ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

FECUNDIDAD Y FORMACION DE LA FAMILIA

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Departamento de Medicina Preventiva
Programa Salud Reproductiva

1994 AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

FECUNDIDAD Y FORMACION DE LA FAMILIA

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA DE 1993

Mayra Achío
Henny DeVries
Cathalina García
Miguel Gómez
Socorro Gross
Wietze Lindeboom
Luis Rosero
Universidad de Costa Rica

Helena Ramírez Universidad
Estatal a Distancia

Con la colaboración de
Larry Grummer-Strawn
Leo Morris
Paul Stupp
Centros para el Control de Enfermedades,
Atlanta, Georgia

y la coordinación de
Víctor M. Gómez

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA
Apartado 1434-1011 Y-Griega
San José. COSTA RICA

Mayo de 1994

Reprinted by the
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Public Health Service

Al

Dr. Herman Vargas Martínez

In memoriam

COLABORADORES

Olman Alvarez Salgado. Procesamiento de datos.

Luis Cordero Alvarado. Digitación.

Rocío Cháves Jiménez. Digitación.

Stella Chinchilla Mora. Procesamiento de texto.

Martín Fallas Leiva. Licenciado en Administración de Recursos Humanos. Ejecutor del trabajo de campo.

Marcelo Grünberg García. Programas de entrada de datos.

Sylvia Hernández Hernández. Digitación.

Gabriela Mata Arias. Elaboración de los cuestionarios.

LOS AUTORES

Mayra Achío. Master en Ciencias Sociales, FLACSO. Profesora, Universidad de Costa Rica.

Henny DeVries. Máster en Geografía y Demografía, Universidad de Gröningen, Holanda.

Cathalina García. Máster en Estadística, Universidad de Iowa. Profesora, Universidad de Costa Rica.

Miguel Gómez. Máster en Sociología. Universidad de Michigan. Profesor Emérito. Universidad de Costa Rica.

Víctor M. Gómez. Doctor en Demografía, Universidad de Wisconsin. Profesor, Universidad de Costa Rica.

Socorro Gross. Máster en Salud Pública. Universidad de Texas. Profesora, Universidad de Costa Rica.

Wietze Lindeboom. Máster en Geografía y Demografía, Universidad de Gröningen, Holanda.

Helena Ramírez. Master en Demografía, Escuela de Economía de Londres. Profesora, Universidad Estatal a Distancia.

Luis Rosero. Doctor en Demografía, Universidad de Michigan. Profesor, Universidad de Costa Rica.

Larry Grummer-Strawn. Doctor en Demografía, Universidad de Princeton. Investigador Asociado, Centros para el Control de las Enfermedades, Atlanta.

Leo Morris. Doctor en Estudios de Población, Universidad de Michigan. Director, Area de Investigación Demográfica, División de Salud Reproductiva, Centros para el Control de las Enfermedades, Atlanta, Georgia.

Paul Stupp. Doctor en Sociología, Universidad de Princeton. Area de Investigación Demográfica, División de Salud Reproductiva, Centros para el Control de las Enfermedades, Atlanta, Georgia.

PRESENTACION

El Programa Salud Reproductiva de la Caja Costarricense de Seguro Social tiene el agrado de poner a disposición de los usuarios el presente informe que documenta las más recientes tendencias demográficas y en especial el comportamiento de la fecundidad, sus determinantes y los factores relevantes en el campo de la salud materno-infantil.

Los resultados que se presentan están basados en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, cuyo trabajo de campo concluyó en marzo de 1993. Esta investigación es un esfuerzo en que han participado múltiples instituciones. La Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos brindó el apoyo financiero; el Programa de Salud Reproductiva de la Caja costarricense de Seguro Social, principal entidad interesada en los resultados, actuó como unidad ejecutora; mediante convenios con la Fundación de la Universidad de Costa Rica para la Investigación (FUNDEVI), fue posible contar con los recursos humanos de esta universidad en la ejecución de la encuesta; la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las Enfermedades de Atlanta, Georgia, hizo una contribución decisiva de recursos y experiencia para que la encuesta se llevara a cabo.

Un especial agradecimiento merece el doctor Johnny López Madrigal cuyo continuo y decidido apoyo hizo posible que la encuesta llegara a su término. También debe mencionarse la cooperación recibida del doctor William Vargas González.

La encuesta no hubiera sido posible sin el tiempo que nos dedicaron las miles de mujeres que aceptaron ser entrevistadas y que nos permitieron asomarnos a la intimidad de sus vidas. A todas ellas deseamos expresarles nuestra sincera gratitud.

Víctor M. Gómez A.
Coordinador

San José, mayo de 1994

CONTENIDO

Resumen xix

Capítulo 1 **LA TRANSICION DEMOGRAFICA EN COSTA RICA**
Víctor M. Gómez

1.1 El cambio demográfico desde 1900 1-1
1.2 Referencias 1-4

Capítulo 2 **LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA**
Miguel Gómez
Víctor M. Gómez

2.1 Antecedentes 2-1
2.2 Metodología de la encuesta 2-2
2.3 Cálculos básicos 2-4
2.4 Cálculo de la fracción de muestreo 2-5
2.5 Selección de los segmento censales, los compactos y las mujeres..... 2-5
2.6 Otros aspectos importantes del diseño muestral 2-6
2.7 Entrenamiento y período de ejecución de la encuesta..... 2-7
2.8 Resultados del trabajo de campo 2-8
2.9 Referencias 2-9

Capítulo 3 **CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS DONDE RESIDEN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL**
Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

3.1 Disponibilidad de servicios básicos..... 3-1
3.2 Tamaño medio de las familias 3-2
3.3 Cobertura de atención primaria de salud y CCSS 3-3

Capítulo 4 **PERFIL DE SALUD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL**
Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

4.1 Consultas médicas..... 4-1
4.2 Tabaquismo en las mujeres en edad fértil 4-1
4.3 La prevención del cáncer de útero 4-3
4.4 Prevención del cáncer mamario 4-4

4.5 Prevalencia de patologías específicas 4-5

Capítulo 5 NUPCIALIDAD: FORMACION Y DISOLUCION DE LAS UNIONES
Helena Ramírez

5.1 Introducción 5-1
5.2 La unión libre 5-2
5.3 El estado conyugal 5-4
5.4 Disolución de la primera unión y uniones sucesivas 5-5
5.5 Tiempo vivido en la primera unión marital 5-6
5.6 Edad a la primera unión 5-7
5.7 El noviazgo 5-8
5.8 Actividad sexual 5-9
5.9 No susceptibilidad postparto 5-10
5.10 Infertilidad 5-11
5.11 Resumen 5-11
5.12 Notas 5-12
5.13 Referencias 5-12

Capítulo 6 PRACTICA SEXUAL EN LAS MUJERES DE 15 A 24 AÑOS
Víctor M. Gómez
Socorro Gross

6.1 Introducción 6-1
6.2 Perfil de la mujer costarricense entre 15 y 24 años cumplidos . . 6-1
6.3 Comportamiento sexual premarital 6-2
6.4 Edad a la primera relación sexual 6-3
6.5 Otros aspectos que caracterizan el primer encuentro sexual . . . 6-4
6.6 Referencias 6-5

Capítulo 7 LA FECUNDIDAD
Mayra Achío Víctor
M. Gómez

7.1 La fecundidad acumulada

7.1.1 Evolución reciente 7-1
7.1.2 Diferenciales según lugar de residencia 7-1
7.1.3 Educación y comportamiento reproductivo 7-2
7.1.4 Fecundidad y estado marital 7-3
7.1.5 Fecundidad y edad a la primera unión 7-3
7.1.6 Fecundidad y nivel socioeconómico 7-4

7.2 La fecundidad reciente 7-4

7.2.1 La fecundidad previa a la Encuesta 1993 7-4

7.2.2 Tasas específicas de fecundidad y nivel educativo 7-5
7.2.3 Tasas específicas de fecundidad y residencia 7-5
7.2.4 La fecundidad por nivel socioeconómico 7-6

7.3 El espaciamiento de los hijos y el ritmo de formación de la familia 7-6

7.3.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo 7-6
7.3.2 El espaciamiento entre el primer y segundo hijo y el segundo y tercer hijo 7-7
7.3.3 El espaciamiento entre las mujeres multiparas 7-7

Capítulo 8 PERFIL DE LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

8.1 Introducción 8-1
8.2 Atención prenatal 8-1
8.3 Atención del parto 8-3
8.4 Peso al nacer y características de la madre 8-5
8.5 Inmunizaciones 8-5
8.6 Lactancia materna 8-6
8.7 Lactancia y amenorrea 8-7
8.8 Morbilidad en los niños menores de cinco años

8.8.1 Síntomas percibidos en las dos semanas previas a la entrevista 8-7
8.8.2 La técnica de rehidratación oral 8-8
8.8.3 Conocimiento sobre técnica de rehidratación oral 8-8

8.9 Ayuda en la crianza de los niños 8-9

Capítulo 9 PLANIFICACION FAMILIAR
Luis Rosero

9.1 Introducción 9-1
9.2 Conocimiento de métodos y fuentes 9-1
9.3 Aprendizaje y difusión de la planificación familiar 9-2
9.4 Adopción y uso pasado de la planificación familiar 9-4
9.5 Prevalencia anticonceptiva 9-5

9.6 Los anticonceptivos orales 9-9
9.7 La esterilización 9-10
9.8 Planificación familiar entre las mujeres no unidas 9-12
9.9 Referencias 9-13

Capítulo 10 LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
Luis Rosero

10.1 Proveedores de los métodos 10.1
10.2 Uso del servicio público de planificación familiar 10.2
10.3 El mercado de la planificación familiar 10.3
10.4 Acceso y costo de los métodos de planificación familiar 10.4
10.5 Satisfacción con los servicios de planificación familiar 10.6
10.6 Satisfacción con los métodos de planificación familiar 10.8

Capítulo 11 ACTITUDES REPRODUCTIVAS
Cathalina García
Víctor M. Gómez
Weitze Lindeboom

11.1 Introducción 11-1
11.2 Deseo de espaciar 11-2
11.3 La demanda para planificación familiar 11-2
11.4 Número de hijos deseados 11-3
11.5 Las preferencias del compañero 11-5
11.6 Aceptabilidad de la planificación familiar y educación sexual 11-6
11.7 Actitudes hacia la esterilización 11-6
11.8 Actitudes hacia el aborto 11-7

SIMBOLOGIA

Este documento hace frecuentes referencias a las siguientes encuestas:

ENF-76 Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976. San José, Costa Rica 1978.

EPA-81 Westinghouse Health Systems /Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de 1981. San José, Costa Rica.

EFES-86 Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986. San José, Costa Rica.

ENSR-93 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

Otros símbolos:

ND	No disponible.
0	Nulo o casi nulo.
	No se aplica o no procede el cálculo

Los puntos de vista expresados en esta publicación son responsabilidad de los autores. Tales opiniones no son necesariamente compartidas ni representan la posición oficial de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Indice de cuadros

Capítulo 2

2.1 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1993. Resultados del trabajo de campo 2-8

Capítulo 3

3.1 Disponibilidad de agua potable, electricidad y clase de servicio sanitario en donde residen mujeres de 15 a 49 años de edad 3-4

3.2 Porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua potable y clase de servicio sanitario según los censo de 1973 y 1984 3-4

3.3 Distribución porcentual del número de personas y niños menores de cinco años viviendo en el hogar. Hogares con mujeres del 15-49 años de edad 3-5

3.4 Número medio de personas por vivienda ocupada 3-5

3.5 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que ha recibido visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud alguna vez y en el último año por área geográfica 3-6

Capítulo 4

4.1 Porcentaje que ha consultado un médico desde enero de 1987 según edad, residencia y educación. Mujeres del 15-49 años de edad 4-6

4.2 Distribución de las mujeres de 15 a 49 años, según prevalencia del fumado y edad promedio en que comenzaron a fumar según edad actual, residencia, educación, embarazo y el uso de anticonceptivos orales. Mujeres de 15-49 años de edad 4-7

4.3 Experiencia de tabaquismo y prevalencia del fumado según edad. Mujeres de 15-49 años de edad 4-8

4.4 Porcentaje que fuma y que está tomando pastillas anticonceptivas según edad. Mujeres de 15-49 años 4-8

4.5 Porcentaje que comenzaron a fumar en las distintas edades según edad al momento de la entrevista. Mujeres de 15-49 años de edad 4-9

4.6 Porcentaje con Papanicolau o citología alguna vez y en el último año según edad, estado conyugal, residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad 4-10

4.7 Distribución según la frecuencia de autoexamen de los pechos y porcentaje que acostumbra autoexaminarse según edad, residencia y educación. Mujeres de 30-49 años de edad 4-11

4.8 Distribución de la prevalencia de las patologías confirmadas por un médico o enfermera según residencia, por edad. Mujeres de 15-49 años de edad 4-12

4.9 Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años, según edad, residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad 4-13

Capítulo 5

5.1 Proporción de unión libre entre las mujeres unidas por edad actual 5-14

5.2 Proporción de mujeres unidas alguna vez cuya primera unión se inició como unión libre por edad actual y edad a la primera unión 5-14

5.3 Proporción de mujeres unidas alguna vez cuya primera unión se inicio como unión libre por lugar de residencia y religión 5-15

5.4 Distribución de las entrevistadas según el estado conyugal. Encuestas 1976, 1981, 1986 y 1992 5-15

5.5 Distribución de las entrevistadas en unión, solteras y desunidas por grupos de edad 5-16

5.6 Distribución de las mujeres por estado marital según su condición laboral 5-17

5.7 Proporción de entrevistadas no solteras cuya primera unión fue disuelta y proporción de entrevistadas

unidas más de una vez por edad actual, lugar de residencia, condición laboral, religión y situación legal inicial de la primera unión 5-18

5.8 Distribución de las mujeres no solteras por tiempo transcurrido desde que se unió por primera, según estado actual de su primera unión 5-19

5.9 Porcentaje acumulado de mujeres ya no solteras a las edades exactas indicadas, según año de nacimiento de la cohorte..... 5-20

5.10 Porcentaje acumulativo de mujeres ya no solteras a las edades exactas indicadas, según nivel de educación 5-21

5.11 Distribución de las mujeres comprometidas alguna vez por número de compromisos y destino del primer compromiso..... 5-22

5.12 Proporción de mujeres comprometidas alguna vez y solteras por edad actual 5-22

5.13 Proporción de mujeres comprometidas alguna vez y solteras por lugar de residencia 5-23

5.14 Distribución de las mujeres comprometidas alguna vez por edad del primer compromiso según edad actual (mujeres con edades actuales de 25 a 44 años 5-23

5.15 Distribución de los compromisos por su duración en meses de mujeres comprometidas y unidas una sola vez cuyo compromiso terminó en unión legal o consensual 5-24

5.16 Distribución de las entrevistadas solteras, comprometidas y no comprometidas, según experiencia sexual 5-24

5.17 Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez, en el último mes y en la última semana según su estado marital..... 5-25

5.18 Proporción de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas por grupos de edad y según estado conyugal..... 5-25

5.19 Proporción de entrevistadas en 1986 que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 30 días y proporción de entrevistadas en 1992 que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas, según la encuesta de 1993 5-26

5.20 Distribución de las mujeres en unión por número de veces en que tuvieron relaciones sexuales en la última semana antes de la entrevista 5-26

5.21 Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos, según duración de la amenorrea después del parto del último hijo nacido vivo. Excluye mujeres en amenorrea en el momento de la entrevista 5-27

5.22 Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos por duración de la amenorrea después del nacimiento del último hijo según lugar de residencia, número de hijos nacidos vivos, edad actual de la mujer y condición laboral. Excluye mujeres con amenorrea postparto al momento de la entrevista 5-28

5.23 Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos por duración de la abstinecia después del nacimiento del último hijo según lugar de residencia, número de hijos nacidos vivos, edad actual de la mujer y condición laboral. Excluye mujeres en abstinencia postparto al momento de la entrevista 5-29

5.24 Mujeres unidas que han tenido hijos nacidos vivos. Proporción en amenorrea o abstinencia postparto en el momento de la entrevista 5-29

Capítulo 6

6.1 Algunas características de las mujeres entrevistadas con edades entre 15 y 24 años cumplidos 6-6

6.2 Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales por edad 6-7

6.3 Distribución de las mujeres de 15 a 24 años cumplidos, con relaciones sexuales premaritales según edad cuando la primera ocurrió y la edad del compañero sexual 6-8

Capítulo 7

7.1 Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad en las encuestas de 1986 y 1993 7-17

7.2 Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad y zona geográfica de residencia al momento de la entrevista..... 7-18

7.3 Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad y nivel de educación..... 7-19

7.4 Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por estado marital al momento de la entrevista..... 7-20

7.5 Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres no solteras entrevistadas, por edad a la primera unión y años transcurridos desde la primera unión 7-21

7.6 Número de hijos tenidos vivos por las mujeres entrevistadas según nivel socio-económico..... 7-22

7.7 Tasas específicas de fecundidad para 3-4 años, menos de 3 años y menos de 5 años, antes de la encuesta..... 7-23

7.8 Tasas específicas de fecundidad por edad según nivel de educación de la mujer..... 7-23

7.9 Tasas específicas de fecundidad por edad según nivel socio-económico..... 7-24

7.10 Tasas específicas de fecundidad por edad según área geográfica 7-24

7.11 Porcentaje de mujeres que ya ha tenido el primer hijo nacido vivo a las edades indicadas, según cohorte de nacimiento de la mujer 7-25

7.12 Porcentaje de mujeres que ha tenido el segundo hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del primer hijo, por año de nacimiento del primer hijo 7-26

7.13 Porcentaje de mujeres que ha tenido el tercer hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del segundo hijo, por año de nacimiento del segundo hijo 7-26

7.14 Porcentaje de mujeres que ha tenido el cuarto o quinto hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del anterior, por año de nacimiento del hijo previo 7-27

7.15 Mujeres con cinco hijos o más. Porcentaje que ha tenido otro hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del anterior, por año de nacimiento del hijo previo 7-27

Capítulo 8

8.1 Porcentaje de mujeres con el primer control en los primeros tres meses y con tres o más controles prenatales en el último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-10

8.2 Distribución porcentual del tipo de atención prenatal en el último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-11

8.3 Distribución porcentual según atención en el parto del último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-12

8.4 Distribución porcentual según lugar del parto del último hijo nacido vivo por edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-13

8.5 Porcentaje de partos por cesárea según edad, residencia, educación y lugar de ocurrencia. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-14

8.6 Porcentaje de niños prematuros en los últimos nacidos vivos y la distribución porcentual del peso al nacer según edad, residencia y educación de la madre. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después 8-15

8.7 Porcentaje de niños vacunados contra polio, dpt y sarampión por edad. Niños menores de 5 años..... 8-16

8.8 Porcentaje de niños vacunados contra polio, DPT y sarampión según residencia y educación de la madre y si ha recibido visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud y en el último año. Niños de 1 a 4 años de edad..... 8-17

8.9 Distribución según duración de la lactancia por edad, residencia, educación de la madre y condición laboral. Ultimo hijo nacido vivo con 1 a 4 años de edad al momento de la entrevista 8-18

8.10 Porcentaje que da el pecho y porcentaje en amenorrea al momento de la entrevista según los meses transcurridos desde el nacimiento y residencia. Madres con último hijo en los 3 años anteriores a la encuesta 8-19

8.11 Distribución porcentual según las veces por día que las madres lactantes dan el pecho por área y condición laboral, controlado por edad del último niño nacido vivo. Madres en lactancia con último hijo en los últimos 3 años 8-20

8.12 Porcentaje de niños que estuvieron enfermos en las dos semanas anteriores a la entrevista con fiebre/tos o diarrea que se indican por edad del niño y área de residencia. Hijos vivos menores de 5 años..... 8-21

8.13 Distribución porcentual de los remedios usados para niños con diarrea según residencia y educación de la madre. Hijos con diarrea menores de 5 años 8-22

8.14 Distribución porcentual según el conocimiento del suero oral, la presencia de sobres suero-oral en la casa y si sabe preparar el suero casero según residencia y educación. Mujeres del 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años 8-23

8.15 La distribución porcentual según el lugar dónde se consigue suero-oral, por residencia y educación. Mujeres del 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años 8-24

8.16 Distribución porcentual de las madres que tienen ayuda para criar a sus hijos y relación con la persona

quien le ayuda, por residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres del 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años..... 8-25

8.17 Distribución porcentual de las madres con niños en una guardería, CINAI o en un Hogar Comunitario según residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años..... 8-26

8.18 Distribución porcentual según las razones de no poner sus hijos en una guardería, CINAI o en un Hogar Comunitario, según residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres del 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años y que no pusieron sus hijos en una guardería, CINAI o en Hogar Comunitario aunque pensaban hacerlo..... 8-27

Capítulo 9

9.1 Porcentaje que conoce cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993. Mujeres en unión 9-15

9.2 Porcentaje que sabe donde obtener cada método, según diferentes encuestas, 1981-1993. Mujeres en unión 9-16

9.3 Aprendizaje de la anticoncepción: distribución según edad cuando aprendió, años de unión y fuente, por edad actual Mujeres en unión 9-17

9.4 Distribución porcentual de la fuente de aprendizaje de la anticoncepción según si fue antes o después de unirse. Mujeres en unión 9-18

9.5 Distribución del número de usuarias de planificación familiar conocidas por la entrevistada según variables seleccionadas. Mujeres en unión 9-19

9.6 Usuarias de planificación familiar mencionadas por la entrevistada: distribución según parentesco, frecuencia de contactos y método que usan..... 9-20

9.7 Porcentaje que ha usado cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993. Mujeres en unión 9-21

9.8 Porcentaje que ha usado alguna vez anticonceptivos según edad. Encuestas de 1976-1993 Mujeres en unión 9-22

9.9 Uso inicial de anticoncepción: distribución porcentual según edad cuando inició, años de unión, hijos tenidos y método inicial, por edad actual. Mujeres en unión que han usado anticonceptivos 9-23

9.10 Distribución porcentual del primer método usado por número de hijos al inicio del uso Mujeres en unión que han usado anticonceptivos 9-24

9.11 Porcentaje que usa cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993 Mujeres en unión 9-25

9.12 Porcentaje que usa anticonceptivos en los países del istmo Centroamericano. Mujeres de 15-44 años de edad, en unión 9-26

9.13 Porcentaje que usa anticonceptivos por edad, hijos vivos, residencia y educación, según diferentes encuestas, 1976-1993 Mujeres en unión 9-27

9.14 Porcentaje que usa cada tipo de anticonceptivo por edad, residencia, asistencia a iglesia y conocimiento de otras usuarias Mujeres en unión 9-28

9.15 Período de tiempo de uso y período mediano de empleo del método anticonceptivo actualmente utilizado. Mujeres en unión que usan anticonceptivos 9-29

9.16 Distribución de las usuarias de anticonceptivos orales, según edad y circunstancias de utilización del método 9-30

9.17 Porcentaje de mujeres esterilizadas según años transcurridos desde la primera unión, 1976-1993. Mujeres no solteras 9-31

9.18 Distribución de las mujeres esterilizadas en unión según características de la solicitud de esterilización y año de la operación 9-32

9.19 Distribución según características de la esterilización y año de la operación Mujeres esterilizadas en unión 9-33

9.20 Porcentaje de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos según si la entrevistada está en unión marital. Todas las entrevistadas 9-34

Capítulo 10

10.1 Distribución según proveedor del método anticonceptivo, según varias encuestas, 1981-1993. Mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos 10-9

10.2 Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según variables seleccionadas, 1981-1993. Mujeres en unión , que usan anticonceptivos modernos 10-10

10.3 Usuarias alguna vez de la consulta de planificación familiar de la CCSS y el Ministerio de Salud, según área de residencia. Mujeres en unión..... 10-11

10.4 Número estimado (miles) de usuarias de los métodos anticonceptivos según proveedor 10-12

10.5 Número estimado (miles) de usuarias del servicio de planificación familiar por método e institución, 1981-93 10-13

10.6 Mediana de los tiempos de viaje y espera y del intervalo para reabastecerse. Usuarias de métodos anticonceptivos orales, inyectables, DIU y de barrera 10-14

10.7 Distribución y mediana del tiempo de viaje al proveedor del anticonceptivo, 1981-1993 Usuarias de orales, inyectables, DIU y de barrera..... 10-15

10.8 Distribución del precio pagado por ciclo de orales y por cirugía para esterilizarse, según proveedor. Mujeres usuarias de orales y esterilización 10-16

10.9 Porcentaje de usuarias satisfechas con diversos aspectos del servicio de planificación familiar y

sugerencias para mejorarlo. Usuarias del servicio en los 3 últimos años 10-17

10.10 Distribución según el método anticonceptivo preferido y porcentaje que prefiere el mismo método Mujeres en unión 10-18

Capítulo 11

11.1 Porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos por edad y número de nacidos vivos tenidos. Mujeres en unión y fértiles 11-9

11.2 Distribución según el espaciamiento deseado y porcentaje que desea un hijo próximamente por edad e hijos vivos tenidos. Mujeres fértiles en unión 11-10

11.3 Estimación de la demanda potencial de mujeres que no desean tener más hijos (cesar) o quieren posponer el próximo nacimiento. Mujeres fértiles en unión 11-11

11.4 Distribución relativa según tamaño deseado de familia. Mujeres en unión 11-12

11.5 Porcentaje que desea menos de tres hijos por edad e hijos vivos tenidos. Mujeres en unión 11-13

11.6 Distribución relativa de las mujeres unidas según número deseado y tenido de hijos 11-14

11.7 Preferencias reproductivas. Promedio de hijos deseados según características de la mujer. Mujeres en unión con respuestas numéricas 11-15

11.8 Número medio deseado de hijos, por edad, según diferentes encuestas. 1976-1993. Mujeres en unión 11-16

11.9 Distribución relativa de las mujeres según su percepción de las preferencias reproductiva del esposo o compañero y distribución de las que han hablado con él acerca de cuantos hijos tener 11-17

11.10 Distribución relativa según aceptabilidad de planificación familiar por características de la mujer

por edad, educación y residencia. Mujeres en unión 11-18

11.11 Proporción de las mujeres entrevistadas que están de acuerdo con la esterilización en las circunstancias que se describen 11-19

11.12 Distribución relativa de las mujeres que aprueban el aborto en circunstancias específicas, según las encuestas de 1976 y 1993. Mujeres no solteras de 20 a 49 años de edad.....11 -20

11.13 Proporción de mujeres que están de acuerdo con el aborto en las circunstancias que se mencionan. Encuestas de 1976 y 1993.....11-21

Indice de gráficos

1.1 Tasas brutas de natalidad, mortalidad, crecimiento. 1906-1991. Tasa global de fecundidad. 1950-1991 1-5

1.2 Tasas específicas de fecundidad por edad. 1960-1990 1-6

1.3 Tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, neonatal y fetal. 1941-1991 1-7

5.1 Proporción de mujeres unidas por primera vez al cumplir 15, 17, 20, 22 y 25 años de edad según cohorte de nacimiento de la mujer 5-13

6.1 Porcentaje de mujeres de 15-24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales. Encuestas de 1986, 1991 y 1993..... 6-3

7.1 Tasas específicas de fecundidad por edad según la Estadística Vital y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 7-9

7.2 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Tasas de fecundidad por edad según nivel de escolaridad de la mujer 7-10

7.3 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Tasas de fecundidad por edad según área geográfica..... 7-11

7.4 Proporción de mujeres que ha tenido el primer hijo nacido vivo al cumplir los 15, 17, 20, 22 y 25 años según cohorte de nacimiento de la mujer 7-12

7.5 Proporción de mujeres que ha tenido el segundo hijo nacido vivo a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses después del nacimiento del primer hijo 7-13

7.6 Proporción de mujeres que ha tenido el tercer hijo vivo a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses después del nacimiento del segundo hijo 7-14

7.7 Proporción de mujeres que ha tenido el cuarto o quinto hijo en los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento anterior 7-15

7.8 Mujeres con cinco hijos o más. Proporción que ha tenido otro hijo en los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del hijo anterior 7-16

9.1 Tasa total de esterilización por 100 mujeres al término de la vida fértil..... 9-14

RESUMEN

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993 constituye la fuente de información más reciente sobre el comportamiento reproductivo de la población costarricense. Con una muestra científicamente diseñada de 3618 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años cumplidos, el estudio es similar a los realizados anteriormente tanto desde el punto de vista metodológico como temático.

Tasas muy bajas de mortalidad, tanto infantil como general caracterizaban la conyuntura demográfica de Costa Rica alrededor de 1993. Después del vertiginoso descenso registrado entre 1960 y 1975 desde niveles excepcionalmente altos, la fecundidad se estabilizó durante la década siguiente, pero las cifras de los últimos años sugieren una nueva tendencia al descenso. El estudio del otro componente del cambio demográfico, la migración, sigue estando limitado por la ausencia de cifras recientes. En este contexto, la combinación de una muy baja mortalidad y de una fecundidad que después del descenso se estabilizó en niveles aun relativamente elevados por varios años, indica que la población de Costa Rica crecerá rápidamente en el corto plazo. Además, un potencial de crecimiento aún mayor está implícito en una estructura por edad joven y un flujo migratorio internacional desde países vecinos que luce significativo.

Los resultados muestran un considerable progreso en las condiciones de vida de las familias costarricenses, al menos de aquellas donde residen mujeres en edad fértil. Casi la totalidad (99%) de las viviendas en las áreas urbanas cuenta con agua de cañería y electricidad y aún en las zonas rurales más de 9 de cada diez viviendas se provee de agua entubada. Un 84% de las viviendas dispone de cloaca o tanque séptico y de letrina en un 15% de los casos, aunque esta es considerablemente más común en las zonas rurales. Teniendo en cuenta de que se trata de grupos en los que la reproducción tiene lugar, los hogares son típicamente más grandes que lo que indican los censos para toda la población. La encuesta da un promedio de 5 personas por vivienda ocupada. En un 53% de estas no residen niños menores de 5 años y la proporción de viviendas con tres o más es muy reducida (3.3%).

Un 43% de las viviendas han sido visitadas alguna vez por funcionarios de un puesto o centro de salud. La fracción varía significativamente por zona geográfica, siendo menor en el Area Metropolitana y mayor en las zonas rurales. Un porcentaje mucho menor, 28%, reportó visitas en los doce meses anteriores a la encuesta, valor que implica un descenso muy importante en relación con el 42% que registró la encuesta de 1981.

Un 89% de las mujeres en edad fértil indicaron haber consultado a un médico en los cinco años anteriores al momento de la entrevista, pero solo un 75% de las jóvenes menores de 20 años. No se aprecian variaciones significativas según lugar de residencia, lo que sugiere que los diferenciales en accesibilidad a los servicios médicos han tendido a decrecer.

El fumado es un hábito que ha sido identificado como uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. El presente estudio reporta que

una fracción menor de mujeres en edad fértil fuma y aquellas que lo hacen consumen menos cigarrillos.

Un 74% de las mujeres entrevistadas se habían hecho un Papanicolau alguna vez, lo que sugiere una mejora sobre el 70% reportado en 1986. Sin embargo este incremento no es reciente, pues la encuesta de 1993 reporta que un 37% de las mujeres se hicieron la citología en el último año, una baja desde el 42% dado por la investigación de 1986.

Un 39% de las mujeres se autoexamina los pechos siempre, casi siempre o algunas veces después de la menstruación, cifra que es solo marginalmente mayor que el 37% reportado en la encuesta de 1986. Este limitado avance evidencia un gran campo de acción para la detección temprana del cáncer mamario.

La nupcialidad ocupa un lugar muy destacado en el estudio de los niveles y determinantes de la fecundidad, pues condiciona el grado de exposición a concebir. La condición marital, no el estado civil, es la variable que se analiza y se consideran mujeres unidas tanto aquellas que están casadas formalmente como las que conviven con un hombre en uniones libres o consensuales. En la actualidad una de cada cinco mujeres unidas convive con un hombre en uniones de hecho, fracción que ha tendido a crecer en tiempos recientes. Esta tendencia es especialmente notable en las mujeres unidas jóvenes, entre quienes un 58% vive en uniones consensuales. Un número considerable de estas uniones son formalizadas posteriormente.

Al comparar las cifras de varias investigaciones se evidencia que la proporción de mujeres solteras en la población femenina de 15 a 49 años ha tendido a decrecer. Más que registrar un aumento en exposición al riesgo de concebir, este resultado evidencia una creciente inestabilidad marital en la sociedad costarricense con proporciones crecientes de mujeres desunidas -especialmente separadas y divorciadas- o que han tenido uniones maritales múltiples. Un 23% de las mujeres unidas alguna vez había disuelto su primera unión y un 12% se había casado más de una vez. La proporción de mujeres de 40 años y más cuya primera unión terminó en separación, divorcio y viudez, es de alrededor del 30%. Debe mencionarse que la mortalidad ha descendido a niveles en que su impacto en la disolución de las uniones es ínfimo. Un mayor porcentaje de desunión y de uniones múltiples se registra entre las mujeres que trabajan. La dirección de la causalidad es confusa. Puede ser que la situación económica en que se ven las mujeres separadas o divorciadas las obligue a incorporarse al mercado laboral o que las exigencias del trabajo en términos de tiempo o la solvencia económica de la mujer contribuya a la inestabilidad marital.

Las variaciones en la edad a la primera unión han sido menores. Aunque la proporción de mujeres unidas antes de los 20 años ha tendido a descender, es posible observar proporciones crecientes de mujeres en unión a los 22 y 25 años entre las cohortes más jóvenes. Sin embargo, la inestabilidad marital ha hecho que el tiempo de vida conyugal tienda a reducirse. Por ejemplo, durante los primeros veinticinco años después de la primera unión, en 1976 se esperaba que una mujer viviera 20.4 años con su esposo o compañero, mientras que según las cifras más recientes ahora solo es 19.2 años.

Este aspecto es importante pues indica que una proporción creciente de hijos crecen en familias en las que uno de los progenitores, típicamente el padre, no está presente.

La actividad sexual en las últimas cuatro semanas es alta y muy estable para las mujeres unidas de cualquier edad, excepto en las mujeres de 45 a 49 años en el que se espera que comience a ser significativo el efecto de otros factores que asociados a la edad afectan la actividad sexual y hacen descender la frecuencia de relaciones sexuales. En el grupo de mujeres alguna vez casadas, pero no en unión en el momento de la encuesta, la práctica sexual no tiene la misma intensidad que entre las casadas, aunque muestra niveles considerablemente altos. Las mujeres separadas, divorciadas o viudas más activas sexualmente, son aquellas entre 20 y 34 años, grupo en el cual entre el 36% y el 48% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas inmediatamente anteriores a la entrevista.

Las solteras son quienes presentan las menor actividad sexual, como es de esperar. La encuesta muestra que el comportamiento sexual premarital entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad, se ha mantenido estable y solo un 30% de ellas ya ha tenido el primer encuentro sexual, cifra similar a la reportada en investigaciones realizadas en 1986 y 1991. Al igual que en estos estudios, la encuesta de 1993 reporta una edad media de 16.5 años de las mujeres en el momento de tener la primera relación sexual premarital. Sin embargo, se debe mencionar que una proporción creciente de relaciones sexuales premaritales ocurre con protección anticonceptiva, especialmente usando condón.

La encuesta registra que ha tenido lugar un lento pero sostenido descenso en los niveles de fecundidad hasta 1993, pero que aun se mantienen diferenciales de considerable magnitud entre diferentes grupos de mujeres. Aunque la diferencia es menor entre las mujeres jóvenes, al llegar al final de su vida fértil, las mujeres de las áreas urbanas tienen una familia que promedia 3.4 hijos, cifra inferior a la de 5.3 que reportan las mujeres de la zona rural.

De mayor significación son los diferenciales en el comportamiento reproductivo entre mujeres de diferente educación. Por ejemplo, las mujeres de 20-24 años menos educadas promedian 1.57 hijos, lo que representa más del doble de los hijos que tienen las mujeres de mayor educación. En el grupo de edad de 30-34 años, cuando es de esperar que se haya completado el tamaño de familia deseado, las mujeres con más escolaridad promedian 2.15 hijos nacidos vivos, 1.46 hijos menos que aquellas que solo completaron primaria. Quienes ni siquiera completaron el sexto grado de educación básica, son las que tienen el tamaño de familia mayor, pues promedian 3.82 hijos.

Las diferencias en los niveles de fecundidad son especialmente acentuadas en las edades jóvenes. En el grupo de 15 a 19 años, las mujeres de nivel bajo tienen seis veces más hijos que las de nivel alto, y casi el doble de las mujeres del nivel medio, pero estas tienen tres veces más hijos que las del nivel alto. Esta diversidad se observa también en el grupo de edad de 20-24 años, aunque en menor grado, y tiende a atenuarse en edades más avanzadas. Las mujeres del nivel bajo concluyen su vida reproductiva con 5.19 hijos, 2 más que las mujeres del nivel alto.

Las tasas específicas de fecundidad calculadas para los últimos tres años y de tres a cinco años anteriores al momento de la encuesta indican que la natalidad ha descendido en los últimos años. En comparación con las cifras de la Encuesta de Fecundidad y Salud realizada en 1986, la de 1993 evidencia una disminución en la fecundidad en todos los grupos de edad. Así, en el grupo de 20-24 años, la tasa bajó de 190 a 179, diferencia que crece en los grupos de edad siguientes, pues en la categoría de 25-29 años la tasa descendió de 173 a 158, y entre las mujeres de 30-34, la disminución es aún mayor, pasando de 130 a 105. Los análisis por nivel de educación, zona de residencia, nivel socioeconómico muestran patrones similares a los ya comentados con respecto a la fecundidad acumulada.

El análisis de los patrones de espaciamiento de los hijos muestra que a pesar del significativo descenso en los niveles globales de fecundidad, el inicio de la vida reproductiva ha permanecido prácticamente invariable, pues las mujeres más viejas como las más jóvenes evidencian un patrón muy similar. Los porcentajes de mujeres con el primer hijo a la edad de 15 ó 17 años prácticamente no han cambiado y a edades mayores, solo las mujeres nacidas entre 1966 y 1970, son las que aceleraron el ritmo de formación de la familia. Sin embargo, las cohortes más recientes, las mujeres más jóvenes en la encuesta, muestran una transición a la maternidad si no más lenta, al menos más parecida a la experimentada por sus madres y abuelas. Este comportamiento sugiere que las normas sociales sobre el matrimonio y la afirmación de la fertilidad escasamente han cambiado.

El espaciamiento entre el primero y segundo hijo y entre este y los de paridades sucesivas sí ha cambiado sustancialmente. Una menor proporción de mujeres entre las cohortes más jóvenes tiene el siguiente hijo después de transcurrido un tiempo dado desde el nacimiento del anterior y se ha reducido el porcentaje de mujeres que eventualmente aumentará su familia. Se debe anotar que los porcentajes de mujeres con espaciamientos muy cortos, en los siguientes 12 y especialmente dentro de los 24 meses que siguen a un alumbramiento, ha declinado de manera muy marcada. Es de esperar que este cambio haya contribuido a mejorar la salud de las madres y de los hijos.

Las probabilidades de sobrevivencia de los hijos originadas en un mayor espaciamiento entre los nacimientos son aumentadas por mejoras en la atención durante el embarazo, parto y el período postnatal. El porcentaje de mujeres con control prenatal antes de la décimosegunda semana de embarazo asciende a 75%, pero conviene hacer notar que solo el 56% de las mujeres menores de 20 años reciben control prenatal durante los primeros tres meses de embarazo, mientras que la proporción es superior al 70% entre las mujeres de más edad. Por supuesto que las mujeres residentes en las zonas rurales aún muestran una accesibilidad menor a la atención prenatal.

Un 97% de los nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta fueron dados a luz en hospitales públicos. En términos globales, el 56% de los partos fueron atendidos por médicos y el 41 % por enfermeras. Un porcentaje residual del 3% agrupa casos en que el nacimiento fue atendido por otras personas, categoría que incluye partos ocurridos en situaciones inusuales (ambulancias, taxis, etc.).

En promedio, en un 22% de los casos se recurrió a la cirugía para efectuar el alumbramiento, cifra que indica que ha habido un leve aumento en el porcentaje, ya relativamente alto, de partos por cesárea. La proporción de cesáreas entre las mujeres en las edades superiores del ciclo reproductivo es de 25.6%, cifra sustancialmente mayor que entre las madres jóvenes (14.9%).

La proporción total de hijos nacidos vivos en forma prematura resultó ser 10%, pero la prematuridad es más común entre las mujeres más jóvenes o las de más edad, 17% y 13 % respectivamente. Los diferenciales son menos pronunciados según peso al nacer. Las mayores proporciones de niños con bajo peso se dan entre las madres añosas y entre las de menor escolaridad. La proporción de niños con bajo peso ha descendido paulatinamente. En los años setenta, era de alrededor de un 17% y desde entonces el nivel ha bajado para estabilizarse en tiempos recientes en un 8%.

La lactancia de las madres costarricenses ha evolucionado desde una duración media de 5.6 meses en 1976 a 9.3 meses en 1986. Sin embargo, las últimas cifras disponibles sugieren que el progreso logrado en la duración del período de amamantamiento se ha detenido, pues según los datos de 1993, la duración media de la lactancia es de 9.1 meses. En todas las encuestas las cifras ilustran una duración media mayor entre mujeres de las zonas rurales. La diferencia, sin embargo, se ha ido reduciendo y actualmente las madres residentes en las ciudades amamantan a sus hijos durante 8.1 meses, en promedio, mientas que las residentes en las áreas rurales por 10.3 meses.

Teniendo en cuenta la presencia de cólera en el área centroamericana y la incidencia de diarreas, en la encuesta se pidió información a las madres sobre conocimientos y prácticas de rehidratación oral. En general el conocimiento sobre la existencia de sueros para el tratamiento de la diarrea y la rehidratación es muy elevado. Más de nueve de cada diez mujeres con hijos menores de cinco años respondieron que si sabían para que se usaba al mostrárseles un sobre de suero-oral, fracción que no parece variar significativamente por área geográfica o nivel de escolaridad de la mujer. Además, alrededor del 80% de las madres declaró haber tenido sobres de suero-oral alguna vez en sus casas y en un 40% de los casos, las entrevistadas dijeron que disponían del medicamento en el hogar en el momento en que fueron entrevistadas.

Con el fin de estudiar los recursos con que cuentan las parejas para lograr el tamaño deseado de familia y el espaciamiento entre los hijos, la encuesta investigó detenidamente el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar. Como en varios estudios realizados en el transcurso de los últimos veinte años, los datos obtenidos reiteran que las mujeres están conscientes que la fecundidad puede regularse. Todas o casi todas las mujeres en unión han oído hablar de los anticonceptivos orales (100%), el condón (99%) y el DIU (97%). La inmensa mayoría también sabe de la existencia de los anticonceptivos inyectables (91 %), el ritmo (89%) y la esterilización femenina (84%). El conocimiento es algo menor, aunque todavía mayoritario de otros métodos.

Prácticamente todas las entrevistadas indicaron conocer algún lugar donde obtener los anticonceptivos orales (97%) y el condón (96%). Más de las tres cuartas partes sabe

también donde acudir por el DIU (87%), la esterilización femenina (78%) y los inyectables (76%). Las costarricenses están recibiendo información anticonceptiva a edades cada vez más tempranas. La proporción que se enteró antes de los 15 años de edad fue de 41 % entre las cohortes más jóvenes (15-24 años de edad), mientras solo del 9% entre las que hoy tienen 35 o más años de edad. Un 61% dijo haberse informado antes de la unión, porcentaje que es mayor entre las jóvenes (72%) y menor entre las mayores de 35 años (49%). En este último grupo casi 20% se enteró luego de transcurridos tres o más años de unión, pero en las cohortes más jóvenes casi ninguna mujer se informó tan tardíamente. Se evidencia, por tanto, un claro impacto de la información y educación sexual que están recibiendo los jóvenes del país, incremento que es relativamente reciente.

La gran mayoría de las parejas fértiles de hoy tienen alguna experiencia anticonceptiva. El 95% de las entrevistadas en unión indicaron haber usado alguna vez métodos de planificación familiar. Una fracción ligeramente menor, 91 %, indicó haber usado algún método moderno, contando los quirúrgicos y los de barrera. Estos indicadores del grado de adopción de la planificación familiar en el país han estado aumentando sistemáticamente desde 1976, cuando un 83% había usado algún anticonceptivo y un 74% alguno moderno.

Un 20% de las mujeres han usado métodos anticonceptivos antes de la unión, pero la gran mayoría lo hace en los tres años que siguen a esta. Porcentajes considerables de las mujeres de más edad adoptaban la planificación familiar después del tercer año de matrimonio (30% en las mayores de 35 años de edad), pero esto ocurre cada vez menos entre las generaciones más jóvenes. La adopción temprana de la planificación familiar se pone también de manifiesto en el hecho de que un 81 % lo hizo con menos de dos hijos. Sin embargo, entre las mujeres más jóvenes es cada vez más frecuente empezar a planificar sin haber tenido aún descendencia (61 % entre las de 15-24 años de edad comparado al 29% entre las de 35 años o más).

Según los datos de la encuesta de 1993, 75% de las mujeres en unión usan anticonceptivos. Esta cifra sugiere que ha quedado atrás el patrón de estancamiento observado entre 1976 y 1986, cuando la prevalencia fluctuó entre 65% y 69%.

La esterilización femenina o tubectomía fue el método anticonceptivo más comúnmente reportado por las mujeres en unión ya que el 20% de ellas está esterilizada. En segundo lugar se encuentran los anticonceptivos orales (18%), seguidos por el condón (16%). También tiene cierta importancia el uso del DIU (8.7%), el ritmo (6.9%), y el retiro (3.3%). El resto de los métodos fue mencionado por muy pocas mujeres (1 % o menos).

Bajo la denominación de métodos modernos se agrupa los anticonceptivos orales, el DIU, los inyectables y el Norplant. Este grupo de métodos es el de mayor importancia relativa, pues un 28% de las usuarias dependen de ellos. Los métodos de barrera, condón y los anticonceptivos vaginales, fueron mencionados por 15.9% de las mujeres. Una de cada diez mujeres en unión dijo utilizar los métodos tradicionales tales como el ritmo, retiro, Billings, etc.

El aumento observado en la prevalencia anticonceptiva ha tenido su origen en incrementos en la esterilización y en el uso del condón, principalmente. La prevalencia de cada uno de estos anticonceptivos aumentó en tres puntos porcentuales con respecto a la encuesta de 1986, continuando una tendencia ya observada aún antes de esta fecha. Utilizado por un 8.6% de las parejas en 1976, el condón alcanzó un 15.7% en 1993, lo que equivale a casi una duplicación en el período descrito. Debe mencionarse también que el porcentaje indicado representa el mayor uso del condón en América Latina, cifra solo superada en algunos países del Caribe de habla inglesa. La esterilización femenina, por su parte, desplazó a los anticonceptivos orales como el método más utilizado por las costarricenses. En 1976, un 14.7% de las mujeres dependía de la esterilización y un 23.0% adicional la pastilla. Para 1993 las posiciones se han invertido, con 21.0% de mujeres esterilizadas y 18.0% utilizando pastillas.

El principal proveedor de métodos de planificación familiar en Costa Rica es la Caja Costarricense de Seguro Social, pues de las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU principalmente), 55% los obtienen del Seguro Social. Un 1% adicional lo obtienen del médico de empresa usualmente subsidiado por la Caja. El Ministerio de Salud a través de su cadena de centros y puestos de salud es el segundo gran proveedor de métodos (18%).

Las farmacias particulares abastecen el 13% de de las necesidades de métodos modernos. Una proporción apreciable de parejas (6%) obtienen anticonceptivos (principalmente el DIU) en el consultorio privado de algunos médicos. Los supermercados, botiquines, abastecedores, pulperías y bares surten de condones al 1 % de las parejas.

Los proveedores de métodos de planificación familiar del sector público sirven en mayor medida a las mujeres de más edad, a las residentes en el área rural o fuera del Valle Central y a aquellas de condición socioeconómica más baja. Mientras el 95% de las usuarias con menos de tres años de estudio se abastece de anticonceptivos en el sector público, tan solo el 58% de las usuarias con secundaria completa o universitaria depende de ellos. En el Area Metropolitana de San José 61% de las usuarias se abastecen en el sector público, pero las mujeres que viven en las zonas rurales de fuera de la Meseta Central presentan una dependencia mayor de esta fuente (87%). Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las observadas en las encuestas de 1981 y 1986.

Al indagar sobre la calidad del servicio, en la ENSR-93 se preguntó a las mujeres que habían usado los servicios públicos en los últimos tres años su satisfacción con diferentes aspectos de la atención recibida. Las respuestas oscilaron desde un 95% de usuarias satisfechas con el "respeto al pudor y dignidad de la mujer" a tan solo un 54% satisfechas con la rapidez de la atención. Si se toma como punto de referencia el 85% de respuestas positivas, emergen tres aspectos de los servicios en los que el grado de insatisfacción es mayor, 1) información y escogencia de métodos alternativos, 2) información sobre cómo usar el método y sus efectos secundarios y 3) rapidez de la atención. Con respecto a las clínicas del Seguro Social habría que agregar una cuarta dimensión en que las usuarias están descontentas: la cortesía y el trato del personal.

El 52% de las mujeres prefiere el mismo método que usa, lo que denota que hay un considerable grado de insatisfacción con el método de planificación familiar utilizado. En otras palabras, parece que las costarricenses tienen serias limitaciones para escoger el método anticonceptivo de su gusto, lo que probablemente resulta en elevados costos síquicos y en última instancia en tasas de falla en sus intentos de planificar la familia. Las usuarias de pastillas y de DIU son las que aparecen más satisfechas con el método: alrededor del 80% indicaron el mismo método como el de sus preferencias.

Una de cada dos mujeres unidas, fértiles manifestaron no querer tener más hijos, porcentaje que está en relación directa con la edad de la mujer. Sin embargo, se debe hacer notar que un grupo numeroso de mujeres aun menores de 30 años desean cesar la procreación.

Entre aquellas que desean una familia mayor, un 17% de las mujeres prefería el próximo hijo dentro de un período de 2 años (respuestas pronto/ahora y respuestas numéricas de menos de 24 meses), mientras que un 28% indicó que desearía una espera más prolongada.

Estos dos grupos de mujeres serían usuarias potenciales de algún método de planificación familiar. Aquel 50% son mujeres que utilizarían anticonceptivos para no tener más hijos, mientras que un 28% adicional lo emplearía para lograr el espaciamiento deseado entre nacimientos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas prefiere pocos o un número moderado de hijos. Una de cada tres mujeres desea no más de dos hijos y una fracción parecida (29%) optaría por completar tres.

De todas las mujeres en unión, un 13% optaría por tener menos hijos que los que ya tiene, esta proporción sube a 43% para mujeres que tienen cuatro hijos o más, lo que indica un aumento de la fecundidad no deseada entre las mujeres con familias más numerosas.

Un 84% de las mujeres entrevistadas en unión indicó haber conversado alguna vez con su esposo o compañero acerca del número de hijos que les gustaría tener. En la mayoría de los casos (69%) la pareja coincide en el tamaño ideal de la familia. Cuando las opiniones difieren, con más frecuencia son los esposos quienes prefieren más hijos (18%). Entre aquellas mujeres que no quieren tener más hijos, un 23% piensa que su compañero desea más.

Aunque ampliamente aceptada en todos los estratos de la población costarricense desde 1981, el nivel de aprobación de la planificación familiar ha subido aun más. Si se incluye también las mujeres que están de acuerdo con su uso bajo ciertas condiciones, en la actualidad un 97% de las mujeres están en favor de la planificación familiar. La aceptación es mayor entre las mujeres más jóvenes, más educadas y entre las residentes de las áreas urbanas. La aprobación a que se haga publicidad solo es ligeramente menor (89%) que la aceptación de la planificación familiar misma.

CAPITULO 1

La transición demográfica de Costa Rica

Víctor M. Gómez

1.1 El cambio demográfico desde 1900

La teoría de la transición demográfica constituye un esquema útil para describir la evolución de los componentes del cambio poblacional en un país o región. Utilizada originalmente en el análisis de la historia demográfica de Europa Occidental (Notestein, 1945) la teoría postula que durante gran parte de su evolución, las sociedades humanas estuvieron bajo un régimen de alta fecundidad y mortalidad que se traducían en una muy baja tasa de crecimiento demográfico. El acelerado aumento de la población que se registra en tiempos modernos, se origina en un desequilibrio ocasionado por un descenso sistemático en los niveles de mortalidad. Después de un cierto lapso, se espera que la natalidad también descienda para restablecer, con una combinación de baja mortalidad, un bajo ritmo de cambio poblacional, tal y como ha sido la experiencia europea.

La experiencia de Costa Rica en cuanto a la evolución de la mortalidad, la natalidad y el resultante crecimiento natural desde principios de este siglo, se ilustra en el gráfico 1.1. Con el fin de reducir la variabilidad aleatoria que las afecta, las tasas que se han dibujado son promedios móviles de tres años de las series publicadas o disponibles en los archivos de la Dirección General de Estadística y Censos.

Aunque se debe tener en cuenta la mejora sistemática en la recolección y procesamiento de los datos, las cifras registradas muestran que ya en los inicios del presente siglo, Costa Rica había superado la primera etapa de la transición demográfica. Entonces, las tasas de mortalidad y natalidad de Costa Rica eran ya de alrededor de 30 y 46 por mil respectivamente y el crecimiento natural resultante era de 1.6% anual que implicaba una duplicación del número de personas en la población total al cabo de 44 años. La inmigración internacional era significativa contribuyendo con alrededor de una quinta parte al incremento anual de la población.

Este patrón de cambio demográfico se mantuvo hasta ser interrumpido por el inicio de la Primera Guerra Mundial durante la cual el flujo de inmigrantes extranjeros cesó. Desde entonces la migración internacional dejó de ser un factor importante en el cambio de la población de Costa Rica hasta tiempos recientes, cuando el país se ha visto ocasionalmente afectado por flujo migratorio de ciudadanos del resto de Centroamérica.

En un proceso que puede documentarse ya desde el final de los años veinte, la mortalidad comenzó a bajar sistemáticamente, con un descenso quizá solo brevemente interrumpido durante la Segunda Guerra Mundial. La tasa bruta de mortalidad pasó de 25 por mil alrededor de 1920 a 15 por mil al inicio dé los años cincuenta. En la

actualidad Costa Rica exhibe una tasa de mortalidad de 4 por mil, cifra muy baja, en alguna medida consecuencia de una favorable estructura por edad.

El gráfico 1.1 también ilustra un ascenso sostenido en la natalidad que culmina a comienzos de los años sesenta con tasas muy altas, pocas veces observadas en otros países. Aunque en alguna medida este incremento refleja la mejora en la calidad de los registros de los hechos vitales, también es la respuesta a cambios reales en las variables intermedias de la fecundidad. Por ejemplo, en incrementos en la sobrevivencia de las madres hasta el final de la edad fértil, disminución de la práctica de la lactancia materna, etc., así como a cambios en los niveles de salud que en última instancia permiten llevar a término embarazos que en el pasado no eran viables.

Sin embargo, es precisamente después de haber alcanzado el punto más alto en la fecundidad cuando comienza a ocurrir un cambio reproductivo súbito y de grandes proporciones entre la población de Costa Rica. Como es de esperar, el descenso en los niveles de fecundidad tuvo su origen en una reducción en los nacimientos de orden elevado, es decir, disminución en el número de madres con muchos hijos, lo que típicamente involucra a mujeres en el intervalo superior de edades del período reproductivo.

Como consecuencia, el tamaño de familia esperado por las mujeres al final del período fértil, cifra técnicamente denominada tasa global de fecundidad, declinó sustancialmente. De un máximo de 7.3 hijos alrededor de 1960, este índice bajó a 3.4 hijos a mediados de la década de los años setenta.

Las tendencias descritas han hecho que gradualmente la tasa de crecimiento vegetativo de la población pase de ser determinada por el comportamiento de la mortalidad, a estar condicionada por la trayectoria de la natalidad. En la actualidad el crecimiento natural que exhibe Costa Rica es relativamente rápido, pues con una tasa del 2.3% anual, se prevee que la población se duplique en un lapso de 30 años.

Otra perspectiva de la transición de la fecundidad se presenta en el gráfico 1.2, el cual muestra la evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad desde el período pretransicional. Como puede observarse, el descenso no es uniforme y a medida que la fecundidad baja, también varía significativamente el aporte reproductivo de las mujeres en los diferentes grupos de edad. Hasta mediados de los años sesenta, una mujer costarricense completaba un 57% de los hijos esperados antes de llegar a los 30 años, mientras que en la actualidad alcanza dos terceras partes (66%) de la familia que en promedio eventualmente tendrá, al alcanzar esa edad. Este patrón muestra también el carácter joven que aún tipifica la dinámica reproductiva de la población costarricense y sugiere también que son de limitadas consecuencias los futuros cambios que se produzcan en el comportamiento reproductivo de las mujeres de más edad, especialmente de 40 años y más.

La reducción descrita en la frecuencia de nacimientos entre mujeres de paridades altas sugiere que el descenso tuvo su origen en el componente marital de la fecundidad. Un alto grado de inercia se ha registrado en la fecundidad no marital cuyos niveles han variado solo marginalmente. Este contraste ha hecho que la proporción de nacimientos

fuera del matrimonio, en relación con el total, haya crecido pronunciadamente. Como en otras sociedades (Laslett, 1988)., las tendencias de la fecundidad no marital y el número de nacimientos fuera del matrimonio han sido objeto de preocupación, vistos como un problema moral y un indicador de descomposición social.

El gráfico 1.2 también pone de manifiesto el escaso cambio en el inicio del ciclo reproductivo, pues las tasas de fecundidad que corresponden al grupo de edades 15-19 escasamente han variado. Aunque la fecundidad no marital no se limita a las edades tempranas, una buena parte de la misma ocurre en los inicios del período reproductivo con consecuencias desfavorables para la mujer, los hijos y probablemente para las familias en las que estos nacimientos pocas veces planeados tienen lugar. Dentro de los factores asociados a la alta fecundidad de estas mujeres se encuentra un inicio temprano de la vida sexual, ya sea con carácter premarital o dentro del matrimonio -frecuentemente precipitado por un embarazo-.

