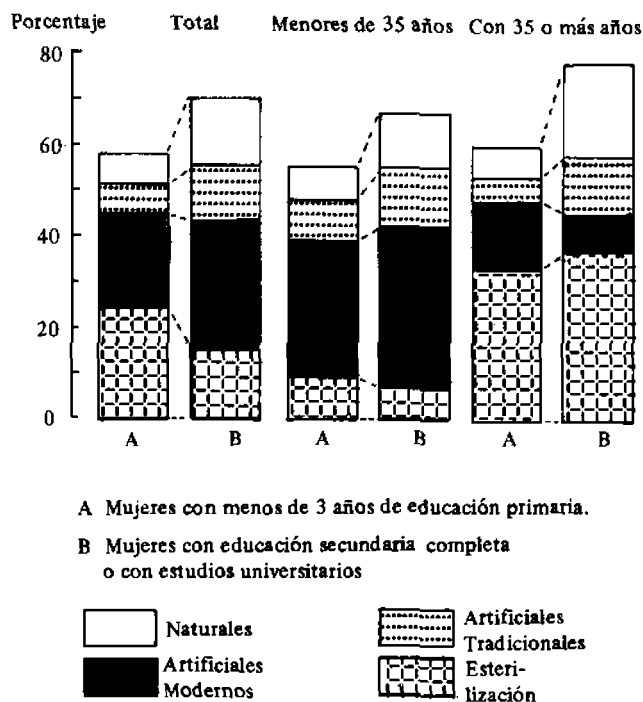


Gráfico 20

**COMPARACION DEL PORCENTAJE USANDO CADA TIPO
DE METODO ANTICONCEPTIVO ENTRE LOS DOS GRUPOS
EXTREMOS DE EDUCACION, CONTROLADA POR LA EDAD.
(Mujeres en unión)**



Fonte: Cuadros 44 y 45.

Cuadro 46

DISTRIBUCION DE LA OPINION DE SI USAR EL ANTICONCEPTIVO LE CAUSARIA PROBLEMAS DE SALUD, SEGUN EL METODO Y EL USO PASADO DE ESTE. (Mujeres en unión)

Método	(N)	Total	Le causaría problemas			No conoce el método	Índice ^a (x 100)
			Sí	No	No sabe		
Total							
Píldora	(2593)	100	56	37	9	2	167
DIU	(2593)	100	50	26	17	7	196
Inyección	(2593)	100	44	25	20	11	179
Esterilización	(2593)	100	20	63	14	13	33
Han usado el método							
Píldora	(1517)	100	55	44	1	—	123
DIU	(382)	100	39	59	2	—	66
Inyección	(276)	100	54	44	2	—	124
Esterilización	(448)	100	14	82	4	—	18
No han usado el método							
Píldora	(1076)	100	58	18	21	3	318
DIU	(2211)	100	52	20	20	8	262
Inyección	(2317)	100	43	22	22	13	191
Esterilización	(2145)	100	22	58	16	4	37

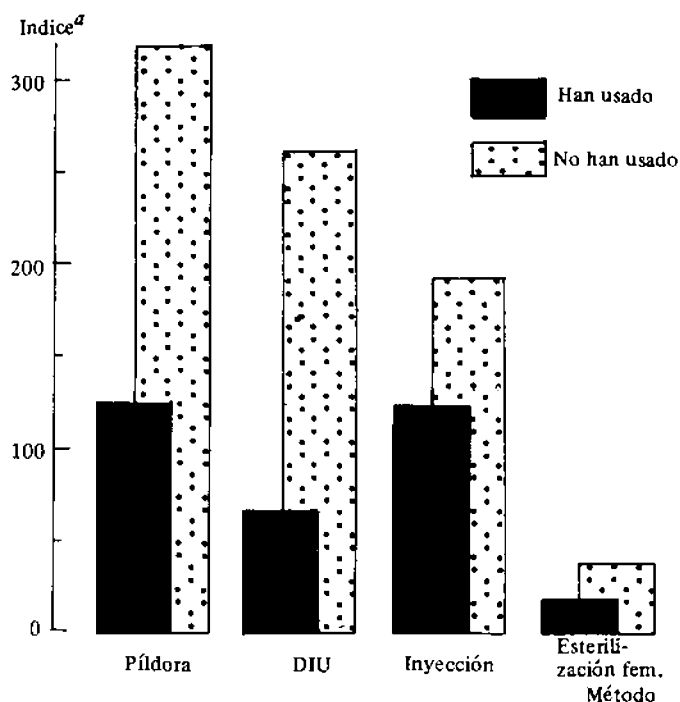
^a Índice = opiniones desfavorables (sí le causaría problemas) por cada 100 opiniones favorables (no le causaría problemas).

Por otra parte, el perfil de las preferencias de métodos de quienes no los están utilizando (última columna del cuadro 47) se manifiesta marcadamente distinto que el de las usuarias, en especial por la mayor preferencia que muestran las no usuarias por los gestágenos (orales o inyectables) y por sus relativamente bajas expectativas de llegar a esterilizarse. En todo caso, estas diferencias entre los dos perfiles tienen poca trascendencia pues se trata, en realidad, del contraste entre una opinión *a-priori* y una *a-posteriori*, así como por tratarse de dos tipos muy distintos de mujeres.

La EPA-81 también incluyó una pregunta dirigida a las usuarias que desean cambiar de método, en un intento por conocer las razones por las que no están usando el que ellas prefieren. No obstante, por tratarse de una muestra muy pequeña (247 respuestas) el análisis no puede llegar muy lejos (véase el cuadro 48). Las respuestas cubren una amplia gama de razones, entre las que destacan: los motivos de salud como impedimento para cambiar a un método artificial moderno; el hecho de encontrarse en período de lactancia como impedimento para abandonar el uso del condón básicamente; el poco empeño de la usuaria ("piensa usar pronto" o "se ha descuidado") para abandonar el uso de métodos naturales y procurarse artificiales modernos; y, por último, el hecho de ser muy joven o las dificultades para obtener el método en los casos de mujeres que desean esterilizarse.

Gráfico 21

INDICE DE LAS OPINIONES DE QUE EL METODO LES CAUSARIA PROBLEMAS DE SALUD SEGUN SI LO HAN USADO. (Mujeres en unión)



^a Opiniones desfavorables por cada 100 opiniones favorables. Fuente: cuadro 46.

La esterilización femenina

Este es un tema muy controversial en Costa Rica, ya que la esterilización no es reconocida por el Estado como un método de planificación de familia, no obstante ser el segundo método más importante con tendencia, incluso, a superar a la píldora y convertirse en el más utilizado por las costarricenses.

Algunos estudios, como la Encuesta Mundial de Fecundidad, suelen distinguir la esterilización con fines anticonceptivos de las operaciones cuya única finalidad es proteger la salud de la mujer, excluyendo a estas últimas de los métodos anticonceptivos. En el presente informe, sin embargo, no se procedió así y se consideró a todas las esterilizadas como usuarias de la anticoncepción, en razón de que, en la práctica, la distinción antes anotada a menudo puede ser poco realista. Además, el dato sobre el motivo de la operación es muy sensible al tipo de pregunta formulada. Así, como puede apreciarse en el cuadro 49, mientras en la EPA-81 el 69 por ciento de las esterilizadas afirmó haberse operado por motivos de salud exclusivamente, en la ENF-76 tan sólo el 23 por ciento puede ser clasificado en esta categoría. Esta diferencia tan grande se debe a que las preguntas formuladas fueron distintas, lo que impide cualquier intento de identificar las esterilizaciones de tipo anticonceptivo.

Cuadro 47

PORCENTAJE QUE DESEA SEGUIR USANDO EL MISMO METODO Y DISTRIBUCIONES SEGUN EL METODO USADO Y EL METODO PREFERIDO
(Mujeres en unión y fértiles)

Método	Desean seguir usando (usuarias)	Método usado (usuarias)	Método preferido		
			Total	Usuarias	No usuarias
(N)	(1688)	(2143)	(1670)	(473)	
<i>Total</i>	77	100	100	100	100
Píldora	83	32	35	31	48
DIU	88	9	12	12	12
Condón	59	13	8	8	8
Inyección	72	3	7	5	11
Vaginales	(77)	2	1	2	1
Esterilización	..	27	25	29	11
Vasectomía	..	1	1	1	0
Ritmo	85	9	9	9	9
Retiro	60	4	2	3	0
Folclórico	(57)	0	0	0	0

Nota: La distribución según el método preferido se calculó con base, únicamente, en las mujeres que manifestaron alguna preferencia.

Cuadro 48

DISTRIBUCION DE LAS RAZONES POR LAS QUE NO HA CAMBIADO DE METODO SEGUN EL TIPO DE METODO QUE ESTA USANDO Y EL TIPO DE METODO PREFERIDO
(Usuarias que desean cambiar de métodos)

Razones para no cambiar	Total	Artifi-	Artifi-	Natu-	Esteri-
		ciales moder-nos	ciales tradi-cionales	rales	liza-ción
(N)	(247)	(107)	(89)	(51)	
<i>Total</i>	100	100	100	100	
En post parto o lactancia	12	3	28	2	
Por salud según ella	12	13	12	10	
Por salud según médico	10	12	9	10	
Joven o pocos hijos	11	15	8	8	
No le dan el método	7	8	8	2	
Difícil de obtener-costo	6	9	2	6	
Piensa usar pronto	8	8	9	10	
Le da miedo	6	10	2	4	
Se ha descuidado	11	4	9	29	
Otra	16	18	12	19	

Según el método preferido y la razón					
(N)	(247)	(180)	(9)	(18)	(40)
<i>Total</i>	100	73	4	7	16
En post parto o lactancia	12	11	-	1	0
Por salud según ella	12	11	-	0	1
Por salud según el médico	10	9	-	0	1
Joven o pocos hijos	11	5	-	-	6
No le dan el método	7	3	-	-	4
Difícil de obtener-costo	6	3	-	-	3
Piensa usar pronto	8	7	1	-	0
Le da miedo	6	5	-	2	-
Se ha descuidado	11	9	1	-	0
Otra	16	9	2	4	1

Cuadro 49

DISTRIBUCION DE LAS ESTERILIZADAS SEGUN EL MOTIVO DE LA OPERACION Y SEGUN SI DECLARO ESTAR USANDO ANTICONCEPTIVOS. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres esterilizadas)

Variable	ENF-76	EPA-81
(N)	(472)	(503)
<i>Total</i>	100	100
<i>Motivo de la operación^a</i>		
Sólo anticonceptivo	77	12
Anticonceptivo y salud	19	19
Sólo salud	23	69
<i>Declaró usar anticonceptivos</i>		
Sí	38	12
No	62	88

^a Pregunta realizada:
- ENF-76 "¿Fue uno de los motivos de la operación evitar que usted tuviera (más) hijos?"
- EPA-81 "¿Se operó porque ya no deseaba tener más hijos, por motivos de salud o las dos cosas?"

Este último resultado es de mucho interés, en cuanto pone en evidencia el divorcio existente entre las leyes y reglamentos sobre la materia y la situación que de hecho se presenta, ya que según aquéllos en Costa Rica se puede practicar una esterilización sólo por motivos médicos y no con fines exclusivamente anticonceptivos.

Lo anterior, precisamente, dificulta la recolección de información sobre el tema, pues a menudo las mujeres esterilizadas no se consideran usuarias de anticonceptivos. En efecto, como se aprecia en el cuadro 49, apenas el 12 por ciento (38 por ciento en la ENF-76) de las esterilizadas respondió afirmativamente a la pregunta de si estaban usando anticonceptivos. Sólo después de una pregunta adicional (en el sentido de si se ha hecho una operación para no tener hijos) se identificó al 88 por ciento restante. Esto hace suponer que en la EPA-78, en donde no se incluyó esta última pregunta adicional, el porcentaje de esterilización está subestimado.

Pasando al análisis de la incidencia de la esterilización en Costa Rica, entre la encuesta de 1976 y la de 1981 el porcentaje de esterilizadas registra un incremento, especialmente entre las mujeres con más de 15 años de unión (cuadro 50 y gráfico 22). Este aumento, sin embargo, debe ser interpretado con cautela ya que no necesariamente implica que las operaciones se han incrementado en el período, puesto que aun en el caso de que no hubiese sido practicada ni una sola operación, en ciertos grupos habría aumentado el porcentaje de esterilizadas, en razón de que la incidencia del fenómeno venía incrementándose de una generación a otra. Por ejemplo, si entre las mujeres con 20-24 años de unión en 1976 (26 por ciento de esterilizadas) no se hubiera producido ni una sola operación en los 5 años siguientes, en 1981 estarían registradas en el grupo de 25-29 años de unión con un 26 por ciento de esterilizadas, cifra superior al 20 por ciento del grupo equivalente en 1976.

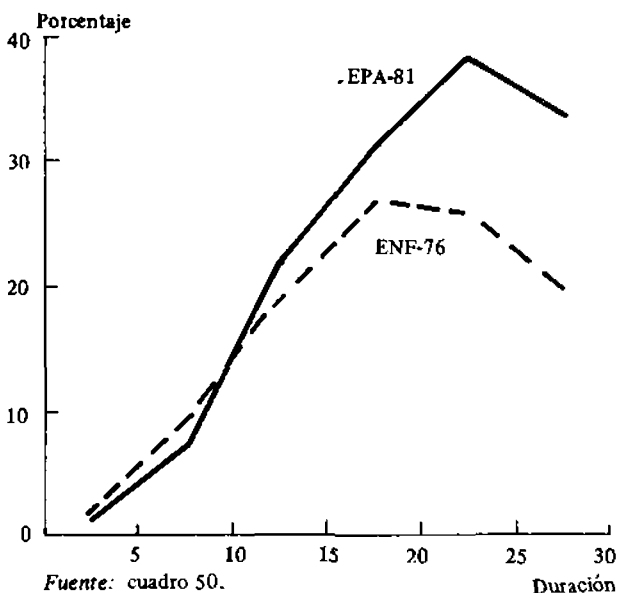
Cuadro 50

PORCENTAJE DE ESTERILIZADAS SEGUN DURACION DE LA UNION.
ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres no solteras)

Encuestas	Total	Años desde la primera unión						
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30 y más
Encuesta de 1976								
(N-76)	(3037)	(620)	(667)	(562)	(454)	(400)	(260)	(74)
Porcentaje	16	2	9	20	27	26	20	30
Encuesta de 1981								
(N-81)	(2896)	(717)	(696)	(475)	(370)	(334)	(235)	(69)
Porcentaje	18	1	7	22	32	38	34	25

Gráfico 22

PORCENTAJE DE ESTERILIZADAS SEGUN DURACION DE LA UNION. ENCUESTA DE 1976 Y 1981.
(Mujeres no solteras)



Como en las encuestas de 1976 y 1981 se disponía de la fecha de la operación, fue posible estimar la evolución de las tasas de esterilización por edad y año calendario. Con base en estas tasas por edad se calculó un índice que resume el número de operaciones practicadas anualmente (cuadro 51 y gráfico 23), el cual refleja el rápido incremento que tuvo lugar en la primera mitad de la década de los 70, la notable caída ocurrida en 1976 y 1977 y la recuperación en los tres años siguientes de manera que en 1980 ya se practicaron casi tantas operaciones como en los años de mayor auge.

