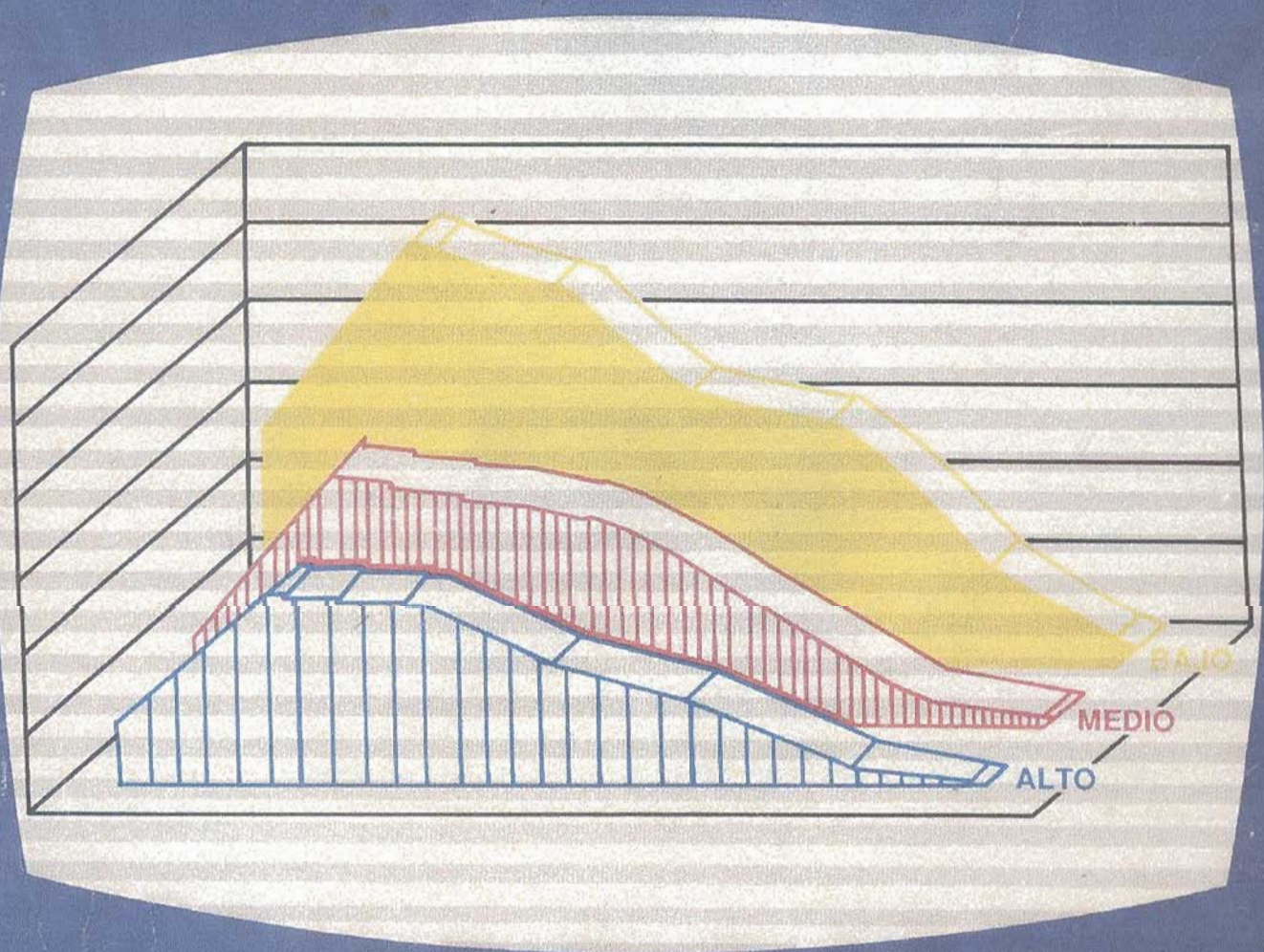


ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE

ENCUESTA NACIONAL
DE FECUNDIDAD Y SALUD
COSTA RICA 1986



San José, 1987

**ASOCIACION
DEMOGRAFICA COSTARRICENSE**

**ENCUESTA NACIONAL
DE FECUNDIDAD Y SALUD
COSTA RICA 1986**

01.05.02 Asociación Demográfica Costarricense.

1 Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud Costa Rica 1986 / Asociación Demográfica Costarricense. -- San José: ADC, 1987.

97 p. : cuadros.

Incluye anexos

1.ENCUESTAS SOBRE LA FECUNDIDAD.

2.FECUNDIDAD. 3 METODOS ANTICONCEPTIVOS.

4. ADOLESCENTES. 5. COSTA RICA 6. SALUD. I. Madrigal, Johnny. II. Sosa, Doris. III. Gómez, Miguel. IV. Rosero, Luis. V. Morris, Leo. VI. Oberle, Mark. VII. Título.

PRESENTACION

Durante 1986 la Asociación Demográfica Costarricense llevó a cabo la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, investigación realizada con el asesoramiento del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia, y con el apoyo Financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del mismo país.

Esta es la segunda en su género que se lleva a cabo a nivel nacional en Costa Rica; la primera se realizó en 1976 como parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad.

La presente publicación no pretende agotar las posibilidades de análisis que ofrecen los datos recolectados, sino, más bien, pretende motivar a los investigadores a profundizar en los temas tratados.



Víctor H. Morgan
Director Ejecutivo

AGRADECIMIENTO

A la valiosa y desinteresada colaboración recibida de diversas personas e instituciones, entre las que merece especial reconocimiento la Dirección General de Estadística y Censos, que facilitó el material cartográfico necesario para el trabajo de campo de la Encuesta. Al doctor Joaquín Jiménez, Jefe del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud, por sus valiosos aportes en la elaboración de las preguntas sobre salud materno-infantil. Y en especial a las mujeres de Costa Rica, quienes participaron en forma cordial y desinteresada en el estudio.

PERSONAL DEL PROYECTO

Directora	:Doris Sosa Jara
Estadístico	:Johnny Madrigal Pana
Muestrista	:Miguel Gómez Barrantes
Jefe de trabajo de Campo	:Martín Fallas Leiva
Programadora	:Ana Lorena Madrigal Rodríguez
Codificadoras	:Xinia González Vázquez Sandra Miranda Rodríguez
Digitadores	:Mario Aragón Gómez Claudio López Valencia
Secretaria	: Norma Ureña Araya
Personal de campo: Supervisoras	:Dora Acevedo Silesky Ileana Arroyo Rojas Roxana Delgado González
Entrevistadoras	:Teresita Castro Thames Gabriela Chavarría Alvarado Aixa Chávez Calderón Daisy Ortega Matarrita Xinia Rodríguez Duarte Yamilé Soto Muñoz Lilliam Vega Chávez Sandra Velázquez Uriarte
Choferes	:Luis Arroyo Blanco Miguel Calvo Aguilar Alvaro Madrigal Rodríguez
Corrección de estilo	:Zaida Ureña Araya
Gráficos en Microcomputador	:Paul Granados Calvo
Asesores Nacionales Demografía Computación	:Luis Rosero Bixby :Hernán Caamaño Reyes
Asesores del Center for Disease Control:	Doctor Leo Morris Doctor Stan Becker Doctor Mark Oberle

INDICE

<p>I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 11 Johnny Madrigal - Doris Sosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introducción - Objetivos - Características Generales de Costa Rica - Esquema Conceptual 	<p>V. LA FECUNDIDAD 49 Doris Sosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultado de los embarazos - Fecundidad retrospectiva - Fecundidad general - Diferenciales de la fecundidad
<p>II. METODOLOGIA DEL ESTUDIO 17 Miguel Gómez - Johnny Madrigal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización - Calendario de trabajo - Instrumentos empleados - Diseño Muestral - Trabajo de campo - Procesamiento de datos - Precisión de los resultados: los errores estándar - Fuente de comparación 	<p>VI. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS 59 Doris Sosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - El deseo de cesar la procreación - El deseo de espaciar el próximo embarazo - Tamaño deseado de la familia - Fecundidad no deseada - Comportamiento ambivalente
<p>III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS 27 Johnny Madrigal - Doris Sosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - La estructura por edades - El estado conyugal y la primera unión - Exposición al riesgo - Características socioeconómicas 	<p>VII. LA SALUD DE LA MUJER 65 Luis Rosero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad y uso de los servicios médicos - Prevalencia del fumado - Prevención del cáncer de cuello del útero - Prevención del cáncer de mama - Prevalencia de ciertas enfermedades - Cirugías más frecuentes
<p>IV. LA ANTICONCEPCION 33 Johnny Madrigal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de métodos anticonceptivos - Disponibilidad de métodos anticonceptivos - Aceptabilidad de la planificación familiar - La experiencia anticonceptiva - Uso actual de métodos anticonceptivos - Diferenciales en el uso de anticonceptivos - Razones para no usar anticonceptivos e intenciones futuras - Fuentes de abastecimiento - Tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento - Las usuarias del Programa Nacional de Planificación Familiar - Las usuarias de anticonceptivos no unidas - La esterilización femenina 	<p>VIII. LA SALUD MATERNO-INFANTIL 73 Luis Rosero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervivencia infantil - Morbilidad de los niños - Control Prenatal - Tipo de parto y atención recibida - Control pediátrico - Inmunizaciones - La lactancia materna - Comparación con otros países de la región
	<p>IX. REPRODUCCION Y SEXUALIDAD EN LAS JOVENES 85 Leo Morris- Mark Oberle</p>
	<p>X. RESUMEN 91</p>

I ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Johnny Madrigal- Doris Sosa

Introducción

A principios de la década de los 60, Costa Rica inició una tradición en la realización de Encuestas de Fecundidad y de Prevalencia Anticonceptiva que se remonta hasta el presente.

En 1964 se realizó la primera encuesta de fecundidad en el país (Gómez M., 1968), la cual tuvo como ámbito de estudio la parte urbana del Área Metropolitana de San José. Dirigida y realizada por la Dirección General de Estadística y Censos y el Instituto Centroamericano de Estadística (Universidad de Costa Rica), fue el producto de un programa de Encuestas desarrollado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) con asistencia técnica de la Universidad de Cornell, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos de las Naciones Unidas y con la asistencia financiera del Population Council Inc. (Nueva York, Estados Unidos).

Como parte de un nuevo programa desarrollado por CELADE, se efectuó la segunda encuesta de fecundidad en 1969, (Blanch y Carvajal, 1974). Sin embargo, esta vez la encuesta fue dirigida a las zonas rurales y ciudades pequeñas del país. La ejecución del estudio estuvo a cargo de la Dirección General de Estadística y Censos.

En 1976 se realiza la primera encuesta a nivel nacional, dirigida una vez más por la Dirección General de Estadística y Censos, como parte del programa "Encuesta Mundial de Fecundidad" (DGEC, 1978). El programa fue llevado a cabo por el Instituto Internacional de Estadística, con sede en La Haya, con la colaboración de las Naciones Unidas y la cooperación de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.

En 1978 la Asociación Demográfica Costarricense y la Dirección General de Estadística y Censos formalizaron un acuerdo con Westinghouse Health Systems, como parte de un programa internacional llevado a cabo por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Así se realizó la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos (ADC-DGEC, 1978). Esta constituyó la primera encuesta de Prevalencia Anticonceptiva realizada en el país (EPA-78).

En 1981 se realiza la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva (EPA-81) por parte de la Asociación Demográfica Costarricense. La mayor parte de los recursos financieros y la asistencia técnica provinieron de un acuerdo suscrito con Westinghouse Health Systems y fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Cabe destacar que los dos tipos de encuestas presentan tanto información respecto a la prevalencia anticonceptiva como a los aspectos relacionados con el nivel de la fecundidad.

Por último, en 1986 se levanta la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (EFES-86). Esta encuesta fue realizada por la Asociación Demográfica Costarricense y se contó con la asesoría técnica del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos y con el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional del mismo país. Además, se contó con asesoría nacional en los campos demográfico y de cómputo. A diferencia de las encuestas anteriores, la EFES-86 investigó algunos tópicos no incluidos anteriormente como lo son: "Salud y Trabajo de la mujer", "Morbilidad materno-infantil" y "Adultas jóvenes".

Objetivos

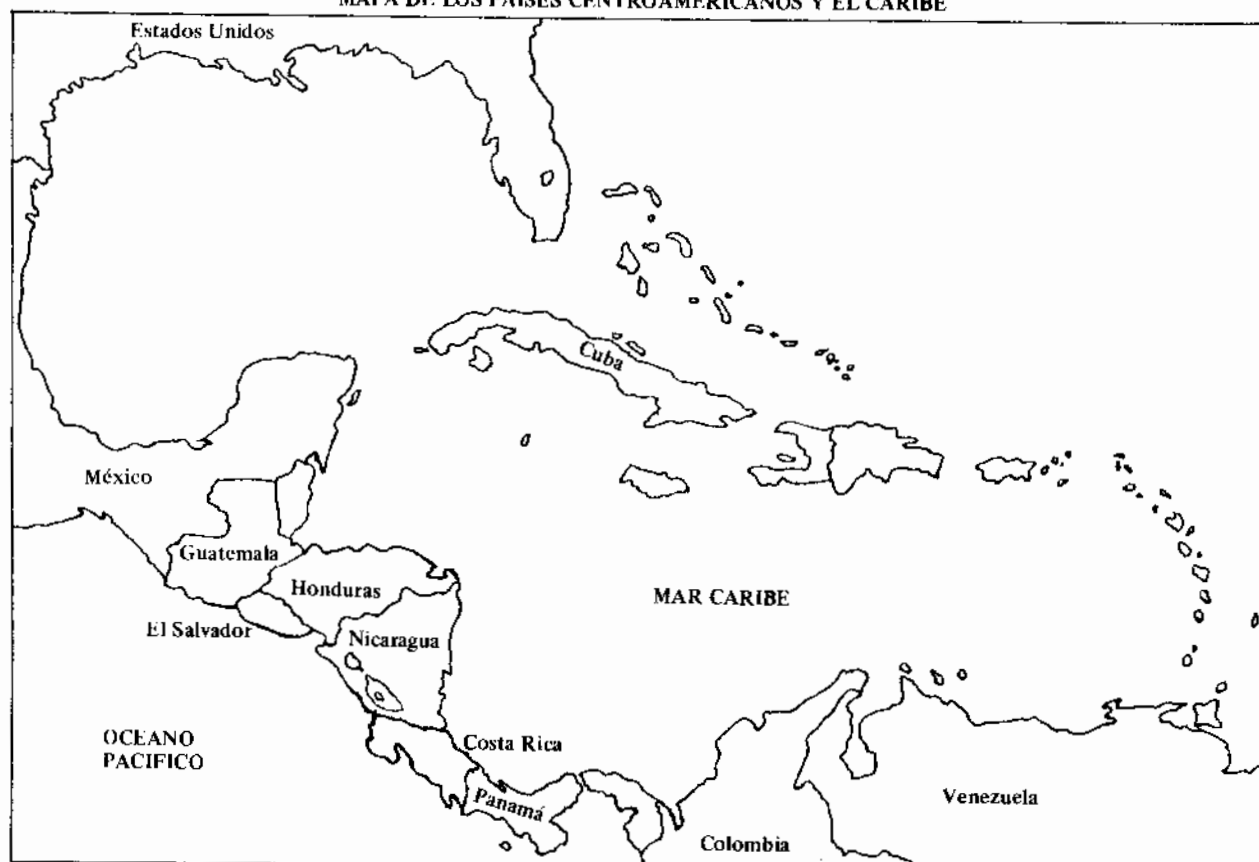
Los siguientes son los objetivos generales de la EFES-86:

- a. Medir la fecundidad de Costa Rica en años recientes (esto es, el número de hijos que están teniendo las mujeres del país), así como obtener información sobre los principales factores que afectan la fecundidad, entre las que se destaca el uso de métodos anticonceptivos.
- b. Obtener datos que ayuden al Gobierno a formular una política de población y que sirvan para el planeamiento y evaluación del Programa de Planificación Familiar, así como otros programas de salud.
- c. Producir información comparable con la obtenida en la Encuesta Nacional de Fecundidad 1976 (ENF-76) y la segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva 1981.

Características generales de Costa Rica

Costa Rica, país con una extensión de 51100 Km², se encuentra ubicado en la América Central y limita al norte

MAPA DE LOS PAISES CENTROAMERICANOS Y EL CARIBE



con Nicaragua, al sur con Panamá y posee costas tanto en el Océano Pacífico como en el Océano Atlántico. Posee una población aproximada de 2.5 millones de habitantes a mediados de 1986 y su capital es San José.

Su clima es cálido en las costas y tierras bajas del noroeste, templado en las mesetas del interior, frío por encima de los 1500 m. y con lluvias abundantes en la Vertiente Atlántica.

La topografía de Costa Rica es variada. Al norte, a orillas del mar Caribe, se extienden llanuras bajas y bosques dominados por una cadena volcánica llamada Cordillera de Guanacaste, en su parte norte, y Cordillera Central donde culmina con los volcanes Poás e Irazú. El centro del país está ocupado por una altiplanicie que ha constituido desde hace muchos años una rica zona agrícola. Hacia el sur se eleva la Cordillera de Talamanca, desprovista de volcanes, pero es la más elevada: posee ésta una altura máxima de 3852 metros sobre el nivel del mar.

Costa Rica es un país fundamentalmente agrícola y entre los cultivos sobresalen el café, que se cosecha en el Valle Central y el banano en las costas del Atlántico y del Pacífico. En las regiones forestales se explotan las maderas tintóreas y de ebanistería. En la Vertiente Atlántica y en Guanacaste se desarrolla una importante industria ganadera. Los recursos minerales son escasos, aunque existen algunos yacimientos de oro, plata, azufre y cobre. A principios de los 60 tuvo lugar un importante proceso de industrialización, impulsado por el Mercado Común Centroamericano.

Hasta 1981 Costa Rica tenía indicadores económicos muy superiores al de la mayoría de los países latinoamericanos; sin embargo, la situación actual no es tan favorable pues a partir de ese año el país entró en un período de crisis que resultó en una fuerte contracción económica. En el cuadro 1.1 se compara la situación relativa de Costa Rica, en relación con los países centroamericanos alrededor de 1983. El Producto Nacional Bruto per cápita y la tasa anual de inflación corroboran la problemática económica que ha atravesado y aún enfrenta el país.

La población de Costa Rica es, desde un punto de vista étnico, bastante homogénea y predominantemente de origen español, un componente indígena más bajo al de muchos países latinoamericanos y un bajo porcentaje de población negra.

Con una densidad de población de 49 habitantes por kilómetro cuadrado, es el tercer país más densamente poblado de la América Continental. La distribución espacial de su población se caracteriza por una alta concentración en la parte central del país y es así como en el Valle Central, área que representa un 15 por ciento del territorio nacional, habita un poco más del 60 por ciento de la población.

Aunque, como se mencionó anteriormente, existen problemas económicos en el país, los indicadores demográficos y sociales continúan siendo superiores al resto de los países centroamericanos (cuadro 1.1)

Un crecimiento demográfico anual y una tasa de fecundidad relativamente bajas, si se le compara con el resto de los países centroamericanos, están acordes con una alta tasa de prevalencia anticonceptiva.

Además posee una tasa de mortalidad infantil que es la más baja de los países del área, lo que redundará en una alta esperanza de vida al nacimiento. Los últimos tres indicadores (prevalencia anticonceptiva, mortalidad infantil y esperanza de vida), no son únicamente de los mejores de la región centroamericana, sino que compiten por un primer lugar a nivel latinoamericano. Por otro lado, Costa Rica mantiene el más alto porcentaje de matrícula universitaria.

Los componentes demográficos del país resultan importantes de analizar, porque en el tiempo han mostrado características muy particulares: la tasa bruta de mortalidad inició su descenso en Costa Rica, desde finales del siglo pasado, sufriendo un aceleramiento a partir de los años 40 y estabilizándose finalmente desde el segundo quinquenio de los 70 en un nivel de 4 defunciones por cada mil habitantes (Ver cuadro 1.2 y gráfico 1.1). Esto ha sido, sin lugar a dudas, respuesta a los programas de salud que han cubierto a toda la población costarricense y a la permeabilidad de esta población a los programas existentes.