A menudo el descenso en la natalidad solo se vincula al ritmo de crecimiento de la población. Empero este punto de vista no toma en cuenta las significativas alteraciones que se producen en otras dimensiones demográficas a diferentes plazos. Por ejemplo, se ignoran los cambios inducidos por el descenso de la fecundidad en la estructura por edad de la población, con efectos significativos en la dinámica poblacional e importantes consecuencias sociales y económicas.

El estudio de la mortalidad en forma aislada del fenómeno reproductivo es sólo una conveniencia analítica pues en la práctica ambos están estrechamente relacionados. Por ejemplo, en el cálculo de la tasa neta de reproducción, un factor es la sobrevivencia de las mujeres entre el nacimiento y el final del período fértil. En otros términos, el aumento en la sobrevivencia de las mujeres incrementa el tiempo de exposición al riesgo de embarazo. Más específicamente, en la actualidad la tasa neta de reproducción es de 1,51 hijos, pero si las mujeres estuvieran sometidas al régimen de mortalidad de 1950, la tasa sería de 1,28, una diferencia de 0,23 hijos originada únicamente en el mayor tiempo de exposición debida a la menor mortalidad.

Otro efecto de los cambios en la mortalidad sobre la fecundidad tiene que ver con la incidencia de la viudez. Si las mujeres que enviudan tienden a no casarse otra vez, las ganancias en sobrevivencia registradas entre la población masculina también incrementan el tiempo de exposición al riesgo de concebir. Asumiendo que las tablas de mortalidad son aplicables, en 1950 entre las parejas que se casaban a los 20 años, ambos cónyuges sobrevivían para cumplir los 50 años sólo en un 72% de los casos. En la actualidad tal porcentaje asciende al 91%, cifra que ilustra también la mayor exposición al riesgo de embarazo debida solamente a descensos en la mortalidad.

Es más frecuente encontrar en la literatura referencias sobre las influencias recíprocas entre la mortalidad infantil y la fecundidad. Una parte apreciable del efecto es mediado por la lactancia materna, cuya práctica conlleva una mayor probabilidad de sobrevivencia del recién nacido, y que a su vez tiende a prolongar la amenorrea postparto, reduciendo así las probabilidades de un nuevo embarazo.

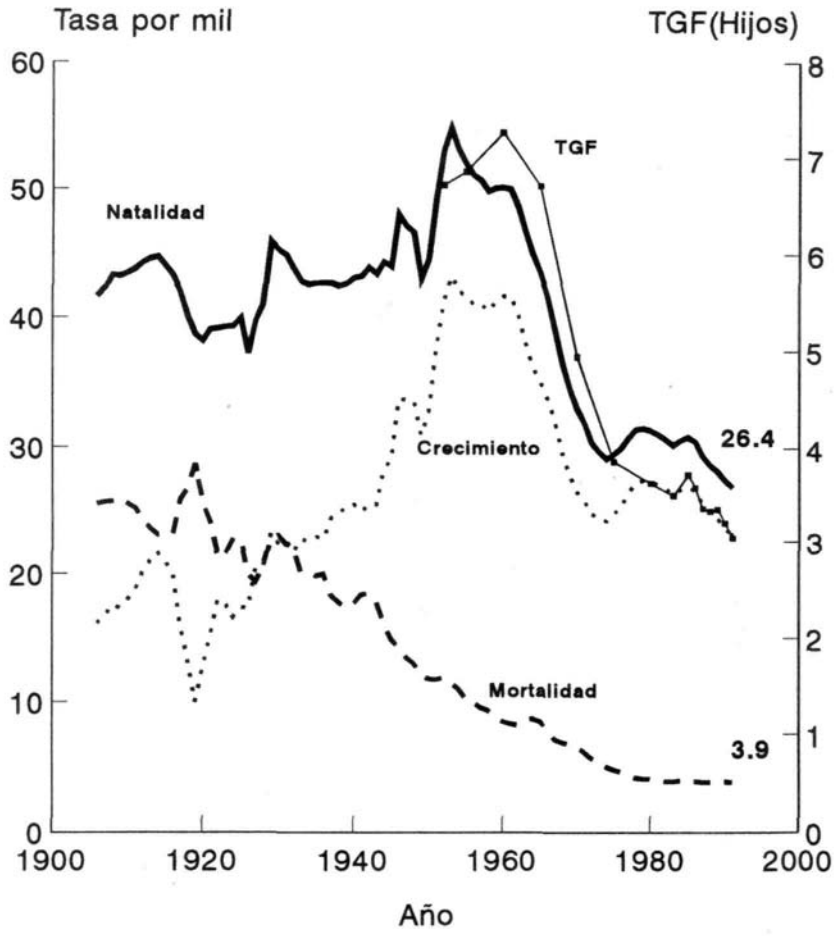
La tasa de mortalidad infantil puede descomponerse en dos partes. Un primer componente lo constituye la mortalidad neonatal que se refiere a las muertes ocurridas antes del primer mes de vida. El segundo factor es el postneonatal que agrupa la experiencia de mortalidad después del primer mes y antes del primer cumpleaños. El gráfico 1.3 presenta la evolución de algunos componentes de la mortalidad desde 1940. Como se puede observar, el cambio en la mortalidad infantil se ha originado en gran medida en un descenso en la mortalidad postneonatal muy sensible a las medidas de salud pública, al modo de vida y al nivel socioeconómico de la población. Aunque ha habido una disminución en la mortalidad neonatal, el descenso ha sido menos pronunciado, lo cual probablemente tiene su origen en el alto costo involucrado en lograr mejoras en el componente endógeno de la mortalidad, factor que también tiene un impacto en la mortalidad fetal, que muestra tendencias similares. Se debe hacer notar que un comportamiento semejante se observa en la mortalidad fetal, cuyo descenso ilustra la mayor probabilidad de llevar a término embarazos que en el pasado no eran viables.

1.2 Referencias

Notestein, Frank W. 1945. Population: The Long View. In Food and The World, edited by Theodore W. Schultz. University of Chicago Press.

Laslett, Peter. 1988. Introduction: comparing illegitimacy over time and between cultures. En Bastardy and its Comparative History. Peter Laslett, Karla Oosterveen and Richard M. Smith, editores. Harvard University Press.

Costa Rica. Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento. 1906-1991
Tasa global de fecundidad. 1950-1991.



Fuente: Anuarios estadísticos y archivos de la Dirección General de Estadística y Censos.

Gráfico 1.1

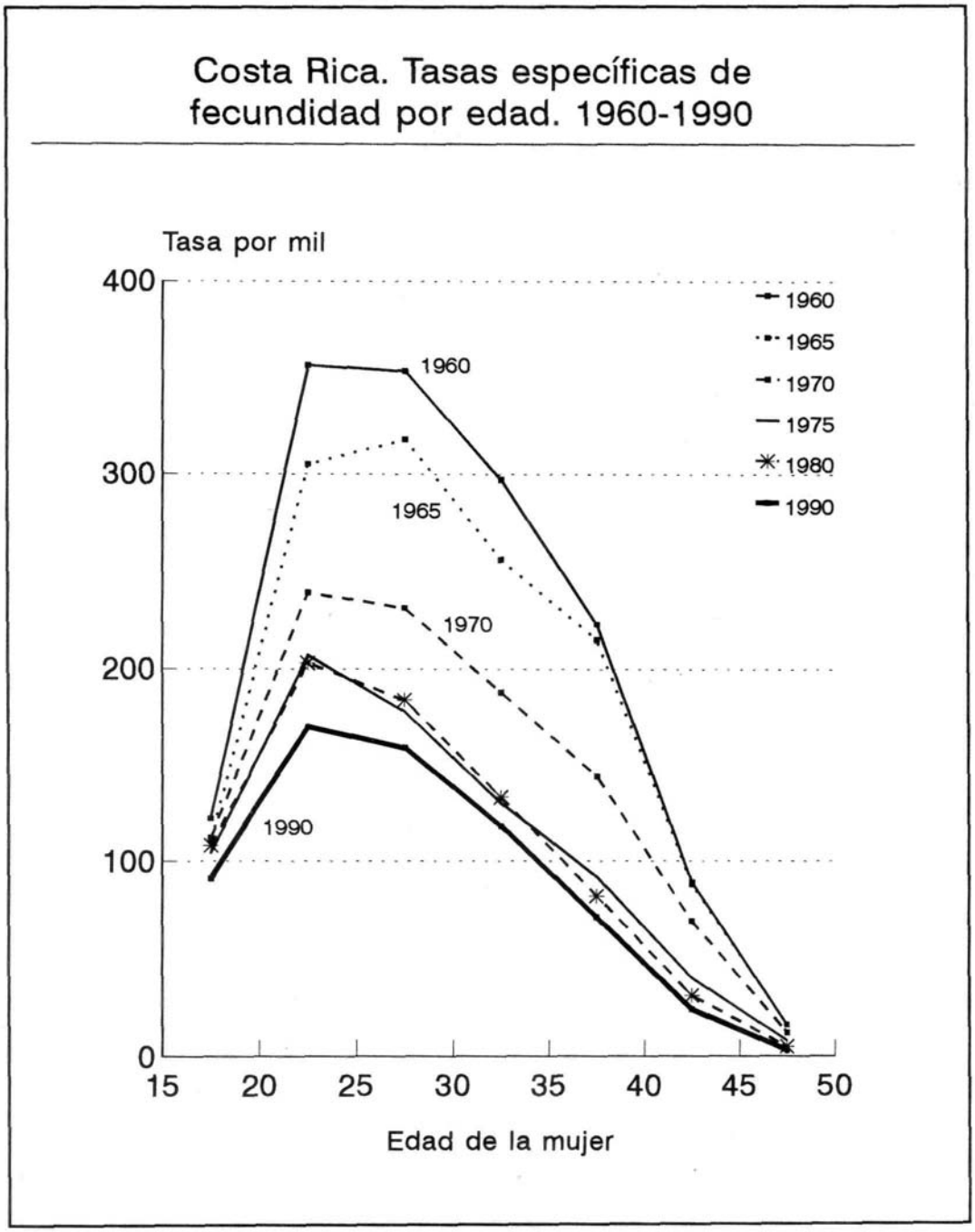
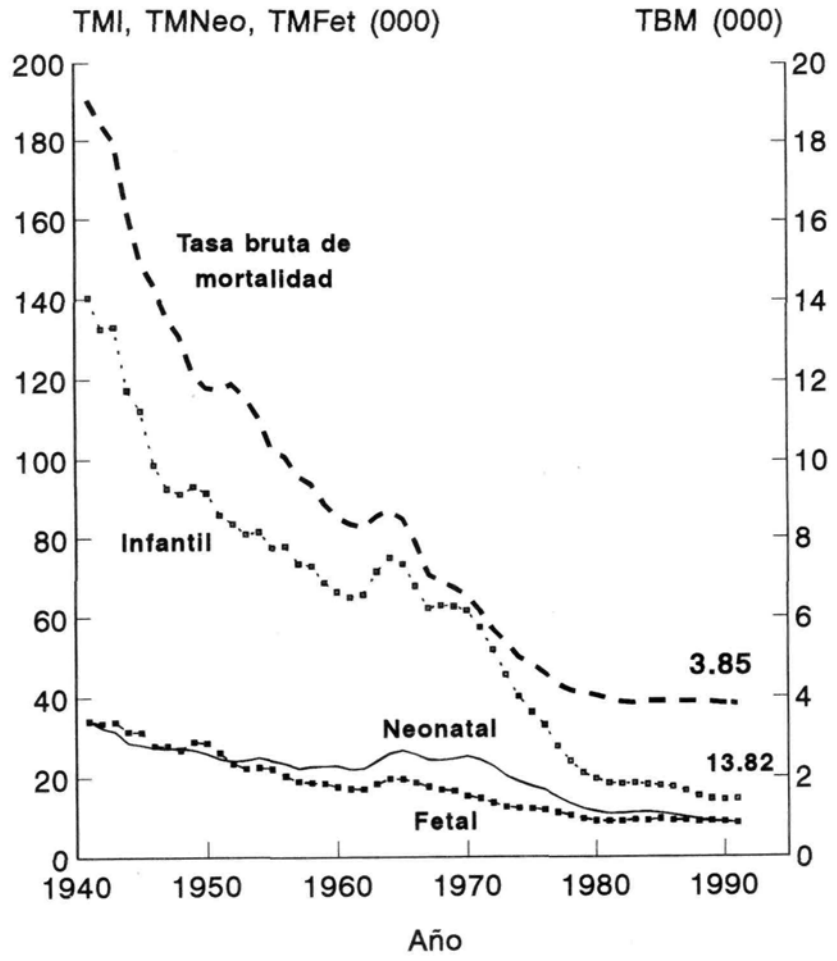

Costa Rica. Tasas específicas de fecundidad por edad. 1960-1990
Tasa por mil
400
300
200
100
0
15
20
25
30
35
40
45
50
Edad de la mujer
1960
1965
1970
1975
1980
1990
1960
1965
1970
1990

Gráfico 1.2

Costa Rica. Tasa bruta de mortalidad (TBM), tasa de mortalidad infantil (TMI), neonatal (TMNeo) y fetal (TMfet). 1941-1991



Fuente: Anuarios y archivos de la Dirección General de Estadística y Censos.

Gráfico 1.3

CAPITULO 2

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

Miguel Gómez
Víctor M. Gómez

2.1 Antecedentes

Varias son las encuestas llevadas a cabo en el país con el propósito de estudiar los niveles, así como los determinantes y consecuencias del comportamiento reproductivo de la sociedad costarricense. Entre las investigaciones de esta naturaleza se deben citar, la Encuesta Mundial de Fecundidad de 1976 (Dirección General de Estadística y Censos. 1978), las encuestas de prevalencia de anticonceptivos de 1978 (Asociación Demográfica Costarricense y otros. 1978) y 1981 (Rosero, 1981), así como de la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 (Asociación Demográfica Costarricense, 1987). Otras investigaciones importantes son la Encuesta de Fecundidad del Area Metropolitana de San José realizada en 1964 (Gómez, M., 1968), la Encuesta Rural de Fecundidad de 1969 (Blanch, 1973) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes (Gómez, V., 1991).

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993 es el esfuerzo más reciente para estudiar la fecundidad de la población de Costa Rica. Teniendo en cuenta las interrelaciones que con aspectos de la salud tiene el fenómeno, la investigación se planeó con múltiples propósitos, entre los que se destacan los siguientes.

> Establecer los niveles y tendencias de los determinantes próximos de la fecundidad, especialmente la nupcialidad, la anticoncepción y la esterilidad temporal post-parto originada en la lactancia materna.
>
> Establecer y cuantificar las metas reproductivas de las parejas y el grado de satisfacción en el logro del número deseado de hijos como factor clave en el mejoramiento del bienestar de las familias.
>
> Determinar el grado de conocimiento y accesibilidad que tienen las parejas a los medios que les permiten tener los hijos que desean.
>
> Identificar los patrones de práctica anticonceptiva y sus determinantes.
>
> Establecer el grado de accesibilidad a los servicios módicos de atención a la mujer.
>
> Cuantificar el conocimiento que tienen las entrevistadas sobre algunos aspectos básicos de la salud femenina (exámenes de mama, detección de cáncer cervico-uterino) y de los hijos (vacunas, rehidratación oral, etc.) con el fin de orientar mejor los esfuerzos de información, educación y comunicación en salud y población.

2.2 Metodología de la Encuesta

La población objeto de estudio en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva la constituyeron todas las mujeres en edades fértiles residentes en las viviendas particulares de Costa Rica. El diseño de la muestra utilizado trató de reducir en lo posible los elevados costos de trabajo de campo de un estudio de esta naturaleza y, a la vez, proveer cifras confiables y comparables con las de encuestas realizadas en el pasado. El tamaño de la muestra se fijó en 3500 mujeres en edades fértiles y los procedimientos de selección estuvieron orientados a minimizar el error de muestreo manteniendo el costo dentro de los recursos disponibles.

En el diseño de la encuesta se tuvieron en cuenta también los siguientes criterios.

1. El estudio se planeó para que tuviera alcance nacional y la recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas domiciliarias a una muestra de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años años cumplidos residentes en las viviendas particulares del país. Para todos los propósitos prácticos, este es típicamente el período fértil y las mujeres en estas edades experimentan la gran mayoría de los eventos de interés que tienen que ver con el comportamiento reproductivo. No formaron parte del universo de estudio las mujeres recluidas en cárceles, conventos, asilos, etc. quienes en su conjunto representan un porcentaje muy pequeño del total. De acuerdo con las proyecciones disponibles, la población de estudio se estimaba en 809.000 mujeres de 15 a 49 años cumplidos a mediados de 1992.

2. Formalmente, en la entrevista se empleó un cuestionario estructurado que además incluyó la innovación metodológica del calendario. Este es un registro de los principales acontecimientos vividos por la mujer desde enero de 1987 en cada una de las siguientes dimensiones: nacimientos y anticoncepción, razones para la descontinuación de la práctica anticonceptiva, amenorrea y abstinencia postparto, lactancia, uniones maritales, separaciones temporales, estudio y participación en la fuerza de trabajo.

3. El diseño muestral aplicado garantiza una selección probabilística de las mujeres a ser entrevistadas y permite estimar el grado de precisión a que están sujetos los resultados de la encuesta.

4. Además de una selección aleatoria, se requirió que la muestra fuera autoponderada, es decir, que todas las mujeres tuvieran igual probabilidad de ser seleccionadas.

5. Se empleó un esquema geográfico de estratificación, el cual tenía dos propósitos. Uno era proveer estimadores de precisión conocida para ciertos dominios de interés, mientras que el otro fin era reducir la variancia a que están sujetos los índices obtenidos.

6. También se utilizó un método de muestreo de áreas, en varias etapas, que en forma automática se adaptara a las continuamente cambiantes tendencias en la distribución espacial de la población. De esta manera se procuró mantener dentro de los límites permisibles el tamaño de la muestra y por ende el costo del trabajo de campo. La unidad primaria de muestreo (UPM) fue el segmento censal o variantes de este, por ejemplo, agrupaciones de los muy pequeños o divisiones de los muy grandes con el fin de obtener un diseño económicamente viable y estadísticamente confiable. Concretamente, se deseaba una submuestra de alrededor de 36 viviendas por segmento censal seleccionado, por lo que se identificó aquellos segmentos que tenían un número de viviendas inferior a 45. Los que estaban en esa condición se unieron a uno similar o a uno mayor, de manera que juntos superaran el número indicado de casas y se consideraron como una sola unidad primaria para fines de la selección de la muestra. Para hacer las uniones se tomó en cuenta la proximidad y el nivel socioeconómico. Como punto de partida en este diseño se empleó el Marco Muestral de la Dirección General de Estadística y Censos (Dirección General de Estadística y Censos, 1988) con las siguientes mejoras: recuentos de viviendas hechos posteriormente a la confección del marco, e inclusiones de nuevas casas efectuadas por la Dirección de Estadística y Censos como parte del programa de mejoramiento cartográfico que realiza en la preparación de los próximos censos nacionales. Por lo tanto, se revisaron todos los mapas nuevos preparados por la Dirección y los borradores de las actualizaciones que todavía no se encontraban en su versión final, pudiendo así identificar los cambios más significativos e incorporarlos en al marco muestral. Este Marco Parcialmente Actualizado (MPA) fue el finalmente utilizado para la selección de los segmentos censales incluidos en la muestra.

7. La selección de las mujeres dentro del segmento censal se planeó para minimizar la probabilidad de hacer dos o más entrevistas en una misma casa. Teniendo en cuenta el número medio de elegibles por vivienda (1.12 personas) este requisito se implemento listando, de acuerdo con criterios definidos, las mujeres en una "hoja de ruta" y seleccionando sistemáticamente una de cada dos personas enumeradas.

8. Dada la naturaleza de la investigación, el informante es la mujer seleccionada. Por lo tanto, la muestra y el trabajo de campo se planearon teniendo en cuenta el considerable esfuerzo de revisita necesario para obtener la información de la persona elegida. Una evaluación de las cargas diarias de trabajo, permitió diseñar una estrategia para obtener en promedio alrededor de 21 entrevistas en cada selección primaria, a ser obtenidas en tres segmentos compactos. Así, se formaron equipos de una supervisora y tres entrevistadoras, cada una de las cuales debía completar alrededor de 7 cuestionarios. Dado que las áreas de trabajo se encontraban dentro de las selecciones primarias, estaban muy cerca una de otra y por lo tanto se requería menos

transporte y se facilitaba la labor de la supervisora, quien podría desplazarse a apoyar las labores de entrevista.

2.3 Cálculos Básicos.

El procedimiento seguido para determinar la fracción general de muestreo se indica seguidamente. Se parte de las cifras de 1984 y se hacen algunos supuestos razonables sobre el crecimiento del número de viviendas entre 1984 y 1992, los porcentajes de casas desocupadas, las tasas de localización y respuesta de las mujeres seleccionadas, y el número de mujeres en edad fértil por vivienda. Estos supuestos se basan en la información proveniente de diversas fuentes y de las encuestas de hogares recientes, con algunos ajustes.

Total de viviendas en el censo de 1984	544.079
Ocupadas	500.178
Total de viviendas en el	597.127
Marco Parcialmente Actualizado (MPA)	
Viviendas excluidas del marco por dificultades de acceso	8.461
Viviendas en el marco que se utilizará para	
realizar la selección de los segmentos	588.665
Número de mujeres en edad fértil por vivienda ocupada	
Censo de 1984	1.248
Encuesta de Hogares 1987	1.220
Encuesta de Hogares de 1991	1.1 70
Total viviendas a mediados de 1992 (Cifra censal proyectada)	736.445

Para este cálculo se tomó la cifra censal de viviendas totales de 1984, se elevó en un *2%* para corregir la omisión y se proyectó a mediados de 1992 con una tasa de crecimiento exponencial del 3.6%. Al carecer de información actualizada sobre el número de viviendas, esta tasa se escogió a juicio, después de realizar diversos cálculos y sopesar la influencia de diferentes elementos.

2.4 Cálculo de la fracción de muestreo

Este cálculo se hizo tomando como base 1000 viviendas en el marco parcialmente actualizado

1. Viviendas en el Marco Parcialmente Actualizado (MPA), mediados de 1992	1.000
2. Número estimado de viviendas existentes a mediados de 1992, por cada 1000 en el marco muestral (736.445/597.157)*1000 = 1.23314 * 1000	1.233
4. Número de viviendas ocupadas a mediados de 1992 (Suponiendo una ocupación de 91%)	1.122
5. Número de viviendas de las que se logrará obtener información (98%)	1.100
6. Número de mujeres en edad fértil (MEF) (1,16 por vivienda)	1.276
7. Número de mujeres en edad fértil en la muestra (aplicando una fracción de muestreo de 1/2)	638
8. Número de MEF que serán entrevistadas (Suponiendo un nivel de respuesta del 93%)	593
9. Número neto de entrevistadas por cada vivienda seleccionada del MPA: 624/1000	0.593
10. Número de viviendas a ser seleccionadas del MPA para lograr la muestra neta de 3.500 (3500/0.593)	5.902
11. Fracción de muestreo global para viviendas, a ser aplicada al MPA: 5.902/588.665	1/99.7

Como se trata de un diseño autoponderado, la muestra se obtuvo aplicando una fracción de muestreo planeada de f = 1/100 al total de viviendas de cada uno de los estratos.

2.5 Selección de los segmentos censales, los compactos y las mujeres.

El número total de unidades primarias por ser seleccionadas en cada uno de los estratos, se determinó aplicando primero la fracción de muestreo al número total de viviendas, y dividiendo luego entre 36, o sea, el número deseado de viviendas por segmento censal.

Para la selección de las Unidades Primarias de Muestreo (UPM's) se preparó un marco para cada estrato, en el cual aparecerían los segmentos censales siguiendo el orden administrativo de provincia, cantón y distrito, y el orden consecutivo dentro de este último. Para cada segmento se incluyó el número de viviendas totales, usado como medida de tamaño para la selección, la cual se hizo con probabilidad proporcional al tamaño en forma sistemática.

Como se planeaba visitar 36 viviendas por selección primaria, en cada una de estas seleccionadas se definieron compactos que promediaban 12 viviendas y se tomaron 3 de ellos. Las viviendas de estos compactos se visitaron, se listaron las mujeres elegibles residentes y se seleccionaron, sistemáticamente, una de cada dos.

La fórmula de selección que corresponde a este diseño muestral es la siguiente:

$$f = a\,(Mt_a / \sum Mt_a) * (b/Mt_a)$$

Donde:
a: número de segmentos censales por ser seleccionados en el estrato

b: número de viviendas por ser seleccionadas en el segmento (b = 36)

Mt_a: Número de viviendas anotadas en el marco para la selección primaria, típicamente, el segmento.

$\sum Mt_a$: Total de viviendas en el marco del estrato

N_a: Número de viviendas que realmente contiene el segmento

Cuando el número de viviendas que realmente forman el segmento, $N_{a/}$ es diferente al anotado en el marco, Mt_0, se tomó un número mayor o menor, según correspondiera. Este número se calcula de la siguiente forma:

$$b' = [N_a / Mt_a] * b = [N_a / Mt_a] * 36.$$

Cada uno de los compactos lo formarán alrededor de b' /3 viviendas.

2.6 Otros aspectos importantes del diseño muestral.

Es pertinente mencionar aquí varios criterios adicionales aplicados en el diseño.

a. En primer lugar, cuando se determinó que el número de viviendas en el mapa era muy inferior al que aparecía en el marco, se procedió a visitar el segmento y a actualizarlo, antes de definir y seleccionar los compactos. El número de segmentos que requirieron estas visitas fue de alrededor de 35 y se ubicaron diez en la parte central y 25 en el resto del país. Las discrepancias se originaron en mapas sumamente antiguos y áreas que han crecido rápidamente en los últimos años.

b. Al visitar ciertos compactos para realizar las entrevistas, se encontró que el número de viviendas había aumentado mucho y, por no haber detectado a tiempo este cambio, no se hicieron oportunamente los ajustes en el marco muestral. En estos casos se dibujaron todas las viviendas nuevas dentro del compacto, se listaron las mujeres en la hoja de ruta y se entrevistaron las que resultaron seleccionadas.

c. Durante el desarrollo del trabajo de campo se notó que el número promedio de mujeres en edad fértil por vivienda estaba resultando inferior a los valores esperados y además la tasa de respuesta era menor a la prevista. Los cálculos realizados mostraron que estas circunstancias generarían una muestra de un tamaño menor al deseado. Por esta razón se decidió seleccionar una muestra suplementaria de 24 unidades primarias repartida de manera proporcional entre los cinco estratos. La selección de esos 24 segmentos censales se hizo en forma sistemática, usando probabilidad proporcional al tamaño, y la escogencia de los compactos dentro de ellos y la aplicación de la hoja de ruta, siguió exactamente el mismo procedimiento empleado en la muestra inicial.

En definitiva, se tuvieron 188 selecciones primarias con la siguiente distribución por estratos.

Estrato	Viviendas	Número de selecciones primarias
Area Metropolitana de San José	182.144	58
Resto Urbano del Valle Central	83.650	26
Resto Rural del Valle Central	96.925	31
Resto del país Urbano	63.651	21
Resto del país Rural	162.295	52
Total	588.665	188

Los ajustes realizados hicieron que la fracción de muestreo final fuera de 1/87

2.7 Entrenamiento y período de ejecución de la encuesta.

Considerando la complejidad del trabajo requerido, el entrenamiento del personal de campo se inició el 21 de septiembre y se prolongó por dos semanas. Inicialmente se trabajó con tres equipos de entrevistadoras que después de las esperadas deserciones se redujeron a dos, pues no se consideró viable contar con más personal de campo dado lo costoso del entrenamiento. Las primeras entrevistas se hicieron el 5 de octubre de 1992 y el trabajo de campo se prolongó hasta marzo de 1993.

2.8 Resultados del trabajo de campo.

El cuadro 2.1 resume los resultados del trabajo de campo. Puede apreciarse que se entrevistaron un 90.9% de las mujeres seleccionadas. El rechazo fue bajo (0.9%) y la mayoría de las entrevistas no realizadas corresponden a pendientes por ausencia de las mujeres seleccionada (6.4%). El nivel de respuesta no muestra variaciones marcadas por area geográfica, pero se nota un nivel más alto de pendientes en el Resto Urbano del Valle Central, el cual incluye las ciudades de Alajuela, Cartago y Heredia y las ciudades pequeñas. El número de mujeres en edad fértil por vivienda ocupada resultó de 1.07, cifra inferior a la utilizada en los cálculos iniciales del tamaño de muestra y que sugiere que ha tenido lugar un cambio importante en los patrones residenciales de la población costarricense.

Cuadro 2.1

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993. Resultados del trabajo de campo.

	Total	Valle Central			Resto del país	
		Area Metrop	Resto Urbano	Rural	Urbano	Rural
Valores absolutos						
Unidades primarias de muestreo	188	58	26	32	22	50
Segmentos compactos	559	174	78	96	65	146
Total viviendas ocupadas	7508	2268	1018	1466	870	1796
Viviendas con información	7454	2238	1098	1463	867	1788
Total mujeres 15-49	7952	2433	1241	1603	873	1802
Mujeres seleccionadas	3981	1224	616	798	441	902
Entrevistas						
Realizadas	3618	1107	537	729	415	830
No realizadas	363	117	79	69	26	72
Por ausencia	254	69	59	45	17	64
Por rechazo	37	21	7	5	3	1
Por otros motivos	72	27	13	19	6	7
Valores relativos						
Viviendas ocupadas por segmento compacto	13.4	13.0	14.2	15.3	13.4	12.2
Mujeres por vivienda ocupada	1.06	1.07	1.12	1.09	1.00	1.00
Mujeres entrevistadas por segmento censal	19.3	19.1	20.7	22.8	18.9	16.7
Porcentaje de entrevistas						
Completas	90.9	90.4	87.2	91.4	94.1	92.0
Incompletas	9.1	9.6	12.8	8.6	5.9	8.0
Por ausencia	6.4	5.7	9.6	5.6	3.8	7.1
Por rechazo	0.9	1.7	1.1	0.6	0.7	0.1
Por otros motivos	1.8	2.2	2.1	2.4	1.4	0.8

2.9 Referencias.

Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadística y Censos y Westinghouse Health Systems. Informe de la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos. San José, 1978.

Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud Costa Rica 1986. San José, 1987.

Blanch, José María. Differential Fertility Behavior and Values in Rural and Semi-Urban Costa Rica. Ph. D. dissertation. University of Sourthern California, 1973.

Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976. San José, Costa Rica, 1978.

Dirección General de Estadística y Censos. Programa de Encuestas de Hogares: Informe Final sobre la Metodología del Marco Muestral de Viviendas y los Diseños Muestrales Aplicados. Convenio MEIC-BID-CEPAL ATN-SF-2419-CR. San José, Costa Rica, 1988.

Gómez B. Miguel. Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Area Metropolitana. Instituto Centroamericano de Estadística, Universidad de Costa Rica, 1968.

Gómez A., Víctor. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. Programa Salud Reproductiva, Caja Costarricense de Seguro Social. San José, 1991.

Rosero B., Luis. Fecundidad y Anticoncepción en Costa Rica 1981. Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva. Westinghouse Health Systems/Asociación Demográfica Costarricense. San José, 1981.

CAPITULO 3

Características de las viviendas donde residen las mujeres en edad fértil

Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

3.1 Disponibilidad de servicios básicos

Con el propósito de describir adecuadamente las condiciones de vida de las mujeres en edad reproductiva, el cuestionario incluyó varias preguntas sobre las características de la vivienda, con énfasis en aquellas que tienen un impacto sobre la salud de los residentes en el hogar.

Entre los indicadores más importantes con estas características está la disponibilidad de servicios básicos: agua potable, electricidad y tipo de servicio sanitario. Los resultados obtenidos ilustran que una gran mayoría de los hogares de Costa Rica cuenta con tales servicios. Por ejemplo, el cuadro 3.1 muestra que en las zonas urbanas más del 99% de los viviendas tienen agua de cañería o electricidad. Aún en el área rural donde los porcentajes de hogares con esos servicios puede esperarse que sean más bajos, un 92% de las viviendas se sirven de agua entubada y un porcentaje similar tiene electricidad.

En lo que se refiere a tipo de servicio sanitario, en un 84% de los hogares se dispone de cloaca o tanque séptico y en un 15% aún se utiliza la letrina. Las diferencias por zonas son importantes, ya que en el campo un 29% de las casas tienen letrina, en comparación con sólo un 2% de las viviendas en el Area Metropolitana y 8% en otra áreas urbanas.

Aunque se debe tener en cuenta que las cifras censales se refieren a toda la población, una comparación con los resultados de los censos de población de 1973 y 1984 muestra que la disponibilidad de agua potable ha aumentado en los hogares significativamente. Por ejemplo hace veinte años el 78% de las viviendas contaba con agua de cañería, cifra que ascendía ya al 87% en 1984, mientras que esta encuesta, da una cifra de 96%.

Es aún más pronunciado el aumento en el porcentaje de viviendas con cloaca o tanque séptico. En los 20 años transcurridos desde 1973, la fracción de viviendas con ese servicio creció de un 44% a un 67% en 1984 y en la actualidad, cuatro de cada cinco viviendas cuentan con ese tipo de eliminación de excretas.

3.2 Tamaño medio de las familias

En el cuestionario se incluyó dos preguntas referidas al número total de personas en el hogar y al número de niños menores de cinco años. Como se observa en el cuadro 3.3, en un 54% de las viviendas residen cinco o más personas, mientras en el otro extremo, sólo en un 7% de las viviendas el número de ocupantes es de dos o menos, es decir, casos en que la mujer encuestada vive sola o con otra persona únicamente. Por supuesto, que estos son valores medios para todo el país, ya que en las zonas urbanas la proporción de familias pequeñas es mayor, mientras que las familias grandes tienden a ser más comunes en las áreas rurales.

Los resultados de los censos de población de 1973 y 1984 pueden ser usados como punto de comparación. Durante el período intercensal el número de personas por vivienda se redujo significativamente, al pasar de 5.6 en 1973 a 4.8 en 1984. El descenso ocurrió tanto en las zonas urbanas como rurales. En las primeras el número de ocupantes de las viviendas bajó de 5.3 a 4.5, y en el campo descendió de 5.9 a 5.1.

Las cifras obtenidas en esta encuesta son algo mayores que las del último censo de población, ya que se ha obtenido un promedio de 5.0 ocupantes por vivienda, valor que asciende a 4.8 en la zona urbana y a 5.4 en la zona rural. Al considerar estos resultados, se debe tener en cuenta que los hogares donde residen las mujeres en edad fértil forman un grupo de características especiales, pues típicamente incluye una mayor proporción de familias nucleares donde la reproducción tiene lugar. Además, los cambios en el número de ocupantes de la vivienda están en función del nivel de la fecundidad y de la disponibilidad de viviendas en un momento dado. En la medida en que el número de hijos por familia se reduce, tiende a bajar el número de ocupantes por hogar. Otro factor de importancia es la oferta de nuevas viviendas, ya que si esta crece a un ritmo menor que el de la población, la concentración de personas en los hogares tiende a aumentar. También tiene un efecto considerable los cambios en los patrones de residencia. Por ejemplo, si la inestabilidad marital tiende a crecer, dado que habitualmente la madre queda a cargo de los hijos, la encuesta tendería a dar un promedio de personas por hogar más alto.

El recuento del número de niños evidencia que en la mayoría de los hogares, 53%, no residen personas menores de cinco años y que la proporción de viviendas con tres o más niños de esas edades es muy reducida (3.3%). Como se puede anticipar, existe un diferencial importante entre las zonas urbanas y las rurales. En un 57% de los hogares del Area Metropolitana y del resto urbano no vive ningún niño, mientras que en el área rural la proporción de hogares sin niños desciende a 47%, porcentaje este último que se ve compensado con la mayor frecuencia de viviendas en las que los niños son más numerosos.

3.3 Coberturas de atención primaria de salud y CCSS

Otro aspecto importante considerado fue la cobertura de atención primaria en salud. En la encuesta se preguntó a las entrevistadas si algún funcionario de un centro o puesto de salud se había presentado a la vivienda. Como se indica en el cuadro 3.5, un 43% de los hogares han sido visitados, aunque las viviendas del Area Metropolitana son las que con menos frecuencia se atienden (23%), en contraste con los porcentajes crecientes en las otras localidades urbanas (43%) y en la zona rural donde un 57% de las viviendas reporta haber recibido la visita del funcionario de salud. Se debe notar que las visitas en el año anterior a la encuesta han sido más esporádicas. En general, sólo un 28% de los los hogares había sido visitado, con variaciones geográficas muy acentuadas, ya que solo un 12% de las viviendas del Area Metropolitana reportó la visita en comparación con el 27% de las ubicadas en otras ciudades y un 41 % en la zona rural. Se debe tener en cuenta que estas variaciones están en función del carácter dirigido que tiene la prestación a los estratos poblacionales en más desventaja.

Es importante destacar que la encuesta de 1981 indagó también sobre la cobertura de atención primaria de salud y la CCSS. En aquel entonces el 42% de las viviendas habían sido visitadas por funcionarios de algún centro o puesto de salud durante el año anterior a la entrevista, resultado considerablemente mayor que el 28.5% obtenido en la encuesta de 1993. Esta comparación ilustra un descenso considerable en la atención primaria de salud en los últimos diez años.

Cuadro 3.1

Disponibilidad de agua potable, electricidad y clase de servicio sanitario en donde residen mujeres de 15-49 años de edad.

	Total	Residencia		
		Area Metrop.	Resto Urbano	Rural
Número de casos	3618	1107	952	1559
Agua de cañería	96.4	99.5	99.8	92.1
Electricidad	97.0	99.7	99.9	93.3
Clase de servicio				
Cloaca/tanque séptico	84.2	97.5	91.6	70.1
Letrina	15.4	2.3	8.2	29.2
Otro/ninguno	0.4	0.2	0.2	0.7

Cuadro 3.2

Porcentaje de viviendas con disponibilidad de agua potable y clase de servicio sanitario, según censos de 1973 y 1984.
Todas las viviendas

	Censo 1973	Censo 1984
Agua de cañería	78.2	86.9
Cloaca\tanque séptico	44.3	66.5
Letrina	43.5	29.2
Otro\ninguno	12.2	4.2

Cuadro 3.3

Distribución porcentual del número de personas y niños menores de 5 años viviendo en el hogar.
Hogres con mujeres de 15-49 años de edad.

	Total	Residencia		
		Area Metrop.	Resto Urbano	Rural
Número de casos	3618	1107	952	1559
Personas en el hogar				
1-2	7.0	8.6	7.6	5.5
3-4	38.9	41.3	41.4	35.6
5 ó más	54.1	50.1	51.0	58.8
Niños en el hogar				
Sin niños	52.8	57.4	56.7	47.1
1-2	43.9	39.7	40.9	48.6
3 ó más	3.3	2.9	2.4	4.2

Cuadro 3.4

Número medio de personas por vivienda ocupada

	Censo *1973	Censo *1984	ENSR 1993
Total	5.6	4.8	5.0
Urbano	5.3	4.5	4.8
Rural	5.9	5.1	5.4

* Todas las viviendas

Cuadro 3.5

Porcentaje de mujeres de 15-49 años de edad que ha recibido visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud en sus hogares alguna vez y en el último año, por área geográfica.

	Número de casos	Visitadas	
		Alguna vez	Ultimo año
Total	3618	42.8	28.5
Residencia			
Area Metropolitana	1107	22.9	11.9
Resto Urbano	952	43.2	27.6
Rural	1559	56.8	40.8

CAPITULO 4

Perfil de salud de la mujer en edad fértil

Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

4.1 Consultas médicas

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva incluyó varios temas con el propósito de obtener un perfil general sobre la salud de las mujeres en edad fértil. Dentro de los indicadores que es posible calcular se encuentra el que se refiere a la accesibilidad a los servicios médicos. El cuadro 4.1 muestra que un 89% de las mujeres entrevistadas habían ido a consulta médica, por lo menos una vez durante los últimos cinco años (aproximadamente) anteriores a la entrevista (1987-1993). Una cifra similar, obtenida en la encuesta de fecundidad de 1986, mostró que un 92% de las mujeres había visitado un doctor durante los cinco años anteriores a la encuesta.

La frecuencia de consulta médica no varía mucho con la edad de la mujer, excepto en el grupo de 15a 19 años. Más del 90% de las entrevistadas con 20 años o más de edad, reportó haber visitado el doctor en el período considerado, mientras que la proporción es de sólo 74.5% para las menores de 20 años. Diferencias de la misma naturaleza fueron detectadas en la encuesta de 1986.

No se aprecian variaciones significativas en la consulta médica según el lugar de residencia de la mujer, aunque la proporción es ligeramente más alta entre las entrevistadas del Area Metropolitana. Esto sugiere que los diferenciales en la accesibilidad a los servicios médicos han tendido a reducirse, pues, según las cifras de la encuesta de 1986, la proporción de consultas médicas entre las mujeres del Area Metropolitana, era significativamente mayor en comparación con las que mostraban las residentes de otras áreas urbanas y en las zonas rurales.

Sin embargo, también se nota un pequeño aumento en los diferenciales de la consulta médica por nivel de instrucción. En ambas encuestas, la proporción de entrevistadas que consultaron al doctor en los últimos cinco años es un poco mayor entre las mujeres más educadas, pero la diferencia es más acentuada en la encuesta de 1993.

4.2 Tabaquismo en las mujeres en edad fértil

Fumar es un hábito que ha sido identificado como uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. Durante el embarazo, el fumado puede afectar el desarrollo del feto y es especialmente peligroso si se combina con el uso de anticonceptivos orales, asociación que justifica la inclusión en la encuesta de varias preguntas sobre tabaquismo. Algunos de los resultados obtenidos se presentan en el cuadro 4.2 que muestra la prevalencia del fumado entre las entrevistadas distinguiendo por edad, lugar de residencia, educación de la mujer, condición de embarazo y uso de anticonceptivos orales.

En la investigación más reciente el 7.8% de las mujeres declararon tener el hábito de fumar. En 1986 la encuesta preguntó a las mujeres si fumaban todos los días, de vez en cuando o nunca. En esa oportunidad, el 12.4% declaró fumar todos los días o de vez en cuando, cifra que sugiere una disminución en la prevalencia del fumado entre las mujeres en edades fértiles durante los últimos años.

También se obtuvo información sobre el número medio de cigarrillos que las fumadoras consumen por día. Como se puede ver en el cuadro 4.5, un 2.8% de las mujeres entrevistadas en la ENSR-93 consume 10 o más cigarrillos diariamente. Esta cifra representa un descenso significativo desde el 3.4% reportado por las mujeres fumadoras en la encuesta de 1986.

Al considerar la edad, la prevalencia de fumado es más acentuada en el grupo de mujeres con edades entre 30 a 34 años, cuyo porcentaje de fumadoras es superior al 10%. Por el contrario, entre las jóvenes menores de 20 años, la adicción al tabaquismo es mucho menor, 3.4%. La variación por edad es consistente con lo hallado en 1986, cuando la mayor proporción de fumado corresponde a las mujeres con edades de 25 a 34 años (16%). Respecto del consumo de 10 o más cigarrillos diarios, los mayores porcentajes son para las entrevistadas de 30 a 44 años en ambas encuestas.

La prevalencia del fumado es mayor entre las entrevistadas del Area Metropolitana, y de manera menos pronunciada en las mujeres de mayor nivel educativo. Lo mismo ocurre con los porcentajes de consumo de 10 o más cigarrillos al día, cuyo patrón de variación es muy similar al observado en investigaciones anteriores.

Como es de esperar, el hábito es menos frecuente entre las embarazadas, pero ha habido una mayor reducción del fumado entre estas que entre las mujeres no embarazadas. En 1986 un 8.1% de las mujeres en estado de gravidez fumaban, mientras en 1993 el porcentaje ha descendido a 3.3%. También ha disminuido la proporción de embarazadas que fuman 10 o más cigarrillos diarios, de 2.8% entonces a 1.4% ahora.

Al tener en cuenta el uso de anticonceptivos orales como criterio de clasificación, las cifras indican que fuman más las mujeres que planifican o han planificado con este método. Aunque la disminución en el fumado también se dio de 1986 a 1993 para este grupo de entrevistadas, aún fuma un 10% de las mujeres que usan pastillas anticonceptivas.

La edad a la que las personas empiezan a fumar es una dimensión importante en el análisis. Algunos estudios han mostrado que una adopción temprana del hábito tiende a acentuarlo y a hacerlo permanente. Sin embargo, los resultados de la encuesta no son concluyentes a este respecto. En primer lugar, entre las mujeres que alguna vez habían fumado, un 54% descontinuó el hábito; pero, son las mujeres que comenzaron a fumar entre los 20 y los 24 años quienes presentan una tasa de continuidad más alta ya que más de la mitad aún fumaba en el momento de la entrevista.

4.3 La prevención del cáncer de útero

Otro aspecto de la salud de la mujer considerado en la encuesta es la prevención del cáncer cervical y de mama. Para diagnosticar oportunamente el cáncer del útero, se promovió en Costa Rica la prueba de Papanicolau desde los años 60, medida que contribuyó significativamente a que, ya hacia 1980, se redujera a la mitad la tasa de mortalidad por esa causa.

Como muestra el cuadro 4.6, un 74% de las mujeres entrevistadas se habían hecho un Papanicolau alguna vez, aunque existen diferencias importantes por grupos de edad y estado conyugal. Un 85% de las mujeres de 25 años y más se habían sometido al examen, fracción que asciende al 95% cuando se considera las que tienen más de 35 años. Estas cifras contrastan con la práctica entre las mujeres más jóvenes, ya que en el grupo de 20 a 24 el porcentaje es sólo 65% y desciende aún más, hasta un 18% entre las mujeres de 15 a 19 años. Sin embargo, el estado conyugal de la mujer constituye un factor importante. Por ejemplo, entre las no solteras de 15 a 19 años la proporción con Papanicolau es de 60%, comparado con el 18% correspondiente al total de entrevistadas de ese grupo de edad.

La encuesta de fecundidad de 1986 incluyó preguntas similares, y es posible medir el cambio ocurrido desde esa fecha hasta 1993, en cuanto a la cobertura de los programas de detección del cáncer cervical entre las mujeres en edad fértil. En esa oportunidad, la proporción global de entrevistadas que se habían hecho una citología fue de 70%, de manera que los datos recientes sugieren una tendencia ascendente en la proporción de mujeres examinadas en los últimos años.

Los diferenciales por edad en la encuesta son muy similares a los ya comentados para la investigación de 1993. Un aumento de 4 puntos porcentuales se observa en casi todos los grupos de edad. Sin embargo, sobresale el caso de las mujeres de 45 a 49 años, las cuales pasaron de 87.6% en 1986 a 94% en 1993. Por el contrario, el porcentaje para las menores de 20 años no solo no experimentó aumento, sino que tendió a reducirse.

El aumento en la proporción general de entrevistadas con Papanicolau, se ha dado en el grupo de mujeres no solteras de 20 años y más (2 tercios de la muestra total), ya que las otras entrevistadas experimentaron más bien una disminución en la cobertura de ese examen.

La variación del porcentaje de mujeres sometidas alguna vez al examen de Papanicolau por lugar de residencia de la entrevistada no son significativas. En 1993, las diferencias tendieron a reducirse entre las zonas rurales y urbanas. El nivel de educación, aparentemente no está asociado a diferenciales importantes.

El potencial preventivo de la prueba de Papanicolau es limitado, por lo que normativamente se recomienda que las mujeres se hagan un examen al menos una vez por año. Al indagar en la encuesta por la fecha de su último Papanicolau y al comparar los resultados de las últimas encuestas, se nota que la proporción de mujeres que se hicieron un examen durante el año anterior a la entrevista bajó de 41.7% en 1986 a

37.2% en 1993. Por lo tanto, el aumento experimentado en el porcentaje de mujeres que se han hecho un Papanicolau alguna vez lo contrarresta la caída en la proporción con el examen en el año anterior a la encuesta. Este deterioro en la prevención anual del cáncer de útero entre las mujeres en edad fértil es más pronunciado para las de 25 a 39 años de edad, para quienes el porcentaje con Papanicolau en el año anterior disminuyó en cerca de un 10% durante los siete años transcurridos desde 1986.

La disminución en la proporción de mujeres con Papanicolau en el año previo es más pronunciada entre las entrevistadas no solteras, y dentro de ellas, y especialmente entre las menores de 20 años, quienes pasaron de un 50% a un 35% de 1986 a 1993. Se debe indicar que, ni el lugar de residencia ni el nivel educativo de la mujer parece influir en la práctica de realizarse el examen anualmente.

4.4 Prevención del cáncer mamario

En relación con la prevención del cáncer de mama, las limitaciones de recursos hacen que los servicios de salud no contemplen la mamografía generalizada o el examen médico de los pechos. Por depender en gran medida de las campañas educativas a favor del autoexamen, en la encuesta de salud reproductiva reciente se preguntó a las entrevistadas si se examinaban los pechos después de la menstruación, los resultados obtenidos los muestra el cuadro 4.7 para las mayores de 30 años, ya que antes de esa edad el cáncer de mama es poco frecuente.

Un 55% de las mujeres no se autoexamina los pechos después de la menstruación, mientras que sólo una de cada cinco mujeres lo hace rutinariamente. Al comparar estos resultados con la encuesta de 1986, se aprecia un leve aumento en la proporción de mujeres que acostumbran examinarse siempre, en vista de que en esa ocasión sólo el 16.4% de ellas lo hacía de manera regular.

Si se toma en cuenta a las mujeres que se autoexaminan siempre, casi siempre y a veces, el porcentaje asciende a 39% en 1993, y es ligeramente mayor que el 36.5% reportado en 1986. Por edad y lugar de residencia de la entrevistada no se aprecian diferencias importantes en ninguna de las dos fuentes, pero sí aparecen variaciones consistentes según el nivel educativo. Conforme mayor grado de instrucción de la mujer, mayor es la propensión a autoexaminarse los pechos después de menstruar. Estos diferenciales por nivel educativo, sin embargo, se han reducido en los últimos años.

El aumento observado en la costumbre del autoexamen de pechos es muy moderado y la proporción de mujeres que no se examinan es aún elevada. Este es un campo de la salud femenina que amerita más atención, especialmente si se tiene en cuenta la creciente incidencia del cáncer de mama observado en Costa Rica durante las dos últimas décadas.

4.5 Prevalencia de patologías específicas

Otra dimensión considerada en la encuesta, se refiere a la incidencia de ciertas patologías como presión arterial alta, várices, infección, tumores o quistes en la matriz o en los pechos y problemas de infertilidad en la mujer. En el cuadro 4.8 se presentan los resultados obtenidos para diagnósticos realizados por un doctor o enfermera en las mujeres que tuvieron consulta médica durante los cinco años anteriores a la entrevista.

Las várices son el padecimiento más común, seguido por la presión arterial alta y las infecciones en la matriz. Lo menos frecuente son los problemas de infertilidad. Se observan también ciertas diferencias en los porcentajes por lugar de residencia de la entrevistada, pero siguen un padrón errático y en todo caso, las tres zonas geográficas muestran el mismo orden de prevalencia de los trastornos descritos.

Con el propósito de explorar posibles diferencias entre las mujeres jóvenes y de las más edad, se calcularon los porcentajes de prevalencia de las patologías para las menores de 30 años y las de 30 años y más, siempre agrupadas por lugar de residencia. Como era de esperar, la principal diferencia entre ambas categorías es la mayor incidencia de enfermedades entre las de más edad. En general, el problema de las várices se triplica, y el de la presión arterial alta e infecciones en la matriz se duplica para las de más edad con respecto de las menores de 30.

El orden de prevalencia de enfermedades se mantiene invariable, excepto para las mujeres más jóvenes residentes en la zona urbana fuera del Area Metropolitana, para quienes la principal patología reportada fue la presión arterial alta. También se observa para las menores de 30 años de zona rural, que la segunda enfermedad es la infección de la matriz, seguida de la presión arterial alta.

Los resultados muestran una asociación entre la prevalencia de las patologías descritas y la edad de la mujer y un efecto de segundo orden del lugar de residencia.

La lista de patologías fue diferente en la encuesta de 1986. En esta investigación se preguntó por presión alta, problemas para tener hijos, flujos vaginales anormales, infección de la matriz, várices, enfermedades venéreas, tumores, bolitas o quistes en los pechos. También aquí las várices fueron el padecimiento principal, seguido de la hipertensión entre las de 30 años y más, y de los flujos vaginales anormales entre las menores de 30.

La proporción de mujeres que declaran padecer de várices es prácticamente idéntica en ambas encuestas, pero en el caso de la hipertensión se dio un aumento muy significativo de 6.5% en 1986 a 13.9% en 1993. Además, en esta última encuesta pasó a ser la segunda patología principal también para las mujeres menores de 30 años.

Una conclusión importante al comparar las cifras de 1986 y 1993 es una disminución en años recientes del diferencial urbano-rural en la prevalencia de las patologías descritas.

Cuadro 4.1

Porcentaje que ha consultado un médico desde enero de 1987 según edad, residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Porcentaje
Total	89.1
Número de casos*	3618
Edad	
15-19	74.5
	613
20-29	91.8
	1274
30-39	92.1
	1094
40-49	93.1
	637
Residencia	
Area Metropolitana	91.0
	1107
Resto Urbano	87.8
	952
Rural	88.6
	1559
Educación	
Primaria incompleta	88.5
	649
Primaria completa	87.1
	1159
Secundaria incompleta	88.0
	792
Secundaria completa o más	92.7
	1018

* Los números en letra pequeña indican el número de casos en los cuales el porcentaje se basa

Cuadro 4.2

Distribución de las mujeres de 15 a 49 años, según prevalencia del fumado y edad promedio en que comenzaron a fumar según edad actual, residencia, educación, embarazo y el uso de anticonceptivos orales. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Número de casos	Porcentaje total que fuma	Porcentaje que fuma 10 o más cigarrillos	Edad a la que comenzaron a fumar
Total	3618	7.8	2.8	18.4
Edad				
15-19	613	3.4	1.1	15.5
20-24	598	7.2	1.7	16.4
25-29	676	7.0	2.2	18.0
30-34	601	10.3	4.3	18.0
35-39	493	9.7	4.1	19.1
40-44	375	9.6	4.3	20.0
45-49	262	9.2	3.1	22.1
Residencia				
Area Metropolitana	1107	13.0	4.4	18.6
Resto Urbano	952	6.9	2.6	18.8
Rural	1559	4.6	1.8	17.9
Educación				
Primaria incompleta	649	7.4	2.6	18.1
Primaria completa	1159	6.4	2.7	17.7
Secundaria imcompleta	792	8.2	2.5	18.6
Secundaria completa o más	1018	9.2	3.3	19.0
Está embarazada				
Sí	215	3.3	1.4	17.2
No o no sabe	3403	8.0	2.9	18.5
Uso de anticonceptivos orales				
Usa	482	10.0	3.3	18.1
Ya no usa	1392	9.2	3.4	18.5
Nunca ha usado	1744	5.8	2.2	18.3

Cuadro 4.3

Experiencia de tabaquismo y prevalencia del fumado según edad. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Total	Edad actual			
		15-24	25-29	30-39	40-49
Número de casos	3618	1211	676	1094	637
Han fumado diariamente alguna vez	16.7	10.6	14.8	22.4	20.3
Fuman actualmente	7.8	5.3	7.0	10.0	9.4

Cuadro 4.4

Porcentaje que fuma y que está tomando pastillas anticonceptivas según edad. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Total	Edad actual			
		15-24	25-29	30-39	40-49
Número de casos	3618	1211	676	1094	637
Porcentaje que fuman y toman pastillas anticonceptivas en relación con:					
Todas las mujeres	1.3	1.1	2.4	1.6	0.3
Las que toman pastillas	10.0	8.3	10.9	10.6	11.8

Cuadro 4.5

Porcentaje que comenzó a fumar en distintas edades, según edad en el momento de la entrevista. Mujeres de 15-49 años de edad.

		Edad actual			
	Total	15-24	25-29	30-39	40-49
Número de casos	3618	1211	676	1094	637
No han fumado	83.3	89.4	85.2	77.6	79.7
No sabe edad de inicio	0.4	0.2	0.3	0.7	0.5
Han fumado	16.3	10.4	14.5	21.7	19.8
Edad de inicio del fumado					
Antes de 15	2.8	2.6	1.8	3.6	3.0
15-17	5.8	5.3	5.6	6.8	5.2
18-20	4.7	2.1	4.7	7.4	5.2
21-24	0.9	0.5	1.2	0.6	1.6
25-29	1.2	-	1.2	2.2	1.7
30-39	0.8	-	-	1.1	2.5
40 y más	0.1	-	-	-	0.6
Entre los 15-24 años	11.4	7.9	11.5	14.8	12.0

Cuadro 4.6

Porcentaje con Papanicolau o citología alguna vez y en el último año según edad, estado conyugal, residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Número de casos	Porcentaje con Papanicolau	
		Alguna vez	Ultimo año
Total	3618	74.1	37.2
Edad			
15-19	613	17.9	9.8
20-24	598	64.6	37.2
25-29	676	84.7	44.7
30-34	601	90.4	45.3
35-39	493	95.1	44.4
40-44	375	94.9	43.5
45-49	262	94.3	41.0
Estado conyugal y edad			
Soltera 15-24	734	15.2	8.1
Soltera 25-49	317	50.8	21.6
No soltera 15-24	105	60.0	35.2
No soltera 25-49	2462	95.4	48.0
Residencia			
Area Metropolitana	1107	76.3	36.7
Resto Urbano	952	72.7	37.0
Rural	1559	73.5	37.6
Educación			
Primaria incompleta	649	80.7	35.4
Primaria completa	1159	75.0	37.8
Secundaria incompleta	792	63.5	33.9
Secundaria completa o más	1018	77.2	40.2

Cuadro 4.7

Distribución según la frecuencia de autoexamen de los pechos y porcentaje que acostumbra autoexaminarse según edad, residencia y educación. Mujeres de 30-49 años de edad.