Cuadro 51

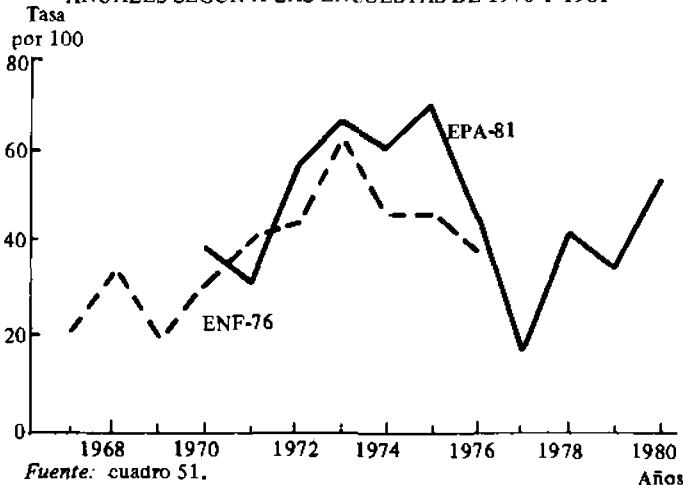
EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE ESTERILIZACIONES ANUALES DEL PERIODO 1965-1980.
ENCUESTAS DE 1976 Y 1981.
(Todas las mujeres)

Encuesta	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
Tasa total de esterilizaciones (%/o) ^a								
ENF-76	17	26	22	36	21	33	43	46
EPA-81	...	...	...	...	...	40	33	59
1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980								
ENF-76	64	48	49	40	...	...	...	...
EPA-81	69	63	73	47	17	44	36	56

^a Calculada como la suma de las tasas por grupos quinquenales de edad, multiplicadas por 5. (En los años en que no se disponía del dato de las últimas edades, se supuso que las esterilizaciones entre los 45 y 49 años representan el 10 por ciento de las restantes y, las de 40 a 49 años, el 30 por ciento).

Gráfico 23

EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE ESTERILIZACIONES ANUALES SEGUN A LAS ENCUESTAS DE 1976 Y 1981



Cuadro 52

PORCENTAJE ACUMULADO DE ESTERILIZADAS EN PROMOCIONES SELECCIONADAS DE MATRIMONIOS SEGUN LA DURACION DE LA UNION (O LA FECHA). ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres no solteras, unidas antes de los 25 años de edad)

Promociones (año de la unión)	Años desde la primera unión					
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
Encuesta de 1976						
(Año de balance)	(1955)	(1960)	(1965)	(1970)	(1975)	
1946-50 (223)	-	2	6	14	21	
1951-55 (361)	0	2	6	13	27	
1956-60 (399)	0	2	11	28		
1961-65 (462)	0	3	20			
1966-70 (525)	1	8				
Encuesta de 1981						
(Año de balance)	(1960)	(1965)	(1970)	(1975)	(1980)	
1951-55 (224)	0	1	5	13	26	34
1956-60 (299)	0	2	8	29	38	
1961-65 (343)		4	22	33		
1966-70 (394)	1	10	21			
1971-75 (597)	1	4				

La disminución de las esterilizaciones practicadas en 1976 y, especialmente, en 1977 se explica por el hecho de que a finales de 1976 se inició un escándalo por la prensa que originó, en la Asamblea Legislativa, una investigación sobre una supuesta campaña de esterilización masiva de mujeres costarricenses. Dicha investigación terminó un año después y, aunque la conclusión fue de que no existía tal campaña, en el intervalo las autoridades de salud impusieron restricciones a esta operación.

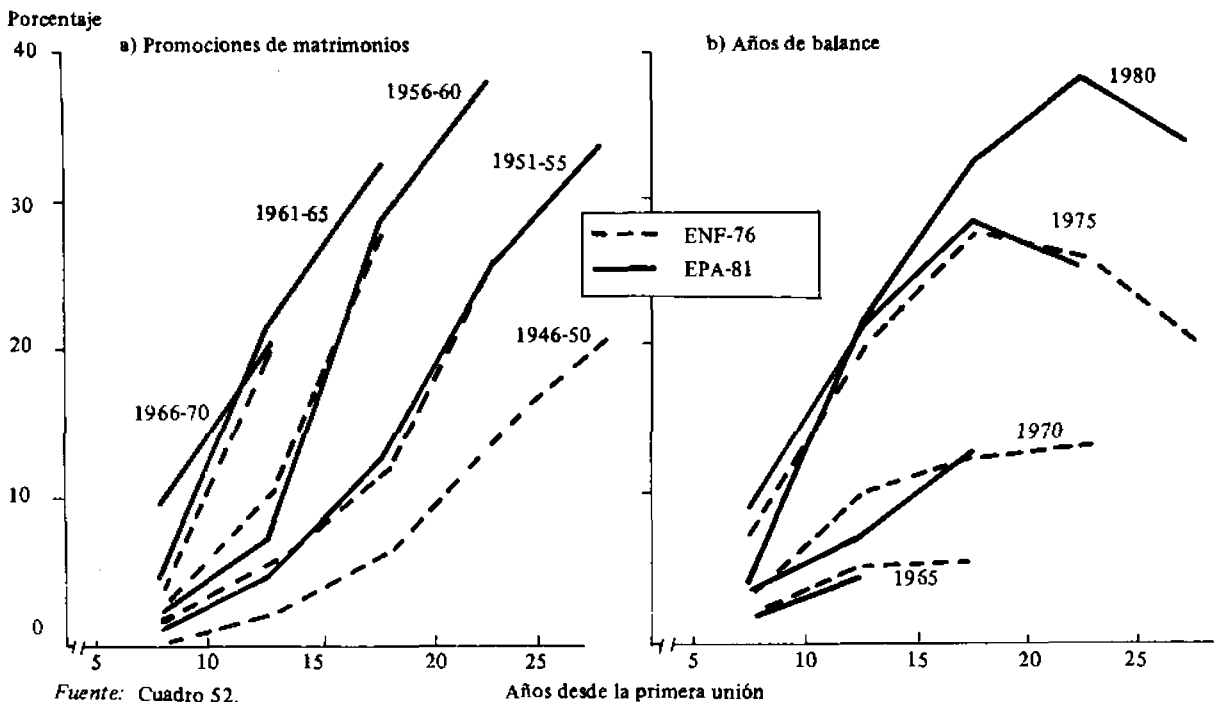
La ENF-76 se llevó a cabo, precisamente, en la época en que se produjo el escándalo antes señalado, lo que pudo haber ocasionado que algunas entrevistadas recientemente esterilizadas hayan ocultado su situación. Esta es, probablemente, la causa de que los datos de la ENF-76 muestren una inaceptable disminución en el número de operaciones practicadas en 1974 y 1975.

Por otra parte, este índice de esterilizaciones anuales permite concluir que en los 5 años comprendidos entre las dos encuestas se realizaron menos operaciones que en el período similar anterior a la ENF-76, no obstante lo cual se produjo el incremento ya comentado en el porcentaje de esterilizadas presente en las dos encuestas, como consecuencia del envejecimiento de cohortes en las que hay un número creciente de mujeres que han recurrido a este procedimiento para dar por terminada la procreación.

Otra perspectiva para analizar el fenómeno es por medio del estudio longitudinal de las cohortes o promociones de matrimonios y de los cambios intergeneracionales, el cual puede llevarse a cabo con la información del cuadro 52 y del gráfico 24. Al respecto, las dos encuestas muestran, con un

Gráfico 24

PORCENTAJE ACUMULADO DE ESTERILIZADAS SEGUN DURACION DE LA UNION, PROMOCIONES DE MATRIMONIOS Y FECHAS SELECCIONADAS. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981



Fuente: Cuadro 52.

grado aceptable de coherencia, el notable aumento intergeneracional ocurrido en el uso de la esterilización (gráfico 24-a), que se refleja, de manera más espectacular aún, en el incremento de la proporción de esterilizadas existente en 1965 con respecto al de 1980 (gráfico 24-b).

Los notables cambios que están ocurriendo en la incidencia de este fenómeno, y que probablemente aún no han concluido, significan, además, un alto grado de incertidumbre acerca de lo que ocurrirá en el futuro y acerca del nivel en el que podría estabilizarse la probabilidad de que una costarricense recurra a la esterilización. Es posible que más de la tercera parte de las mujeres que se han casado en las últimas dos décadas lleguen a esterilizarse antes de que termine su vida fértil; y en el caso de que se mantenga (y repita en otras promociones) el comportamiento mostrado hasta la fecha por quienes se unieron en los años 1956-60, podría llegarse a proporciones del 50 por ciento. Pero incluso esta cifra podría ser superada si continuara la tendencia hacia un mayor uso de la esterilización de las promociones de matrimonios más jóvenes (véase el gráfico 24-a).

VIII. LAS FUENTES DE ABASTECIMIENTO: EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fuentes de abastecimiento del método utilizado

Se preguntó a todas las entrevistadas que declararon estar usando anticonceptivos artificiales en qué lugar obtienen u obtuvieron el método respectivo, determinándose así (cuadro 53) que la principal proveedora de anticonceptivos es la Caja Costarricense del Seguro Social (57 por ciento), institución que, además, ha incrementado su importancia entre 1978 y 1981. A continuación se ubica el Ministerio de Salud (18 por ciento) que proporciona anticonceptivos en la propia consulta de sus unidades de atención o por medio de cupones que permiten adquirir gestágenos orales en las farmacias a precios simbólicos. En esta forma, las dos entidades del sector público aparecen como abastecedoras de las tres cuartas partes de la anticoncepción practicada en el país con métodos artificiales; en tanto, la cuarta parte restante es provista principalmente por las farmacias privadas.

Las usuarias del condón son las que presentan una menor frecuencia de uso del sector público, con un 53 por ciento, mientras que las que usan los otros métodos acuden a él en proporciones que sobrepasan al 70 por ciento (véase también el gráfico 25).

Es notable el porcentaje de mujeres esterilizadas que se operaron en las instituciones públicas (90 por ciento), ya que esta operación sólo puede realizarse para proteger la salud de la mujer y no es ofrecida como parte del Programa de Planificación Familiar. Por otra parte, en los últimos tres años, únicamente la proporción de mujeres que se abastece de la pastilla en el sector público ha disminuido, observándose un aumento en la frecuencia que acude a éste en busca de todos los otros anticonceptivos.

Diferenciales en el porcentaje que se abastece en el sector público

La edad y el número de hijos vivos no constituyen variables discriminatorias en cuanto a la proporción de mujeres que acuden al sector público a abastecerse de métodos anticonceptivos (cuadro 54). Por el contrario, según el área de residencia, se observa que las mujeres que más utilizan este sector son las de las zonas rurales y en forma particular aquellas que viven fuera del Valle Central (90 por ciento), lo que es coherente con el énfasis que el Seguro Social y el Ministerio de Salud dan a la atención de esta población.

Cuadro 53

DISTRIBUCION SEGUN LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO DEL ANTICONCEPTIVO UTILIZADO
Y PORCENTAJE POR METODO QUE SE ABASTECE EN EL SECTOR PUBLICO.

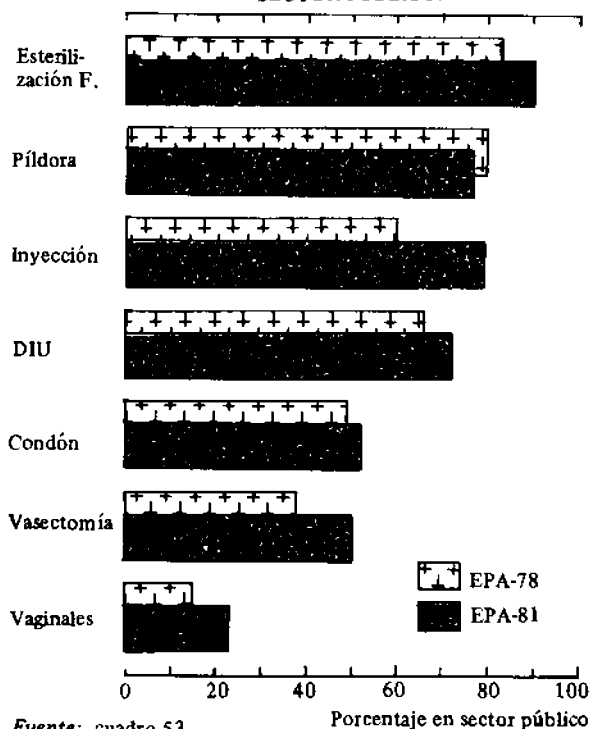
ENCUESTAS DE 1978 Y 1981

(Mujeres en unión usando anticonceptivos artificiales)

Fuente	Distribución		Método	°/o en sector público	
	EPA-78	EPA-81		(N-81)	EPA-78	EPA-81
(N)	(1119)	(1449)	(N)	(1119)	(1449)
<i>Total</i>	100	100	<i>Total</i>	(1449)	72 75
Seguro Social	54	57	Píldora	(534)	80 77
Ministerio de Salud	12	15	DIU	(148)	66 72
Farmacia con cupón	6	3	Condón	(217)	49 52
Farmacia sin cupón	17	16	Inyección	(57)	60 79
Clínica Privada	6	4	Vaginales	(31)	(15) (23)
Médico particular	3	3	Esterilización	(448)	83 90
Otro	1	1	Vasectomía	(14)	(38) (50)
No sabe	1	1			

Gráfico 25

PORCENTAJE DE USUARIAS DE CADA METODO
ANTICONCEPTIVO QUE SE ABASTECEN EN EL
SECTOR PUBLICO.



Fuente: cuadro 53.

Porcentaje en sector público

Lo anterior es reforzado con el hecho de que las mujeres que más acuden al sector público son aquellas de menor nivel educativo y de las clases sociales más bajas. No obstante, estas diferencias en la utilización de los servicios públicos se han reducido ligeramente con respecto a 1978, pues aunque casi todos los segmentos de la población muestran un incremento en el porcentaje respectivo (la excepción son las residentes en el área rural del Valle Central), este aumento tiende a ser más importante entre quienes hacían menos uso de los servicios en 1978.

Cuadro 54

PORCENTAJE DE USO DE ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES
ABASTECIDO POR EL SECTOR PUBLICO SEGUN EDAD, HIJOS
VIVOS, RESIDENCIA, EDUCACION Y CLASE SOCIAL.

ENCUESTAS DE 1978 Y 1981

(Mujeres en unión usando métodos artificiales)

Variable	(N-81)	EPA-78	EPA-81
		°/o en sector público	
<i>Total</i>	(1449)	72	75
<i>Edad</i>			
15-24	(330)	73	74
25-34	(573)	72	71
35-49	(546)	71	81
(<i>Eta x 100</i>)		(3)	(14)
<i>Hijos vivos</i>			
Menos de 3	(627)	67	70
3-4	(450)	70	73
5 y más	(372)	82	88
(<i>Eta x 100</i>)		(18)	(20)
<i>Residencia</i>			
Area Metropolitana	(459)	56	60
Valle Central urbano	(189)	70	72
Valle Central rural	(285)	88	82
Resto urbano	(130)	66	75
Resto rural	(386)	85	90
(<i>Eta x 100</i>)		(30)	(28)
<i>Educación</i>			
Menos de 3 primaria	(206)	87	88
Primaria (3-5)	(340)	86	85
Primaria completa	(418)	73	84
Secundaria (1-4)	(227)	65	66
Sec. comp. o universitaria	(258)	39	47
(<i>Eta x 100</i>)		(37)	(35)
<i>Clase social</i>			
Burguesía grande o pequeña	(403)	...	55
Proletariado no agrícola	(429)	...	82
Subprolet. no agrícola	(273)	...	78
Proletariado agrícola	(124)	...	91
Campeño independiente	(126)	...	88
Subproletariado agrícola	(94)	...	88
(<i>Eta x 100</i>)			(32)

El tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento

Además de preguntársele a la mujer cuál era su fuente de abastecimiento de métodos anticonceptivos, se le solicitó que indicara el tiempo que normalmente empleaba para llegar a ese lugar. Los resultados obtenidos (cuadro 55) muestran que el 54 por ciento de las mujeres ubica a menos de 30 minutos la fuente a que acude, proporción que es menor a la obtenida en la EPA-78 (71 por ciento) a causa, probablemente, del cambio introducido en la forma de registrar las respuestas.