La natalidad se mantuvo alta hasta 1963, año en que inició un fuerte descenso sin comparación en América Latina, que se prolongó hasta 1973. A partir de este último año la tasa bruta de natalidad ha presentado algunos aumentos y disminuciones que la hace un tanto irregular e impredecible. El año 1985 muestra un aumento sumamente importante, el que, de mantenerse por varios años, debe hacer pensar a los planificadores del desarrollo por las implicaciones que tendría en los distintos sectores del país: salud, educación, vivienda, empleo y otros.

Dada la estabilización de la tasa bruta de mortalidad, son las variaciones en la tasa bruta de natalidad las que determinan el comportamiento de la tasa de crecimiento natural. La transición demográfica que presenta Costa Rica en el presente siglo es similar a la observada en otros países hoy desarrollados; lo singular de este proceso es la velocidad con que se han producido los cambios y el corto tiempo transcurrido en ellos.

Esquema conceptual

"Fecundidad" denota el número de hijos tenidos por cada individuo de una población. Este valor está determinado por una amplia gama de variables que conforman el entorno de los individuos y, debido a esto, en una encuesta de fecundidad son innumerables las variables que pueden ser investigadas.

Cuadro 1.1
**ALGUNOS INDICADORES DEMOGRAFICOS, ECONOMICOS Y SOCIALES DE LOS PAISES CENTROAMERICANOS
 ALREDEDOR DE 1983**

Concepto	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Población (millones)	2.4	5.2	7.9	4.1	3.0	2.0
Densidad (hab/km ²)	47	248	72	37	23	26
Crecimiento demográfico anual (%para 1973-83)	2.4	3.0	3.1	3.5	3.9	2.3
Tasa total de fecundidad (hijos por mujer)	3.5	5.5	5.2	6.5	6.3	3.5
Tasa de prevalencia anticonceptiva (% en unión usando)	65	34	18	27	9	61
Esperanza de vida (años)	74	64	60	60	58	71
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	20	70	67	81	84	26
Población urbana (%)	45	42	40	38	55	50
Matrícula universitaria (% respecto a los 20-24 años de edad)	27	6	7	10	13	23
Producto Nacional Bruto per cápita (dólares)	1020	710	1120	670	880	2120
Consumo de energía per cápita (Kg. equivalente de petróleo)	609	190	178	204	262	2082
Tasa anual de inflación (% para 1973-1983)	23.2	11.7	9.9	8.6	16.5	7.1

Fuente: The World Bank. World Development Report 1985, U.S.A., 1985.

En la presente encuesta, como en la mayoría de su género, se da preferencia a aquellas variables que tienen un efecto directo en la fecundidad. Este tipo de variables han sido identificadas y clasificadas por diferentes estudiosos de los determinantes de la fecundidad. Sin embargo, en el presente caso se parte de las llamadas variables intermedias de Davis y Blake (Freedman, Davis, Blake, 1967), denominadas de esta forma porque es a través de ellas que actúan todas las demás variables. Davis y Blake clasifican once variables en tres grandes grupos, a saber:

- A. Variables del coito
- B. Variables de concepción
- C. Variables de la gestación

Dentro del primer grupo se incluyen las variables involucradas en la formación y disolución de uniones dentro del período reproductivo, a saber: la edad a la primera relación sexual, el celibato permanente y la duración del período reproductivo entre uniones. Además se incluyen en este grupo, las que gobiernan la exposición al embarazo como: la abstinencia voluntaria e involuntaria y la frecuencia del coito.

En el segundo grupo se incluyen los factores que afectan la exposición a la concepción, tales como: la infertilidad por causas voluntarias e involuntarias y el uso de métodos anticonceptivos. Y en el tercer grupo, se incluyen los factores que afectan la gestación y el parto, esto es, la mortalidad fetal por causas voluntarias y la mortalidad fetal por causas involuntarias.

A continuación se presenta el esquema conceptual

Cuadro 1.2

EVOLUCION DE LAS TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD, CRECIMIENTO NATURAL, MORTALIDAD INFANTIL Y TOTAL DE FECUNDIDAD COSTA RICA, 1910-1985

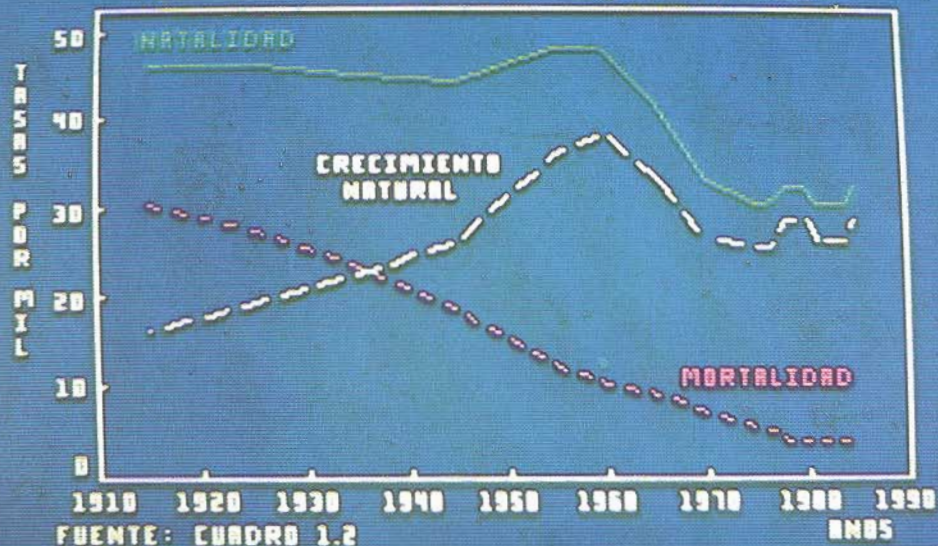
Año	Natalidad	Mortalidad	Crecimiento natural	Mortalidad infantil	Fecundidad (hijos)
Tasas por mil					
1910-20	46	30	16	195	ND
1920-30	46	27	19	207	ND
1930-40	45	23	22	151	ND
1940-50	44	18	26	112	ND
1950-60	48	12	36	89	6.9
1960	48	10	38	76	7.3
1965	42	9	33	75	6.5
1970	33	7	26	63	4.9
1975	30	5	25	38	3.8
1976	30	5	25	33	3.7
1977	31	5	26	28	3.8
1978	32	4	28	22	3.9
1979	32	4	28	22	3.8
1980	32	4	28	19	3.7
1981	30	4	26	18	3.6
1982	30	4	26	19	3.5
1983	30	4	26	19	3.5
1984	30	4	26	19	3.5
1985	32	4	28	18	3.8

Fuentes: - Luis Rosero. "La Situación Demográfica de Costa Rica", en Séptimo Seminario Nacional de Demografía, San José, 1979. pp. 1-43.

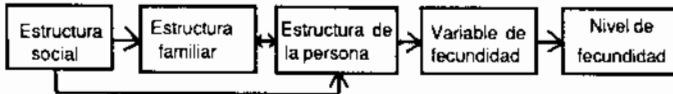
- Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos.

- Para 1979, 1980 y 1983-85, datos aún no publicados.

GRAFICO 1.1
TASAS DE MORTALIDAD, NATALIDAD Y
CRECIMIENTO NATURAL, 1910-85



elaborado por Freedman, (Freedman et al., 1967) y en el cual se relacionan la estructura social y cultural con el nivel de fecundidad.



Cada una de estas variables tiene un efecto positivo o negativo al incremento de la fecundidad. La no presencia de una variable no significa que no ejerza influencia en el nivel de la fecundidad. Por ejemplo, la no presencia de anticoncepción no implica que no hay efecto en el nivel de la fecundidad, sino que más bien, su ausencia contribuye a incrementarlo.

Como se indicó, son estas las variables que actúan directamente en el nivel de fecundidad y por tanto, las de

mayor interés a la hora de realizar una encuesta de este tipo. Sin embargo, el incluirlas todas dentro de una encuesta, también complicaría enormemente la realización del estudio, debido a que son difíciles de medir, como es el caso de la mortalidad fetal (aborto), voluntaria e involuntaria; la voluntaria porque resulta difícil lograr la veracidad de la información, pues éste es un hecho penado en la mayoría de los países, y la involuntaria es difícil de medir, porque la gran parte de los abortos ocurren en los primeros meses de embarazo y puede ser que la mujer misma no se dé cuenta de que ha tenido un aborto.

Enmarcado dentro de este esquema conceptual, es que se ha realizado el presente estudio, tratando en lo posible de tomar en cuenta la mayoría de las variables que intervienen en el nivel de la fecundidad.

II METODOLOGIA DE ESTUDIO

Miguel Gómez-Johnny Madrigal

Organización

La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (EFES-86) la llevó a cabo la Asociación Demográfica Costarricense, institución que ya había realizado la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva 1981 (EPA-81) y que además había participado en algunas actividades de la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva 1978 (EPA-78), ejecutada por la Dirección General de Estadística y Censos.

Los recursos financieros que hicieron posible la presente investigación provinieron de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID).

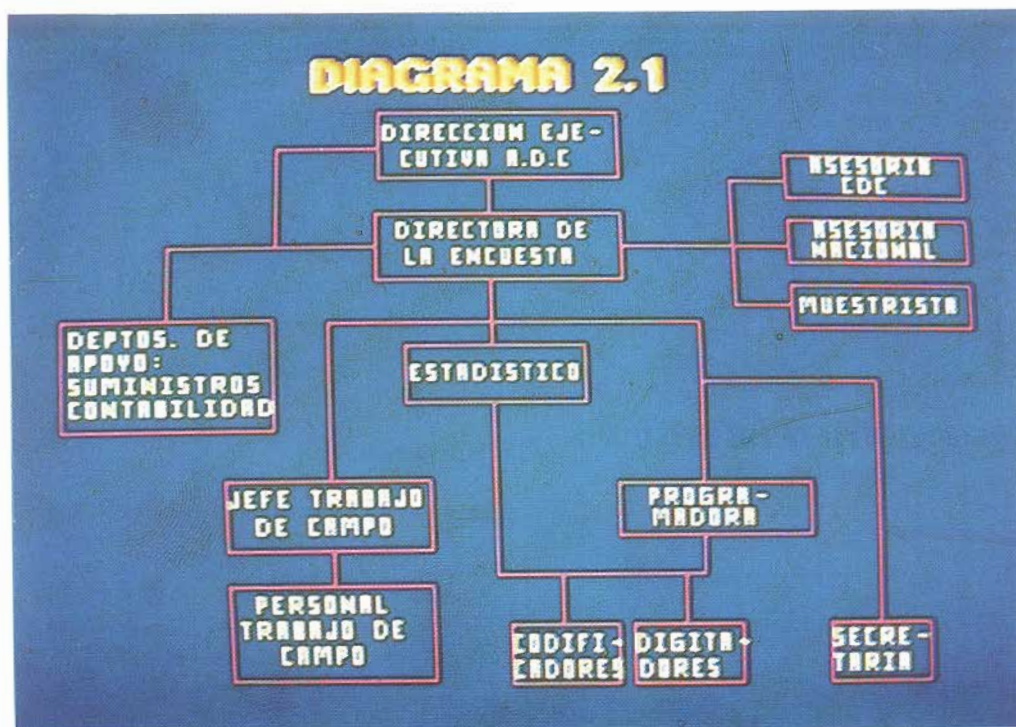
La dirección del estudio estuvo en manos de una Directora de la Encuesta quien a su vez contó con la asistencia de un Estadístico, los que estuvieron presentes en todas las etapas. Otras personas estuvieron ligadas en etapas temporales tales como: trabajo de campo, crítica y codificación, entrada de datos, etc. Además se contó con asesoría nacional y del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, quienes hicieron visitas ocasionales al país.

En el siguiente esquema (ver diagrama 2.1) se muestra la organización adoptada. Aunque el proyecto formó parte del trabajo del Departamento de Investigaciones Sociodemográficas, su estructura propia dio la agilidad necesaria para que el estudio cumpliera a cabalidad con sus objetivos.

Calendario de trabajo

El calendario de trabajo comprendió un poco más de un año, el cual se puede resumir de la siguiente manera:

Actividad	1985	1986	1987
	JASOND	EFMAMJJA SOND	BFMA
Preparación	████████		
Trabajo de campo		████████	
Procesamiento de datos		████████	
Informe preliminar		██	
Tabulaciones definitivas		██████	
Redacción de publicación		██████	
Preparación del informe			██████



Conviene señalar que el calendario inicial tuvo que reajustarse en la fase de trabajo de campo. En un principio se pensó iniciarlo en noviembre del 85; sin embargo, para efectos de comparación con las encuestas pasadas y por tratarse de la época de fin de año, se decidió iniciar el trabajo de campo en enero. En general, podría afirmarse que los meses dispuestos para cada actividad se cumplieron satisfactoriamente y por ello, quince días después de terminada la digitación de los datos, se inició la distribución del primer informe preliminar de resultados.

Las actividades preparatorias contemplaron el planeamiento de la investigación, el diseño del cuestionario y otros instrumentos a emplear en el trabajo de campo: una prueba piloto de la encuesta, la selección y adiestramiento de personal para trabajo de campo, crítica y codificación y el diseño muestral.

El planeamiento de la investigación incluyó la redacción de los objetivos de la Encuesta, definición de temas adicionales a incluir en el cuestionario, instrumentos a utilizar para recolectar información, y en general, incluyó el planeamiento de todas aquellas fases que intervinieron a lo largo del estudio.

El diseño del cuestionario comprendió aproximadamente tres meses de duración y fue probado en una encuesta piloto, la cual fue realizada por las candidatas a desempeñarse como supervisoras durante el trabajo de campo. Con la prueba piloto se realizó una actividad de evaluación no sólo del cuestionario y otros instrumentos de recolección de datos, sino también de las candidatas a supervisoras de trabajo de campo.

De un total de 70 entrevistas realizadas, tanto en zonas urbanas como rurales, se concluyó que el cuestionario era aceptado tal y como se planteó. Además, las preguntas sobre sexualidad (para mujeres entre 15 y 24 años) y conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se podían realizar para mujeres solteras sin embarazos, porque el rechazo fue nulo. Tal vez, éste fue el hecho más sobresaliente de la prueba, pues era la primera vez, en la historia de las encuestas de fecundidad y de prevalencia anticonceptiva realizadas en el país, que se preguntó a estas mujeres sobre estos temas. También se concluyó que una pregunta de opinión sobre la legalización de la esterilización no funcionaba adecuadamente, lo que llevó a cambiarla por una serie de situaciones bajo las cuales la entrevistada debía responder si estaba o no de acuerdo con la esterilización.

Instrumentos empleados

La información fue recogida por medio de la entrevista directa, mediante un cuestionario estructurado que consta de aproximadamente 200 preguntas que suman 530 variables.

La elaboración del cuestionario se realizó con base en los cuestionarios empleados en la Encuesta Nacional de Fecundidad 1976 (ENF-76), la EPA-81 y otros utilizados recientemente a nivel centroamericano e introduciendo las modificaciones necesarias para ajustarlo a la realidad nacional y buscar comparabilidad, no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional.

En la presente Encuesta, además del estudio de los determinantes más importantes de la fecundidad, se

incluyeron tres tópicos que en encuestas anteriores no han sido investigados y se refieren a salud de la mujer, salud del niño menor de cinco años y sexualidad en mujeres adultas jóvenes (15-24 años). Un ejemplar del cuestionario se incluye en el Anexo.

A este respecto, debe aclararse que la Encuesta también fue utilizada para la realización de un experimento dirigido a comparar dos métodos de recolección de datos; para este fin se utilizaron dos tipos de cuestionarios: uno en el que se recolectaron algunos hechos demográficos en la forma tradicional y otro en el que se hizo por medio de un calendario. Los resultados de este experimento aparecerán en un estudio posterior.

El cuestionario consta de nueve secciones, que se mencionan a continuación:

1. Identificación
2. Características generales de la entrevistada
3. Salud de la mujer
4. Historia de embarazos y nacimientos
5. Sexualidad
6. Planificación Familiar
7. Estado civil
8. La vivienda
9. Informe de la entrevistadora

Otro instrumento empleado, para la selección de las mujeres entrevistadas dentro de los segmentos compactos, fue la "hoja de ruta". En ésta se anotaban en orden secuencial, dentro de cada segmento asignado, cada una de las viviendas encontradas y dentro de cada vivienda, los nombres de las mujeres residentes entre 15 y 49 años de edad, para seleccionar a las que debía formularse la entrevista.

El "resumen de trabajo en el segmento" fue un instrumento empleado para analizar y evaluar la carga de trabajo de los equipos y en él se especificaba un detalle de entrevistas no realizadas y sus motivos (pendiente, rechazo, incompleta, etc.). Con esto se pudo tener, durante el trabajo de campo, la información oportuna para analizar la marcha del mismo y hacer las correcciones del caso cuando fue necesario.

Otros instrumentos adicionales empleados fueron:

- Manual de trabajo de campo
- El calendario
- Manual de crítica y codificación
- Manual de códigos.

Diseño Muestral

Para los propósitos de la Encuesta se definió, como población de interés, a todas las mujeres entre 15 y 49 años cumplidos, quienes, a la fecha de la encuesta, residían en viviendas particulares ubicadas dentro del territorio nacional. El número de esas mujeres se estimó en 665000 a mediados de 1985 y en 675000 para comienzos de 1986 1/

Al tomar en cuenta la experiencia de estudios similares realizados anteriormente en el país, y los objetivos concretos de la Encuesta de Fecundidad y Salud, los encargados de la Encuesta fijaron como meta una muestra neta de 3500 mujeres.

Como marco muestral se emplearon los segmentos censales, la cartografía y los resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda de junio de 1984, los cuales fueron suministrados por la Dirección General de Estadística y Censos. Dicha institución también colaboró ampliamente permitiendo el acceso a algunos otros materiales censales, específicamente a la hoja de recorrido del segmento y al croquis levantado por los empadronadores durante el Censo.

El listado suministrado por la Dirección de Estadística está ordenado por provincias, cantones y distritos, siguiendo el orden de la división territorial administrativa. Dentro de cada uno de los distritos aparecen numerados en forma consecutiva y a partir de 001, los segmentos censales. Además, para cada segmento se indica el número de viviendas encontradas en el censo -ocupadas y desocupadas- y el grado de urbanización asignado por la Dirección, en una escala que cubre cuatro niveles: Urbano Típico, Urbano Periférico, Rural concentrado y Rural disperso.

Al listado se le hicieron ciertos ajustes para usarlo como marco. En primer término se excluyeron algunos distritos cuya baja densidad y/o dificultades de acceso hacía poco provechosa su inclusión en la muestra, y otros situados a lo largo de la frontera con Nicaragua, donde por razones conocidas podrían darse situaciones de peligro para las entrevistadoras o algún otro tipo de dificultad similar 2/.

En segundo lugar, con propósitos fundamentalmente estadísticos, se procedió a definir nueve estratos: cinco urbanos y cuatro rurales que fueron los siguientes:

1. Área Metropolitana de San José
2. Capitales de provincia del Valle Central
3. Ciudades pequeñas del Valle Central
4. Ciudades de Puntarenas y Limón
5. Ciudades pequeñas fuera del Valle Central
6. Rural Valle Central
7. Norte - Atlántico
8. Pacífico Central y Seco
9. Pacífico Sur.

1/ El dato para mediados de 1985 proviene de la proyección "recomendada" que aparece en la publicación del CIEADE y la Dirección General de Estadística y Censos titulada: "COSTA RICA: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025, Octubre 1983". La estimación para enero de 1986 se obtuvo proyectando la cifra de 1985 con la tasa de crecimiento observada en el quinquenio 1980-85.

2/ La práctica de hacer estas exclusiones se ha seguido, con criterios similares, en las encuestas previas: Encuesta Mundial de Fecundidad de 1976 y Encuestas de Práctica Anticonceptiva de 1978 y 1981. Las áreas excluidas en la presente encuesta contenían aproximadamente un 2% de las viviendas censadas en junio de 1984.

Dentro de esos estratos, los distritos se reordenaron por proximidad geográfica.

La escogencia de la muestra de mujeres se realizó usando un diseño estratificado, multielápico y autoponderado, con una probabilidad global en cada estrato de 1/80.25. Seguidamente se detallan los pasos básicos seguidos en la operacionalización del diseño.