	Número de casos	Porcentaje
Total	1731	100.0
Frecuencia de autoexamen		
Siempre	362	21.0
Casi siempre	119	6.9
A veces	193	11.1
Casi nunca	95	5.4
Nunca	962	55.5
Acostumbran autoexaminarse*		
Total	1731	39.1
Edad		
30-34	601	39.9
35-39	493	37.5
40-44	375	40.5
45-49	262	38.3
Residencia		
Area Metropolitana	515	40.4
Resto Urbano	479	42.8
Rural	737	35.8
Educación		
Primaria incompleta	417	31.7
Primaria completa	538	35.4
Secundaria incompleta	268	43.2
Secundaria completa o más	508	47.0

* Incluye las respuestas siempre, casi siempre y a veces

Cuadro 4.8

Distribución de la prevalencia de las patologías confirmadas por un médico o enfermera según residencia, por edad. Mujeres de 15-49 años de edad.

	Total	Area Metropolitana	Resto Urbano	Rural
Patologías confirmadas				
Número de casos	3618	1107	952	1559
1. Presión arterial alta	13.9	13.1	15.1	13.7
2. Varices	17.5	17.2	15.4	19.0
3. Infección de la matriz	11.4	10.0	9.5	13.4
4. Tumores o quistes en la matriz	5.1	6.1	5.2	4.2
5. Tumores o quistes en los pechos	5.7	6.8	5.1	5.2
6. Problemas de infertilidad	3.8	4.9	4.2	2.7
7. Otro problema	24.7	30.2	21.4	22.8
En mujeres menores de 30 años				
Número de casos	1887	592	473	822
1. Presión arterial alta	9.3	9.9	9.7	8.5
2. Varices	9.6	10.6	6.3	10.7
3. Infección en la matriz	7.6	6.7	5.1	9.6
4. Tumores o quistes en la matriz	2.8	3.2	2.1	2.8
5. Tumores o quistes en los pechos	4.7	5.7	3.0	5.0
6. Problemas de infertilidad	2.5	2.2	3.0	2.4
7. Otro problema	20.7	25.9	16.9	19.0
En mujeres de 30 años o más años de edad				
Número de casos	1731	515	479	737
1. Presión arterial alta	18.9	16.7	20.5	19.4
2. Varices	26.2	24.9	24.4	28.2
3. Infección en la matriz	15.5	13.8	14.0	17.6
4. Tumores o quistes en la matriz	7.6	9.5	8.4	5.8
5. Tumores o quistes en los pechos	6.7	8.0	7.3	5.4
6. Problemas de infertilidad	5.1	8.0	5.4	3.0
7. Otro problema	29.1	35.1	25.9	27.0

Cuadro 4.9

Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años, según edad, residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad

	Número de casos	No vacunada	Vacunada	No sabe
Total	3618	57.7	29.5	13.0
Edad				
15-19	613	48.9	30.6	20.5
20-24	598	54.1	28.2	17.7
25-29	676	62.6	27.7	9.6
30-34	601	62.5	26.7	10.8
35-39	493	62.5	29.0	8.5
40-44	375	54.4	34.4	11.2
45-49	262	55.9	34.9	9.2
Residencia				
Area Metropolitana	1107	51.3	39.9	8.8
Resto Urbano	952	61.0	26.8	12.3
Rural	1559	59.8	23.8	16.4
Educación				
Primaria incompleta	649	61.0	26.2	12.7
Primaria completa	1159	60.0	25.2	14.8
Secundaria incompleta	792	57.8	29.0	13.3
Secundaria completa o más	1018	52.2	36.9	10.9

CAPITULO 5

Nupcialidad: formación y disolución de las uniones

Helena Ramírez

5.1 Introducción.

El estudio de la nupcialidad tiene importancia por varias razones. En primer lugar, la unión marital constituye el hito que identifica el nacimiento de la familia nuclear y la iniciación del período socialmente aprobado para la procreación.

Dentro de un contexto más específico, la formación y disolución de las uniones durante la edad fértil de la mujer es un elemento clave en el estudio de los niveles y diferenciales de la fecundidad. En los análisis tradicionalmente se hace énfasis en la edad de iniciación de las relaciones maritales, la fracción del total de mujeres que se mantienen célibes y, para las mujeres cuyas uniones se extinguen, el tiempo transcurrido antes de formar otra unión conyugal.

Este capítulo describe los patrones actuales de formación de las uniones maritales y, aprovechando los resultados de encuestas anteriores, trata de identificar los cambios recientes ocurridos en la nupcialidad y su impacto en la exposición a concebir.

En Costa Rica, como en otros países de Latinoamérica, la unión libre, llamada también unión consensual o de hecho, es común y con frecuencia legalmente conlleva para la pareja similares responsabilidades y derechos. Por este motivo se empieza por cuantificar y señalar las tendencias de la unión consensual en períodos recientes, distinguiendo su prevalencia entre las distintas subpoblaciones del país. Seguidamente se describe la situación conyugal de las entrevistadas para los distintos grupos de edad, lugar de residencia, credo religioso y condición laboral.

El tema del divorcio ha cobrado actualidad en los últimos años. Aunque las posibilidades de proporcionar estimaciones detalladas sobre disolución de las uniones son limitadas, es posible presentar algunos resultados sobre disolución de la primera unión y la incidencia de uniones sucesivas, cifras que documentan la creciente inestabilidad marital que experimenta la sociedad costarricense en los últimos tiempos.

El aumento en las separaciones y divorcios disminuye el tiempo de exposición de la mujer al riesgo de embarazo. En un contexto más amplio, sus consecuencias se extienden a la crianza de los hijos, afectan la posición social y económica de la mujer y el bienestar de la familia.

La edad típica de la mujer a la primera unión, es un factor que influencia significativamente el riesgo de embarazo. Cuanto más joven se une la mujer, mayor es su tiempo de exposición a concebir.

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva incluyó también una sección sobre el período de noviazgo y el cortejo. El fin era obtener una mejor visión de la dinámica de

la formación de las uniones, así como medir el grado en que el inicio de la actividad sexual de la mujer se asocia con la percepción del compromiso y la inminencia del matrimonio.

Si bien la condición marital constituye el indicador por excelencia de exposición al riesgo de concebir, la encuesta también indagó sobre la frecuencia de actividad sexual con el fin de obtener una medición más precisa y eventualmente establecer las razones por las cuales, mujeres casadas que no deseaban más hijos, no hacen uso de métodos de planificación familiar. Este panorama se complementa con los temas de la susceptibilidad postparto, y la infertilidad involuntaria de la mujer y finalizando con una estimación de las mujeres expuestas al riesgo de concebir según su estado conyugal.

5.2 La unión libre

Convencionalmente las encuestas de fecundidad clasifican a las mujeres en tres categorías de estado conyugal: solteras, unidas y desunidas. La categoría de "unidas" comprende a las legalmente casadas así como aquellas en uniones de hecho, también denominadas uniones libres o consensuales. Aunque la unión libre ha existido en Costa Rica por mucho tiempo y en un grado significativo, solo en tiempos recientes se ha aceptado socialmente mas como alternativa de convivencia de la pareja. Por ejemplo, el nuevo Código de Familia promulgado en 1978, reconoce como válidos los derechos de las mujeres unidas de hecho, para efectos de pensión y herencia.

Los resultados de algunas encuestas documentan una leve tendencia ascendente en la incidencia de la unión libre en Costa Rica (Rosero, 1981), como muestran los siguientes datos.

Encuesta de:	Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años en unión libre
1976	18
1981	20
1986	21
1993	20

Aunque los censos de Población son potencialmente útiles en el análisis de las tendencias, debe tenerse en cuenta, que pueden subestimar la proporción de uniones consensuales, al considerar como solteras aquellas mujeres que se declaran como tales, aunque convivan con un hombre. Las encuestas, en cambio, son más precisas en la determinación del estado conyugal de la entrevistada, clasificando como unida, a la mujer legalmente soltera que vive en unión consensual.

Las cifras disponibles indican un aumento en la proporción de mujeres en unión libre entre 1976 y 1986, de 18% a 21%. Según la encuesta de 1993 la proporción es de un 20%, como en 1981. Aunque las variaciones no son de gran magnitud, en general

sugieren que durante las últimas décadas la prevalencia de uniones consensuales no ha disminuido.

Las comparaciones anteriores se refieren a la prevalencia de unión libre entre las mujeres unidas con edades de 20 a 49 años. Sin embargo, si se toma en cuenta también el grupo de edad de 15 a 19 años, la proporción global de uniones consensuales pasaría de 20% a 21 %, pues la frecuencia es mayor entre las mujeres de menor edad. El cuadro 5.1 permite observar que entre las jóvenes de 15 a 19 años actualmente unidas, la proporción de uniones consensuales asciende a 58%. El porcentaje cae drásticamente a 26% entre las unidas con 20 a 24 años, y continúa descendiendo con la edad de la mujer. Entre las entrevistadas de 45 a 49 años la proporción de unión libre es de 14%.

Los diferenciales en la incidencia de la unión libre según edad, sugieren que este tipo de arreglo marital se ha hecho más frecuente en los últimos años, pues es más común entre las mujeres jóvenes. Debe tenerse en cuenta que una significativa proporción de las uniones consensuales se formalizan posteriormente.

Al indagar sobre la situación legal al inicio de la primera unión, en la encuesta se encontró que un 60% de las mujeres unidas alguna vez, iniciaron su primera unión habiéndose casado por la iglesia y un 9% se había casado civilmente. Por lo tanto, un 31 % de ellas comenzó su vida marital sin haber formalizado la unión. Esta proporción es mayor que el 21 % de mujeres unidas consensualmente en la fecha de la entrevista, (cuadro 5.1), lo cual evidencia que varias de las uniones de hecho fueron formalizadas después.

La costumbre de iniciar la vida marital sin casarse parece ser más frecuente entre las mujeres de generaciones más recientes. El cuadro 5.2 presenta la proporción de mujeres cuya primera unión fue consensual para los diferentes grupos de edad. Para un 63% de las jóvenes no solteras de 15 a 19 años la primera unión fue de hecho, pero este es un grupo muy selecto de mujeres unidas a una edad muy temprana. Considerando las mujeres que al momento de la encuesta ya habían cumplido los 20 años de edad, unidas precozmente (antes de cumplir los 20), se percibe una clara tendencia ascendente a favor del inicio de la unión en forma consensual entre las cohortes más jóvenes. Entre mujeres de 40 años y más, cuya primera unión se dio antes de los 20 años, menos de la cuarta parte de las uniones empezaron como unión libre, mientras que entre mujeres de 20 a 29, esta proporción es cercana al 40%.

La proporción de uniones libres varía según el lugar de residencia y la religión de la mujer. Como indica el cuadro 5.3, la costumbre de empezar la unión sin casarse es más común entre las mujeres que fueron entrevistadas fuera del Valle Central. Más de un 40% de las que residen fuera de esta área geográfica iniciaron su vida conyugal en unión consensual, mientras que entre las mujeres del Valle Central la proporción es inferior al 30%.'

Al considerar el efecto de la religión, el cuadro 5.3 muestra que la prevalencia de uniones formales es mayor entre las mujeres católicas. La proporción de uniones empezadas como libres entre las entrevistadas católicas o de otra religión es cercana

al 30% en ambos casos, pero entre las no religiosas la proporción es de 56%[1.] Se debe hacer notar, que la encuesta preguntaba por el credo religioso al momento de la entrevista, y no por la filiación al momento de la unión.

5.3 El estado conyugal.

Como se indicó anteriormente, en esta encuesta las mujeres han sido agrupadas según su estado conyugal como solteras, unidas y desunidas. Esta última categoría la conforman las mujeres que no conviven con el cónyuge por separación o divorcio o porque han quedado viudas.

En el cuadro 5.4 se presentan las entrevistadas distribuidas por estado conyugal. Con el fin de realizar algunas comparaciones se incluyen también los resultados de las encuestas de fecundidad de 1976,1981 y 1986. Según las diferentes investigaciones, la proporción global de mujeres unidas y desunidas ha tendido a aumentar, mientras la fracción de solteras tiende a disminuir. Sin embargo, debe tomarse en cuenta el efecto del cambio en la estructura por edad que ha experimentado la población, ya que en las últimas encuestas hay menos mujeres de 15 a 24 años y más de 30 a 44 años, como puede observarse en el cuadro 5.5 que presenta la proporción de mujeres solteras, unidas y desunidas por grupos quinquenales de edad.

De acuerdo con estos datos, la proporción de unidas de 15 a 29 años no ha variado durante la década pasada, notándose, sin embargo, una tendencia descendente en la proporción de mujeres de 30 a 44 años de edad en unión. En este grupo de personas más maduras, las unidas eran más numerosas, relativamente hablando, con porcentajes que oscilaban entre 78 y 80%. Sin embargo, en la reciente encuesta las proporciones de mujeres unidas en esas edades es inferior al 75% y si se corrigiera el efecto del cambio en la estructura por edad en las diferentes encuestas, la proporción global de mujeres unidas en 1993 sería inferior a la obtenida en investigaciones anteriores.

Conociendo que la fracción de unidas por edad ha disminuido entre las mujeres de 30 a 39 años, es de interés determinar lo que ha ocurrido con las otras dos categorías del estado marital.

El detalle de la proporción de solteras y desunidas por grupos de edad se puede obtener de otras encuestas realizadas a nivel nacional si el análisis se limita a las mujeres de 20 a 49 años.

De acuerdo con los resultados que muestra el cuadro 5.5, desde 1976 la proporción de solteras ha disminuido en el grupo de edad de 20 a 29 años, mientras que la fracción de mujeres unidas se ha mantenido estable. Durante el mismo período, la proporción de mujeres alguna vez casadas, pero no en unión en el momento de la encuesta, aumentó, especialmente en las edades de 20 a 24 años, en las cuales la proporción de desunidas se duplicó de 4% en la encuesta de 1976 a 8% en la de 1993. En el grupo de mujeres de 25 a 29 años el aumento en la proporción de desunidas fue de 7 a 10%.

Entre las mujeres de 30 a 44 años no se observan cambios muy importantes en la proporción de solteras. La tendencia decreciente en la fracción de unidas de estos grupos de edad se debe, básicamente, a un aumento en la inestabilidad marital. La proporción de desunidas entre las mujeres de 35 a 39 años pasó de 10% en 1976 a 14% en 1993. En el caso del grupo de edad de 40 a 44 años el aumento fue mayor aún, ya que de 12% creció a 20%.

El análisis del estado marital por edad permite concluir que actualmente en Costa Rica, aproximadamente 7 de cada 10 mujeres están todavía unidas al final de su vida fértil, 2 están desunidas y 1 permanece soltera.

La participación de la mujer en la fuerza de trabajo tiene significativas consecuencias en la vida familiar. La mujer que labora, potencialmente contribuye con sus ingresos a mejorar la situación económica del hogar, pero el trabajo constituye una actividad que compite con las obligaciones socialmente atribuidas a la mujer en la familia. Además, en la sociedad costarricense, como en muchas otras, no existe un reparto equitativo entre los cónyuges de las responsabilidades del hogar. Especialmente en el cuido de los hijos, es la mujer sobre quien recae la mayor responsabilidad.

El cuadro 5.6 se ha elaborado con el fin de mostrar una relación entre la condición laboral de las mujeres y su estado conyugal. En este caso la encuesta permite agrupar a las entrevistadas en cuatro categorías: mujeres que trabajan, trabajan y estudian, estudian solamente y aquellas que no trabajan ni estudian. Como es de esperar, las mujeres que solo estudian o que trabajan y estudian a la vez, son relativamente más jóvenes. La estructura por edad es muy similar en el caso de las entrevistadas que solo trabajan y las que no trabajan ni estudian, lo cual permite comparar estas categorías por estado marital sin que la edad ejerza un efecto que deba corregirse.

Los diferenciales en las proporciones de cada estado conyugal para ambos grupos de mujeres son importantes. La proporción de solteras dentro de aquellas incorporadas al mercado laboral es más del doble de las que no lo están. También sobresale el hecho de que menos de la mitad de las que trabajan están unidas, frente a un 78% de las que no trabajan. Los datos indican que las mujeres económicamente activas son menos propensas a unirse, y que sus uniones son más inestables que las de mujeres que no trabajan. De hecho, si se calcula la proporción de desunidas entre las no solteras se comprueba que el 27% de las mujeres que trabajan se encuentran actualmente desunidas, en comparación con un 7% de las mujeres que no trabajan.

5.4 Disolución de la primera unión y uniones sucesivas

Las tendencias descritas en la inestabilidad marital están relacionadas con el incremento en la incidencia de nuevas nupcias. Un 23% de las mujeres unidas alguna vez habían disuelto su primera unión y un 12% se había casado más de una vez.

El cuadro 5.7 muestra la incidencia de desunión y de uniones sucesivas para las distintas subpoblaciones de mujeres. Como es natural, ambos fenómenos son más frecuentes entre las mujeres de más edad. Por ejemplo, entre las de 20 a 34 años la proporción de desunidas es cercana al 20%, mientras que tres de cada diez mujeres

de 40 y más años no conviven con su primer compañero. Un comportamiento similar se observa en la incidencia de nuevas nupcias. Entre las mujeres más jóvenes, menores de 30 años, la proporción de mujeres con uniones múltiples es de alrededor de 10%, en comparación con un 14% para las mayores de esa edad.

Aunque el lugar de residencia no muestra una relación definida. Sin embargo, la condición laboral, la religión y la situación legal inicial de la unión sí muestran cierta asociación con la inestabilidad marital y con la propensión a contraer nuevas nupcias. Al comparar las mujeres que solo trabajan con las que no trabajan ni estudian, se observa una mayor proporción de desunión y de uniones múltiples entre las económicamente activas[2]. Por su parte, las entrevistadas sin religión tienden a separarse y a formar uniones maritales repetidas con más frecuencia. Finalmente, la situación legal inicial de la primera unión parece influir sobre la incidencia de ambos fenómenos. Las mujeres cuya primera unión fue por la iglesia muestran menor propensión a separarse y a unirse nuevamente (15% y 6%) que las mujeres casadas civilmente (31 % y 17%) o unidas en forma consensual (37% y 21 %).

5.5 Tiempo vivido en la primera unión marital.

Un aspecto muy importante en el análisis de la nupcialidad es la duración de las uniones conyugales. El tiempo de exposición al riesgo de concebir está estrechamente asociado con la duración de estas durante la vida fértil de la mujer, lo cual a su vez depende de la edad en la que ocurrió la primera unión y a la propensión a separarse.

Una manera de enfocar este aspecto es midiendo el tiempo transcurrido desde la primera unión, teniendo en cuenta si al momento de la entrevista, la mujer aún se encuentra casada con la misma persona. Los cálculos elaborados se presentan en el cuadro 5.8.

Los datos de la encuesta de 1976 permiten documentar el aumento experimentado en la disolución de uniones, ya sea debido a viudez, separación o divorcio, en la sociedad costarricense. La proporción global de uniones disueltas subió en el transcurso de los últimos diecisiete años de 19% a 23%. En la actualidad, el 12% de las parejas dejan de vivir juntas antes del quinto aniversario. Entre aquellas mujeres que se casaron hace por lo menos treinta años, un 45% de ellas ya no convive con su primer esposo, cifra que en 1976 era de 38%. Teniendo en cuenta que la mortalidad en el país ha estado en descenso, el aumento observado en la inestabilidad marital solo puede ser explicado por una propensión creciente a la separación y al divorcio.

La duración esperada de la primera unión es un índice más adecuado para resumir la inestabilidad marital. Para calcularlo, se estandarizó el tiempo vivido en primeras nupcias, haciendo un promedio simple de los porcentajes de mujeres aún casadas según el tiempo transcurrido desde que se unieron por primera vez. De este modo, se logró describir la experiencia durante los primeros 25 años de vida conyugal. El porcentaje estandarizado de duración para las primeras uniones en Costa Rica bajó de 81.6% en 1976 a 79.8% en 1993. Esto implica que durante los 25 años que siguen al matrimonio, se espera que una mujer viva 19.9 años con el primer esposo, cifra

menor que los 20.4 años calculados con base en la experiencia de nupcialidad de la encuesta de 1976.

5.6 Edad a la primera unión.

En el estudio de la fecundidad, la edad a la cual la mujer se une por primera vez ocupa un papel especialmente destacado. Teniendo en consideración que el período fértil de la mujer es bien definido, en la medida en que la mujer pospone su primera unión, decrece el tiempo de exposición para concebir.

El cuadro 5.9 se ha elaborado con el fin de mostrar la evolución de la edad a la cual las mujeres inician su vida marital. Los resultados que se muestran son los porcentajes acumulativos de mujeres unidas en las diferentes edades, teniendo en cuenta la cohorte de nacimiento. Las mismas cifras han sido dibujadas en el gráfico 5.1, en el cual se destacan varios aspectos. En primer lugar, los porcentajes de mujeres casadas o unidas a edades tempranas, por ejemplo 15 ó 17 años, han tendido a decrecer pero levemente. Se observa además que no ha habido cambios en los porcentajes de mujeres casadas a los veinte años, con la excepción de la cohorte de mujeres nacida entre 1966 y 1970, pero los datos sugieren una propensión creciente a unirse un poco más tardíamente, como se ilustra con las proporciones de mujeres en unión a los 22 y 25 años.

Se debe hacer notar que las mujeres nacidas en el período 1966-70 muestran una tendencia a formar uniones a más temprana edad. Al menos parte, de este comportamiento puede ser atribuido a que constituyen una cohorte más pequeña de nacimientos para la que existen potencialmente más pretendientes: aquellos hombres nacidos en promedio tres años antes durante el período de rápido descenso de la fecundidad.

La educación es una variable en la que se pone mucho énfasis como medio por el cual pueden alcanzarse considerables mejoras en muy diferentes campos. En el contexto de la nupcialidad y la fecundidad, la escolaridad podría tener variados efectos. El más inmediato, es la posposición de la edad a la primera unión que se origina en una permanencia más prolongada de la mujer en el sistema educativo. El cuadro 5.10 muestra las proporciones acumulativas de mujeres ya unidas por primera vez a las diferentes edades, cifras calculadas con base en un análisis longitudinal, para las mujeres hasta con educación primaria completa y aquellas que lograron un nivel mayor de escolaridad. Como se puede observar también en el gráfico 5.2, a cada edad las proporciones de mujeres con menor educación ya casadas o unidas, son mayores que aquellas que corresponden al grupo de más escolaridad, excepto en edades muy avanzadas cuando ambas subpoblaciones presentan patrones de nupcialidad similares.

Los valores calculados permiten resumir el efecto total sobre la nupcialidad de una mayor educación. Antes de cumplir los treinta años, una mujer que ha tenido educación primaria completa o menos, vive en promedio 21.2 años en soltería, mientras aquellas con más escolaridad viven 23.3 años. La diferencia tiene especial significación si se toma en cuenta que es un tiempo de exposición menor en una etapa del ciclo reproductivo donde la fecundidad de la mujer es más elevada.

5.7 El noviazgo.

Un trabajo anterior, postuló que la propensión a tener relaciones sexuales premaritales entre las jóvenes costarricenses de 15 a 24 años aumenta con el compromiso nupcial y la inminencia del matrimonio (Rosero, 1991). Con el propósito de conocer más a fondo las características del período de cortejo, se incluyó en la ENSR-93 varias preguntas referentes a la naturaleza del compromiso matrimonial.

El 55% de las entrevistadas dijeron haber estado comprometidas para casarse alguna vez. Sin embargo, como muestra el cuadro 5.11, no parece ser frecuente que las mujeres se comprometan en más de una ocasión, pues nueve de cada diez de ellas solo han tenido un compromiso. Además, en la mayoría de los casos, las mujeres dicen que la primera formalización del noviazgo condujo al matrimonio legal (77%) o unión consensual (3%)[3]. En el momento de la entrevista, un 5% continuaba comprometida por primera vez o había disuelto la obligación (15%).

La tendencia por edad de la proporción de mujeres comprometidas alguna vez (cuadro 5.12), sugiere que dos terceras partes de las costarricenses se comprometen. Si se tiene en cuenta que la proporción estimada de mujeres en celibato permanente es aproximadamente un 9%, entonces entre un 20 y un 25% de las costarricenses comienzan su vida conyugal sin que medie un compromiso formal para casarse.

Sin embargo, comprometerse en matrimonio parece tener distinto significado entre las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos. El cuadro 5.13 presenta algunos resultados de acuerdo el lugar de residencia. Entre las mujeres del Area Metropolitana y de otras localidades urbanas del Valle Central, las proporciones son muy similares, pero la proporción de unidas alguna vez, es mucho mayor que la proporción que se ha comprometido en algún momento entre las mujeres que viven fuera del Valle Central. Estos resultados son consistentes con la naturaleza de las uniones en los diferentes ámbitos geográficos, ya que como se ilustró en el cuadro 5.3, casi la mitad de las primeras uniones fueron consensuales entre las mujeres residentes fuera del Valle Central.

Otro aspecto importante sobre el cortejo es la edad en la cual el compromiso tiene lugar, así como su duración, medida esta por la diferencia entre la fecha del primer compromiso y la fecha de la primera unión. La mitad de las mujeres que se comprometieron alguna vez lo hicieron antes de cumplir los 19 años. Este dato enfatiza el carácter precoz de los patrones de nupcialidad de la sociedad costarricense y la alta prioridad que el matrimonio constituye aún para la mujer.

En el cuadro 5.14 se presenta la distribución de las entrevistadas que se comprometieron alguna vez según la edad de su primer compromiso y por edad actual de la mujer. Considerando solamente las mujeres de 25 a 44 años de edad, no se observan diferencias importantes en la edad del primer compromiso entre las mujeres de las distintas cohortes. Aproximadamente el 30% se comprometió antes de los 18 años y el 50% antes de cumplir los 20.

La duración del compromiso trató de medirse comparando la edad en la que este ocurrió y la edad en la que se efectuó la unión para aquellas entrevistadas comprometidas y unidas una sola vez, grupo que constituye un 72% del total de mujeres con promesa de matrimonio. El cuadro 5.15 muestra la distribución de los compromisos según la duración en meses para los casos seleccionados de acuerdo con el criterio anteriormente expuesto. Las cifras obtenidas documentan una duración mediana del compromiso de 4 meses. En este cuadro, la categoría "compromisos posteriores a la fecha de la unión" son generalmente situaciones en las cuales esta se inició como unión libre.

Con el fin de evaluar la tesis de que el compromiso matrimonial aumenta la propensión a tener relaciones sexuales premaritales, se ha preparado el cuadro 5.16 que presenta la proporción de mujeres solteras con experiencia sexual, según hayan estado comprometidas. En principio, los datos muestran congruencia con la hipótesis, ya que una de cada dos mujeres solteras que han estado comprometidas tiene experiencia sexual premarital, mientras que solo una de cada cuatro mujeres que nunca se han comprometido han tenido relaciones sexuales.

5.8 Actividad sexual

La mayoría de los estudios de fecundidad analizan la actividad sexual solamente entre las mujeres unidas, enfoque que puede ser inapropiado en la medida en que exista una alta incidencia de relaciones sexuales fuera del matrimonio.

El cuadro 5.17 documenta la experiencia reciente de las mujeres costarricenses. De acuerdo con estos resultados, la actividad sexual de las solteras no es muy frecuente, pues aunque el 27% de ellas han tenido relaciones sexuales alguna vez, solo el 9% tuvo relaciones durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. Sin embargo, la actividad sexual es mayor entre las mujeres desunidas, entre quienes una de cada tres tuvo relaciones durante las cuatro semanas antes de la encuesta. Un mayor detalle se ofrece en el cuadro 5.18, donde aparece la proporción de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas anteriores a la entrevista por grupos de edad y según su estado marital.

La actividad sexual en las últimas cuatro semanas es alta y muy estable para todas las mujeres unidas, excepto aquellas de 45 a 49 años, cuando se espera que comience a ser significativo el efecto de otros factores que, asociados a la edad, afectan la actividad sexual y hacen descender la frecuencia de relaciones sexuales. Como es de esperar, en el grupo de mujeres alguna vez casadas, pero no en unión en el momento de la encuesta, la práctica sexual no tiene la misma intensidad que entre las casadas, aunque muestra niveles considerablemente altos. Las mujeres separadas, divorciadas o viudas, más activas sexualmente, son aquellas entre 20 y 34 años, grupo en el cual entre el 36% y el 48% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales en las cuatro semanas inmediatamente anteriores a la entrevista.

Las solteras son quienes presentan las menores proporciones de actividad sexual en el período considerado, como es también de esperar. Sin embargo, llama la atención

que hay menos variabilidad entre la práctica sexual premarital de las solteras de diferentes edades.

La encuesta de 1986 incluyó una pregunta similar sobre la frecuencia de relaciones sexuales, pero en esa oportunidad se preguntó a las entrevistadas si habían tenido relaciones sexuales en los 30 días anteriores a la entrevista. En cambio, la pregunta incluida en la encuesta de 1993 tuvo como referencia las últimas cuatro semanas antes de la entrevista. Los resultados de esta comparación se presentan en el cuadro 5.19.

Los datos sugieren una mayor actividad sexual en las mujeres entrevistadas en 1993 respecto de las entrevistadas en 1986. Aunque las diferencias son sistemáticas y de la misma dirección en todos los grupos de edad, los resultados de la comparación no son concluyentes, pues la diferencia entre las series de cifras podrían deberse a un aumento en la actividad sexual de las mujeres entre 1986 a 1993, a una mayor desinhibición para informar sobre la actividad sexual en tiempos recientes, a la forma en que las preguntas fueron planteadas, o a una combinación de los factores citados.

También se preguntó en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva sobre el número de relaciones sexuales durante la última semana antes de la entrevista, con los resultados que se muestran en el cuadro 5.20 para las mujeres en unión. El valor modal es una relación sexual por semana para las mujeres unidas, pero su promedio semanal de relaciones sexuales es de 1.5. La encuesta de 1986 incluyó una pregunta similar, pero hacía referencia al número de días en que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 8 días antes de la entrevista. En esa investigación el promedio correspondiente fue de 1.3 días a la semana.

5.9 No susceptibilidad posparto

El período de infertilidad temporal después de un parto es un muy importante grado de exposición al riesgo de concebir de una mujer en edad fértil. En la encuesta se trató de medir la influencia de este factor a través de la pregunta sobre la duración de la amenorrea y de la abstinencia después del último parto de la entrevistada, se obtuvo las cifras que muestra el cuadro 5.21. A los dos meses después del nacimiento del último hijo, un 50% de las mujeres habían reanudado su ciclo menstrual y un 97% antes de que se cumpliera un año.

Las cifras del cuadro 5.23 también documentan un período muy breve de abstinencia sexual postparto, ya que la duración mediana fue solo de dos meses y únicamente el 19% tardó tres meses o más en volver a tener actividad sexual.

Como se puede observar en los cuadros 5.21 y 5.22, la duración de la amenorrea y la abstinencia postparto tienen poca variabilidad entre diferentes grupos de mujeres. Sin embargo, la amenorrea parece ser ligeramente más prolongada en aquellas madres con más hijos y de más edad. Por su parte la reanudación de la actividad sexual parece demorarse más entre las mujeres del Valle Central y entre aquellas con menos de 3 hijos.

La proporción global de mujeres unidas, que en el momento de la entrevista no estaban expuestas al riesgo de concebir, por encontrarse en amenorrea o abstinencia postparto, fue de un 7%

5.10 Infertilidad

Finalmente, el nivel de infertilidad voluntaria o involuntaria interviene en el riesgo de concebir de la mujer. Con respecto de la infertilidad involuntaria la encuesta permite cuantificar la magnitud del problema de diferentes maneras. En una primera medición, un 4.7% de las mujeres en unión dijo habérseles diagnosticado problemas de infertilidad en las visitas que hicieron al médico en el tiempo transcurrido desde enero de 1987. Mediante otro enfoque, un 20% de las mujeres unidas dijo no usar métodos anticonceptivos y no poder quedar embarazadas en los siguientes 30 días por considerarse infértiles.

5.11 Resumen

La exposición al riesgo de concebir para las mujeres en Costa Rica presenta actualmente las siguientes características.

1. Un incremento en los porcentaje de mujeres casadas o unidas antes de los 25 años.

2. Un aumento en la inestabilidad marital con una tendencia creciente hacia la separación y el divorcio. El tiempo esperado de duración de la primera unión se ha reducido, y por lo tanto, también, los años de vida fértil de una mujer vividos dentro del matrimonio.

3. Una estimación de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo en el momento de la encuesta es el siguiente:

Total de mujeres en la muestra	3618
Mujeres en unión	2191
Mujeres en amenorrea y/o abstinencia postparto	-154
Mujeres infértiles involuntariamente	-44
Mujeres en unión expuestas al riesgo de concebir	1993

Estas 1993 mujeres expuestas al riesgo de embarazo representan el 91% de las mujeres en unión y un 55% del total de mujeres entrevistadas en la encuesta de 1993.

5.12 Notas

1. Los casos de entrevistadas sin credo religioso representan menos del 5% de la muestra total.

2. Las mujeres que estudian y las que trabajan y estudian son bastante menores que las otras, y además, representan una minoría de la muestra.

3. Llama la atención este 3% de compromisos concluidos en unión consensual frente a un 77% que concluyeron en matrimonio, puesto que en esta encuesta un 31 % de las uniones empezaron como unión consensual (véase cuadro 5.3). Esto parece asociar el compromiso con cierto grado de formalidad en la constitución de las uniones.

5.13 Referencias

1. Asociación Demográfica Costarricense, "Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud Costa Rica 1986", San José, 1987.

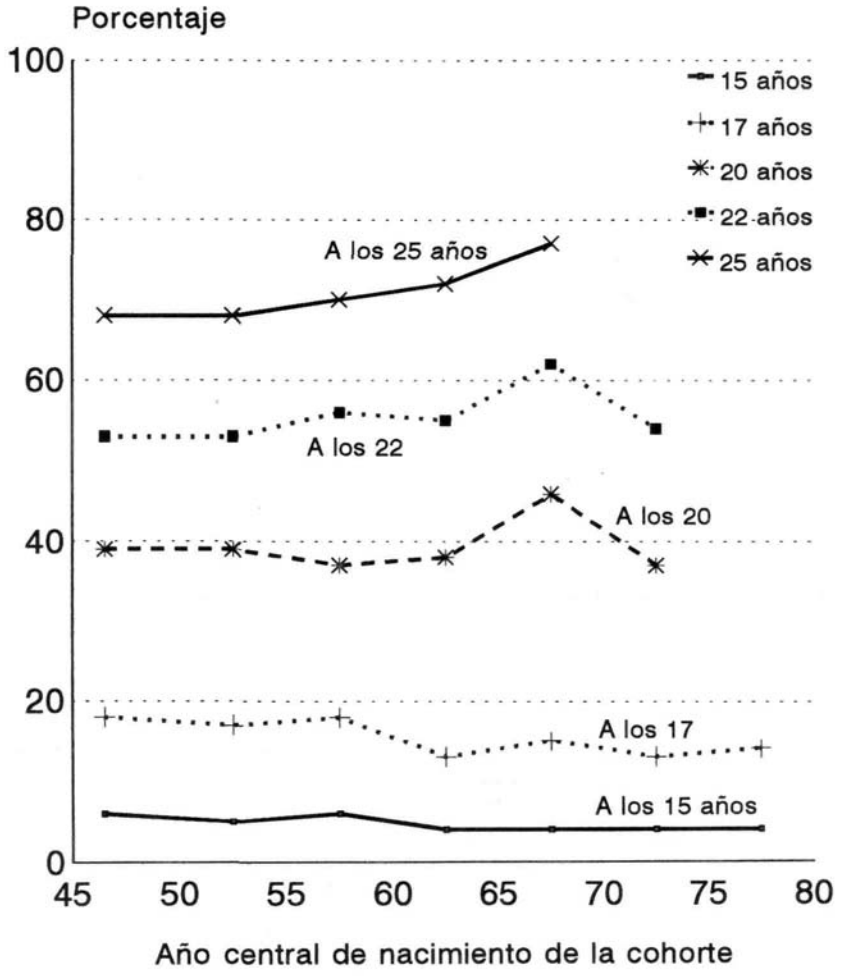
2. Lloyd, Cynthia. "Family and Gender Issues for Population Policy", The Population Council, Working Papers, No. 48, 1993.

3. Rosero B. Luis, "Nupcialidad y Exposición al Riesgo de Embarazo en Costa Rica", Notas de Población, CELADE, No. 17, 1978.

4. Rosero B. Luis, "Fecundidad y Anticoncepción en Costa Rica 1981", San José, Costa Rica, 1981.

5. Rosero B. Luis, "Premarital Sex in Costa Rica: Incidence, Trends and Determinants", International Family Planning Perspectives, Vol. 17, No. 1, March 1991.

Proporción de mujeres unidas por primera vez al cumplir 15, 17, 20, 22 y 25 años de edad según cohorte* de nacimiento de la mujer.



* Cohortes: nacidas antes de 1950, 51-55, 56-60, 61-65, 68-70, 71-75, 76-80

Gráfico 5.1

Cuadro 5.1

Proporción de unión libre entre las mujeres unidas por edad actual

	n	%
Edad actual		
15-19	92	58
20-24	322	26
25-29	490	20
30-34	456	19
35-39	369	20
40-44	271	17
45-49	191	14
Total	2191	*21

* Proporción de unión entre mujeres de 15 a 49 años

Cuadro 5.2

Proporción de mujeres alguna vez unidas, cuya primera unión se inició como unión libre por edad actual y edad a la primera unión.

	Total		Edad a la primera unión			
			Menos de 20		20 y más	
	n	%	n	%	n	%
Edad actual						
15-19	105	64	105	64	-	-
20-24	372	37	294	41	78	21
25-29	554	32	299	40	254	22
30-34	518	31	245	37	270	25
35-39	436	29	222	32	212	26
40-44	344	23	153	23	190	23
45-49	238	24	113	26	123	22
Total	2567	31	1431	37	1127	24

Nota: 9 casos con edad en la primera unión desconocida

Cuadro 5.3

Proporción de mujeres alguna vez unidas, cuya primera unión se inició como unión libre por lugar de residencia y religión.

	n	%
Total	**2567**	**31**
Residencia		
Area metropolitana	755	29
Resto Urbano Valle Central	345	12
Resto Rural Valle Central	540	24
Resto Urbano fuera del Valle Central	308	44
Resto Rural fuera del Valle Central	619	45
Religión		
Católica	2042	30
Otra religión	446	35
Sin religión	79	56

Cuadro 5.4

Distribución de las entrevistadas según el estado conyugal
Encuestas 1976, 1981, 1986 y 1993

	Encuesta *1976	Encuesta 1981	Encuesta 1986	Encuesta 1993
Estado conyugal				
Total	100	100	100	100
Unidas	68	57	59	61
Solteras	23	37	31	29
Desunidas	9	7	10	10

* Mujeres de 29-49 años

Cuadro 5.5

Distribución de las entrevistadas en unión, solteras y desunidas por grupos de edad.

Edad actual	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Porcentaje en unión				
Total	...	57	59	61
15-19	ND	15	18	15
20-24	51	54	54	54
25-29	68	72	72	73
30-34	78	79	80	76
35-39	77	80	76	75
40-44	78	78	74	73
45-49	72	74	73	73
Porcentaje de solteras				
15-19			80	83
20-24	45	43	41	38
25-29	25	21	17	18
30-34	12	13	9	14
35-39	13	1	8	12
40-44	10	8	7	8
45-49	10	8	9	9
Porcentaje de desunidas				
15-19			3	2
20-24	4	3	5	8
25-29	7	7	11	10
30-34	10	10	11	10
35-39	10	9	16	14
40-44	12	14	19	20
45-49	18	18	18	18

* En 1976 solo se investigó a las mujeres entre 20 a 49 años.

Cuadro 5.6

Distribución de las mujeres por estado marital según condición laboral

Estado marital	Condición laboral			
	Trabaja	No trabaja ni estudia	Trabaja y estudia	Estudia
Solteras	34	15	59	85
Unidas	48	78	29	13
Otro	18	7	12	2
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	1129	2026	145	318

Cuadro 5.7

Proporción de mujeres cuya primera unión fue disuelta y proporción de unidas más de una vez entre las mujeres alguna vez casadas por edad actual, lugar de residencia, condición laboral, religión y situación legal inicial de la primera unión.

Edad actual	Alguna vez unidas	Primera unión disuelta %	Unida dos veces o más %
Total	2567	23	12
15-19	105	15	5
20-24	372	20	9
25-29	554	19	10
30-34	518	21	11
35-39	436	25	14
40-44	344	31	14
45-49	238	31	15
Lugar de residencia			
Area Metropolitana	755	28	13
Valle Central Urbano	345	20	8
Valle Central Rural	540	17	9
Resto Urbano	308	30	16
Resto Rural	619	20	12
Condición laboral			
Trabaja	741	36	15
No trabaja	1720	17	10
Estudia	47	13	4
Trabaja y estudia	59	39	12
Religión			
Católica	2042	22	11
Otra religión	446	23	13
No creyente	79	43	30
Situación legal primera unión			
Casadas por iglesia	1541	15	6
Casadas civil	225	31	17
No casadas	801	37	21

Cuadro 5.8

Distribución de las mujeres no solteras por tiempo transcurrido desde que se unió por primera, según estado actual de su primera unión

Años transcurridos desde el inicio	Total	No disuelta		Disuelta	
		1976	1993	1976	1993
Total	100.0	81.4	76.9	18.6	23.1
Menos de 5	100.0	90.6	87.5	9.4	12.5
5 a 9	100.0	85.5	77.4	14.5	22.6
10 a 14	100.0	82.0	78.3	18.0	21.7
15 a 19	100.0	79.1	73.4	20.9	26.6
20 a 24	100.0	71.0	67.6	29.0	32.4
25 a 29	100.0	73.1	67.7	26.9	32.3
30 y más	100.0	62.2	55.0	37.8	45.0
Porcentajes estandarizados para los primeros 25 años de duración	100.0	81.6	76.8	18.4	23.2

Cuadro 5.9

Porcentaje acumulativo de mujeres ya no solteras a las edades exactas indicadas según año de nacimiento de la cohorte.

Edad	Total	Año de nacimiento de la cohorte						
		1950 o antes	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80
15	5	6	5	6	4	4	4	4
16	9	11	10	12	8	8	8	6
17	15	18	17	18	13	15	13	14
18	23	24	25	23	20	24	22	14
19	31	30	31	29	30	36	30	
20	40	39	39	37	38	46	37	
21	48	45	47	47	47	54	48	
22	56	53	53	56	55	62	54	
23	61	58	57	60	61	67	54	
24	67	65	63	66	67	72		
25	71	68	68	70	72	77		
26	75	72	72	74	76	80		
27	78	75	75	76	79	85		
28	80	77	79	79	82	85		
29	82	79	80	81	84			
30	84	82	82	84	84			
31	86	83	84	86	86			
32	88	85	85	88				
33	89	88	87	90				
34	90	89	88	90				
35	91	90	89					

Cuadro 5.10

Porcentaje acumulativo de mujeres ya no solteras a las edades exactas indicadas según nivel de educación.

Edad	Total	Nivel de educación	
		Primaria o menos	Secundaria o más
15	5	8	1
16	9	15	3
17	15	24	7
18	23	33	12
19	31	42	20
20	40	51	28
21	48	58	38
22	56	65	47
23	61	68	53
24	67	73	61
25	71	77	66
26	75	80	70
27	78	82	73
28	80	84	76
29	82	85	79
30	84	86	82
31	86	88	84
32	88	89	87
33	89	90	88
34	90	91	89
35	91	92	91

Cuadro 5.11

Distribución de las mujeres comprometidas alguna vez por número de compromisos y resultado del primer compromiso

Número de compromisos	n	%
Total	**1991**	**100**
Uno	1802	91
Dos o más	189	9
Resultado del primer compromiso		
Se casó	36	77
Se unió	60	3
Sigue comprometida	91	5
Rompió compromiso	304	15

Cuadro 5.12

Proporción de mujeres comprometidas alguna vez por edad actual

Edad actual	%	Comprometida alguna vez
15-19	613	17
20-24	598	51
25-29	676	65
30-34	601	65
35-39	493	67
40-44	375	67
45-49	262	67
Total	**3618**	**55**

Cuadro 5.13

Proporción de mujeres comprometidas alguna vez y solteras por lugar de residencia

Residencia	Número de casos	Proporción de comprometidas alguna vez	Proporción de solteras
Area Metropolitana Valle Central	**1107**	**60**	**32**
Resto Urbano Valle Central	537	59	36
Resto Rural Valle Central	729	59	26
Resto Urbano fuera del Valle	415	48	26
Resto Rural fuera del Valle	830	45	25
Total	**3618**	**55**	**29**

Cuadro 5.14

Distribución de las mujeres comprometidas alguna vez por edad del primer compromiso según edad actual.
Mujeres con edades actuales de 25 a 44 años.

	Edad actual			
Edad al primer compromiso	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40-44**
Menos de 15	2	3	7	8
15 a 17	25	19	22	19
18 a 19	20	20	19	16
20 a 21	20	18	14	15
22 a 24	22	16	17	18
25 y más	*11	*24	*21	*24
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	355	296	232	171

* Experiencia incompleta. Pueden todavía comprometerse.

Cuadro 5.15

Distribución de los compromisos por duración. Mujeres comprometidas y unidas una sola vez cuyo compromiso terminó en unión legal o consensual.

Duración (meses)	Porcentaje
Menos de 3 meses	26
3 a 6	36
7 a 12	17
Más de 12	14
Compromiso posterior a la unión	7
Total	**100**
Número de casos	1214

Cuadro 5.16

Distribución de las entrevistadas solteras, comprometidas y no comprometidas según experiencia sexual.

Con experiencia sexual	Total	Comprometidas	No comprometidas
No	73	55	77
Si	27	45	23
Total	100	100	100
Número de casos	1051	181	870

Cuadro 5.17

Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez, en el último mes y en la última semana según su estado marital.

Relaciones sexuales	Total %	Solteras %	Unidas %	Desunidas %
No han tenido	21	73	1	1
Han tenido alguna vez	79	27	99	99
1/ En el último mes	15	4	20	15
En la última semana	46	5	70	18

1/ Excluye a las mujeres que no han tenido en la última semana.

Cuadro 5.18

Proporción de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas por grupos de edad y según estado conyugal.

Grupos de edad	Total %	Unidas %	Desunidas %	Solteras %
Total	**61**	**91**	**33**	**10**
Número de casos	3618	2191	376	1051
15-19	19	98	23	6
20-24	58	92	48	12
25-29	72	92	36	11
30-34	75	91	44	13
35-39	75	92	33	11
40-44	72	91	23	16
45-49	63	810	19	13

Cuadro 5.19

Proporción de entrevistadas que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 30 días según la encuesta de 1986 y proporción que tuvo relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas según la encuesta de 1993.

	1986		1993	
Grupos de edad	n	%	n	%
Total	**3527**	**54**	**3618**	**61**
15-19	702	16	613	19
20-24	677	50	598	58
25-29	662	66	676	72
30-34	537	74	601	75
35-39	403	68	493	75
40-44	296	64	375	72
45-49	250	58	262	63

Cuadro 5.20

Distribución de las mujeres en unión según número de veces que tuvieron relaciones sexuales en la semana anterior a la entrevista[1].

	Porcentaje
Total	**100**
Número de casos	1992
N° de relaciones	
0	23
1	39
2	21
3	10
4	4
5 ó más	3
Promedio	**1.5**

1/ Mujeres con relaciones sexuales en el último mes.
* 6 Mujeres no especificaron la información solicitada.

Cuadro 5.21

Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos, según duración de la amenorrea después del parto del último hijo nacido vivo. Excluye mujeres en amenorrea en el momento de la entrevista

Duración	%	% acumulado
0 meses	2	2
1 mes	42	44
2 meses	16	62
3 - 12 meses	37	97
13 - 48 meses	3	100
Total	100	
Número de casos	1891	

Cuadro 5.22

Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos por duración de la menorrea postparto después del nacimiento del último hijo, según lugar de residencia, número de hijos nacidos vivos, edad actual y condición laboral.
Excluye mujeres con amenorrea postparto en el momento de la entrevista.

	Número de casos	Total %	Duración amenorrea postparto en meses			
			0-1	2	3-12	13-48
Total	**1891**	**100**	**44**	**16**	**37**	**3**
Edad actual						
15-24 años	288	100	48	12	38	2
25-34 años	820	100	42	16	38	4
35 y más años	783	100	44	17	36	4
Residencia						
Area Metropolitana	517	100	44	18	35	3
Valle C. Urbano	253	100	44	17	36	4
Valle C. Rural	417	100	42	19	37	2
Fuera Valle Urbano	221	100	48	9	39	4
Fuera Valle Rural	483	100	42	13	39	6
Hijos nacidos vivos						
0-2	906	100	47	16	35	2
3-4	682	100	42	15	39	4
5 y más	303	100	39	17	38	6
Situación laboral						
No trabaja	1364	100	44	16	37	4
Trabaja	456	100	40	18	39	3
Trabaja y estudia	38	100	66	10	24	-
Solo estudia	33	100	58	9	3	-

Cuadro 5.23

Distribución porcentual de las mujeres en unión con hijos nacidos vivos por duración de la abstinencia después del nacimiento del último hijo, según lugar de residencia, número de hijos nacidos vivos, edad actual y condición laboral.
Excluye mujeres con amenorrea postparto en el momento de la entrevista.

	Número de casos	Total %	Duración amenorrea postparto en meses			
			0-1	2	3-12	13-48
Total	**1964**	**100**	**47**	**34**	**19**	**4**
Edad actual						
15-24 años	312	100	48	35	17	2
25-34 años	863	100	46	36	18	4
35 y más años	789	100	48	31	21	4
Residencia						
Area Metropolitana	534	100	43	35	22	3
Valle C. Urbano	260	100	35	43	22	4
Valle C. Rural	437	100	47	37	16	2
Fuera Valle Urbano	235	100	57	22	21	4
Fuera Valle Rural	498	100	54	31	15	6
Hijos nacidos vivos						
0-2	943	100	43	37	20	2
3-4	704	100	51	32	17	4
5 y más	317	100	51	29	20	6
Situación laboral						
No trabaja	1425	100	48	35	17	4
Trabaja	466	100	45	32	23	3
Trabaja y estudia	39	100	44	44	12	-
Solo estudia	34	100	53	32	15	-

Cuadro 5.24

Mujeres unidas que han tenido hijos nacidos vivos. Proporción en amenorrea o abstinencia postparto en el momento de la entrevista

En abstinencia	Total	En amenorrea	
		Sí	No
Total	**100.0**	**6.6**	**93.4**
Sí	2.8	2.4	0.4
No	97.2	4.2	93.0

CAPITULO 6

Práctica sexual de las mujeres de 15 a 24 años

Víctor M. Gómez
Socorro Gross

6.1 Introducción

Recientemente ha habido un marcado énfasis por el estudio del comportamiento sexual y reproductivo de los grupos jóvenes de la población (Ferraz, et. al. 1990; Mayer, e. al. 1988; Morris, 1991; Gómez, 1993). Este interés se origina en las altas tasas de fecundidad que muestran las mujeres al comienzo del período reproductivo, asociadas a una iniciación temprana de la actividad sexual en condiciones de inmadurez física, psicológica y probablemente en situaciones económicas adversas. Existen también bien fundados indicios de que las tasas de fecundidad en edades muy tempranas están relacionadas con una mayor incidencia de problemas durante el embarazo, complicaciones durante el parto y probablemente, una propensión más alta al aborto.

Un comienzo temprano de la vida reproductiva es un obstáculo muy significativo en el progreso y mejoramiento de la condición de la mujer; difícilmente contribuye al bienestar de la la familia, y probablemente, repercute negativamente en el desarrollo de los hijos, especialmente cuando estos nacen y crecen fuera del matrimonio.

Como en otros países latinoamericanos, las tasas de fecundidad entre las mujeres costarricenses de 15 a 19 años son considerablemente altas y no han acompañado el significativo descenso global de la natalidad, ya que el comportamiento reproductivo de las mujeres jóvenes ha variado muy poco. Este capítulo complementa los resultados presentados en el anterior y tiene como objetivo explorar el grado de exposición al embarazo entre las mujeres de 15 a 24 años cumplidos. Se describen aquí algunos resultados relacionados con el inicio de la actividad sexual premarital.

6.2 Perfil de la mujer costarricense entre 15 y 24 años cumplidos

Las mujeres de 15 a 24 años entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva pertenecen a las cohortes más pequeñas, originadas en la menor cantidad de nacimientos ocurridos durante el transcurso del gran descenso de la fecundidad que tuvo lugar entre 1960 y mediados de los años 70. Como se muestra en el cuadro 6.1, los grupos de mujeres con edades entre 15-19 y 20-24 tienen en la encuesta tamaños relativos similares.

Un 2.4% del total de las mujeres de 15 a 24 años, tiene un muy limitado acceso a la educación y un grupo de tamaño muy significativo ni siquiera finaliza el sexto grado de la escuela primaria, lo que sugiere que aún existe un amplio campo de mejoramiento en el nivel de educación básica de la mujer y muy probablemente también del hombre.

Se debe señalar sin embargo que hay un progreso significativo en períodos recientes, ya que entre las mujeres de 20 a 24 años, solo un 48% tiene educación secundaria o más, mientras que este porcentaje alcanza ya el 58% entre las jóvenes de 15 a 19 años. Este progreso también queda en evidencia al comparar las cifras obtenidas con los resultados de la encuesta realizada en 1986.

Una transición importante que ocurre en estas edades es la progresiva terminación o abandono del estudio y la creciente incorporación a la fuerza de trabajo, así como el cambio en el estado marital, papeles en alguna medida incompatibles. Como se puede observar en el cuadro 6.1, en el grupo de edad de 15 a 19 años, un 19.6% de las mujeres trabaja, otro 13% lo hace en forma ocasional o parcial y un 34.6% no trabaja ni estudia. En contraste, en el grupo de edad de 20 a 24 años un 29% ya se ha incorporado a la fuerza laboral, pero un 47.8% de las mujeres no trabaja ni estudia del todo. Este patrón está estrechamente vinculado al estado marital de la mujer, pues mientras en el grupo de 15 a 19 años predominan las mujeres solteras, entre las mujeres de 20 a 24 años las mujeres casadas son la mayoría.

6.3 Comportamiento sexual premarital

Los determinantes y las consecuencias de la actividad sexual premarital en la adolescencia y la edad adulta temprana son dos temas que han recibido especial atención recientemente. Por estas razones, es de especial interés la medición del grado de cambio en la propensión a tener relaciones sexuales premaritales, sus factores asociados y las tendencias a través del tiempo.

El cuadro 6.2 presenta algunos de los resultados obtenidos. Al comparar estas cifras con las de otras investigaciones, se concluye que ha habido poco cambio en la prevalencia de relaciones sexuales premaritales, como se puede observar en el gráfico 6.1. Por ejemplo, según en la Encuesta de Adultos Jóvenes de 1991 (Whittle, et. al. 1992), la proporción de mujeres entre 15 y 24 años cumplidos con experiencia sexual premarital era de 30.2%, cifra que a su vez es solo ligeramente mayor que la registrada en la encuesta de 1986. Por lo tanto, la prevalencia de 30.6% según la encuesta de 1993, reitera que la propensión a tener relaciones sexuales premaritales entre las mujeres costarricenses de 15 y 24 años cumplidos no ha crecido.

Aunque los valores globales dan poca oportunidad para demostrar la efectividad de la intervención organizada para reducir los problemas derivados de una precoz vida sexual, las cifras que se refieren al subgrupo de mujeres aún solteras en el momento de la encuesta, justifica cierto optimismo. En el grupo de 15 a 19 años solo un 12.8% de las mujeres tiene experiencia sexual y en el grupo de 20 a 24 la cifra se sitúa en 31 %. Este comportamiento redunda en una tasa de prevalencia de relaciones sexuales premaritales de 18.4% para la subpoblación de mujeres solteras de 15 a 24 años cumplidos, fracción que es menor que la registrada en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes realizada en 1991.