Por su parte, la mediana del tiempo de viaje al lugar de abastecimiento resultó de 28 minutos, valor que varía poco para las distintas fuentes, con excepción de las farmacias sin cupón que aparecen como los lugares claramente más cercanos (mediana de 19 minutos). Esto hace que el tiempo de viaje para obtener preservativos y métodos vaginales también sea menor, en razón de que una proporción considerable de usuarias se abastece de estos métodos en el sector comercial. El área de residencia de la mujer, en cambio, establece claras diferencias en el tiempo de viaje al lugar de abastecimiento del método, las cuales son en el sentido esperado, esto es, que el tiempo de viaje es mayor en las zonas rurales y que en la capital se debe viajar un tiempo mayor que en el resto de las ciudades.

Es interesante notar, por otra parte, que la mediana del tiempo de viaje al lugar de abastecimiento del método utilizado (28 minutos) resultó algo mayor que la correspondiente al tiempo de viaje percibido al lugar más cercano (23 minutos, según el cuadro 31), lo que sugiere que algunas mujeres no adquieren sus anticonceptivos en el lugar que les queda más cerca de su residencia. Esto puede deberse a que, por ejemplo, aunque una farmacia les quede muy cerca, prefieran abastecerse en el sector público para no tener que pagar por los métodos.

Las usuarias del Programa de Planificación Familiar

Se considera como tales a las mujeres que al momento de la encuesta estaban utilizando métodos anticonceptivos obtenidos en las consultas de Planificación Familiar del Seguro Social o del Ministerio de Salud. La esterilización no es aceptada en el Programa como medio de regulación de la fecundidad, razón por la cual quienes se operaron en dichas instituciones no fueron tomadas en cuenta como usuarias activas del Programa.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el número de usuarias activas se estima en algo más de 90 mil mujeres, lo que representa el 16 por ciento de las mujeres en edad fértil (cuadro 56). De ellas, el 62 por ciento utiliza los servicios que presta la CCSS y el 38 por ciento los del Ministerio de Salud.

La distribución según el método usado muestra la alta preferencia que existe por la píldora que, a pesar de ser el único método que presenta una reducción en los dos últimos años, abarca, en 1981, al 61 por ciento de las usuarias del Programa.

Cuadro 55

DISTRIBUCION SEGUN EL TIEMPO DE VIAJE A LA FUENTE DEL ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y MEDIANA SEGUN FUENTE, METODO Y RESIDENCIA.

ENCUESTAS DE 1978 Y 1981
(Mujeres en unión usando métodos artificiales excepto la esterilización)

Variable	(N-81)	EPA-78	EPA-81
(N)	(817)	(987)	(987)
Distribución porcentual			
<i>Tiempo en minutos</i>			
<i>Total</i>	(987)	100	100
Menos de 15	(247)	41	25
15- 29	(287)	30	29
30- 44	(211)	11	21
45- 59	(45)	6	5
60-119	(135)	7	14
120 y más	(60)	3	6
No sabe	(2)	2	0
Mediana en minutos			
<i>Total</i>		20	28
<i>Fuente del método</i>			
Seguro Social	(429)	21	31
Ministerio de Salud	(205)	21	29
Farmacia con cupón	(50)	24	30
Farmacia sin cupón	(232)	13	19
Clínica o médico privado	(61)	24	32
Otra o no sabe	(8)	(26)	(12)
<i>Método usado</i>			
Píldora	(533)	19	28
DIU	(148)	23	33
Condón o vaginales	(247)	15	24
Inyección	(57)	(30)	31
<i>Residencia</i>			
Area Metropolitana	(309)	16	24
Resto urbano	(213)	12	18
Rural	(465)	28	38

La comparación con las estadísticas del servicio (SIDESCO) de 1980, muestra que éstas contabilizan un 15 por ciento menos de usuarias, lo que puede deberse por un lado a un subregistro en el SIDESCO o, por otro, a la definición adoptada en él de usuarias activas, puesto que algunas mujeres pueden estar usando anticonceptivos obtenidos en el Programa (en forma muy particular el DIU) pese a que han dejado de asistir a la consulta y, por ende, el SIDESCO ha dejado de tomarlas como usuarias activas.

En todo caso, y cualquiera que sea la fuente a que se remita, se observa un hecho de singular importancia: la disminución en el porcentaje de mujeres en edad fértil que hace uso del Programa. Fenómeno que sugiere la posibilidad de un deterioro ocurrido en los últimos años en el servicio de planificación familiar que ofrece el Estado costarricense.

Diferenciales en la cobertura y aceptabilidad del Programa

La población de referencia para el estudio de este tema es la de las mujeres en unión, en la cual el 26 por ciento utiliza

Cuadro 56

ESTIMACION DEL NUMERO DE USUARIAS DEL PROGRAMA
POR INSTITUCION SEGUN EL METODO.
COMPARACION CON OTRAS FUENTES

Institución y método	Encuestas		SIDESCO ^a	
	EPA-78	EPA-81	1979	1980
<i>Total</i>	87 501	91 537	81 287	78 189
Píldora	59 131	55 586	51 457	47 564
DIU	10 832	14 729	8 413	8 434
Condón	13 179	14 230	14 255	14 470
Inyección	3 748	6 112	4 392	4 911
Vaginales	611	880	2 770	2 809
<i>C.C.S.S.</i>	57 784	57 070	47 013	44 921
Píldora	37 675	32 872	27 613	25 166
DIU	6 761	8 732	4 715	4 774
Condón	9 881	9 474	10 190	9 991
Inyección	3 005	5 250	2 714	3 120
Vaginales	462	742	1 781	1 870
<i>M.S.</i>	29 717	34 467	34 274	33 267
Píldora	21 456	22 714	23 844	22 398
DIU	4 071	5 997	3 698	3 660
Condón	3 298	4 756	4 065	4 479
Inyección	743	862	1 678	1 791
Vaginales	149	138	989	939
Porcentaje respecto a las mujeres en edad fértil				
<i>Total</i>	17.2	16.0	14.8	13.7
C.C.S.S.	11.3	10.0	8.6	7.9
M.S.	5.8	6.0	6.2	5.8

a Asociación Demográfica Costarricense, *Estadísticas del servicio de planificación familiar*. Informes de 1979 y 1980.

los servicios del Programa (cuadro 57). También existe un cierto número de mujeres (11 por ciento), que a la vez que no son usuarias del Programa tampoco aceptarían acudir a él.

La proporción de mujeres en unión que en cada grupo de edad es usuaria del Programa, permite apreciar que la aceptación de éste es mayor entre las mujeres más jóvenes y que, por el contrario, aquéllas que no lo aceptarían se encuentran en los grupos de mayor edad. Del mismo modo, según los hijos tenidos, se observa que los servicios del Programa son utilizados en mayor medida por quienes tienen pocos hijos, pese a que estas mujeres son las que presentan el mayor porcentaje que declaró que no aceptaría utilizarlos. De esto se puede concluir que el Programa es utilizado más con el propósito de espaciar los hijos que con el de cesar la procreación, objetivo que, probablemente, es alcanzado en muchos casos por medio de la esterilización, método que no es ofrecido en el Programa.

Por lugar de residencia se observa que donde existen mayores proporciones de usuarias es fuera del Valle Central; en tanto que en las ciudades del Valle Central es donde se registran los mayores porcentajes de no aceptación del programa.

En concordancia con lo anterior, las variables educación y clase social muestran, en forma elocuente, que el Programa de Planificación Familiar costarricense sirve en mayor medida a los grupos sociales menos privilegiados; en tanto que las mujeres que tienen una mejor situación socioeconómica (particularmente las pertenecientes a la "burguesía" y las que han completado la secundaria) son las que con mayor frecuencia manifiestan no estar dispuestas a utilizar este servicio (véase también el gráfico 26).

Actitudes hacia el Programa de Planificación Familiar

A las mujeres que manifestaron que no aceptarían utilizar el Programa se les interrogó sobre los motivos que tenían

Cuadro 57

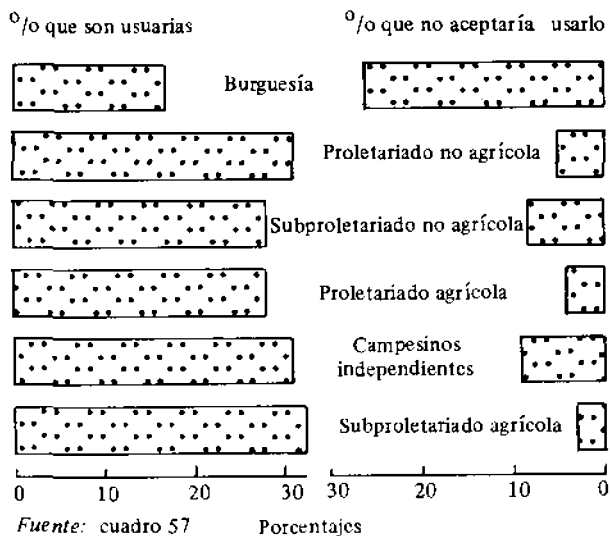
PORCENTAJE QUE SON USUARIAS DEL PROGRAMA Y
PORCENTAJE QUE NO ACEPTARÍA USARLO POR EDAD,
HIJOS VIVOS, RESIDENCIA, CLASE SOCIAL, EDUCACION Y
DISPONIBILIDAD REAL DEL SERVICIO.
(Mujeres en unión)

Variable	(N)	Usuarías	No aceptarían
<i>Total</i>	(2593)	26	11
<i>Edad</i>			
15-24	(682)	34	9
25-34	(989)	31	12
35-49	(922)	16	12
(Eta x 100)		(4)	(7)
<i>Hijos vivos</i>			
Menos de 3	(1293)	30	14
3 a 4	(692)	25	11
5 y más	(608)	20	6
(Eta x 100)		(17)	(11)
<i>Residencia</i>			
Area Metropolitana	(777)	20	18
Valle Central urbano	(311)	25	14
Valle Central rural	(539)	25	8
Resto urbano	(218)	28	12
Resto rural	(748)	34	5
(Eta x 100)		(13)	(17)
<i>Educación</i>			
Menos de 3 primaria	(406)	22	5
Primaria 3-5	(614)	26	5
Primaria completa	(731)	35	5
Secundaria 1-4	(377)	29	11
Sec. completa o universit.	(465)	15	34
(Eta x 100)		(16)	(36)
<i>Clase social</i>			
Burguesía	(702)	17	26
Proletariado no agrícola	(717)	31	5
Subprolet. no agrícola	(515)	28	7
Proletariado agrícola	(225)	28	4
Campeño independiente	(243)	31	9
Subproletariado agrícola	(191)	32	3
(Eta x 100)		(14)	(30)
<i>Tiempo a CPF más cercano</i>			
Menos de 10 minutos	(920)	22	15
De 10 a 19	(912)	27	12
De 20 a 30	(518)	30	6
De 31 a 60	(159)	40	4
Más de 60 minutos	(84)	25	6
(Eta x 100)		(10)	(13)

Gráfico 26

PORCENTAJE QUE SON USUARIAS DEL PROGRAMA Y
PORCENTAJE QUE NO ACEPTARÍA USARLO POR CLASE
SOCIAL

(Mujeres en unión)



para adoptar esta actitud. Las frecuencias obtenidas en cada respuesta se incluyen en el cuadro 58, por grandes grupos de residencia y de educación, observándose que el patrón de respuesta es semejante en todas las subpoblaciones consideradas.

Las dos razones que se mencionaron con más frecuencia fueron la pérdida de tiempo (28 por ciento) y la falta de confianza en el servicio (25 por ciento). La primera tiene que ver con las deficiencias en la organización de la consulta y podría ser atenuada por medidas tendientes a reducir los trámites burocráticos y a evitar las largas esperas en la antesala del consultorio. La segunda causa de rechazo del Programa es más difícil de combatir, pues se origina en la mala imagen (justificada o no) o los prejuicios existentes en una parte de la población hacia los servicios públicos en general.

Recién en el tercer lugar aparecen las razones de no aceptación del Programa asociadas, probablemente, con la mala calidad de la consulta en sí misma: mala atención (13 por ciento), no recetan bien (4 por ciento) o el médico no escucha (2 por ciento). Sin embargo, no deja de ser preocupante que las respuestas de este tipo se presenten en uno de cada cinco casos.

Las ex-usuarias del Programa

Como lo revela el cuadro 59, más de 210 mil mujeres costarricenses han acudido alguna vez a la consulta de planificación familiar, esto es, la mayoría (58 por ciento) de las mujeres en unión. Empero, son también numerosas las que han dejado de utilizar este servicio (120 mil), encontrándose en relación de 1.3 a 1 con respecto a las que continuaban utilizándolo al momento de la encuesta. El abandono de la

Cuadro 58

DISTRIBUCION SEGUN LAS RAZONES DE NO ACEPTACION
DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA POR RESIDENCIA Y
EDUCACION

(Mujeres en unión que no aceptarían usar el programa)

Razones	Total	Residencia		Educación	
		Area Metropolitana	Resto	Sin secundaria completa	Con secundaria completa
(N)	(250)	(142)	(108)	(94)	(156)
% que no aceptaría	(11)	(18)	(8)	(6)	(34)
Total	100	100	100	100	100
Pierde el tiempo	28	28	27	29	27
No tiene confianza	25	24	27	27	24
Mala atención	13	15	11	14	13
No le gusta	6	6	6	6	6
No recetan bien	4	3	6	3	4
No es asegurada	3	2	5	6	1
Médico no escucha	2	2	3	2	3
Siempre ha usado privado	11	13	7	5	14
Otras	8	7	8	7	8

Cuadro 59

DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTADAS SEGUN LA
UTILIZACION ACTUAL Y PASADA DE LOS SERVICIOS DEL
PROGRAMA

Uso del programa	Distribución de		Población estimada
	Todas las mujeres	Mujeres en unión	
(N)	(4580)	(2593)	
Total	100.0	100.0	571 949
Nunca ha usado	63.0	42.1	360 528
Ha usado alguna vez	37.0	57.9	211 421
Usa actualmente	16.0	26.4	91 537
Ex-usuaria	21.0	31.5	119 884

Cuadro 60

DISTRIBUCION SEGUN LA SITUACION ANTICONCEPTIVA
ACTUAL Y LA ACEPTACION DE LOS SERVICIOS DEL
PROGRAMA

(Mujeres en unión ex-usuarias del Programa)

Situación anticonceptiva	(N)	Aceptación del programa		
		Total	No acepta	Sí aceptaría
(N)		(818)	(68)	(750)
Total	(818)	100	8	92
Infértil	(34)	4	0	4
No expuesta temporalmente	(189)	23	1	22
Desea embarazo	(46)	6	0	6
No usa otras razones	(109)	13	0	13
Usa naturales	(95)	12	2	10
Usa artificiales	(129)	16	4	12
Esterilizadas	(216)	26	1	25

consulta es, en consecuencia, un fenómeno importante, pero que puede estar asociado al hecho ya mencionado de que el programa se utiliza, en gran parte, para espaciar los hijos y no para permanecer en él cesando la procreación.