En la Encuesta Mundial de Fecundidad (ENF-76) y en la EPA-81 se tomaron todas las mujeres en edad fértil residentes en las viviendas incluidas en la muestra. Este procedimiento, además de ser autoponderado, es muy sencillo de manejar en el campo y tiene numerosas ventajas prácticas para la supervisión y el control del trabajo de campo. Se le señalan, sin embargo, algunas desventajas, entre las que cabe citar dos: a) "contaminación" de las respuestas, porque las mujeres que trabajan, estudian o están ausentes son informadas de la naturaleza de las preguntas por las que ya han sido entrevistadas; y b) aumento de los rechazos porque las mujeres ausentes, al saber de que se trata, rehúsan ser entrevistadas, o aún peor, porque cuando se entrevista a la madre, ésta puede oponerse a que hijas jóvenes solteras, en especial entre los 15 y 18 años, respondan al cuestionario. Adicionalmente, al tomarse todas las mujeres del hogar, la muestra queda más concentrada y la precisión estadística de la muestra disminuye debido al efecto de la conglomeración.

Una alternativa es tomar una mujer por vivienda -al azar- utilizando alguno de los numerosos procedimientos propuestos.^{3/} Este método reduce los costos, al generar una entrevista en cada vivienda visitada y elimina los problemas de contaminación y rechazo antes aludidos; sin embargo, produce una muestra que no es autoponderada, porque la probabilidad de las mujeres de entrar en la muestra es inversamente proporcional al número de mujeres en edad fértil (MEF) residentes en la vivienda. Esto, como es conocido, se resuelve usando ponderaciones y generalmente no plantea problemas especiales, ya que la mayoría de los "paquetes" de procesamiento y análisis estadístico de encuestas aceptan el uso de ponderaciones. Crea la posibilidad, eso sí, de que en algún momento un usuario de los datos no se percate de que la muestra es desproporcionada y la procese como si fuera autoponderada.

Otra posibilidad es visitar las viviendas incluidas en la muestra, hacer listas de las mujeres en edad fértil y luego seleccionar de esas listas una muestra de igual probabilidad -Mesip- con un espaciamiento que reduzca sensiblemente la probabilidad de dos entrevistas en la misma vivienda.^{4/} Esto corrientemente se hace anotando las mujeres en una Hoja de Ruta, ordenadas de acuerdo con ciertos criterios preestablecidos que no pueden ser variados, y aplicando una selección sistemática a esa lista. Al producir una muestra Mesip de MEF, este procedimiento elimina la necesidad de ponderar.

Una desventaja de este sistema es que requiere una gran supervisión para evitar que los entrevistadores "modifiquen" los criterios de listado, en casos específicos, con el fin de que queden en la muestra las mujeres más fáciles de entrevistar. Otra desventaja, de orden económico, es que requiere visitar un número de hogares varias veces mayor, ya que si por ejemplo, el espaciamiento es de una cada tres, obviamente se necesitaría listar el triple de viviendas para tener una muestra de igual tamaño a la que se lograría con el segundo de los otros métodos mencionados anteriormente.

En el presente estudio se llegó a la decisión de emplear la técnica de la Hoja de Ruta, y seleccionar sistemáticamente una de cada dos mujeres anotadas.

El procedimiento seguido para determinar la fracción general de muestreo se indica a continuación. Se parte de las cifras censales de 1984 y se hacen supuestos razonables sobre el crecimiento del número de viviendas entre junio de 1984 y enero de 1986, y sobre las tasas de ocupación de viviendas, de localización, y respuesta de las entrevistadas, y acerca del número de mujeres en edad fértil por vivienda. Estos supuestos se basan en la información censal disponible a la fecha, así como en la proveniente de otras encuestas de fecundidad realizadas en el país. El cálculo que se incluye seguidamente toma como base 1020 viviendas particulares anotadas en el censo de 1984.

1. Viviendas particulares anotadas en el censo de junio de 1984	1020
2. Viviendas particulares en el marco en junio de 1984 (98% por eliminación de ciertos distritos)	1000
3. Número estimado de viviendas al 1-1-1986 (suponiendo un crecimiento del 3% anual)	1045
4. Número de viviendas ocupadas el 1-1-1986 (suponiendo ocupación de 92%)	961
5. Número de viviendas de las que se logrará obtener información (97%)	932
6. Número de mujeres en edad fértil el 1-1-1986 (suponiendo 1,20 MEF por vivienda ocupada)	1119
7. Número de MEF en la muestra (1/2)	559
8. Número de mujeres que serán entrevistadas (suponiendo una respuesta de 94%)	526
9. Número neto de entrevistadas que se logrará por cada vivienda muestreada del marco de junio de 1984: 526/1000	0,526

3. Ver por ejemplo: L. Kish, "Muestreo de Encuestas". Editorial Trillas, México, 1972, pgs. 459-68.

4. Los datos de la EPA-81 muestran la siguiente distribución de las viviendas visitadas según número de MEF residentes en ellas: 0 MEF: 14,5%; 1: 61,1%; 2: 15,2%; 3: 6,4%; 4: 2,1% y 5: 0,8%. Bajo estas condiciones con un espaciamiento de dos- una por medio- a lo más en un 10% de las viviendas se plantearían problemas por más de una entrevista.

10. Número de viviendas a ser seleccionadas del marco para lograr la muestra neta de 3500 MEF (3500/0,526) 6 654
11. Fracción de muestreo para viviendas, calculada sobre las viviendas en marco 6654/534000 1/80.25

Como se trata de un diseño autoponderado, la muestra esperada en cada uno de los nueve estratos se obtuvo aplicando $f=1/80.25$ al total de viviendas anotadas en el marco de cada estrato.

Se indicó anteriormente que la selección dentro de cada estrato se hizo utilizando muestreo en etapas. Aunque el procedimiento general fue básicamente el mismo, la selección concreta dentro de los estratos tuvo variaciones que es pertinente señalar.

En el Area Metropolitana de San José, las capitales de provincia del Valle Central y las ciudades de Puntarenas y Limón, la Unidad Primaria de Muestreo (UPM) fue el segmento censal. Estos se seleccionaron sistemáticamente con probabilidad proporcional al tamaño (número total de viviendas anotadas en el censo en junio de 1984). Dentro de cada uno de los segmentos censales seleccionados se definieron segmentos compactos de veinte viviendas y se escogió uno al azar con igual probabilidad. Las viviendas dentro del compacto seleccionado, fueron visitadas para hacer el listado con la Hoja de Ruta y seleccionar las mujeres a ser entrevistadas, usando el espaciamiento antes indicado de una por medio. 5/

En las ciudades pequeñas, dentro y fuera del Valle Central, y en la zona Rural del Valle Central, las UPM's fueron los distritos, los cuales se seleccionaron con PPT. Dentro de cada distrito se escogieron, también con PPT, dos segmentos censales y, en cada uno de ellos, se definieron compactos de veinte viviendas, aproximadamente, y se tomó uno al azar. La selección de las MEF se hizo también con la Hoja de Ruta, utilizando el mismo espaciamiento de una por medio.

En los otros estratos, que comprenden las regiones rurales del resto del país, la UPM fue el distrito o la parte rural del distrito, cuando este comprendía áreas urbanas y rurales. Se seleccionaron los distritos con PPT; dentro de cada uno de los escogidos se tomaron, también con PPT, tres segmentos censales y dentro de cada uno de ellos se definieron compactos de quince viviendas y se seleccionó uno al azar. La selección de las MEF a ser incluidas en la muestra se realizó con la Hoja de Ruta, al igual que en los otros estratos.

Estas diferencias en el procedimiento de selección dentro de cada uno de los estratos, obedecieron al deseo de simplificar, en la medida de lo posible, los problemas de recorrido y de revisita que se dan en especial en las zonas alejadas del país. 6/

5/ Un ejemplar de la hoja de ruta aparece en el anexo

6/ Al usar PPT, estos diferentes procedimientos de selección y de cambio en el tamaño de los compactos no alteran la probabilidad global de selección de las mujeres, la cual permanece constante e igual en cada uno de los estratos, y produce consiguientemente un diseño autoponderado.

Trabajo de campo

El trabajo de campo tuvo una organización similar a la de otras encuestas realizadas por la ADC. Se contó con doce entrevistadoras, agrupadas en tres equipos de cuatro con una supervisora a cargo de cada uno de ellos. Esta supervisora actuó como jefe de grupo y tuvo funciones tanto de dirección como de realización de entrevistas, cuando las circunstancias lo demandaban. Cada equipo dispuso de un vehículo y un chofer. La dirección y coordinación de todo este personal estuvo a cargo de un jefe del trabajo de campo.

La labor de entrevistas se inició el 15 de enero y concluyó el 9 de mayo, sin embargo, como puede apreciarse en el cuadro 2.1, las entrevistas realizadas en mayo fueron muy pocas, y realmente la encuesta se desarrolló durante los meses de enero, febrero, marzo y abril a un ritmo bastante parejo.

Durante la primera semana se trabajó en el Area Metropolitana de San José y se realizó una revisión muy cuidadosa de los cuestionarios completados, de los segmentos visitados y de las hojas de ruta. Esto tuvo el propósito de descubrir las fallas de entrevista, de recorrido, de uso de la Hoja de Ruta y de cualquier otro tipo surgidas en el trabajo de campo, a fin de darles solución y de tomar también las providencias del caso, para que no se repitieran en el resto de la Encuesta. A partir de la segunda semana el trabajo se extendió a las otras regiones del país.

El rendimiento logrado en la realización de las entrevistas puede considerarse satisfactorio, ya que se completaron veintitrés entrevistas por entrevistadora por semana. La duración media de las entrevistas fue de veinte minutos.

En el cuadro 2.2 puede apreciarse que en términos generales las entrevistadoras tuvieron una buena acogida, siendo muy reducido el número de mujeres que rehusaron ser entrevistadas (0.7% de la muestra total).

Las entrevistas no realizadas se debieron, en gran mayoría, a la no localización de la mujer seleccionada. Este problema fue mayor en las zonas urbanas y, en especial, en el Area Metropolitana de San José, donde es frecuente que las mujeres se encuentren ausentes por motivos de trabajo y las entrevistas queden pendientes. Para reducir este problema se efectuaron visitas por la noche y los fines de semana, y en ciertos casos al lugar de trabajo. Aproximadamente una tercera parte de las entrevistas se lograron después de dos o más visitas.

En términos generales, el trabajo de campo no presentó problemas especiales dignos de destacar. Quizás conviene mencionar que en el Area Metropolitana de San José se ha

Cuadro 2.1

DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS
SEGUN MES EN QUE SE EFECTUARON, NUMERO DE
ORDEN DE LA VISITA Y LA DURACION DE LA
ENTREVISTA

Concepto	%	Concepto	%
(N)	(3527)		
Total	100		
Mes		Duración (minutos)	
Enero	23	Menos de 15	28.5
Febrero	27	15-29	56.2
Marzo	22	30-34	12.6
Abril	27	45 y más	2.7
Mayo	1		
Visitas		Promedio(minutos)	20
Primera	66		
Segunda	24		
Tercera	7		
Cuarta o más	3		

ido haciendo más frecuente la existencia de conjuntos de casas con una entrada común, y edificios de apartamentos, protegidos por un guarda, donde resulta muy difícil obtener el acceso a las viviendas para levantar la Hoja de Ruta, hacer la selección de las mujeres y proceder a entrevistarlas.

Esto posiblemente explique la circunstancia de que el nivel de rechazo se elevara en el Area Metropolitana, en relación con la Encuesta de 1981.

Si se comparan los resultados globales del trabajo de campo de esta encuesta con los de la EPA-81, se encuentra que la proporción de entrevistas no realizadas en la de 1986 es ligeramente superior a la observada en 1981: 5.1 por ciento contra 4.3 por ciento.

Procesamiento de datos

Durante el trabajo de campo la gran mayoría de cuestionarios fueron revisados por las supervisoras. Una vez que los cuestionarios llegaban a la oficina, se iniciaba una etapa de crítica manual de la información, en la que se revisaban los datos de identificación en relación con la Hoja de Ruta, se analizaba brevemente la lógica de las respuestas, se corregían las marcas defectuosas y se procedía a la codificación de las preguntas abiertas. Los cuestionarios fueron revisados en un 100 por ciento e inmediatamente después de realizada esta fase, se procedía a la digitación de los datos. Tanto la crítica y codificación como la digitación fueron fases simultáneas,

es decir, una vez revisado un segmento, éste era digitado.

Todo el trabajo de computación se desarrolló en una microcomputadora XT, la cual fue adquirida especialmente para el proyecto.

Para la entrada de datos se construyó un programa con el lenguaje de programación BASICA, complementado con la base de datos RBASE-5000. Ambos programas trabajaron simultáneamente, tratando de facilitar la digitación haciendo "pases" automáticos y revisando códigos fuera de rango. Además se podían generar listados de cuestionarios digitados, borrar cuestionarios mal digitados y corregir variables en cuestionarios específicos.

Con el objetivo de evaluar la digitación de los cuestionarios, se procedió a verificar la información digitando de nuevo la totalidad de ellos. Este proceso de verificación se realizó en etapas a través de la digitación, de manera que ambas se realizaron en forma paralela. En el diagrama 2.2 se muestra el esquema aplicado al trabajo de crítica, codificación y digitación para formar el archivo de datos final.

Una vez finalizado el trabajo de campo se terminó de digitar y verificar los cuestionarios en poco menos de quince días. Durante la etapa de digitación se iban obteniendo tabulaciones muy preliminares, con el objeto de hacer un análisis cuidadoso de los resultados obtenidos hasta este momento, y de practicar los diferentes procedimientos y formación de variables para obtener los tabulados finales para análisis. Esto contribuyó en gran parte, como ya se indicó, a que, quince días después de terminada la digitación, se estuviera distribuyendo el primer avance de resultados de la Encuesta que contenía en total veintidós cuadros, cinco gráficos y un corto análisis de los resultados de los principales temas investigados en la Encuesta.

Una vez finalizadas estas etapas, se inició la revisión mecánica de inconsistencias, para lo cual se tenía preparado un programa en BASICA. Esta fue una de las etapas más cortas, dado que a través de las anteriores se hizo mucho énfasis a la corrección manual de inconsistencias; esto contribuyó a obtener sólo un 10 por ciento de los cuestionarios con algún error. En realidad, tomando en cuenta el tamaño del cuestionario y teniendo presente que los cuestionarios con error en su mayoría tenían el resto de la información correcta, se puede afirmar que el porcentaje fue muy bajo.

Una vez que la información pasó las etapas de limpieza, se obtuvieron las tabulaciones empleando el paquete estadístico SPSS/PC+ y tan sólo un mes después de finalizada la digitación de los datos, se obtuvieron las primeras tabulaciones definitivas.

En general se pudo comprobar que hubo una gran ganancia en el tiempo de procesamiento con respecto a otras encuestas similares.

Cuadro 2.2
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Conceptos	Total	AMSJ 1/	UVC	RVC	RU	RR
Unidades primarias de muestreo	229	100	33	27	25	44
Segmentos compactos	366	100	44	54	37	131
Viviendas (total)	6512	2072	865	1097	717	1761
Viviendas con información	6484	2057	863	1097	715	1752
Mujeres seleccionadas (MEF)	3717	1194	532	690	391	910
Entrevistas realizadas	3527	1109	506	665	375	872
Entrevistas no realizadas:						
Total	190	85	26	25	16	38
Por ausencia	129	56	19	14	11	29
Por rechazo	27	19	2	4	2	0
Por otro motivo	34	10	5	7	3	9
Valores Relativos						
Viviendas por segmento compacto	18	21	20	20	19	13
% viviendas con información	99.6	99.3	99.8	100	99.7	99.5
MEF seleccionadas por vivienda	0.57	0.58	0.61	0.63	0.55	0.52
% Entrevistas realizadas	94.9	92.9	95.1	96.4	95.9	95.8
% Entrevistas no realizadas						
Total	5.1	7.1	4.9	3.6	4.1	4.2
Por ausencia	3.5	4.7	3.6	2.0	2.8	3.2
Por rechazo	0.7	1.6	0.4	0.6	0.5	0.
Por otro motivo	0.9	0.8	0.9	1.0	0.8	1.0
Entrevistas realizadas por						
UPM	15.4	11.1	15.3	24.6	15	19.8
Segmento compacto	9.6	11.1	11.5	12.3	10.1	6.6
Vivienda	0.54	0.53	0.58	0.61	0.52	0.50

1/ AMSJ: Area Metropolitana de San José
 UVC: Urbano Valle Central
 RVC: Resto Valle Central
 RU : Resto Urbano
 RR : Resto Rural

Precisión de los resultados: los errores estándar

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

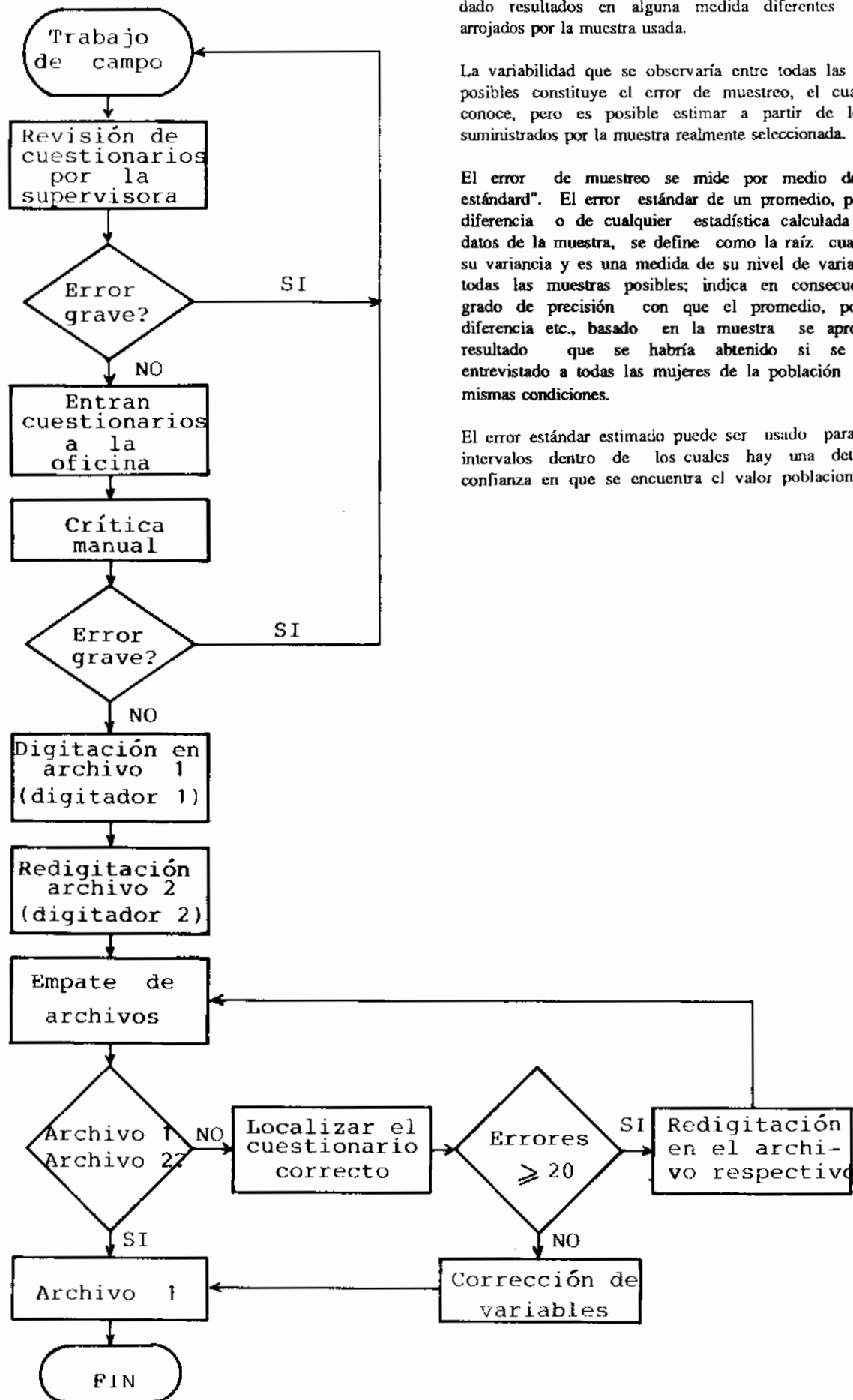
El primer tipo de errores, como es sabido, se origina en la falta de cobertura de todas las mujeres seleccionadas, errores en el planteo de las preguntas y en la anotación de las respuestas, confusión o incapacidad de las mujeres para dar la información, errores de codificación o de procesamiento y situaciones similares.