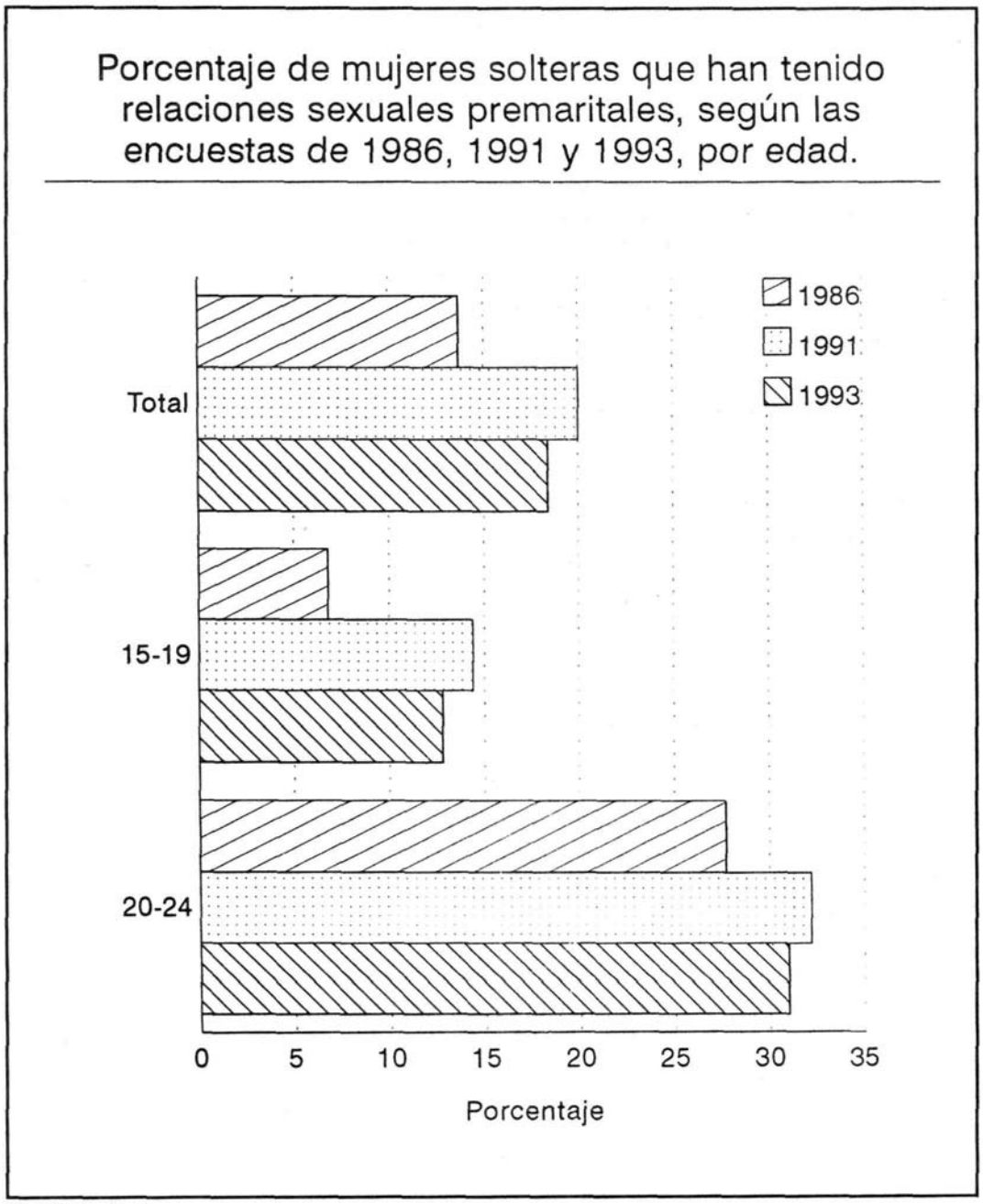


Gráfico 6.1

6.4 Edad a la primera relación sexual

El cuadro 6.3 muestra en forma comparativa las edades de las mujeres en la primera relación sexual y las de sus respectivos compañeros. En términos generales, cuando el primer encuentro sexual sucede, la mujer promedia 16.5 años, mientras que sus compañeros tienen aproximadamente 21.4 años de edad.

Estas cifras se han mantenido estables en los años recientes, pero es necesario complementarlas con los aspectos que se comentan a continuación.

En primer lugar, se debe anotar que un 15.9% de las mujeres con experiencia sexual premarital tienen la primera relación sexual antes de los 15 años y un 67.7% antes de cumplir la mayoría de edad. Si se tiene en cuenta que un 3.9% de las mujeres dijeron no saber la edad del compañero sexual, el grado de inmadurez antes de los 15 años, y si se excluyen los casos en que el hombre tampoco había alcanzado la mayoría de edad, el porcentaje de primeras relaciones con posibilidad de haber sido estupro debería aproximarse al 15%. Nótese que solo un 15.4% de los primeros compañeros sexuales eran menores de edad.

6.5 Otros aspectos que caracterizan el primer encuentro sexual

Un 31% de las mujeres declaró haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual premarital. Este cifra constituye un incremento importante en comparación con el 22.2% reportado por la Encuesta Nacional de Adultos Jóvenes de 1991, que a su vez mostró un incremento sobre el 14.8% en uso de métodos registrado por la encuesta de 1986.

El uso de métodos por edad de la mujer solo muestra una prevalencia mucho más baja cuando la mujer es menor de los 15 años. Después de esta edad, una de cada tres mujeres consignaron haber usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Una variación de considerable magnitud sobre los patrones mostrados en la Encuesta de 1986 o la Encuesta de Adultos Jóvenes, es el considerable incremento en el uso del condón en la primera relación sexual. Mientras en 1986, un 39% de las mujeres de 15 a 24 años reportaron haberlo usado en su primer encuentro sexual premarital, tal fracción ascendió a 49.1% según la Encuesta de Adultos Jóvenes de 1991 y ha crecido aún más hasta alcanzar el 66% según lo muestra la última encuesta. La pastilla es el segundo método más usado, pero ha venido perdiendo preferencia. Dos de cada cinco mujeres afirmaron haber dependido de métodos naturales, especialmente el ritmo y el retiro, en la primera relación sexual; y entre las que emplearon métodos artificiales, un 56% se aprovisionó en farmacias y otro comercio minorista y un 35% en otras fuentes privadas, por lo que menos de un 10% dependió del sector público, la Caja o el Ministerio.

En dos de cada tres casos, emplear anticonceptivos fue una decisión acordada entre el hombre y la mujer, mientras que un 22.1% fue tomada por el hombre y en un 11.5% de los casos fue elegida solamente por ella.

El motivo dominante para no usar métodos anticonceptivos fue el carácter inesperado de la primera relación sexual premarital, según lo declaró el 57% de las mujeres entrevistadas. Este porcentaje es mayor entre las mujeres de más edad, y como es de suponer, menor entre las mujeres jóvenes, grupo este entre quienes el desconocimiento

de los métodos fue más acentuado, llegando al 17% entre las que tenían menos de 15 años en el momento de tener la primera relación.

Casi un 9% del total de mujeres de 15 a 24 años y un 18% de las mujeres entre 20 y 24 años cumplidos declaró no haber usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual porque quería quedar embarazada.

6.6 Referencias

Ferraz, Elizabeth A.; Quental Ferreira Inés; Piedade Soares Marcia y Morris Leo. "Pesquisa Sobre Saude Rerproductiva e Sexualidade du Jovem. Rio de Janeiro, Curitiba, Recife 1989/90". SociedadeCivil Bem-Estar Familiar-BEMFAM. Departamento de Pesquisas Sociais-DEPES. Janeiro 1992.

Gómez Alvarez, Víctor M. "Los Padres, la Educación y las Relaciones Sexuales Premaritales de los Hijos". Programa Salud Reproductiva. Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Marzo. 1993.

Mayer, Cecilia P.; Soares Freire Heloisa y Morris Leo. "Investigacao sobre Saude Reproductiva do Jovem na Cidade de Sao Paulo". Centro Materno Infantil -CMI. Centers for Disease Control. Atlanta, Georgia. April 1988.

Morris, Leo. Experiencia Sexual y Anticoncepción en los Jóvenes de Algunos Países de América Latina. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. México, D. F. Noviembre de 1991.

Whittle Lisa; Gómez Víctor M. y Morris Leo. "Comportamiento Sexual de los Costarricenses Menores de 25 años". Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. Programa Salud Reproductiva, Departamento de Medicina Preventiva. Caja Costarricense de Seguro Social. Julio, 1992.

Cuadro 6.1

Algunas características de las mujeres entrevistadas con edades entre 15 y 24 años cumplidos.

	Grupos de edad		
	15-19	20-24	Total
Total	**50.6**	**49.4**	**100.0**
Número de casos	613	598	1211
Educación			
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Segundo grado o menos	2.6	2.2	2.4
Primaria 3-5	10.8	9.5	10.2
Primaria completa	28.1	39.5	33.7
Secundaria 1-4	44.0	18.7	31.5
Secundaria completa o más	14.5	30.1	22.2
Situación laboral			
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Trabaja	19.6	29.1	24.3
Trabaja y estudia	4.7	6.0	5.4
Trabaja ocasionalmente	8.3	7.7	8.0
Estudia	32.8	9.4	21.2
No trabaja	34.6	47.8	41.1
Estado marital			
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Soltera	82.9	37.8	60.6
Unida	15.0	53.8	34.2
Otro	2.1	8.4	5.2

Cuadro 6.2

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales, por edad.

	Todas las mujeres	Solteras al momento de la entrevista
TOTAL	**30.6**	**18.4**
	1211	734
15-19	19.1	12.8
	613	508
20-24	42.5	31.0
	598	226
15	7.4	5.5
	135	128
16	16.8	15.7
	113	102
17	16.2	12.6
	111	95
18	22.7	13.3
	132	98
19	32.8	20.0
	122	85
20	32.5	18.6
	120	70
21	37.6	34.5
	125	55
22	38.5	35.7
	117	42
23	45.8	33.3
	120	30
24	58.6	44.8
	116	29

Cuadro 6.3

Distribución de las mujeres de 15 a 24 años cumplidos, con relaciones sexuales premaritales según edad cuando la primera ocurrió y la edad del compañero sexual.

Edad del compañero	Edad de la mujer a la primera relación sexual premarital				Total	Edad media
	14 o menos	15-17	18-19	20-24		
17 o menos	4.2	9.8	1.4		15.4	16.4
	15	35	6		55	
18-19	4.2	14.3	3.6	0.8	23.0	18.5
	15	51	13	3	82	
20-24	5.3	19.6	11.2	7.3	43.4	21.5
	19	70	40	26	155	
25-29	1.4	7.3	4.2	3.1	16.0	27.4
	5	26	15	11	57	
30 y más	0.9	0.8	0.6		2.2	41.0
	3	3	2		8	
Total	**15.9**	**51.8**	**21.0**	**11.2**	**100.0**	**21.4**
	57	185	75	40	357	
Edad media	**13.2**	**16.0**	**18.4**	**20.7**	**16.5**	

El cuadro excluye 14 casos de mujeres que desconocían la edad del primer compañero sexual.

CAPITULO 7

La fecundidad

Mayra Achío
Víctor M. Gómez

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva permite llevar a cabo diversos tipos de análisis sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres en edad fértil así como realizar comparaciones con los resultados obtenidos en otras investigaciones y fuentes de datos.

En este capítulo se presenta una selección de cifras y se hacen algunas comparaciones basadas en las preguntas sobre el número de hijos nacidos vivos y otras derivadas de las historias de nacimientos completadas para cada una de las mujeres que participaron en la encuesta.

7.1 La fecundidad acumulada.

7.1.1 Evolución reciente.

Una primera visión del comportamiento reproductivo, se puede obtener observando el número de hijos nacidos vivos, ya tenidos por las mujeres en el momento de la encuesta. Los promedios por grupos de edad de las entrevistadas, se presentan en el cuadro 7.1, donde también aparecen los obtenidos en la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1986.

La comparación con estos resultados ilustra un descenso consistente en los niveles de fecundidad hasta 1993, baja que se acentúa con la edad de la mujer. Por ejemplo, hasta los 25 años, el descenso es casi imperceptible, pero a partir de esa edad, el número medio de hijos nacidos vivos tenidos por la mujeres encuestadas, tiende a ser sistemáticamente menor que en las mujeres de las mismas edades en 1986. La diferencia es de solo .20 hijos en promedio en el grupo de edad 25-29, pero crece hasta alcanzar 1.27 entre las mujeres encuestadas más viejas, quienes completaban una familia de 5.37 hijos, en comparación con los 4.10 hijos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.

7.1.2 Diferenciales según lugar de residencia.

El cuadro 7.2 muestra el número medio de hijos nacidos vivos, según lugar de residencia de la mujer en el momento de la entrevista. Aunque las tendencias recientes de la urbanización pueden tener algún efecto, los resultados documentan una diferencia considerable en la conducta reproductiva, entre las poblaciones de las áreas urbanas y rurales. Las mujeres residentes en las ciudades, especialmente en el Area Metropolitana, tienen a cada edad, un número medio menor de hijos. Por ejemplo, las mujeres entre veinticinco y treinta años del conglomerado metropolitano reportan un promedio de 1.66 hijos, mientras que las que viven en el campo ya han tenido 2.06.

La diferencia se magnifica con la edad de manera que, al final de su vida fértil, las mujeres del Area Metropolitana tienen 3.35 hijos, poco menos del 3.45 reportado por las residentes en otras ciudades, pero cifras que son considerablemente inferiores al promedio de 5.29 hijos calculado para las mujeres de las áreas rurales.

Una tendencia similar se observó en la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986, según la cual, el número medio de hijos es bastante superior en las mujeres residentes de áreas rurales, y consecuentemente, las mujeres del Area Metropolitana, presentan la fecundidad más baja. Al llegar a los cincuenta años, estas mujeres promediaban 1.16 hijos, y las mujeres residentes en el campo, cerca de dos hijos más que sus homólogas en esas áreas geográficas al final de su vida fértil en la encuesta de 1993.

7.1.3 Educación y comportamiento reproductivo.

La educación ha tenido una considerable influencia en la formación de la sociedad costarricense y sigue siendo el foco de atención como medio para resolver varios de los problemas que sufre el país. El impacto del nivel educativo sobre la fecundidad ha sido objeto de múltiples estudios. Aunque se debe reconocer la influencia de una multiplicidad de causas, los estudios reiteradamente han mostrado una asociación inversa entre la escolaridad de la mujer y el nivel de fecundidad. La educación no solo tiende a retrasar la edad al casarse, disminuyendo el período de exposición al riesgo de embarazo, sino que también diversifica los intereses de las mujeres y tiende a desarrollar otras actitudes con respecto de los patrones de formación de la familia.

El número medio de hijos nacidos vivos, tenidos por las mujeres entrevistadas, según nivel de educación y grupos de edad se muestra en el cuadro 7.3. Es de especial interés destacar la radical diferencia existente en el grupo de mujeres más jóvenes. Las mujeres de 15 a 19 años menos educadas -aquellas con quinto grado o menos de escolaridad-, tienen ya dos veces más hijos nacidos vivos que las que han completado primaria, y seis veces más que las mujeres con mayor educación.

Las diferencias en el comportamiento reproductivo, siguen siendo de gran magnitud en otros grupos de edad. Por ejemplo, las mujeres de 20-24 años menos educadas promedian 1.57 hijos, lo que representa más del doble de los hijos que tienen las mujeres de mayor educación.

En el grupo de edad de 30-34 años, las mujeres con más escolaridad promedian 2.15 hijos nacidos vivos, 1.46 hijos menos que aquellas que solo completaron primaria. Sin embargo, estas mujeres tienen un tamaño de familia aún menor que aquellas que ni siquiera completaron la educación primaria, quienes promedian 3.82 hijos.

Es importante destacar que las cifras analizadas también sugieren una considerable capacidad de las mujeres, también más educadas, para regular su fecundidad. Pues desde los treinta años cuando completan 2.15 hijos, las cifras solo ascienden moderadamente hasta alcanzar el máximo de 2.73 hijos.

Comparando estos datos con la encuesta de 1986, se nota un comportamiento reproductivo semejante, siendo las mujeres de mayor nivel educativo en ese entonces

las que tenían menos hijos. Esta situación, como ya se indicó, presenta un mayor contraste en las mujeres de 15-19 años, aunque no tan marcado entonces como el encontrado en la encuesta de 1993. Las jóvenes del nivel educativo más bajo -primaria incompleta o menos- tenían casi 3 veces más hijos que las de escolaridad superior -secundaria o más-. En el grupo de edad 20-24 años, las mujeres menos educadas alcanzan en promedio 1.64 hijos, sobrepasando el doble de los hijos en las mujeres con educación secundaria y más. Al final de la edad reproductiva, estas mujeres con escolaridad alta, llegaban a tener un promedio de 3.41 hijos, 3 menos que las mujeres con primaria incompleta o menos. Las mujeres que tenían la educación primaria completa alcanzaban a tener sólo 4.26 hijos, 2.2 hijos menos que los tenidos por mujeres que no llegaron a concluir sus estudios primarios.

7.1.4 Fecundidad y estado marital

La condición marital de la mujer es una variable crucial en el análisis de la fecundidad, pues determina el grado de exposición al riesgo de embarazo. Con el fin establecer la magnitud de la fecundidad que ocurre dentro y fuera de las uniones, se ha elaborado el cuadro 7.4, en donde el estado marital es el reportado por la mujer en el momento de la entrevista. El grupo de unidas lo componen las mujeres casadas formalmente y las que se encuentran en uniones consensuales. En la categoría "otras" se agrupan las separadas, divorciadas y las viudas.

Como es de esperarse, la mayor diferencia se puede observar entre las mujeres solteras y las unidas, o entre las primeras y aquellas en la categoría de "otras" mujeres. Las solteras presentan la fecundidad más baja a lo largo de todo el período reproductivo, sin embargo, resulta interesante señalar que en el grupo de edad de 30-34 años, la cifra se duplica de 0.34 a 0.72. Esto sugiere que después de los 30 años, cuando las expectativas de matrimonio disminuyen significativamente, algunas mujeres deciden asumir la maternidad por su cuenta.

Como es lógico, la continuidad y el mayor tiempo de exposición de las mujeres unidas lleva a una familia más numerosa, pues ellas terminan su vida fértil con 4.51 hijos. Las divorciadas, separadas y viudas, solo completan 4.02 hijos. Estos datos sugieren que la mayoría de las mujeres logran alcanzar el número de hijos deseados, antes de la separación. Es muy importante destacar que un apreciable número de hijos son criados en familias incompletas, típicamente entonces por sus madres.

7.1.5 Fecundidad y edad a la primera unión.

En términos generales, la mujer es fértil aproximadamente de los 12 hasta los 45 años. Es por ello que cuanto más posponga una mujer, después de la pubertad, el tener relaciones sexuales, más corto será el período en el que esté expuesta a concebir. En consecuencia, la edad de contraer matrimonio o de establecer una unión sexual, se asocia estrechamente y de manera inversa con el tamaño de la familia, como se puede observar en el cuadro 7.5. Las mujeres que inician su primera unión antes de los 15 años tienen en promedio 3.86 hijos, lo que representa 1.37 hijos más que las mujeres que comienzan su primera unión a los 25 años o después. Otro aspecto interesante se

refiere al comportamiento reproductivo en los años transcurridos desde la primera unión. Así, las mujeres que iniciaron la primera unión tempranamente, antes de los 18 años, continúan teniendo hijos 30 años después, esto también suele ocurrir pero en menor medida, en las mujeres que comenzaron su primera unión entre 18-19 años, y desaparece en aquellas que se unieron a partir de los 20 años. Obviamente este fenómeno está ligado a que el período reproductivo de la mujer tiene como límite aproximado los 45 años. Al extenderse el período reproductivo, las mujeres que se unen en las edades más jóvenes, acaban con una familia más numerosa. Por ejemplo, quienes comienzan antes de los 15 años tienen el período de exposición más prolongado y alcanzan a completar 6.52 hijos, el número más alto de todos. Aquellas mujeres que posponen su primera unión hasta después de los 25 años, tienen un comportamiento reproductivo muy diferente. Más del 60% de estas alcanza el número de hijos final, antes de que transcurran los primeros 10 años de vida conyugal.

7.1.6 Fecundidad y nivel socioeconómico

Los datos obtenidos sobre características de la vivienda, tanto en lo que se refiere a disponibilidad de servicios básicos como a tenencia de artefactos, permitieron elaborar una escala aditiva simple que permitió clasificar a las mujeres entrevistadas en tres categorías socioeconómicas, alto, medio y bajo, de aproximadamente el mismo tamaño.

La dimensión socioeconómica, al igual que la educación, se haya estrechamente vinculada a la fecundidad. Las mujeres de los estratos más favorecidos tienen un menor número de hijos. Esta diferencia es de mayor magnitud entre las más jóvenes, pues como se puede observar en el grupo de 15 a 19 años, las mujeres de nivel bajo tienen 6 veces más hijos que las de nivel alto, y casi el doble de los hijos de las mujeres del nivel medio. Por otra parte, las mujeres del nivel medio, tienen tres veces más hijos que las del nivel alto. Estos contrastes se observan también en el grupo de edad de 20-24 años, aunque en menor grado y tienden a atenuarse a edades más avanzadas. Las mujeres del nivel bajo concluyen su vida reproductiva con 5.19 hijos, 2 más que las mujeres del nivel alto.

7.2 La fecundidad reciente.

Los resultados descritos corresponden a la experiencia de las mujeres durante toda su vida fértil. Para las más jóvenes reflejan la conducta reproductiva reciente, pero para las de mayor edad, las cifras obtenidas son un recuento de eventos ocurridos tiempo atrás. Con el propósito de describir el comportamiento reproductivo más actual, en esta sección se presentan las tasas específicas de fecundidad por edad calculadas con base en el tiempo de exposición y los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta, teniendo en cuenta varios criterios de interés. Se debe anticipar que algunos diferenciales son similares a los descritos en la sección anterior.

7.2.1 La fecundidad previa a la Encuesta 1993

Las tasas específicas de fecundidad obtenidas a partir de los datos de la encuesta, permiten realizar algunas comparaciones y de especial relevancia es el contraste con

las cifras que proporcionan las Estadísticas Vitales. Además, es posible también obtener una idea de la magnitud y dirección de los cambios ocurridos en el comportamiento reproductivo, mediante el cotejo con los resultados de la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986.

Las tasas de fecundidad derivadas de la encuesta de 1993, presentan un comportamiento bastante consistente con las obtenidas de la Estadística Vital, lo cual puede ser apreciado en el gráfico 7.1. Este resultado es evidencia, tanto de la calidad de las cifras básicas del país, como prueba de la capacidad de la encuesta de proveer estimaciones confiables.

El cuadro 7.7 presenta las tasas específicas de fecundidad de los últimos tres años y de tres a cinco años anteriores en el momento de la encuesta, valores que sugieren que las tasas de fecundidad han venido descendiendo en los últimos años. Esta tendencia es más acentuada cuando se comparan las cifras de la Encuesta de Salud Reproductiva, con las proporcionadas por la encuesta de Fecundidad y Salud de 1986, cotejo que evidencia una disminución en la fecundidad en todos los grupos de edad. Así, en el grupo de 20-24 años, la tasa bajó de 190 a 179, diferencia que crece en los grupos de edad siguientes, pues en la categoría de 25-29 años la tasa descendió de 173 a 158, y entre las mujeres de 30-34, la disminución es aún mayor, pasando de 130 a 105.

7.2.2 Tasas específicas de fecundidad y nivel educativo.

Los datos del cuadro 7.8 y del gráfico 7.2 reiteran la importancia de la escolaridad en la regulación de la fecundidad a lo largo del período reproductivo de la mujer. La fecundidad es consistentemente mayor en los niveles educativos bajos, pero la diferencia se magnifica si se comparan los dos extremos -primaria incompleta y secundaria y más- y se acentúa en las mujeres más jóvenes. Por ejemplo, en el grupo de 15-19 años, la fecundidad de las mujeres de mayor escolaridad (secundaria o más), es apenas 46, varias veces inferior a la fecundidad de los grupos con educación primaria incompleta, o que solo ha aprobado el sexto grado de primaria. No obstante, llama la atención que al final de la vida reproductiva, las diferencias en la fecundidad tienden a disminuir.

7.2.3 Tasas específicas de fecundidad y residencia.

El cuadro 7.9 y las tendencias que se pueden observar en el gráfico 7.3, refuerzan la tesis de que, el lugar de residencia es un factor importante que influye en la variación de la fecundidad, puesto que las oportunidades y las motivaciones para tener hijos, varían considerablemente de unos entornos sociales a otros. Las mujeres que habitan en áreas rurales tienen una tasa de fecundidad mayor que las otras mujeres, a lo largo de todo el período reproductivo. Es interesante destacar que la tasa de fecundidad en mujeres del Area Metropolitana, con edades entre 15-19 años, es de 73 por mil, mientras que las mujeres rurales de la misma edad, alcanzan una tasa de 113, bastante superior. En los grupos de edades de 20-24 años y de 25-29 años, en los cuales se concentra la mayor fecundidad, la diferencia entre Area Metropolitana y rural continúa

siendo considerable. Estos datos muestran la gran variabilidad posible en el número de hijos por mujer, según sea su lugar de residencia.

7.2.4 La fecundidad por nivel socioeconómico.

Al igual que los factores anteriormente analizados, el nivel socioeconómico está estrechamente relacionado con las variaciones de la fecundidad. En realidad se trata de un conjunto de variables que interactúan simultáneamente. En el cuadro 7.10 se observa que las tasas de fecundidad decrecen conforme sube el nivel socioeconómico, durante toda la etapa reproductiva de las mujeres. Por ejemplo, se producen considerablemente más nacimientos en mujeres entre 15-19 años de nivel bajo, que de nivel medio, pero sobretodo de nivel alto. De esta manera, estas mujeres del nivel bajo, terminan con 4.17 hijos en promedio, mientras que las del nivel alto, sólo llegan a tener 2.23 hijos.

7.3 El espaciamiento de los hijos y el ritmo de formación de la familia

Las secciones anteriores han analizado lo que se denomina el "quantum" de la fecundidad, ya sea en términos del número total de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres en toda su vida, o en términos del número de nacimientos tenidos en un determinado tiempo de exposición. Una manera alternativa de analizar el fenómeno reproductivo consiste en observar el tiempo transcurrido entre los diferentes nacimientos. Este enfoque presenta puntos de vista nuevos en el sentido de que, potencialmente, permite abordar las consecuencias de una rápida vida reproductiva. En este contexto, la literatura es abundante e ilustra las negativas consecuencias para la madre de tener los hijos muy seguidos y con poco espaciamiento, sin dar oportunidad al organismo de recuperarse de las exigencias del embarazo. Una acelerada vida reproductiva también presenta efectos negativos para los niños, pues varios estudios han indicado que al competir por la atención de la madre y los recursos del hogar, las probabilidades de sobrevivencia de los hijos de corto espaciamiento, decrecen. Por supuesto que el ritmo de formación también tiene consecuencias sobre el bienestar material y psíquico de todos los miembros del hogar.

Metodológicamente, el análisis de la distribución de eventos en el tiempo es más sofisticado, pero en general, se aborda siguiendo los principios del análisis de sobrevivencia. En el contexto demográfico esto equivale al desarrollo de una tabla de vida de cohorte, la cual se define como el grupo de individuos que comparten una característica común y en el cual se observa como el contingente decrece en el tiempo, al experimentar la incidencia de un determinado fenómeno.

7.3.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo.

Un primer aspecto de interés consiste en observar la edad de la mujer al nacimiento del primer hijo. En este contexto, la cohorte está formada por las mujeres nacidas en determinado período, grupo para el cual se registra la proporción acumulativa de mujeres que va dando a luz el primer hijo a las diferentes edades. Las mujeres entrevistadas en la encuesta fueron clasificadas por cohorte de nacimiento en los

siguientes grupos: nacidas antes de 1956, 1956-60, 1961-65, 1966-70, 1971-75 y nacidas en 1976 o después.

Los porcentajes acumulativos de mujeres, con el primer hijo, a las diferentes edades aparecen en el gráfico 7.4. A pesar del significativo descenso en los niveles globales de fecundidad, el inicio de la vida reproductiva ha permanecido prácticamente invariable ya que, tanto las mujeres más viejas como las más jóvenes, evidencian un patrón muy similar. Los porcentajes de mujeres con el primer hijo a la edad de 15 ó 17 años prácticamente no ha cambiado; y, a edades mayores, las mujeres nacidas entre 1966 y 1970, son las que aceleraron el ritmo de formación de la familia. Sin embargo, cohortes más recientes, las mujeres más jóvenes en la encuesta, muestran una transición a la maternidad si no más lenta, al menos más parecida a la experimentada por sus madres y abuelas.

7.3.2 El espaciamiento entre el primer y segundo hijo y el segundo y tercer hijo

Un análisis similar se ha realizado también para describir las transiciones entre el primer hijo y el segundo y entre este y el tercer hijo, con los resultados que se presentan en los gráficos 7.5 y 7.6 respectivamente.

Los gráficos toman como punto de partida el año de nacimiento del primer o segundo hijo y se cubre el período 1960-75 durante el cual se produjo el descenso pronunciado en los niveles de la fecundidad. Aunque habitualmente se asume que la transición en la fecundidad se origina en una reducción en la frecuencia de nacimientos de madres de paridad elevada, los mujeres con pocos hijos también contribuyeron significativamente a magnificar el cambio debido a que entre ellas se produjo una reducción en el ritmo de formación de la familia. En el caso de las madres que tuvieron el primer hijo alrededor del año 1960, un 60% de ellas tuvo el segundo hijo en los siguientes 24 meses y un 90% antes de que pasaran cinco años. En cambio, solo un 25% de las mujeres cuyo primer hijo nació a mediados de los años setenta tuvieron su segundo hijo en los 24 meses que siguieron al primer parto y dentro de los 60 meses después de este, solo alrededor del 75% había tenido otro nacimiento.

El gráfico 7.6 ilustra un comportamiento análogo en las madres con dos hijos. En la etapa pretransicional de alta fecundidad, aproximadamente un 55% de las mujeres tenían su tercer hijo en los 24 meses siguientes al segundo y un 75% cinco años después de este. Las cifras para años más recientes, muestran probabilidades de transición mucho menores y sistemáticamente decrecientes. Por ejemplo, entre las madres que tuvieron su segundo hijo en la segunda mitad de la década de los años setenta, menos de un 30% de ellas tuvo el tercer hijo en los 24 meses que siguieron al nacimiento del segundo y solo un 60% lo había tenido en el transcurso de cinco años.

7.3.3 El espaciamiento entre las mujeres multiparas

Los gráficos 7.7 y 7.8 muestran los cambios en el ritmo de formación de la familia entre las mujeres de paridez alta. En el primer diagrama, se presentan las proporciones de mujeres que han tenido el cuarto o quinto hijo, en diferentes duraciones desde el

nacimiento del anterior. En el gráfico 7.9 aparecen los patrones de transición hacia las paridades siguientes entre las madres que han tenido muchos hijos, seis o más. Ambos diagramas muestran un cambio radical en los patrones de espaciamiento, que implica un creciente control sobre la fecundidad desde comienzos de la década de los sesenta, de alta fecundidad, hasta años recientes, con niveles de natalidad más bajos. Nótese que las probabilidades de transición a cualquier duración han descendido muy significativamente. En especial, debe mencionarse que las posibilidades de tener otro hijo, cinco años después de haber tenido el anterior, prácticamente se han reducido a la mitad para las madres ya con tres hijos o más. Este indicador es importante porque refleja la fracción de mujeres que alguna vez aumentará su familia y también porque indica un creciente control de la mujer sobre su fecundidad.

Aunque las series tienen oscilaciones de importancia, en general la tendencia apunta hacia probabilidades decrecientes de agrandamiento de la familia. La baja en las probabilidades de transición en largas duraciones, 60 meses, sugiere mayor conformidad con familias pequeñas y un mayor control de las parejas para tener los hijos cuando los desean.

A este respecto, se debe hacer notar especialmente que las probabilidades de tener otro hijo en duraciones muy cortas -12 meses- desde el nacimiento del hijo anterior, han disminuido de manera muy significativa. La similitud del patrón en diferentes paridades sugiere una decreciente influencia del componente biológico, en favor de un creciente componente racional. Sin embargo, es necesario profundizar en varios aspectos que se refieren al grado en que la conducta reproductiva obedece a una estrategia, a un plan de formación de la familia, consistente con otros cambios experimentados, en otras dimensiones de la vida familiar.

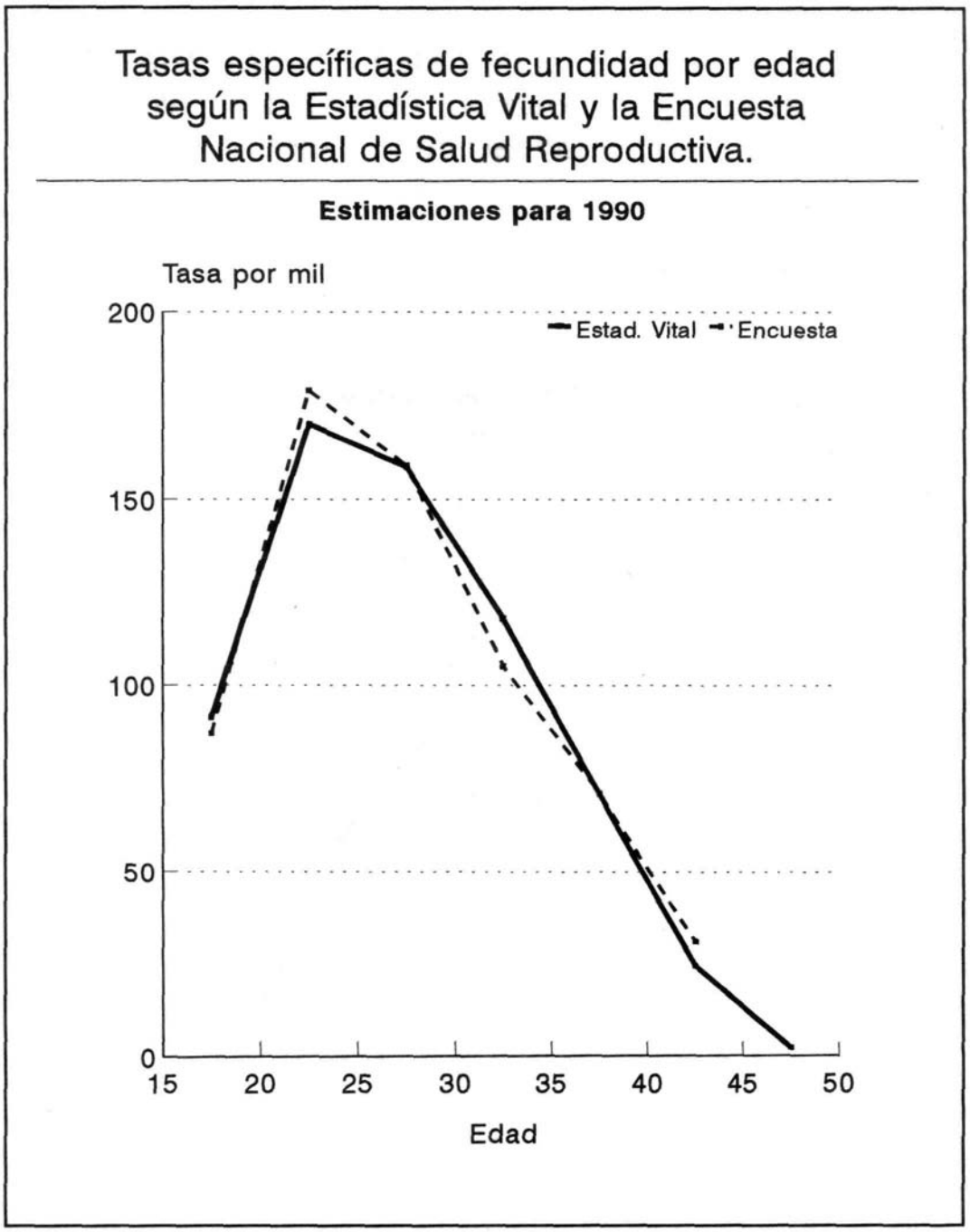

Tasas específicas de fecundidad por edad según la Estadística Vital y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.
Estimaciones para 1990
Tasa por mil
200
150
100
50
0
Estad. Vital
Encuesta
15
20
25
30
35
40
45
50
Edad

Gráfico 7.1

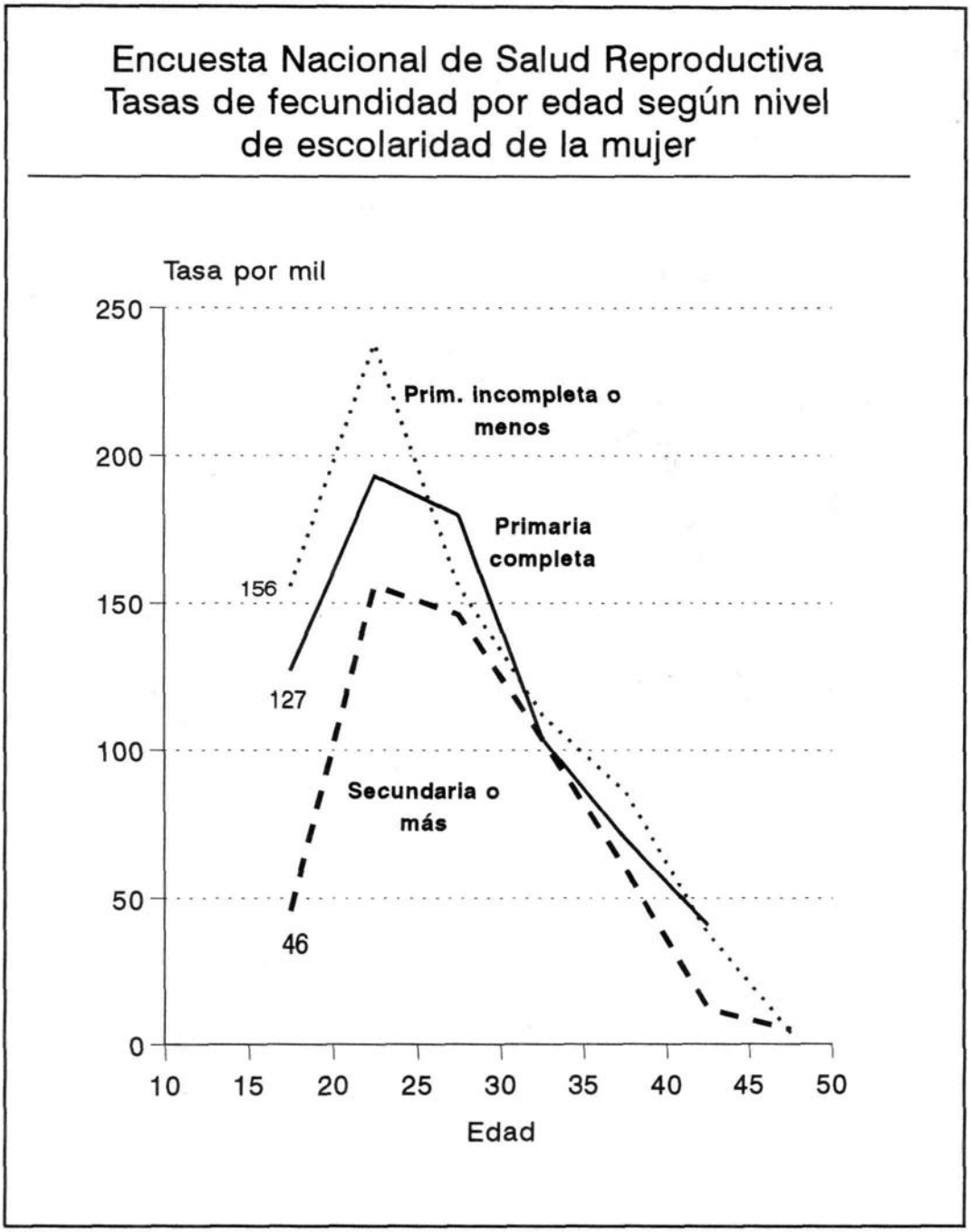

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
Tasas de fecundidad por edad según nivel
de escolaridad de la mujer
Tasa por mil
250
200
150
100
50
0
Prim. incompleta o
menos
Primaria
completa
Secundaria o
más
156
127
46
10
15
20
25
30
35
40
45
50
Edad

Gráfico 7.2

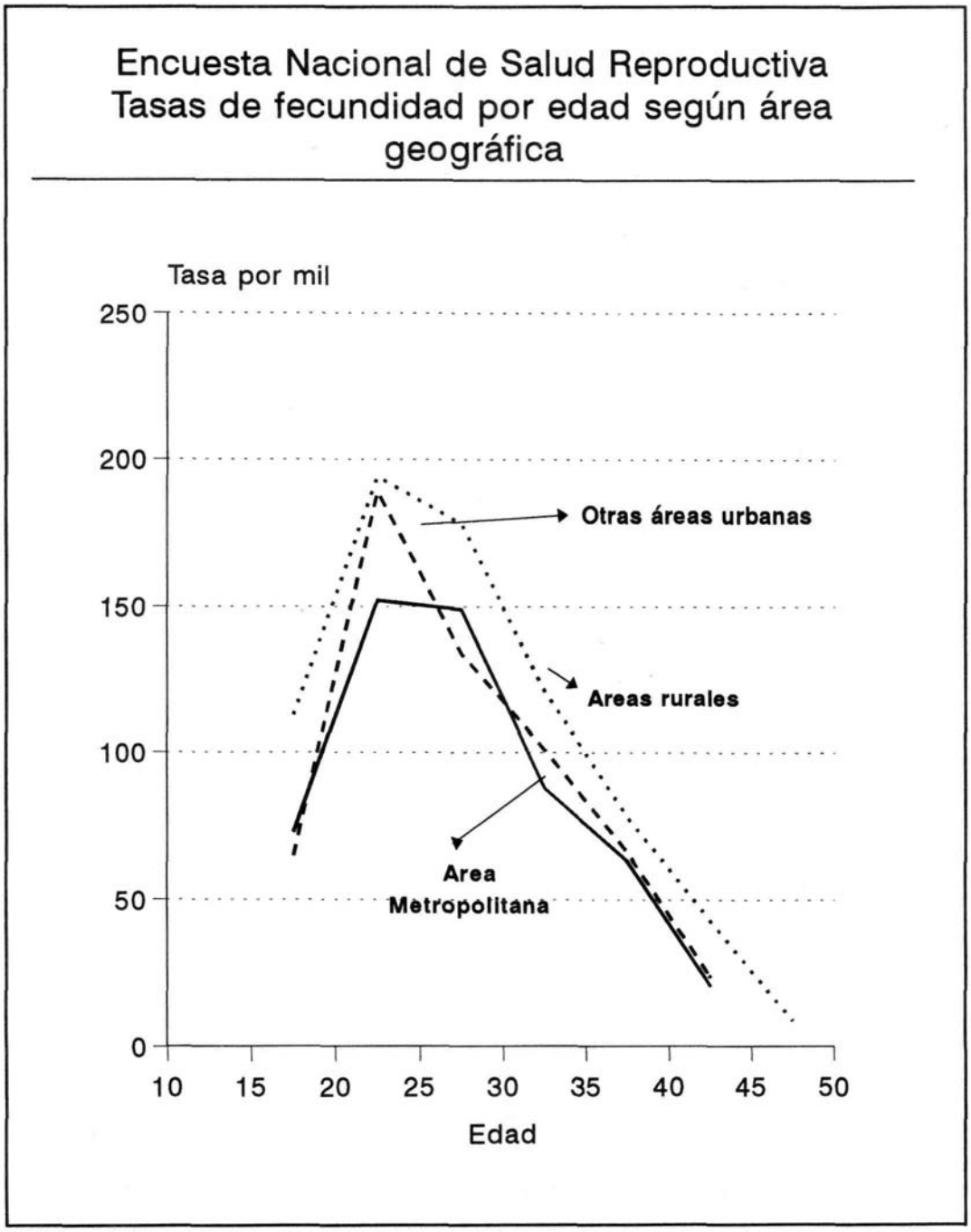
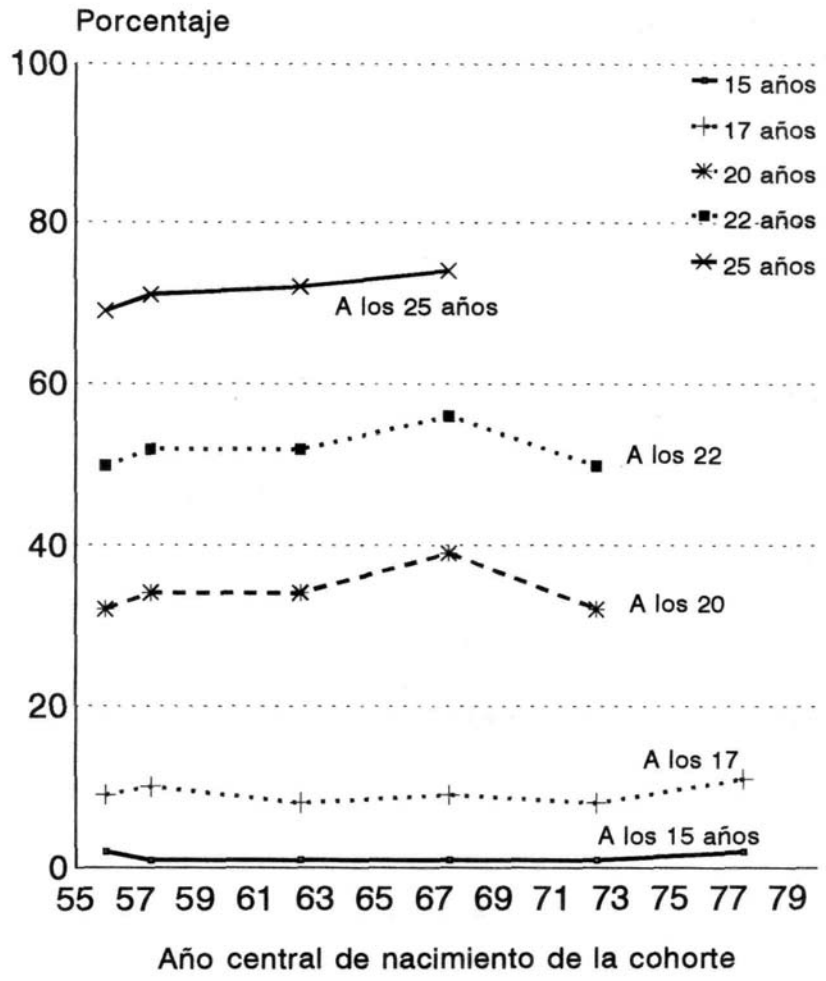

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
Tasas de fecundidad por edad según área geográfica
Tasa por mil
250
200
150
100
50
0
10
15
20
25
30
35
40
45
50
Edad
Otras áreas urbanas
Areas rurales
Area Metropolitana

Gráfico 7.3

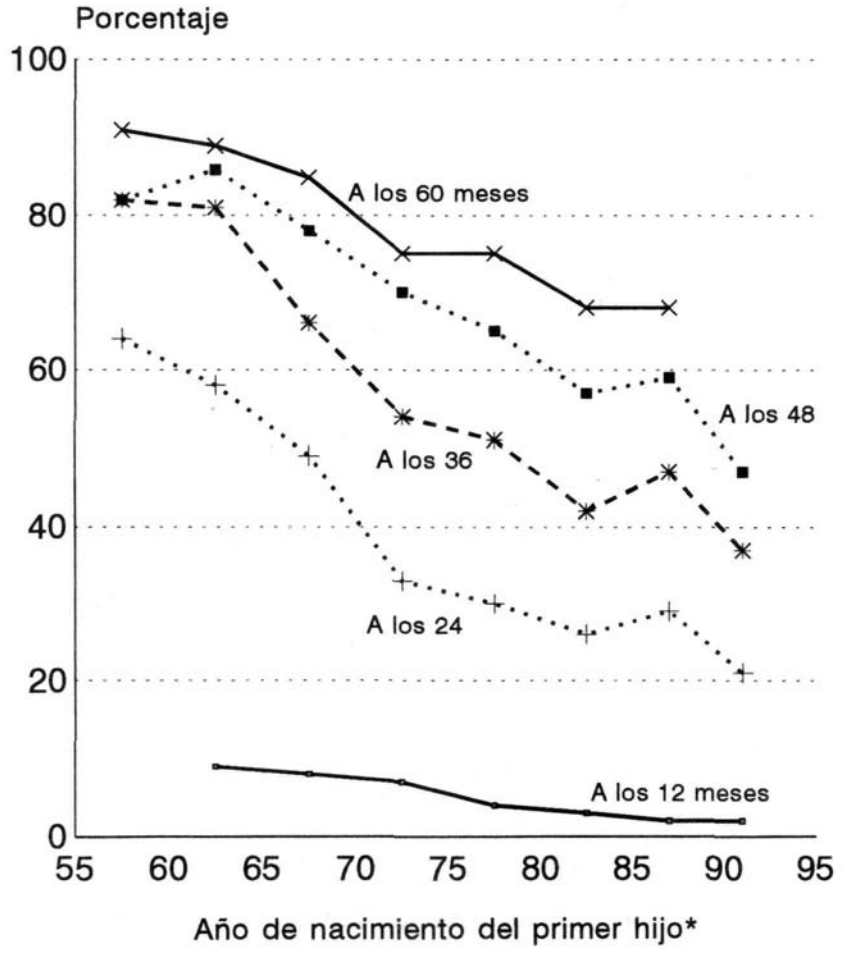
Proporción de mujeres que ha tenido el primer hijo nacido vivo al cumplir los 15, 17, 20, 22 y 25 años según cohorte* de nacimiento de la mujer.



* Cohortes: nacidas antes de 1956, 56-60, 61-65, 68-70, 71-75, 76-80

Gráfico 7.4

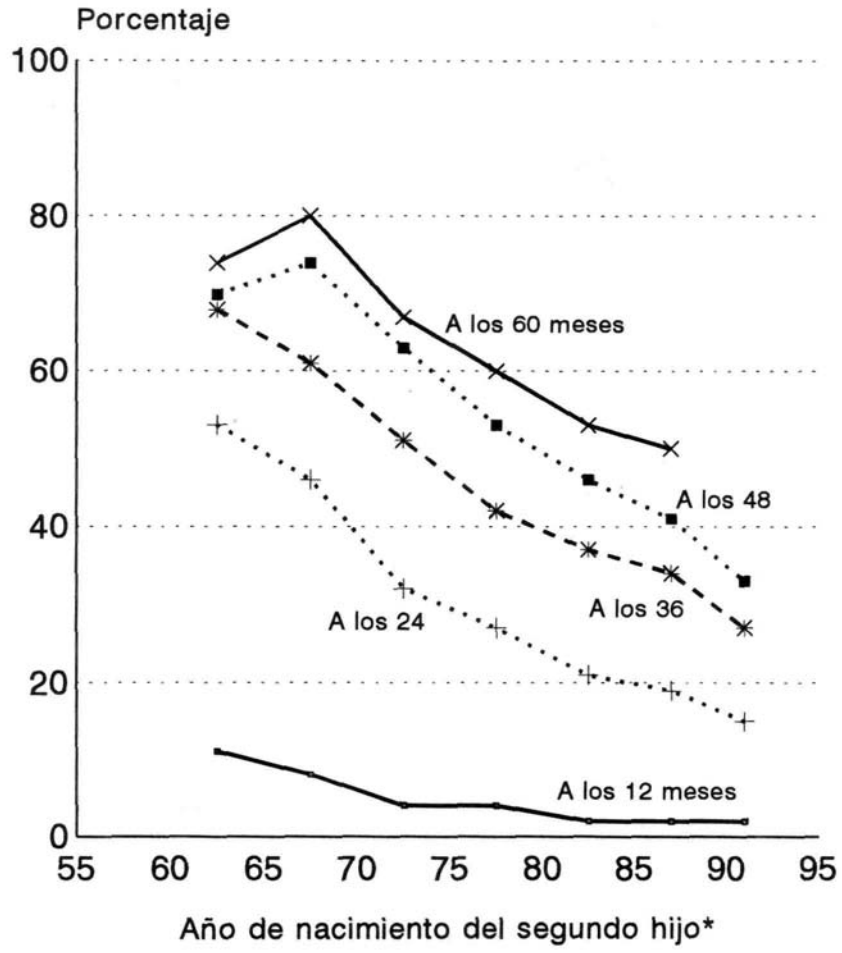
Proporción de mujeres que ha tenido el segundo hijo nacido vivo a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses después del nacimiento del primer hijo



* Años centrales de las cohortes: 1956-60, 61-65, 66-60, 71-75, 76-80, 81-85, 86-88 y 1989 y más

Gráfico 7.5

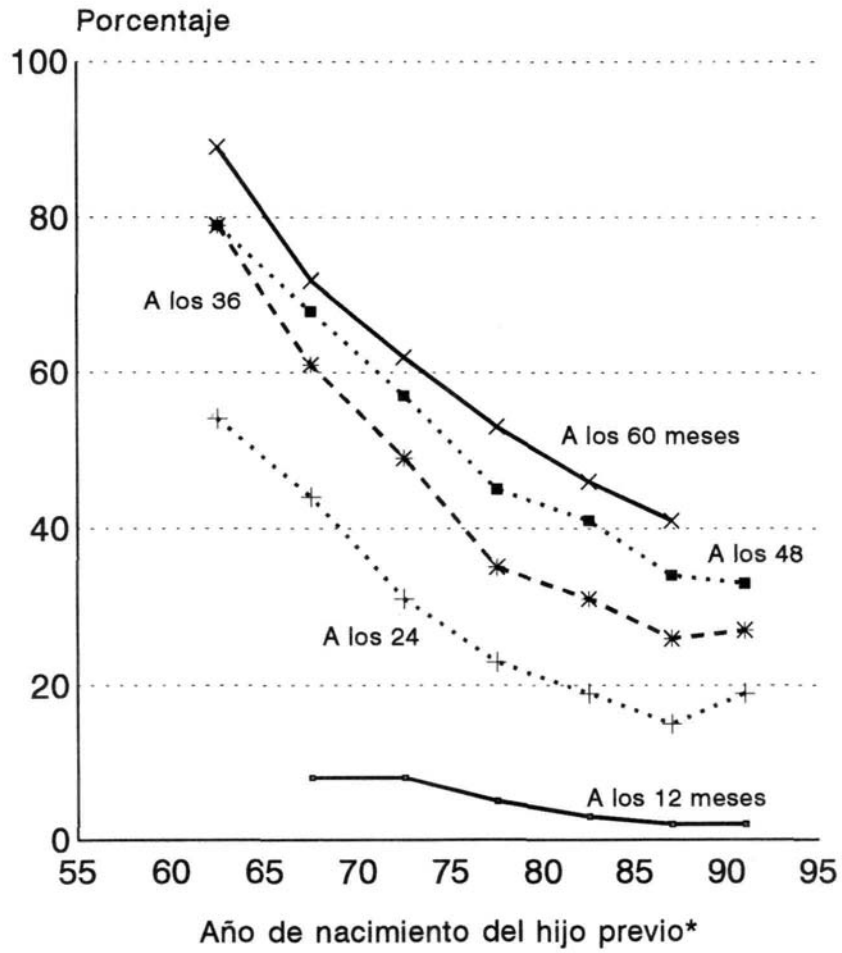
Proporción de mujeres que ha tenido el tercer hijo nacido vivo a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses después del nacimiento del segundo hijo



* Años centrales de las cohortes: 1956-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 81-85, 86-88, 1989 y +

Gráfico 7.6

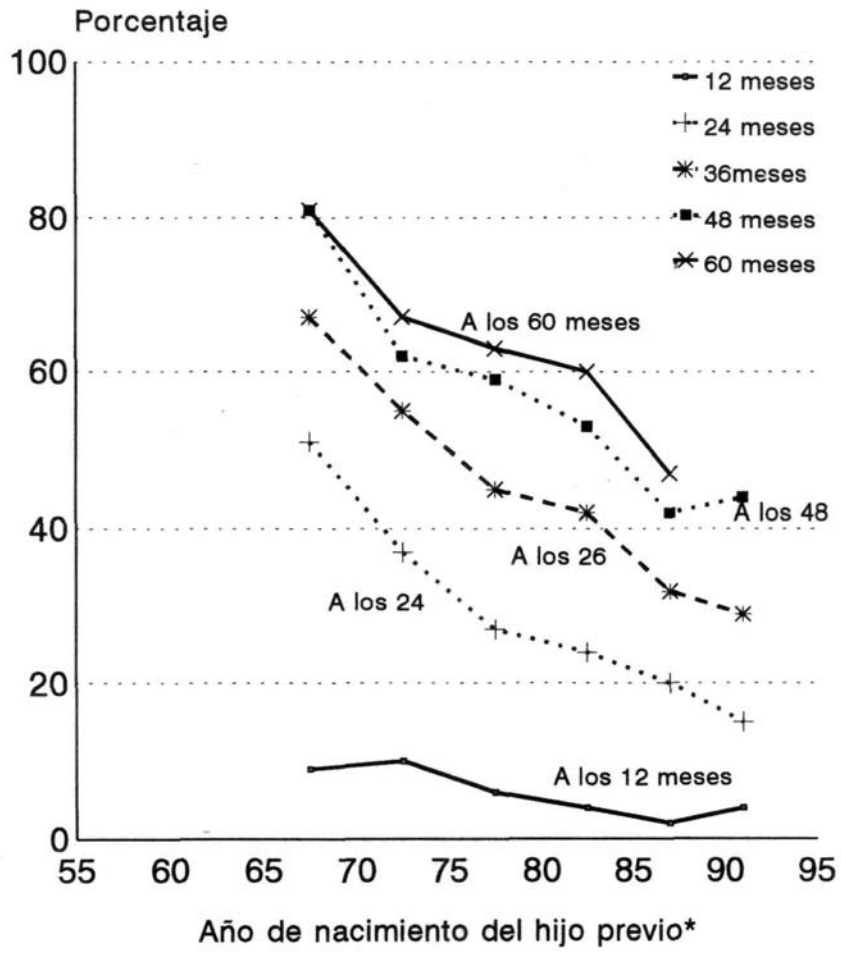
Proporción de mujeres que ha tenido el cuarto o quinto hijo en los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del hijo anterior



* Años centrales de las cohortes: 1956-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 81-85, 86-88, 1989 y +

Gráfico 7.7

Mujeres con cinco hijos o más. Proporción que ha tenido otro hijo en los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del hijo anterior



* Año central de las cohortes: 1956-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 81-85, 86-88, 1989 y +

Gráfico 7.8

Cuadro 7.1

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad. Encuestas de 1986 y 1993

Edad	EFS-86	ENSR-93
15-19	0.19	0.17
20-24	0.94	0.93
25-29	2.05	1.85
30-34	2.84	2.54
35-39	3.48	3.08
40-44	4.35	3.75
45-49	5.37	4.10
Total	**2.18**	**2.05**

Cuadro 7.2

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad y zona geográfica de residencia en el momento de la entrevista.