Al respecto, es ilustrativo el hecho (cuadro 60) de que más del 90 por ciento de las mujeres que han abandonado el Programa no manifestó rechazo a la posibilidad de acudir nuevamente a él (sí aceptarían usar el servicio). Al mismo tiempo, a lo sumo una cuarta parte de estas ex-usuarias puede ser considerada como de candidatas para un posible reingreso inmediato al Programa (estaban en riesgo de embarazo no deseado y no estaban usando métodos o estaban usando métodos naturales), las tres cuartas partes restantes de ex-usuarias están compuestas por mujeres sin riesgo de embarazo (27 por ciento), por esterilizadas (26 por ciento), por mujeres que están usando métodos eficaces (16 por ciento) y, finalmente, por las que desean quedar embarazadas (6 por ciento). En consecuencia, el abandono del Programa no parece ser un fenómeno tan grave como lo sugiere la elevada cifra de ex-usuarias encontrada en la encuesta o las altas tasas de deserción que suelen mostrar las estadísticas del servicio de planificación familiar.

IX. LA BRECHA ENTRE LOS IDEALES Y EL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

La fecundidad no deseada

Con frecuencia, las parejas no ven reflejarse sus ideales reproductivos en su fecundidad, ya sea por razones fuera de su control o porque lo impide su propio comportamiento. Esto produce, como resultado final, dos tipos de situaciones: los embarazos no deseados y las parejas que no logran tener los hijos que desean. Únicamente la primera de estas situaciones fue investigada en la EPA-81, por medio de una pregunta acerca de si el último hijo fue deseado. Los resultados generales de esta pregunta se presentan en el cuadro 61 y en el gráfico 27, en donde también se muestran datos semejantes de la ENF-76, pero que, por haber sido obtenidos con una pregunta diferente, no son comparables.

Dichos resultados muestran un porcentaje sorprendentemente alto (39 por ciento) de madres que declararon que su último hijo no fue deseado, el cual se compone en partes aproximadamente iguales por embarazos que se adelantaron a la fecha deseada (20 por ciento) y por embarazos en mujeres que ya no deseaban tener más hijos (19 por ciento). Estos últimos son, como era de esperar, más frecuentes cuanto mayor es el tamaño alcanzado por la familia, superando el 40 por ciento entre los niños de orden sexto o superior. Por el contrario, es en las familias más pequeñas en donde con mayor frecuencia se presentan casos de embarazos que se adelantan a la fecha deseada, correspondiéndoles a las mujeres con dos hijos la proporción más alta, con uno de cada cuatro nacimientos considerado como no planeado.

Con el objeto de explorar las circunstancias en que se produjeron estos embarazos no deseados, en el cuadro 62 se muestra la situación de uso de anticonceptivos en la época anterior al embarazo del último nacido vivo, limitándose el análisis a los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años, en razón de que no es conveniente alejarse demasiado de la fecha de la encuesta por la poca confiabilidad que merecen las respuestas sobre hechos ocurridos en el pasado.

De esta información se puede concluir que la mayoría de embarazos no deseados (78 por ciento) se produjeron en circunstancias en que la mujer no estaba haciendo nada por evitarlos, ya sea porque había dejado de usar anticonceptivos (21 por ciento) o porque nunca los utilizó (57 por ciento). Estos datos son, sin duda, sorprendentes, en especial

Cuadro 61

PORCENTAJE CUYO ULTIMO HIJO NO FUE DESEADO SEGUN EL NUMERO DE HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981
(Mujeres en unión que han tenido hijos)

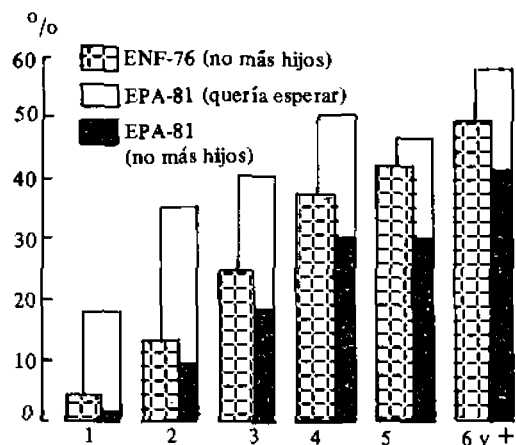
Hijos vivos	(N-81)	ENF-76	EPA-81		
			Total	No deseaba más hijos	Quería esperar
Porcentaje que no deseaba					
Total	(2407)	28	39	19	20
1	(498)	4	18	2	16
2	(609)	13	36	10	26
3	(411)	25	40	18	22
4	(281)	37	50	30	20
5	(186)	42	46	30	16
6 y más	(422)	50	58	41	17

Preguntas formuladas:

- ENF-76: Recuerde la época antes de quedar embarazada de su último hijo ¿Deseaba tener más hijos?
- EPA-81: Recuerde la época antes de quedar embarazada de su último hijo ¿deseaba usted tener hijos en ese momento? ¿Ya no deseaba tener más hijos? ¿O le hubiera gustado esperar un poco?

Gráfico 27

PORCENTAJE CUYO ULTIMO HIJO NO FUE DESEADO SEGUN EL NUMERO DE HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1976 Y 1981



Fuente: cuadro 61

Hijos vivos

Cuadro 62

DISTRIBUCION SEGUN EL TIPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO SEGUN SI ESTE FUE DESEADO, POR EDUCACION.
(Mujeres en unión que tuvieron nacidos vivos en los últimos años)

Tipo de uso ^a	Total	Hijo deseado	Hijo no planeado		
			Total	Deseaba espaciar	No más hijos
(N)	(1459)	(915)	(544)	(349)	(195)
Total	100	100	100	100	100
No usó	57	57	57	58	55
Había dejado, ineficaz	3	4	1	1	0
Había dejado, eficaz	29	34	20	16	27
Embarazada usando ineficaz	4	2	7	7	7
Embarazada usando eficaz	8	4	15	18	11
No ha completado la primaria					
(N)	(494)	(265)	(229)	(114)	(115)
Total	100	100	100	100	100
No usó	63	63	63	66	61
Había dejado, ineficaz	1	1	1	2	-
Había dejado, eficaz	27	33	21	15	28
Embarazada usando, ineficaz	2	0	4	4	4
Embarazada usando, eficaz	6	3	10	13	7
Con primaria completa					
(N)	(965)	(650)	(315)	(235)	(80)
Total	100	100	100	100	100
No usó	53	54	52	54	46
Había dejado, ineficaz	3	5	1	1	1
Había dejado, eficaz	30	34	19	17	26
Embarazada usando ineficaz	5	3	9	8	10
Embarazada usando eficaz	9	4	19	20	16

^a Métodos eficaces: Píldora, DIU, Inyección, Condón y Vaginales.
Métodos ineficaces: Ritmo, Retiro y Folclóricos.

Cuadro 63

PORCENTAJE CON ALGUN HIJO NO DESEADO EN LOS
ULTIMOS 5 AÑOS POR EDAD, HIJOS HACE 5 AÑOS,
RESIDENCIA, EDUCACION Y CLASE SOCIAL, CONTROL
SEGUN DURACION DE LA UNION
(Mujeres en unión)

Variable	Total		5-14 años de unión	
	(N)	o/o	(N)	o/o
<i>Total</i>	(2593)	21	(1068)	28
<i>Edad</i>				
15-24	(682)	28	(204)	36
25-34	(989)	27	(702)	29
35-49	(922)	9	(162)	12
(Eta x 100)		(23)		(19)
<i>Hijos N. V. hace 5 años</i>				
Menos de 3	(1293)	18	(810)	27
3-4	(692)	26	(196)	28
5 y más	(608)	21	(62)	37
(Eta x 100)		(10)		(6)
<i>Residencia</i>				
Area Metropolitana	(777)	21	(329)	29
Valle Central urbano	(311)	14	(124)	17
Valle Central rural	(539)	19	(205)	26
Resto urbano	(218)	23	(105)	26
Resto rural	(748)	25	(305)	33
(Eta x 100)		(8)		(11)
<i>Educación (años)</i>				
Menos de 3 primaria	(406)	23	(122)	37
Primaria 3-5	(614)	21	(252)	35
Primaria completa	(731)	21	(328)	26
Secundaria 1-4	(377)	22	(162)	27
Sec. completa o universit.	(465)	16	(204)	17
(Eta x 100)		(6)		(16)
<i>Clase social</i>				
Burguesia	(702)	17	(308)	20
Proletariado no agrícola	(717)	21	(276)	26
Subprolet. no agrícola	(515)	24	(232)	35
Proletariado agrícola	(225)	28	(75)	35
Campesinos independientes	(243)	21	(97)	34
Subproletariado agrícola	(191)	23	(80)	29
(Eta x 100)		(6)		(14)

cuando se los compara con el alto nivel de anticoncepción prevalente al momento de la encuesta, y sugieren la existencia de un proceso de aprendizaje basado en experiencias negativas que desemboca finalmente en una elevada y más eficaz utilización de los anticonceptivos.

Por otra parte, el cuadro 62 también muestra que, incluso entre las mujeres más educadas, la mayoría de los embarazos no planeados ocurren a causa de que no fueron tomadas las precauciones necesarias para evitarlos (72 por ciento), aunque en este caso ello se presenta con menos frecuencia que entre las menos educadas (85 por ciento).

Diferenciales en la fecundidad no deseada

En el cuadro 63 se ha tabulado el porcentaje de mujeres en unión con algún hijo no deseado en los últimos 5 años y,

en un intento por examinar el fenómeno en un grupo homogéneo en sus características vitales, se presentan también los datos de las mujeres con de 5 a 14 años transcurridos desde que iniciaron su vida conyugal.

En primer lugar, llama la atención el hecho de que el fenómeno de la fecundidad no deseada sea más frecuente entre las mujeres más jóvenes, lo que probablemente se deba a su mayor fecundidad potencial.

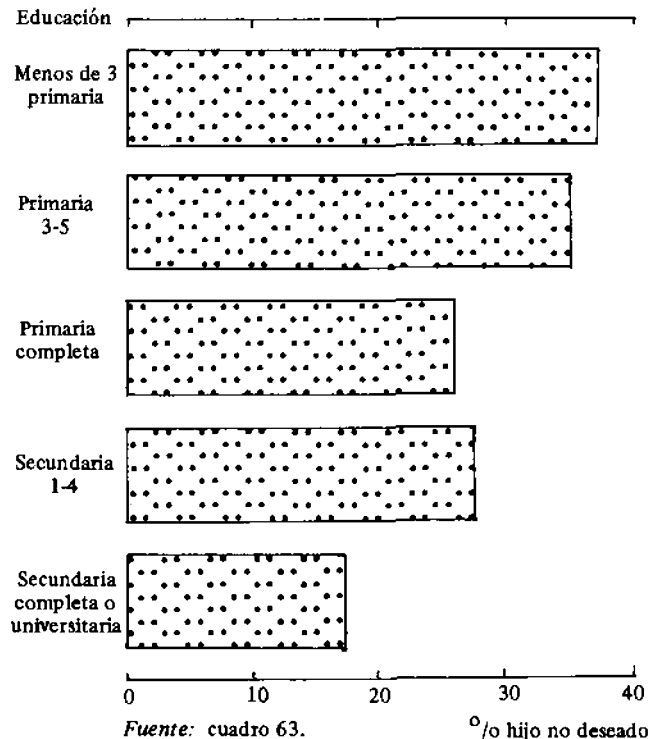
Las variables estructurales, por su parte, informan que la fecundidad no deseada es un fenómeno que se presenta con mayor fuerza entre los grupos en situación económica y social menos privilegiada. En particular, la variable educación se revela como la que mayores contrastes genera en este aspecto (gráfico 28).

La demanda de anticoncepción no satisfecha

Otra forma de abordar el tema del divorcio entre los ideales y el comportamiento reproductivo es identificando a las mujeres cuya práctica anticonceptiva no responde a las expectativas de control, esto es, a las probables candidatas a un embarazo no deseado. La proporción que estas mujeres presentan en el total ha sido denominada "demanda de anticoncepción no satisfecha", la cual está integrada por los siguientes subconjuntos:

Gráfico 28

PORCENTAJE CON ALGUN HIJO NO DESEADO EN LOS
ULTIMOS 5 AÑOS SEGUN EDUCACION
(Mujeres en unión con 5 a 14 años de unión)



Cuadro 64

PORCENTAJE DE ANTICONCEPCION NO SATISFECHA SEGUN SUS COMPONENTES
POR EDAD E HIJOS VIVOS. ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981
(Mujeres en unión)

Edad e hijos vivos	(N-81)	Total EPA-81	Para cesar			Para espaciar		Cambiar de método EPA-81
			ENF-76	EPA-78	EPA-81	EPA-78	EPA-81	
(N)	(2593)		(2684)	(2037)	(2593)	(2037)	(2593)	(2593)
<i>Total</i> (15-49)	(2593)	21	...	13	9	2	3	9
<i>Total</i> (20-49)	(2419)	21	12	13	10	2	2	9
<i>Edad</i>								
15-19	(174)	20	...	4	1	7	8	11
20-24	(508)	20	4	5	3	4	5	12
25-29	(533)	24	8	6	5	2	4	15
30-34	(456)	21	11	10	9	2	2	10
35-39	(383)	18	14	16	13	1	0	5
40-44	(296)	19	22	24	15	-	-	4
45-49	(243)	26	22	31	23	-	0	3
(Eta x 100)		(7)	(19)	(26)	(21)	(21)	(13)	(16)
<i>Hijos vivos</i>								
0	(190)	6	1	1	-	4	1	5
1	(494)	21	4	4	2	4	6	13
2	(609)	21	8	10	7	3	2	12
3	(411)	24	13	17	2	1	2	9
4	(281)	22	15	12	11	1	3	8
5	(186)	21	15	18	14	2	2	5
6 y más	(422)	24	21	22	20	1	0	4
(Eta x 100)		(12)	(20)	(22)	(22)	(15)	(10)	(13)

- a) Demanda no satisfecha para cesar la procreación, que incluye a las mujeres que declararon no desear más hijos y que no están usando un anticonceptivo eficaz.
- b) Demanda no satisfecha para espaciar los hijos, integrada por quienes declararon que desean tener hijos pero dentro de dos años o más y que no usan ningún método anticonceptivo.
- c) Demanda no satisfecha de métodos específicos, compuesta por quienes están usando anticonceptivos pero que declararon que no desean seguir usando el mismo método, independientemente de sus intenciones reproductivas.

En el cuadro 64 y en el gráfico 29 se observa que la necesidad no satisfecha de anticoncepción en Costa Rica afecta a 1 de cada 5 mujeres en unión, proporción integrada en partes iguales por la demanda no satisfecha para cesar la procreación y para cambiar de método, en tanto que la correspondiente al deseo de espaciar los embarazos tiene poca relevancia.

No obstante lo ya expuesto, los datos que pueden ser comparados con encuestas anteriores sugieren que este problema se ha reducido ligeramente, pasando, por ejemplo, de 13 a 10 por ciento la demanda no satisfecha para cesar la procreación entre 1978 y 1981.

Evidentemente, las mujeres cuyo uso de anticonceptivos no está acorde con sus preferencias, deben ser objeto de atención prioritaria del programa de planificación familiar, pues son las candidatas más claras a un embarazo no deseado. En tal virtud, resulta de mucho interés tratar de identificar los segmentos de la población en los que el fenómeno tiene una incidencia mayor, por medio del análisis sobre los diferenciales en la demanda no satisfecha.

Diferenciales en la demanda de anticoncepción no satisfecha

La incidencia del fenómeno en estudio tiende a ser mayor entre las mujeres del área rural, las menos educadas y las de clases sociales menos privilegiadas (cuadro 65). Ello ocurre en lo relativo a los deseos de cesar o espaciar la procreación, exclusivamente, pues dicha asociación se invierte en lo relativo a la demanda no satisfecha para cambiar de método. Los mayores contrastes en estos aspectos se presentan cuando se utiliza como criterio de clasificación a la educación de la mujer (gráfico 29).