En el presente estudio se trató de reducir a un mínimo este tipo de errores a través de una serie de procedimientos, tradicionales en las encuestas bien diseñadas y ejecutadas, como son: diseño cuidadoso y numerosas pruebas del cuestionario, buen adiestramiento de las entrevistadoras, supervisión intensa y permanente -por diversas vías- del trabajo de campo, supervisión apropiada en la etapa de codificación y procesamiento de los datos y limpieza cuidadosa del archivo.

Los elementos de juicio disponibles señalan que este tipo de errores se mantuvo dentro de márgenes razonables en la EFES-86, y que la calidad de los datos obtenidos es buena; por ello, en lo que sigue no se hará más referencia a los errores de respuesta, sino únicamente a los de muestreo.

La muestra de mujeres estudiada en la EFES-86 no es sino una de la gran cantidad de muestras del mismo tamaño que sería posible seleccionar de la población de interés,

DIAGRAMA 2.2



utilizando el diseño empleado. Cada una de ellas habría dado resultados en alguna medida diferentes de los arrojados por la muestra usada.

La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce, pero es posible estimar a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada.

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

El error estándar estimado puede ser usado para calcular intervalos dentro de los cuales hay una determinada confianza en que se encuentra el valor poblacional. Así,

por ejemplo, si se toma un cierto porcentaje y se le suma y resta dos veces su error estándar, se obtiene un intervalo, al cual se le asigna una confianza de 95 por ciento de que contiene el porcentaje poblacional.

Si las mujeres incluidas en la muestra hubieran sido seleccionadas en forma simple al azar, podrían utilizarse directamente las fórmulas muy conocidas que aparecen en los textos de estadística para el cálculo de errores estándar y límites de confianza y la realización de pruebas de hipótesis; sin embargo, como ya fue señalado, el diseño empleado es complejo e incluye estratificación y selección sistemática de conglomerados. Por esta razón, un análisis estadístico correcto de las estimaciones requiere emplear las fórmulas que corresponden al diseño complejo utilizado, las cuales consideran los efectos de la estratificación y la conglomeración. 7/ Existen varios paquetes estadísticos que permiten este tipo de cálculos. Entre ellos el CLUSTERS 8/ y el SESUDDAN 9/ En el presente caso, sin embargo, debido a ciertas dificultades de orden práctico que se planteaban en relación con el uso de estos programas en el país, se procedió a programar directamente el cálculo de los errores estándar y otras medidas requeridas, utilizando las posibilidades del SPSS/PC+ y un programa en el lenguaje BASICA. Antes de comentar los resultados obtenidos, sin embargo, es conveniente explicar el significado de algunos términos y procedimientos seguidos para computarlos.

El muestreo de conglomerados es una técnica en la cual la población es dividida en grupos o conglomerados llamados Unidades Primarias de Muestreo (UPM's), usualmente definidas con criterio geográfico. Una muestra de UPM's es tomada y dentro de cada una de ellas se selecciona en una o varias etapas una muestra de elementos para ser estudiados. Este procedimiento reduce significativamente los costos al concentrar el trabajo de campo, pero reduce la precisión al producir una muestra menos dispersa. Cada muestra de elementos tomada de una UPM es vista como un solo conglomerado independiente de las etapas que incluyó su selección y se denomina Selección Primaria o conglomerado final. El cálculo de los errores estándar se basa en estos conglomerados finales. En el cálculo de los errores estándar de la EFES-86 se emplearon los siguientes números de Selecciones Primarias para cada uno de los estratos:

Estrato	TOTAL	AMSJ	UVC	RVC	RU	RR
Número de selecciones Primarias	229	100	33	27	25	44

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

7. Para mayores detalles ver I. Kish: "Muestreo de Encuestas".
 8. CLUSTERS es un programa desarrollado por la Encuesta Mundial de Fecundidad, para el cálculo de los errores de muestreo en diseños complejos.
 9. SESUDDAN (Standard Errors Program for Computing of Standardized Rates from Sample Survey Data) B.V. Shan Research Triangle Institute.

de un estrato urbano o uno rural. Por ejemplo, al tomarse la muestra total (3527), el tamaño promedio resultó de 15.4, el cual es aplicable cuando se consideran variables que son válidas para todas las mujeres. Para variables que sólo se aplican a mujeres en unión, el tamaño medio bajó a 9.2, y es un poco menor (8.7) en el caso de aquellas que se refieren únicamente a las mujeres en unión fértiles.

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

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

en que $\frac{z_{hi}}{m_h} = \frac{y_{hi}}{x_{hi}} - r$, $\frac{z_h}{m_h} = \frac{y_h}{x_h} - r$

donde h representa los estratos y varía de 1 a H, y mh es el número de conglomerados en estrato h, y yhi y xhi son la suma de los valores de la variable y el número de casos (mujeres) en el conglomerado i del estrato h, respectivamente, f representa la fracción de muestro, la cual es ignorada por el programa empleado.

Además de los errores estándar, se ha calculado el efecto del diseño, DEFT, el cual se define como la razón entre el error estándar correspondiente al diseño empleado (ES) y el error estándar que se obtiene tratando la muestra como si hubiera sido seleccionada usando muestreo al azar (ES) :

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

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

El efecto del diseño depende tanto del tamaño de los conglomerados como de su homogeneidad interna, respecto a la variable de interés. Esta homogeneidad se mide con ROH- tasa de homogeneidad- que se define como:

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

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

muestra simple, al azar, de elementos del mismo tamaño.

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

El examen del cuadro revela que, en general, los errores estándar son pequeños y que por ello la muestra puede calificarse como bastante precisa. En cuanto a los valores DEFT se observa que son, para la gran mayoría de las variables, ligeramente superiores a uno; correlativamente los valores de ROH se mantienen entre 0 y .03. La única excepción importante se da con la variable "TPER" (tiempo percibido) para la cual el DEFT se eleva a 1.56; la magnitud de este valor se explica, sin embargo, por corresponder a una variable que por su naturaleza necesariamente debe asumir valores muy homogéneos dentro de los conglomerados.

Los errores estándar incluidos en el cuadro A-1 permiten, como es sabido, el cálculo de intervalos de confianza. Así, por ejemplo, el cuadro señala para la variable TDH (tamaño deseado de la familia) un valor medio de 4.25 y un error estándar de 0.09. Si se desea un intervalo de confianza del 95 por ciento, lo que se hace es sumarle y restarle al promedio dos veces el error estándar: $4.25 \pm 2(0.09)$, lo cual produce el intervalo de 4.07 a 4.43, dentro del que se tiene una confianza de 95 por ciento de que se encuentra el valor de la población.

En el Anexo (Cuadro A-2) se incluyen, para cada estrato la estimación de π o p %, el error estándar y el DEFT

correspondiente a las 29 variables antes mencionadas. Estos valores no sólo informan acerca de la precisión general lograda en las estimaciones en esos estratos y subclases, sino que permiten también el cálculo de intervalos de confianza en la misma forma como se ilustró arriba para la muestra total.

Fuente de comparación

Para efectos de comparabilidad entre encuestas, se presenta información de la ENF-76 y la EPA-81, cuya fuente de comparación proviene del informe de Rosero Bixby, Luis. *Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica 1981: resultados de la segunda encuesta de prevalencia anticonceptiva*. Asociación Demográfica Costarricense. San José, Costa Rica, 1981. Por ello se omite en muchos cuadros la fuente de información; sin embargo, cuando se obtuvieron otras tabulaciones a partir de la EPA-81, se hace la aclaración respectiva.

En aquellos temas o preguntas donde se presenta diferencias con respecto a las encuestas anteriores, se realiza la aclaración del caso.

Aunque se cuenta en Costa Rica con la Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva de 1978, sus resultados no se incluyen, debido a que se desea presentar la evolución por quinquenios de los últimos diez años, lo que queda claramente expresado con las encuestas de 1976, 1981 y 1986. Vale la pena aclarar que la diferencia más significativa entre las encuestas la presenta la ENF-76, la cual incluyó dentro del grupo de "mujeres en edad fértil", sólo aquellas mujeres entre 20 y 49 años de edad a diferencia de la EPA-81 y la EFES-86, donde el grupo cubierto incluyó mujeres entre 15 y 49 años de edad.

III CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS

Johnny Madrigal - Doris Sosa

El estudio de la fecundidad está ligado a variables de tipo demográfico y socioeconómico, cuyo comportamiento puede condicionar en mayor o menor grado el número de hijos que pueda tener la mujer al final de su período reproductivo. Estas variables condicionantes permiten agrupar las mujeres conforme a diversas características, tales como la edad, área geográfica de residencia, educación, participación en la actividad económica del país, etc., y conduce a la formación de grupos más o menos homogéneos que permiten observar el comportamiento de la fecundidad, de acuerdo con estos grupos. Lo anterior hace necesario iniciar con un capítulo referente al análisis de las variables control. Como variables de tipo demográfico se cuenta con la edad, el estado conyugal y la edad a la primera unión. Por otro lado se tienen las variables socioeconómicas como zona de residencia, educación, nivel de ingreso y la participación en la actividad económica del país.

La estructura por edades

La mayoría de las funciones biológicas y sociales de la mujer varían con la edad, atributo que a su vez está ligado en grado diverso con otras características, tales como el estado conyugal, nivel de educación, la ocupación y otras.

En el cuadro 3.1 se muestra la composición por edades de las entrevistadas. El rango de variación de la edad de las mujeres (15 a 49 años) corresponden al término demográfico denominado "mujeres en edad fértil", el cual se utilizará a lo largo del informe.

Cuadro 3.1
DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTADAS POR GRUPOS QUNQUENALES DE EDAD.COMPARACION CON EPA-81 PROYECCION AL 1/1/86
ENCUESTAS

Edad	EPA-81	EFES-86	Proyeccion1/ 1/1/86
(N)	(4580)	(3527)	100
Total	100	100	100
15-19	25	20	22
20-24	21	19	21
25-29	16	19	17
30-34	13	15	14
35-39	10	12	11
40-44	8	8	8
45-49	7	7	7

1/ Proyección basada en el censo de población de 1984.

Se puede observar que la distribución de las entrevistadas es muy similar a la esperada por la proyección; aproximadamente un 40 por ciento de las entrevistadas son menores de 25 años y sólo 15 por ciento tiene 40 años o más, lo que indica la presencia de una población de mujeres jóvenes. Con respecto a EPA-81, se presentan pequeñas diferencias explicables por el efecto sobre la composición por edades de la disminución de la natalidad que tuvo lugar en Costa Rica en la década de los 60. Ello ha hecho que en la encuesta de 1986 haya relativamente menos mujeres jóvenes que en la de 1981.

El estado conyugal y la primera unión

Como en las anteriores encuestas, se clasifica el estado conyugal en tres categorías: en unión, soltera y desunida. Por mujeres en unión se entienden aquellas que viven en estado marital, habiendo contraído o no matrimonio legal con quien conviven, es decir, mujeres casadas y en unión de hecho. En el presente estudio, así como en la ENF-76 y la EPA-81 se incluyen las uniones consensuales dentro de un concepto de unión, pues tanto en Costa Rica como en otros países latinoamericanos son bastante frecuentes. Por otro lado, como desunidas se entienden mujeres viudas, separadas, divorciadas y cuyo común denominador es que ya no viven con su cónyuge ni en unión de hecho.

En el cuadro 3.2 se puede observar la distribución del estado conyugal para las tres encuestas.

Cuadro 3.2
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL ESTADO CONYUGAL Y PORCENTAJE EN UNION POR GRUPOS DE EDAD COMPARACION CON OTRAS FUENTES

Estado Conyugal y edad	N-86 a/	ENF-76b/	EPA-81	EFES-86
Total	(3527)	100	100	100
En unión	(2097)	68	57	59
Soltera	(1079)	23	37	31
Desunida	(351)	9	7	10
	Porcentaje en unión			
15-19	(702)	ND	15	18
20-24	(677)	51	54	54
25-29	(662)	68	72	72
30-34	(537)	78	79	80
35-39	(403)	77	80	76
40-44	(296)	78	78	74
45-49	(250)	72	74	73

a/ Indica el número de mujeres entrevistadas en la EFES-86

b/ Incluye Mujeres de 20 a 49 años.

Entre las encuestas, los porcentajes son muy coherentes y se detecta en el primer panel un aumento significativo con respecto a 1981 en la proporción de mujeres en unión de la EFES-86, debido al cambio en la estructura por edades de la población.

En la comparación que se realiza con las diferentes encuestas por grupos quinquenales de edad, se detecta un pequeño aumento en el porcentaje de mujeres unidas de 15 a 19 años (cuadro 3.2) que se compensa con una disminución en los últimos grupos de edades.

Es oportuno hacer énfasis en que la información sobre el estado conyugal en estas encuestas, se ha obtenido de varias preguntas estructuradas, especialmente para detectar aquellos casos en que una mujer se declara como soltera estando unida, lo que hace poseer una mayor confianza en la validez de los datos.

La encuesta corrobora la tendencia al aumento (Rosero, 1981, p.27) en la proporción de uniones libres con respecto al total de mujeres en unión, lo que se puede observar en las siguientes cifras:

	Porcentaje en unión libre
ENF - 76	18
EPA - 81	20
EFES- 86	21

En el cuadro 3.3 se presenta la edad mediana a la primera unión, la cual, como puede observarse, se mantiene relativamente igual en los últimos cinco años, tanto para el total como por grupos quinquenales de edad. Puede notarse, además, que la mayoría de las cohortes involucradas indican una edad temprana a la primera unión que oscila alrededor de los 20 años.

Cuadro 3.3

EDAD MEDIANA A LA PRIMERA UNION SEGUN EDAD ACTUAL DE LA MUJER COMPARACION CON EPA-81 (Mujeres no solteras)

Edad actual	(N-86)	EPA-81 1/	EFES-86
TOTAL	(2448)	19.3	19.8
15-19	(142)	16.7	16.8
20-24	(399)	18.4	18.7
25-29	(550)	19.8	20.0
30-34	(487)	20.6	20.6
35-39	(369)	20.1	21.4
40-44	(274)	19.9	21.0
45-49	(227)	20.8	20.6

1/ Tabulaciones especiales de la EPA-81

Los cambios producidos a través del tiempo de la edad a la primera unión pueden observarse en el cuadro 3.4. Se confirma nuevamente el hecho de que la primera unión de la mujer costarricense se produce a una edad temprana, ya que desde 1976 hasta el presente, aproximadamente un 40 por ciento de las mujeres se unen antes de los 20 años.

La Encuesta de 1976 mostró un retardo en la edad a la primera unión, en las cohortes de mujeres nacidas de 1947 a 1956, identificado en la proporción que se unieron antes de los 20 años, sin embargo, en la EPA-81 se observa que el patrón cambió, ya que se produjo un aumento en el número de uniones precoces.

Al parecer, las mujeres que nacieron a finales de la década de los 40 presentaron un patrón diferente, pues retardaron la edad a la primera unión. Sin embargo, el número de uniones tempranas aumentó en las nuevas generaciones, hecho que se llega a comprobar en 1986, si se observa el comportamiento de las mujeres que se unieron con edades menores a los 20 años.

Se tiene además el comportamiento del celibato permanente. Aunque en términos generales su efecto sobre la fecundidad podría ser un factor más eficaz que la edad tardía de la unión, la realidad es que su frecuencia es muy baja y, por lo tanto, el impacto que realmente ejerce sobre la fecundidad es muy pequeño. Si se toma en cuenta la experiencia de las entrevistadas de más de 40 años que permanecen solteras, se puede aproximar el porcentaje de mujeres célibes toda su vida en el país. En 1976 el valor se estima en un 10 por ciento, mientras que en 1981 éste fue de 8 por ciento. Actualmente este continúa aproximadamente en 8 por ciento.

Exposición al riesgo

Al hacer referencia al grupo de variables del coito, comentado en el esquema conceptual, se ha presentado hasta ahora lo referente a la formación de uniones, lo que en cierta forma delimita el período de exposición al embarazo. Sin embargo, hay otras variables que también intervienen dentro de este grupo, cuales son la abstinencia y la frecuencia del coito.

Es importante tomar en cuenta que la delimitación denotada por los períodos en unión están a su vez afectados por estas variables. También cabe anotar el hecho de que en la actualidad se producen, con mayor frecuencia que en el pasado, las relaciones sexuales fuera de la unión, las que a su vez producen un efecto en los niveles de fecundidad.

En la Encuesta se incluyeron tres preguntas referentes a la frecuencia del coito y referidas a aquellas mujeres que indicaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez. En la primera pregunta se investigó si se habían tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días. En la segunda, hace cuántos días había tenido su última relación y en la tercera, el número de días, durante los ocho días anteriores a la entrevista, en que habían tenido relaciones sexuales.

Las dos últimas preguntas, que son muy semejantes, se elaboraron con el propósito de observar si la primera de ellas mejoraba la información de la siguiente, por lo que la pregunta "¿Hace cuántos días tuvo su última relación?", se realizó a la mitad de las entrevistadas.

Cuadro 3.4

DISTRIBUCION SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION DE LAS ENTREVISTADAS CLASIFICADAS POR EDAD ACTUAL ENCUESTAS DE 1976, 1981 Y 1986

Edad a la unión	Edad actual					
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Encuestas 1976						
(Años aproximados de nacimiento)	(52-56)	(47-51)	(42-46)	(37-41)	(32-36)	(27-31)
Total	(986)	(839)	(653)	(583)	(448)	(426)
Menos de 20	39	35	42	44	42	37
20-24	16*	33	31	25	31	31
25-29	-	7*	12	12	10	13
30 y más	-	-	3*	6*	7*	9*
Solteras	45	25	12	13	10	10
Encuesta 1981						
(Años aproximados de nacimiento)	(57-61)	(52-56)	(47-51)	(42-46)	(37-41)	(32-36)
Total	(948)	(738)	(575)	(481)	(377)	(329)
Menos de 20	41	41	39	44	47	38
20-24	16*	30	33	28	26	35
25-29	-	8*	13	12	12	13
30 y más	-	-	2*	5*	7*	6*
Solteras	43	21	13	11	8	8
Encuesta 1986						
(Años aproximados de nacimiento)	(62-66)	(57-61)	(52-56)	(47-51)	(42-46)	(37-41)
Total	(677)	(662)	(537)	(403)	(296)	(250)
Menos de 20	40	42	40	36	39	40
20-24	19*	34	35	34	27	30
25-29	-	7*	13	14	17	10
30 y más	-	-	3*	7*	11*	10*
Solteras	41	17	9	8	7	9

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

En el cuadro 3.5 se presenta la proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días según la edad y por estado conyugal. Como puede observarse, el 84 por ciento de las mujeres en unión han tenido relaciones sexuales en el último mes y de las no en unión el 19 por ciento lo han hecho. Cabe destacar que de este grupo no en unión, las mayores proporciones se observan entre las mujeres menores de 24 años, mientras que para las mujeres en unión los mayores se presentan de los 20 a los 39 años cumplidos.

Cuadro 3.5
PROPORCIÓN DE MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y ESTADO CONYUGAL
 (No incluye mujeres de 15-24 años que no hayan tenido relaciones sexuales alguna vez)

Grupos de edad	(N)	Total	En unión	No en unión
Total	(2802)	68	84	19
15-19	(180)	62	79	26
20-24	(474)	72	87	26
25-29	(662)	66	85	19
30-34	(537)	74	88	19
35-39	(403)	68	85	14
40-44	(296)	64	81	18
45-49	(250)	58	75	9

En el cuadro 3.6 se presenta la distribución porcentual de las mujeres en unión según el número de días, en que durante los ocho días previos a la entrevista, habían tenido relaciones sexuales. Como puede notarse, el valor más frecuente es de un día, con un promedio de 1.3 días a la semana. Aunque no son del todo comparables estos resultados, puede decirse que concuerdan con los de un estudio realizado entre las usuarias del Programa Nacional de Planificación Familiar en 1982 (Rosero et al., 1985, p.37), donde se obtuvo información acerca del número promedio de relaciones sexuales en la semana anterior a la entrevista y cuyo resultado fue de 1.7.