Edad	Total	Area Metropolitana	Otras áreas Urbanas	Areas Rurales
15-19	0.17	0.16	0.11	0.23
	613	192	155	266
20-24	0.93	0.73	0.81	1.13
	596	180	159	259
25-29	1.85	1.66	1.72	2.06
	677	220	159	297
30-34	2.54	2.21	2.41	2.89
	601	177	180	244
35-39	3.08	2.61	2.90	3.45
	493	135	125	233
40-44	3.75	3.05	3.48	4.40
	375	117	96	162
45-49	4.10	3.35	3.45	5.29
	262	86	78	98
Total	**2.06**	**1.73**	**1.91**	**2.38**
	3618	1107	952	1559
Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 (EFS-86)				
15-19	0.19	0.15	0.13	0.25
20-24	0.94	0.87	0.78	1.07
25-29	2.05	1.78	1.96	2.34
30-34	2.84	2.36	2.62	3.30
35-39	3.48	2.69	3.22	4.31
40-44	4.35	3.30	4.30	5.38
45-49	5.37	4.51	4.71	6.35
Total	**2.18**	**1.86**	**2.01**	**2.5**

Cuadro 7.3

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad y nivel de educación.

Edad	Total	Educación		
		Primaria incompleta o menos	Primara completa	Secundaria o más
15-19	0.17	0.49	0.11	0.08
	613	82	155	359
20-24	0.93	1.57	0.81	0.64
	596	70	159	292
25-29	1.85	2.59	1.72	1.48
	677	80	159	383
30-34	2.54	3.82	2.41	2.15
	601	93	180	330
35-39	3.08	3.88	2.90	2.48
	493	95	125	235
40-44	3.75	5.03	3.48	2.67
	375	122	96	121
45-49	4.10	5.46	3.45	2.73
	262	107	78	90
Total	2.06	3.51	1.91	1.46
	3618	649	952	1810
Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 (EFS-86)				
15-19	0.19	0.34	0.24	0.12
20-24	0.94	1.64	1.19	0.63
25-29	2.05	3.09	2.34	1.54
30-34	2.84	3.60	3.07	2.28
35-39	3.48	4.71	3.15	2.63
40-44	4.35	5.44	3.94	2.62
45-49	5.37	6.48	4.26	3.41
Total	2.18	4.09	2.06	1.32

Cuadro 7.4

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por estado marital en el momento de la entrevista.

		Estado marital		
Edad	**Total**	**Solteras**	**Unidas**	**Otras**
15-19	0.17	0.04	0.82	1.08
	613	508	92	13
20-24	0.93	0.18	1.39	1.36
	596	226	322	50
25-29	1.85	0.34	2.17	2.27
	676	122	490	64
30-34	2.54	0.72	2.87	2.58
	601	83	456	62
35-39	3.08	0.98	3.37	3.24
	493	57	369	67
40-44	3.75	1.10	4.11	3.52
	375	31	271	73
45-49	4.10	1.04	4.51	4.02
	262	24	1.91	47
Total	**2.06**	**0.26**	**2.79**	**2.79**
	3618	1051	2.91	376

Cuadro 7.5

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres no solteras entrevistadas, por edad a la primera unión y años desde que esta ocurrió.

Edad a la primera unión	Total	Años transcurridos desde la primera unión					
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25 y más
15 o menos	3.86	1.10	2.41	2.87	4.45	4.19	5.86
	166	21	22	23	31	26	43
15-17	3.20	0.99	2.11	3.01	3.99	4.43	5.43
	616	99	138	107	88	91	93
18-19	2.71	1.16	2.33	2.82	3.33	4.19	4.27
	523	111	126	105	73	63	44
20-21	2.62	0.90	2.14	2.93	3.35	4.27	4.97
	466	103	105	110	74	45	29
22-24	2.28	1.07	2.00	2.84	3.05	3.24	3.40
	401	95	107	88	57	49	5
25 y más	2.49	1.66	2.53	3.27	2.91	3.38	3.00
	386	129	107	82	46	21	1
Total	**2.79**	**1.18**	**2.23**	**2.96**	**3.49**	**4.06**	**5.16**
	2567	558	605	515	369	295	215

Nueve casos no reportaron edad a la primera unión.

Cuadro 7.6

Número de hijos tenidos vivos por las mujeres entrevistadas según nivel socio-económico.

	Hijos nacidos vivos	Bajo	Medio	Alto
15-19	0.17	0.31	0.16	0.05
	613	201	207	205
20-24	0.93	1.27	0.92	0.46
	598	222	218	158
25-29	1.85	2.52	1.73	1.24
	676	220	263	193
30-34	2.54	3.10	2.48	2.07
	601	188	220	193
35-39	3.08	3.80	3.07	2.49
	493	144	175	174
40-44	3.74	4.80	3.59	2.85
	375	121	134	120
45-49	4.10	5.19	4.40	2.96
	262	80	84	98
Total	**2.06**	**2.57**	**20.2**	**1.57**
	3618	1176	1301	1141

Cuadro 7.7

Tasas específicas de fecundidad para 3-4 años, menos de 3 años y menos de 5 años, antes de la encuesta.

Edad	3-4 años (88-89)	0-2 años (90-93)	0-4 años (88-93)
15-19	95	82	87
20-24	194	173	179
25-29	152	154	158
30-34	117	101	105
35-39	84	62	71
40-44	25	34	30
45-49		4	3
TGF	**3.34**	**3.05**	**3.17**

Cuadro 7.8

Tasas específicas de fecundidad por edad según nivel de educación de la mujer.

Edad	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria o más
15-19	156	127	46
20-24	238	193	156
25-29	156	180	146
30-34	112	104	104
35-39	86	70	60
40-44	38	41	12
45-49	4		5
TGF	**3.95**	**3.58**	**2.65**

Cuadro 7.9

Tasas específicas de fecundidad por edad según nivel socio-económico.

Edad	Bajo	Medio	Alto
15-19	136	94	27
20-24	230	166	127
25-29	184	156	132
30-34	127	104	88
35-39	107	58	52
40-44	49	23	19
45-49	-	-	-
TGF	**4.17**	**3.01**	**2.23**

Cuadro 7.10

Tasas específicas de fecundidad por edad según área geográfica.

Edad	Area Metropolitana	Resto Urbano	Rural
15-19	73	65	113
20-24	152	189	194
25-29	149	134	178
30-34	88	101	121
35-39	63	66	78
40-44	21	24	43
45-49	0	0	9
TGF	**2.73**	**2.90**	**3.68**

Cuadro 7.11

Porcentaje de mujeres que ya ha tenido el primer hijo nacido vivo a las edades indicadas, según cohorte de nacimiento de la mujer.

Edad	Total	Año de nacimiento de la mujer					
		1955 o menos	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80
15	1	2	1	1	1	1	2
16	4	5	4	4	5	4	5
17	9	9	10	8	9	8	11
18	16	14	19	16	17	15	11
19	25	24	25	25	28	24	
20	34	32	34	34	39	32	
21	44	43	42	44	48	41	
22	52	50	52	52	56	50	
23	59	58	60	59	63	50	
24	65	63	66	65	68		
25	71	69	71	72	74		
26	76	73	76	76	79		
27	79	76	79	79	83		
28	81	80	81	82	83		
29	84	82	84	84			
30	86	84	86	86			
31	89	88	88	88			
32	90	90	90				
33	92	92	91				
34	93	92	91				
35	93	93					

Cuadro 7.12

Porcentaje de mujeres que ya ha tenido el segundo hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del primer hijo, por año de nacimiento del primer hijo.

Edad	Total	Año de nacimiento del primer hijo						
		1961 -65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-88	89 o después
12	4	9	8	7	4	3	2	2
24	31	58	49	33	30	26	29	21
36	49	81	66	54	51	42	47	37
48	64	86	78	70	65	57	59	47
60	72	89	85	75	75	68	68	
72	78	92	87	80	80	76	74	

Cuadro 7.13

Porcentaje de mujeres que ha tenido el tercer hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del segundo hijo, por año de nacimiento del segundo hijo.

EDAD	TOTAL	Año de nacimiento del segundo hijo						
		1961 -65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-88	89 o después
12	3	11	8	4	4	2	2	2
24	25	53	46	32	27	21	19	15
36	41	68	61	51	42	37	34	27
48	50	70	74	63	53	46	41	33
60	58	74	80	67	60	53	50	33
72	65	79	83	75	67	60	55	

Cuadro 7.14

Porcentaje de mujeres que ya ha tenido el cuarto o quinto hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del anterior, por año de nacimiento del hijo previo.

Edad	Total	Año de nacimiento del hijo previo						
		1961 -65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-88	89 o después
12	4	0	8	8	5	3	2	2
24	23	54	44	31	23	19	15	19
36	36	79	61	49	35	31	26	27
48	45	79	68	57	45	41	34	33
60	51	89	72	62	53	46	41	33
72	56	89	75	65	58	52	46	

Cuadro 7.15

Mujeres con cinco hijos o más. Porcentaje que ha tenido otro hijo antes de los 12, 24, 36, 48 y 60 meses desde el nacimiento del anterior, por año de nacimiento del hijo previo.

Edad	Total	Año de nacimiento del hijo previo						
		1961 -65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-88	89 o después
12	5	14	9	10	6	4	2	4
24	26	100	51	37	27	24	20	15
36	42		67	55	45	42	32	29
48	54		81	62	59	53	42	44
60	59		81	67	63	60	47	44
72	64		84	72	67	65	51	

CAPITULO 8

Perfil de salud de los niños menores de cinco años.

Henny DeVries
Víctor M. Gómez
Helena Ramírez

8.1 Introducción

El componente materno-infantil siempre ha ocupado un lugar destacado en la Caja Costarricense de Seguro Social que es la primera institución del país en la provisión de servicios de salud. Teniendo en cuenta que el embarazo, el parto y el período postnatal constituyen un área de especial interés en el estudio de la fecundidad, en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva se hizo un esfuerzo considerable para obtener información tanto sobre la salud de la mujer, como sobre la de los hijos. Por estos motivos, el cuestionario incluyó varias secciones con el fin de obtener datos que permitieran llevar a cabo un análisis de los antecedentes del embarazo, la atención que la madre tuvo durante este, las circunstancias del parto y la evolución subsecuente del niño y de la madre.

En este capítulo se analizan tres períodos claramente diferenciados. En una primera parte se describe la naturaleza de la atención prenatal durante el embarazo, para en una segunda sección proveer un perfil de la atención del parto y finalmente describir, para los niños menores de cinco años, varios aspectos de salud, entre ellos los patrones de inmunizaciones, así como la incidencia de diarreas y afecciones respiratorias.

8.2 Atención prenatal.

Es ampliamente reconocido que un temprano inicio del control prenatal contribuye decisivamente a reducir los riesgos asociados con la maternidad y a mejorar las perspectivas de supervivencia del niño. Las consecuencias de embarazos anormales o difíciles serían prevenibles o susceptibles de tratamiento si la situación es diagnosticada en los primeros meses de gestación. Asimismo, una atención prenatal oportuna es susceptible de reducir significativamente los abortos espontáneos.

El porcentaje de mujeres con control prenatal antes de la décimosegunda semana de embarazo asciende a 75%. Como es de esperar, esta cifra varía según diferentes características de las entrevistadas. Al considerar la edad, conviene hacer notar que solo el 56% de las mujeres menores de 20 años reciben control prenatal durante los primeros tres meses de embarazo, mientras que la proporción es superior al 70% entre las mujeres de más edad.

Las diferencias en atención durante la gestación son menos pronunciadas por lugar de residencia. Sin embargo, persiste la desventaja de las mujeres de zona rural, quienes tienen un menor acceso al control prenatal durante los primeros tres meses de gestación (71 %) que las del Area Metropolitana (79%) y otros centros urbanos (78%)

El nivel de instrucción de la mujer se encuentra asociado en forma directa y más intensamente con el acceso a la atención durante los primeros tres meses de embarazo. Solo un 64% de las entrevistadas con primaria incompleta asistieron a control, porcentaje que oscila alrededor del 75% entre las mujeres que han completado el primer ciclo o parte del segundo ciclo de enseñanza. Son las mujeres con secundaria completa o más, para quienes el grado de accesibilidad a la atención prenatal temprana es mayor.

Al comparar estos resultados con los obtenidos usando preguntas similares en la encuesta realizada en 1986, se observa un aumento en el transcurso de los últimos años en la atención durante el primer trimestre del período de gestación. En aquel entonces, el 68% de las mujeres tuvieron el primer control prenatal antes del tercer mes de embarazo, en comparación con el 75% que evidencia la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

En el cuadro 8.1 también aparece la fracción de madres con el primer control en los primeros tres meses de gestación, la proporción que tuvo tres o más controles prenatales durante el embarazo de su último hijo nacido vivo. Como es de esperar, este porcentaje es mayor que el comentado anteriormente. Un 92% de las mujeres asistieron a control prenatal tres o más veces. En este caso los diferenciales no son importantes según edad ni por lugar de residencia de la mujer. Solamente vale mencionar que la proporción es de un 82% entre las entrevistadas con educación primaria incompleta, mientras que entre las demás asciende a 93% o más.

El análisis de la encuesta de fecundidad de 1986 incluyó una variable que combinaba la pregunta del número de controles y la edad gestacional al llevarse a cabo el primero de ellos. Así, se definió el control como completo o parcial, si la entrevistada tenía al menos un control prenatal en cada trimestre del embarazo. Esta elaboración también se hizo con los datos de la Encuesta de Salud Reproductiva con los resultados que reproduce el cuadro 8.2. Según este, el 74% de las mujeres con hijos nacidos vivos durante los cinco años anteriores a la entrevista, tuvieron control prenatal completo, el 21% parcial y el 5% no se controló. Estas cifras documentan una mejora en la atención prenatal pues según las cifras de 1986, el porcentaje de embarazos con atención prenatal completa era de 69%.

Los diferenciales observados en esta variable por edad, lugar de residencia y educación de la mujer repiten el patrón de la encuesta anterior. Tienen mayores porcentajes de control prenatal completo las mujeres de más edad, de áreas urbanas y aquellas con un nivel de instrucción más avanzado. Sin embargo, a lo largo de los siete años transcurridos entre una y otra investigación, las diferencias se han reducido. El aumento de 69% a 74% en el control prenatal completo favoreció a los grupos que más lo necesitaban, o sea, a las mujeres más jóvenes, a las de zona rural y a las de menos nivel educativo, logro solo ligeramente opacado por el leve retroceso que se observa entre las mujeres de 40 a 49 años y las de nivel educativo más alto entre quienes descendió el porcentaje de embarazos con control prenatal completo.

El aumento de 46% a 55% en el control prenatal completo de 1986 a 1993 en las mujeres de 15 a 19 años es sin duda un logro que se debe destacar aunque las

posibilidades de mejora aun son considerables, ya que las cifras de la última encuesta muestran que un 39% de las madres solo tuvo control prenatal parcial. Posiblemente muchos de estos casos corresponden a adolescentes solteras que temen asistir a control médico durante los primeros meses del embarazo.

8.3 Atención del parto.

También se preguntó en la encuesta sobre la atención del parto y detalles sobre lugar del alumbramiento, si fue -normal o por cesárea-, meses de gestación y peso al nacer.

El cuadro 8.3 presenta una distribución de las madres según tipo de atención recibida en el parto del último nacido vivo, por edad de la mujer, residencia y educación. En términos globales, el 56% de los partos fueron atendidos principalmente por médicos y el 41 % por enfermeras. Un porcentaje residual del 3% agrupa casos en que el nacimiento fue atendido por otras personas, categoría que incluye partos ocurridos en situaciones inusuales (ambulancias, taxis, etc.). Los diferenciales por edad no son importantes, excepto en el caso del grupo de edad de 15 a 19 años, donde los partos fueron más frecuentemente atendidos por enfermeras (53%) que por médicos (45%).

Al considerar el lugar de residencia, se aprecian variaciones mayores, ya que entre las mujeres residentes en el Area Metropolitana la proporción de partos atendidos por médicos es bastante mayor (68%) que en los demás centros urbanos (56%) y en la zona rural (49%).

Al tener en cuenta la escolaridad de las madres, no se aprecia un patrón definido en la atención del parto por parte de los médicos y los porcentajes oscilan entre 52% para las mujeres con educación primaria completa y 56% para las madres que no han finalizado secundaria. Nótese, sin embargo, que las mujeres con menos escolaridad presentan niveles similares de accesibilidad a la atención del médico en el parto. Estos diferenciales no parecen ser significativos, aunque entre los niveles mencionados y los porcentajes de atención médica en el parto de las mujeres con secundaria completa o más (62%), sí existe una diferencia estadísticamente importante.

La distribución de las mujeres según el lugar de ocurrencia del alumbramiento aparece en el cuadro 8.4. Casi la totalidad de los partos, 97%, fueron atendidos en los hospitales públicos y apenas un 1 % en clínicas privadas. Fracciones igualmente pequeñas, ocurrieron en los hogares y en otros lugares no especificados.

Los diferenciales por edad, lugar de residencia y educación de la mujer son muy pequeños. Como es de esperar, los partos en clínica privada son característicos del Area Metropolitana y entre las mujeres con al menos educación secundaria incompleta. Los nacimientos en el hogar parecen ser más frecuentes entre mujeres de 40 años y más y entre aquellas de menos escolaridad.

De acuerdo con la encuesta de 1986, la proporción de partos atendidos en los hospitales públicos fue de 93.4% y 3.8% en instalaciones privadas. Según estas cifras, ha habido una disminución en los partos atendidos en clínicas privadas durante los últimos siete años, pues el porcentaje bajó de 3.8% a 1 %. Llama más la atención

también que en la encuesta de 1986 los diferenciales por edad, residencia y educación de la mujer eran bastante más pronunciados. Esa investigación mostró que el 8% de las mujeres de más edad, el 7% de las del Area Metropolitana y el 15% de las que tenían educación secundaria completa o más, tuvieron su último hijo nacido vivo en instituciones privadas. Sin embargo, en la encuesta de 1993 menos del 3% de cualquier grupo de madres dependieron de la atención en clínicas privadas.

Los porcentajes de incidencia de cesáreas según edad, residencia, educación de la mujer y lugar del parto se presentan en el cuadro 8.5. En promedio, en un 21 % de los casos se recurrió a la cirugía para efectuar el alumbramiento. Al comparar esta cifra con la obtenida en 1986, 19.5%, el resultado indica un leve aumento en el porcentaje ya relativamente alto de partos por cesáreas en los años recientes.

Es interesante describir el cambio ocurrido en los diferenciales en los últimos siete años. Las variaciones en la incidencia de cesáreas por edad de la mujer aparecen más marcadas en la investigación reciente. En 1986 las proporciones de cesáreas en los diferentes grupos de edad eran muy similares (21.2% y 23.6%), mientras que en 1993 los diferenciales están muy acentuados, pues la proporción de cesáreas entre las mujeres en las edades superiores del ciclo reproductivo es de 26%, cifra significativamente mayor que entre las madres jóvenes (18%).

Al considerar el lugar de residencia, el patrón es muy similar en ambas encuestas, pero con un leve ascenso en la prevalencia en las tres subpoblaciones. Las cifras, sin embargo, ilustran el diferente grado de accesibilidad, ya que las mujeres residentes en las áreas urbanas muestran aproximadamente cinco puntos porcentuales más de propensión a tener hijos por cesárea que las madres de la zona rural.

Una tendencia similar a la descrita se presenta al considerar el nivel educativo de las mujeres. Mientras que las mujeres con educación secundaria incompleta prácticamente representan el valor promedio, las madres con menos educación muestran un valor menor, compensado con la cifra considerablemente más elevada de cesáreas entre las mujeres de más escolaridad (30%).

Aunque se debe tener en cuenta que en algunas categorías los porcentajes se basan en pocas observaciones, al comparar los resultados de la encuesta de 1986 con la reciente se evidencia una reducción en la proporción de nacimientos por cesárea en las clínicas privadas de 42% en 1986 a 38% en 1993. Debe indicarse, sin embargo, que se recurre a las cesáreas mucho más frecuentemente en las clínicas privadas que en los hospitales públicos.

8.4 Peso al nacer y características de la madre.

El cuadro 8.6 ilustra algunas características, prematuridad y peso al nacer, de los últimos hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas.

La proporción total de hijos nacidos vivos en forma prematura resultó ser 10%, pero existen diferencias acentuadas por edad y lugar de residencia de la madre, aunque no se presenta un patrón definido por escolaridad de la mujer. Se debe hacer notar el alto

porcentaje de niños prematuros entre las mujeres más jóvenes y una fracción también mayor de prematuros entre las mujeres de más edad. Estos resultados documentan la necesidad, a nivel de políticas de salud, de promover la procreación en aquellas edades de menor riesgo para las mujeres y más susceptibles de tener embarazos que resulten en niños sanos. Las cifras presentadas sugieren también que tales medidas deben promoverse especialmente en los grupos urbanos del Area Metropolitana.

En cuanto al peso al nacer, los diferenciales son menos pronunciados. Las mayores proporciones de niños con bajo peso se dan entre las madres añosas y entre las de menor escolaridad. En contraste con los resultados sobre prematuridad, el lugar de residencia de las mujeres no parece asociado de manera previsible con el bajo peso al nacer de los hijos.

De acuerdo con las investigaciones disponibles, la proporción de niños con bajo peso al nacer ha descendido paulatinamente. En los años setenta, era de alrededor de un 17% y desde entonces, el nivel ha bajado para estabilizarse en tiempos recientes en un 8% aproximadamente.

8.5 Inmunizaciones

Una sección en el cuestionario fue dedicada a obtener datos sobre vacunación. Se les preguntó a las madres sobre protección contra la BCG (tuberculosis), polio, DPT (difteria, tosferina y tétano) y sarampión en los niños menores de 5 años, con los resultados que se presentan en el cuadro 8.7.

Las cifras reflejan las normas de vacunación existentes. La vacuna contra la BCG se aplica en el nacimiento, excepto a los niños menores de 2500g. y por lo tanto, es muy generalizada. Como es de esperar, el 95% de los niños la han recibido, con muy pocas diferencias por edad.

En el caso de la polio, las normas recomiendan que la primera dosis se aplique a los tres, la segunda dosis a los seis, una tercera a los 18 meses y un refuerzo a los 4 años. Los cifras del cuadro 8.7 muestran que casi todos los niños mayores de 12 meses han sido vacunados contra la polio, con al menos una dosis y, como es de esperar, con menos tiempo de exposición, son los menores de un año los que tienen un menor grado de protección, pues un 12% no tiene dosis alguna.

La vacuna contra la DPT muestra la misma situación del caso de la polio, con una protección completa -3 dosis o más- de alrededor del 86% entre los niños que ya han tenido su primer cumpleaños. En el caso del sarampión también se presentan protecciones bajas en los niños menores de un año, pero que, sin embargo, suben conforme el tiempo de exposición crece y los niños aumentan en edad.

Al comparar estos resultados con las obtenidos con preguntas similares en la Encuesta de 1986, se puede apreciar un importante aumento en la cobertura de las vacunas entre los niños de menos edad. En los menores de un año, la proporción de no vacunados contra la polio, el DPT y el sarampión se redujo de 21% a 12%, de 23% a 13% y de 86% a 41 %, respectivamente. Llama la atención, sin embargo, que en la

encuesta de 1993 aparecen bastante más casos de madres que desconocen si sus hijos fueron o no inmunizados. Para la vacuna contra el sarampión, por ejemplo, el porcentaje de "no sabe" asciende a 10%, mientras que en 1986 fue de 3%. No obstante, el aumento en la cobertura de vacunación es de magnitud suficiente para descartar cualquier duda sobre el resultado de los esfuerzos realizados en favor de la salud infantil por parte de padres e instituciones.

En el cuadro 8.8 aparecen los porcentajes de niños vacunados según lugar de residencia y educación de la madre, y si fueron visitados los hogares por funcionarios del Centro o Puesto de Salud en el último año. Las proporciones son todas bastante elevadas, casi todas por encima del 95% sin variaciones significativas entre los diferentes grupos de mujeres. Los porcentajes generales subieron respecto de la encuesta de 1986, eliminándose casi por completo la menor cobertura entre los hijos de madres de estratos bajos.

8.6 Lactancia materna

La lactancia materna ha recibido mucha atención durante los últimos años. Se han hecho campañas educativas a favor de la leche natural para la alimentación de los recién nacidos. Aparte de este interés sustantivo, en el contexto de los estudios de fecundidad es importante también su efecto inhibidor de la fertilidad después del parto.

La distribución de los niños de 1 a 4 años de edad según la duración de la lactancia, se muestra en el cuadro 8.9 en el que se tiene en cuenta varias características de la madre. En general, el 90% de los niños recibieron leche materna al menos por un mes, y en este sentido no aparecen variaciones entre las distintas subpoblaciones consideradas. La duración mediana de la lactancia es de 5 meses, pero los hijos de las madres de 30 y más años, y de mujeres residentes en la zona rural son amamantados por más tiempo, pues 50% de ellos son criados con leche materna 6 meses o más.

Datos comparables de la encuesta con los de 1986 muestran que entonces el 86% de los niños de 1 a 4 años de edad habían recibido leche materna al menos por un mes, lo que sugiere un ligero progreso en los hábitos de lactancia natural en los últimos años.

Una mejor manera de examinar este tipo de información se logra recurriendo a la técnica denominada análisis de sobrevivencia, que en el contexto específico consiste en describir cómo una cohorte de nacimientos son destetados conforme transcurre el tiempo. La aplicación de este método a los datos de la encuesta de 1986 da como resultado para el bienio 1985-86 una duración de 9.3 meses, como muestra el cuadro 8.10. El mismo procedimiento aplicado a los datos de 1993, resulta en una duración media de la lactancia de 9.1 meses para los años 1992-1993.

Las encuestas realizadas permiten describir una evolución de las prácticas de lactancia de las madres costarricenses desde una duración media de 5.6 meses en 1976 a 9.3 meses en 1986. Sin embargo, las últimas cifras disponibles sugieren que el progreso logrado en la duración del período de amamantamiento se ha detenido.

En todas las encuestas las cifras ilustran una duración media de la lactancia mayor entre mujeres de las zonas rurales. La diferencia, sin embargo, se ha ido reduciendo con la prolongación del período de lactancia. Actualmente las madres residentes en las ciudades amamantan a sus hijos durante 8.1 meses, en promedio, mientas que las residentes en las áreas rurales por 10.3 meses.

Un detalle importante en la práctica es el número de veces al día que los niños son amamantados, información que fue obtenida en el cuestionario de todas las madres en lactancia cuando fueron entrevistadas. Los resultados obtenidos se resumen en el cuadro 8.11, según varias clasificaciones. La mayoría (58%) de los niños son amamantados más de cinco veces diarias, aunque naturalmente se da una diferencia importante a favor de los menores de 6 meses, quienes en un 71 % reciben más de cinco tomas al día. En cambio, los niños de más edad tienden a ser amamantados con menos frecuencia, en la medida que empiezan a recibir adicionalmente otros alimentos. Los niños de las áreas rurales y de madres que trabajan son amamantados menos frecuentemente, y aunque la desventaja se observa entre los menores de seis meses, es particularmente apreciable entre los niños de mayor edad.

En resumen, las cifras indican que aunque el período de lactancia se ha mantenido, el aumento en el porcentaje de mujeres que adoptan la práctica redunda en una mejora neta en la nutrición infantil, basada en la leche materna.

8.7 Lactancia y amenorrea.

Con el fin de tener en cuenta el efecto inducido de la lactancia materna en el retorno de la fertilidad en el período post parto, en el cuadro 8.10 se presenta la duración media de amenorrea calculada con base en las mujeres con hijos menores de 3 años, a quienes aún no les había llegado la regla en el momento de ser entrevistadas. Como se puede observar, de 1981 a 1986 se registró un aumento de 4.3 a 5.1 en la duración media en meses de la amenorrea, pero los resultados de la última encuesta indican que, el período se ha reducido a 4.6 meses. La diferencia a favor de una mayor duración media en la zona rural continuó invariable desde las primeras investigaciones.

8.8 Morbilidad en los niños menores de cinco años.

8.8.1 Síntomas percibidos en las dos semanas previas a la entrevista.

Varios aspectos referentes a la salud de los niños menores de cinco años fueron investigados en la encuesta, entre ellos la presencia de fiebre, tos y diarreas en un período de referencia definido como las dos semanas previas al momento de la entrevista.

Algunos de los resultados obtenidos se presentan en el cuadro 8.12. Uno de cada dos niños presentó algún tipo de síntoma, siendo los trastornos respiratorios el problema más común. Los porcentajes son ligeramente más frecuentes entre los niños menores de un año que entre los de más edad y entre los residentes en el área rural que entre los que viven en las áreas urbanas. Se debe notar, sin embargo, que aunque no se

presenta un diferencial entre los infantes, los niños de las áreas rurales muestran una mayor propensión a las diarreas.

8.8.2 La técnica de rehidratación oral

Teniendo en cuenta la presencia del cólera en el área centroamericana y la incidencia de diarreas, en la encuesta se pidió información a las madres sobre conocimientos y prácticas de rehidratación oral.

El cuadro 8.13 presenta algunos resultados referidos a los remedios usados en los niños para quienes las madres reportaron diarreas en las dos semanas previas a la entrevista. En general, dos de cada diez niños no fue tratado, tres recibieron suero-oral y la mitad restante tuvo algún otro tratamiento. Estos porcentajes varían según el lugar de residencia. Las diarreas de los menores que viven en las áreas urbanas con frecuencia no reciben atención alguna, y cuando son tratados, se depende menos del suero-oral y más de otros remedios. En las áreas rurales las diarreas reciben más atención y hay más uso del suero. Se debe mencionar también que el uso de este parece ser mucho más frecuente entre las madres menos educadas. Aquellas con más escolaridad recurren a otros medios o no tratan esos trastornos digestivos de sus hijos.

8.8.3 Conocimiento sobre técnicas de rehidratación oral.

Algunos de los resultados anteriores deben ser considerados teniendo en cuenta el grado de conocimiento sobre la disponibilidad de suero-oral para el tratamiento de diarreas. El cuadro 8.14 muestra algunas cifras sobre conocimiento, disponibilidad y habilidad para preparar suero casero por parte de las madres con hijos menores de cinco años.

En general, el conocimiento sobre la existencia de sueros para el tratamiento de la diarrea y la rehidratación es muy elevado. Más de nueve de cada diez mujeres respondieron que sí sabían para que se usaba al mostrárseles un sobre con el medicamento, fracción que no parece variar significativamente por área geográfica o nivel de escolaridad de la mujer. Además, alrededor del 80% de las madres declaró haber tenido sobres de suero oral alguna vez en sus casas y en un 40% de los casos las entrevistadas dijeron que había en el hogar sobres en el momento en que fueron entrevistadas.

A pesar de que el conocimiento y la disponibilidad son elevados, no así la habilidad para preparar suero casero. En total, solo un 13% sabe cómo hacerlo, proporción que es mayor entre las mujeres residentes en las áreas urbanas y entre las mujeres más educadas. Sin embargo, como muestra el cuadro 8.15, solo una minoría de madres no saben dónde conseguir el medicamento y entre las fuentes principales citadas se encuentra la farmacia en el Area Metropolitana y otros centros urbanos, mientras que en la zona rural el centro o puesto de salud es la fuente de referencia. Nótese que la clínica de la Caja Costarricense de Seguro Social no es mencionada como principal alternativa.

Si se tiene en cuenta el nivel de educación de la mujer, la fuente de suero-oral más frecuentemente mencionada pasa de ser el centro o puesto de salud, entre las mujeres menos educadas, a la farmacia entre las madres con mayor escolaridad.

8.9 Ayuda en la crianza de los niños.

La sección referida a niños menores de cinco años de la encuesta, se completó recabando algunos detalles sobre disponibilidad de ayuda por parte de las madres para la crianza de sus hijos pequeños.

El cuadro 8.16 muestra que, en términos generales, una de cada tres mujeres declaró tener alguna ayuda y en tres de cada cinco casos es la abuela materna la que se hace cargo de los niños, a quienes siguen las empleadas domésticas u otras opciones. Otros parientes -la suegra u otros hijos de la madre- constituyen una alternativa poco común.

Las madres residentes en las ciudades y aquellas con educación secundaria completa o más, tienen más ayuda, especialmente de sus propias mamás y en menor grado de las servidoras domésticas. Sin embargo, el aporte de la abuela materna se torna importantísimo cuando la mujer trabaja. En estos casos también la empleada y otras fuentes constituyen un apoyo considerable.

Como se muestra en el cuadro 8.17, la dependencia de esfuerzos institucionalizados de apoyo a las madres en la crianza de los hijos son de uso muy limitado. No más de un 5% de las mujeres hace uso de guarderías, CINAI's u hogares comunitarios aún en las zonas urbanas y entre las madres de más escolaridad. Entre las mujeres que no tienen niños en ese tipo de instituciones, pero alguna vez pensaron en estas como alternativa, los motivos específicos más comunes para no hacer uso de ellos son la falta de una guardería, CINAI u hogar comunitario cerca, desconfianza y posibilidad de maltrato a los menores, y en menor grado, la falta de cupo y el costo del servicio, tal y como se puede observar en el cuadro 8.18. Es importante también indicar que "otras razones" y "no sabe" constituyen la categoría que agrupa más casos.

Cuadro 8.1

Porcentaje de mujeres con el primer control en los primeros tres meses, y con tres o más controles prenatales en el último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	Porcentaje con el primer control en los primeros tres meses	Porcentaje con tres o más controles prenatales
Total	**1566**	**75**	**92**
Edad			
15-19	88	56	91
20-29	801	74	92
30-39	552	80	93
40-49	125	71	90
Residencia			
Area Metropolitana	434	79	94
Resto Urbano	370	78	93
Rural	762	71	91
Educación			
Primaria incompleta	275	64	82
Primaria completa	568	72	93
Secundaria incompleta	319	75	94
Secundaria completa o más	404	85	97

Cuadro 8.2

Distribución porcentual del tipo de atención prenatal en el último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	Ninguna/ no sabe	Parcial[1]	Completa[2]
Total	**1566**	**5**	**21**	**74**
Edad				
15-19	88	7	39	55
20-29	801	5	22	73
30-39	552	4	17	79
40-49	125	8	22	70
Residencia				
Area Metropolitana	434	4	18	78
Resto Urbano	370	5	18	77
Rural	762	5	25	70
Educación				
Primaria incompleta	275	13	25	62
Primaria completa	568	4	25	72
Secundaria incompleta	319	4	22	74
Secundaria completa o más	404	2	14	84

1 Parcial: No tiene por lo menos un control médico por trimestre de embarazo
2 Completa: Con por lo menos un control médico por trimestre de embarazo

Cuadro 8.3

Distribución porcentual según atención en el parto del último hijo nacido vivo según edad, residencia y educación.
Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	Atención del parto		
		Médico	Enfermera	Otro
TOTAL	**1566**	**56**	**41**	**3**
Edad				
15-19	88	44	51	5
20-29	801	56	42	2
30-39	552	58	40	2
40-49	125	58	38	4
Residencia				
Area Metropolitana	434	68	31	1
Resto Urbano	370	56	43	1
Rural	762	49	47	4
Educación				
Primaria incompleta	275	54	39	7
Primaria completa	568	52	46	2
Secundaria incompleta	319	56	43	1
Secundaria completa o más	404	62	36	2

Cuadro 8.4

Distribución porcentual según lugar del parto del último hijo nacido vivo por edad, residencia y educación. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	Hospital Público	Clínica Privada	Hogar	Otro
Total	**1566**	**97**	**1**	**1**	**1**
Edad					
15-19	88	96	1	2	1
20-29	801	97	1	1	1
30-39	552	96	2	1	1
40-49	125	97	-	3	-
Residencia					
Area Metropolitana	434	96	3	1	-
Resto Urbano	370	98	-	1	1
Rural	762	96	1	2	1
Educación					
Primaria incompleta	275	94	-	5	1
Primaria completa	568	98	-	1	1
Secundaria incompleta	319	98	1	-	1
Secundaria completa o más	404	96	3	-	1

Cuadro 8.5

Porcentaje de partos por cesárea según edad, residencia, educación y lugar de ocurrencia. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	Porcentaje
Total	**1566**	**21**
Edad		
15-19	88	16
20-29	801	18
30-39	552	27
40-49	125	25
Residencia		
Area Metropolitana	434	24
Resto Urbano	370	24
Rural	762	18
Educación		
Primaria incompleta	275	18
Primaria completa	568	17
Secundaria incompleta	319	22
Secundaria completa o más	404	30
Lugar de parto		
Hospital Público	1512	21
Clínica Privada	16	38
Hogar	24	-
Otro	14	21

Cuadro 8.6

Porcentaje de niños prematuros en los últimos nacidos vivos y la distribución porcentual del peso al nacer según edad, residencia y educación de la madre. Mujeres con último hijo nacido vivo en 1987 o después.

	Número de casos	% prematuros	Peso al nacer (gramos)		
			2500 o más	Menos de 2500	Otro
Total	**1566**	**10**	**91**	**7**	**2**
Edad					
15-19	88	17	91	8	1
20-29	801	9	92	7	1
30-39	552	9	91	6	3
40-49	125	13	90	8	2
Residencia					
Area Metropolitana	434	14	92	7	1
Resto Urbano	370	8	91	8	1
Rural	762	8	91	6	3
Educación					
Primaria incompleta	275	8	88	8	4
Primaria completa	568	10	91	7	2
Secundaria incompleta	319	8	92	7	1
Secundaria completa o más	404	11	94	5	1

Cuadro 8.7

Porcentaje de niños vacunados contra polio, dpt y sarampión por edad. Niños menores de 5 años.

	Total	Edad en años cumplidos				
		0	1	2	3	4
Número de casos	1789	385	306	44	397	357
BCG						
No vacunados	1	1	0	1	1	2
Si vacunados	95	96	96	95	94	94
No sabe	4	3	4	5	5	4
Polio						
No vacunados	3	12	1	1	0	0
1 dosis	5	19	1	1	1	1
2 dosis	6	18	6	4	0	2
3 dosis o más	78	42	87	87	91	88
No sabe	8	9	5	7	8	9
DPT						
No vacunados	4	13	1	1	1	1
1 dosis	5	18	1	1	2	1
2 dosis	6	17	6	4	1	3
3 o más	77	43	86	87	87	85
No sabe	8	9	5	7	9	10
Sarampión						
No vacunados	10	41	2	1	1	2
Si vacunados	81	46	92	92	91	88
No sabe	9	13	6	7	8	10

* 18 casos sin indicación de historia de vacunación.

Cuadro 8.8

Porcentaje de niños vacunados contra polio, DPT y sarampión según residencia y educación de la madre y si ha recibido visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud en el último año. Niños de 1 a 4 años de edad.1/

	BCG	*Polio	*DPT	Sarampión
Total	**99**	**95**	**94**	**98**
Residencia				
Area Metropolitana	99	95	91	98
Resto Urbano	99	96	94	99
Rural	99	95	95	98
Educación				
Primaria incompleta	97	95	93	98
Primaria completa	99	96	95	98
Secundaria incompleta	99	94	91	98
Secundaria completa o más	99	96	94	98
Visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud				
Sí	98	96	95	98
No o no sabe	99	95	94	98
Visitas de funcionarios del Centro o Puesto de Salud				
En el último año	98	96	95	99
Hace más de un año	100	95	93	98

1/ Excluye todas las madres qu dicen 'no sabe.
* Tres dosis o más.

Cuadro 8.9

Distribución según duración de la lactancia por edad, residencia, educación de la madre y condición laboral. Ultimo hijo nacido vivo con 1-4 años de edad en el momento de la entrevista.

	Total	Edad de la madre - años-		Area		Trabaja	
		Menos de 30	30 o más	Urbana	Rural	No	Sí
Total	100	100	100	100	100	100	100
Número de casos	1016	562	454	524	492	740	276
Lactancia en meses							
0	11	11	11	11	11	10	13
1-2	12	13	11	14	10	12	12
3-5	21	22	22	24	21	22	25
6	10	10	10	11	9	9	12
7-8	8	8	8	7	8	7	9
9-11	8	8	8	7	8	8	8
12	6	5	6	5	6	6	4
13-17	5	6	5	5	6	6	4
18	3	3	4	3	4	4	1
19-24	6	5	6	5	5	6	5
25 o más	3	2	4	2	4	3	3
Aún lactando	7	7	7	6	8	8	4
Mediana (meses)	**5.5**	**5.5**	**5.5**	**5.1**	**6.0**	**5**	**5**

Cuadro 8.10

Porcentaje que da el pecho y porcentaje en amenorrea al momento de la entrevista según los meses transcurridos desde el nacimiento y residencia. Madres con último hijo en los 3 años anteriores a la encuesta

	En lactancia			En amenorrea		
	EPA-81	EFES-86	ENSR-93	EPA-81	EFES-86	ENSR-93
Total	**10**	**27**	**30**	**6**	**15**	**15**
Meses desde el nacimiento						
0-1	90	91	89	90	94	89
2-3	61	62	68	56	56	53
4-5	40	59	71	20	36	36
6-7	35	53	47	15	24	21
8-9	26	38	41	9	11	9
10-11	22	25	31	12	10	9
12-17	15	20	21	5	5	4
18-23	9	13	12	2	1	1
24-29	4	7	8	1	0	1
30-35	1	3	7	0	3	2
Duración en meses 1/						
Total	**7.2**	**9.3**	**9.1**	**4.3**	**5.1**	**4.6**
Urbana	6.0	8.3	8.1	3.9	4.6	4.3
Rural	8.2	10.0	10.3	5.0	5.5	5.2

1./Estimada como la suma de las proporciones de mujeres que, en cada mes, aún permanencen en lactancia o amenorrea.

Cuadro 8.11

Distribución porcentual según las veces por día que las madres lactantes dan el pecho por área y condición laboral, controlado por edad del último niño nacido vivo. Madres en lactancia con último hijo en los últimos 3 años.

	Total	Area		Trabaja	
		Urbana	Rural	No	Sí
Todos los niños					
Total	100	100	100	100	100
Número de casos	287	142	145	240	47
Tomas diarias					
Menos de 2	5	7	3	5	6
2-3	13	11	15	11	21
4-5	20	15	25	20	24
6 o más	62	67	57	64	49
Menores de 6 meses					
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	136	70	66	99	23
Tomas diarias					
Menos de 2	2	4	-	2	-
2-3	5	4	6	5	4
4-5	16	16	17	14	26
6 o más	77	76	77	79	70
6 meses o más					
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	151	72	79	104	24
Tomas diarias					
Menos de 2	8	10	6	7	12
2-3	19	17	22	16	38
4-5	24	15	32	24	21
6 o más	49	58	40	53	29

Cuadro 8.12

Porcentaje de niños que estuvieron enfermos en las dos semanas anteriores a la entrevista con fiebre/tos o diarrea que se indican por edad del niño y área de residencia. Hijos vivos menores de 5 años.

	Menores 5 años	Menores 1 año	1-4 años
Número de casos	1804	385	1419
Patología			
Fiebre	6	6	6
Tos	19	18	18
Ambas	16	18	15
Diarrea	9	10	8
Area Urbana			
Número de casos	913	194	719
Patología			
Fiebre	6	6	6
Tos	19	18	20
Ambas	16	17	15
Diarrea	7	10	6
Area Rural			
Número de casos	885	190	331
Patología			
Fiebre	6	6	6
Tos	18	18	18
Ambas	17	20	16
Diarrea	10	10	10

En la totalidad de los casos el porcentaje de diarreas con sangre no excedió el 1%.

Cuadro 8.13

Distribución porcentual de los remedios usados para niños con diarrea según residencia y educación de la madre. Hijos menores de 5 años con diarrea.

	%/ Número de casos	Remedios		
		Suero-oral	Otros	Nada
Total	**100/153**	**31**	**48**	**21**
Residencia				
Area Urbana	100/ 65	25	46	29
Area Rural	100/ 88	35	50	15
Educación				
Primaria incompleta	100/ 39	46	39	15
Primaria completa	100/ 62	24	52	24
Secundaria incompleta	100/ 33	27	55	18
Secundaria completa o más	100/ 19	26	48	26

Las cifras en letra pequeña indican el número de casos en los cuales el procentaje se basa.

Cuadro 8.14

Distribución porcentual según el conocimiento del suero oral, la presencia de sobres suero-oral en la casa y porcentaje que sabe preparar el suero casero según residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años.

	Número de casos	Conoce suero-oral	Presencia de sobres de suero-oral en la casa		Sabe preparar suero casero
			Alguna vez	En el momento de la encuesta	
Total	**1388**	**95**	**78**	**40**	**14**
Residencia					
Area Metropolitana	380	95	78	37	15
Area Urbana	329	91	77	40	14
Area Rural	679	96	78	42	13
Educación					
Primaria incompleta	244	94	77	38	12
Primaria completa	499	95	75	38	13
Secundaria incompleta	285	93	79	35	12
Secundaria completa o más	360	96	81	47	18

Cuadro 8.15

La distribución porcentual según el lugar donde se consigue suero-oral por residencia y educación. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años.

	Número de casos	Lugar				
		CCSS	Centro/ Puesto	Farmacia	Otro	No sabe donde/no conoce suero-oral
Total	**1388**	**17**	**30**	**43**	**4**	**6**
Residencia						
Area Metropolitana	380	15	14	63	4	4
Area Urbana	329	16	23	48	5	8
Area Rural	679	19	43	30	3	5
Educación						
Primaria incompleta	244	23	40	24	5	8
Primaria completa	499	18	39	33	4	6
Secundaria incompleta	285	17	25	47	5	6
Secundaria completa o más	360	13	15	66	3	3

Cuadro 8.16

Distribución porcentual de las madres que tienen ayuda para criar a sus hijos y relación con la persona quien le ayuda, por residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años.

	Número de casos	% con ayuda	Relación			
			Mamá/ suegra	Hijos	Empleada	Otro
Total	**1388**	**31**	**18**	**2**	**5**	**6**
Residencia						
Area Metropolitana	380	39	26	1	4	8
Area Urbana	329	35	20	3	6	6
Area Rural	679	26	14	3	4	5
Educación						
Primaria incompleta	244	24	12	5	1	6
Primaria completa	499	27	16	3	2	6
Secundaria incompleta	285	28	19	1	2	6
Secundaria completa o más	360	47	26	1	13	7
Trabaja						
No	891	18	12	2	1	3
Sí*	497	54	29	3	11	11

* Incluye actividades informales

Cuadro 8.17

Distribución porcentual de las madres con niños en una guardería, CINAI o en un Hogar Comunitario según residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años.

	Número de casos	Lugar			
		Guardería	CINAI	Hogar Comunitario	Ninguno
Total	**1388**	**1**	**2**	**1**	**96**
Residencia					
Area Metropolitana	380	3	2	1	94
Area Urbana	329	1	3	2	94
Area Rural	679	1	3	1	95
Educación					
Primaria incompleta	244	-	4	-	96
Primaria completa	499	-	2	1	97
Secundaria incompleta	285	2	3	1	94
Secundaria completa o más	360	3	3	1	93
Trabaja					
No	891	1	2	-	97
Sí*	497	2	4	2	92

* Incluye actividades informales

Cuadro 8.18

Distribución porcentual según las razones de no poner sus hijos en una guardería, CINAI o en un Hogar Comunitario según residencia, educación de la madre y condición laboral. Mujeres de 15-49 años de edad con hijos menores de 5 años y que no pusieron sus hijos en una guardería, CINAI o en Hogar Comunitario aunque pensaban hacerlo.

	%/ Número de casos	Razones				
		No hay cerca	Caro	No hay cupo	No confía/ mal trato	Otro/ no sabe
Total	**100/152**	**22**	**3**	**3**	**15**	**57**
Residencia						
Area Metropolitana	100/67	5	3	4	16	72
Area Urbana	100/38	32	3	2	21	42
Area Rural	100/47	39	2	2	9	48
Educación						
Primaria incompleta	100/11	27	9	9	27	28
Primaria completa	100/49	25	4	6	12	53
Secundaria incompleta	100/38	16	3	-	16	65
Secundaria completa o más	100/54	22	0	2	14	62
Trabaja						
No	100/73	15	1	3	14	67
Sí*	100/79	28	4	4	16	48

* Incluye actividades informales

Las cifras en letra pequeña indican el número de casos en los cuales el procentaje se basa.

CAPITULO 9

Planificación familiar

Luis Rosero

9.1 Introducción

En este capítulo se presentan los resultados de la encuesta referentes al conocimiento, difusión y uso de la planificación familiar en Costa Rica. En el análisis se aborda el uso en el pasado, la adopción por vez primera y el uso actual de métodos anticonceptivos, así como algunas características del uso de los dos más importantes métodos en el país: los orales y la esterilización. Otros aspectos de la planificación familiar están considerados en otros capítulos del informe, en especial en el capítulo 10.

Aunque la encuesta investigó el tema entre todas las entrevistadas, en este informe los resultados se refieren a las mujeres que están en unión legal o consensual únicamente. La principal razón para referir el análisis a este grupo es comparativa: encuestas previas en Costa Rica y encuestas en otros países siguen este mismo procedimiento. La razón de fondo para dejar fuera a las mujeres que no están en unión es que en su gran mayoría no se encuentran en riesgo de embarazo y por lo tanto no requieren usar anticonceptivos. Sin embargo, la sección final de este capítulo presenta algunos resultados para las mujeres no unidas.

9.2 Conocimiento de métodos y fuentes

En primer lugar, se pidió a las entrevistadas que mencionaran los métodos de planificación familiar. Para aquellos no mencionados espontáneamente, se preguntó a la mujer si había oído hablar de cada método particular, incluyéndose en la pregunta una breve explicación u otras acepciones con las que el método es conocido.

Al igual que en las encuestas efectuadas desde 1976, la totalidad de las entrevistadas dijeron haber oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo (cuadro 9.1). Vale decir, que en Costa Rica, desde los años 70, las mujeres están conscientes que la fecundidad puede regularse y existe entre ellas un conocimiento universal de por lo menos lo más elemental de la planificación familiar. En particular, todas o casi todas las mujeres han oído hablar de los anticonceptivos orales (100%), el condón (99%) y el DIU (97%). La inmensa mayoría también sabe de la existencia de los anticonceptivos inyectables (91 %), el ritmo (89%) y la esterilización femenina (84%). El conocimiento es algo menor, aunque todavía mayoritario acerca de los métodos vaginales (68%), que incluyen espumas, cremas, óvulos y diafragma, la vasectomía (64%) y el retiro o coito interrumpido (57%). Solo una minoría indicó haber oído hablar del método de Billings (30%) y el Norplant (8%), así como del coito anal u oral (24%).

La experiencia descrita es similar a la observada en encuestas pasadas, excepto por la esterilización femenina que solía incluirse entre los casi umversalmente reconocidos. El conocimiento del retiro y los métodos vaginales, junto con el de la esterilización

femenina, muestra una disminución respecto a años anteriores (cuadro 9.1). El descenso puede ser genuino pero también puede deberse a que se varió la redacción de la pregunta en el caso de la esterilización femenina, pues en encuestas previas se indicó "corte de tubos" como la segunda acepción del método, mientras que en la ENSR-93 se preguntó por la "ligadura para no tener más hijos". La tendencia a que los métodos vaginales y el retiro sean menos conocidos es, como se verá más adelante, consistente con un descenso en su uso.

En contraste con los anteriores, el conocimiento del método de Billings, el condón y el DIU se ha incrementado claramente (cuadro 9.1). El conocimiento del Norplant es aún incipiente y probablemente seguirá siendo limitado hasta que sea ofrecido en el comercio o en los servicios públicos de salud del país.

Haber "oído hablar" de un método es apenas el primer paso en la cadena de conocimiento que eventualmente le permitirá a una persona obtener y utilizar apropiadamente un anticonceptivo. Un segundo paso importante en esta cadena es saber donde obtener el método. Prácticamente todas las entrevistadas indicaron conocer algún lugar donde obtener los anticonceptivos orales (97%) y el condón (96%). Ya en encuestas previas era elevado el conocimiento de los proveedores de estos métodos (cuadro 9.2), aunque no tan alto como en la ENSR-93. Más de las tres cuartas partes sabe también donde acudir por el DIU (87%), la esterilización femenina (78%) y los inyectables (76%). Sin embargo, mientras el conocimiento de proveedores del DIU está en aumento, el de esterilización femenina está disminuyendo substancialmente (de 91% en 1981 a 87% en 1986 ya 78% en 1993). Poco más de la mitad de las entrevistadas dijeron conocer donde obtener métodos vaginales y a quien podría recurrir su esposo o compañero para una vasectomía. Estos métodos han decrecido en popularidad probablemente debido a que han sido retirados de la consulta pública de planificación familiar. Finalmente se debe anotar que tan solo un 19% sabe donde obtener información respecto al método de Billings y un 4% respecto al Norplant.

9.3 Aprendizaje y difusión de la planificación familiar

Para comprender mejor cómo tiene lugar en Costa Rica el proceso de aprendizaje y difusión de la planificación familiar se preguntó la edad a la que las entrevistadas oyeron por primera vez de los métodos anticonceptivos y cual fue esta fuente de información. Además, se pidió a las mujeres que identificaran hasta tres conocidas que en el momento de la encuesta estuvieran usando métodos de planificación familiar y la frecuencia de interacción con ellas.

El cuadro 9.3 presenta los resultados relativos al aprendizaje de los medios de limitación del tamaño de familia. Se observa que las costarricenses están recibiendo información anticonceptiva a edades cada vez más tempranas. La proporción que se enteró antes de los 15 años de edad fue 41 % entre las cohortes más jóvenes (15-24 años de edad), mientras solo del 9% entre las que hoy tienen 35 o más años de edad. Un 61 % dijo haberse informado antes de la unión, porcentaje que es mayor entre las jóvenes (72%) y menor entre las mayores de 35 años (49%). En este último grupo casi 20% se enteró luego de transcurridos tres o más años de unión, pero en las cohortes

más jóvenes casi ninguna mujer se informó tan tardíamente. Se evidencia, por tanto, un claro impacto de la información y educación sexual que están recibiendo los jóvenes del país, difusión que es relativamente reciente.

El último panel del cuadro 9.3 muestra que hay básicamente cuatro fuentes de información en el país: los aulas (cursos/charlas), las amigas, el consultorio médico y el hogar (madre o pariente). Cada una de estas cuatro fuentes tiene una importancia parecida, un poco más del 20%. Los medios de comunicación colectiva aparecen con una importancia menor (7% para radio, TV e impresos). Este perfil de las fuentes de información está, sin embargo, cambiando substancialmente de generación a generación. El cambio mayor es una sustitución del consultorio por el aula y, especialmente, por el hogar como la fuente donde las jóvenes reciben las primeras informaciones de planificación familiar. Comparando las mujeres mayores de 35 años de edad con las menores de 25, se tiene que el médico/enfermera ha bajado de 30% a 7%, mientras que la madre ha subido de 7% a 25% y los cursos de 14 a 26%. La difusión por interacción social, es decir entre amistades, se mantiene estable en alrededor de un 25% de las fuentes primarias de información. Parte del cambio descrito es, simplemente, consecuencia del envejecimiento de las generaciones pioneras de la planificación familiar, las que ahora pueden transmitir a sus hijos la información que en el pasado tuvieron que aprenderla por su cuenta. Otra parte del cambio parece deberse a la mayor cobertura escolar y a la inclusión de educación sexual en la enseñanza formal. Por otra parte, estas tendencias indican que el tópico de la planificación familiar se ha salido de la esfera médica, lo que contrasta con el cambio hacia un enfoque cada vez más clínico del programa oficial, el cual pasó de ser de "planificación familiar" a ser de "salud reproductiva".

La comparación de las fuentes de información, según si el aprendizaje tuvo lugar antes o después de unirse (cuadro 9.4), en parte refleja estos cambios intergeneracionales, pero también muestra de manera dramática que la fuente de información primaria para las señoras en unión es el consultorio médico (43%), mientras que para las jóvenes solteras lo es el aula (35%). La interacción social tiene importancia parecida en ambas circunstancias.

Cuando a las entrevistadas se les pidió que mencionaran tres conocidas que estaban planificando la familia, alrededor de la mitad pudieron hacerlo, mientras que una cuarta parte no pudo mencionar ni una sola usuaria de referencia (cuadro 9.5). Vale decir, una cuarta parte de las mujeres en unión se encuentran aisladas, y hacia quienes la información sobre planificación familiar es más difícil que se propague por interacción social. Ellas además son más numerosas entre las de mayor edad, con más hijos, residentes en el área rural y con menor educación.

El cuadro 9.6 muestra que las usuarias de referencia son, en porcentajes parecidos, hermanas, otras parientes u amigas; sin que existan tendencias claras a través de las generaciones. Es interesante notar que más de la mitad de estas usuarias de referencia están en el seno de la familia de la entrevistada. El contacto con ellas es bastante cercano: en alrededor de la mitad de los casos hay un contacto diario y en las tres cuartas partes un contacto por lo menos semanal. Vale decir que la mutua influencia entre estas usuarias podría ser considerable.

El método anticonceptivo de las usuarias de referencia es en su mayoría la pastilla (54%). En un distante segundo lugar está el DIU con 17%. El condón (13%) y la esterilización femenina (8%) son también de cierta importancia, aunque tienen una visibilidad bastante menor de la que cabría esperar dada sus altas tasas de prevalencia. Parece, por lo tanto, que la visibilidad de los anticonceptivos orales y del DIU es mucho mayor que la de otros métodos.

9.4 Adopción y uso pasado de la planificación familiar

El 95% de las entrevistadas en unión indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos (cuadro 9.7), es decir que prácticamente todas las parejas fértiles de hoy tienen alguna experiencia anticonceptiva. El porcentaje que indicó haber usado algún método moderno, contando los quirúrgicos y de barrera, fue también casi universal: 91%. Estos indicadores del grado de adopción de la planificación familiar en el país han estado aumentando sistemáticamente desde 1976, cuando un 83% había usado algún anticonceptivo y 74% alguno moderno. Con excepción de los métodos vaginales y del ritmo, el uso alguna vez de todos los otros métodos también ha venido aumentando consistentemente desde 1976, lo que es un indicador de la continua propagación de la planificación familiar en el país. El aumento más notable es el del condón: de un 37% que dijo haberlo usado alguna vez en la ENF-76 se ha pasado a un 58% en 1993.