Esta brecha ideales-comportamiento reproductivo puede originarse en el hecho de que aquellos no son lo suficientemente claros o lo suficientemente fuertes como para que la pareja se sienta motivada para aceptar la disciplina y los costos (no sólo económicos) que requiere planificar la

Cuadro 65

PORCENTAJE DE ANTICONCEPCION NO SATISFECHA SEGUN SUS COMPONENTES POR RESIDENCIA, EDUCACION Y CLASE SOCIAL.
(Mujeres en unión)

Variable	(N)	Total	Cesar	Espaciar	Cambiar
<i>Total</i>	(2593)	21	9	3	9
<i>Residencia</i>					
Area Metropolitana	(777)	21	10	2	10
Valle Central urbano	(311)	19	5	2	12
Valle Central rural	(539)	23	10	4	9
Resto urbano	(218)	18	6	2	10
Resto rural	(748)	21	10	4	7
(Eta x 100)		(6)	(8)	(10)	(8)
<i>Educación (años)</i>					
Menos de 3 primaria	(406)	26	16	3	7
Primaria 3-5	(614)	19	10	2	7
Primaria completa	(731)	20	7	4	9
Secundaria 1-4	(377)	23	5	3	15
Sec. completa o Universt.	(465)	19	7	1	11
(Eta x 100)		(8)	(13)	(6)	(11)
<i>Clase social</i>					
Burguesia	(702)	19	9	1	10
Prolet. no agrícola	(717)	21	8	2	11
Subprolet. no agrícola	(515)	21	10	3	8
Proletariado agrícola	(225)	23	10	4	9
Campeño independiente	(243)	23	11	6	7
Subproletariado agrícola	(191)	22	11	4	7
(Eta x 100)		(6)	(6)	(9)	(9)

familia. Pero también puede deberse a que las preferencias reproductivas no son puestas en práctica a causa de impedimentos tales como deficiencias en el conocimiento de las técnicas anticonceptivas, dificultades para obtener los métodos deseados y sanciones sociales, culturales o religiosas sobre la legitimidad del control. La influencia que estos aspectos tienen sobre la aquí llamada demanda no satisfecha de anticoncepción, se intenta examinarla con datos del cuadro 66, en particular con los que se refieren únicamente a las mujeres que desean cesar o espaciar los embarazos.

En primer lugar, destaca el hecho de que, contra lo que cabía esperar, entre las mujeres supuestamente más motivadas (las que dijeron que embarazarse les causaría algún problema) la incidencia del fenómeno es mayor. Pareciera, entonces, que la brecha ideales-práctica no se origina en el insuficiente grado de motivación de las parejas, aunque debe reconocerse que éste es muy pobremente medido por la pregunta de los problemas que les causaría un embarazo, por lo que en futuras investigaciones convendría mejorar la medición del grado de motivación con preguntas tales como las opiniones del esposo o las razones que fundamentan las preferencias declaradas.

Tampoco la legitimidad o aceptabilidad de la planificación familiar parece tener relación alguna con el hecho de que los ideales reproductivos no hayan sido puestas en práctica.

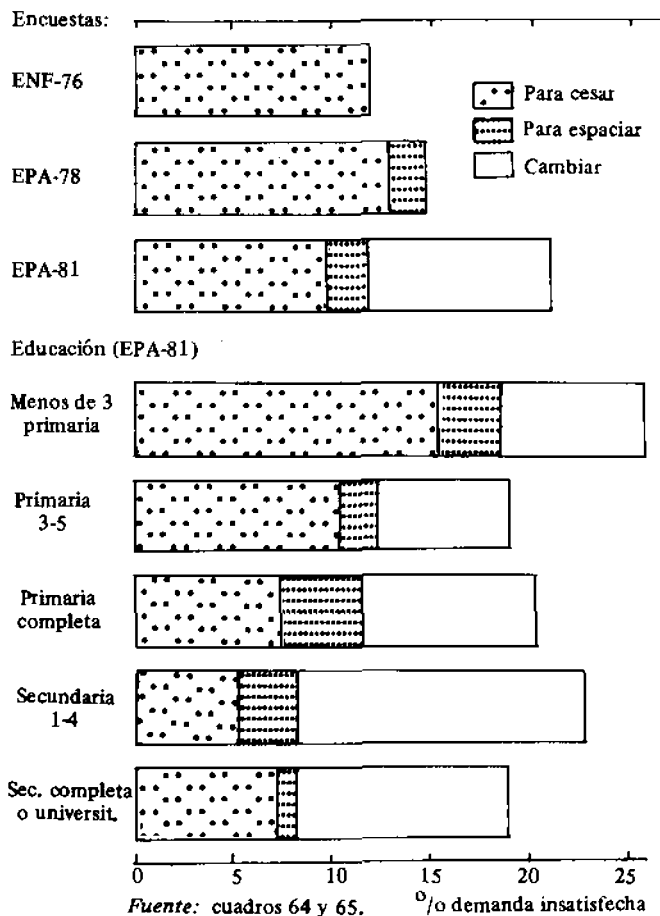
Pero también debe reconocerse que este resultado pudo haber sido diferente si los costos psíquicos de la planificación familiar hubieran sido investigados más a fondo.

La cercanía del centro de planificación familiar muestra, por su parte, una pequeña asociación significativa con el fenómeno en estudio, pero sin que permita afirmar que este es un determinante importante de la demanda de anticoncepción no satisfecha.

Por último, de los cuatro factores considerados, el que resultó más asociado con la demanda insatisfecha es el conocimiento de métodos anticonceptivos, aunque tampoco en este caso se logra identificar grupos en los que, por ejemplo, haya muy poco divorcio entre los ideales y el comportamiento reproductivo.

Gráfico 29

PORCENTAJES DE ANTICONCEPCION NO SATISFECHA Y DE SUS COMPONENTES SEGUN LAS ENCUESTAS DE 1976, 1978 Y 1981 Y SEGUN EDUCACION



Cuadro 66

**PORCENTAJE DE ANTICONCEPCION NO SATISFECHA SEGUN
LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA REGULACION
DE LA FECUNDIDAD.**

(Mujeres en unión y mujeres en unión que desean cesar o
espaciar la procreación)

Factores	Total en unión		Desean cesar o espaciar	
	(N)	°/o	(N)	°/o
Total	(2593)	21	(1987)	25
<i>Tiempo a CPF más cercano</i>				
Menos de 10 minutos	(920)	19	(696)	23
De 10 a 19	(912)	23	(712)	28
De 20 a 30	(518)	19	(389)	23
De 31 a 60	(159)	24	(122)	28
Más de 60	(84)	24	(68)	29
(Eta x 100)		(7)		(5)
<i>Indice de conocimiento</i>				
Menos de 7	(142)	22	(89)	34
7- 9	(230)	21	(171)	28
10-12	(441)	24	(320)	32
13-15	(882)	19	(709)	21
16-17	(898)	22	(698)	25
(Eta x 100)		(8)		(12)
<i>Acuerdo con PLANFAM</i>				
De acuerdo	(2107)	21	(1662)	25
Depende	(287)	19	(195)	25
En contra	(178)	18	(118)	27
No sabe	(21)	(19)	(12)	(33)
(Eta x 100)		(6)		(2)
<i>Embarazo le causaría:</i>				
Algún problema	(771)	26	(657)	29
Ningún problema	(1784)	19	(1304)	23
No sabe	(38)	(18)	(26)	(27)
(Eta x 100)		(9)		(6)

X. RESUMEN

Características básicas de las entrevistadas

La EPA-81 fue una investigación llevada a cabo en una muestra representativa de la población femenina en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) de todo el país. Las características básicas de las 4 580 entrevistadas se resumen en el siguiente perfil:

<i>Residentes en:</i>	<i>Porcentaje</i>
— Area Metropolitana de San José	32
— Resto urbano	22
— Area rural	46
<i>Clase social a la que pertenecen:</i>	
— Gran y pequeña burguesía	28
— Semiproletariado y proletariado	36
— Subproletariado	27
— Campesinos independientes	9
<i>Educación de la entrevistada:</i>	
— Analfabetas	4
— Con por lo menos primaria completa	69
— Con estudios universitarios	9
<i>Mujeres que trabajaron el último año</i>	38
<i>Cubiertas por el Seguro Social</i>	76
<i>Cubiertas por programas de Salud Rural o Comunitaria</i>	42
<i>Edad:</i>	
— Menores de 25 años	45
— Mayores de 40 años	15
<i>Estado conyugal:</i>	
— En unión legal o consensual	57

En años recientes parece haber ocurrido un ligero aumento de las uniones precoces, que ha invertido la tendencia hacia una edad al matrimonio más alta que venía observándose con anterioridad. En las cohortes de mujeres más jóvenes (nacidas entre 1952 y 1961) un 42 por ciento se unió antes de cumplir los 20 años de edad, frente a un 39 por ciento (35 por ciento según la ENF-76) de unidas antes de esa edad en las cohortes nacidas entre 1947 y 1951.

La Encuesta confirmó la tendencia de aumento de las uniones consensuales que viene observándose desde hace dos décadas. Por ejemplo, para 1963 las uniones libres representaron el 14 por ciento del total de uniones, en tanto que según la EPA-81 representan el 20 por ciento.

La tasa de mortalidad infantil calculada con los datos de la encuesta resultó de 18 por mil para 1978-79, valor que pese a estar sujeto a errores, ratifica el notable progreso logrado por Costa Rica en este campo.

La Fecundidad

Las tasas de fecundidad obtenidas con la EPA-81 son coherentes con las provenientes de otras fuentes, y confirman que en 1975 concluyó el descenso de la fecundidad del país. Desde ese año la tasa total respectiva se ha estancado en algo menos de 4 hijos por mujer, y los datos de la encuesta sugieren que se han producido incluso algunos ligeros aumentos.

No obstante, la fecundidad de las mujeres de mayor edad o con más de 15 años de unión ha continuado disminuyendo, en tanto que la de las mujeres más jóvenes o de los primeros 15 años de matrimonio ha aumentado. La continuación de la baja en la fecundidad tardía se debe a que son cada vez más las que ya han completado su familia (disminución del porcentaje que continúa procreando), es decir, al "quantum" reproductivo. En cambio, el aumento de la fecundidad temprana o intermedia es posible que se deba al nacimiento de hijos postergados en el pasado, esto es, al "tempo" reproductivo. Así, en el grupo con 10-14 años de unión los nacimientos ocurridos en el período 1976-80 se produjeron luego de un promedio de 4.4 años transcurridos desde el nacimiento anterior, en tanto que los correspondientes a 1971-75 se produjeron con un intervalo genésico de 3.5 años.

Las mujeres de las ciudades, de las clases sociales más altas y, especialmente, las más educadas y las que trabajan tienen hacia una fecundidad menor. Pero las diferencias a que dan lugar estas variables socioeconómicas, aunque significativas, no son tan agudas como las que suelen observarse en otros países latinoamericanos. El rango de variación en la tasa total de fecundidad de los grupos extremos se sitúa entre los 5 hijos (en las analfabetas, por ejemplo) y los 3 hijos (en las universitarias o en las que trabajan).

En las últimas dos décadas han disminuido las diferencias de la fecundidad entre segmentos de la población. Vale decir que las variables socioeconómicas han perdido importancia como determinantes de la fecundidad costarricense.

La finalización del fenómeno de descenso de la fecundidad ha sido general, pero en los estratos socioeconómicos más altos el estancamiento data de una época más antigua. Por ejemplo, la tasa de las mujeres con algún estudio secundario está estancada en poco menos de 3 hijos desde 1969, en tanto que la tasa del área rural ha continuado disminuyendo hasta 1977.

Aunque para efectos del cómputo de la fecundidad se consideran sólo los nacidos vivos, es importante señalar que, según la EPA-81, poco más del 10 por ciento de los embarazos concluyó en un aborto o nacido muerto. Este porcentaje de pérdidas es similar al obtenido en otras investigaciones, y sugiere que en Costa Rica el aborto provocado carece de significado.

Otro factor influyente en la fecundidad es la lactancia materna, que prolonga el período de infertilidad temporal (amenorrea) posterior al parto. Al respecto, la encuesta mostró que la duración media de la lactancia ha aumentado de 5.6 a 7.2 meses entre 1976 y 1981. Esto puede atribuirse a las campañas llevadas a cabo en esta materia por el sector salud. La encuesta también mostró que la duración media del período de amenorrea post parto actualmente es de algo más de 4 meses, y que un mes adicional en la duración de la lactancia incrementa a este período de infertilidad en aproximadamente 0.34 meses.

Las preferencias reproductivas

Poco más de la mitad (52 por ciento) de las mujeres en unión y fértiles declaró que ya no desea tener más hijos, proporción que es ligeramente mayor que la de la ENF-76, pero menor que la de la EPA-78.

Tomando en cuenta a la proporción que, por otra parte, indicó que desea postergar el próximo embarazo, se tiene que el 81 por ciento de las mujeres fértiles del país desea cesar o espaciar la procreación. Esta proporción tiende a ser más alta en los estratos de condición socioeconómica más privilegiada cuando se comparan mujeres con la misma paridez.

Un 16 por ciento de las mujeres en unión y fértiles indicó desear un hijo "próximamente", proporción que es claramente mayor que la obtenida en la encuesta de 1978 (9 por ciento). Tal aumento podría ser el preludio de un incremento en la fecundidad de los próximos 1 ó 2 años.

Las mujeres costarricenses se inclinan claramente hacia un valor modal de 3 hijos como familia ideal, situación que es la misma que la observada 5 años atrás. También ha permanecido inalterada la aspiración casi universal (98 por ciento) de tener por lo menos dos hijos, pero ha perdido terreno el ideal de familia de por lo menos 3 hijos, pues la proporción que desea tener menos de esta cantidad ha aumentado de 18 a 24 por ciento entre 1976 y 1981. Esto último constituye un indicio de que es posible que en el futuro nuevamente disminuya la fecundidad.

Las mujeres de las zonas rurales, con más baja educación y de las clases sociales más bajas, tienen un ideal de familia más grande. Entre las mujeres menores de 35 años pertenecientes a estos grupos, el promedio de hijos deseados es de 4 ó 5, en tanto que el de las mujeres del área urbana, más educadas o de una clase social más alta, fluctúa entre 3 ó 4 hijos.

Por otra parte, a la pregunta de si un nuevo embarazo le produciría algún problema, el 30 por ciento respondió

afirmativamente, proporción que es bastante baja cuando se considera que las cuatro quintas partes de las entrevistadas desean cesar o espaciar la procreación.

El conocimiento de métodos anticonceptivos y de las fuentes de abastecimiento

Las costarricenses están generalmente bien informadas acerca de las técnicas anticonceptivas, pues la totalidad indicó haber oído hablar de por lo menos un método y el 98 por ciento dijo conocer algún lugar en donde obtenerlo. Este nivel de conocimiento se ha incrementado con respecto al correspondiente a las encuestas de 1976 y 1978, pese a que en ellas ya era elevado.

Los métodos más conocidos resultaron ser, en este orden, la pastilla, la esterilización femenina, el DIU y el condón, con proporciones superiores al 90 por ciento de mujeres en unión que han oído hablar de cada uno de ellos. Por su parte, los menos conocidos fueron el retiro y la vasectomía, con proporciones de entre 60 y 70 por ciento. En cuanto a los lugares de abastecimiento, las instituciones de salud del sector público fueron mencionadas por casi todas (97 por ciento) las entrevistadas, en tanto que alguna agencia del sector privado fue mencionada sólo en el 44 por ciento de los casos.