Cuadro 3.6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN NÚMERO DE DÍAS EN QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS OCHO DÍAS ANTERIORES A LA ENTREVISTA
 (Mujeres en unión)

# de días	Porcentaje
(N)	(2097)
Total	100.0
0	31.1
1	32.2
2	21.0
3	9.5
4	3.8
5 y más	2.4
Promedio de días en los últimos ocho días	1.3

Respecto a la prueba a que se sometieron las dos preguntas sobre relaciones sexuales, se encontró que la referente a hace cuántos días tuvo su última relación sexual no contribuye a mejorar la información.

En general, puede notarse que la frecuencia del coito, medido en este caso, por el número de días en que han tenido relaciones sexuales, es mucho menor a lo que generalmente se espera, lo que ya había sido encontrado en el país en el estudio comentado de 1982.

Características socioeconómicas

En el cuadro 3.7 se presenta la distribución de las entrevistadas de acuerdo con el lugar de residencia y el nivel de educación, y además se compara con otras fuentes de datos.

Cuadro 3.7
DISTRIBUCIÓN DE LAS ENTREVISTADAS SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN
COMPARACIÓN CON ENF-76 Y EPA-81

Característica	ENF-76a/	EPA-81	EFES-86
(N)	(3935)	(4580)	(3527)
Total	100	100	100
Residencia			
Area Metropolitana	32	32	31
Valle Central Urbano	13	13	14
Valle Central Rural	20	21	19
Resto Urbano	9	9	11
Resto Rural	26	25	25
Educación			
Ninguna	4	4	3
Primaria 1-2	11	8	5
Primaria 3-5	26	19	16
Primaria Completa	25	28	30
Secundaria 1-4	17	21	21
Secundaria Completa	8	11	14
Universitaria	9	9	11

a/. Incluye mujeres de 20 a 49 años.

La variable "residencia" distribuye la muestra de mujeres en cinco grandes categorías que comprenden la totalidad del país. Las primeras tres categorías forman lo que suele llamarse el Valle Central, donde se observa la mayor densidad de población y predomina la urbanización. Las dos últimas forman el resto del país, el cual es predominantemente rural.

La distribución de acuerdo a estas cinco categorías, muestra que en las tres encuestas los resultados son muy semejantes: cerca de un 65 por ciento de la población reside en el Valle Central y aproximadamente un 55 por ciento habita en la zona urbana.

El nivel educativo de las entrevistadas comprende el último año aprobado en el sistema de enseñanza regular. Los cambios de esta variable reflejan las ganancias en

esta materia, pues se observa una disminución gradual en los grupos de menor nivel educativo, lo cual es compensado con un aumento en los grupos de mayor nivel, como lo son secundaria completa y universitaria.

En el cuadro 3.8 se presentan otras variables socioeconómicas sobre las cuales no se poseen datos comparables: si la mujer trabajaba al momento de la encuesta, si trabajó en los últimos 5 años y un indicador del nivel de ingreso.

La participación de la mujer en la actividad económica se ha evaluado de diferentes maneras en las distintas encuestas y por ello no tiene comparabilidad. Al momento de la Encuesta, casi un tercio de las mujeres participaba en la actividad económica del país y cerca de la mitad había participado en los últimos cinco años.

Como es sabido, la participación de la mujer en el empleo se caracteriza por las fluctuaciones estacionales a través del año. Lo anterior se advierte pues la EFES-86 fue realizada a principios de año, época en que la proporción de mujeres que trabajan aumenta, debido a las vacaciones en los centros educativos y a que es la época en que se realiza la recolección del café.

Por último, se presenta la distribución de las entrevistadas de acuerdo con un indicador del ingreso, calculado con base en la tenencia de artefactos de la vivienda donde reside la entrevistada. La lógica que se aplica se basa en la idea de que la tenencia o no de un artefacto está correlacionada en mayor o menor grado con el poder adquisitivo de la entrevistada y por ello, artefactos cuya tenencia total es baja, se da porque no todas las entrevistadas u otros miembros del hogar tienen suficiente poder adquisitivo para tenerlo y viceversa.

El procedimiento para la construcción es el siguiente:

- a- A la tenencia de un artefacto particular se le asigna el valor de 1 y la no tenencia un valor de 0.
- b La tenencia de cada uno de los artefactos, asociados con una entrevistada, se multiplican por un factor de ponderación (el inverso de la proporción total) y se suman.

La función que cumple la ponderación es representar, por medio de un valor, la importancia de la tenencia de un artefacto específico. Así por ejemplo, la tenencia total de vehículo resultó de 0.17, una proporción baja que se interpreta en el sentido de que la tenencia del mismo requiere de un ingreso relativamente alto y por ello se le debe asignar una ponderación alta que se calcula con base en el inverso de la proporción total (5.9).

El procedimiento explicado se puede resumir por medio de la siguiente fórmula

$$\sum_{i=1}^{10} P_i^{-1} \cdot K_i$$

Donde i representa el i -ésimo artefacto
 P_i es el inverso de la proporción total (ponderación recodificada del artefacto i),
 K_i es el valor que toma el artefacto i , donde 1 implica "tiene" y 0 implica "no tiene".

A continuación se muestra una tabla que presenta los artefactos utilizados para construir el indicador, la proporción total de tenencia y sus respectivas ponderaciones.

La ponderación recodificada se emplea para controlar el rango de variación del indicador y es lo que se utiliza para obtener los puntajes.

Artefacto (i)	Proporción (Pi)	Ponderación	Ponderación Recodificada
1 Cocina	0.93	1.1	1
2 TV blanco y negro	0.69	1.4	1
3 Refrigeradora	0.60	1.7	2
4 Lavadora	0.41	2.4	2
5 Teléfono	0.28	3.6	3
6 TV Color	0.25	4.0	4
7 Cepillo eléctrico	0.24	4.2	4
8 Calentador para baño	0.17	5.9	5
9 Vehículo	0.17	5.9	5
10 Tanque agua caliente	0.04	25.0	5
Puntaje mínimo			0
Puntaje máximo			32

Finalmente se construyen a juicio tres niveles de ingreso, donde los porcentajes representan aproximadamente cada uno de éstos.

Cuadro 3.8
 DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTADAS SEGUN SITUACION OCUPACIONAL Y EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS Y NIVEL DE INGRESO

Características	(N)	Porcentaje
Total	(3527)	100
Trabaja actualmente		
Sí	(1115)	32
No	(2412)	68
Trabajó en últimos 5 años		
Sí	(1693)	48
No	(1834)	52
Nivel de Ingreso		
Bajo	(1213)	34
Medio	(1484)	42
Alto	(830)	24

IV. LA ANTICONCEPCION

Johnny Madrigal

La práctica anticonceptiva es una de las variables responsables del amplio rango en los niveles de fecundidad observados en diversas poblaciones. En algunos países en vías de desarrollo, el uso de los anticonceptivos es poco común y la fecundidad es relativamente alta, mientras que en otras naciones más desarrolladas -donde la fecundidad es baja- las mujeres en unión son usuarias activas de los métodos anticonceptivos. Si bien es cierto que la proporción de mujeres en unión, la edad a la primera unión y la infertilidad post-parto, entre otras, son variables que contribuyen a explicar el comportamiento de la fecundidad, no cabe duda que la anticoncepción juega el papel más importante en el tamaño final de la familia.

En el caso específico de Costa Rica, en 1968 el Estado comenzó a ofrecer servicios de Planificación Familiar, los cuales ya se venían dando a nivel privado y así nació el Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF), como respuesta a la necesidad sentida por la población, por lo cual tuvo mucha aceptación. Actualmente los servicios asistenciales de planificación familiar se imparten en las unidades de atención del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Se tiene a disposición de las usuarias la mayoría de los anticonceptivos artificiales que existen en el mercado y se promueve también el uso de métodos "naturales".

Es conveniente aclarar que, aunque el PNPF ofrece una amplia gama de anticonceptivos, actualmente no incluye la esterilización, el aborto ni los gestágenos inyectables, por no considerarlos métodos de planificación familiar.

Desde hace algunos años- a partir de 1980- el PNPF se ha visto envuelto en la llamada Universalización de los Seguros Sociales (Jaramillo y Miranda, 1985), proceso de integración que pretende, entre otros, eliminar la dualidad de servicios por parte de la CCSS y el Ministerio de Salud, asignando los programas de consulta médica al primero y los programas de prevención al segundo, donde se incluye el PNPF.

Este capítulo no agota las posibilidades de análisis de la información recogida en el cuestionario, sino se presenta una exposición descriptiva y comparativa con otras fuentes para estudiar el conocimiento, disponibilidad y aceptabilidad de los anticonceptivos, así como también la experiencia, el uso actual y las fuentes de abastecimiento, entre otros. Finalmente se incluye una parte sobre esterilización, pues se considera como un anticonceptivo controversial.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

Por la difusión de métodos anticonceptivos que se ha dado a través de los años, su conocimiento es bastante alto. Desde 1976 se da que el conocimiento de algún método anticonceptivo es general, ya que el 100 por ciento de las mujeres en unión conocen al menos uno de estos (cuadro 4.1). Sin embargo, se debe tener presente que la pregunta formulada es muy superficial y pretende dar una idea muy general acerca del tema, preguntando: ¿Ha oído hablar de ...?, para cada uno de los anticonceptivos.

Cuadro 4.1
PORCENTAJE QUE CONOCE CADA UNO DE LOS METODOS Y PORCENTAJE QUE SABE DONDE OBTENERLOS
COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81
(Mujeres en unión)

Método	Conoce el método			Sabe dónde obtenerlo	
	ENF-76a/	EPA-81	EFES-86	EPA-81	EFES-86
(N)	(2684)	(2593)	(2997)	(2593)	(2097)
Píldora	98	99	99	95	95
DIU	93	93	95	81	84
Condón	92	93	97	87	93
Inyección	89	88	89	77	78
Vaginales	72	74	77	67	70
Esterilización	94	97	95	91	87
Vasectomía	68	62	65	54	56
Billings	ND	ND	6	-	-
Ritmo	82	87	90	-	-
Retiro	68	68	61	-	-
Otros	7	11	5	-	-
Algún método	100	100	100	98	99

a/ Mujeres de 20 a 49 años de edad.

Los métodos más conocidos actualmente son: la pastilla, el condón, la esterilización femenina, el DIU y el ritmo con porcentajes superiores o iguales al 90 por ciento. Entre los menos conocidos están la vasectomía y el retiro, con porcentajes de 65 y 61 por ciento respectivamente. Además se encuentra el método de Billings con sólo un 6 por ciento de mujeres que han oído hablar de éste, lo cual es rápidamente comprensible si se toma en cuenta que se trata de un método natural relativamente nuevo.

Los anticonceptivos, cuyo conocimiento ha aumentado significativamente a través del tiempo, son el condón y el ritmo, los cuales han alcanzado para 1986 porcentajes del 97 y 90 por ciento respectivamente. En cambio, el conocimiento del retiro ha disminuído, debido probablemente a su ineficacia.

Por otra parte, se preguntó a la entrevistada, para cada uno de los métodos, si conoce el lugar dónde obtenerlo^{1/}. Los resultados muestran que generalmente las mujeres saben al menos de un lugar para obtener un método, lo que se explica por la amplia cantidad de establecimientos que suministran anticonceptivos en el país (cuadro 4.1 y gráfico 4.1).

La pastilla es el método cuya fuente de abastecimiento es más conocida, seguido en orden de importancia por el condón y la esterilización. En general, se observa una tendencia de aumento en el conocimiento de la fuente de abastecimiento, para cada uno de los anticonceptivos con respecto a la EPA-81, exceptuando la esterilización, y es importante observar que es el condón el método que presenta un mayor cambio.

Disponibilidad de métodos anticonceptivos

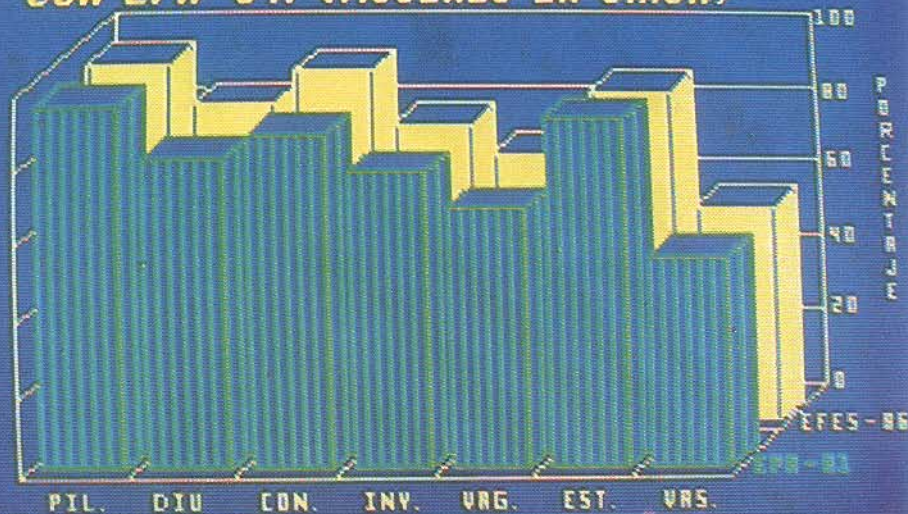
En el cuestionario de la EFES-86 se recolectó información con respecto al tiempo que tardaría normalmente para llegar a la fuente de abastecimiento más cercana. A este dato se le ha llamado "tiempo percibido" y no necesariamente coincide con el tiempo real, pues está afectado por el conocimiento de la fuente y la percepción del tiempo para llegar al mismo.

Cuadro 4.2
DISTRIBUCION Y MEDIANA DEL TIEMPO DE VIAJE
PERCIBIDO AL CENTRO DE PLANIFICACION FAMILIAR
MAS CERCANO SEGUN AREA DE RESIDENCIA.
COMPARACION CON EPA-81
(Mujeres en unión)

Tiempo y residencia	EPA-81	EFES-86
(N)	(2593)	(2097)
	Distribución	
Tiempo (minutos)	100	100
Menos de 10	18	17
10 - 19	33	30
20 - 30	30	32
31 - 60	12	12
Más de 60	5	7
No conoce	2	2
	Mediana(minutos)	
Total	23	20
Area Metropolitana	16	15
Resto Urbano	15	15
Rural	30	30

1/ En la ENF-76 no se recogió el dato y se excluyen también los métodos naturales, dado que éstos no requieren de ir a un lugar específico continuamente para obtenerlo.

GRAFICO 4.1
PORCENTAJE QUE SABE DONDE OBTENER CADA
METODO ANTICONCEPTIVO, COMPARACION
CON EPA-81. (MUJERES EN UNION)



FUENTE: CUADRO 4.1

En el cuadro 4.2 puede observarse, tanto en la EPA-81 como en la EFES-86, que alrededor de la mitad de las mujeres en unión perciben un tiempo menor a 20 minutos para llegar a la fuente de abastecimiento más cercana. La mediana del tiempo en minutos es muy similar entre 1981 y 1986, lo que se cumple no sólo para el total, sino también por área geográfica. Lo anterior indica que existe un alto grado de disponibilidad de fuentes de abastecimiento de métodos anticonceptivos.

Aceptabilidad de la planificación familiar

Se preguntó en forma directa a la entrevistada si el compañero aprueba o desaprueba la planificación familiar y entre las categorías de respuesta se escogieron "aprueba" y "no le importa", para formar la variable de aceptación por parte del compañero. Por otro lado, a la entrevistada no se le formuló una pregunta directa y por lo tanto ésta es el resultado de varias preguntas independientes. Se consideró que aceptaban la planificación familiar las mujeres que cumplían con alguna de las siguientes características:

- a. Mujeres esterilizadas
- b. Mujeres que actualmente usan métodos anticonceptivos
- c. Mujeres que no usan actualmente y piensan usar un método anticonceptivo pronto o en el futuro.

También se debe tomar en cuenta que el cruce de la variable aceptación, tanto de mujeres como de compañe-

ros, se realiza con respecto a las características de la mujer.

Existen varios puntos interesantes que caben destacar del cuadro 4.3 y gráfico 4.2. En primer lugar se observa que existen altos porcentajes de aceptabilidad tanto de las mujeres como de sus compañeros. Segundo, por lo general la entrevistada manifiesta una actitud más favorable hacia la aceptabilidad de la planificación familiar que su compañero. Y por último, las mayores diferencias entre la entrevistada y el compañero se dan en el primer grupo de edad, en las áreas rurales del país, niveles de educación bajos -secundaria incompleta o menos- y en el nivel de ingreso bajo.

La experiencia anticonceptiva

El porcentaje de mujeres en unión que ha usado por lo menos un método anticonceptivo ha pasado del 90 por ciento; el 85 por ciento ha usado alguno artificial o eficaz y sólo un 6 por ciento ha usado solamente métodos naturales (cuadro 4.4).

Es interesante hacer notar no sólo que, a través del tiempo se observa un porcentaje cada vez mayor que ha usado algún método, sino que existe una tendencia de disminución al empleo de sólo métodos naturales, lo cual es compensado en mayor proporción por un aumento sostenido del porcentaje que ha usado métodos artificiales.

Cuadro 4.3

PORCENTAJE DE ENTREVISTADAS Y COMPAÑEROS QUE ACEPTAN LA PLANIFICACION FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD, AREA DE RESIDENCIA, NIVEL DE EDUCACION Y NIVEL DE INGRESO DE LA MUJER

Característica	(N)	(Mujeres en unión)		
		Entrevistada	Compañero	Diferencia
Total	(2097)	89.3	82.6	6.7
Edad				
15-24	(486)	94.2	83.6	10.6
25-34	(904)	90.6	86.1	4.5
35-49	(707)	84.3	77.5	6.8
Residencia				
Area Metropolitana	(616)	90.7	85.6	5.1
Valle Central Urbano	(262)	90.8	85.1	5.7
Valle Central Rural	(407)	89.4	79.1	10.3
Resto Urbano	(232)	90.1	84.9	5.2
Resto Rural	(580)	86.7	79.8	6.9
Educación				
Ninguna	(78)	74.4	55.1	19.3
Primaria 1-2	(140)	76.4	73.5	2.4
Primaria 3-5	(391)	86.7	79.3	7.4
Primaria Completa	(667)	91.0	84.0	7.0
Secundaria 1-4	(398)	93.4	82.1	11.3
Secundaria Completa	(233)	94.8	93.6	1.2
Universitaria	(190)	88.8	90.9	2.1
Nivel de ingreso				
Bajo	(805)	88.1	78.6	9.5
Medio	(827)	90.6	83.4	7.2
Alto	(465)	89.2	87.9	1.3

GRAFICO 4.2A

ACEPTABILIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POR PARTE DE LAS ENTREVISTADAS Y SU COMPANERO SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS

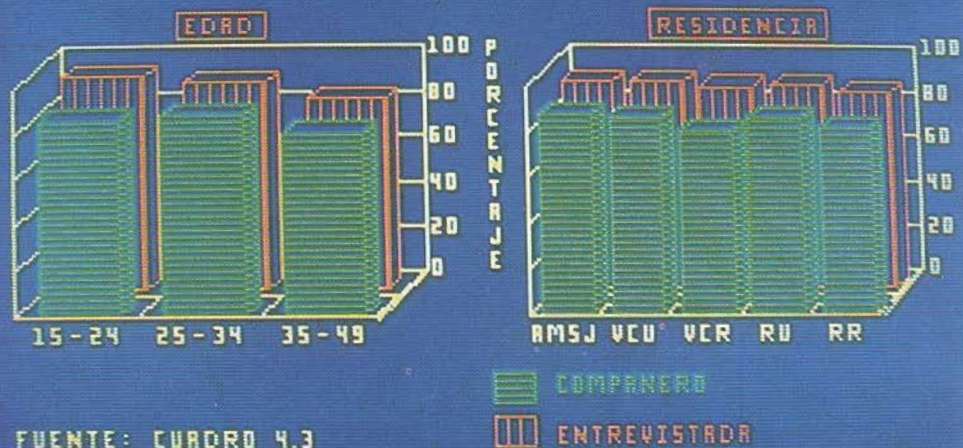
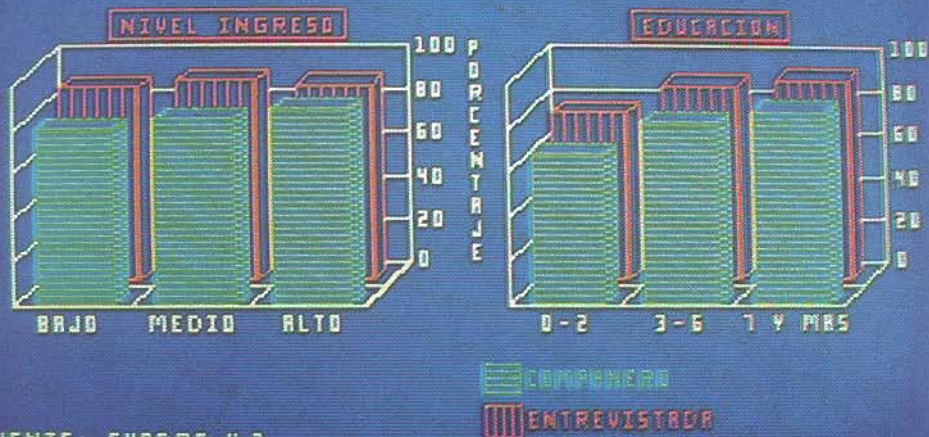


GRAFICO 4.2B

ACEPTABILIDAD DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POR PARTE DE LAS ENTREVISTADAS Y SU COMPANERO SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS



FUENTE: CUADRO 4.3

La píldora y el condón continúan siendo los anticonceptivos que han sido más usados y junto con el DIU son los métodos que muestran una tendencia de aumento más definida. Por el contrario, métodos vaginales y el retiro muestran una tendencia de disminución en relación con el uso pasado.