La mayoría de entrevistadas han experimentado alguna vez con los anticonceptivos orales (69%) y con el condón (58%). En tercer lugar se ubica el ritmo con un 32%, mientras que alrededor de un 20% de mujeres dijo tener alguna experiencia con el DIU, la esterilización y el retiro. Estas cifras sugieren una considerable y creciente sofisticación y experiencia en el uso de anticonceptivos de las costarricenses.

El indicador de adopción de la planificación familiar (uso alguna vez) es curvilíneo según la edad, con un máximo de 99% a los 30-34 años de edad (cuadro 9.8). Entre las mujeres de 15-19 años ya un 79% tiene alguna experiencia anticonceptiva. Las disminuciones después de los 35 años de edad obedecen a un efecto puramente generacional y no a un efecto de envejecimiento. Con respecto de la encuesta de 1976, el índice aumenta en todas las edades, pero especialmente en las edades más avanzadas. En el grupo de 45-49 años, se ha pasado del 59% que había usado anticonceptivo alguna vez en 1976, a 89% en 1993. Este último grupo es aproximadamente el mismo que tenía 30-34 años de edad en 1976. En ese año ya el 85% de este grupo tenía alguna experiencia anticonceptiva. Es decir que por efecto de envejecimiento, la experiencia anticonceptiva aumentó en 4 puntos porcentuales en 16 años para esta cohorte. El efecto generacional o de cohorte (aumentó de 59% a 89%) es, entonces, mucho más importante que el efecto de la edad en la experiencia anticonceptiva de estas poblaciones.

En relación con el momento de la vida reproductiva en que las costarricenses comienzan a hacer uso de la planificación familiar, el cuadro 9.9 muestra que alrededor de un 20% ya han usado métodos anticonceptivos antes de la unión, porcentaje que prácticamente no ha cambiado entre las distintas generaciones de mujeres. La gran mayoría lo hace en los primeros tres años de vida marital, especialmente entre las más jóvenes. Porcentajes considerables de las mujeres de más edad adoptaban la

planificación familiar después del tercer año de matrimonio (30% en las mayores de 35 años de edad), pero esto ocurre cada vez menos entre las generaciones más jóvenes. La adopción temprana de la planificación familiar se pone también de manifiesto en el hecho de que un 81 % lo hizo con menos de dos hijos. Sin embargo, entre las mujeres más jóvenes es cada vez más frecuente empezar a planificar sin haber tenido aún descendencia (61% entre las de 15-24 años de edad comparado al 29% entre las de 35 años o más).

Más de la mitad de las mujeres (57%) eligen los anticonceptivos orales cuando comienzan a planificar. Proporciones importantes también optan por el condón (20%) o el ritmo (10%). Los métodos restantes se usan poco al inicio de la práctica anticonceptiva. El cuadro 9.9 también muestra que está ocurriendo un cambio intergeneracional significativo, pues cada vez menos mujeres inician la planificación familiar con anticonceptivos orales y más lo hacen con el condón.

El primer método adoptado presenta también variaciones importantes según el número de hijos tenidos en el momento de iniciar la planificación familiar (cuadro 9.10). El cambio más notable es que un 20% de las mujeres recurren a la esterilización como método inicial cuando ya han tenido tres hijos o más.

9.5 Prevalencia anticonceptiva

Por prevalencia se entiende el porcentaje de mujeres en unión que utilizan algún método de planificación familiar en el momento de la encuesta, sin importar cuándo comenzaron a usarlo. En la ENSR-93 la prevalencia anticonceptiva resultó ser de 75% (cuadro 9.11), cifra que representa un incremento importante con respecto al 69% obtenido en la encuesta de 1986. Este cambio sugiere que ha quedado atrás el patrón de estancamiento observado entre 1976 y 1986, cuando la prevalencia fluctuó entre 65% y 69%.

El método anticonceptivo más importante según la ENSR-93 es la esterilización femenina o tubectomía. Una de cada cinco mujeres en unión está esterilizada. En segundo lugar se encuentran los anticonceptivos orales (18%), seguidos por el condón (16%). También tiene cierta importancia el uso del DIU (8.7%), el ritmo (6.9%), y el retiro (3.3%). El resto de los métodos fue mencionado por muy pocas mujeres (1 % o menos). Ninguna entrevistada indicó usar el coito oral o anal como método anticonceptivo.

Bajo la denominación de métodos modernos se agrupan los anticonceptivos orales, el DIU, los inyectables y el Norplant. Estos grupos de métodos son de mayor importancia relativa, pues un 28% de las usuarias dependen de ellos. Los métodos de barrera, condón y los anticonceptivos vaginales, fueron mencionados por 15.9% de las mujeres. Entre los métodos tradicionales se incluyen: el método de Billings, el ritmo, el retiro, el coito anal u oral y otros. Una de cada diez mujeres en la encuesta dijo utilizar esta tipo de métodos.

El aumento observado en la prevalencia anticonceptiva ha tenido su origen en incrementos en la esterilización y en el uso del condón, principalmente. La prevalencia

de cada uno de estos métodos aumentó en tres puntos porcentuales con respecto a la encuesta de 1986, continuando una tendencia ya observada aún antes de esta fecha. Utilizado por un 8.6% de las parejas en 1976, el condón alcanzó un 15.7% en 1993, lo que equivale a casi una duplicación en el período descrito. Debe mencionarse también que el porcentaje indicado representa el mayor uso del condón en América Latina, cifra solo superada en algunos países del Caribe de habla inglesa. La esterilización femenina, por su parte, desplazó a los anticonceptivos orales como el método más utilizado por las costarricenses. En 1976, un 14.7% de las mujeres utilizaban la esterilización, mientras un 23.0% empleaba la pastilla. Para 1993 las posiciones se han invertido, con 21.0% de mujeres esterilizadas y 18.0% utiliza pastillas.

El uso del DIU también presenta una tendencia a aumentar. Pero esta tendencia no es tan pronunciada como la del condón y tubectomía. El incremento ha sido de aproximadamente un punto porcentual por quinquenio.

En contraste con los incrementos anteriores, los anticonceptivos orales, inyectables y vaginales han perdido importancia. La tendencia es especialmente clara en el caso de los orales, que han pasado de 23% de uso en 1976 a 18% en 1992. Los métodos tradicionales de ritmo y retiro no presentan una clara tendencia en el tiempo. El aumento en la utilización del condón, probablemente está asociado al intenso esfuerzo de mercadeo social desplegado por PROFAMILIA desde 1985 y a la influencia de las campañas de prevención del SIDA que promueven su uso con fines profilácticos.

El incremento encontrado en la esterilización es más difícil de explicar. Más adelante en este informe hay una sección especial dedicada a este método.

El cuadro 9.12 compara la prevalencia anticonceptiva en los países del istmo Centroamericano alrededor de 1990. Con fines comparativos este cuadro incluye solo a mujeres en unión de 15 a 44 años de edad; es decir, deja por fuera a las mayores de 45 años. Es evidente la más alta prevalencia de anticonceptivos en Costa Rica con un 76%. Un distante segundo lugar en prevalencia lo tiene Panamá, donde un 58% de las mujeres emplean anticonceptivos. En el resto de los países del istmo, menos de la mitad de las mujeres unidas en edad fértil utilizan métodos de control natal. El porcentaje más bajo se encuentra en Guatemala, donde menos de una cuarta parte de las mujeres los usan.

En cuanto a métodos anticonceptivos específicos, la clara diferenciación de Costa Rica está presente también en el uso de anticonceptivos orales, condón y ritmo/Billings. En particular, el mayor uso del condón en Costa Rica es abrumador. Mientras que el resto de los países del istmo los porcentajes de uso de este método son del orden del 1 ó 2%, en Costa Rica su prevalencia es de 17% .

El DIU es utilizado con mayor frecuencia en Nicaragua (10%), ocupa Costa Rica el segundo lugar en importancia (9%). La prevalencia de la esterilización en Costa Rica es de las más bajas del istmo (17%), bastante menor que la de Panamá y El Salvador (33 y 30% respectivamente), similar a la observada en Nicaragua (18%) y Belice (19%) y solo mayor que la de Honduras (13%) y Guatemala (10%).

Con el propósito de considerar el uso de anticonceptivos según características demográficas y socioeconómicas de la mujer, el cuadro 9.13 muestra que, al igual que en encuestas anteriores, la prevalencia aumenta con la edad hasta un máximo de 82% en el grupo de 35-39 años. Como es de esperar, es sensiblemente más baja en los grupos extremos de 15-19 años (53%) y de 45-49 años (65%). Este patrón curvilíneo está también presente en la prevalencia según hijos tenidos. Las mujeres con 4 hijos vivos son las de mayor uso de anticonceptivos (87%). Las mujeres sin hijos tienen una prevalencia substancialmente más baja, solamente 33%. El menor uso entre las mujeres más jóvenes o sin hijos obedece al deseo de los recién casados de engendrar su primogénito, pero en parte también puede deberse a inexperiencia y falta de conocimientos sobre la planificación familiar. En cambio, la menor prevalencia entre las mujeres de mayor edad probablemente obedece a su menor fecundabilidad.

El lugar de residencia no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva, pero en todo caso están en el sentido esperado. Hay un mayor uso en las áreas urbanas y la tasa más alta se encuentra entre las mujeres que residen en las ciudades del Valle Central (78%), mientras que la más baja se observa en las que viven en las áreas rurales de fuera de la región central (70%). Debe subrayarse sin embargo que este mínimo es bastante elevado según cualquier criterio. Por ejemplo, es substancialmente mayor que en cualquier país del istmo centroamericano y semejante a la prevalencia observada en países más desarrollados.

Los datos por educación muestran una asociación, con algunos altibajos, de aumento de la prevalencia conforme se incrementa la educación. Es interesante observar que la mayor prevalencia (81 %) se encuentra entre mujeres con secundaria incompleta, y no entre universitarias (78%), como sería de esperar, aunque la diferencia no es significativa.

En cuanto a tendencias cronológicas por edades, el cuadro 9.13 muestra que en todo el período 1976-93, los incrementos mayores en la prevalencia ocurrieron en las edades más avanzadas. Esta asociación es un reflejo de un cambio generacional: conforme las cohortes "planificadoras" envejecen aumenta la prevalencia en edades avanzadas.

En años más recientes, sin embargo, los incrementos mayores ocurren en el período central de la vida reproductiva (20 y 34 años), especialmente en las mujeres con edades entre 25-29, grupo que incrementó su uso de anticonceptivos en 11 puntos. En este mismo período (1986-92), no se observa cambio significativo entre las mujeres de 35 y más años ni entre las menores de 20 años. Estos resultados contrastan con el énfasis dado en estos años al "riesgo reproductivo", es decir, a la promoción de la planificación familiar entre las mujeres muy jóvenes o añosas, para quienes un embarazo a esas edades representa un mayor riesgo para la salud de madre e hijo. Los resultados de la encuesta no evidencian un impacto significativo de este enfoque epidemiológico de la planificación familiar. Aunque el aumento en la prevalencia en las edades centrales puede deberse en parte a la política de reducir el riesgo originado en los embarazos muy seguidos y promover un mayor espaciamiento, la razón más probable para este aumento bien puede ser consecuencia de una creciente preferencia por familias pequeñas de 1 a 3 hijos.

El aumento en la prevalencia es generalizado en todos los tamaños de familia, pero se destacan las mujeres con cuatro hijos o más, entre quienes el uso aumentó de un 74% en 1976 a un 78% en 1986 y a 87% en 1993.

En todas las regiones se ha dado un aumento en el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos, pero el incremento ocurrió en mayor medida entre las residentes de las zonas rurales fuera del Valle Central. Además, según residencia, y en menor grado según educación, se observa cierta convergencia u homogenización de las tasas de prevalencia. En 1981, el rango de los porcentajes de prevalencia según lugar de residencia era de 57 a 70%, mientras que en 1993 el rango es de 70 a 78%.

Los incrementos por años de educación fueron similares en todos los grupos, varió entre 8 y 10 puntos porcentuales para el periodo 1981-1993. Sin embargo, el grupo de mujeres con 3 a 5 años de educación primaria fue la excepción, pues entre ellas la prevalencia solo aumentó en 2 puntos (de 62% en 1981, a 64% en 1993).

Luego de analizar los diferenciales en las tasas de prevalencia anticonceptiva, conviene estudiar las tendencias en los niveles de uso de métodos específicos. Para facilitar el análisis el cuadro 9.14 presenta los datos agrupados para los cuatro tipos de métodos: modernos, quirúrgicos, barrera y tradicionales o naturales.

Los resultados evidencian claras diferencias por edad, son las mujeres más jóvenes (menores de 29 años) quienes usan más frecuentemente los métodos modernos y en segundo lugar los de barrera. Los métodos quirúrgicos, por otra parte, son más utilizados por las mujeres de mayor edad.

Las diferencias por tipo de anticonceptivo según área de residencia siguen un patrón difícil de identificar. En el Valle Central, excluyendo el Area Metropolitana, se usan menos los anticonceptivos orales; en las áreas rurales fuera del Valle los métodos quirúrgicos son menos comunes y en las ciudades de fuera del Valle se usan menos los métodos de barrera. Los métodos naturales son más utilizados por las mujeres residentes en las regiones más tradicionales del país, en especial entre las que viven en el área rural del Valle Central.

La religiosidad, medida por la periodicidad con que las entrevistadas dijeron asistir a la Iglesia o Templo, no está asociada a niveles de prevalencia en general, pero sí al tipo de método utilizado. Tanto las mujeres que van semanalmente a la Iglesia como las que nunca asisten, tienen una prevalencia anticonceptiva del 75%. Sin embargo, estas últimas usan los métodos modernos en mayor proporción (37%), seguidas de las mujeres que frecuentan la Iglesia en intervalos mayores de un mes (35%), o las que van semanalmente (23%). En contraste, la probabilidad de usar métodos naturales por las que asisten semanalmente a la Iglesia (13%) es casi el doble de las que nunca asisten (7%) y más del doble de las que asisten menos que mensualmente (5%).

La variable "usuarias de referencia", es decir el número de mujeres que usa métodos conocidas por la entrevistada, aparece asociada, tanto con la probabilidad de estar planificando, como con el anticonceptivo utilizado. Entre las que no pudieron mencionar ninguna usuaria, la prevalencia es de 68%, en tanto que entre las que mencionaron dos

usuarias fue de 80%. Además, los métodos modernos son más empleados por quienes tienen dos o más usuarias de referencia, así como parecen ser también los métodos de barrera. Pero lo opuesto ocurre con los métodos naturales: son más utilizados por las mujeres socialmente más aisladas. En los métodos quirúrgicos no hay diferencias significativas según usuarias de referencia.

La prevalencia refleja tanto la incidencia como la continuidad en el uso. Los métodos adoptados por gran número de usuarias podrían presentar un modesto impacto si su uso es efímero. El cuadro 9.15 presenta la distribución y la mediana del tiempo de uso de los métodos que estaban siendo utilizados por las entrevistadas en el momento de la encuesta. Estas cifras dan idea de las tasas de continuación en el uso de anticonceptivos, aunque también están influidas por la rapidez con que se han estado incorporando nuevas usuarias.

Un 50% de las usuarias habían estado usando el mismo método por dos años y ocho meses. Casi un tercio de las mujeres tenía ya cinco años o más con el mismo método. Como es de esperar, por tratarse de una situación irreversible, la esterilización es el método más estable, con una mediana de algo más de cinco años. Sorprende que el segundo método con más continuidad sea el ritmo, con una mediana de 43 meses entre cuyas usuarias más de un tercio lo ha utilizado desde hace más de cinco años. Este hecho denota una gran fidelidad de las mujeres a un método que probablemente les ha dado buenos resultados. Otro método con una aparentemente alta continuidad — aunque no tan acentuada como en los casos anteriores — es el DIU, con casi dos años y medio de mediana de uso. Las usuarias de los otros tres métodos en el cuadro (pastilla, retiro y condón) tienen menor tiempo de uso, con medianas parecidas de 21 o 22 meses, lo que sugiere una utilización más efímera. En particular, los anticonceptivos orales son los que presentan la proporción más baja (17%) de uso prolongado (cinco años o más).

9.6 Los anticonceptivos orales

Dado que los anticonceptivos orales eran hasta hace poco tiempo el método más importante, la ENSR-93 investigó en mayor profundidad algunos aspectos del uso de este método. Específicamente, se pidió a las entrevistadas mostrar el paquete y se les preguntó la marca de las pastillas y si fueron recetadas por un médico. Los resultados se presentan en el cuadro 9.16.

Solamente dos tercios de las usuarias de pastillas mostraron el paquete a la entrevistadora y una fracción substancialmente menor (43%) de las usuarias jóvenes, es decir menores de 25 años. Se desconoce por qué el porcentaje restante no enseñó el paquete, lo que abre algunos interrogantes de interés. ¿Será que una proporción considerable no tenía un paquete de anticonceptivos orales a mano en el momento de la entrevista porque estaban "descansando" de las pastillas o porque se les habían terminado? ¿Podría estar sucediendo algo similar con el condón, otro método importante en Costa Rica y que requiere abastecimiento continuo? Estas preguntas tienen gran pertinencia ya que la alta prevalencia anticonceptiva en Costa Rica es en algún grado inconsistente con el nivel de fecundidad.

Un 90% de las usuarias dijo haber obtenido los anticonceptivos orales con receta médica. Entre las mujeres más jóvenes (15-24 años) este porcentaje baja a 81 %. De mayores consecuencias potenciales es el 13% de usuarias de pastillas de 35 años o más, que aparentemente las están tomando sin control médico, pues a esas edades los riesgos de efectos secundarios son mayores.

La marca de anticonceptivos orales más popular fue Lofemenal por amplio margen (53%), Primovlar y Ovral fueron mencionadas por más del 10% de las usuarias. Estos gestágenos son los que se prescriben en las clínicas de la Caja y del Ministerio de Salud. El resto de las marcas fueron mencionadas por menos del 5% de las usuarias. Las necesidades de anticonceptivos orales, por lo tanto, están en gran medida satisfechas con los suministros institucionales del Programa de Salud Reproductiva.

9.7 La esterilización

De mayor prevalencia en Centroamérica y México, la esterilización se ha convertido también en Costa Rica en el método de planificación familiar más importante, desplazando del primer lugar a los gestágenos entre las mujeres unidas de 15 a 49 años. La situación legal de la esterilización con fines no terapéuticos ha sido muy controversial y como un reflejo de este cuestionamiento, el reglamento de esterilizaciones del Colegio de Médicos y Cirujanos solo autoriza la esterilización por razones de salud. Sin embargo, es difícil de creer que por esta razón el 20% de las mujeres en unión (40% entre las mayores de 35 años) haya tenido que esterilizarse. Muchas, seguramente la mayoría, se han esterilizado porque es un método muy conveniente luego de que se ha alcanzado el tamaño deseado de familia. Aunque el cuestionamiento legal a la esterilización no terapéutica también alcanza a la vasectomía, este procedimiento no es controversial, porque solamente el 1 % de las entrevistadas manifestó que sus esposos se habían esterilizado.

El cuadro 9.17 describe la evolución del porcentaje de mujeres no solteras esterilizadas desde 1976, según el tiempo transcurrido desde que se casaron por primera vez. Las variaciones según los años de unión reflejan la progresión en el porcentaje acumulado de esterilizadas conforme pasa el tiempo desde el matrimonio o unión. La esterilización es rara antes de los cinco años de vida conyugal. A los 5-9 años, sin embargo, ya entre un 7 a 10% de parejas se han esterilizado. A partir de allí, la cifra sube en alrededor de 10 puntos por cada cinco, hasta 25 años de unión. De este modo alcanza alrededor de 20% de esterilizadas a los 10-14 años de unión, 30% a los 15-19 años y 40% a los 20-24. Este valor de 40% parece ser el tope aproximado de parejas que eventualmente llegarán a esterilizarse; en otras palabras, una costarricense recién casada tiene una probabilidad de 40% de esterilizarse en algún momento de su vida fértil, si persisten las tasas observadas en el país en las últimas décadas.

Al comparar los porcentajes de la encuesta de 1993 con la de 1976, se observa que éstos han aumentado en las uniones mayores de 15 o 20 años (cuadro 9.17). Ello obedece fundamentalmente al envejecimiento de las cohortes de uniones que en 1976 se encontraban en los grupos 5-9 y 10-14, en los cuales ya un 9% y 20%, respectivamente, de las mujeres se encontraban esterilizadas, cifras semejantes a las descritas en el párrafo anterior para esas duraciones. En cambio, al comparar la ENSR-

93 con la encuesta de 1986, se observa que el aumento del porcentaje de esterilizadas se concentra en los grupos de 5 a 19 años de unión. Estos incrementos parecen originarse en que los porcentajes de esterilizadas a esas duraciones, eran relativamente bajos en la encuesta de 1986, debido a que en años anteriores hubo una reducción en el número de operaciones. Las tendencias registradas en 1993 sugieren un retorno a la progresión esperada descrita anteriormente.

Una mejor evaluación de las tendencias de la esterilización en Costa Rica se logra analizando las tasas de incidencia de la operación, en vez de tasas de prevalencia como las del cuadro 9.17, pues estas últimas reflejan la experiencia de muchos años. El Gráfico 9.1 presenta la evolución anual de la tasa total de incidencia de la esterilización. Esta tasa es la suma de las tasas por edad de cada año, las que, a su vez, son el cociente entre el número de esterilizaciones y los años-mujer en cualquier estado conyugal (Rosero, 1981). Las series del Gráfico 9.1 dan una imagen bastante consistente de las tendencias de la esterilización en el país según las distintas encuestas. Llama la atención la presencia de movimientos ondulatorios, variaciones que parecen ser causadas por dos depresiones en la tasa de esterilización, una hacia 1975-78 y otra hacia 1983-85. La primera parece haberse originado por una investigación en la Asamblea Legislativa sobre una supuesta campaña de esterilización masiva que llevó a los servicios de salud a adoptar algunas restricciones y criterios de calificación. La segunda parece haber tenido origen en una recomendación del Colegio de Médicos y Cirujanos de 1983, en el sentido de que sus asociados se abstuvieran de efectuar esterilizaciones hasta que se clarificara la legislación, la cual efectivamente entró en vigencia en 1987 cuando el Reglamento de Esterilizaciones fue emitido.

Las cimas que siguen a esas depresiones es probable que incluyan operaciones que dejaron de efectuarse en los años de restricción. El nivel de equilibrio parece encontrarse en una tasa total de esterilización de 40 o 45 por ciento, nivel que es, precisamente, el observado en cohortes de mujeres que se están acercando al final de su vida fértil (40 o más años de edad o 20 o más años de unión).

Como se vio en el análisis del cuadro 9.14, casi todas las mujeres esterilizadas tienen más de 30 años de edad. Debe mencionarse, sin embargo, que 8% de las mujeres en unión ya se han esterilizado a los 25-29 años de edad. La prevalencia de esterilización tiende a ser, por otra parte, substancialmente menor en las zonas rurales de fuera del Valle Central y entre las mujeres que nunca van a la Iglesia.

De acuerdo con el reglamento, toda esterilización quirúrgica debe estar precedida de una solicitud, la que debe ser estudiada por un comité en cada hospital. No obstante, cerca de la mitad de las entrevistadas indicaron que no hicieron petición formal alguna para esterilizarse (cuadro 9.18). Es decir, con frecuencia la reglamentación no se cumple. En la mayoría de los casos la solicitud es aprobada en menos de tres meses, pero un porcentaje substancial de las peticiones (alrededor de 20%) demoran mucho más tiempo.

Alrededor de un 80% de los casos justificaron su solicitud por problemas médicos y como se observa en el cuadro 9.18 el diagnóstico más comúnmente citado son las varices. También se mencionan con frecuencia padecimientos gineco-obstétricos de

diversa índole y tercera cesárea como razón para esterilizarse. Pese a que la reglamentación que norma la práctica de la esterilización en Costa Rica solo acepta razones de salud, un 19% de quienes hicieron la solicitud mencionaron dificultades socioeconómicas. Esta cifra, y el hecho de que más de un 40% se esterilizó sin hacer la solicitud formal, sugieren que existe una disociación entre la norma y la realidad. Es posible que la falta de congruencia refleje algún grado de discriminación, es decir, que l a regla tienda a aplicarse solo a los grupos menos privilegiados.

La atención hospitalaria en Costa Rica está casi totalmente en manos del Seguro Social, y como es de esperar, la mayoría de las esterilizaciones se efectuaron en esa institución (cuadro 9.19). Esto no necesariamente significa que la operación se efectuó sin costo para la paciente, como se verá en el capítulo siguiente.

Una peculiaridad de la esterilización es que la mayoría de las operaciones se efectúan en el parto o en la semana siguiente. Solo un poco más de un tercio de las esterilizadas indicó haberse operado en un período distinto al parto o posparto.

El carácter irreversible del método es un inconveniente en la medida que haya personas que se arrepienten de haberse hecho la esterilización. En la ENSR-93 cerca de la cuarta parte de las esterilizadas indicó que no se volverían a operar y en más de la mitad de los casos porque les gustaría tener hijos. Este es un resultado trivial, pero menos obvio es que un 20% no se volvería a operar por "razones de salud". Es decir, aparentemente estas personas consideran que la esterilización ha tenido efectos negativos en su bienestar. Esta creencia es contraria a la evidencia científica de que la esterilización no produce efectos secundarios. Un tercer grupo de arrepentidas (8%) lo están por razones religiosas. En suma, aunque hay un porcentaje substancial de personas que parecen no estar satisfechas con la decisión de esterilizarse, deben reconocerse dos cosas: (1) que casi las tres cuartas partes sí están satisfechas y (2) que habría que ponderar las alternativas de aquellas que se han arrepentido. Sobre el tema de la satisfacción con este y otros métodos se volverá en el capítulo siguiente.

9.8 Planificación familiar entre las mujeres no unidas

Como se indicó en la introducción, este capítulo focaliza el análisis de la planificación familiar entre las mujeres en unión conyugal exclusivamente. Conviene, sin embargo, cerrar el capítulo con un vistazo a la práctica anticonceptiva de las mujeres no unidas. El cuadro 9.20 presenta los resultados sobre el conocimiento y uso de métodos entre las mujeres no unidas, por edad.

Al igual que entre las mujeres casadas, prácticamente todas las mujeres no unidas han oído hablar de los anticonceptivos orales y del condón. Sin embargo, el conocimiento de otros métodos tiende a ser menor entre las mujeres no unidas menores de 30 años, lo cual es especialmente evidente en el caso del DIU, los inyectables, los vaginales, el ritmo y el retiro. En contraste, el conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres no unidas mayores de 30 años no difiere mayormente del de las mujeres unidas.

La prevalencia anticonceptiva es substancialmente menor entre las mujeres no unidas, especialmente entre las jóvenes menores de 30 años (13% prevalencia). Entre las no

unidas mayores de esta edad, el uso es apreciable (37%), pero ello se debe en gran parte a una prevalence de 19% de esterilización, es decir, posiblemente es el caso de mujeres que se operaron cuando estaban en unión y que por supuesto ahora no pueden dejar este método irreversible. Es probable que también algunas de ese 5% de usuarias del DIU en este grupo, tampoco sean activas sexualmente, pero que conservan el dispositivo porque fue colocado en tiempos en que estaban unidas. Dejando fuera la esterilización y el DIU, el perfil del uso de anticonceptivos de las no unidas mayores de 30 años es similar al de las menores de esta edad.

De todas las entrevistadas que dijeron estar usando anticonceptivos o esterilizadas, un 14% no se encontraba en unión en el momento de la encuesta. Debe reconocerse, por tanto, que un segmento importante de uso de anticonceptivos tiene lugar fuera de las uniones legales o consensuales. Sin embargo, una parte importante de ese segmento (un tercio aproximadamente) está compuesto por mujeres que se esterilizaron o pusieron un DIU cuando estaban unidas. Aunque el número de mujeres no unidas que usa métodos es considerable, el estudio de la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres en unión exclusivamente, es una diferenciación importante en el análisis, pues referirlo a todas las mujeres en edad fértil daría una imagen distorsionada. Como puede verse en el cuadro 9.20, la prevalencia anticonceptiva tomando como referencia todas las mujeres en edad fértil, es de solo 53%, substancialmente menor que el 75% de prevalencia calculada por el método tradicional, es decir solo para mujeres en unión.

9.9 Referencias

Rosero, Luis. 1981. Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica 1981. Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva. Westinghouse Health Systems/Asociación Demográfica Costarricense. San José.

Robey, B. Rutstein, S.O, Morris, L. and Blackburn, R. The Reproductive Resolution; New Findwigs. Population Reports, Series M, No 11. Baltimore, John Hopkings. Union Population Information Program, December.

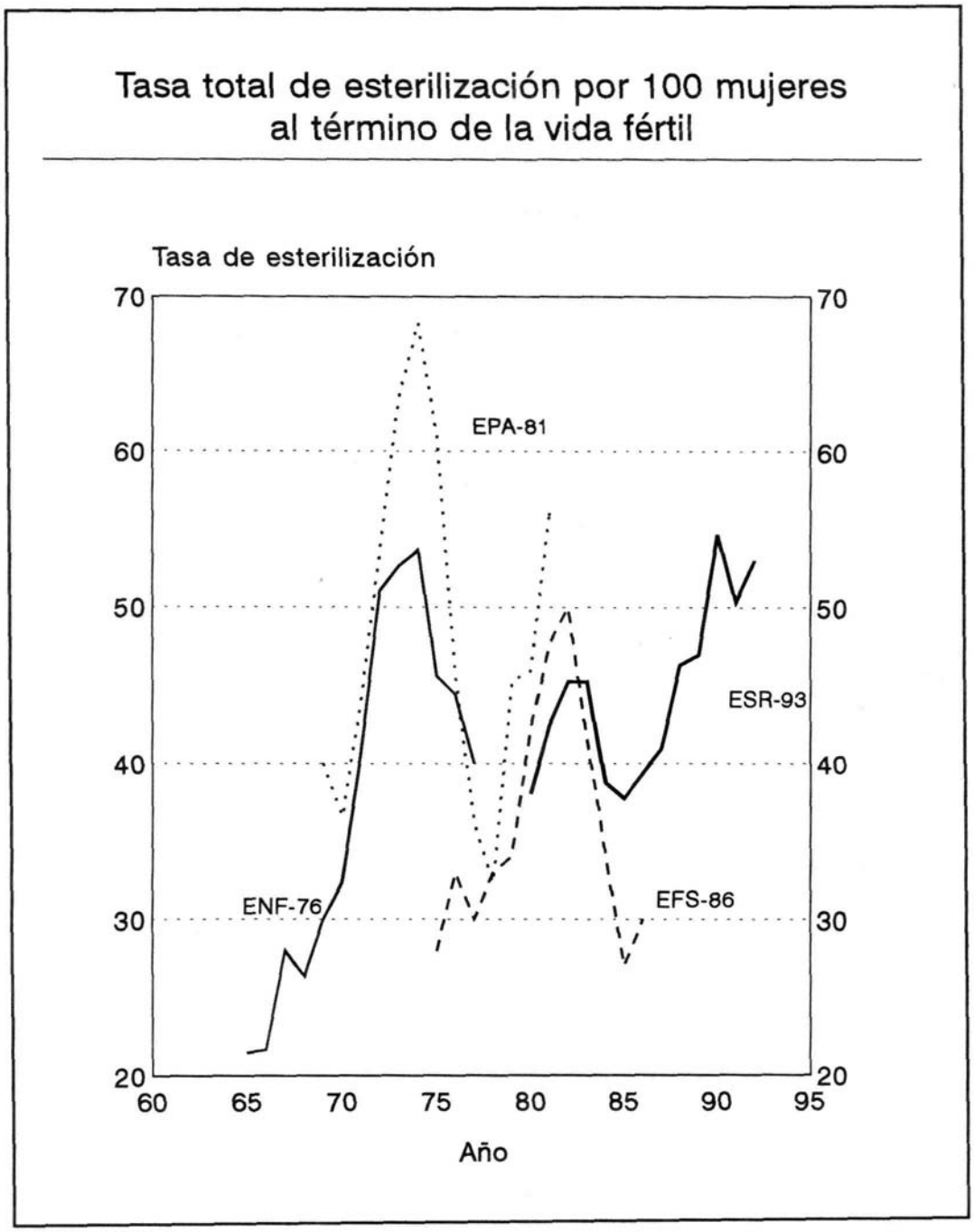

Tasa total de esterilización por 100 mujeres
al término de la vida fértil
Tasa de esterilización
70
60
50
40
30
20
EPA-81
ESR-93
ENF-76
EFS-86
60
65
70
75
80
85
90
95
Año

Gráfico 9.1

Cuadro 9.1

Porcentaje que conoce cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993. Mujeres en unión

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-93
Número de casos	2684	2593	2097	2191
Modernos				
Orales	98	99	99	100
DIU	93	93	95	97
Inyectables	89	88	89	91
Norplant	...	...	...	8
Tubectomía	94	97	95	84
Vasectomía	68	62	65	64
Condón	92	93	97	99
Vaginales	72	74	77	68
Tradicionales				
Billings	...	...	6	30
Ritmo	82	87	90	89
Retiro	68	68	61	57
Coito anal/oral	...	...	...	24
Otros	7	11	5	3
Algún método	100	100	100	100

Cuadro 9.2

Porcentaje que sabe donde obtener cada método, según diferentes encuestas, 1981-1993. Mujeres en unión

Método	EPA-81	EFS-86	ESR-92
Número de casos	2593	2097	2191
Orales	95	95	97
DIU	81	84	87
Inyectables	77	78	76
Norplant	...	...	4
Tubectomía	91	87	78
Vasectomía	54	56	58
Condón	87	93	96
Vaginales	67	70	59
Billings	...	...	19
Algún método	98	99	99

Cuadro 9.3

Aprendizaje de la anticoncepción: distribución porcentual según edad cuando aprendió, años de unión y fuente, por edad actual. Mujeres en unión.

Aprendizaje de anticoncepción	Total	Edad actual		
		15-24	25-34	35-49
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	2191	414	946	831
Edad				
Menos de 15	21	41	24	9
15-19	50	54	56	42
20-29	27	5	20	45
30-39	2	0	0	4
40-49	0	0	0	0
Años de unión				
Antes de unirse	61	72	68	49
0-2 años	30	27	28	32
3-9 años	7	1	3	14
10 + años	2	0	1	5
Fuente				
Cursos	24	26	32	14
Amiga	23	22	22	26
Médico/enfermera	20	7	18	30
Madre	12	25	11	7
Otro pariente	8	11	7	7
TV/Radio	4	3	3	7
Lecturas	3	2	3	3
Marido	2	2	2	3
Otro	4	3	3	4

Cuadro 9.4

Distribución porcentual de la fuente de aprendizaje de la anticoncepción según si fue antes o después de unirse. Mujeres en unión

Fuente	Antes de la unión	Después de la unión
Total	**100**	**100**
Número de casos	1340	839
Cursos	35	7
Madre	15	7
Médico/enfermera	6	43
Amiga	24	23
Otro	20	21

Cuadro 9.5

Distribución del número de usuarias de planificación familiar conocidas por la entrevistada según variables seleccionadas. Mujeres en unión

	Número de casos	Total	Usuarias conocidas			
			0	1	2	3 o más
Total	**2191**	**100**	**25**	**10**	**14**	**51**
Edad						
15-24	414	100	22	10	14	55
25-34	946	100	21	9	13	58
35 +	831	100	32	11	15	42
Hijos vivos						
Menos de 3	1166	100	23	9	14	54
3-5	723	100	26	11	14	49
5 +	302	100	33	11	12	44
Residencia						
Area Metropolitana	605	100	18	9	13	60
Resto Urbano	556	100	26	9	13	52
Rural	1030	100	29	11	15	45
Años de educación						
Menos de 5 primaria	474	100	35	11	16	38
Primaria completa	732	100	27	11	15	48
Secundaria o más	985	100	20	9	12	59

Cuadro 9.6

Usuarias de planificación familiar mencionadas por la entrevistada: distribución según parentesco, frecuencia de contactos y método que usan.

Características de las usuarias	Total	Edad actual		
		15-24	25-34	35-49
Total	100	100	100	100
Número de casos*	4159	830	1955	1374
Parentesco				
Madre	2	4	2	0
Hermana	29	26	31	29
Pariente	26	29	23	26
Amiga	25	26	27	23
Vecina	9	6	9	11
Otro	9	9	8	11
Contacto				
Diario	49	45	51	48
Semanal	23	24	22	24
Mensual	16	17	15	16
Menos frecuente	12	13	12	12
Método usado				
Número de casos	4095	827	1920	1348
Orales	54	61	53	51
DIU	17	16	17	17
Condón	13	15	14	12
Tubectomía	8	2	8	12
Ritmo	5	3	5	4
Otro	3	2	4	3

* Se excluyen 64 casos con respuesta ingnorada

Cuadro 9.7

Porcentaje que ha usado cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993. Mujeres en unión.

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-92
Número de casos	2648	2593	2097	2191
Modernos				
Orales	52	58	61	69
DIU	12	15	19	23
Inyectables	9	11	9	10
Norplant	...	...	...	0
Tubectomía	15	17	17	20
Vasectomía	1	1	1	1
Condón	37	43	45	58
Vaginales	12	11	7	6
Tradicionales				
Billings	...	...	...	3
Ritmo	21	26	25	32
Retiro	26	25	18	17
Coito anal/oral	...	...	...	1
Otros	2	2	1	1
Algún método	83	88	91	95
Alguno moderno	74	82	85	91

Cuadro 9.8

Porcentaje que ha usado alguna vez anticonceptivos según edad. Encuestas de 1976-1993. Mujeres en unión

		Algún método		Alguno moderno	
Edad	N-93	ENF-76	ENSR-93	ENF-76	ENSR-93
Total	**2191**	**83**	**95**	**74**	**91**
15-19	92	nd	79	nd	74
20-24	322	85	94	78	90
25-29	490	89	96	82	91
30-34	456	85	99	77	95
35-39	369	84	97	75	94
40-44	271	80	95	68	90
45-49	191	59	89	46	85

Cuadro 9.9

Uso inicial de anticoncepción: distribución porcentual según edad cuando inició, años de unión, hijos tenidos y método inicial, por edad actual. Mujeres en unión que han usado anticonceptivos.

Uso inicial de anticoncepción anticoncepción	Total	Edad actual		
		15-24	25-34	35-49
Porcentaje que ha usado	**95**	**91**	**97**	**94**
Número de casos	2069	376	916	777
Total ha usado	100	100	100	100
Edad inicial				
Menos de 15	0	0	0	0
15-19	35	69	33	19
20-29	59	31	65	67
30-39	6	0	2	13
40-49	0	0	0	1
Años de unión				
Antes de unirse	19	18	21	18
0-2 años	63	78	66	52
3-9 años	14	4	12	21
10 años o más	4	0	2	9
Hijos iniciales				
Ninguno	44	61	49	29
1 hijo	37	35	37	39
2 hijos	9	3	8	13
3 hijos	5	1	4	10
4 hijos o más	5	0	2	11
Método inicial				
Orales	57	53	57	60
Condón	20	29	20	15
Ritmo	10	10	12	8
DIU	4	3	5	5
Tubectomía	3	0	1	6
Retiro	2	2	2	3
Otro	3	3	4	3

Cuadro 9.10

Distribución porcentual del primer método usado por número de hijos al inicio del uso. Mujeres en unión que han usado anticonceptivos.

Método inicial	Total	Ningún hijo	1-2 hijos	3 o más hijos
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	2069	901	949	219
Orales	57	55	60	53
Condón	20	20	21	12
Ritmo	10	16	6	5
DIU	4	1	7	5
Tubectomía	3	0	1	20
Retiro	2	3	2	3
Otro	3	4	3	3

Cuadro 9.11

Porcentaje que usa cada método anticonceptivo, según diferentes encuestas, 1976-1993. Mujeres en unión.

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Número de casos	2684	2593	2097	2191
Modernos				
Orales	23.0	20.6	19.2	18.0
DIU	5.0	5.7	7.4	8.7
Inyectables	1.9	2.2	1.2	1.0
Norplant	...	...	...	-
Esterilización				
Tubectomía	14.7	17.3	16.7	19.7
Vasectomía	1.0	0.5	0.5	1.3
Barrera				
Condón	8.6	8.4	12.9	15.7
Vaginales	2.0	1.2	0.6	0.2
Tradicionales				
Billings	...	...	...	0.1
Ritmo	5.0	6.2	7.6	6.9
Retiro	4.5	2.8	3.1	3.3
Coito anal/oral	...	...	...	-
Otros	0.9	0.3	0.1	0.1
Total usando	67	65	69	75
Modernos	30	28	28	28
Esterilización	16	18	17	21
Barrera	11	10	13	16
Tradicionales	10	9	11	10

Cuadro 9.12

Porcentaje que usa anticonceptivos en los países del Istmo Centroamericano. Mujeres de 15-44 años de edad en unión.

Método	Panamá 1984	Costa Rica 1992-93	Nicaragua 1992-93	Honduras 1987	El Salvador 1993	Guatemala 1987	Belize 1991
Número de casos	5222	1999	4584	6093	3659	3377	1788
Total usando	58	76	49	41	53	23	47
Orales	12	20	14	13	9	4	15
DIU	6	9	10	4	2	2	2
Condón	1	17	2	2	2	1	2
Esterilización	33	17	18	13	32	10	19
Ritmo/Billings	2	7	2	4	3	3	2
Otros	4	6	3	55	5	3	7

Cuadro 9.13

Porcentaje que usa anticonceptivos por edad, hijos vivos, residencia y educación, según diferentes encuestas. 1976-1993. Mujeres en unión.

	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Total	**67**	**65**	**69**	**75**
Edad				
15-19	nd	47	51	53
20-24	64	58	60	66
25-29	70	65	65	76
30-34	73	72	74	79
35-39	75	76	84	82
40-44	70	70	78	80
45-49	51	57	68	65
Hijos vivos				
Ninguno	24	29	27	33
1	65	57	63	66
2	74	67	73	80
3	77	77	79	84
4	74	76	78	87
5	75	72	79	81
6 o más	67	67	65	76
Residencia				
Area Metropolitana	nd	70	74	77
Urbano Valle Central	nd	70	72	78
Rural Valle Central	nd	66	67	75
Resto Urbano	nd	65	74	74
Resto Rural	nd	57	62	70
Años educación				
Menos 3 primaria	nd	58	62	68
3-5 primaria	nd	62	66	64
Primaria completa	nd	65	70	75
Secundaria incompleta	nd	71	72	81
Secundaria completa o más	nd	70	73	78

Cuadro 9.14

Porcentaje que usa cada tipo de anticonceptivo por edad, residencia asistencia a la iglesia y conocimiento de otras usuarias. Mujeres en unión.

	Número de casos	Usan Total	Moderno	Quirúrgico	Barrera	Natural
Total	**2191**	**75**	**28**	**21**	**16**	**11**
Edad						
15-19	92	53	30	0	14	9
20-24	322	66	38	2	18	8
25-29	490	76	40	8	19	10
30-34	456	79	29	19	18	12
35-39	369	82	21	34	14	13
40-44	271	80	15	41	13	12
45-49	191	65	5	45	7	8
Residencia						
Area Metropolitana	605	77	29	23	18	7
Urbano Valle Central	297	78	23	27	17	12
Rural Valle Central	482	75	23	21	17	15
Resto Urbano	259	74	34	24	10	7
Resto Rural	548	70	30	13	16	11
Asistencia a la iglesia						
Semanal	1107	75	23	22	17	13
Mensual	459	74	28	20	17	10
Menor frecuencia	241	74	35	23	12	5
Nunca	378	75	37	16	16	7
Usuarias de referencia						
Ninguno	555	68	19	22	13	14
Uno	217	73	24	22	15	12
Dos	301	80	29	22	19	10
Tres o más	1118	77	32	19	17	9

Cuadro 9.15

Período de tiempo de uso y período mediano de empleo del método anticonceptivo actualmente utilizado. Mujeres en unión que usan anticonceptivos

Tiempo de uso	Total*	Esterilización	Ritmo	DIU	Pastilla	Retiro	Condón
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	1615	431	151	190	395	72	344
Menos de 6 meses	16	7	11	13	21	19	22
6-11 meses	13	6	10	11	16	22	17
1-2 años	26	18	25	35	31	21	28
3-4 años	14	18	18	12	16	11	9
5 años o más	31	51	36	29	17	26	25
Mediana en meses	**32**	**62**	**43**	**29**	**22**	**22**	**21**

* Incluye 32 usuarias de otros métodos

Cuadro 9.16

Distribución de las usuarias de anticonceptivos orales, según edad y circunstancias de utilización del método

Características	Total	15-24	25-34	35 y más
Total	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	391	119	216	56
Mostró paquete				
Sí	68	57	73	68
No	33	43	27	32
Recetadas por doctor				
Con receta	90	81	95	88
Sin receta	11	19	5	13
Marca				
Lofemenal	53	57	51	52
Primovlar	13	10	15	13
Ovral	13	11	12	17
Nordette	5	6	4	4
Trimordiol	4	3	6	0
Norgylen	3	4	2	4
Femenal	3	3	3	2
Gynovin	2	4	2	0
Minulett	1	1	1	4
Otras/No sabe	3	2	4	6

Cuadro 9.17

Porcentaje de mujeres esterilizadas según años transcurridos desde la primera unión, 1976-1993. Mujeres no solteras.

	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Años desde la primera unión				
Total	**16**	**18**	**17**	**20**
0-4	2	1	2	1
5-9	9	7	7	10
10-14	20	22	16	21
15-19	27	32	28	33
20-24	26	38	40	39
25-29	20	34	42	41
30 o más	30	25	42	46

Cuadro 9.18

Distribución de las mujeres esterilizadas en unión según características de la solicitud de esterilización y año de la operación

Solicitud de esterilización	Total	Año de esterilización			
		Antes de 1980	1980-84	1985-89	1990-93
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	430	62	86	145	135
Sin solicitud	43	49	38	47	38
Con solicitud	57	51	62	53	62
Solicitud en trámite por:					
Sin solicitud	43	49	38	47	38
Menos de 3 meses	38	31	39	39	39
3 a 5	11	13	15	6	13
6 a 11	6	5	6	6	7
12 meses o más	2	0	0	2	3
Ignorado	1	2	2	1	0
Motivo en solicitud					
Número de casos	221	26	52	66	76
Salud-Subtotal	81	69	85	83	82
Várices	21	23	21	15	25
Prob. gineco-obstétricos	17	15	21	17	15
Tercera cesárea	12	0	6	21	12
Alto riesgo	8	4	4	8	13
Cardiopatías	5	12	4	0	8
Diabetes y endocrinos	4	0	4	5	4
Problemas neurológicos	3	4	6	2	3
Otros salud	12	11	19	17	3
Socioeconómico-Subtotal	19	31	15	17	18
No quería más hijos	10	15	8	8	12
Problemas económicos	6	8	6	8	4
Alcoholismo	3	8	2	2	3

Cuadro 9.19

Distribución según características de la esterilización y año de la operación Mujeres esterilizadas en unión

Solicitud de esterilización	Total	Año de esterilización			
		Antes de 1980	1980-84	1985-89	1990-93
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	430	62	86	145	135
Lugar					
CCSS	92	92	92	91	95
Otro	4	5	6	3	3
Ignorado	4	3	2	6	2
Epoca					
Posparto	63	64	65	64	60
Intervalo	37	36	35	36	40
Se volvería a operar					
Si	71	71	60	73	77
No	23	23	35	21	16
Ignorado	6	7	5	6	8
Por qué no se operaría					
Número de casos	96	14	30	30	21
Quiere tener hijos	58	50	57	67	57
Religión	8	7	10	7	10
Salud	20	29	20	20	10
Otra	14	14	13	7	24

Cuadro 9.20

Porcentaje de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos según si la entrevistada está en unión marital. Todas las entrevistadas.

Método	Total	En unión	No unida menor de 30 años	No unida de 30 años o más
Número de casos	3618	2191	984	450
Ha oído hablar de:				
Algún método	100	100	99	100
Orales	99	100	99	98
DIU	92	97	80	94
Inyectables	83	89	70	85
Norplant	8	8	7	9
Tubectomía	81	84	74	83
Vasectomía	62	65	53	71
Condón	99	99	98	98
Vaginales	63	68	50	69
Billings	28	30	22	29
Ritmo	85	89	74	86
Retiro	52	57	40	54
Coito anal/oral	25	24	25	33
Usa actualmente				
Total	**53**	**75**	**13**	**37**
Orales	13	18	6	8
DIU	6	9	2	5
Tubectomía	14	19	1	19
Condón	11	16	3	3
Ritmo	5	7	1	1
Retiro	2	3	1	0
Otros	2	3	1	1

Nota: El 15% de las que usan anticonceptivos no están en unión.

CAPITULO 10

Los servicios de planificación familiar

Luis Rosero

El presente capítulo analiza diversos aspectos de la oferta de servicios de planificación familiar, a saber: los proveedores de servicios públicos y privados, la accesibilidad y calidad de estos servicios y algunos costos de planificar la familia, incluyendo la satisfacción con el método usado y las preferencias por otros métodos. A las mujeres entrevistadas en la ENSR-93 se les pidió información sobre los lugares donde obtuvieron los anticonceptivos, el costo de los dos métodos más importantes (orales y esterilización), los métodos preferidos y sus opiniones sobre aspectos de la calidad de los servicios públicos. Esta información permite obtener una idea general, de la disponibilidad, accesibilidad y segmentación del mercado de anticonceptivos en el país. Como aspecto novedoso, en la ENSR-93 se preguntó sobre el establecimiento donde las entrevistadas acudieron por planificación familiar y por otros servicios de salud. Esta información puede ser usada en análisis a fondo del acceso y uso de servicios de planificación familiar en donde se tome en cuenta más exhaustivamente las características de los proveedores.

10.1 Proveedores de los métodos

El principal proveedor de métodos de planificación familiar en Costa Rica ha sido la CCSS (cuadro 10.1) y la encuesta reciente confirma que la gran mayoría de las mujeres depende de esta fuente de métodos. De las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU principalmente), 55% los obtienen del Seguro Social, a lo que puede agregarse un 1 % adicional que los obtienen del médico de empresa, usualmente subsidiado por la CCSS. El segundo gran proveedor de métodos (18%) es otro ente público: el Ministerio de Salud a través de su cadena de centros y puestos de salud. Debe notarse, sin embargo, que desde 1988 el Ministerio de Salud depende del Seguro Social para aprovisionarse de métodos anticonceptivos según diversas modalidades, entre las que destacan la integración, según la cual el Ministerio ofrece la consulta y la CCSS despacha las recetas.

El tercer proveedor de anticonceptivos en Costa Rica son las farmacias particulares, con 13% del mercado de los métodos modernos. Una proporción apreciable de parejas (6%) también obtienen anticonceptivos (principalmente el DIU) en el consultorio privado de algunos médicos. Finalmente, el comercio al detalle (supermercados, botiquines, abastecedores, pulperías y bares) surten de condones al 1 % de las parejas. Este reducido porcentaje reitera que la planificación familiar en Costa Rica, en lo que a abastecimiento de métodos se refiere, depende en gran medida de los establecimientos de salud. El programa de mercadeo social de PROFAMILIA, que se inició en el país en 1985 es probablemente el principal proveedor de los condones que se expenden en farmacias y comercio detallista.

Conviene notar que un 6% de las usuarias de anticonceptivos modernos no pudieron indicar con precisión el proveedor de los anticonceptivos que usaban. Este porcentaje incluye entrevistadas cuyos esposos se encargaban del aprovisionamiento de los métodos. Un análisis de este grupo por método y costo del anticonceptivo sugiere que su composición es similar al resto de usuarias, es decir que una mayoría son en realidad usuarias del sector público.

La comparación con encuestas previas (cuadro 10.1) evidencia solo pequeñas variaciones en los proveedores de anticonceptivos en Costa Rica. Uno de los más importante cambios es la desaparición del sistema de cupones, que en el pasado sirvió para abastecer a 2% o 3% de las usuarias. En este sistema, los establecimientos del Ministerio de Salud entregaban cupones para que las usuarias retiraran anticonceptivos orales que eran provistos por la Asociación Demográfica Costarricense a través de farmacias, botiquines y distribuidores comunitarios. Otros cambios de algún significado son la aparición del médico de empresa y el comercio detallista como proveedores de anticonceptivos. Empero, el papel de estas entidades es aún reducido. La CCSS, el Ministerio de Salud y las farmacias, los tres grandes proveedores de anticonceptivos en el país, han mantenido esencialmente constante su participación relativa en este mercado.

10.2 Uso del servicio público de planificación familiar

Más de las tres cuartas partes (77%, cuadro 10.2) de las usuarias de anticonceptivos modernos, se abastecen en servicios públicos del Estado de manera esencialmente gratuita. Se incluye en esta proporción a las usuarias de la CCSS, médico de empresa, Ministerio de Salud y a la mitad de ese 6% que no indicó con precisión el proveedor. Esta proporción, comparada con las de encuestas anteriores, sugiere una leve tendencia a crecer del sector público de 75% en 1981 a 76% en 1986 y a 77% en 1993. Las diferencias de encuesta a encuesta no son, sin embargo, estadísticamente significativas.

La esterilización femenina es, el método anticonceptivo en el que el sector público juega el papel más importante ya que el 95% de las mujeres esterilizadas han sido operadas en hospitales de la CCSS. Le siguen los anticonceptivos orales (79%) y el DIU (70%). Aunque una mayoría de las parejas (61%) obtienen los condones de los servicios públicos, esta proporción es menor que la de los tres métodos antes mencionados. Debe anotarse, empero, que hay una clara tendencia alcista en la proporción que depende el sector público, (52%, 56% y 61% en los años 1981, 1986 y 1993 respectivamente) en la provisión de condones. Los anticonceptivos inyectables y los vaginales, aparte de ser usados por muy pocas costarricenses, provienen cada vez menos del sector público.

El cuadro 10.2 muestra que los servicios públicos de planificación familiar sirven en mayor medida a las mujeres de mayor edad, residentes en el área rural o fuera del Valle Central y de condición socioeconómica (medida por la educación) más baja. Mientras el 95% de las usuarias con menos de tres años de estudio se abastece de anticonceptivos en el sector público, tan solo el 58% de las usuarias con secundaria completa o universitaria depende de ellos. En el Area Metropolitana de San José, 61 %

de las usuarias se abastecen en el sector público, pero las mujeres que viven en las zonas rurales de fuera de la Meseta Central presentan una dependencia mayor de esta fuente (87%). Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las observadas en las encuestas de 1981 y 1986.

La ENSR-93 también preguntó si las entrevistadas habían usado alguna vez los servicios públicos de planificación familiar y hace cuanto tiempo lo hicieron por última vez. La probabilidad incondicional de haber usado estos servicios, calculada con base en estos datos, muestra que el 57% de las mujeres en unión usaron alguna vez los servicios públicos de planificación familiar y el 39% lo hizo en los últimos tres años (cuadro 10.3). Las diferencias geográficas en estos porcentajes son similares a las observadas en las probabilidades condicionales comentadas anteriormente. Así, el 49% de parejas del Area Metropolitana han ¡do al sector público, en comparación con el 66% de las zonas rurales de fuera del Valle Central.

La distinción entre quienes han obtenido servicios de planificación familiar en el Seguro Social o en los centros o puestos del Ministerio de Salud en los últimos tres años, proporciona detalles importantes sobre los sectores servidos por estas dos instituciones del sector público (cuadro 10.3). La preeminencia del Seguro Social sobre el Ministerio de Salud es muy clara en el Area Metropolitana de San José (22% vs. 9%), y, especialmente, en las ciudades de fuera del Valle (32% vs. 9%). Este predominio es menos evidente en las zonas rurales de fuera del Valle (27% vs 22%). En cambio, en las ciudades pequeñas y en el área rural del Valle Central, el Ministerio de Salud supera al Seguro Social en la provisión de servicios de planificación familiar. En estas áreas geográficas el Ministerio sirve una clientela de alrededor del 20% de las mujeres en unión.

10.3 El mercado de la planificación familiar

Para fines de planeamiento y una apropiada atención de la demanda es importante estimar el número de usuarias de los distintos proveedores de anticonceptivos. El cuadro 10.4 presenta tal estimación, basada en un factor de expansión de la muestra de 227. A diferencia de cuadros anteriores, se consideraron para la estimación a todas las usuarias y no solo a las que se encontraban en unión.

Se estima que 437.000 mujeres estaban planificando la familia en Costa Rica a fines de 1992 y principios de 1993. Los nueve segmentos de mercado más importantes con alrededor de 20.000 o más usuarias son los que se presentan en el cuadro de la página siguiente.

Las usuarias no esterilizadas de la CCSS (incluyendo aquí el médico de empresa) y del Ministerio de Salud, constituyen las usuarias activas de lo que en el pasado se llamó programa nacional de planificación familiar. Estas mujeres fueron contabilizadas en encuestas anteriores, por lo que es posible analizar su evolución (cuadro 10.5).

Categoría	Mujeres
1. Esterilizadas en la CCSS	108.800
2. Anticonceptivos orales en la CCSS	46.200
3. Usuarias del ritmo	37.200
4. Orales en el Ministerios de Salud	30.200
5. Condón en las farmacias	27.900
6. DIU en la CCSS	25.600
7. Condón en la CCSS	24.000
8. Condón en el Ministerio de Salud	20.600
9. Orales en las farmacias	19.700

El número de usuarias de los servicios públicos de planificación familiar prácticamente se ha duplicado en una década. Ha pasado de 92 mil en 1981 a 177 mil en 1992. La tasa de crecimiento anual se aceleró a fines de la década de los 80, de manera concomitante con el aumento en la prevalencia anticonceptiva comentado en el capítulo anterior. La tasa de crecimiento de las usuarias de 1986 a 1992 fue de 7,4% anual, es decir mucho más rápida que la tasa de aumento poblacional. Consecuentemente, el porcentaje que estas usuarias representan dentro del total de mujeres en edad fértil ha aumentado de 17% a 22%.