La disponibilidad de métodos y servicios de planificación familiar

Si la cercanía a las fuentes de abastecimiento es tomada como medida, se tiene que la gran mayoría (91 por ciento) de las costarricenses reside a 30 minutos o menos de ellas, es decir que la disponibilidad es muy alta. En las ciudades, las farmacias son, en promedio, los lugares más cercanos para abastecerse de anticonceptivos, mientras que en las zonas rurales lo son los Centros o Puestos de Salud Rural del Ministerio de Salud.

En las ciudades pequeñas los centros de planificación familiar son, conforme a lo esperado, más accesibles que en la capital, en tanto que en las zonas rurales son claramente menos accesibles que en las urbanas.

La aceptabilidad de la planificación familiar

A la pregunta "¿Está usted de acuerdo en que los matrimonios usen métodos para evitar los embarazos?" el 81 por ciento se manifestó favorablemente, frente a tan sólo un 7 por ciento que se declaró abiertamente en contra, en tanto que un 11 por ciento respondió que ello dependía de las circunstancias. Esta amplia aceptación de la planificación familiar se mantuvo en todos los segmentos en que fueron clasificadas las mujeres según su condición socioeconómica, aunque ello dio lugar a algunas diferencias interesantes entre las que destaca la actitud más conservadora de las residentes del área rural del Valle Central, entre quienes la proporción que se manifestó de acuerdo bajó a 73 por ciento.

El uso de anticonceptivos

La EPA-81 confirmó que en Costa Rica la práctica de limitar los nacimientos se ha vuelto casi universal. Cerca del 90 por ciento de las mujeres en unión declaró haber usado alguna vez anticonceptivos, y la proporción que estaba utilizándolos al momento de la encuesta ascendió a 65 por ciento. No obstante, este último porcentaje puso en evidencia una ligera disminución en la prevalencia anticonceptiva (en 1976 fue de 67 por ciento) que es coherente con el estancamiento (y en algunos casos incremento) de la fecundidad.

En Costa Rica los dos métodos más importantes son las pastillas anticonceptivas y la esterilización, con el 32 y 27 por ciento, respectivamente, de la práctica anticonceptiva que se lleva a cabo en el país. El uso del condón, el DIU y el ritmo, aunque bastante inferior que el de los dos principales, es también importante, pues comprende al 13, al 9 y al 9 por ciento, respectivamente, de las usuarias. Empero, esta composición según los métodos se está modificando, pues con relación a 1976 la pastilla ha perdido importancia, en tanto que se ha incrementado la proporción de esterilizadas y de usuarias del ritmo y del DIU.

El 65 por ciento de prevalencia anticonceptiva observado en 1981 se compone de 38 por ciento de anticoncepción para cesar la procreación y de 27 por ciento para postergar el próximo embarazo. La comparación de estos valores con los de la ENF-76 indica que la reducción en el uso de anticonceptivos observada en el quinquenio se ha debido, exclusivamente, al menor uso con fines de espaciamiento de los hijos.

Según lo esperado, el uso de anticonceptivos tiende a ser más frecuente entre los grupos socioeconómicos más privilegiados. Empero, las diferencias con los grupos restantes no son muy grandes, presentándose una situación caracterizada por una alta proporción de uso en todos los segmentos de la población. Los valores extremos de esta proporción fueron 72 por ciento de uso entre las mujeres pertenecientes a la burguesía y 54 por ciento entre las del subproletariado agrícola.

Por medio de un análisis multivariable se encontró que el uso de anticonceptivos en Costa Rica depende poco de las variables socioeconómicas (residencia, clase social y educación) y de la cercanía de los lugares de abastecimiento (casi siempre hay alguno muy cercano). Este análisis llevó a la conclusión de que las variables a las que se debe prestar mayor atención para prever (o propiciar) los cambios futuros en el nivel de uso de anticonceptivos (y, consecuentemente, en la fecundidad) son, en primer lugar y sobre todo, las intenciones o preferencias reproductivas y, luego, la aceptabilidad de la planificación familiar y el conocimiento de métodos anticonceptivos.

En coherencia con estos resultados, las respuestas de la razón para no estar usando métodos señalaron que la más importante es el deseo de quedar embarazada. Luego se ubicaron las respuestas del tipo "no me gusta", que sumadas

a las razones religiosas y a las prohibiciones del esposo, alcanzan un porcentaje considerable que en gran parte tiene que ver con la ilegitimidad o no aceptabilidad de la planificación familiar. También fue frecuente la respuesta del tipo "me hacen daño los métodos", posiblemente relacionada con una deficiente información anticonceptiva de la entrevistada (siempre existen métodos inofensivos para la salud). En contraste, fueron muy pocas las mujeres que indicaron no estar usando por algún problema de disponibilidad de los anticonceptivos (precios, distancias, etc.).

Opiniones y preferencias acerca de los métodos anticonceptivos

El DIU es el método al que le corresponde el porcentaje más alto de usuarias satisfechas (88 por ciento desean seguir usándolo). Empero, al mismo tiempo, parece ser un método sobre el que la información es deficiente, pues suscita gran cantidad de opiniones desfavorables entre quienes nunca lo han utilizado.

Por su parte, la píldora es el método más utilizado y preferido por las mujeres costarricenses, pero también es el más controversial, correspondiéndole el porcentaje más alto de opiniones desfavorables en el sentido de causar problemas de salud.

Las usuarias del condón y del retiro aparecen como las menos satisfechas del método, con un 40 por ciento que desea sustituirlo por otro. Las preferencias de estas mujeres se inclinan a favor de los métodos modernos, pero indicaron como razones principales para no estar utilizándolos el hecho de encontrarse en período de lactancia, el poco empeño para procurárselos ("piensa usar pronto" o "se ha descuidado") y el hecho de ser muy joven para esterilizarse o la imposibilidad de obtener esta operación.

La esterilización femenina

Esta es la segunda forma más utilizada en Costa Rica para la limitación de la fecundidad, pese a que las autoridades de salud no la reconocen como un método de planificación de la familia ni es ofrecida por el programa correspondiente. El 18 por ciento de las entrevistadas no solteras declaró que se ha esterilizado, proporción que asciende al 38 por ciento entre las que se casaron o unieron en 1956-60 (hace 20-24 años).

Al comparar el porcentaje de esterilizadas con el correspondiente al de la encuesta de 1976, se observa que ha tenido lugar un incremento. Empero, ello no se debe a que se haya incrementado la práctica de esta clase de operaciones en el quinquenio 1976-81 con respecto a años anteriores, sino que se debe a que es una proporción acumulativa y que, por lo tanto, tenía que aumentar aunque se hubiesen practicado muy pocas operaciones después de 1976. En realidad, un análisis más detallado (con base en la fecha de la esterilización) mostró que el número de operaciones se redujo drásticamente en 1976 y 1977, aunque a partir de 1978 nuevamente ha aumentado, alcanzando en 1980 valores cercanos a los de la época de mayor auge de estas operaciones (1973-75).

Las fuentes de abastecimiento del método utilizado

Las tres cuartas partes de las usuarias de anticonceptivos (sin contar a las que practican el ritmo y el retiro) obtienen u obtuvieron el método en las instituciones del sector público: 57 por ciento en el Seguro Social y 18 por ciento en las dependencias del Ministerio de Salud. Por método, el sector público fue el lugar donde se hicieron el 90 por ciento de las esterilizaciones y es la fuente de abastecimiento del 77 por ciento de las usuarias de pastillas, del 72 por ciento del DIU y del 52 por ciento del condón. Todas estas cifras demuestran la extraordinaria importancia del sector público como abastecedor de métodos anticonceptivos, la cual, por otra parte, se ha incrementado respecto a 1978.

Se encontraron, además, claras diferencias en la proporción en que los distintos grupos socioeconómicos se abastecen de anticonceptivos en el sector público. Esta proporción es del orden del 90 por ciento en el área rural o entre las mujeres con menos educación o de las clases sociales bajas, en tanto que en las ciudades y entre las mujeres más instruidas o de la burguesía es del orden del 50 por ciento. Vale decir que, en este aspecto, el sector público sirve de preferencia a los grupos menos privilegiados.

El Programa de Planificación Familiar

Los resultados de la EPA-81 permiten estimar en cerca de 92 mil el número de mujeres que están utilizando los servicios de planificación familiar (57 mil en el Seguro Social y 35 mil en el Ministerio de Salud), esto es el 16 por ciento de las mujeres en edad fértil y el 26 por ciento de las casadas o unidas. Esta cifra, aunque en términos absolutos es algo mayor que la obtenida en la encuesta de 1978, en términos relativos significa que la cobertura del programa ha disminuído.

Al mismo tiempo, se ha estimado en 120 mil el número de mujeres en edad fértil que han dejado de acudir a la consulta de planificación familiar, lo que significa que más de la mitad de las costarricenses participantes en el proceso reproductivo ha hecho uso alguna vez del programa. Si bien esta cifra de ex-usuarias es bastante alta, en realidad el abandono o deserción del programa no es un fenómeno tan grave como aparenta, pues la mayoría (53 por ciento) de estas mujeres ya no necesita del servicio porque no están en riesgo de embarazo (27 por ciento) o porque están esterilizadas (26 por ciento) y una cuarta parte adicional desea quedar embarazada o está usando anticonceptivos eficaces, de manera que a lo sumo una cuarta parte de estas usuarias puede ser considerada como de candidatas a un posible reingreso inmediato al programa.

La brecha entre los ideales y el comportamiento reproductivo

Un porcentaje sorprendentemente alto de las madres (39 por ciento) declaró que su último hijo no fue deseado, el cual se compone en partes aproximadamente iguales por embarazos que se adelantaron a la fecha deseada (20 por ciento) y por embarazos en mujeres que ya no deseaban

tener más hijos (19 por ciento). La mayoría de estos embarazos no planeados (78 por ciento) se produjo en circunstancias en que la mujer no estaba haciendo nada por evitarlos, ya sea porque había dejado de usar anticonceptivos (21 por ciento) o porque nunca los utilizó (57 por ciento). Estos datos sugieren que el alto uso de anticonceptivos existente al momento de la encuesta es en parte el resultado de un proceso de aprendizaje basado en experiencias negativas.

Por otra parte, se ha estimado que el 21 por ciento de las mujeres en unión constituye una "demanda de anticoncepción no satisfecha", que debe ser objeto de atención prioritaria de los programas de servicio de planificación familiar. Este grupo se compone por las mujeres fértiles que desean cesar la procreación y no están usando anticonceptivos eficaces (9 por ciento), por las que desean postergar el próximo embarazo y no están usando ningún anticonceptivo (3 por ciento) y por aquellas mujeres que no están satisfechas con el método que utilizan (9 por ciento).

En general, tanto la fecundidad no deseada como la demanda no satisfecha de anticoncepción resultaron con una incidencia mayor en los grupos en situación económica y social menos privilegiada, esto es, entre las mujeres del área rural, las menos educadas y las de clases sociales más bajas.

ANEXO 1
ERRORES DE MUESTREO

Cuadro A-1

ERRORES ESTANDAR PARA LA MUESTRA COMPLETA DE MUJERES DE LA EPA-81

Variable	Población	n	r (p, \bar{x})	ES	DEFT	ROH	°/o ES/R	\bar{b}	
<i>Fecundidad</i>									
HINV	Hijos Nacidos Vivos tenidos	Todas	4580	2,27	0,04	0,92	-.01	1,7	13,9
HI80	N.V. tenidos en 1980	Todas	4580	0,125	0,005	0,93	-.01	3,7	13,9
HU5A	N.V. Post-nupciales últimos 5 años	No solteras	2896	0,723	0,016	1,05	.01	2,2	8,8
<i>Nupcialidad e intermedias</i>									
ENUN	Actualmente en unión	Todas	4580	56,6 °/o	0,7	1,01	.00	1,3	13,9
UA20	Unida antes de edad 20	Todas mayores de 20	3448	42,0 °/o	1,0	1,22	.05	2,4	10,4
LACT	Meses de lactancia último NV	Con dato	2646	5,5	0,2	1,11	.03	2,8	8,0
AMEN	Meses de amenorrea último NV	Con dato	2671	3,6	0,1	1,17	.05	2,9	8,1
<i>Ideales reproductivos</i>									
NDEM	No desea más hijos	En unión-fértiles	2454	52,0 °/o	1,2	1,15	.05	2,2	7,5
DPRO	Desea hijo próximamente	En unión-fértiles	2454	15,8 °/o	0,7	0,97	-.01	4,5	7,5
TDES	Tamaño deseado de familia	En unión	2593	4,59	0,06	1,04	.01	1,4	7,9
EMNP	Embarazarse no sería problema	En unión-fértiles	2454	69,1 °/o	1,0	1,02	.01	1,4	7,5
UNDE	Ultimo NV fue no deseado	En unión con hijos	2407	39,3 °/o	1,1	1,10	.03	2,8	7,3
<i>Anticoncepción</i>									
USAN	Está usando anticonceptivos	En unión	2593	65,1 °/o	1,0	1,03	.01	1,5	7,9
USEF	Usando método eficaz	En unión	2593	55,9 °/o	1,1	1,08	.03	1,9	7,9
UCES	Usando para cesar procreación	En unión	2593	38,2 °/o	1,0	1,03	.01	2,6	7,9
ESTE	Esterilizada	En unión	2593	17,3 °/o	0,7	0,88	-.03	3,8	7,9
ANSA	Anticoncepción no satisfecha	En unión	2593	21,1 °/o	0,9	1,11	.03	4,2	7,9
NSCE	Ant. no satisfecha para cesar	En unión	2593	9,1 °/o	0,7	1,18	.06	7,3	7,9
<i>Condicionantes de anticoncep.</i>									
ICON	Indice de conocimiento	En unión	2593	13,2	0,1	1,27	.09	0,6	7,9
TPER	Tiempo percibido a CPF (minutos)	En unión, con dato	2547	25,5	0,9	1,53	.20	3,4	7,8
TREA	Tiempo real a CPF (minutos)	En unión	2593	17,4	1,1	2,45	.72	6,2	7,9
COPF	En contra de PLANFAM	En unión	2593	6,9 °/o	0,6	1,12	.04	8,1	7,9
<i>Uso del programa de PLANFAM</i>									
USAC	Usuaría activa	Todas	4580	16,0 °/o	0,6	1,07	.01	3,6	13,9
EXUS	Ex-usuaría del programa	Todas	4580	21,0 °/o	0,6	1,03	.01	3,0	13,9