Uso actual de métodos anticonceptivos

En el transcurso de los últimos 5 años, el porcentaje de mujeres en unión usando anticonceptivos ha aumentado de 65 a 69 por ciento. A pesar de los cambios ocurridos y de las diferentes tendencias en el uso de cada método, continúan siendo, en orden de importancia, la pastilla la esterilización femenina y el condón los métodos más usados actualmente (Cuadro 4.5 y gráfico 4.3).

Tomando en cuenta cada uno de los diferentes métodos, el cambio ocurrido entre 1981 y 1986 puede explicarse por el aumento en el uso tanto del DIU como el ritmo y principalmente del condón. Otros métodos como la píldora, los vaginales y el retiro presentan una tendencia a continuar disminuyendo, mientras que la inyección, la esterilización femenina y la vasectomía presentan un comportamiento irregular.

Diferenciales en el uso de anticonceptivos

En el cuadro 4.6 se presenta información acerca de la evolución y diferenciales del uso de métodos anticonceptivos. Cabe destacar que el aumento en el uso de métodos anticonceptivos ha sido prácticamente generalizado en todas las subpoblaciones de estudio. Es importante observar primero que el aumento ha ocurrido principalmente en mujeres de 35 años o más y por aquellas que poseen un hijo o más. Segundo, del lugar de residencia se observa que en el área urbana del país, el uso de métodos anticonceptivos es mayor que en el área rural,

sin embargo, es fuera del Valle Central (Resto Urbano y Rural) donde se han dado los mayores aumentos. Por último, es un hecho que cuanto mayor es el nivel educativo de las entrevistadas, mayor es el porcentaje que usa anticonceptivos. Pero además el aumento es mayor en los grupos con menor nivel educativo (primaria completa o menos).

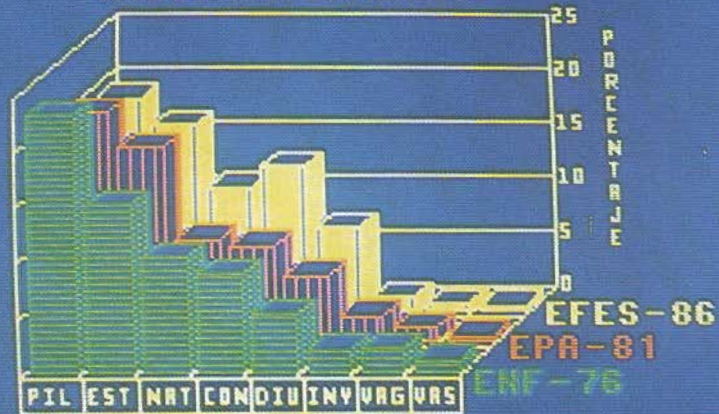
En el cuadro 4.7 y gráfico 4.4 se presenta información referente al uso diferencial en cada tipo de método. Los métodos artificiales modernos son más usados que los tradicionales y los naturales en todas las subpoblaciones de estudio. Sin embargo, no sucede lo mismo al comparar los artificiales modernos con la esterilización. Existe una relación directa entre la esterilización y algunas variables seleccionadas, es decir, mayor es el porcentaje de mujeres esterilizadas cuanto mayor sea la edad, el número de hijos vivos, el grado de urbanización y el nivel de ingreso, relación que no se cumple para los otros tipos de métodos.

Lo anterior ocasiona que a partir de los 35 años y 3 hijos vivos el porcentaje de mujeres esterilizadas superan los porcentajes de mujeres que emplean artificiales u otros.

Razones para no usar anticonceptivos e intenciones futuras

A aquellas mujeres que actualmente no están usando anticonceptivos se les preguntó el motivo de su decisión. En el cuadro 4.8 se muestran las respuestas más frecuentes de las entrevistadas que se encuentran en unión, y puede observarse que casi las tres cuartas partes de las que no usan es porque no lo necesitan actualmente (70%): un 2 por ciento o cohabita, un 17 por ciento se explica por la infertilidad de ella o del compañero, cerca de un 50 por ciento por motivos del embarazo actual o infertilidad post-parto (34 y 17% respectivamente).

GRAFICO 4.3
PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS
METODOS ANTICONCEPTIVOS, COMPARACION
CON ENF-76 Y EPA-81
(MUJERES EN UNION)



FUENTE: CUADRO 4.5

METODOS

Cuadro 4.4
 PORCENTAJE QUE HA USADO ALGUNA VEZ CADA
 UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.
 COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81
 (Mujeres en unión)

Método	ENF-76	EPA-81	EFES-86
(N)	(2684)	(2537)	(2097)
Píldora (53)	52	58	61
DIU (13)	12	15	19
Condón	37	43	45
Inyección	9	11	9
Vaginales	12	11	7
Esterilización fem. (16)	15	17	17
Vasectomía	1	1	1
Ritmo (22)	21	26	25
Retiro (27)	26	25	18
Folclóricos	2	2	1
Algún método (84)	83	88	91
Solo naturales b/	9	7	6
Alguno artificial b/(75)	74	82	85

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

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

Cuadro 4.5
 PORCENTAJE USANDO CADA UNO DE LOS METODOS
 ANTICONCEPTIVOS COMPARACION
 CON ENF-76 Y EPA-81
 (Mujeres en unión)

Método	ENF-76 a/	EPA-81	EFES-86
(N)	(2684)	(2537)	(2097)
Píldora (22.5)	23.0	20.6	19.2
DIU (5.2)	5.0	5.7	7.4
Condón (8.8)	8.6	8.4	12.9
Inyección (2.0)	1.9	2.2	1.2
Vaginales	2.0	1.2	0.6
Esterilización fem. (15.9)	14.7	17.3	16.7
Vasectomía	1.0	0.5	0.5
Ritmo (5.1)	(5.0)	6.2	7.6
Retiro (4.6)	4.5	2.8	3.1
Folclóricos	0.9	0.3	0.1
Resumen			
Total usando (68)	67	65	69
Esterilización b/ (17)	16	18	17
Artificial moderno c/	30	28	28
Artificial tradicional d/	11	10	13
Natural e/ (11)	10	9	11

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

b/ Esterilización= femenina y masculina (vasectomía)

c/ Artificial moderno=píldora, DIU e inyección

d/ Artificial tradicional= condón y vaginales

e/ Natural= ritmo, retiro, billings y folclóricos.

Cuadro 4.6
 PORCENTAJE USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS. COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81 (Mujeres en unión)

Variable	N-86	ENF-76 1/	EPA-81	EFES 86
Total (15-4)	(2097)	ND	65	69
Total (20-49)	(1974)	68	66	70
Edad				
15-19	(123)	ND	47	51
20-24	(363)	64	58	60
25-29	(473)	70	65	65
30-34	(431)	73	72	67
35-39	(306)	75	76	84
40-44	(218)	70	70	78
45-49	(183)	51	57	68
Hijos vivos				
0	(154)	24	29	27
1	(368)	65	57	63
2	(552)	74	67	73
3	(454)	77	77	79
4	(216)	74	76	78
5	(127)	75	72	79
6 y más	(226)	67	67	65
Residencia				
Area Metropolitana	(616)	ND	70	74
Valle Central Urbano	(258)	ND	70	72
Valle Central Rural	(410)	ND	66	67
Resto Urbano	(234)	ND	65	74
Resto Rural	(579)	ND	57	62
Educación				
Menos de 3 Primaria	(218)	ND	58	62
Primaria 3-5	(392)	ND	62	66
Primaria Completa	(668)	ND	65	70
Secundaria 1-4	(379)	ND	71	72
Secundaria Completa o Universitaria	(440)	ND	70	73

1/Incluye mujeres de 20 a 49 años.

Una respuesta menos común es "Quiere Embarazarse" con 8 por ciento y otras fueron menos frecuentes como "No le gustan" y "Por razones de salud" (ambas con 3%).

Por otra parte, se hizo referencia al tema de las intenciones futuras de las mujeres fértiles que no están usando anticonceptivos. Al respecto puede observarse (cuadro 4.8) que aproximadamente 9 de cada 10 mujeres embarazadas o infértiles post-parto piensan utilizar un método anticonceptivo en el futuro y casi 7 de cada 10 mujeres que actualmente desean quedar embarazadas también piensan usarlo.

Fuentes de abastecimiento

A aquellas mujeres en unión que actualmente están usando

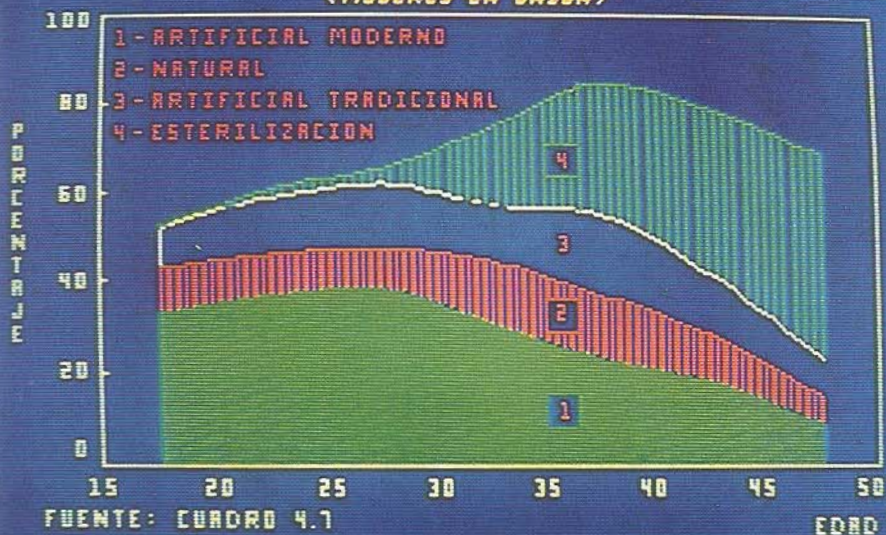
Cuadro 4.7

PORCENTAJE USANDO DIFERENTES TIPOS DE METODOS SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS (Mujeres en unión)

Variables	(N)	Total usando	Tipo de método			
			Estabilización	Moderno	Artificial	Artificial
Total	(2097)	69	17	28	13	11
Edad						
15-19	(123)	51	0	32	9	10
20-24	(363)	60	2	36	13	9
25-29	(473)	65	4	37	15	9
30-34	(431)	74	18	29	13	14
35-39	(306)	84	30	22	18	14
40-44	(218)	78	38	17	13	10
45-49	(183)	68	46	8	8	6
Hijos vivos						
0	(154)	27	1	14	5	7
1	(368)	63	2	35	13	13
2	(552)	73	7	37	17	12
3	(454)	79	26	27	15	12
4	(216)	78	33	26	13	6
5 y más	(353)	70	37	15	10	8
Residencia						
Area Metropolitana	(616)	74	17	29	17	11
Valle Central Urbano	(258)	72	19	24	13	16
Valle Central Rural	(410)	67	18	22	14	13
Resto Urbano	(234)	74	19	36	12	7
Resto Rural	(579)	62	15	29	10	8
Educación						
Menos de 3 primaria	(218)	62	24	24	8	6
Primaria 3-5	(392)	66	23	20	13	10
Primaria completa	(668)	70	15	29	14	12
Secundaria 1-4	(379)	72	11	36	14	11
Secundaria completa o Universitaria	(440)	73	18	27	15	13
Nivel de Ingreso						
Bajo	(805)	60	12	28	11	9
Medio	(827)	72	17	29	15	11
Alto	(465)	81	26	26	15	14

métodos anticonceptivos artificiales se les formuló la pregunta: "¿Dónde consigue el método anticonceptivo que usa actualmente?" En el cuadro 4.9 se muestran los resultados obtenidos y se puede determinar que es en la Caja Costarricense de Seguro Social (55%), donde las usuarias acuden con mayor frecuencia a obtenerlo. En segundo lugar se encuentra el Ministerio de Salud y como

GRAFICO 4.4
PORCENTAJE USANDO DIFERENTES TIPOS
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR EDAD.
(MUJERES EN UNION)



tercero las farmacias. Es importante destacar que cerca del 75 por ciento de las mujeres usando anticonceptivos artificiales se abastecen en el sector público costarricense lo que pone de manifiesto la gran cobertura del Programa de Planificación Familiar en el país.

Cuadro 4.8

DISTRIBUCION DE LA RAZON MENCIONADA PARA NO ESTAR USANDO ANTICONCEPTIVOS SEGUN INTENCIONES FUTURAS PARA MUJERES QUE HAN USADO Y AHORA NO Y MUJERES QUE NUNCA HAN USADO METODOS

(Mujeres en unión que no están usando anticonceptivos)

Razón mencionada	(N)	Distribución según razón	Intenciones futuras			
			Total	Piensa usar	No piensa usar	No sabe
Total	(642)	100	100	63	32	5
No cohabita (Infértil (ella o compañero)	(14)	2	100	(57)	(43)	(0)
Embarazada	(219)	34	100	90	5	5
Infértil post parto	(109)	17	100	87	10	3
Quiere embarazarse	(50)	8	100	68	22	10
No le gustan	(21)	3	100	(24)	(52)	(24)
Salud	(20)	3	100	(50)	(45)	(5)
Otras razones	(99)	16	100	59	37	4

Los porcentajes entre paréntesis, fueron estimados con una base menor a los 40 casos.

Con los resultados obtenidos se determina que es la CCSS la principal fuente de abastecimiento en el país, hecho que se ha mantenido durante los últimos 5 años. Por otra parte, el Ministerio de Salud ha captado un mayor número

de usuarias en los últimos 5 años, probablemente debido a la integración de los Servicios de Salud, convirtiéndose en la segunda fuente de abastecimiento del país.

La esterilización y la píldora son los anticonceptivos más solicitados en el sector público. Otro anticonceptivo cuya fuente de abastecimiento es importante en este sector es el condón, pues presenta un gran aumento de 1981 a 1986. El DIU presenta una drástica reducción con respecto a 1981, a pesar de ser uno de los anticonceptivos cuyo uso se incrementó más en el último quinquenio.

Todo lo anterior se complementa con la información del cuadro 4.10, donde se observa en general que, a mayor número de hijos vivos, menor grado de urbanización, menor nivel educativo y menor nivel de ingreso, mayor es el porcentaje de mujeres que se abastecen en el sector público costarricense.

Son las mujeres jóvenes las que han incrementado en mayor grado el hecho de obtener los anticonceptivos en el sector público. Las mujeres con más de 3 hijos no sólo son las que más se abastecen en el sector público costarricense, sino en las que se ha producido un incremento mayor con respecto a la EPA-81. De igual manera, es en la parte rural del país donde las mujeres se abastecen con mayor frecuencia en este sector pero, al comparar con la EPA-81, se observa que ha sido en el área urbana del país donde más se ha incrementado el uso de este sector como fuente de abastecimiento.

Cuadro 4.9

DISTRIBUCION SEGUN LA FUENTE DE ABASTECIMIENTO DEL ANTICONCEPTIVO UTILIZADO Y PORCENTAJE POR METODO SEGUN FUENTE DE ABASTECIMIENTO. COMPARACION CON EPA-81 (Mujeres en unión usando anticonceptivos artificiales)

Fuente	Distribución		Método	% sector público		
	EPA-81	EFES-86		(N-86)	EPA81	EFES-86
(N)	(1499)	(1229)	(N)	(1229)	(1449)	(1229)
Total	100	100	Total		75	76
Seguro Social	57	55	Píldora	(402)	77	81
Ministerio Salud	15	19	DIU	(156)	72	56
Farmacia con cupón	3	2	Condón	(271)	52	66
Farmacia sin cupón	16	13	Inyección	(25)	79	(52)
Clinica privada o médico particular	7	9	Vaginales	(13)	(23)	(38)
Otro	1	2	Esterilización	(351)	90	90
No sabe	1	0	Vasectomía	(11)	(50)	(36)

Tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento

A cada usuaria de métodos artificiales se le preguntó el tiempo que tarda para llegar al lugar donde se abastece del anticonceptivo empleado. En el cuadro 4.11 se presentan algunos resultados, de los cuales se observa que un 56 por ciento de las usuarias tardan menos de 30 minutos para llegar al lugar donde consiguen anticonceptivos, porcentaje ligeramente mayor al que se obtuvo en la EPA-81.

La mediana del tiempo en minutos muestra una tendencia a disminuir, pues pasa de 28 minutos en la EPA-81 a 21 minutos en la EFES-86. Dicha disminución es generalizada a todas las fuentes de abastecimiento, principalmente al Ministerio de Salud. Lo anterior proporciona un panorama, donde las mujeres acuden principalmente a los establecimientos del sector público más cercanos, pues, como se sabe, los métodos más usados son los de mayor costo en el sector privado.

La pastilla anticonceptiva y el condón son métodos cuyo tiempo de duración al ir a la fuente de abastecimiento es corto (20 minutos aproximadamente) y son los que presentan una mayor reducción con respecto a la EPA-81.

Finalmente, el lugar de residencia muestra que es la parte urbana del país donde se tarda menos en conseguir los anticonceptivos empleados, dadas sus facilidades de acceso. Aún así, es el área rural la que muestra una mayor disminución de tiempo, producto de la extensión del Programa de Planificación Familiar en todo el país.

Cuadro 4.10

PORCENTAJE DE MUJERES EN UNION QUE USAN METODOS ARTIFICIALES QUE SE ABASTECEN EN EL SECTOR PUBLICO SEGUN EDAD, HIJOS VIVOS, RESIDENCIA, EDUCACION, NIVEL DE INGRESO COMPARACION CON EPA-81 (Mujeres en unión que usan métodos artificiales)

Variable	(N-86)	EPA-81	EFES-86
Total	(1229)	75	76
Edad			
15-24	(234)	74	79
25-34	(552)	71	73
35-49	(473)	81	78
Hijos vivos			
Menos de 3	(552)	70	66
3-4	(458)	73	78
5 y más	(219)	88	94
Residencia			
Area Metropolitana	(390)	60	60
Valle Central Urbano	(143)	72	75
Valle Central Rural	(222)	82	81
Resto Urbano	(157)	75	78
Resto Rural	(317)	90	90
Educación			
Menos de 3 primaria	(123)	88	94
Primaria 3-5	(219)	85	88
Primaria completa	(390)	84	83
Secundaria 1-4	(230)	66	70
Secundaria completa o Universitaria	(264)	47	51
Nivel de ingreso			
Bajo	(414)	ND	90
Medio	(506)	ND	80
Alto	(309)	ND	50

Las usuarias del Programa Nacional de Planificación familiar

Se consideran como usuarias del PNFP las mujeres que al momento de la entrevista se abastecían de métodos anticonceptivos en la consulta de Planificación Familiar de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Puesto que la esterilización no es parte del Programa de Planificación Familiar, no se ha tomado en cuenta al momento de realizar los cálculos.