El número de mujeres que planifican con métodos provistos por la CCSS se duplicó en la década, y su tasa de aumento anual pasó de 3,2% en 1981-86 a 7,6% en 1986-91. El número de mujeres abastecidas por el Ministerio de Salud también aumentó en forma significativa, pero a un ritmo más lento (4,7% en 1986-92) que las de la CCSS. El hecho de que el suministro de anticonceptivos del Ministerio de Salud pasara a manos de la CCSS en 1988, parece no haber afectado la cantidad de usuarias de esta institución, ya que más de la tercera parte de quienes planifican la familia en el sector público, lo continúan haciendo en los establecimientos del Ministerio.

Las usuarias del DIU, tanto en la CCSS como en el Ministerio de Salud, constituyen el grupo de mayor crecimiento en el periodo 1986-92, con un acelerado aumento de 14% anual. Estas usuarias pasaron de 16 mil en 1986 a 38 mil en 1992. Este ascenso sugiere un interés deliberado por promover este método anticonceptivo.

10.4 Acceso y costo de los métodos de planificación familiar

Las entrevistadas que estaban usando anticonceptivos que requieren reabastecimiento (orales, inyectables, DIU y de barrera) proporcionaron información sobre el tiempo de viaje a la clínica y de espera antes de ser atendidas, así como sobre el intervalo entre visitas. Esta información, que se resume en el cuadro 10.6, da una idea de la accesibilidad física y disponibilidad de los servicios de planificación familiar en Costa Rica. Además, dado que en el país la mayoría de anticonceptivos se obtienen en forma gratuita de los servicios públicos, estos tiempos son el principal componente del costo

de planificar la familia en el país (otros componentes son los costos síquicos y los efectos secundarios de los métodos).

La mediana del tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento del anticonceptivo resultó de 25 minutos, la del tiempo de espera, de 72 minutos y la del intervalo entre visitas, de 4,7 meses, es decir que una usuaria típica hace dos o tres visitas al año a la fuente. De estos resultados destaca el hecho de que el tiempo de espera es casi el triple que el de viaje, es decir que el mayor obstáculo para el acceso a la planificación familiar no está en la lejanía de las clínicas, sino en las largas esperas dentro de ellas. Dicho de otro modo, mejoras en accesibilidad a la planificación familiar podrían lograrse en Costa Rica agilizando la atención de las usuarias en las unidades que prestan los servicios.

La farmacia es el proveedor más ágil y eficiente pues está solo a 14 minutos de viaje y atienden rápidamente (en 7 minutos). Quizás debido a estas características las usuarias acostumbran reabastecerse con frecuencia (cada 1,3 meses) en esos establecimientos comerciales.

Una de cada dos mujeres está a menos de media hora de la fuente de abastecimiento de métodos, con los consultorios privados (36 minutos) algo menos accesibles que las clínicas de la CCSS (29 minutos) o el Ministerio (26 minutos).

A pesar de que en los consultorios privados hay predominio de usuarias del DIU, cuya inserción requiere un procedimiento más complicado que la simple prescripción de pastillas o condones, el tiempo de espera de las mujeres (67 minutos) es menos de la mitad que en las unidades de atención del sector público. La mediana del tiempo de espera en las unidades de atención de la CCSS y del Ministerio de Salud es de más de dos horas. Esta cifra es, desde luego, una burda estimación del tiempo real pues está afectada por fallas de la memoria de la entrevistada. Una medición objetiva efectuada en 1992 por el Programa de Salud Reproductiva en ocho clínicas de la CCSS, encontró que la espera promedio entre la llegada a la clínica y la atención del médico es del orden de las tres horas. Vale decir que la memoria de las entrevistadas en la ENSR-93 se quedó corta en estimar el tiempo gastado en la clínica.

Las cifras de tiempos de viaje y espera para obtener los distintos métodos anticonceptivos (segundo panel del cuadro 10.6), están fuertemente afectadas por el peso que los distintos proveedores tienen en el abastecimiento de cada método. Por ejemplo, dado que las farmacias privadas juegan un papel importante en el abastecimiento del condón, el tiempo de espera para abastecerse de este método es de 44 minutos, comparado con 125 minutos de los anticonceptivos orales.

Al tener en cuenta la zona de residencia en el análisis, los resultados muestran mayores deficiencias en la atención. Las usuarias en las zonas rurales no solo tienen que viajar más tiempo para llegar al lugar donde se abastecen, sino que además deben esperar allí alrededor del doble de tiempo que las mujeres de las áreas urbanas. Esta diferencia puede deberse en parte a que en las áreas urbanas se utilizan en mayor medida los servicios privados, que como se ha visto, ofrecen una atención más expedita. Si se limita la comparación a las usuarias de servicios públicos exclusivamente, la diferencia

rural-urbana en el tiempo de espera se reduce (último panel del cuadro 10.6), pero persiste una situación más desfavorable en los servicios del área rural.

Las encuestas de 1981 y 1986 también investigaron el tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento del método anticonceptivo. El cuadro 10.7 compara los resultados previos con los de la ENSR-93. La proporción de usuarias que viajan menos de 15 minutos para abastecerse de anticonceptivos ha aumentado de 25% en 1981 a 32% en 1992. Concomitantemente, la proporción que viaja una hora o más ha disminuido de 20% a 15%. Puede concluirse, entonces, que hay una mejoría en la accesibilidad a las fuentes de abastecimiento de anticonceptivos en el país. La mediana de viaje en minutos ha disminuido de 28 en 1981 a 25 en 1996. Este cambio puede provenir tanto de una mejora en la red de caminos y medios de transporte como o de una ampliación de la oferta de servicios. Lamentablemente no hay información en encuestas pasadas sobre el tiempo de espera en las clínicas, el cual se ha visto que es el aspecto más crítico de la accesibilidad a los servicios de planificación familiar en el país.

En cuanto al costo monetario de adquirir los anticonceptivos, la ENSR-93 preguntó por la tarifa pagada por la esterilización femenina y el precio pagado la última vez por un ciclo de anticonceptivos orales. Como se ha visto, éstos son los dos métodos más importantes en el país. La gran mayoría de usuarias no tuvieron que pagar por estos métodos (cuadro 10.8). El 86% no tuvo que pagar por la esterilización quirúrgica y el 72% recibió sin costo el último ciclo de pastillas. En las restantes usuarias, el precio pagado por un ciclo de pastillas es del orden de 1 a 5 dólares y la tarifa de la esterilización (sin ajuste por inflación) es del orden de 100 a 200 dólares americanos.

La suma pagada varía, obviamente, según el proveedor. Casi ninguna usuaria tuvo que pagar por las pastillas en la CCSS. En el Ministerio de Salud, en cambio, más del 20% pagaron por el anticonceptivo, pero este fue un precio simbólico de menos de $2. En el sector privado, en cambio, la mayoría pagó de $2 a $5 por el ciclo de pastillas y la cuarta parte pagó $6 o más. El 90% de las esterilizadas en la CCSS no pagaron por la operación. El 10% que lo hicieron es un indicativo de la magnitud del problema que constituyen los pagos que ilegalmente exigen algunos médicos por intervenciones quirúrgicas en instalaciones de la CCSS a pacientes de su práctica privada. En contraste con lo anterior, es interesante notar que 40% de las esterilizadas en clínicas privadas dijeron que no pagaron por la operación.

10.5 Satisfacción con los servicios de planificación familiar

La calidad del servicio es un aspecto de la oferta de métodos de planificación familiar que es objeto de creciente atención. Para explorar este aspecto en la ENSR-93 se preguntó a las mujeres que habían usado los servicios públicos en los últimos tres años, si estaban satisfechas con la atención recibida en ocho diferentes aspectos, así como las sugerencias que pudieran tener para mejorar el servicio.

El cuadro 10.9 presenta los resultados de estas preguntas ordenados de mayor a menor grado de satisfacción, de acuerdo con la proporción de respuestas positivas. Estas van desde un 95% de usuarias satisfechas con el "respeto al pudor y dignidad de la mujer" a tan solo un 54% satisfechas con la rapidez de la atención. Si se toma

como punto de referencia el 85% de respuestas positivas, emergen tres aspectos de los servicios en los que el grado de insatisfacción es mayor, a saber: (1) información y escogencia de métodos alternativos, (2) información sobre cómo usar el método y sus efectos secundarios y (3) rapidez de la atención. Con respecto a las clínicas del Seguro Social, habría que agregar una cuarta dimensión en que las usuarias están descontentas: la cortesía y trato del personal.

Claramente el problema o deficiencia mayor está en las largas esperas para obtener el servicio. Este resultado es consistente con los encontrados en otras preguntas de esta encuesta y en otras investigaciones. Si las autoridades de salud tuvieran que escoger un aspecto que necesita mejora inmediata, es claro que agilizar la atención del público ocuparía el primer lugar en la agenda. Con este fin, sería muy importante que se institucionalicen los estudios de flujo de pacientes, los cuales permiten determinar con claridad los cuellos de botella que impiden una atención expedita. Desde luego que estos estudios deben complementarse con apoyo político para poner en práctica medidas que mejoren la atención. Una posibilidad inquietante es, sin embargo, que estas largas esperas sean la respuesta del sistema a un exceso de demanda sobre la oferta; es decir, que el sistema utilice las esperas como una forma de racionamiento para reducir la presión de la demanda sobre un servicio gratuito. Vale recordar que en un sistema de mercado, los precios del servicio cumplen con esta función. En este último caso, parece difícil solucionar el problema de las largas esperas a menos que se tomen medidas tales como un incremento sustancial de la oferta o el cobro de tarifas.

Un resultado interesante del cuadro 10.9 es que en la mayoría de las dimensiones investigadas, las usuarias del Ministerio de Salud están más satisfechas con la calidad del servicio que las de la CCSS. Esta ventaja del Ministerio es especialmente cierta en lo que respecta a la cortesía y consideración del personal hacia la mujer. Las diferencias entre las dos instituciones no son, sin embargo, muy pronunciadas. Una posible explicación de esta disparidad podría ser que los estándares de calidad de las usuarias del Ministerio de Salud sean más bajos que los de las usuarias de la CCSS. También es posible que el servicio de las unidades de atención del Ministerio de Salud sea en efecto, más satisfactorio que el de la CCSS.

Solo una cuarta parte de las usuarias expresaron alguna sugerencia para mejorar el servicio (cuadro 10.9, segundo panel). El deseo de que atiendan más rápido al público se repite mucho más que los demás. Esta reiteración es consistente con otras respuestas de las entrevistadas y con otras investigaciones que indican que las largas esperas son el problema crítico de los servicios públicos. En segundo lugar aparece la sugerencia de que haya más cortesía y consideración en el trato, especialmente en la CCSS. También se mencionó con cierta frecuencia la demanda por más información y alternativas de elección del método anticonceptivo.

10.6 Satisfacción con los métodos de planificación familiar

Los costos sicológicos de la anticoncepción pueden evaluarse observando el grado de satisfacción de las usuarias con el método usado. Este aspecto se investigó en la ENSR-93 con la pregunta "¿Si de Ud. dependiera, qué método preferiría usted usar?"; y el cuadro 10.10 presenta la distribución de las preferencias de las usuarias. Estos resultados se han clasificado haciendo la distinción de si la entrevistada está o no usando anticonceptivos y se compara con la distribución según método utilizado.

Las cifras muestran un amplio predominio de las preferencias por los anticonceptivos orales, método que satisface al 43% de las costarricenses. En un distante segundo lugar con porcentajes parecidos (12% a 14%) están las preferencias por el DIU, condón y ritmo. Al comparar esta distribución según si la entrevistada está usando anticonceptivos, se observa que la experiencia de uso reduce las preferencias por las pastillas y el ritmo y aumentan las inclinaciones hacia el condón, esterilización y DIU.

La comparación entre las preferencias y la realidad del uso de anticonceptivos en el momento de la encuesta, evidencia grandes contrastes con respecto a cuatro métodos: el uso de los métodos orales (24%) es bastante menor que las preferencias (41 %); la proporción de mujeres esterilizadas (26%) es muchísimo mayor que la proporción que desearía usar este método; y finalmente, el condón y el retiro son más usados de lo que indican las preferencias.

En relación con lo anterior se computó la proporción de usuarias de anticonceptivos que indicó como método de escogencia el mismo que estaba usando. Aproximadamente la mitad (52%) prefiere el mismo método que usa. Esta proporción denota que hay un considerable grado de insatisfacción con el anticonceptivo utilizado. Dicho de otro modo, parece que las costarricenses tienen serias limitaciones para escoger el método anticonceptivo de su gusto, lo que probablemente resulta en elevados costos síquicos y, en última instancia, en tasas de falla en sus intentos de planificar la familia. Las usuarias de pastillas y de DIU son las que aparecen más satisfechas con el método: alrededor del 80% indicaron el mismo método como el de sus preferencias. En contraste, tan solo el 17% de las esterilizadas indicaron que éste es su método preferido. Vale decir que muchas mujeres se operan obligadas por las circunstancias. Pareciera que la esterilización se ha convertido en el primer método anticonceptivo en el país, debido a las limitaciones que enfrentan las parejas para elegir el método que realmente prefieren.

Cuadro 10.1

Distribución según proveedor del método anticonceptivo, según varias encuestas, 1981-1993. Mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos

Proveedor	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Total	**100**	**100**	**100**
Número de casos	1499	1229	1404
Sector Público			
CCSS	57	55	55
Empresa	-	-	1
Ministerio de Salud	17	19	18
Cupones	3	2	-
Sector privado			
Farmacia	16	13	13
Consultorio	7	9	6
Comercio	-	-	1
Mixto\No sabe\Otro	2	2	6

Cuadro 10.2

Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según variables seleccionadas, 1981-1993. Mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos.

	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Total	**75**	**76**	**77**
Método			
Orales	77	81	79
DIU	75	66	70
Condón	52	56	61
Inyección	79	52	48
Vaginales	23	38	67
Tubectomía	90	90	95
Vasectomía	50	36	27
Edad			
15-24	74	79	70
25-34	71	73	72
35 o más	81	78	82
Residencia			
Area Metropolitana	60	60	61
Urbano Valle Central	72	75	72
Rural Valle Central	82	81	81
Resto Urbano	75	78	81
Resto Rural	90	90	87
Años educación			
Menor 3 primaria	88	94	95
3-5 primaria	85	88	91
Primaria completa	84	83	82
Secundaria incompleta	66	70	72
Secundaria completa y más	47	51	58

Cuadro 10.3

Usuarias alguna vez de la consulta de planificación familiar de la CCSS y el Ministerio de Salud, según área de residencia. Mujeres en unión.

Uso de la consulta	Total	Area Metropolitana	Resto Urbano Valle Central	Rural Valle Central	Urbano fuera Valle Central	Urbano fuera Valle Central
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	2191	605	297	482	259	548
Nunca ha usado	43	51	47	43	41	34
Ha usado	57	49	53	57	59	66
No en 3 años	18	18	21	18	19	16
Usado en últimos 3 años	39	32	32	39	40	50
CCSS	22	22	13	16	32	27
Min. Salud	16	9	17	20	9	22
Otro/No sabe	1	0	1	3	0	1

Cuadro 10.4

Número estimado (miles) de usuarias de los métodos anticonceptivos según proveedor.

Método	Total	CCSS	Empresa	Ministerio de Salud	Farmacia	Consultorio	Comercio	Otro/ No sabe
Porcentaje	**100**	**55**	**2**	**16**	**13**	**6**	**1**	**7**
Total	**437.3**	**209.0**	**7.0**	**61.9**	**50.8**	**22.7**	**3.6**	**79.8**
Orales	109.0	46.2	4.8	30.2	19.7	0.7		7.5
DIU	52.8	25.6	1.1	10.9	0.2	14.1		0.9
Condón	87.1	24.0	1.1	20.6	27.9	0.5	3.6	9.3
Inyección	6.3	2.5		0.2	2.7	0.5		0.5
Vaginales	0.9	0.5			0.2			0.2
Tubectomía	117.7	108.8				2.9		5.9
Vasectomía	5.9	1.4				4.1		0.5
Billings	1.6							1.6
Ritmo	37.2							37.2
REtiro	17.9							17.9
Otro	0.9							0.9

Cuadro 10.5

Número estimado (miles) de usuarias del servicio de planificación familiar por método e institución, 1981-1993.

	Número de usuarias			% aumento anual	
Método	**EPA-81**	**EFS-86**	**ENSR-93**	**1981-86**	**1986-93**
Total*	**91.5**	**113.7**	**176.9**	**4.3**	**7.4**
Orales	55.6	60.3	85.0	1.6	5.7
DIU	14.7	15.9	38.0	1.6	14.5
Condón	14.2	34.1	50.4	17.5	6.5
Inyección	6.1	2.3	3.0	-19.5	**
Vaginales	0.9	1.1	0.6	**	**
CCSS					
Total	**57.1**	**67.0**	**105.8**	**3.2**	**7.6**
Orales	32.9	35.5	51.0	1.5	6.0
DIU	8.7	11.4	26.7	5.4	14.2
Condón	9.5	17.4	25.1	12.1	6.1
Inyección	5.3	2.0	2.5	-19.5	**
Vaginales	0.7	0.7	0.5	**	**
Ministerio Salud					
Total	**34.5**	**46.7**	**61.9**	**6.1**	**4.7**
Orales	22.7	24.8	30.2	1.8	3.3
DIU	6.0	4.5	10.9	-5.8	14.7
Condón	4.8	16.7	20.6	24.9	3.5
Inyección	0.9	0.3	0.2	**	**
Vaginales	0.1	0.4	0.0	**	**
Porcentaje 15-49 años					
Total	**16**	**17**	**22**		
CCSS	10	10	13		
Ministerio Salud	6	7	8		

* Incluye 50% de usuarias que no indicaron proveedor.
** Menos de 25 observaciones en las muestras.

Cuadro 10.6

Mediana de los tiempos de viaje y espera y del intervalo para reabastecerse. Usuarias de métodos anticonceptivos orales, inyectables, DIU y de barrera

Proveedor, método y residencia	Número de casos	Minutos		Meses entre visitas
		Viaje	Espera	
Total	**901**	**25**	**72**	**4.7**
Proveedor				
CCSS	365	29	127	6.3
Min. Salud	245	26	162	6.8
Farmacia	178	14	7	1.3
Consultorio	59	36	65	6.7
Método				
Orales	364	26	125	6.4
DIU	187	32	91	7.2
Condón	327	21	44	2.7
Inyección	22	21	50	3.3
Residencia				
Todo proveedor				
Area Metropolitana	268	22	55	3.3
Resto Urbano	212	21	67	4.3
Rural	421	32	124	6.3
Solo Sector Público				
Total	**628**	**28**	**129**	**6.5**
Area Metropolitana	143	25	122	6.3
Resto Urbano	142	23	125	6.4
Rural	343	33	165	6.6

Cuadro 10.7

Distribución y mediana del tiempo de viaje al proveedor del anticonceptivo, 1981-1993 Usuarias de orales, inyectables, DIU y de barrera

Minutos de viaje	EPA-81	EFS-86	ENSR-93
Total	**100**	**100**	**100**
Número de casos	987	856	901
Menos de 15	25	27	32
15-29	29	29	26
30-34	21	23	21
45-59	5	4	6
60-119	14	13	12
120 y más	6	4	3
Mediana en minutos	**28**	**27**	**25**

Cuadro 10.8

Distribución del precio pagado por ciclo de orales y por cirugía para esterilizarse, según proveedor. Mujeres usuarias de orales y esterilización.

Dólares	Total	CCSS	Misterio de Salud	Privado	Otro/ No sabe
Anticonceptivos orales					
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Número de casos	391	168	115	69	39
Gratis	72	97	78	7	56
Menos de $2	8	2	20	1	10
2-3	6	0	2	23	10
4-5	9	1	0	41	15
6-7	2	1	0	7	0
8-9	4	0	0	16	8
$10 o más	1	0	0	4	0
Esterilización					
Total	**100**	**100**	-	**100**	**100**
Número de casos	452	399	-	30	23
Gratis	86	90	-	40	74
Menos de $100	4	2	-	33	4
100-199	5	3	-	17	13
200-299	2	1	-	3	4
300-399	2	2	-	0	4
400-499	2	1	-	7	0

Cuadro 10.9

Porcentaje de usuarias satisfechas con diversos aspectos del servicio de planificación familiar y sugerencias para mejorarlo. Usuarias del servicio en los 3 últimos años

Cualidades del servicio y sugerencias	Total	CCSS	Ministerio de Salud
Número de casos	*848	474	346
Satisfacción con:			
Respetan dignidad y pudor	95	95	95
Se procupan por salud	90	90	91
Dan suficientes métodos	87	85	91
Protección anticonceptiva	86	85	89
Corteses y considerados	85	82	90
Dan a escoger método	83	82	84
Explican uso y efectos	82	81	85
Atienden rápido	54	54	55
Sugerencias para mejorarlo			
Total	**100**	**100**	**100**
Número de casos	*826	459	339
No sugerencias	73	69	77
Atiendan rápido	14	15	14
Más cortesía y consideración	5	6	3
Más información y elección	2	2	2
Se preocupen situación de la mujer	1	2	0
Faciliten citas	1	1	1
Que atiendan más pacientes	1	1	1
Den más cantidad	1	0	2
No atrasen citas	1	1	1
Otras	2	2	1

* Incluye 28 observaciones con proveedor público ignorado

Cuadro 10.10

Distribución según el método anticonceptivo preferido y porcentaje que prefiere el mismo método. Mujeres en unión.

Método	Método preferido			Método usado	Prefiere el mismo
	Total	Usa	No usa		
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**52**
Número de casos	2100	1590	510	1590	1590
Orales	43	41	47	24	82
					388
DIU	14	14	12	12	77
					188
Condón	14	16	8	21	51
					341
Inyectables	4	4	4	1	48
					23
Tubectomía	8	9	6	26	17
					407
Vasectomía	1	1	1	2	35
					26
Billings	1	1	2	0	50
					2
Ritmo	12	11	15	9	57
					143
Retiro	1	1	1	4	21
					67
Otro	1	1	2	0	20
					5
Ninguno	1	1	2	-	-
					-

Mujeres unidas con respuestas "de acuerdo" o depende en la pregunta ¿Está Ud. a fovor o en contra de la planificación familiar.

CAPITULO 11

Actitudes reproductivas

Cathalina García
Víctor M. Gómez
Weitze Lindeboom

11.1 Introducción

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva incluyó varias preguntas cuyo propósito era obtener un perfil de las actitudes de las mujeres sobre diversos aspectos relacionados con la reproducción. Aunque la temática fue muy variada, la agenda del presente capítulo solo incluye una descripción de los resultados obtenidos con respecto a las metas reproductivas de las entrevistadas y sus esposos, el deseo de espaciar los hijos, así como actitudes hacia la planificación familiar y la educación sexual. También se presentan algunas cifras que comparativamente, muestran la evolución de las opiniones sobre la esterilización y el aborto desde 1976.

Para empezar, el cuadro 11.1 documenta las inclinaciones de las entrevistadas sobre el agrandamiento de la familia. Los resultados se obtuvieron de las respuestas de las mujeres en unión no embarazadas y fértiles ante la pregunta "¿Le gustaría a Ud. tener un/otro hijo o preferiría no tener un/más hijos?"; mientras que para las mujeres embarazadas, la pregunta fue "¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?. Se debe notar que se consideró como uniones fértiles aquellas en las cuales ni ella ni él se encontraban esterilizados.

Aunque los resultados de las encuestas EPA-81 y EFES-86 no permiten una comparación directa con los de ENSR-93, se observa que el porcentaje de las mujeres que dijeron que no quieren más hijos (50%) es de similar magnitud a los valores que se obtuvieron en las encuestas anteriores (respectivamente un 55% y un 50%). Al considerar la edad, una fracción creciente de mujeres no desea tener más hijos. Sin embargo, se debe hacer notar que un grupo numeroso de mujeres aún menores de 30 años, desean cesar la procreación. Es igualmente importante indicar que una fracción significativa de mujeres añosas, casi un 20%, entre las de 40-44 años, y un 10%, entre las de 45 a 49 años, aún desean tener más hijos. Sería importante indagar si a esas actitudes responde un comportamiento por tener más descendencia o simplemente refleja un deseo insatisfecho por más hijos.

Al tener en cuenta el tamaño de la familia, que incluye el embarazo actual de la mujer como nacido vivo, más de un 50% de las mujeres con al menos dos hijos, no desea tener más descendencia. Es importante también destacar que casi un 5% de las mujeres no desea tener hijos del todo.

11.2 Deseo de espaciar los hijos

Aunque el número total de hijos con frecuencia se ve como el aspecto más relevante de las metas reproductivas de las parejas, también es muy importante tener en cuenta el ritmo de formación de la familia por diversas razones. En primer lugar, desde el punto de vista de salud, se desalienta a las mujeres el tener un corto intervalo intergenésico, porque tiende a disminuir la probabilidades de sobrevivencia de los hijos y a complicar los embarazos de las madres. Aunque en alguna medida hijos nacidos muy seguidos tienden a compartir los recursos, la situación también tiende a acentuar la competencia de los hermanos, tanto entre sí como por los recursos del hogar, exacerbando los conflictos en la familia. Otro aspecto de interés se relaciona con el momento en la vida en que la mujer tiene el primer hijo y las demandas que este hecho impone sobre la continuidad de su eventual participación en la fuerza de trabajo o en otros aspectos del desarrollo personal.

Aunque es posible llevar a cabo tales análisis con los datos de la ENSR-93, los resultados que se presentan se limitan a las respuestas acerca de las preguntas sobre cuán pronto la mujer desea tener más hijos. Específicamente, a mujeres fértiles que deseaban más hijos se les preguntó "¿Cuánto tiempo le gustaría esperar a partir de ahora, antes de tener un/otro hijo?", mientras que para las embarazadas la pregunta fue "¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después de que el niño nazca, antes de tener otro hijo?"

Un 17% de las mujeres prefería el próximo hijo dentro un período de 2 años (respuestas pronto/ahora y respuestas numéricas de menos de 24 meses), mientras que un 28% indicó que desearía una espera más prolongada.

Al tener en cuenta la edad de la mujer, la proporción que prefiere un hijo dentro de dos años baja, y en especial después de la edad de 40, aunque a estas edades las cifras probablemente reflejan la percepción de la mujer de que su capacidad reproductiva se encuentra cerca del límite. El hecho que la mujer esté todavía sin hijos vivos y todavía no está embarazada tiene un impacto significativo. Un 64% de éstas mujeres prefería su primer hijo dentro dos años.

11.3 La demanda para planificación familiar

Utilizando la información sobre las intenciones para cesar la procreación y las actitudes con respecto a un próximo embarazo, es posible identificar a las mujeres que serían usuarias potenciales de algún método de planificación familiar.

Si se tiene en cuenta que casi un 50% de las mujeres fértiles no quieren más hijos y un 28% adicional prefiere esperar dos años o más, se podría considerar que la suma de estos dos grupos representa a quienes serían las usuarias potenciales de los métodos de planificación familiar. La primera categoría la componen las mujeres que recurrirían a la anticoncepción con el fin de cesar la procreación, y la segunda a las usuarias que dependerían de los métodos para posponer el próximo embarazo.

La cifras sobre demanda potencial no parecen ser muy sensibles según nivel de educación o lugar de residencia de la mujer, como se puede corroborar observando los porcentajes totales que presenta el cuadro 11.3. Sin embargo, el componente que requiere de la anticoncepción para cesar la procreación si varía y es significativamente mayor entre las mujeres con poca educación o entre aquellas residentes en las áreas urbanas de resto del país.

Como es de esperar, la demanda por métodos de planificación familiar se acentúa entre las mujeres con hijos y tiende a ser mayor entre las mujeres de más educación o entre las residentes de las zonas urbanas entre quienes los porcentajes de mujeres que desean cesar o espaciar la procreación es en exceso del 85%.

Finalmente, se debe denotar que la demanda satisfecha por métodos de planificación familiar, está formada tanto por las mujeres que prefieren dejar de tener hijos y están usando un método contraceptivo y aquellas que prefieren esperar y que también están planificando. Las mujeres esterilizadas son infértiles y por eso no se les considera parte de la demanda actual pues ya satisfacieron su necesidad anticonceptiva. Sin embargo, las mujeres embarazadas y las que dan pecho que son solo temporalmente infértiles y por eso podrían ser usuarias potenciales.

11.4 Número de hijos deseados

El número de hijos deseados por mujeres en edades fértiles es un indicador de las aspiraciones reproductivas de las mujeres. Puede también dar una idea del nivel probable de la fecundidad futura en la medida en que las mujeres logren sus metas en cuanto al tamaño deseado de familia.

Al igual que en otros casos, la información del número deseado de hijos fue obtenido mediante preguntas distintas a diferentes grupos de mujeres. A las nulíparas se les interrogó así: "¿Si pudiera escoger el número de hijos, ¿cuántos le gustaría a usted tener en su vida?", mientras que a aquellas ya con hijos se les preguntó "¿Si no tuviera hijos y pudiera escoger el número, ¿cuántos serían los hijos que le gustaría tener en toda su vida?"

Estas preguntas enfrentan un sinnúmero de limitaciones. En primer lugar, colocan a las entrevistadas en una situación hipotética, y las respuestas obtenidas podrían ser independientes de aspiración personal y reflejar más bien la norma social esperada. Es posible también que la actitud sea más bien consecuencia del comportamiento pasado, en vez de anticipación de lo que podría ocurrir en el futuro, pues los valores obtenidos pueden ser una racionalización del número de hijos que las mujeres ya tienen.

Las respuestas son también susceptibles de tener inconsistencias reales o aparentes. Un ejemplo de esta falta de congruencia es el hecho de que un 25% de las mujeres que dijeron no querer más hijos, desean un número mayor que el que ya tienen. Esto podría ser consecuencia de dificultades para lograr el espaciamiento deseado. Un 5% de las mujeres sin hijos vivos dijo que no quiere (más) hijos, mientras que ninguna de estas mujeres tiene un número ideal de cero. Estos ejemplos muestran claramente la

dificultad para conciliar las respuestas a las preguntas sobre "deseo por más hijos", "cuanto tiempo quiere esperar" y las preferencias "cuántos hijos le gustaría tener".

En la encuesta de 1993 la mayoría de las mujeres entrevistadas evidencian una preferencia por pocos o un número moderado de hijos. Un 62% de las mujeres prefieren por máximo 3 hijos, y una tercera parte de ellas desean limitarse a no más de 2 hijos.

Las mujeres que prefieren menos de tres hijos son relativamente menos numerosas entre aquellas de mayor edad (cuadro 11.5). Menos de una quinta parte de las mujeres mayores de 40 años prefiere menos de tres hijos, fracción que decrece aún más entre aquellas con más hijos vivos, aunque la relación no disminuye de manera consistente.

De todas las mujeres en unión, un 13% optaría por tener menos hijos que los que ya tiene, esta proporción sube a 43% para mujeres que tienen cuatro hijos o más, lo que indica un aumento de la fecundidad no deseada entre las mujeres con familias más numerosas.

Las mujeres con educación primaria incompleta o menos, tienen una preferencia por un número deseado de hijos que está entre 4 y 4.3, mientras que mujeres con 6 años y más prefieren entre 3 y 3.4 hijos. Como se sugirió anteriormente, los datos evidencian una correlación entre el número deseado y el número de hijos vivos. Esta asociación puede originarse en que las mujeres tienen objeciones conscientes o inconscientes para admitir que algunos de sus últimos hijos no son deseados. Otra probabilidad es que las mujeres con muchos hijos, que son generalmente de más edad manifiestan preferencias antiguas, típicamente más altas. A este respecto se debe agregar que las mujeres de más edad, menos educadas, con hijos numerosos, residentes en las áreas rurales, tienen preferencias por una familia de más tamaño.

Solamente un 3% dio una respuesta no numérica (12% en la encuesta de 1981), indicando que las mujeres en Costa Rica en 1993 tienen objetivos reproductivos definidos y, en su gran mayoría, están conscientes de que, la fecundidad puede regularse. Algunos autores estiman que no existe evidencia empírica para suponer que las preferencias reales de las mujeres que dieron respuestas no numéricas, difieran de las cifras expresadas por las demás mujeres. Las proporciones de entrevistadas que dieron respuestas no numéricas son más altas en las mujeres sin, o ya con muchos hijos. Un 50% de las respuestas no numéricas son de mujeres con 5 hijos y más (ver cuadro 11.6). Es posible que estos extremos se den porque en las mujeres sin hijos, la realización de su fertilidad es aún una conjetura, mientras en aquellas con familias muy numerosas, probablemente acentúan más en sus opiniones aquellos aspectos que están fuera de su control.

Aunque las diferencias en las preguntas entre 1993 y las dos encuestas anteriores (cuadro 11.8), dificultan la comparación, es posible ilustrar los cambios ocurridos a través del tiempo. En las encuestas de 1976 y 1986 el número ideal de los hijos deseados de las mujeres que querían más, se puede calcular sumando al número de hijos vivos y el número de hijos adicionales que les gustaría tener.

Los cambios en las preferencias se pueden explicar por el ingreso a la vida reproductiva de cohortes de mujeres jóvenes con ideales de familia diferentes, así como por cambios en el número deseado de hijos conforme trascurre la vida de la mujer. Comparando los promedios dentro los grupos de edad, la tendencia general es una reducción en el tamaño deseado de familia, que conlleva un número ideal de hijos en las cohortes de mujeres más jóvenes.

Cuando se comparan las cifras por grupos de edad, en general se observan tendencias distintas. Entre 1976 y 1981 todas en las cohortes ajustaron sus preferencias hacia arriba, lo que puede ser reflejo del número actual que tuvieron. Al analizar el comportamiento entre los grupos de edad, los cambios son de poca magnitud. Entre 1981 y 1986 se observa en general un aumento mínimo en las preferencias de las cohortes, excepto en las preferencias de la cohorte mayor 45-49 en 1986, que registra un incremento de 1.2 hijos deseados. La visión general entre 1986 y 1993 es que las preferencias reproductivas disminuyeron; 0.7 para mujeres de las edades 20-24 y 1.1 hijos deseados para las edades 45-49. Las otras cohortes muestran reducciones o cambios insignificantes

En conclusión, se puede decir que las cohortes 20-24 y 25-29 en 1993 muestran una reducción que se podría explicar como una reducción real en el número de hijos deseados con el paso de los años. En comparación con el año 1976, la cohorte de mujeres de 40-44 (1993) muestra un aumento en el número de hijos deseados, que se podría explicar como racionalización del número de los hijos que en realidad tuvieron.

11.5 Las preferencias del compañero

La encuesta de 1993 incluyó dos preguntas orientadas a medir el grado de influencia del esposo o compañero en las preferencias reproductivas de las mujeres.

En la primera pregunta, un 84% de las mujeres entrevistadas en unión indicó haber conversado alguna vez con su esposo o compañero acerca del número de hijos que les gustaría tener, lo que sugiere conocimiento por la mayoría de las mujeres acerca de las preferencias reproductivas del cónyuge.

Al indagar sobre las preferencias del compañero o esposo mediante la pregunta "¿Cree Ud. que su esposo o compañero, quiere más, igual, o menos hijos que los que usted quiere?", se obtuvo los resultados que muestra el cuadro 11.9. En la mayoría de los casos (69%) la pareja coincide en el tamaño ideal de la familia (según el reporte de la entrevistada). Cuando las opiniones difieren, con más frecuencia son los esposos quienes prefieren más hijos (18%). Entre aquellas mujeres que no quieren tener más hijos, un 23% piensa que su compañero desea más.

Se debe decir que los resultados no pueden interpretarse como si las mujeres conocieran necesariamente las opiniones de sus compañeros, sino como una percepción acerca sobre las preferencias de ellos. En cualquier caso, el resultado es importante en la medida en que pueda afectar la motivación de la mujer para regular su fecundidad.

11.6 Aceptabilidad de la planificación familiar y educación sexual

La encuesta también indagó sobre las opiniones de las mujeres acerca del grado de aceptación de la planificación familiar. Históricamente, la encuesta realizada en 1981 mostró que la planificación familiar era ya ampliamente acogida en todos los estratos de la población costarricense. Desde ese entonces, el nivel de aprobación ha subido en más de un 10%, pues si se incluye también las mujeres que están de acuerdo con la planificación familiar bajo ciertas condiciones, el porcentaje asciende hasta 97% a favor de la planificación familiar, como lo muestran los resultados de la encuesta de 1993.

Sin embargo, contrario a los resultados de 1981, la investigación reciente muestra que el aumento ha estado asociado a una diferenciación entre los distintos grupos de mujeres en la población. Como muestra el cuadro 11.10, la aceptación de la planificación familiar es mayor entre las mujeres más jóvenes, más educadas y entre las residentes de las áreas urbanas. La aprobación hacia la propaganda solo es ligeramente menor (89%) que la aceptación de la planificación familiar misma.

La encuesta de 1993 incluyó además algunas preguntas acerca de la percepción de las mujeres sobre la posición del Gobierno y la Iglesia Católica con respeto a la planificación familiar. Un 58% de las mujeres piensa que la Iglesia está en contra de la planificación familiar, un 17% cree que la iglesia está de acuerdo. Los grupos de mujeres que opinan que la Iglesia debería mantener su posición o cambiarla, son semejantes, 42% y 43% respectivamente, mientras que entre las mujeres que piensan que la Iglesia está en contra de la planificación familiar, un 64% es de opinión que la iglesia debe cambiar su posición.

Aunque los distintos gobiernos han mantenido una política de escaso compromiso con los programas de planificación familiar, un 55% evalúa la posición del Estado como favorable.

Con el fin de indagar sobre las fuentes de información acerca de la planificación familiar, las preguntas incluidas en la encuesta permiten concluir que, en la población femenina costarricense, existe una amplia aceptación a la educación sexual. Un 90% de las mujeres entrevistadas está de acuerdo en que esta se imparta en los colegios y que los contenidos incluyan una amplia descripción y explicación de los métodos anticonceptivos (85%).

11.7 Actitudes hacia la esterilización

Las actitudes hacia la esterilización se midieron con ocho preguntas, simulando varias circunstancias bajo las que se podría aplicar este procedimiento quirúrgico, con los resultados que se presentan en el cuadro 11.11.

Un 98% de todas las mujeres entrevistadas dijeron que están a favor de la esterilización en al menos una de las circunstancias hipotéticas que se les mencionaron, mientras que un 7% aprueba la esterilización de manera incondicional.

La edad y área de residencia permitieron observar diferencias significativas en el grado de aceptación de la esterilización entre distintos grupos de mujeres.

Al comparar la aceptabilidad en las últimas encuestas se puede observar que el apoyo a la esterilización bajó significativamente cuando "los hijos pueden nacer anormales", "cuando el marido es alcohólico" y "cuando los médicos lo decidan, aunque la mujer no quiera". Solamente una minoría de menos de un 20% acepta una esterilización en circunstancias económicas adversas. Sin embargo, al comparar las encuestas de 1986 y 1993 se nota que, las mujeres que ya se han esterilizado, tienen ahora una actitud más positiva sobre tal opción anticonceptiva.

Con respeto a los servicios de esterilización, un 71% de las mujeres entrevistadas piensan que los centros de salud de la Caja deberían facilitar a las mujeres el acceso a tal servicio. Una minoría, 4%, es de la opinión que los centros de salud deberían prohibir esta operación. Finalmente, un 67% de las entrevistadas cree que las vasectomías (esterilizaciones masculinas) deberían ser facilitadas en las clínicas y centros de salud.

11.8 Actitudes hacia el aborto

En Costa Rica el aborto provocado es considerado como un delito contra la vida y es castigado con una pena de prisión de hasta tres años. La excepción de esta regla se hace cuando el embarazo es peligroso para la salud o vida de la madre. Aunque el aborto es ilegal y existe una oposición de la Iglesia Católica muy fuerte sobre este asunto, casi un 68% de las mujeres en unión acepta el aborto en por lo menos un caso calificado en la encuesta, mientras que un 2% está de acuerdo con un aborto bajo cualquier circunstancia.

Al comparar la aceptación del aborto entre las mujeres no solteras de 20 a 49 años de edad, según la encuesta de 1976 y la encuesta de 1993, se evidencia un aumento en el grado de aceptación del aborto alrededor de un 20%, en la mayoría de las situaciones.

Analizando el comportamiento de las cifras por edad y área de residencia, se puede observar que las diferencias por edad casi han desaparecido, y que, por área de residencia han decrecido significativamente. Sin embargo, como muestra la encuesta de 1976 y también la de 1993, la aceptación sigue siendo mayor en áreas más urbanas.

En el cuadro 11.13 se puede comparar las proporciones de las mujeres que están de acuerdo con un aborto bajo algunas circunstancias mencionadas. Las proporciones subieron significativamente entre 1976 y 1993. En la última encuesta la mayoría de las mujeres está de acuerdo con el aborto cuando el embarazo es peligroso para la salud o la vida de la madre.

Se debe hacer notar la creciente aprobación del aborto cuando el embarazo es el resultado de circunstancias relacionadas con el abuso de la mujer (violación e incesto). Sin embargo, los embarazos premaritales, las limitaciones económicas o el simple

deseo de la mujer, no son razones para recurrir al aborto, aunque porcentajes crecientes están a favor en esas circunstancias.

Cuadro 11.1

Porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos, por edad y número de nacidos vivos tenidos. Mujeres en unión y fértiles.

	Número de casos	Porcentaje
Edad		
15-19	90	24.4
20-24	313	29.1
25-29	438	41.6
30-34	356	50.3
35-39	230	67.8
40-44	146	81.5
45-49	84	90.5
Hijos nacidos vivos [1]		
0	103	4.9
1	377	20.4
2	514	53.1
3	326	61.7
4	150	71.3
5	87	89.7
6 y más	100	84.0
Total	**1657**	**49.8**

1 El embarazo actual fue incluído como hijo vivo.

Cuadro 11.2

Distribución según el espaciamiento deseado y porcentaje que desea un hijo próximamente, por edad e hijos vivos tenidos. Mujeres fértiles en unión.

Desea próximo hijo	
Pronto/dentro de un año	11.6
Entre 12 y 24 meses	5.4
Entre 24 y 36 meses	10.0
Entre 36 y 48 meses	6.8
Después de 48 meses	11.5
No desea más	49.8
Otra/No sabe	4.9
Total	**100.0**
Número de casos	1657
Desea próximamente*	
Edad	
15-19	17.8
	90
20-24	18.2
	313
25-29	15.5
	438
30-34	22.5
	356
35-39	19.1
	230
40-44	9.6
	146
45-49	3.6
	84
Hijos nacidos vivos	
0	64.1
	103
1	27.5
	377
2	11.9
	514
3	11.9
	326
4	4.7
	150
5	3.4
	87
6 y más	3.0
	100

* Incluye las categorías "Pronto/dentro de un año" y "12-14 meses".

Cuadro 11.3

Estimación de la demanda potencial de planificación familiar. Proporción de mujeres que no desean tener más hijos (cesar) o quieren posponer el próximo nacimiento. Mujeres fértiles en unión.

	Total	Cesar	Mujeres con hijos [1]	3 ó 4 cesar
Educación				
Menos de 3 años	79.0	61.0	79.4	60.6
3 a 5 años	79.7	57.7	78.9	62.3
6 años	80.6	49.8	83.0	63.4
7 a 10 años	79.0	49.8	86.7	69.4
11 años y más	73.2	43.2	87.8	65.9
Residencia				
Area Metropolitana	78.5	51.1	85.6	71.2
Valle Central Urbano	78.9	49.0	88.1	75.9
Valle Central Rural	75.1	46.1	82.8	62.1
Resto Urbano	80.3	55.3	86.3	68.6
Resto Rural	78.9	49.5	80.3	55.7
Total	**78.1**	**49.8**	**87.7**	**64.7**
Número de casos	1657		476	

1 Incluyendo el embarazo actual como hijo vivo.

Cuadro 11.4

Distribución relativa según tamaño deseado de familia. Mujeres en unión.

Número de hijos deseado	%
0	1
1	4
2	30
3	28
4	19
5	7
6 y más	9
Respuesta no numérica	2
Total	**100.0**
Número de casos	2191

Cuadro 11.5

Porcentaje que desea menos de tres hijos por edad e hijos vivos tenidos. Mujeres en unión.

	Porcentaje que desea menos de 3 hijos
Edad	
15-19	53
20-24	49
25-29	42
30-34	29
35-39	33
40-44	20
45-49	18
6 y más	14
Número de casos	2191
Hijos nacidos vivos	
0	58
1	62
2	42
3	15
4	22
5	24
Total	**34**

Cuadro 11.6

Distribución relativa de las mujeres unidas según número deseado y tenido de hijos[1]

Número deseado de hijos	Número de hijos vivos						
	0	1	2	3	4	5	6 ó más
0 ó 1	6	9	4	2	3	5	1
2	50	53	38	13	19	19	13
3	26	25	36	40	15	15	15
4	8	9	14	28	39	12	9
5	3	2	4	9	9	28	10
6 o más	2	1	3	7	13	18	44
No numérica	3	1	1	1	2	3	7
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Número de casos	119	402	573	488	265	148	196

1 El embarazo actual es considerado como hijo tenido.

Cuadro 11.7

Preferencias reproductivas. Promedio de hijos deseados según características de la mujer. Mujeres en unión con respuestas numéricas.

	Promedio de hijos deseado
Total	**3.4**
Edad	
15-19	2.9
20-24	2.9
25-29	3.0
30-34	3.4
35-39	3.6
40-44	4.0
45-49	4.1
Educación	
Menos de 3 años	4.3
3 a 5 años	4.0
6 años	3.4
7 a 10 años	3.1
11 años y más	3.0
Hijos nacidos vivos	
0	2.7
1	2.5
2	2.9
3	3.6
4	3.9
5	4.0
6 y más	5.7
Residencia	
Area Metropolitana	3.1
Valle Central Urbano	3.2
Valle Central Rural	3.6
Resto Urbano	3.1
Resto Rural	3.6

Cuadro 11.8

Número medio deseado de hijos, por edad, según diferentes encuestas. 1976-1993. Mujeres en unión.

	ENF-76[1]	EPA 81[1]	EFES-86[1]	ENSR-93
Edad				
15-19	-	3.4	3.7	2.9
20-24	3.5	3.6	3.3	2.9
25-29	3.9	4.0	3.8	3.0
30-34	4.9	4.4	4.1	3.4
35-39	5.4	5.4	4.3	3.6
40-44	6.0	5.8	5.6	4.0
45-49	6.1	6.5	6.6	4.1
Total	**4.8[2]**	**4.6**	**4.3**	**3.4**

1 Estos promedios fueron calculados asignando 13 hijos deseados a las mujeres sin declaración numérica y a las que declararon más de 12 hijos.
2 Promedio basado en las mujeres de 20-49 años de edad.

Cuadro 11.9

Distribución relativa de las mujeres según su percepción de las preferencias reproductivas del esposo o compañero y distribución de las que han hablado con él acerca de cuantos hijos tener

	Total	Han hablado con el esposo
Preferencia del esposo		
Más hijos	18	18
Mismo número	69	73
Menos hijos	9	8
No sabe	5	1
Total	**100**	**100**
Número de casos	2189*	1832*

* 2 casos con respuestas desconocidas

Cuadro 11.10

Distribución relativa según aceptabilidad de la planificación familiar por características de la mujer por edad, educación y residencia. Mujeres en unión.

	Número de casos	De acuerdo	Depende	En contra	No sabe
Edad					
15-24	414	94.7	1.9	3.2	0.2
25-34	946	94.5	3.5	1.7	0.3
35-49	831	90.8	5.8	3.3	0.1
Educación					
Menos de 3 años	171	85.9	6.5	7.1	0.5
3 a 5 años	303	90.6	3.7	5.0	0.7
6 años	732	92.2	5.2	2.3	0.3
7 a 11 años	386	95.8	3.6	0.5	0.0
12 años y más	599	95.8	2.5	1.7	0.0
Residencia					
Area Metropolitana	605	96.5	2.3	1.0	0.2
Valle Central Urbano	297	93.6	5.0	1.3	0.0
Valle Central Rural	482	90.9	4.1	4.1	0.8
Resto Urbano	259	94.9	3.1	2.0	0.0
Resto Rural	548	90.1	6.0	3.9	0.0
Total	**2191**	**93.1**	**4.1**	**2.6**	**0.2**

Cuadro 11.11

Proporción de las mujeres entrevistadas que están de acuerdo con la esterilización en las circunstancias que se describen.

	Total		Esterilizadas	
De acuerdo cuando:	**EFES-86**	**ENSR-93**	**EFES-86**	**ENSR-93**
Los hijos pueden nacer anormales	91	79.5	94	84.5
Embarazarse puede ser peligroso para la salud	88	88.3	91	94.0
Ya tienen muchos hijos	84	80.0	89	86.8
La mujer lo desee, siempre que haya tenido hijos y sea mayor de cierta edad	81	83.5	86	90.2
La mujer lo desee, aunque sea joven y sin hijos	12	19.1	11	18.7
El marido es alcohólico	77	66.1	85	74.9
No se puede mantener y educar a los hijos	66	74.2	72	80.8
Los médicos lo decidan, aunque la mujer no quiera	66	51.6	70	58.4

Cuadro 11.12

Proporción de mujeres que están de acuerdo con el aborto *en por lo menos una circunstancia. Encuestas de 1976 y 1993. Mujeres no solteras de 20 a 49 años de edad**

	Proporción que acepta el aborto en por lo menos una circunstancia	
	ENF-76	ENSR-93
Total	49.2	68.1
Edad		
20-29	53.0	69.0
30-39	48.7	67.3
40-49	44.2	67.8
Residencia		
Area Metropolitana	62.6	73.9
Resto Urbano	50.0	69.5
Rural	40.1	63.3

* Las circunstancias enumeradas son las siguientes: el embarazo es peligroso para la vida de la madre, el embarazo es peligroso para la salud de la madre, hijo será anormal, la mujer fue violada, el embarazo es resultado de relaciones incestuosas, la madre es soltera y el hombre no quiere casarse, no se puede mantener y educar a los hijos, la mujer lo decide por cualquier motivo.

Cuadro 11.13

Proporción de mujeres que están de acuerdo con el aborto en las circunstancias que se mencionan. Encuestas de 1976 y 1993.

De acuerdo cuando:	Mujeres no solteras 20-40 años		Mujeres en unión 15-49 años
	ENF-76	ENSR-93	ENSR-93
El embarazo es peligroso para la vida de la madre	35.5	58.8	58.3
El embarazo es peligroso para la salud de la madre	23.9	51.4	51.0
El hijo será anormal	28.1	33.6	32.8
La mujer fue violada	10.5	27.7	27.2
El embarazo es resultado de relaciones incestuosas	17.0	36.5	36.1
La madre es soltera y el hombre no quiere casarse	1.7	4.0	4.0
No se puede mantener y educar a los hijos	4.2	9.2	9.7
La mujer lo decida por cualquier motivo	3.2	7.2	7.1

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

CUESTIONARIO INDIVIDUA L

CUESTIONARIO No. ___ ___ ___ ___

IDENTIFICACION

NOMBRE ENTREVISTADA_____ TEL:_____

CANTÓN_____ DISTRITO _____

LOCALIDAD/BARRIO_____

CANTÓN .....└___┴___┴___┘

DISTRITO .....……└___┴___┘

SEGMENTO……└___┴___┴___┘

COMPACTO……└___┘

LINEA H. R/
CASA……└___┴___┘ / └___┴___┘

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA

	1	2	3	VISITA FINAL
FECHA	_____	_____	_____	DÍA └___┴___┘
HORA	_____	_____	_____	MES └___┴___┘
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	AÑO └___┴___┘
RESULTADO*	_____	_____	_____	NOMBRE └___┴___┘
				RESULTADO └___┴___┘
				HORA └___┴___┘
PRÓXIMA VISITA: FECHA	_____	_____	_____	NUMERO TOTAL DE VISITAS └___┘
HORA	_____	_____	_____	

* CÓDIGO DE RESULTADO
1 COMPLETA
2 ENTREVISTADA AUSENTE
3 APLAZADA
4 RECHAZADA
5 OTRA _____
(ESPECIFIQUE)

ENTREVISTADORA:

MARQUE EN EL CALENDARIO LA LINEA SIGUIENTE AL MES DE LA ENTREVISTA

	CRITICADO EN EL CAMPO POR:	CRITICADO EN LA OFICINA POR:	DIGITADO POR:	DIGITADO POR:
NOMBRE	_____	_____	_____	
FECHA	_____	_____	_____	└___┴___┘

I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	¿Por favor dígame, en qué mes y año nació usted?	MES ..... |__|__| AÑO……. |__|__|	
102	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	AÑOS ..... |__|__|	
	ENTREVISTADORA: **SUME 101 Y 102, Y ANOTE EL TOTAL ___** **INDAGUE Y CORRIJA SI EL TOTAL ES DISTINTO DE 92.** **SI LA EDAD NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA**		
103	¿Cuál es el nivel escolar más alto al que asistió usted?	NINGUNO ..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... ……..2 SUPERIOR……3	→105
104	¿Cuál fue el último grado/ curso/ año que usted aprobó en ese nivel?	GRADO/ CURSO/ AÑO…… |__|	
105	¿Trabaja o estudia usted últimamente?	TRABAJA ..... 1 TRABAJA Y ESTUDIA…….. 2 ESTUDIA..... 3 NO …….....4	
106	Como usted sabe, algunas mujeres se ganan algo vendiendo, cosiendo ajeno, otras ayudan en la finca o al negocio de la familia, haciendo cosas similares. ¿Hace usted alguna de estas cosas o algo parecido?	SÍ..... 1 NO..... 2	→108
107	¿Y desde enero de 1987, ha trabajado o estudiado?	SI..... 1 NO 2	→110
108	¿Etiqué consiste su trabajo? DETALLE BIEN _____ _____ _____	OCUPACIÓN . . . . . |__|__|__|	
109	Por favor díganlo todos los períodos en que usted ha estado trabajando o estudiando desde enero de 1987. **INDAGUE:** ¿Algún otro período en que estudio o trabajó? ¿El trabajo roa dentro o fuera de la casa? ¿Como cuántas horas por semana trabajó? **ANOTE EN LA COL.8 DEL CALENDARIO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE EN LOS MESES EN QUE ESTUVO TRABAJANDO 0 ESTUDIANDO.** **ENTREVISTADORA: TIEMPO COMPLETO = 40 HORAS**		
110	¿Sale usted por lo menos una vez por semana fuera de (**NOMBRE DE DISTRITO**)?	SÍ..... 1 NO..... 2	→112
111	¿A dónde sale usted principalmente? CANTÓN:_____ DISTRITO: _____	CANTÓN ..... |__|__|__| DISTRITO ..... |__|__|	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
112	¿Ahora dígame en qué lugar vivía usted cuando cumplió 15 años? AQUÍ (MISMO DISTRITO) . ..... ⌊___⌋ OTRO PAÍS..... ⌊___⌋ CANTÓN _____ DISTRITO _____	AQUÍ (MISMO DISTRITO) ..... 00000 OTRO PAÍS..... 88888 CANTÓN ..... ⌊___⌋⌊___⌋⌊___⌋ DISTRITO..... ……⌊___⌋⌊___⌋	
113	¿Cuántos años ha vivido Ud. en: (**NOMBRE DEL DISTRITO**)?	AÑOS .....⌊___⌋⌊___⌋	
114	¿De qué religión es usted?	CATÓLICA ..... 1 OTRA_____ 2 (ESPECIFIQUE) NO CREYENTE 3	→116
115	¿Cuántas veces por mes asiste a su iglesia?	AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA….1 UNA, DOS O TRES VECES AL MES…..2 MENOS DE UNA VEZ POR MES…….3 NUNCA .....…4 NO RESPONDE .....…9	
116	¿Alguna vez ha fumado cigarrillos diariamente? 11 PAQUETE = 20 CIGARRILLOS)	Sí..... 1 NO 2	→120
117	¿A qué edad comenzó a fumar?	EDAD ..... ⌊___⌋⌊___⌋	
118	¿Fuma usted actualmente?	Sí..... 1 NO..... 2	
119	¿Cuántos cigarrillos por día fuma usted generalmente?	CIGARRILLOS…….⌊___⌋⌊___⌋	
120	¿Alguna vez se ha hecho un papanicolau o citología? **INDAGUE: LA PRUEBA PARA EL CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO**	Si..... 1 NO..... 2 NO SABE 9	→122
121	¿Alguna vez ha ido al médico para un examen ginecológico?	Sí..... 1 NO..... 2	→123
122	¿En qué mes y año le hicieron el último (papanicolau/examen ginecológico!	MES . . .. ⌊___⌋⌊___⌋ AÑO ..... ⌊___⌋⌊___⌋	
123	¿En los últimos 10 años la han vacunado contra el tétano?	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	
124	¿Se examina usted los pechos mensualmente después de la menstruación: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca ó nunca?	SIEMPRE ..... 1 CASI SIEMPRE ..... 2 A VECES ..... 3 CASI NUNCA ..... 4 NUNCA 5	
125	Desde enero de 1987, ¿ha ido Ud. a consulta con un doctor?	SI ..... 1 NO..... 2	→201
126	¿Dónde fue usted a consultar al doctor la última vez? INDICAR SI ES CONSULTORIO PRIVADO, MEDICO DE EMPRESA O EL NOMBRE DE LA CLÍNICA O CENTRO **CLÍNICA:** _____ _____	CÓDIGO ..... ⌊___⌋⌊___⌋⌊___⌋	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
127	¿Desdé enero de 1 987 hasta el presente, un doctor o enfermera le ha diagnosticado a usted: **(LEA TODAS LAS CONDICIONES)**	SI NO PRESIÓN ARTERIAL ALTA .... 1 2 VARICE…….. . 1 2 INFECCIÓN DE LA MATRIZ …. 1 2 TUMORES O QUISTES EN LA MATRIZ…….. 1 2 TUMORES 0 QUISTES EN LOS PECHOS ..... 1 2 PROBLEMAS DE INFERTILIDAD. 1 2 ALGÚN OTRO PROBLEMA? _____ _____ _____ |___|	
128	¿Es usted asegurada de la Caja Costarricense de Seguro Social?	SÍ .... 1 NO 2	

II. EL HOGAR

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	¿Quién es él principal sostén económico de su hogar?	ELLA MISMA ..... 1 ESPOSO O COMPAÑERO ..... 2 PADRES O SUEGROS ..... 3 HERMANOS(AS) O HUOS(AS) ..... 4 PATRONOS ..... 5 OTROS _____ ……6 (ESPECIFIQUE)	→203
202	¿Cuál es la ocupación principal de esta persona, es decir, qué clase de trabajo hace? **DETALLE BIEN:** _____ _____	CÓDIGO……..... |___|___|___|	
203	¿Cuántas personas viven en este hogar?	PERSONAS ..... |___|___|	
204	¿Y cuántos chiquitos menores do 5 años viven en este hogar?	NIÑOS ..... |___|___|	
205	¿Tiene su casa? **(LEA TODOS LOS RUBROS)**	SI NO AGUA DE CAÑERÍA.....… 1 2 ELECTRICIDAD ..... …… 1 2 COCINA DE GAS 0 ELÉCTRICA . .. 1 2 TELEVISIÓN BLANCO Y NEGRO… 1 2 TELEVISIÓN A COLOR……..1 2 REFRIGERADORA…… 1 2 LAVADORA . .....… 1 2 TELÉFONO 1 2	
206	¿Posee algún miembro de su hogar? **(LEA TODOS LOS RUBROS}**	SI NO BICICLETA. .....1 2 MOTOCICLETA .....1 2 AUTOMÓVIL, JEEP O SIMILAR ... 1 2	
207	¿Qué clase de servicio sanitario tienen en su hogar?-:	NINGUNO .....1 LETRINA O HUECO .....2 CLOACA O TANQUE SÉPTICO .....3 OTRO 4	
208	¿Han visitado su hogar funcionarios del Centro o Puesto de Salud?	SI… … … … … … … … … … … .....1 NO .....2 NO SABE 9	____→301 ___|
209	¿Hace cuántos meses visitaron su hogar estas personas?	MESES.....|___|___| MAS DE 24 MESES 98	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASEA
210	¿Dan estas personas información o métodos de planificación familiar en sus visitas?	INFORMACIÓN .....1 MÉTODOS ..... 2 AMBOS ..... 3 NO DAN ..... 4 NS/NR 9	
211	¿De qué Puesto o Centro eje Salud vienen esas personas? **PUESTO O CENTRO** _____	CÓDIGO.....	