Cuadro A. 2

ERRORES ESTANDAR POR ESTRATO DE LA MUESTRA DE MUJERES DE LA EPA-81

Variable	Area Metropolitana				Urbano Valle Central				Rural Valle Central				Resto Urbano				Resto Rural			
	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT
<i>Fecundidad</i>																				
HINV	1481	1.86	0.05	0.90	576	1.82	0.08	0.89	964	2.45	0.10	1.05	400	2.02	0.10	0.85	1159	2.96	0.09	0.89
H180	1481	0.110	0.008	1.00	576	0.104	0.015	1.16	964	0.123	0.012	1.17	400	0.095	0.013	0.90	1159	0.166	0.006	0.53
HUSA	915	0.631	0.028	1.10	345	0.696	0.042	1.01	576	0.759	0.041	1.17	245	0.735	0.045	0.89	815	0.811	0.030	1.00
<i>Nupcialidad e intermedias</i>																				
ENUN ^o / _o	1481	52.5	1.3	1.01	576	54.0	2.5	1.21	964	55.9	1.3	0.82	400	54.5	2.7	1.10	1159	64.5	1.4	1.01
UA20 ^o / _o	1157	35.6	1.6	1.14	443	35.0	3.0	1.33	707	38.6	2.0	1.08	289	40.8	3.6	1.23	852	57.5	2.4	1.42
LACT	856	4.8	0.3	1.16	320	4.4	0.3	0.96	526	4.6	0.3	1.03	233	6.5	0.5	1.01	711	7.2	0.3	1.15
AMEN	842	3.3	0.2	1.04	326	2.9	0.2	1.04	533	3.3	0.2	1.00	234	3.8	0.4	1.12	736	4.5	0.3	1.42
<i>Ideales reproductivos</i>																				
NDEM ^o / _o	742	55.9	2.1	1.16	298	49.3	2.6	0.89	508	50.4	2.5	1.12	204	50.0	4.0	1.13	702	50.6	2.4	1.26
DPRO ^o / _o	742	15.9	1.4	1.02	298	17.8	2.1	0.93	508	15.9	1.5	0.90	204	16.7	3.4	1.31	702	14.5	1.1	0.81
TDES	777	3.96	0.11	1.13	311	4.35	0.15	0.92	539	5.26	0.20	1.31	218	4.12	0.15	0.79	748	5.01	0.10	0.86
EMNP ^o / _o	742	65.2	1.8	1.02	298	69.5	2.6	0.96	508	72.6	2.2	1.14	204	72.1	3.5	1.12	702	69.5	1.6	0.90
UNDE ^o / _o	707	37.8	1.8	1.00	287	28.6	2.6	0.98	500	37.6	2.0	0.91	207	38.2	3.7	1.10	706	46.6	2.1	1.14
<i>Anticoncepción</i>																				
USAN ^o / _o	777	69.6	1.8	1.07	311	70.1	2.3	0.88	539	66.4	2.0	0.97	218	64.7	3.3	1.02	748	57.5	2.0	1.08
USEF ^o / _o	777	59.1	1.9	1.06	311	60.8	2.1	0.77	539	52.9	2.4	1.12	218	59.6	2.8	0.85	748	51.6	2.2	1.20
UCES ^o / _o	777	42.7	2.0	1.12	311	39.2	2.5	0.89	539	38.0	2.2	1.04	218	35.8	2.8	0.88	748	33.8	1.8	1.06
ESTE ^o / _o	777	18.9	1.2	0.83	311	20.6	2.0	0.87	539	19.1	1.7	0.99	218	18.3	2.6	0.98	748	12.6	1.0	0.85
ANSA ^o / _o	777	21.2	1.5	1.01	311	18.6	1.9	0.87	539	22.6	2.3	1.26	218	18.3	2.5	0.97	748	21.5	1.8	1.18
NSCE ^o / _o	777	9.7	1.1	1.03	311	5.1	1.2	0.94	539	10.0	1.7	1.32	218	6.4	1.7	1.04	748	10.3	1.4	1.28
<i>Condicinantes de la anticoncepción</i>																				
ICON	777	14.2	0.1	1.24	311	13.7	0.3	1.63	539	12.8	0.2	1.33	218	13.9	0.3	1.36	748	12.2	0.2	1.27
TPER	769	18.2	0.8	1.45	306	14.5	1.5	1.91	529	26.1	1.5	1.58	214	14.7	1.2	1.31	729	40.5	2.7	1.74
TREA	777	10.9	0.7	2.36	311	8.8	1.4	2.74	539	14.7	0.8	2.49	218	9.3	1.8	1.87	748	32.0	3.4	2.71
COPF ^o / _o	777	4.4	0.7	1.01	311	5.1	1.5	1.18	539	12.4	1.8	1.24	218	3.2	0.9	0.76	748	7.2	0.9	0.98
<i>Uso del Programa de PLANFAM</i>																				
USAC ^o / _o	1481	11.3	0.9	1.14	576	14.6	1.6	1.10	964	14.4	1.3	1.13	400	17.5	1.5	0.79	1159	23.6	1.3	1.02
EXUS ^o / _o	1481	22.2	1.2	1.09	576	19.3	1.4	0.88	964	18.6	1.2	0.97	400	22.0	2.2	1.07	1159	21.8	1.3	1.05

Cuadro A.3

ERRORES ESTANDAR POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDADES DE LA MUESTRA

(Continúa...)

Variable	15-19 años				20-24 años				25-29 años				30-34 años			
	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT
<i>Fecundidad</i>																
HINV	1132	0.18	0.02	1.07	948	1.02	0.04	1.10	738	1.99	0.06	1.01	575	3.16	0.09	1.09
H180	1132	0.074	0.008	1.03	948	0.210	0.014	1.07	738	0.195	0.013	0.87	575	0.148	0.015	0.98
HUSA	192	0.760	0.056	1.04	541	1.166	0.039	1.17	584	1.077	0.034	0.98	498	0.787	0.030	0.84
<i>Nupcialidad e intermedias</i>																
ENUN %	1132	15.4	1.1	1.06	948	53.6	1.7	1.04	738	72.2	1.7	1.04	575	79.3	1.8	1.04
UA20 %	-	-	-	-	948	41.9	1.8	1.13	738	41.7	2.1	1.13	575	39.1	2.1	1.01
LACT	112	4.1	0.4	0.92	451	4.9	0.3	1.02	526	4.3	0.3	1.12	494	5.6	0.3	0.95
AMEN	129	2.9	0.2	0.88	481	3.3	0.2	1.02	546	2.9	0.1	0.96	492	3.5	0.2	0.93
<i>Ideales reproductivos</i>																
NDEM %	172	9.9	2.5	1.09	500	23.6	2.2	1.16	520	38.1	2.1	1.00	447	60.0	2.3	1.00
DPRO %	172	25.0	3.3	0.99	500	19.0	1.6	0.94	520	19.6	1.8	1.03	447	15.0	1.6	0.95
TDES	174	3.45	0.16	0.92	508	3.59	0.11	1.08	533	3.95	0.11	0.97	456	4.41	0.14	1.05
EMNP %	172	77.3	2.6	0.83	500	75.4	2.0	1.02	520	69.6	2.0	0.98	447	68.0	2.1	0.95
UNDE %	115	29.6	4.7	1.10	451	36.8	2.0	0.90	500	39.4	2.3	1.05	444	39.2	2.6	1.11
<i>Anticoncepción</i>																
USAN %	174	46.6	4.1	1.07	508	58.3	2.5	1.14	533	65.1	2.2	1.09	456	72.1	2.1	1.00
USEF %	174	39.7	3.9	1.05	508	51.4	2.5	1.13	533	55.0	2.4	1.13	456	61.4	2.1	0.92
UCES %	174	4.6	1.7	1.04	508	13.8	2.0	1.28	533	25.7	1.9	0.99	456	46.7	2.5	1.05
ESTE %	174	0.0	0.0	0.0	508	2.0	0.7	1.10	533	6.0	1.0	0.97	456	18.9	1.8	0.97
ANSA %	174	20.1	3.1	1.02	508	20.3	1.8	0.99	533	23.6	1.9	1.03	456	21.1	2.0	1.04
NSCE %	174	1.1	0.8	0.98	508	3.0	0.7	0.87	533	53.1	1.1	1.12	456	9.4	1.4	1.00
<i>Condicionantes de la anticoncepción</i>																
ICON	174	11.2	0.3	1.00	508	12.8	0.2	1.21	533	13.8	0.1	1.07	456	14.1	0.2	1.23
TPER	167	29.8	2.0	0.89	502	27.8	1.2	0.90	530	26.8	1.3	0.96	453	23.7	1.6	1.33
TREA	174	19.7	1.4	0.91	508	18.4	1.7	1.64	533	18.1	1.3	1.22	456	16.6	1.6	1.61
COPF %	174	8.0	2.0	0.95	508	4.5	0.9	0.96	533	4.5	0.8	0.93	456	4.2	1.0	1.06
<i>Uso del Programa de PLANFAM</i>																
USAC %	1132	4.5	0.6	0.92	948	20.8	1.5	1.12	738	24.8	1.6	0.99	575	25.7	1.8	1.01
FXUS %	1132	4.7	0.7	1.06	948	16.9	1.2	0.99	738	28.3	1.9	1.12	575	35.5	1.9	0.95

Cuadro A.3

ERRORES ESTANDAR POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDADES DE LA MUESTRA

(Conclusión)

Variable	35-39 años				40-44 años				45-49 años			
	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT	n	r	ES	DEFT
<i>Fecundidad</i>												
HINV	481	4.17	0.13	1.01	377	5.32	0.18	0.97	329	5.90	0.21	1.00
HI80	481	0.091	0.013	0.98	377	0.037	0.009	0.92	329	0.006	0.004	0.98
HUSA	430	0.416	0.033	0.98	348	0.253	0.026	0.95	303	0.099	0.020	1.03
<i>Nupcialidad e intermedias</i>												
ENUN ^{o/o}	481	79.6	1.8	0.96	377	78.5	2.2	1.06	329	73.9	2.2	0.91
UA20 ^{o/o}	481	44.3	2.5	1.09	377	47.5	2.4	0.93	329	38.3	2.7	1.01
LACT	423	5.5	0.3	0.95	343	6.8	0.4	0.93	297	7.6	0.6	1.16
AMEN	415	3.7	0.2	1.02	323	4.4	0.3	0.93	285	5.1	0.4	0.98
<i>Ideales reproductivos</i>												
NDEM ^{o/o}	362	74.6	2.4	1.03	260	88.8	1.8	0.91	193	89.6	2.3	1.06
DPRO ^{o/o}	362	12.2	1.7	1.00	260	8.8	1.7	0.97	193	7.3	2.0	1.06
TDES	383	5.40	0.19	1.09	296	5.85	0.19	0.91	243	6.47	0.24	0.96
EMNP ^{o/o}	362	63.0	2.6	1.02	260	66.9	2.8	0.95	193	60.6	3.5	0.99
UNDE ^{o/o}	375	38.7	2.3	0.90	290	40.7	2.7	0.94	232	47.8	3.5	1.06
<i>Anticoncepción</i>												
USAN ^{o/o}	383	75.5	1.9	0.89	296	69.9	2.5	0.92	243	57.2	3.8	1.18
USEF ^{o/o}	383	65.0	2.3	0.94	296	60.5	2.6	0.93	243	48.6	4.0	1.24
UCES ^{o/o}	383	60.6	2.1	0.86	296	66.2	2.5	0.91	243	55.1	3.9	1.22
ESTE ^{o/o}	383	36.6	2.4	0.98	296	37.8	2.2	0.79	243	28.0	2.8	0.98
ANSA ^{o/o}	383	18.0	2.0	1.02	296	18.6	2.1	0.92	243	25.5	2.8	1.00
NSCE ^{o/o}	383	12.5	1.7	1.01	296	15.2	2.0	0.97	243	22.6	2.9	1.08
<i>Condiciones de la anticoncepción</i>												
ICON	383	13.7	0.2	1.11	296	13.1	0.2	0.97	243	12.3	0.3	1.09
TPER	378	23.8	1.4	1.10	286	22.1	1.5	1.02	231	25.0	1.6	0.93
TREA	383	16.7	1.2	1.29	296	15.9	1.3	1.03	243	16.5	1.6	1.03
COPF ^{o/o}	383	9.7	1.8	1.17	296	10.5	1.8	1.02	243	12.3	1.9	0.92
<i>Uso del Programa de PLANFAM</i>												
USAC ^{o/o}	481	17.5	1.7	0.99	377	11.7	1.6	0.99	329	7.9	1.8	1.22
EXUS ^{o/o}	481	34.5	2.0	0.94	377	28.1	2.2	0.97	329	18.8	2.1	0.97

ANEXO 2
Reproducción Facsimilar del Cuestionario

Para uso de la Oficina	Nº DE CUESTIONARIO			

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE

**ENCUESTA DE
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA**

Cuestionario

COSTA RICA 1981

SEGUNDA ENCUESTA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

IDENTIFICACION			
CODIGOS: _____			
Estrato	Provincia	Cantón	Distrito
SEGMENTO: _____			
Nombre de la localidad			Nº de Segmento
NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____		NUMERO DE LINEA (En hoja de ruta) _____	

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
FECHA			
HORA			
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA			
RESULTADO*			

* CODIGOS DE RESULTADO: 1 : Realizada 4 : Rechazada
 2 : Incompleta 5 : No elegible
 3 : Ausente 6 : Otro

OBSERVACIONES: (datos para próximas visitas):

SI LA ENTREVISTA FUE REALIZADA INDICAR:

HORA EN QUE COMENZO _____ DURACION _____
 HORA EN QUE TERMINO _____ (Minutos)

NOMBRE DE LA SUPERVISORA _____

ACTIVIDAD	FECHA
<input type="checkbox"/> REVISADO	
<input type="checkbox"/> REENTREVISTADO	
<input type="checkbox"/> CODIFICADO	
<input type="checkbox"/> PERFORADO	
<input type="checkbox"/> VERIFICADO	

PARA USO DE LA OFICINA	
SEGMENTO MUESTRAL: Antiguo (1), Nuevo (2) [] 28	
DISPONIBILIDAD (minutos):	
-C.C.S.S.	[][] 29
Min. Salud	[][] 32
Farmacia	[][] 35

1

1 N° Cuestionario [][][]

2 Est. Prov. Cant. Dist. [][][][]

6 Segmento [][][][]

12 Línea [][]

19 Visitas []

20 Día [][] 22 Mes []

23 Entrevist. [][]

Duración [][] 25

Superv. [] 27

28 []

29 [][]

32 [][]

35 [][]

I.- ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

101.- Es importante para el estudio conocer la edad exacta de las personas
¿Podría decirme en qué mes y en qué año nació Ud.?

_____ 19_____
(mes) (año)

Mes Año
38

102.- Entonces ¿Qué edad cumplió Ud. en su último cumpleaños?

AÑOS _____

INDAGUE EN CASO DE ALGUNA INCONSISTENCIA Y CORRIJA

EDAD CORRECTA: _____
(años)

42

SI TIENE MENOS DE 15 o 50 o MAS AÑOS DE EDAD,
TERMINE LA ENTREVISTA

103.- ¿Asistió Ud. alguna vez a la escuela?

SI (1)

NO (2) (PASE A 105)

44

104.- En todos sus estudios ¿Cuál fue el grado o año más alto que Ud. aprobó?

(MARQUE SOLO EL ULTIMO AÑO APROBADO)

- 1.- ESCUELA (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)
2.- COLEGIO (1) (2) (3) (4) (5)
3.- UNIVERSIDAD (1) (2) (3) (4) (5) (6+)

46

105.- Como Ud. sabe, muchas mujeres, además de ocuparse de los oficios domésticos,
trabajan en algo por lo cual reciben pago en dinero o en otra forma.
En los últimos 12 meses ¿Trabajó Ud.?

SI (1)

NO (2) (PASE A 108)

47

106.- ¿Qué clase de trabajo hizo?

DETALLE BIEN: _____

48

107.- ¿Trabajó Ud. todo el año o sólo una parte del año?

TODO EL AÑO (1) PARTE DEL AÑO (2)

51

108.- ¿Quién es la persona que en los últimos tiempos ha contribuido más al manteni-
miento de su hogar?

ELLA MISMA..... (1) → (PASE A 110)

EL ESPOSO O COMPAÑERO..... (2)

UNO DE LOS PADRES O SUEGROS. (3)

OTRO..... (4)

52

109.- ¿Qué clase de trabajo hace él (ella)? ¿Cuál es su ocupación principal?
(SI NO TRABAJA PREGUNTE POR LA ULTIMA OCUPACION)

DETALLE BIEN: _____

(SI NUNCA HA TRABAJADO PASE A 113)

110.- ¿Trabaja él (ella) (Ud.) por cuenta propia o en un negocio (finca) de la familia; o es empleado(a) por otra persona o institución?