Cuadro 4.11

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

COMPARACION CON EPA-81

(Mujeres en unión usando métodos artificiales excepto la esterilización)

Variable	(N-86)	EPA-81	EFES-86
(N)		(987)	(856)
Tiempo (en minutos)			
Total	(856)	100	100
Menos de 15	(228)	25	27
15-29	(246)	29	29
30-44	(196)	21	23
45-59	(36)	5	4
60-119	(113)	14	13
120 y más	(37)	6	4
Mediana en minutos			
Total		28	21
Fuente del método			
Seguro Social	(357)	31	30
Ministerio de Salud	(233)	29	20
Farmacia con cupón	(19)	30	(11)
Farmacia sin cupón	(160)	19	15
Clínica o Médico privado	(70)	32	30
Otra o no sabe	(17)	(12)	(25)
Método usado			
Píldora	(400)	28	22
DIU	(155)	33	30
Condón o vaginales	(276)	24	20
Inyección	(25)	31	(20)
Residencia			
Area Metropolitana	(276)	24	20
Resto Urbano	(208)	18	15
Rural	(372)	38	30

La información presentada se basa en datos censales proyectados de las mujeres en edad fértil a mitad del año 1986, combinado con la información de la Encuesta respecto al uso de los métodos anticonceptivos, lo cual permite estimar que el total de usuarias del Programa de Planificación Familiar es de aproximadamente 114000 de las cuales un 59 por ciento acuden a la consulta de la CCSS y el resto al Ministerio de Salud. (cuadro 4.12 y gráfico 4.5).

Para 1981 el porcentaje de usuarias de la CCSS fue ligeramente mayor (62 por ciento); lo que indica una vez más una leve disminución en la proporción de usuarias que acuden a esta Institución.

La distribución, de acuerdo con el método usado, muestra que a pesar de que el porcentaje de mujeres que usan la píldora ha disminuido, sigue siendo éste el método más preferido. Esto se muestra con los datos de la EPA-81 y la EFES-86, ya que un 61 por ciento lo prefiere. También

Cuadro 4.12

ESTIMACION DEL NUMERO DE USUARIAS DEL PROGRAMA POR INSTITUCION SEGUN EL METODO USADO COMPARACION CON EPA-81

Institución y método	EPA - 81	EFES-86
Total	91 537	113 746
Píldora	55 586	60 285
DIU	14 729	15 924
Condón	14 230	34 124
Inyección	6 112	2 275
Vaginales	880	1 138
CCSS	57 070	66 909
Píldora	32 872	35 462
DIU	8 732	11 375
Condón	9 474	17 396
Inyección	5 250	2 007
Vaginales	742	669
MS	34 467	46 837
Píldora	22 714	24 823
DIU	5 997	4 549
Condón	4 756	16 728
Inyección	862	268
Vaginales	138	469
Porcentaje respecto a las mujeres en edad fértil		
Total	16.0	17.0
CCSS	10.0	10.0
MS	6.0	7.0

puede observarse el gran crecimiento de uso que ha tenido el condón, mientras que en la EPA-81 el 15 por ciento de las usuarias correspondían al condón, en la EFES-86 el valor representa el doble.

Las usuarias de anticonceptivos no unidas

Una diferencia, ya comentada entre la EFES-86 con respecto a las encuestas pasadas, fue la inclusión de mujeres solteras sin embarazos en los temas de sexualidad y anticoncepción. 2/. Estas mujeres, más aquellas que habiendo estado en unión y ahora se encuentran desunidas (por viudez, divorcio o separación), se les llama "no unidas" (el complemento de las unidas). Si además se agrega el hecho de que actualmente usan anticonceptivos, es posible distinguir un grupo de mujeres que se ha dejado al margen del análisis en este campo.

Con los resultados obtenidos, se observa que a este grupo de mujeres no se les debe restar importancia, ya que un 12 por ciento de las mujeres no unidas están empleando algún método anticonceptivo. Además, dentro de las no unidas casi un 7 por ciento son usuarias solteras.

En el cuadro 4.13 se muestra la distribución según algunas variables seleccionadas y se realiza una comparación con las mujeres unidas que usan métodos.

Del mismo se pueden destacar varios aspectos. Primero,

2/ En esta parte del estudio se trabajará únicamente el tema de la anticoncepción.

no existen grandes diferencias entre la edad de las mujeres unidas que usan métodos y las no unidas. Segundo, el tipo de método más usado es el artificial moderno y es de esperar que sea la pastilla el de mayor uso. A pesar de ello los porcentajes de no unidas que usan modernos y tradicionales presentan diferencias, lo que se puede explicar por el mayor cuidado tenido por las no unidas de

un embarazo no deseado. Tercero, la fuente de abastecimiento del método usado no presenta diferencias, ya que las no unidas se abastecen en proporción similar. Cuarto, el lugar de residencia muestra que es en la parte urbana del país donde se encuentra las mayor cantidad de no unidas que usan anticonceptivos (73%) y es importante observar que es en el Área Metropolitana de San José donde se encuentra la gran mayoría.

Por último, se determina que la conformidad con el método es alta (73%) y casi no se dan diferencias entre unidas y no unidas. Sin embargo, la decisión de usar el método sí es muy diferente por unión: el 57 por ciento de las mujeres no unidas que usan anticonceptivos decidieron usar ellas mismas un anticonceptivo, mientras sólo un 29 por ciento de las unidas contestaron lo mismo. Lo contrario sucede cuando "los dos" deciden usar algún anticonceptivo, ya que un 57 por ciento de las unidas respondieron afirmativamente y un 29 por ciento de las no unidas respondieron igual. Las diferencias son lógicas, pues es más probable que las mujeres en unión compartan la decisión de usar un anticonceptivo con su compañero que una mujer no unida y por otro lado, es más probable que una mujer no unida se preocupe más por un embarazo no deseado que una mujer en unión.

La esterilización femenina

La esterilización femenina ha sido, sin lugar a dudas, uno de los temas más discutidos en el campo de la anticoncepción, ya que en Costa Rica no es aceptada como método de planificación familiar y únicamente se practica con propósitos médicos para restablecer o no poner en peligro la salud de la paciente. Sin embargo, y a pesar de las restricciones impuestas años atrás, la esterilización femenina es el segundo método anticonceptivo más usado en el país, y como se analizará, es aceptada condicionalmente por una gran mayoría de mujeres con el propósito de cesar la procreación.

En ocasiones se ha estudiado la esterilización femenina diferenciándola por motivos anticonceptivos y de salud. En el presente estudio, como en los anteriores, el uso de la esterilización se trató como un método anticonceptivo y no se considera la separación antes mencionada pues se espera que la información así recolectada sea poco realista, pues aunque las mujeres hayan recurrido a ella con fines anticonceptivos, afirmarían, por la situación legal imperante, que se la realizaron por motivos de salud. Se ha encontrado como problema anexo la pregunta formulada, ya que ésta es muy sensible a la redacción empleada (cuadro 4.14).

Mientras en la ENF-76 un 23 por ciento se había realizado la operación por motivos de salud, en la EPA-81 resultó ser el 69 por ciento y en la EFES-86 del 72 por ciento. Cabe notar que existe un gran parecido entre las dos últimas encuestas mas no con la primera que empleó una pregunta diferente. Sin embargo, aunque es evidente el problema de redacción de la pregunta, las esterilizaciones pueden interpretarse frecuentemente con motivos anticonceptivos empleando los propósitos

Cuadro 4.13

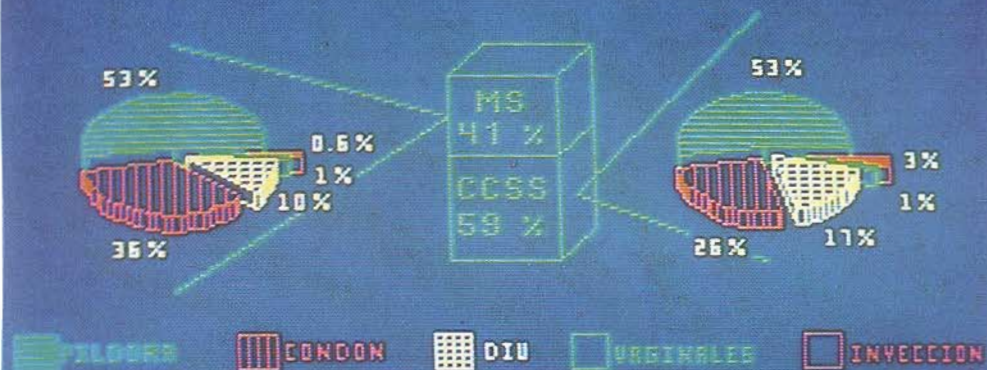
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES UNIDAS Y NO UNIDAS USANDO METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN VARIABLES SELECCIONADAS

Variable	No unidas (117)	Unidas (1445)
(N)		
Total	100	100
Edad		
15-24	20	19
25-34	39	43
35 y más	41	38
Método usado		
Esterilización	34	25
Artificial moderno	46	41
Artificial tradicional	7	20
Natural	13	14
Fuente de abastecimiento	1/	
Sector Público	59	70
Sector Privado	38	28
Otro	3	2
Educación		
Menos de 3 primaria	6	9
Primaria 3-5	20	18
Primaria completa	22	32
Secundaria 1-4	24	20
Secundaria completa o Universitaria	28	21
Residencia		
Área Metropolitana	45	32
Valle Central Urbano	15	13
Valle Central Rural	14	19
Resto Urbano	13	12
Resto Rural	13	24
Conformidad con el método 2/		
Conforme	73	73
Preferiría otro	22	24
No sabe	5	3
Decisión de usar el método 2/		
Ella sola	57	29
El solo	5	8
Los dos	29	57
Otro	9	6

1/ Usarias de métodos artificiales exceptuando esterilizadas.

2/ Se omiten mujeres esterilizadas.

GRAFICO 4.5
PORCENTAJE DE USUARIAS DEL PROGRAMA
POR INSTITUCION SEGUN EL METODO USADO
(MUJERES EN UNION)



FUENTE: CUADRO 4.12

Cuadro 4.14
DISTRIBUCION DE LAS ESTERILIZADAS SEGUN
MOTIVO DE LA OPERACION COMPARACION CON
ENF-76 Y EPA-81
(Mujeres esterilizadas)

Motivo de la operación 1/	ENF-76	EPA-81	EFES-86
(N)	(472)	(503)	(411)
Total	100	100	100
Solo anticonceptivo	77	12	13
Anticonceptivos y salud		19	15
Solo salud	23	69	72

1/ Preguntas realizadas:

- ENF-76: "¿Fue uno de los motivos de la operación evitar que tuviera (más) hijos?"
- EPA-81 y EFES -86: "¿Se operó porque ya no deseaba más hijos, por motivos de salud o las dos cosas?"

médicos en un amplio sentido de la palabra: un hijo más pone en peligro la salud de la paciente.

Un aspecto que resulta de interés es examinar la actitud de las mujeres frente a la esterilización; en el cuadro 4.15 se incluye una serie de situaciones bajo las cuales la entrevistada debía responder si estaba o no de acuerdo que una mujer se esterilizara. Es conveniente aclarar que el conjunto de preguntas sobre opinión son exactamente las mismas que las formuladas en una encuesta realizada en el Valle Central del país (Gómez, 1983) y los resultados son muy semejantes en ambos estudios.

En general puede observarse que existe una actitud condicionada muy favorable hacia la esterilización y en gran parte están de acuerdo cuando la salud del niño o de la mujer puede ser afectada y la madre ha cumplido con su maternidad (alternativas a, b, c, y d). Todo lo contrario indica la última alternativa, donde se alcanza sólo un 12 por ciento de acuerdo en que una mujer se esterilice aunque sea joven y sin hijos.

Por otra parte, se observa que por lo general las mujeres esterilizadas poseen una actitud aún más favorable con respecto a la esterilización y que, al controlar las alternativas por edad e hijos vivos, las que poseen una actitud más favorable hacia la esterilización tienden a ser aquellas con 30 años o más y las que poseen 3 hijos o más.

Cuadro 4.15
PORCENTAJE QUE ESTA DE ACUERDO CON LA ESTERILIZACION SEGUN DIVERSAS SITUACIONES CONTROLADO POR YA ESTERILIZADAS, EDAD DE LA MUJER E HIJOS SOBREVIVIENTES

Situaciones	Total	Esterilizadas	Edad 1/		Hijos vivos 1/	
			-30 años y más	30 años y más	-3	3 y más
a. Hijos pueden nacer anormales	91	94	89	92	89	93
b. Embarazarse puede ser peligroso para su salud	88	91	87	89	87	89
c. Ya ha tenido muchos hijos (Digamos 5)	84	89	82	85	83	84
d. La mujer lo desea siempre que haya tenido hijos y sea mayor de cierta edad	81	86	81	81	81	81
e. Cuando el marido es alcohólico	77	85	73	81	73	83
f. Cuando otros métodos anticonceptivos hacen daño.	72	80	69	75	69	77
g. No tiene medios económicos (plata) para mantener y educar los hijos	66	72	65	67	65	68
h. Cuando los médicos lo deciden aunque la mujer no lo quiera	66	70	64	69	64	69
i. La mujer lo desea aunque sea joven y sin hijos	12	11	12	12	13	10

1/ Incluye todas las mujeres

Independientemente del motivo que tuvieron para operarse se preguntó a las mujeres esterilizadas la posibilidad de operarse otra vez, si se pudiera, y en caso de una respuesta negativa se le preguntó "¿Por qué motivo?". La información así recolectada se presenta en el cuadro 4.16.

Se deduce que 7 de cada 10 mujeres se operarían de nuevo si fuera posible y 8 de cada 10 no manifiestan una actitud en contra a operarse otra vez. Por otro lado, un 20 por ciento manifiestan que no se volverían a operar y su principal razón es porque desearían más hijos (8.1 por ciento).

Cuadro 4.16
ACEPTABILIDAD DE LA ESTERILIZACION Y LA VASECTOMIA POR PARTE DE LAS PAREJAS OPERADAS Y RAZONES DE NO ACEPTACION
 (Mujeres esterilizadas o con esposo vasectomizado)

Acceptabilidad y razones de no aceptación	EFES-86
(N)	(422)
Total	100.0
Se operaría otra vez	69.9
No se operaría otra vez	19.9
No lo sabe	10.2
Razones de no aceptación	19.9
Desearía más hijos	8.1
Ha sufrido moralmente	2.4
Por problemas en la operación	2.8
No hace vida en unión	0.2
Tiene edad avanzada	1.9
Otras razones	4.5

Realizando un análisis de las mujeres esterilizadas, de acuerdo con los años desde la primera unión, se estudia la prevalencia de la esterilización en el país para la ENF-76, EPA-81 y EFES-86 (Cuadro 4.17, gráfico 4.6).

Al observar el comportamiento del porcentaje de esterilizadas en las tres Encuestas se deduce que entre los 10 y 14 años desde la primera unión se empieza a incrementar el porcentaje de esterilizadas, pero es a partir de los 15 años donde se produce un cambio importante. Sin embargo, la variación de los porcentajes se debe interpretar cuidadosamente, en el sentido de que la tendencia de aumento o disminución de la esterilización para cada encuesta no implica incrementos o disminuciones en el número de operaciones realizadas, puesto que cada grupo de edad representa el efecto acumulado de cohortes diferentes. Si se analiza por ejemplo el grupo con una duración de 15-19 años en la ENF-76 (27%) esta cohorte será representada por el grupo de 20-24 en la EPA-81 (38%) y por el grupo de 25-29 en EFES-86 (42%).

Cuadro 4.17
**PORCENTAJE DE ESTERILIZADAS SEGUN AÑOS:
 DESDE LA PRIMERA UNION. COMPARACION
 CON ENF-76 Y EPA-81
 (Mujeres no solteras)**

Encuestas	Total	Años desde la primera unión						
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30 y más
Encuesta de 1976 (N-76)	(3037)	(620)	(667)	(562)	(454)	(400)	(260)	(74)
Porcentaje esterilizada	16	2	9	20	27	26	20	30
Encuesta de 1981 (N-81)	(2896)	(717)	(696)	(475)	(370)	(334)	(235)	(69)
Porcentaje esterilizada	18	1	7	22	32	38	34	25
Encuesta de 1986 (N-86)	(2448)	(581)	(616)	(478)	(343)	(213)	(128)	(89)
Porcentaje esterilizada	17	2	7	16	28	40	42	42

Cuadro 4.18
**EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE ESTERILIZACIONE
 ANUALES DEL PERIODO 1965-1985. DATOS DE ENF-76
 EPA-81 Y EFES-86
 (Todas las mujeres)**

Encuesta	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972
	Tasa		total de esterilizaciones (%) a/					
ENF-76	17	26	22	36	21	33	43	46
EPA-81	-	-	-	-	-	40	33	59
EFES-86	-	-	-	-	-	-	-	-
	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
ENF-76	64	48	49	40	-	-	-	-
EPA-81	69	63	73	47	17	44	36	56
EFES-86	-	-	-	28	38	24	37	41
	1981	1982	1983	1984	1985			
ENF-76	-	-	-	-	-			
EPA-81	-	-	-	-	-			
EFES-86	49	53	48	24	30			

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

Tanto en 1976 como en 1981 y 1986 se pidió a la entrevistada la fecha en la cual había sido operada. Con esto es posible estimar tasas de esterilizaciones por año de ocurrencia y por edades. Por ser la estimación realizada a partir de un corte transversal en el tiempo, se le llama a esta tasa una "estimación sintética" del nivel de esterilización, y puede interpretarse como el porcentaje de mujeres que estarían esterilizadas al final del período fértil, si las tasas observadas en un cierto año se mantuvieran constantes (Gómez, 1983).

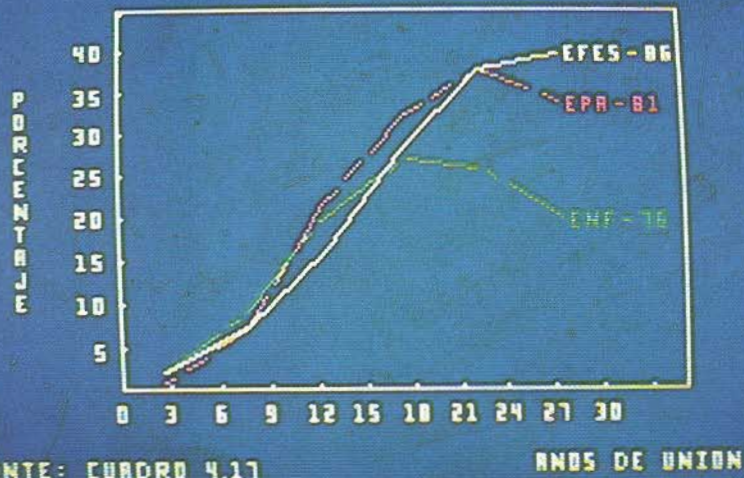
Las tasas muestran (cuadro 4.18, gráfico 4.7) que a partir de 1965 existió una tendencia de aumento que se acentúa hasta 1975 y disminuye en 1976 y 1977. Esta disminución fue el producto de una serie de protestas, impulsadas por diferentes sectores del país que culminaron con una investigación por parte de la Asamblea Legislativa. Aunque en conclusión se obtuvo que no existía una campaña masiva de esterilizaciones, tal y como se afirmó en esa época, el resultado fue de imponer una serie de restricciones para autorizar las esterilizaciones. La duración de las medidas adoptadas fue temporal, ya que a partir de 1978 inició de nuevo una tendencia de aumento; sin embargo, esta tendencia no fue tan marcada como la de principios de la década de los 70 y alcanza un máximo en 1982.

Ya para 1980 se había desatado una nueva polémica en cuanto a esta materia, y se acentuó al proponerse regular las esterilizaciones en el país bajo un Reglamento de Esterilizaciones Femeninas y Masculinas de exclusiva indicación médica, que contemplaba aquellos casos en que la paciente sufriría un importante deterioro de su salud o aún la muerte ante un nuevo embarazo si no era operada.