III. HISTORIA DE EMBARAZOS

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
301	Hablemos ahora de los embarazos y los hijos, ¿está usted embarazada actualmente?	SI ..... …….. ..... 1 NO ..... 2 NO SABE 9	____→304 ___|
302	¿Quería usted quedar embarazada en ese momento, le hubiera gustado esperar un poco mas o hubiera preferido no quedar embarazada más?	SI QUERÍA ..... 1 QUERÍA ESPERAR .... 2 NO QUERÍA 3	
303	¿Cuántos meses de embarazo tiene usted? **ANOTE "E" EN EL CALENDARIO, COL.1 EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN LOS MESES ANTERIORES DE EMBARAZO**	MESES ..... |___|___|	→305
304	¿Y en toda su vida ha estado usted alguna vez embarazada?	SI ..... 1 NO 2	→601
305	En su primar embarazo ¿tuvo usted muchos problemas, algunos problemas o no tuvo problemas? . .	MUCHOS ..... 1 ALGUNOS ..... 2 NO TUVO ..... 3 NS/NR 9	
306	¿Tiene usted hijas o hijos vivos?	SI ..... 1 NO 2	→309
307	¿Cuántas hijas e hijos suyos viven con usted**? INDAGUE: Es alguno de estos adoptado?**	HIJAS CON USTED ..... |___|___| HIJOS CON USTED ..... |___|___|	
307a	¿Cuántos de estos hijos son adoptados?**(NÍNGUNO, ANOTE 00)**	NO. HIJOS ADOPTADOS . . |___|___|	
308	¿Cuántas hijas e hijos suyos no viven con usted? **INDAGUE: Está(n) vivos?**	HIJAS FUERA ..... |___|___| HIJOS FUERA ..... |___|___|	
309	¿Ha tenido hijos o hijas que murieron? Tome en cuenta incluso los que vivieron sólo horas o minutos, paro no los nacidos muertos.	SI ..... 1 NO 2	→311
310	¿Cuántas hijas e hijos suyos han muerto?	HIJAS MUERTAS ..... |___|___| HIJOS MUERTOS..... |___|___|	
311	SUME 307, 308 Y 310 Y ANOTE EL TOTAL TOTAL HIJOS NACIDOS VIVOS ..... …… |___|___| ¿Para estar segura de que tengo esto bien, usted ha tenido _____ hijos nacidos vivos. ¿Es esto correcto? **SI RESPONDE NO, INDAGUE Y CORRIJA 307 A 310**		
312	**VER 311** UNO O MAS NACIMIENTOS ☐ ↓ NO HIJOS NACIDOS VIVOS ☐ → 323		

313 Ahora hablemos acerca de todos sus partos, Dígame por favor los nombres da todos los hijos e hijas (incluyendo los muertos) que usted ha tenido, empezando por el primero.

ANOTE NOMBRES EN LA PRIMERA COLUMNA
PARA GEMELOS Y TRILLIZOS ASIGNE UNA LINEA A CA0A UNO Y MARQUE EN LA SEGUNDA COL. "MÚLTIPLE"

313. Nombre	**314. Parto simple o múltiple?**	**315. En qué mes y año nació (...)?**	**316. ¿Cuántos años cumplidos tiene (...) ahora? SI MURIÓ ANOTE '88'**	**317. SI TIENE HIJOS MUERTOS (VER 310) PREGUNTE: ¿Dígame los nombres de los que murieron?**	**318. ¿De qué edad murió (...)? INDAGUE DÍAS SI MENOS DE UN MES Y MESES SI MENOS DE 1 AÑO**	**319. SI EDAD AL MORIR = 00 DÍAS: ¿Lloró o dio signos de haber nacido vivo?**
01|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
02|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
03|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
04|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
05|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
06|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
07|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
08|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
09|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
10|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
11|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
12|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
13|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
14|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
15|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2
16|	SIMP 1 MULT 2	___ ___ | ___ ___ MES AÑO	___ ___ AÑOS CUMP	VIVE 1 MURIÓ 2 →	___ ___ | ___ ___ | ___ ___ AÑOS MESES DIAS	LLORO 1 NO SIGN 2

320	**COMPARE 311 CON EL NUMERO DE HIJOS EN EL CUADRO** NUMERO IGUAL → VERIFIQUE QUE TIENE LA INFORMACIÓN COMPLETA EN EL CUADRO NÚMEROS DIFERENTES → INGAGUE Y RECONCILIE **COMPARE 310 CON EL NUMERO DE MUERTOS EN EL CUADRO** NUMERO IGUAL → VERIFIQUE QUE TIENE LA INFORMACIÓN COMPLETA EN EL CUADRO NÚMEROS DIFERENTES → INDAGUE Y RECONCILIE		
321	EN LA COLUMNA 315 CUENTE LOS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 1987 PARA CADA NACIMIENTO DESDE 1987 ANOTE EN LA COL.1 DEL CALENDARIO: - "N" EN EL MES DE NACIMIENTO - "E" EN LOS 8 MESES ANTERIORES - EL NOMBRE DEL NIÑO A LA IZQUIERDA DE N	NUMERO DE NACIMIENTOS 1987/1992 . . └┴┘	
322	**ARRIBA DEL CALENDARIO ANOTE EL NOMBRE Y LA FECHA DE NACIMIENTO DEL ULTIMO HIJO TENIDO ANTES DE ENERO 1987, SI HAY ALGUNO**		
	PERDIDAS		
323	¿Y ha tenido usted pérdidas, abortos, nacidos muertos o embarazos ectópicos?	SI ..... 1 NO..... 2	→401
324	¿En qué mes y año terminó el último de éstos embarazos?	MES..... └┴┘ AÑO..... └┴┘	
325	VER 324 CON PERDIDAS DESPUÉS DE ENERO DE 1987 → SIN PERDIDAS DESPUÉS DE ENERO DE 1987 → 401		
326	¿De cuántos meses fue este embarazo? **ANOTE EN COL.1 DEL CALENDARIO:** **"P" EN EL MES DE LA PERDIDA Y** **"E" EN LOS MESES QUE DURO EL EMBARAZO**	MESES ..... └┴┘	
327	¿Y ha tenido otras pérdidas o nacidos muertos?	SI ..... 1 NO..... 2	→401
328	**VAYA AL CALENDARIO Y PREGUNTE US FECHAS Y DURACIONES DE TODAS LAS PERDIDAS POSTERIORES A ENERO DE 1987. ANOTE EN LA COLUMNA 1:** **- "P" EN EL MES DE LA PERDIDA** **- "E" EN LOS MESES PRECEDENTES DE EMBARAZO.**		

IV. ULTIMO NACIDO VIVO, LACTANCIA, ABSTINENCIA Y AMENORREA

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
401	**VER 312:** UNO O MAS NACIDOS VIVOS [ ]	NO NACIDOS VIVOS [ ]	→ 601
402	VER CUADRO DE HISTORIA DE EMBARAZOS (313) NOMBRÉ EL ULTIMO NACIDO VIVO _____		
403	¿Cuando usted quedó embarazada de (...) quería quedar embarazada en ese momento/ quería esperarse un poco, o del todo no quería embarazarse?	SI QUERÍA ..... 1 ESPERAR ..... 2 NO QUERÍA 3	→405 →405
404	¿Cuánto tiempo le hubiera gustado esperar?	MESES ..... 1 AÑOS ..... 2 NS 9898	
405	¿Durante el embarazo de i...) la vio a usted un doctor por lo menos una vez	SI ..... 1 NO 2	 →408
406	¿A los cuántos meses de embarazo tuvo el primer control prenatal?	MESES ..... |__|__|	
407	¿Cuántos controles prenatales tuvo en todo el embarazo?	CONTROLES ..... |__|__|	
408	¿Donde dio a luz a í...i? LUGAR:	CÓDIGO..... |__|__|__| HOGAR 998	
409	¿Quién la atendió en el parto principalmente?	MEDICO ..... 1 ENF. OBSTETRA ..... 2 ENFERMERA ..... 3 PARTERA EMPÍRICA..... 4 PARIENTE ..... 5 OTRO _____ 6	
410	¿Fue parto normal o fue cesárea?	VAGINAL ..... 1 CESÁREA..... 2	
411	¿En el p3rto o la semana siguiente se hizo cortar los tubos para no tener más hijos?	EN EL PARTO .... 1 SEMANA SIGUIENTE ..... 2 NO..... 3	
412	¿(...) nació a tiempo o fue prematuro?	A TIEMPO..... 1 PREMATURO 2	
413	¿Cuánto pesó (...) al nacer?	GRAMOS . . . . 1 |__|.|__|__|__| LIBRAS : 0Z . . 2 |__|__|:|__|__| NS 999	
414	¿Cuánto tiempo después del parto le entregaron a (...) para que le diera pecho?	MENOS DE 1 HORA ..... 1 1 - 2 3 HORAS ..... 2 1 -2 DÍAS ..... 3 3 + DÍAS .... 4 NUNCA, MURIÓ 5	
415	¿Le dio Ud, el pecho a (…)? **MARQUE SI, SI USA TIRA LECHE**	SI PECHO..... 1 SI PECHO Y TIRA LECHE ..... 2 SI TIRA LECHE ..... 3 NO..... 4	 →420
416	¿Y cuántos meses tenía (...) cuándo lona destetó completamente?	MESES ..... |__|__| AUN LACTANDO 98	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
417	AUN LACTANDO ⌊___⌋ ANOTE "1" EN LA COL, 5 DEL CALENDARIO EN LOS MESES DESPUÉS DEL ULTIMO "Ñ" HASTA EL MES DE LA ENTREVISTA ↓	DESTETADO ⌊___⌋ ANOTE "1" EN COL, 5 DEL CALENDARIO EN LOS MESES EN OUE LE DIO PECHO COMENZANDO EN EL SIGUIENTE AL ULTIMO "N"	→ 420
418	¿Cuántas veces le dio el pecho anoche, entre las 6 de la tarde y las 6 de la mañana?	VECES NOCHE..... ⌊___⌋⌊___⌋	
419	¿Y cuántas veces le dio el pecho ayer, entre las 6 de la mañana y las 6 de la tarde?	VECES DÍA ..... ⌊___⌋⌊___⌋	
420	¿A qué edad comenzó (...) a tomar: - Leche de vaca o especial para chiquitos? - Jugos u otros líquidos? - Purés u otros sólidos?	MESES .... ⌊___⌋⌊___⌋ NO HA TOMADO..... 98 MESES ..... ⌊___⌋⌊___⌋ NO HA TOMADO ..... 98 MESES ..... ⌊___⌋⌊___⌋ NO HA TOMADO 98	
421	Después de dar a luz a (…) ¿cuántos meses estuvo Ud sin la regla?	MESES ..... ⌊___⌋⌊___⌋ NO LE HA VENIDO 98	
422	ANOTE "1" EN LA COL. 3 DEL CALENDARIO EN TODOS LOS MESES SIN LA REGLA, EMPEZANDO EN EL MES SIGUIENTE AL ULTIMO "N"		
423	¿Y después de dar a luz, cuántos meses pasaron sin tener relaciones sexuales otra vez?	MESES ..... ⌊___⌋⌊___⌋ AUN NO TIENE 98	
424	ANOTE "1" EN LA COL. 4 DEL CALENDARIO EN TODOS LOS MESES SIN RELACIONES SEXUALES, EMPEZANDO EN EL MES SIGUENTE AL ULTIMO "N"	MARCAR ANOTADO..... ..... ⌊___⌋	
425	PARA CADA "N" EN LA COL. 1 OEL CALENDARIO PREGUNTE ¿Cuántos meses le dio el pecho a (...NOMBRE)? **ANOTE "1" EN COL. 5 EN LOS MESES EN QUE DIO PECHO, SI CUBRE ENERO DE 1987 0 SIGUIENTE**	MARCAR ANOTADOS..... ..... ⌊___⌋	
426	SI HAY UN NACIMIENTO EN 1985 O 1988 ANOTADO ARRIBA DEL CALENDARIO, PREGUNTE ¿Cuántos meses le dio el pecho a (…NOMBRE) **ANOTE "1" EN COL. 5 EN LOS MESES EN QUE DIO PECHO, SI CUBREN ENERO DE 1987 O SIGUIENTES.**	MARCAR ANOTADO ..... ⌊___⌋	
427	PARA CADA "N" 0 "P" EN LA COL. 1 DEL CALENOARIO PREGUNTE: ¿Cuántos meses después del (parto de .../la pérdida en ...) estuvo Ud. sin la regla? **ANOTE "1" EN COL. 3 EN LOS MESES SIN REGLA**	MARCAR ANOTADO ..... ⌊___⌋	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
428	SI HAY UN NACIMIENTO EN 1985 0 1986 ANOTADO ARRIBA DEL CALENDARIO, PREGUNTE: ¿Cuántos meses después del parto de (...) estuvo Ud. sin la regla? **ANOTE "1" EN LA COL. 3 EN LOS MESES SIN REGLA, SI CUBREN ENERO DE 1987 O SIGUIENTES.**	MARCAR ANOTADO..... ..... └──┘	
429	PARA CADA "N" O "P" EN LA COL. 1 DEL CALENDARIO PREGUNTE: ¿Cuántos meses después del (parto de…/la pérdida en) estuvo Ud, sin tener relaciones sexuales? **ANOTE "1" EN COL. 4 EN LOS MESES SIN RELACIONES**	MARCAR ANOTADOS .... └──┘	
430	SI HAY UN NACIMIENTO EN 1985 O 1986 ANOTADO ARRIBA DEL CALENDARIO, PREGUNTE: ¿Cuántos meses después del parto de (...) estuvo Ud. sin tener relaciones sexuales? **ANOTE "1" EN COL. 4 EN LOS MESES SIN RELACIONES. SI CUBREN ENERO DE 1987 O SIGUIENTES**	MARCAR ANOTADO ..... └──┘	

V. VACUNAS Y SALUD INFANTIL

501. Ahora hablemos de sus chiquitos menores de 5 años.
VEA COL. 316 DE HISTORIA DE EMBARAZOS Y CUENTE LOS HIJOS VIVOS MENORES DE 5 AÑOS
(SI MAS DE 4. USE CUESTIONARIOS ADICIONALES)

HIJOS < 5 AÑOS .....└──┘
NINGUNO..... 0 ──► 601

		ULTIMO HIJO (MENOR)	PENÚLTIMO HIJO	ANTEPENÚLTIMO HIJO	ANTERIOR
502	VEA 313 Y ANOTE EL NUM. DE LA LINEA Y EL NOMBRE DE LOS MENORES DE 5 AÑOS	LINEA ….. └──┘ N: _____	LINEA ….. └──┘ N: _____	LINEA ….. └──┘ N: _____	LINEA ….. └──┘ N: _____
503	¿Podría mostrarme los carnets de vacunas de (NOMBRES EN 502)?	TIENE CARNET …. 1 EXTRAVIADO…….. 2 NO TIENE 3	TIENE CARNET …. 1 EXTRAVIADO…….. 2 NO TIENE 3	TIENE CARNET …. 1 EXTRAVIADO…….. 2 NO TIENE 3	TIENE CARNET …. 1 EXTRAVIADO…….. 2 NO TIENE 3
504	DEL CARNET 0 PREGUNTE: " ¿Cuando nació (...), le pusieron la vacuna de la tuberculosis o BCG en el hombro izquierdo? **(CHEQUEAR LA CICATRIZ SI HAY DUDA)**	SI BCG..... ....1 NO BCG ..... 2 NS/NR ……9	SI BCG..... ....1 NO BCG ..... 2 NS/NR ……9	SI BCG..... ....1 NO BCG ..... 2 NS/NR ……9	SI BCG..... ....1 NO BCG ..... 2 NS/NR ……9
	* ¿Y cuántas veces le han dado las gotas de la vacuna de la polio?	DOSIS POLIO….└──┘ NS/NR 9	DOSIS POLIO….└──┘ NS/NR 9	DOSIS POLIO….└──┘ NS/NR 9	DOSIS POLIO….└──┘ NS/NR 9
	* ¿Cuántas veces le han inyectado la vacuna triple o DPT?	DOSIS DPT …… └──┘ NS/NR…… 9	DOSIS DPT …… └──┘ NS/NR…… 9	DOSIS DPT …… └──┘ NS/NR…… 9	DOSIS DPT …… └──┘ NS/NR…… 9
	* ¿Cuántas veces le han inyectado la vacuna del sarampión (sola o con rubéola y paperas)?	DOSIS SARAMPIÓN….. └──┘ NS/NR 9	DOSIS SARAMPIÓN….. └──┘ NS/NR 9	DOSIS SARAMPIÓN….. └──┘ NS/NR 9	DOSIS SARAMPIÓN….. └──┘ NS/NR 9
505	¿Le han dado a (...) otras vacunas (que no están en el carné)? **INDAGUE Y CORRIJA 504.**	CORREGIDO……1 NO CORREGIDO….2	CORREGIDO……1 NO CORREGIDO….2	CORREGIDO……1 NO CORREGIDO….2	CORREGIDO……1 NO CORREGIDO….2
506	¿Ha estado (...) enfermo con fiebre o con tos en las últimas dos semanas?	FIEBRE..... . 1 TOS ..... 2 AMBAS ..... 3 NINGUNA ……— 4 ↓ **PASE A 508**	FIEBRE..... . 1 TOS ..... 2 AMBAS ..... 3 NINGUNA ……— 4 ↓ **PASE A 508**	FIEBRE..... . 1 TOS ..... 2 AMBAS ..... 3 NINGUNA ……— 4 ↓ **PASE A 508**	FIEBRE..... . 1 TOS ..... 2 AMBAS ..... 3 NINGUNA ……— 4 ↓ **PASE A 508**
507	¿Lo llevó donde un doctor para que le vea esa fiebre/tos?	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO 2
508	¿Ha estado (...) con diarreas en las últimas 2 semanas? ¿Fue la diarrea con sangre?	SI..... 1 NO ..... 2 **SIGUIENTE HIJO**	SI..... 1 NO ..... 2 **SIGUIENTE HIJO**	SI..... 1 NO..... 2 **SIGUIENTE HIJO**	SI..... 1 NO ..... 2 **SIGUIENTE HIJO**
509	¿Fue la diarrea con sangre?	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO 2
510	¿Qué remedios le dio?	SUERORÁL .....1 OTROS.....2 NADA 3	SUERORÁL .....1 OTROS.....2 NADA 3	SUERORÁL .....1 OTROS.....2 NADA 3	SUERORÁL .....1 OTROS.....2 NADA 3
511	¿Lo llevó donde un doctor para que le trate la diarrea?	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO 2

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
512	Este es un sobre de suero oral: ¿Sabe para qué se usa? **MUESTRE EL SOBRE DE SUERORAL**	SI, PARA DIARREAS O DESHIDRATACION .....1 SI, USOS OUE NO SON DIARREAS..... 2 NO.....3	____→304 ___|
513	¿Ha tenido alguna vez sobres de sueroral en la casa?	SI..... 1 NO..... 2	→515
514	¿Y en este momento viene sobres de sueroral en la casa?	SI..... 1 NO ESTA SEGURA ..... 2 NO 3	
515	¿Dónde iría usted para conseguir suerorai?	CAJA ..... 1 CENTRO O PUESTO..... 2 MEDICO PRIVADO..... 3 FARMACIA..... 4 OTRO _____5 NO SABE DONDE..... 6	
516	¿Sabe Ud. preparar suero casero para la diarrea? ¿Cómo lo prepara? **(RESPUESTA CORRECTA: 3 CUCHARADAS DE AZÚCAR Y UN POCO DE SAL EN 1 LITRO DE AGUA)**	SABE, CORRECTO..... 1 SABE, INCORRECTO..... ...2 NO SABE 3	
517	¿Le ayuda alguien a criar a su(s) hijo(s)? ¿Quién? **(EXCLUYE GUARDERÍAS, JARDINES DE NIÑOS, ETC)**	MAMA/SUEGRA ..... 1 HIJOS..... 2 EMPLEADA..... 3 OTRO _____4 ESPECIFIQUE NO NADIE 6	
518	¿Tiene a alguno de su(s) chiquito(s) en una guardería, CINAI o en un Hoyar Comunitario?	GUARDERÍA..... 1 CEN-CINAI..... 2 HOGAR COMUNITARIO ..... 3 NINGUNO 4	__ | →520 __|
5 19	¿Pensó alguna vez poner a su(s) chiquito(s) en una guardería, CINAI u Hogar Comunitario?	SI..... 1 NO..... 2	→601
520	¿Por qué no lo(s) puso en una guardarla, CINAI u Hogar Comunitario?	NO HAY CERCA ..... 1 MUY CARO..... ... 2 NO HAY CUPO .... 3 NO CONFIA/MALTRATO..... 4 OTRO_____5 NS/NR..... 9	

VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

601	Ahora me gustaría hablar sobre la planificación familiar. ¿De cuáles métodos de planificación familiar ha oído hablar? **ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO 1** EN **602 EN CADA MÉTODO MENCIONADO. PREGUNTE 602 POR CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. LUEGO HAGA LAS PREGUNTAS 603 Y 604 PARA CADA MÉTODO DONDE LOS NUMERO 1 O 2 EN LA PREGUNTA 602 ESTÉN ENCERRADOS EN EL CIRCULO.**

	602 ¿Ha oído hablar alguna vez de ...(MÉTODO)?	603 ¿Ha usado alguna vez ... MÉTODO)? **SOLO SI "HA OÍDO"**	604 ¿Sabe dónde obtener ...(MÉTODO)?
01| **PASTILLAS** o píldoras anticonceptivas	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
02| **DIU,** espiral o T de cobre.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
03| **CONDÓN** o preservativo	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
04| **INYECCIONES** anticonceptivas de 1 mes o cada 3 meses.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
05| **MÉTODOS VAGINALES** como espumas, cremas, tabletas, óvulos o diafragma.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
06| **NORPLANT** o implante de 5 años en el brazo.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
07| **ESTERILIZACIÓN FEMENINA** o ligadura para no tener más hijos.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
08| **VASECTOMIA** u operación del hombre para no tener más hijos.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
09| **MÉTODO DE BILLINGS** o control de temperatura o moco cervical para saber los días fértiles de la mujer.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	SI ..... 1 NO…….. 2
10| **RITMO** o control de la menstruación (calendario).	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	################
11| **RETIRO** él se retira antes de terminar.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	################
12| **COITO ANAL U ORAL** o relaciones sexuales no vaginales para no embarazarse.	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	################
13| **OTRO MÉTODO** ¿Para evitar el embarazo? 1. _____ (ESPECIFIQUE)	SI/ESPONT……...1 SI/RECONC……...2 NO 3	SI .....1 NO 2	################

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
605	**VEA EN 602 SI CONOCE AL MENOS UN MÉTODO (ALGÚN "SI")**	ALGÚN SI..... 1 NINGÚN SI 2	→701
606	¿Qué edad tenía Ud. cuando se enteró por primera vez de los métodos de planificación familiar?	EDAD ..... |___|___|	
607	¿Cómo se enteró por primera vez de los métodos de planificación familiar?	MARIDO/PAREJA..... 1 MADRE . . . . 2 OTROS PARIENTES..... 3 AMISTADES ..... 4 DOCTOR/ENFERMERA ..... 5 COLEGIO/CURSOS ..... 6 RAQIO/TV..... 7 LEYENDO ..... 8 OTRO _____.... 9	
608	**VEA 603:** **HA USADO ANTICONCEPTIVOS (ALGÚN "SI" EN COL.603)**	SI HA USADO ..... 1 NO HA USADO 2	→610
609	**ANOTE "0" EN TODOS LOS MESES EN BLANCO DE LA COL 1 DEL CALENDARIO** →		616
610	¿Y cuál fue el primar método de planificación familiar que Ud. o su pareja usó?	PASTILLA ..... 01 DIU..... 02 CONDÓN ..... 03 INYECCIÓN..... 04 VAGINALES ..... 05 NORPLANT ..... 06 ESTERIIL. FEMENINA ..... 07 ESTÉRIL MASCULINA..... 08 BILLINGS..... 09 RITMO ..... 10 RETIRO..... 11 COITO ANAL/ORAL ..... 12 OTRO _____ 13	
61 1	¿Qué edad lenta lid cuando comenzó a usar… (MÉTODO)?	EDAD..... |___|___|	
61 2	¿Cuántos hijos tenía Ud. en ese momento?	HIJOS ..... |___|___|	
61 3	**VEA 301 (SI ESTA EMBARAZADA) Y 603 (SI ESTERIUZADA)**	EMBARAZADA ..... ……1 ESTERILIZADA .....2 NO EMB. NO EST 3	→618 →622a
614	¿Actualmente está Ud o su esposo usando un método para no quedar embarazada?	SI USA..... 1 NO USA 2	→622
	SOLO MUJERES QUE NO ESTÁN USANDO		
615	¿Es posible que Ud. quede embarazada en los próximos 30 días?	SI .....1 NO .....2 NS/NR 9	→617 →617
616	¿Por qué razón no es posible?	NO SEXO .....1 EN POST PARTO .....2 MENOPAUSIA.....3 OPERADA .....4 ÍNFERTIL ELLA.....5 INFERT1L ESPOSO .....……6 OTRA.....7	__ | →618 __| __ |→620 __| →618
617	¿Por qué no está usando algún método de planificación familiar?	QUIERE EMBARAZO.....1 LE HACE DAÑO .....2 RELIGIÓN..... 3 ESPOSO NO DEJA.....4 SE HA DESCUIDADO.....5 DIFÍCIL CONSEGUIR.....6 LE DA VERGÜENZA..... ….7 OTRA _____ ..8 NS.....9	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
618	¿En los próximos doce meses, piensa usar algún método de planificación familiar?	SI ..... 1 NO ..... 2 NS/NR 9	→620
619	¿Qué método preferiría o está pensando usar?	PASTILLA ..... 01 DIU ..... 02 CONDÓN ..... 03 INYECCIÓN ..... 04 VAGINALES ..... 05 NORPLANT ..... 06 ESTÉRIL. FEMEN ..... 07 ESTÉRIL. MASC..... 08 BILLINGS ..... 09 RITMO ..... 10 RETIRO..... 11 COITO ANAL/ORAL ..... 12 OTRO_____ ... 13	
620	¿Si en este momento quisiera planificar, dónde iría Ud a obtener un método de planificación? **DETALLE LUGAR** _____ _____	CÓDIGO ..... |__|__|__| EN LA CASA ..... 997 MEDICO DE EMPRESA…… 998	→644
621	¿Cuánto tiempo tarda Ud. en ir a ...(LUGAR)'	HORAS ..... |__| MINUTOS..... |__|__|	→644

SOLO MUJERES ACTUALMENTE USANDO

622	¿Qué métodos están usando actualmente?	PASTILLA ..... 01 DIU ..... 02 CONDÓN ..... 03 INYECCIÓN ..... 04 VAGINALES..... 05 NORPLANT..... 06	→637
622a	**PARA ESTERILIZACIÓN FEMENINA MARQUE 07**	ESTÉRIL. FEMEN ..... 07 ESTÉRIL. MASC..... 08	→627
		BILLINGS ..... 09 RITMO..... 10 RETIRO..... 11 COITO ANAL/ORAL..... . 12 OTRO _____,.. 13	→641
623	¿Por favor puede mostrarme el paquete de pastillas que está tomando?	MOSTRÓ..... 1 NO MOSTRÓ 2	
624	**ANOTE LA MARCA DE PASTILLAS O PREGUNTE:** ¿Qué marca de pastillas está tomando? MARCA _____	CÓDIGO DE MARCA |__|__|	
625	¿Quién le recetó o le aconsejó estas pastillas?	MEDICO/ENFERMERA..... . 1 SIN RECETA 2	
626	¿Cuánto le cuesta el paquete de pastillas? **(GRATIS = 0)**	COLONES |__|__|__|__|__|	→637
627	¿En qué mes y año la operaron (para no tener más hijos)? **SI NO RECUERDA, INDAGUE** ¿Cuántos meses después del último parto? MESES POST PARTO: ____	MES .....|__|__| AÑO ..... |__|__|	
628	**ANOTE EN COL 1 DEL CALENDARIO EL CÓDIGO DE ESTERILIZACIÓN EN TODOS LOS MESES DESDE LA OPERACIÓN HASTA LA ENTREVISTA**		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
629	¿Cuánto le costó la operación? (NADA =0)	MILES DE C ..... |___|___|	
630	¿Tuvo que hacer una solicitud escrita para que le hicieran la operación?	SI ..... 1 NO ..... 2 NS/NR 3	 |→633
631	¿Qué motivo o justificación indicó en la solicitud? **DETALLAR** _____ _____	CÓDIGO ..... |___|___|	
632	¿Cuántos meses pasaron hasta que le aprobaron la solicitud?	MESES ..... |___|___|	
633	¿Si tuviera que decidir otra vez, se volvería a operar?	SI ..... 1 NO ..... 2 NS/NR 9	→635 →635
634	¿Por qué razón (no se operaría)?	QUIERE MAS HIJOS ..... 1 RELIGIÓN ..... 2 SALUD ..... 3 OTRA_____ 4	
635	¿En dónde la operaron? **HOSPITAL** _____	CÓDIGO…….. |___|___|___|	
636	¿Cuánto tiempo se tardaba en ir de la casa a (...HOSPITAL)	HORAS ..... |___| MINUTOS ..... |___|___|	 →644
637	**SEGÚN EL MÉTODO EN 622 PREGUNTE:** **DIU/NORPLANT:** ¿En qué clínica le pusieron el… (MÉTODO)? **OTRO:** ¿Dónde obtuvo…(MÉTODO) la última vez? **DETALLE LUGAR:** _____ _____	CÓDIGO…… |___|___|___| EN LA CASA ..... 997 MED. DE EMPRESA 998	
638	¿Cuánto tiempo tarda/tardó Ud en ir a …(LUGAR)?	HORAS ..... |___| MINUTOS ..... |___|___|	
639	¿Recuerde la última vez que fue por ...(MÉTODO) a ...(LUGAR) ¿A qué hora llegó y a qué hora salió? **HORAS LLEGO:**_____ **SALIÓ:**_____ **DEJAR COMPUTO DEL TIEMPO PARA LA OFICINA**	HORAS ..... |___| MINUTOS ..... |___|___|	
640	¿Cada cuántos meses tiene que ir (por)/(para que le controlen)...(MÉTODO)	MESES ..... |___|___|	
541	¿Ha tenido algún problema al usar …(MÉTODO)? **INDAGUE:** ¿Qué problema?	SIN PROBLEMAS..... 1 PROBLEMAS DE SALUD..... 2 ESPOSO DESAPRUEBA ..... 3 ACCESO/DISPONIBILIDAD…….. 4 ALTO COSTO ..... 5 INCOMODO ..... 6 OTRO_____ 7	
642	¿Cuántos meses seguidos ha estado usando…(MÉTODO)?	MESES ..... |___|___|	
643	**ANOTE EN COL.1 DEL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN TODOS LOS MESES DE USO HASTA EL DE LA ENTREVISTA**		

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	TODAS LAS QUE HAN USADO MÉTODOS		
644	**VEA SI EN COL. 1 DEL CALENDARIO HAY PERIODOS EN BLANCO**	SI HAY ..... 1 NO BLANCOS 2	→701
645	**MOVIÉNDOSE HACIA ARRIBA EN COL 1 DEL CALENDARIO. POR CADA PERIODO EN BLANCO PREGUNTE:** ¿Qué método de planificación familiar usó entre ...(EVENTO INICIAL) y ... (EVENTO FINAL)? ¿En qué mes y año empezó a usarlo y cuántos meses lo usó? **ANOTE EN LA COL. 1 DEL CALENDARIO EL CÓDIGO DEL MÉTODO EN LOS MESES QUE CORRESPONDA Y PREGUNTE:** ¿Por qué razón dejó de usar ...(MÉTODO)[7] **ANOTE EL CÓDIGO DE LA RAZÓN DE TERMINACIÓN EN LA COL. 2 DEL CALENDARIO, EN EL MES EN QUE TERMINA EL SEGMENTO.** **REPITA 645 HASTA QUE NO QUEDEN BLANCOS EN COL.1.**		

VII. PREFERENCIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILAR

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASEA
701	Ahora quisiera saber su opinión con relación a lo siguiente. Con respecto a la esterilización, ¿en cuáles de las siguientes situaciones estaría bien que se permita a las mujeres operarse:	SI	NO	NS/NR	
	- Cuando los hijos pueden nacer anormales?.....	1	2	9	
	- Cuando embarazarse puede ser peligroso para la salud de la mujer ?	1	2	9	
	- Cuando ya han tenido muchos hijos (digamos 5)?.....	1	2	9	
	- Cuando la mujer lo desee, siempre que haya tenido hijos y sea mayor de cierta edad?	1	2	9	
	- Cuando la mujer lo desee, aunque sea joven y sin hijos Cuando el marido es alcohólico?.....	1	2	9	
	- Cuando no se puede mantener y educar a los hijos?.....	1	2	9	
	- Cuando los médicos lo decidan, aunque la mujer no quiera? .....:	1	2	9	
702	¿Cree Ud que en los hospitales de la Caja deberían facilitar, limitar o prohibir que las mujeres se operen para no tener más hijos?	FACILITAR ..... 1 LIMITAR ..... 2 PROHIBIR ..... 3 NS/NR 9			
703	¿Y cree que deberían facilitar, limitar o prohibir que los hombres se operen para no tener más hijos?	FACILITAR ..... 1 LIMITAR ..... 2 PROHIBIR ..... 3 NS/NR 9			

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
704	Y con respecto del aborto. ¿En cuáles de las siguientes situaciones estaría bien que se permita el aborto?:	SI NO NS/NR	
	- Cuando el embarazo es peligroso para la **VIDA** de la madre?……..	..... 1 2 9	
	- Cuando el embarazo es peligroso para la **SALUD** de la madre?……	..... 1 2 9	
	- Cuando el hijo será anormal?.....	..... 1 2 9	
	- Cuando la mujer fue violada?.....	..... 1 2 9	
	- Cuando la mujer fue embarazada por su padre o su hermano?……	..... 1 2 9	
	- Cuando es soltera y el hombre no quiere casarse?.....	..... 1 2 9	
	- Cuando no puede mantener y educar a los hijos?.....	..... 1 2 9	
	- Cuando la mujer lo decida por cualquier motivo?.....	..... 1 2 9	
705	¿ Cuál piensa Ud que es la posición de la Iglesia Católica respecto de la planificación familiar? ¿Está la iglesia a favor, en contra, o es neutral?	FAVOR ..... 1 EN CONTRA ..... 2 NEUTRAL..... 3 NS/NR 9	→707
706	¿Piensa Ud que la Iglesia Católica debería mantener o cambiar esta posición?	MANTENERLA..... 1 CAMBIARLA ..... 2 NS/NR 9	
707	¿Respecto de la planificación familiar? ¿Está el Gobierno a favor, en contra, o es neutral?	FAVOR..... 1 CONTRA ..... 2 NEUTRAL ..... 3 NS/NR 9	
708	¿Está Ud. a favor o en contra de que se de a los jóvenes educación sexual en los colegios?	DE ACUERDO ..... 1 EN CONTRA ..... 2 DEPENDE ..... 3 NS/NR 9	→711 →711
709	¿Y las clases de educación sexual deberían darse como parte de la materia de religión a en otra materia?	RELIGIÓN..... ….....1 MATERIA APARTE ..... 2 OTRA MATERIA..... 3 CUALQUIER MATERIA..... 4 NS/NR 9	
710	¿Y estaría Ud a favor o en contra en que en estas clases se expliquen los métodos de planificación familiar?	DE ACUERDO..... 1 EN CONTRA ..... 2 DEPENDE..... 3 NS/NR 9	
711	¿Ha ido Ud. alguna vez *a* la consulta de planificación familiar de los Centros, Puestos de Salud o Clínicas de la Caja?	SI ..... 1 NO 2	→716
712	¿Hace cuánto tiempo usó este servicio por última vez?	MENOS OE 3 AÑOS ..... 1 3 AÑOS 0 MAS..... 2	→716
713	¿En dónde usó este servicio? **LUGAR:** _____	CÓDIGO ____	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
714	En el lugar donde Ud. obtiene los métodos de planificación familiar...	SI NO NS/NR	
	- El personal es cortés y considerado?.....	.....1 2 9	
	- Atienden rápido?.....	.....1 2 9	
	- Explican cómo usar el método y sus efectos?.....	.....1 2 9	
	- Respetan la dignidad y el pudor de la mujer ?.....	.....1 2 9	
	- Informan y dan a escoger otros métodos?.....	.....1 2 9	
	- Dan suficiente cantidad del método?.....	.....1 2 9	
	- Se preocupan de la salud de la mujer?.....	.....1 2 9	
	- Se preocupan de que la mujer quede bien protegida y no se embarace?.....	.....1 2 9	
715	¿Tiene Ud sugerencias para mejorar el servicio? **DETALLE:** _____ _____	CODIGO ..... |__|__|	
716	En general ¿Está Ud a favor o en contra de la planificación familiar?	DE ACUERDO ..... 1 EN CONTRA..... 2 DEPENDE..... 3 NS/NR 9	 →719 →719
717	¿Le parece a Ud bien que se haga propaganda a le planificación familiar?	SI..... ..... 1 NO..... 2 NS/NR 9	
718	¿Si de Ud. dependiera, que método preferiría Usted usar? **ENTREVISTADORA:** **SI CONTESTA "NINGUNO" INDAGUE ¿POR QUE?**	NINGUNO ..... 00 PASTILLA ..... 01 DIU ..... 02 CONDÓN ..... 03 INYECCIÓN ..... 04 VAGINALES ..... 05 NORPLANT ..... 06 ESTÉRIL. FEMEN ..... 07 ESTÉRIL. MASC..... 08 BILLINGS ..... 09 RITMO ..... 10 RETIRO..... 11 COITO ANAL/ORAL ..... 12 OTRO _____13 NS/NR..... 99	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
719	¿Podría decirme el nombre de 3 conocidas o familiares suyas que usan planificación familiar? **PREGUNTE 720 A 723 PARA CADA MUJER**	NO DIO NOMBRES..... 0 NUMERO DE NOMBRES….._____	→801

NOMBRE	1| _____	2| _____	3| _____
720. ¿Qué parentesco tiene ...(Mujer) con Ud,?	MADRE ..... . 1 HERMANA .....2 PARIENTE.....3 VECINA ..... 4 AMIGA ..... 5 OTRO..... . 6	MADRE ..... . 1 HERMANA ..... 2 PARIENTE ..... 3 VECINA ..... 4 AMIGA..... 5 OTRO 6	MADRE ..... . 1 HERMANA ..... 2 PARIENTE ..... 3 VECINA ..... 4 AMIGA ..... 5 OTRO..... . 6
721. ¿Qué método de planificación familiar está/estaba usando…?	PASTILLA.....01 DIU ..... 02 CONDÓN ..... 03 INYECCIÓN ..... 04 VAGINALES . ..... 05 NORPLANT..... 06 ESTERIL. FEMEN..... 07 ESTÉRIL. MASC..... 03 BILLINGS ..... 09 RITMO .... 10 RETIRO.....11 COITO ANAL/ORAL..... 12 OTRO _____13 NS/NR..... …..99	PASTILLA ....01 DIU .....02 CONDÓN .....03 INYECCIÓN .....04 VAGINALES . .....05 NORPLANT .....06 ESTERIL. FEMEN.....07 ESTÉRIL. MASC.....03 BILLINGS .....09 RITMO ....10 RETIRO.....11 COITO ANAL/ORAL .....12 OTRO _____13 NS/NR ..... …..99	PASTILLA ....01 DIU .....02 CONDÓN .....03 INYECCIÓN .....04 VAGINALES . .....05 NORPLANT .....06 ESTERIL. FEMEN .....07 ESTÉRIL. MASC .....03 BILLINGS .....09 RITMO ....10 RETIRO .....11 COITO ANAL/ORAL .....12 OTRO _____13 NS/NR ..... …..99
722. ¿Con qué frecuencia se ve Ud. con ella?	A DIARIO……1 SEMANALMENTE … … … … . 2 MENSUALMENTE.....3 MENOS DE 1 VEZ AL MES….4	A DIARIO……1 SEMANALMENTE … … … … . 2 MENSUALMENTE.....3 MENOS DE 1 VEZ AL MES….4	A DIARIO……1 SEMANALMENTE … … … … . 2 MENSUALMENTE ..... .3 MENOS DE 1 VEZ AL MES….4

VIII. ADULTAS JÓVENES

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASEA
801	**VEA: P102**	SI TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS CONTINUÉ CON..... SI TIENE 25 AÑOS 0 MÁS PASE A……..	→802 →901
802	¿ Cuándo es más probable que una mujer que tiene relaciones sexuales quede embarazada? **(MOSTRAR LA TARJETA)**	UNA SEMANA ANTES QUE LA REGLA COMIENCE ..... 1 DURANTE LA REGLA ..... 2 UNA SEMANA DESPUÉS QUE LA REGLA COMIENCE ..... 3 DOS SEMANAS DESPUÉS QUE LA REGLA COMIENCE ..... 4 TRES SEMANAS DESPUÉS QUE LA REGLA COMIENCE……5 EN CUALQUIER TIEMPO ..... 6 OTRO_____7 NS/NR 9	
803	¿En qué mes y año tuvo usted su primera relación sexual (COITO)?	MES ..... |___|___| AÑO ..... |___|___| NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ..... 2222 NS/NR 9999	→901
804	¿Cuántos años cumplidos tenía Ud. en ese momento?	EDAD ..... |___|___| NS/NR 99	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
805	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo esa primera relación sexual?	EDAD ..... |___|___| NO SABE 98	
806	¿Qué relación tenía Ud. con esa persona?	MARIDO O COMPAÑERO .....1 NOVIO O ENAMORADO .....2 AMIGO .....3 PATRON-JEFE-MAESTRO .....4 DESCONOCIDO .....5 VIOLACIÓN.....6 OTRO _____ 8 (ESPECIFIQUE) NS 9	→901
807	¿Usó usted o su pareja algún método anticonceptivo para que Ud. no quedara embarazada en esa primera relación sexual?	SI.....1 NO.....2	→811
808	¿Qué método utilizó o utilizaron en esa primera relación sexual?	PÍLDORA.....1 DIU.....2 CONDÓN .....3 INYECCIÓN .....4 MÉTODOS VAGINALES .....5 NORPLANT Ó IMPLANTE .....6 MÉTODO BILUNGS .....9 RITMO .....10 RETIRO .....11 COITO ANAL/ORAL .....12 OTRO _____13 (ESPECIFIQUE) NS/NR 99	→810
809	¿Dónde consiguieron ese método que usaron en su primera relación?	LA CAJA ..... 1 MINISTERIO DE SALUD (PUESTO O CENTRO) ..... 2 LA FARMACIA..... 3 CONSULTORIO DE MÉDICO PARTICULAR4 SUPER/PULPERIA..... 5 AMIGO/VECINO/PARIENTE ..... 6 OTRO_____8 NS/NR 9	
810	¿Quién tomó la decisión de usar esa método, usted sola, él solo, ambos?	ELLA SOLA..... .....1 EL SOLO..... 2 AMBOS. ..... 3 NO SABE/NO RESPONDE 9	→901
811	¿Por qué no usó un método anticonceptivo en esa primera relación sexual?	NO ESPERABA TENER RELACIONES EN ESE MOMENTO .....1 NO CONOCÍA NINGÚN MÉTODO.....2 CREÍA QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ERAN MALOS PARA LA SALUD.....3 LA RELIGIÓN NO SE LO PERMITÍA……..4 QUERÍA EMBARAZARSE .....5 CONOCÍA ANTICONCEPTIVOS, PERO NO SABÍA DONDE OBTENERLOS .....6 EL COMPAÑERO SE OPUSO .....7 QUERÍA USARLO PERO NO LO PUDO CONSEGUIR EN ESE MOMENTO .....8 COITO NO ES SATISFACTORIO CON EL USO DE ANTICONCEPTIVOS.....9 OTRO _____88 NO SABE/NO RECUERDA ..... 98 NO RESPONDF 99	

IX. ESTADO CONYUGAL

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASEA
901	¿Ha estado usted comprometida para casarse alguna vez?	SI……1 NO……2	→906
902	¿Cuántas veces ha estado comprometida?	VECES ……└___┘	
903	¿En qué mes y año se comprometió (la primera vez)? **SI NO RECUERDA INDAGUE:** ¿qué edad tenía Ud. cuando se comprometió? **EDAD**_____	MES ……└___┘___┘ AÑO ……└___┘___┘	
904	¿En qué paró su (primer) compromiso para casarse?	SE CASO……1 SE UNIÓ ……2 SIGUE COMPROMETIDA……3 COMPROMISO ROTO……4	__ __|→907 →906
905	¿En qué mes y año terminó el compromiso? **SI NO RECUERDA INDAGUE:** ¿Cuánto tiempo estuvo Ud. comprometida? AÑOS _____ MESES _____	MES ……└___┘___┘ AÑO ……└___┘___┘	
906	¿Alguna vez ha estado Ud. casada o conviviendo con un hombre?	SI ……1 NO ……2	→914
907	¿Y actualmente está Ud. casada, vive con un hombre, es viuda, o está divorciada o separada?	CASADA……1 UNIDA ……2 VIUDA ……3 DIVORCIADA …… 4 SEPARADA……5	__ |→909 __|
908	¿Su esposo (compañero) vive aquí con Ud. o está viviendo en otra parte?	CON ELLA ……1 VIVIENDO APARTE ……2	
909	¿Ha estado Ud. casada o viviendo con un hombre una o varias veces?	UNA……1 VARIAS ……2	
910	¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos Ud, y su (primer) esposo o compañero? **SI NO RECUERDA INDAGUE:** ¿qué edad tenia Ud. cuando comenzaron a vivir juntos? **EDAD** _____	MES ……└___┘___┘ AÑO ……└___┘___┘	
911	¿Cuando comenzaron a vivir juntos, estaban casados por la iglesia, lo civil o no estaban casados?	IGLESIA ……1 CIVIL …… ……2 NO CASADOS ……3	
912	¿Por favor dígame las fechas de todos los períodos en que ha estado casada o viviendo con un hombre desde enero de 1987? **ANOTE EN LA COL. 6 DEL CALENDARIO "1" EN LOS MESES CASADA Y "2" EN LOS MESES UNIDA.**	NUM. PERIODOS EN EL CALENDARIO…….. └___┘	
913	PARA CADA PERIODO CASADA 0 UNIDA EN LA COL. 6 DEL CALENDARIO PREGUNTE: ¿Durante el período de…a ... hubo algunos meses en que Ud. y su esposo (compañero) no estuvieron viviendo juntos? ¿En qué meses estuvieron viviendo aparte? **ENTREVISTADORA VER 907, 908** **ANOTE EN COL. 7 DEL CALENDARIO "1" EN TODOS LOS MESES DE SEPARACIÓN TEMPORAL**	NUM. SEPARACIONES EN EL CALENDARIO…….. └___┘	

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
914	Ahora necesitamos saber otros datos sobre su vida sexual con el fin ele entender mejor la planificación familiar y la fecundidad. **SI NUNCA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES** ***(VERIFIQUE P803 = 222)*** **PASE A 1001** ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas?	NUMERO DE VECES..... |___|___|	
915	¿Y en la última semana cuántas veces ha tenido relaciones sexuales?	NUMERO DE VECES..... |___|___|	
916	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? **HOY, ANOTE 00** **ANOCHE, ANOTE 01**	HACE DÍAS.....1 HACE SEPTANAS.....2 HACE MESES .....3 HACE AÑOS .....4 ANTES DEL ULTIMO NACIDO VIVO… 996	

X. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1001	**VEA EN 610 SI ELLA O EL ESTÁN ESTERILIZADOS**	ESTERILIZADO/A .....1 NO ESTERILIZADO/A ..... ……2	→1006
1002	**VEA EN 907 SI ESTA CASADA 0 UNIDA**	CASADA/UNIDA ..... 1 NO CASADA/UNIDA 2	→1008
1003	Ahora le voy a preguntar algunas cosas acerca del futuro? **VEA EN 301 SI ESTA EMBARAZADA** **NO EMBARAZADA O NO SASE:** ¿Le gustaría a Ud. tener un/otro hijo o preferiría no tener un/más hijos? **EMBARAZADA:** Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?	TENER UN (OTRO)HIJO ..... 1 NO MAS.....2 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA .....3 INDECISA O NO SABE 8	| | |→1006 | |
1004	**VEA EN 301 SI ESTA EMBARAZADA.** **NO ESTA EMBARAZADA O NO SABE:** ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar á partir de ahora antes de tener un/otro hijo? **EMBARAZADA:** ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar después de que e! niño nazca antes de tener otro hijo?	MESES .....1 |___|___| AÑOS.....2 |___|___| PRONTO/AHORA..... 994 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA ..... 995 OTRO _____996 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998	| | | |→1006 | | |

NO.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1005	**VEA 316:** **SI NO TIENE HIJOS VIVOS MARQUE "96".** **DE OTRO MODO PREGUNTE:** ¿Cuántos años quisiera que tuviera su hijo menor antes de tener el otro hijo?	EDAD DEL MENOR AÑOS……└__┘└__┘ NO TIENE NIÑOS VIVOS..... 96 NO SABE 98	
1006	¿Ha conversado alguna vez con su esposo o compañero, acerca del número de hijos que les gustaría tener?	Si ..... 1 NO..... ……. 2	
1007	¿Cree Ud. que su esposo o compañera, quiere más, igual, o menos hijos que los que usted quiere?	MISMO NUMERO ..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS ..... 3 NO SABE 9	
1008	**VEA EN 306 SI TIENE HIJOS VIVOS.** **NO TIENE HIJOS VIVOS:** ¿Si pudiera escoger el número de hijos, ¿cuántos le gustaría a usted tener en su vida? **TIENE HIJOS VIVOS:** ¿Si no tuviera, hijos y pudiera escoger el número, ¿cuántos serian los hijos que le gustaría tener en toda su vida? **ANOTE EL NUMERO O CUALQUIERA OTRA RESPUESTA**	HIJOS..... └__┘└__┘ OTRA _____ _____ 96	
1009	¿Si quisiéramos llamarla para aclarar alguno duda en que teléfono la podríamos localizar?	TELEF. OFICINA ..... └__┘└__┘└__┘└__┘└__┘└__┘ TELEF. HAB (OTRO)..... └__┘└__┘└__┘└__┘└__┘└__┘ NO TIENE 999999	
1010	DURACIÓN DE LA ENTREVISTA **(VER HORA DE INICIO EN LA CARÁTULA)**	HORA..... └__┘└__┘ : └__┘└__┘	

DE LAS GRACIAS Y TERMINE LA ENTREVISTA

OBSERVACIONES _____

_____

_____

ULTIMO HIJO HASTA DE ENE 1987:

NOMBRE: _____

MES: _____ **AÑO:** _____

COL 1. NACIMIENTOS, EMBARAZOS, ANTICONCEPTIVOS

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
P PERDIDAS

0 NO USA MÉTODO
1 PILDORA
2 OIU
3 CONDÓN
4 INYECCIÓN
5 DIAFRAGMA/ESPUMA/JALEA
6 NORPLANT
7 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
8 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
9 BILLINGS
V, RITMO
W. RETIRO
X. OTROS _____ _____
ESPECIFIQUE

COL 2. DESCONTINUO EL USO DE CONTRACEPTIVOS

1 QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA
3 PROBLEMAS DE SALUD
4 NO NECESITABA ANTICONCEPCION (SEPARADA/MENOPAUSIA, ETC)
5 OTRO_____
ESPECIFIQUE
6 NO SABE POR QUE

COL 3. AMENORREA POSTPARTO

1 AMENORREA
2 MENOS DE UN MES

COL 4. ABSTINENCIA POSTPARTO

1 NO RELACIONES SEXUALES
2 MENOS DE UN MES

COL 6. LACTANCIA

1 LACTANCIA

2 MENOS DE UN MES

COL 6. UNION/MATRIMONIO

1 CASADA

2 UNIDA

COL 7. SEPARACIÓN TEMPORAL

1 SEPARADA TEMPORALMENTE

COL 8. ESTUDIO - TRABAJO

1 SOLO ESTUDIA
2 ESTUDIA Y TRABAJA
3 SOLO TRABAJA HOGAR
4 TRABAJA FUERA DE HOGAR, MENOS DE MEDIO TIEMPO (< 20 HRS)
5 TRABAJA FUERA DE HOGAR, MEDIO TIEMPO O MAS (20 HRS +)

				1	2	3	4	5	6	7	8			
	01	ENE	01									01	ENE	
	02	FEB	02									02	FEB	
	03	MAR	03									03	MAR	
	04	ABR	04									04	ABR	
1	05	MAY	05									05	MAY	1
9	06	JUN	06									06	JUN	9
8	07	JUL	07									07	JUL	8
7	08	AGO	08									08	AGO	7
	09	SEP	09									09	SEP	
	10	OCT	10									10	OCT	
	11	NOV	11									11	NOV	
	12	DIC	12									12	DIC	
	01	ENE	13									13	ENE	
	02	FEB	14									14	FEB	
	03	MAR	15									15	MAR	
	04	ABR	16									16	ABR	
1	05	MAY	17									17	MAY	1
9	06	JUN	18									18	JUN	9
8	07	JUL	19									19	JUL	8
8	08	AGO	20									20	AGO	8
	09	SEP	21									21	SEP	
	10	OCT	22									22	OCT	
	11	NOV	23									23	NOV	
	12	DIC	24									24	DIC	
	01	ENE	25									25	ENE	
	02	FEB	26									26	FEB	
	03	MAR	27									27	MAR	
	04	ABR	28									28	ABR	
1	05	MAY	29									29	MAY	1
9	06	JUN	30									30	JUN	9
8	07	JUL	31									31	JUL	8
9	08	AGO	32									32	AGO	9
	09	SEP	33									33	SEP	
	10	OCT	34									34	OCT	
	11	NOV	35									35	NOV	
	12	DIC	36									36	DIC	
	01	ENE	37									37	ENE	
	02	FEB	38									38	FEB	
	03	MAR	39									39	MAR	
	04	ABR	40									40	ABR	
1	05	MAY	41									41	MAY	1
9	06	JUN	42									42	JUN	9
9	07	JUL	43									43	JUL	9
0	08	AGO	44									44	AGO	0
	09	SEP	45									45	SEP	
	10	OCT	46									46	OCT	
	11	NOV	47									47	NOV	
	12	DIC	48									48	DIC	
	01	ENE	49									49	ENE	
	02	FEB	50									50	FEB	
	03	MAR	51									51	MAR	
	04	ABR	52									52	ABR	
1	05	MAY	53									53	MAY	1
9	06	JUN	54									54	JUN	9
9	07	JUL	55									55	JUL	9
1	08	AGO	56									56	AGO	1
	09	SEP	57									57	SEP	
	10	OCT	58									58	OCT	
	11	NOV	59									59	NOV	
	12	DIC	60									60	DIC	
	01	ENE	61									61	ENE	
	02	FEB	62									62	FEB	
	03	MAR	63									63	MAR	
	04	ABR	64									64	ABR	
1	05	MAY	65									65	MAY	1
9	06	JUN	66									66	JUN	9
9	07	JUL	67									67	JUL	9
2	08	AGO	68									68	AGO	2
	09	SEP	69									69	SEP	
	10	OCT	70									70	OCT	
	11	NOV	71									71	NOV	
	12	DIC	72									72	DIC	
1	01	ENE	73									73	ENE	1
9	02	FEB	74									74	FEB	9
9	03	MAR	75									75	MAR	9
3														3