CUENTA PROPIA
O FAMILIAR

① (PASE A 112)

OTRA PERSONA

②

111.- ¿Tiene un empleo permanente?

SI ①

NO ②

PASE A 113

112.- ¿En este negocio se contratan
empleados fijos?

SI ①

NO ②

113.- ¿Tiene Usted carnet del Seguro Social?

SI ①

NO ②

114.- ¿En los últimos 12 meses este hogar ha sido visitado por alguien de un Centro
o de un Puesto de Salud?

SI ①

NO ②

NO SABE ③

II.- HISTORIA DE EMBARAZOS

Ahora nos interesa saber de todos los hijos e hijas que Ud. ha dado a luz y que nacieron vivos:

201.- ¿Ha tenido Ud. Mjcs o hñas nacidas vivas?

SI ① NO ② (PASE A 222)

202.- ¿Cuántos hños o hñas vivas tiene Ud. actualmente? No. hños: _____
No. hñas: _____

INDAGUE: ¿Ha incluido los hños que no viven con Ud.?

SI DICE "NO", CORRIJA ARRIBA

203.- ¿Y ha tenido Ud. hños o hijas que nacieron vivos y murieron después, aunque hayan vivido poco tiempo?

SI ① NO ② (PASE A 205)

204.- ¿Cuántos hños o hñas se le han muerto? _____
(Indique)

205.- ENTREVISTADORA: SUME LAS RESPUESTAS DE 202 Y 204 Y ANOTE EL TOTAL AQUI: _____

AHORA PREGUNTE: Entonces Ud. ha tenido en total..... hños nacidos vivos ¿Es correcto eso?

SI DICE "NO" INDAGUE Y CORRIJA LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES.

ENTREVISTADORA: SI EN LAS PREGUNTAS QUE DEBEN DE PRESENTAR CASOS DE MELLIZOS, ANOTELO AL MARGEN DE LA PREGUNTA.

206.- ¿El último de estos nacimientos está vivo actualmente?

SI ① (PASE A 208) NO ②

207.- ¿Qué edad tenía cuando murió?
MENOS DE 1 MES..... ①
MAS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO..... ②
1 AÑO O MAS..... ③

208.- ¿Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a su último hñe?

MESES _____ NO LE DIÓ EL PECHO ③
AUN ESTA LACTANDO ④
NO RECUERDA..... ⑤

209.- ¿Desde el momento en que se mejoró de su último hñe, cuántos meses pasaron hasta que le vino a Ud. nuevamente la regla?

MESES _____ AUN NO LE HA VENIDO ⑥
NO RECUERDA..... ⑦

2

NO Cuarenta

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

210.- Recuerde la época antes de quedar embarazada de su último hijo:
(LEA DESPACIO LAS TRES ALTERNATIVAS Y MARQUE SOLO UNA)

- ¿Deseaba Ud. tener hijos en ese momento? ①
- ¿Ya no deseaba tener más hijos? ② No sabe, no había pensado ⑨
- ¿O le hubiera gustado esperarse un poco? ③

22

211.- ¿En qué mes y año nació su último hijo?

_____ (mes) 19 _____ (año)

↓

SI 1975 O ANTES, PASE A 222

Mes Año

23 25

212.- ¿Ud. o su esposo habían usado métodos anticonceptivos o habían hecho algo para evitar o postergar este embarazo?

- SI ① NO ② (PASE A 215)

27

213.- ¿Cuál método usaron? (MARQUE EL ULTIMO METODO)

Pastilla..... ①	Esterilización femenina ⑥
Diu..... ②	Vasectomía..... ⑦
Condon..... ③	Ritmo..... ⑧
Inyección... ④	Retiro..... ⑨
Vaginales... ⑤	Otro _____ ⑩
(Especifique)	

214.- ¿Estaban usando este método cuando Ud. quedó embarazada?

SI ① NO ②

28

30

215.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (VER 205)

- SOLO UN NACIDO VIVO ① (PASE A 222) DOS O MAS NACIDOS VIVOS ②

31

216.- El hijo o hija que Ud. tuvo antes del último, es decir el penúltimo ¿Está vivo actualmente?

SI ① (PASE A 218) NO ②

217.- ¿Qué edad tenía cuando murió?

MENOS DE 1 MES..... ①

MAS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO... ②

1 AÑO O MAS..... ③

218.- ¿Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a su penúltimo hijo?

MESES

NO LE DIO EL PECHO..... ⑨6

NO RECUERDA..... ⑨9

32

33

34

219.- ¿En qué mes y año nació su penúltimo hijo?

_____ 19____
(mes) (año)

↓

SI 1975 O ANTES, PASE A 222

220.- Aparte de estos dos hijos ¿Ha tenido Ud. otro u otros nacidos vivos después de enero de 1976?

SI ① NO ② (PASE A 222)

↓

221.- ¿Podría decirme el mes y el año en que nacieron estos otros niños?

ANTEPENULTIMO: _____ 19____
(mes) (año)

ANTERIOR: _____ 19____
(mes) (año)

ANTERIOR: _____ 19____
(mes) (año)

↓

VIENEN DE LAS PREGUNTAS
201, 211, 215, 219 y 220

↓

222.- ¿Y ha tenido Ud. algún embarazo que terminó en una pérdida o aborto o algún hijo que nació muerto?

SI ① NO ② (PASE A 225)

↓

223.- ¿Cuántos de estos embarazos ha tenido Ud.?

NUMERO DE NACIDOS MUERTOS: _____

NUMERO DE ABORTOS:..... _____

SI NO HA TENIDO ABORTOS PASE A 225

224.- ¿Algún doctor, otra persona o Ud. hicieron algo para provocar este (alguno de estos) aborto(s)?

SI ① NO ②

↓

225.- ¿Actualmente conoce Ud. a alguna persona o lugar en donde una mujer que no desea tener el hijo puede hacerse un aborto?

SI ① NO ②

PARA USO DEL CODIFICADOR EN CASO DE MELLIZOS

MES Y AÑO..... _____

SOBREVIVENCIA.... _____

EDAD AL MORIR..... _____

Mes Año

38	38	38	38

□

40

41	43	43	43

46	47	47	47

49	51	51	51

□

53

54	54

56	56

□

58

□

59

60	62	62	62

□

64

□

65

III.- NUPCIALIDAD

301.- ¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, soltera, viuda, separada o divorciada?

UNIDA (1)
CASADA (2) } (PASE A 305)

VIUDA..... (3)
SEPARADA... (4)
DIVORCIADA (5) } (PASE A 304)

SOLTERA (6)

66

302.- ¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez?

SI (1) (PASE A 304) NO (2)

67

303.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (Ver 201 y 222)

Nunca Embarazada (1) Alguna vez Embarazada (2)

68

TERMINE LA ENTREVISTA PASE A 401

304.- ¿Hace Ud. vida conyugal o vive con un hombre actualmente?

SI (1) NO (2)

69

305.- ¿Ha estado Ud. unida o casada una sola vez, o ha tenido varias uniones o matrimonios?

UNA SOLA VEZ (1)

VARIAS VECES (2)

70

306.- ¿En qué mes y en qué año comenzaron a vivir juntos Ud. y su (primer) esposo (compañero)?

_____ 19____ (PASE A 401)
(mes) (año)

 Mes Año
71 73

NO SABE (99)

307.- ¿Qué edad tenía Ud. en ese momento?

_____ (años)

76

IV.- PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar, es decir de las cosas que hacen las parejas para evitar que la mujer quede embarazada:

ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION.

3

Nº Cuestionario
2

METODOS	401. ¿Ha oído hablar de.....? (SI NO HA DIDO, PASE AL SIGUIENTE METODO)	402. ¿Piensa que usar este método le causaría a usted problemas de salud?	403. ¿Sebe en dónde conseguir (hacerse).....?	404. ¿Alguna vez ha usado Ud. este método? (PASE AL SIG. METODO)	
1.- Pastilla o píldora anticonceptiva.	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	6
2.- DIU o espiral o T o 7 de cobre	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	10
3.- Condón o preservativo	SI (1) → NO (2) ↓		SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	14
4.- Inyección anticonceptiva	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	17
5.- Métodos vaginales como jaleas, cremas, espumas o diafragma.	SI (1) → NO (2) ↓		SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	21
6.- Operación de la mujer para no tener hijos	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	24
7.- Operación del hombre para no tener hijos	SI (1) → NO (2) ↓		SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)	27
8.- Ritmo o control de la regla	SI (1) → NO (2) ↓			SI (1) NO (2)	29
9.- Retiro (él se quita cuando va a terminar)	SI (1) → NO (2) ↓			SI (1) NO (2)	31
10.- Algún otro método para evitar los hijos	SI (1) → NO (2) ↓	¿Cuál método? _____		SI (1) NO (2)	33

405.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (Ver la columna correspondiente a 403)

ALGUN "SI" EN LA PREG. 403

①

NINGUN "SI" EN LA PREG. 403

② (PASE A 411)

35

406.- ¿Ahora podría decirme todos los lugares que Ud. conoce en donde se puede obtener métodos de planificación familiar?

- C.C.S.S. ①
- DEPENDENCIA MIN. SALUD. (Centro o Puesto de Salud) ②
- CLINICA PARTICULAR..... ④
- MEDICO PARTICULAR..... ⑧
- FARMACIA..... ⑫
- OTRO..... ⑳

(MARQUE TODOS LOS MENCIONADOS Y SI NO INDICO CCSS. O MIN. DE SALUD, PASE A 410)

36

INDAGUE: ¿Sabe Ud. de algún otro lugar?

407.- ¿Ha ido Ud. alguna vez al Seguro Social o a un Centro o Puesto del Ministerio de Salud para obtener métodos de planificación familiar?

SI ① NO ②

38

408.- Si en este momento Ud. tuviera que elegir ¿Iría a planificar a un establecimiento del Seguro a uno del Ministerio o preferiría ir a otro lugar?

- C.C.S.S. ①
- MIN. SALUD... ②
- CUALQUIERA ③ (PASE A 410)
- NINGUNO..... ④
- PREFERIRIA OTRO ⑤

39

409.- ¿Por qué no iría ni al Seguro ni al Ministerio?

40

410.- ¿Normalmente cuánto tiempo tardaría Ud. para llegar al lugar más cercano donde puede obtener métodos de planificación familiar?

HORAS: _____ MINUTOS: _____

(ANOTAR LA MEJOR ESTIMACION POSIBLE)

42

411.- ¿Actualmente está Ud. usando algún método para no quedar embarazada?

SI ① (PASE A 416)

NO ②

48

SOLO PARA LAS QUE ESTAN USANDO ANTICONCEPTIVOS

416.- ¿Cuál método están usando? (SI USA DOS METODOS' MARQUE EL QUE APAREZCA PRIMERO EN LA LISTA DE ABAJO Y ANOTE EL OTRO A LA PARI)

- | | | | | |
|------------------|---|---------------------------|---|--------------|
| Pastilla..... ① | } | Esterilización femenina ⑥ | } | (PASE A 422) |
| Diu..... ② | | Vasectomia..... ⑦ | | |
| Condón..... ③ | } | Ritmo..... ⑧ | } | (PASE A 419) |
| Inyección..... ④ | | Retiro..... ⑨ | | |
| Vaginales..... ⑤ | | Otro ⑩ | | |
- (Especifique)

52

54

417.- ¿En dónde obtiene (le pusieron).....? (Método)

- C.C.S.S. ①
- DEP. MIN. SALUD..... ②
- FARMACIA CON CUPON ③
- FARMACIA SIN CUPON.. ④
- CLINICA PARTICULAR.. ⑤
- MEDICO PARTICULAR... ⑥
- OTRO _____ ⑦ (Especifique)
- NO SABE..... ⑨ → (PASE A 419)

56

418.- ¿Normalmente cuánto tiempo tarda para llegar a ese lugar?

HORAS: _____ MINUTOS: _____

(ANOTAR LA MEJOR ESTIMACION POSIBLE)

57

419.- Si en este momento Ud. pudiera elegir ¿Seguiría usando el mismo método anticonceptivo o preferiría otro?

- | | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| EL MISMO ① | } | (PASE A 501) | PREFERIRIA ② |
| NO SABE ⑨ | | | OTRO..... ② |

60

420.- ¿Cuál método preferiría Ud. usar?

- | | |
|----------------|--------------------------------|
| Pastilla.... ① | Esterilización femenina..... ⑥ |
| Diu..... ② | Vasectomia..... ⑦ |
| Condón.... ③ | Ritmo..... ⑧ |
| Inyección ④ | Retiro..... ⑨ |
| Vaginales. ⑤ | No sabe ⑨ → (PASE A 501) |

61

421.- ¿Por qué no está usando este otro método?

63

PASE A 501

SOLO SI ELLA O EL ESPOSO ESTAN ESTERILIZADOS

422.- ¿En dónde le hicieron la operación?

- C.C.S.S. ①
- DEPENDENCIA MIN. SALUD..... ②
- CLINICA PARTICULAR ③
- OTRO _____ ④
(especifique)
- NO SABE..... ⑨

65

423.- ¿Tuvo que pagar por la operación?

- SI ①
- NO ②
- NO SABE ⑨

66

424.- ¿En qué mes y en qué año le operaron?

_____ 19 _____
 (mes) (año)

Mes Año

67 69

425.- ¿Se operó porque ya no deseaba tener más hijos, por motivos de salud o las dos cosas?

- NO DESEABA MAS HIJOS..... ①
- MOTIVOS DE SALUD..... ②
- LAS DOS COSAS..... ③
- NO SABE..... ⑨

71

PASE A 504

V.- PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

501.- ¿Desea Ud. (quedada embarazada otra vez y) tener (más) hijos algún día?

SI (1)

NO (2) (PASE A 504)

NO SABE (9) (PASE A 505)

72

502.- Si dependiera totalmente de Ud. ¿Cuándo le gustaría tener su próximo (primer) hijo?

Lo más pronto posible..... (1)

El próximo año..... (2)

Dentro de 2 años..... (3)

Dentro de 3 años..... (4)

Dentro de más de 3 años..... (5)

Cuando me case..... (6)

No sabe cuando..... (9)

73

503.- ¿Cuántos hijos (más, aparte de los que ya tiene) quisiera tener Ud.?

NUMERO: _____ LOS QUE VENGAN, LOS QUE DIOS MANDE (97)

NO SABE..... (99)

PASE A 505

74

NO DESEAN HIJOS, ESTERILIZADAS O INFERTILES

504.- Si Ud. hubiera podido elegir ¿Cuántos hijos habría tenido?

NUMERO: _____ LOS QUE VENGAN, LOS QUE DIOS MANDE (97)

NO SABE..... (99)

76

505.- Suponiendo que en este momento (enseguida de su actual embarazo) quedara embarazada ¿Esto le causaría a Ud. o a su familia algún problema o no le causaría problemas?

ALGUN PROBLEMA (1)

NINGUN PROBLEMA (2)

NO SABE..... (9)

78

506.- ¿Está Ud. de acuerdo en que los matrimonios usen métodos para evitar los embarazos?

DE ACUERDO (1) EN CONTRA (3)

DEPENDE..... (2) NO SABE..... (9)

79

ENTREVISTADORA:

**REVISE TODO EL CUESTIONARIO Y ASEGURESE
QUE HA SIDO CORRECTAMENTE COMPLETADO
DE LAS GRACIAS Y TERMINE LA ENTREVISTA.**

COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA: _____

COMENTARIOS DE LA SUPERVISORA: _____