La polémica así originada trajo como consecuencia que en 1983 el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica emitiera una recomendación a sus asociados para abstenerse de efectuar la intervención quirúrgica que aún no era aprobada por ley. Aún en 1986 el Reglamento no ha sido aprobado y por esto se explica la tendencia de disminución de las tasas de esterilizaciones, evitándose en algún grado este tipo de operación y así no tener exposición a consecuencias de tipo legal.

Al tomar en cuenta que en Costa Rica no existe una legislación concreta sobre la esterilización, analizando la evolución del fenómeno, y teniendo presente la opinión que sobre este tema tiene la mujer - en aquellos

GRAFICO 4.6
PORCENTAJE DE ESTERILIZADAS SEGUN ANOS DE UNION, COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81 (MUJERES NO SOLTERAS)



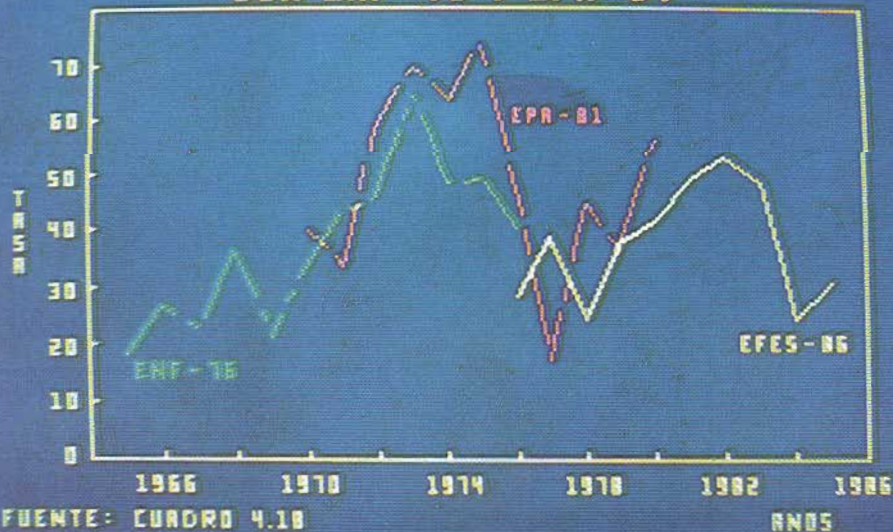
FUENTE: CUADRO 4.17

ANOS DE UNION

casos en que la salud del niño o de la mujer puede ser afectada o la madre ha cumplido con su rol maternal-

se puede deducir que existe un marcado divorcio entre las leyes que regulan esta materia y su práctica real.

GRAFICO 4.7
EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE ESTERILIZACIONES ANUALES, COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81



FUENTE: CUADRO 4.18

ANOS

V LA FECUNDIDAD

Doris Sosa

Con el objetivo de obtener estimaciones del nivel, la tendencia y los diferenciales de la fecundidad en el país, se incluyeron en el cuestionario una serie importante de preguntas relacionadas con este tema.

En primer lugar, se indagó acerca del total de hijos nacidos vivos, separados por sexo y si viven en el hogar con la mujer, si viven fuera del hogar o si han muerto. Luego, se preguntó el total de mortinatos y abortos tenidos, con el objeto de calcular el total de embarazos tenidos por las mujeres.

Se preguntó el mes y el año de nacimiento del primer y del último hijo nacido vivo. Y, para los embarazos ocurridos desde enero de 1981, el mes y el año de término, el resultado y el número de meses que duró. Si el resultado era un nacido vivo, se preguntó además, el sexo, meses de lactancia y si falleció, el tiempo que vivió. El detalle de los embarazos se circunscribió a los últimos 5 años, para evitar que los problemas de memoria afecten la información, particularmente en lo que se refiere a embarazos resultantes en abortos o mortinatos.

A continuación se presenta el resultado de los embarazos, la fecundidad acumulada, la retrospectiva, la general, y los diferenciales conforme a algunos indicadores socioeconómicos.

Resultado de los embarazos

Las 3527 mujeres entrevistadas declararon un total de 8731 embarazos, lo que produce un promedio de 2.5 embarazos por mujer, valor inferior al obtenido en 1976 (3.8) y muy semejante al de 1981 (2.6). Del total de embarazos tenidos, el 88 por ciento terminaron en nacido vivo, valor que es concordante con el obtenido en las dos encuestas anteriores (cuadro 5.1).

Fecundidad Retrospectiva

Una de las medidas del nivel de la fecundidad es el número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres en toda su vida; esto se conoce como fecundidad retrospectiva o fecundidad acumulada. Esta medida no está

Cuadro 5.1

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

COMPARACION ENF-76 Y EPA-81

Resultado del embarazo y edad	ENF-76	EPA-81	EFES-86
(N mujeres)	(3935)	(4580)	(3527)
(N embarazos)	(10073)	(11714)	(8731)
Promedio de embarazos	3.8	2.6	2.5
Distribución porcentual			
Resultado del embarazo			
Total	100	100	100
Nacido vivo	88	89	88
Nacido muerto	2	1	①
Aborto	10	10	11
% embarazos perdidos			
Total (15-49)	ND	11	12
Total (20-49)	12	11	12
15-19	ND	11	12
20-24	11	10	12
25-29	11	9	9
30-34	12	10	11
35-39	12	11	13
40-44	12	13	13
45-49	13	13	14

relacionada con un período de referencia, por lo que tiene la ventaja de no contener los errores en que se incurre al utilizar un período fijo antes de la Encuesta; donde se incluyen niños que deben estar fuera del período o se olvidan algunos que sí deben ser tomados en cuenta; sin embargo, adolece principalmente de dos desventajas: la primera es que requiere de información de todos los hijos nacidos vivos tenidos por la mujer y por tanto, es posible que se tienda a olvidar aquellos niños que murieron al poco tiempo de nacer o a los que no viven con la mujer. La segunda desventaja es que los resultados obtenidos se refieren a una época anterior, a la realización de la Encuesta; por ejemplo, el valor del grupo 15-19 corresponde al patrón de fecundidad de los 5 años anteriores a la Encuesta, el de 20 a 24 a 10 años antes de la Encuesta y así sucesivamente.

Tal y como se indicó anteriormente, el número de hijos nacidos vivos se obtuvo de tres preguntas, en las que se solicitaron los hijos nacidos vivos que viven con la entrevistada, los hijos nacidos vivos que no viven con ella y los hijos nacidos vivos que murieron y cada uno de ellos separados por sexo, por lo que es de esperar que la subenumeración de los hijos nacidos vivos sea muy baja.

En el cuadro 5.2 y gráfico 5.1, se incluyen los valores obtenidos del número medio de hijos nacidos vivos y de hijos sobrevivientes de 1976 a 1986 de acuerdo con las tres encuestas, de manera que pueda fácilmente apreciarse el cambio ocurrido en cada quinquenio.

Los valores obtenidos en las tres encuestas muestran el comportamiento esperado y la coherencia entre los grupos quinquenales consecutivos, de una encuesta a la otra, esto es, se espera que el número medio de hijos nacidos vivos, por ejemplo, de las mujeres de 20 a 24 años en 1976, sea menor que el número medio de las mujeres de 25 a 29 años en 1981 y éste a su vez menor que el de las mujeres de 30 a 34 años en 1986, pues se trata de la fecundidad de una misma cohorte de mujeres a lo largo de 10 años.

La única excepción se encuentra entre la ENF-76 y la EPA-81 en el grupo de 45-49, lo cual según Rosero (Rosero 1981, p.34) se puede deber a los errores de muestreo.

Como se ha comentado, el resultado que se observa en los grupos de edades superiores corresponde a cohortes de mujeres que tuvieron sus hijos en las décadas en que Costa Rica poseía altos niveles de fecundidad. Sin embargo, se nota en el último decenio que el promedio de hijos nacidos vivos, al final del período reproductivo, ha descendido en más de un hijo.

En el segundo panel del cuadro se presenta el número de hijos sobrevivientes para cada grupo de edad. Si se toman los valores correspondientes al grupo de 45 a 49 años, se obtendrá el número de hijos sobrevivientes al final del período reproductivo; si este valor se compara con el de los nacidos vivos del mismo grupo de edades, se observa que se mantiene una diferencia de un hijo de 1976 a 1986. Si a la vez se relacionan estos dos valores y se calcula la proporción de sobrevivientes respecto al número de nacidos vivos, se obtiene que mientras en 1976

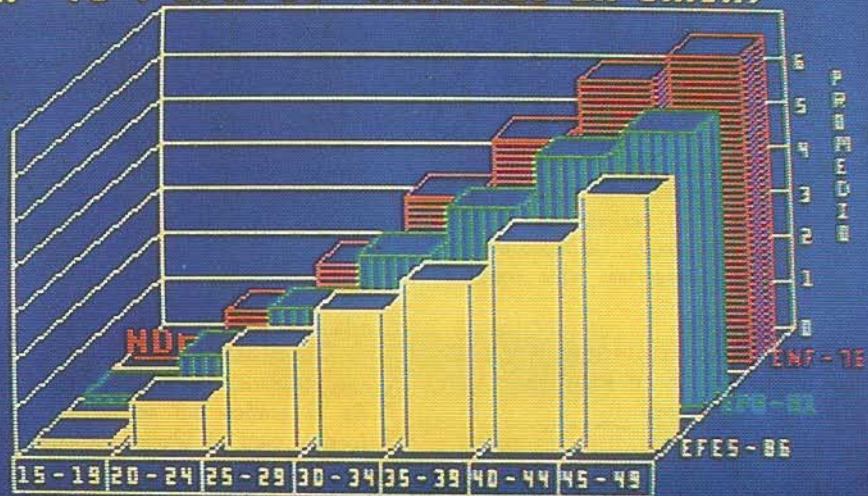
Cuadro 5.2

NUMERO MEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS E HIJOS SOBREVIVIENTES SEGUN EDAD ACTUAL DE LA MUJER. COMPARACION CON ENF-76 y EPA-81

Edad (N)	ENF-76 a/ (3935)	EPA-81 (4580)	EFES-86 (3527)
Hijos nacidos vivos			
Total (15-49)	ND	2.27	2.18
Total (20-49)	3.38	2.96	2.68
15-19	ND	0.18	0.19
20-24	0.98	1.02	0.94
25-29	2.00	1.99	2.05
30-34	3.51	3.16	2.84
35-39	4.79	4.17	3.48
40-44	6.09	5.32	4.35
45-49	6.69	5.90	5.37
Hijos sobrevivientes			
Total (15-49)	ND	2.11	2.05
Total (20-49)	3.06	2.74	2.51
15-19	ND	0.18	0.18
20-24	0.93	0.98	0.92
25-29	1.85	1.91	1.99
30-34	3.24	2.96	2.74
35-39	4.32	3.85	3.27
40-44	5.47	4.77	3.92
45-49	5.81	5.36	4.79

a/ Incluye sólo mujeres de 20 a 49 años de edad.

GRAFICO 5.1
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN EDAD
ACTUAL DE LA MUJER. COMPARACION CON
ENF-76 Y EPA-81 (MUJERES EN UNION)



FUENTE: CUADRO 5.2

EDADES

sobrevivieron al final del período fértil de la mujer el 87 por ciento de los hijos nacidos vivos, en 1986 el valor correspondiente es del 89 por ciento. Por lo tanto, los datos del cuadro permiten comparar tanto los cambios de fecundidad en los últimos 35 años como el descenso de la mortalidad.

Aparte de los diferenciales que pueden ser observados por edad, los niveles de la fecundidad retrospectiva son muy disímiles por residencia, años de educación y estado conyugal (ver gráfico 5.2). En el cuadro 5.3 se presentan los resultados para tres grupos de residencia. Al final de su período reproductivo, las mujeres de la zona rural están obteniendo cerca de dos hijos nacidos vivos más que las mujeres del Área Metropolitana de San José (AMSJ), lo que significa un 41 por ciento mayor en el área rural.

Cuadro 5.3
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR LUGAR DE RESIDENCIA SEGUN GRUPOS DE EDADES
(Todas las mujeres)

Edades	Residencia			
	Total	AMSJ	Resto urbano	Rural
(N)	(3527)	(1109)	(881)	(1537)
Total	2.18	1.86	2.01	2.51
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

Resulta interesante destacar el hecho de que en los dos primeros quinquenios de edades presentados, los niveles de la fecundidad retrospectiva son más bajos para las mujeres del área denominada resto urbano, que en las otras dos áreas. Esto puede asociarse al hecho de que en el AMSJ, como en la mayoría de las ciudades capitales de América Latina, se han venido formando, desde hace varias décadas, zonas urbano marginales con condiciones socioeconómicas y demográficas inferiores a las que pueden observarse en otras áreas urbanas del país, tales como mayores tasas de morbilidad, natalidad, desempleo o analfabetismo y otras.

En el cuadro 5.4 se incluyen los niveles de fecundidad retrospectiva por años de educación. Con esta variable, las diferencias resultan más acentuadas que en el caso de la

Cuadro 5.4
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN AÑOS DE EDUCACION POR GRUPOS DE EDADES
(Todas las mujeres)

Edades	Total	Años de educación		
		Primaria Incompleta o menos	Primaria completa	Secundaria o más
(N)	(3527)	(832)	(1039)	(1628)
Total	2.18	4.09	2.06	1.32
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

residencia; por ejemplo, para el total de grupos de edades la diferencia entre el grupo de mujeres con menos de 6 años de educación o sea, Primaria Incompleta o menos y las de Secundaria o más (7 años y más), es de tres hijos y entre las primeras y el grupo que cuenta con Primaria Completa, la diferencia es de 2 hijos.

En el cuadro 5.5 se presentan los valores correspondientes al estado conyugal, tomando en consideración solamente dos categorías, esto es, mujeres que se encuentran en unión legal o de hecho y las que no están en unión, incluyendo estas últimas las solteras, viudas, divorciadas y casadas separadas. El número medio de hijos nacidos vivos al final del período reproductivo, esto es, en el último grupo de edades, se diferencia en cerca de tres hijos en ambas categorías, pues como es

Cuadro 5.5
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN ESTADO
CONYUGAL POR GRUPOS DE EDADES

(Todas las mujeres)

Edades	Total	Unida	No unida
(N)	(3527)	(2097)	(1430)
Total	2.18	3.06	0.89
15-19	0.19	0.89	0.04
20-24	0.94	1.51	0.29
25-29	2.05	2.42	1.12
30-34	2.84	3.13	1.67
35-39	3.48	3.70	2.81
40-44	4.35	4.72	3.33
45-49	5.37	6.08	3.45

lógico, las mujeres no en unión, ya sea por disolución o porque nunca han estado en ella, tienen un menor riesgo de concebir.

Fecundidad General

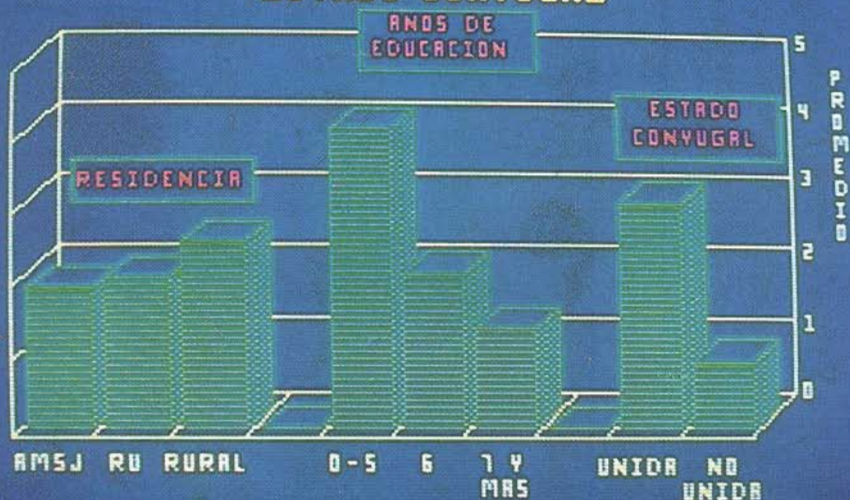
El nivel actual de la fecundidad puede ser estimado a partir de diversas medidas, no obstante, una de las más utilizadas es la tasa total de fecundidad. Esta medida proporciona el número promedio de hijos que al final del período reproductivo tendría cada mujer, si a lo largo de este período, se ve expuesta a las tasas de fecundidad por edad del año en estudio, se supone además; que no está afectada por la mortalidad durante el período fértil.

En el cuadro 5.6 se incluyen las tasas de fecundidad por edad y las tasas totales de fecundidad, para bienios, en el período 1981-1985. Se presentan, además, con fines comparativos, los resultados de las Estadísticas Vitales. En el gráfico 5.3 se muestra la información de ambas fuentes para el bienio 1984-1985, en el cual se puede observar la gran coherencia existente entre los resultados de la Encuesta y las Estadísticas Vitales.

Es importante recalcar el descenso que se observa, hasta el período 83-84, de las tasas correspondientes al grupo de 15 a 19 años. En la década de los años 70 se observó, con mucha preocupación en Costa Rica, el incremento de las tasas de fecundidad de las mujeres en este grupo de edad. Sin embargo, a partir del año 79 se inició un leve descenso de estas tasas y que, según los resultados del cuadro 5.6 se mantiene hasta el bienio 83-84, iniciando en los dos últimos años presentados un nuevo incremento,

GRAFICO 5.2

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR LUGAR DE RESIDENCIA, AÑOS DE EDUCACION Y ESTADO CONYUGAL



FUENTE: CUADROS 5.3, 5.4 Y 5.5

El aumento de las tasas de fecundidad en estas mujeres menores de 20 años plantea una problemática epidemiológica, socioeconómica y demográfica muy importante, que ha conducido a diversos profesionales y entidades del país a buscar muy diversas alternativas para enfrentarlo. 1/

De acuerdo con la edad cúspide de la fecundidad y con la concentración de las tasas alrededor de esa edad cúspide, se definen varios tipos o modelos particulares de la estructura de la fecundidad. Si la tasa de fecundidad del grupo de 20 a 24 años es el de mayor nivel y muy diferente al de los otros grupos de edades, la curva de las tasas de fecundidad se denomina de cúspide temprana. Cuando los valores correspondientes al grupo de 20 a 24 y al de 25 a

Cuadro 5.6
EVOLUCION DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN EL PERIODO 1981-1985. COMPARACION CON ESTADISTICAS VITALES

Edades	1981-1982	1982-1983	1983-1984	1984-1985
EFES-86				
15-19	97	88	87	99
20-24	185	179	187	198
25-29	166	150	173	181
30-34	123	115	111	128
35-39	75	93	85	74
40-44	27	32	31	27
45-49	7	7	7	8
Total hijos				
/mujer	3.40	3.32	3.40	3.57
Estadísticas Vitales				
15-19	103	99	97	99
20-24	203	198	192	195
25-29	186	184	182	187
30-34	132	131	130	138
35-39	77	76	76	83
40-44	30	27	26	29
45-49	4	4	3	4
Total hijos				
/mujer	3.68	3.59	3.54	3.68

NOTA: Cuando la información de la Encuesta fue insuficiente para calcular la f (45-49) se usó la siguiente fórmula:

$$\ln F (50) = 0.0114 + 1.011 \ln F (45).$$

La cual fue utilizada en la EPA-81 (Rosero, 1981, p.36)

29 son muy semejantes y los de mayor nivel, la curva se denota como de cúspide dilatada. En el caso de que la tasa más alta sea la del grupo de 25 a 29 años, la curva presenta una cúspide tardía. Para el bienio 84-85, Costa Rica presenta (gráfico 5.3), una curva de cúspide dilatada, de tal manera que las tasas de fecundidad de 20 a 29 años contribuyen con el 52 por ciento de la fecundidad total.

1/A la hora de diseñar esta encuesta, se incluyó dentro del cuestionario una pequeña sección de sexualidad dedicada a las mujeres de 15 a 24 años y cuyos resultados se presentan en el capítulo IX de este trabajo.

A partir de las tasas de fecundidad por edad, es posible calcular como medida resumen la tasa total de fecundidad. En el cuadro 5.7 y gráfico 5.4 se muestra la evolución de la tasa, en el período 1971-1985, de acuerdo con las tres encuestas y las Estadísticas Vitales. El nivel de la fecundidad del país se ha mantenido moderadamente alto, con leves descensos en el período presentado. Sin embargo, en el año 1985 se aprecia, en ambas fuentes de datos, un incremento en dicho nivel. Conforme a los datos preliminares de la Estadística Vital, acerca de los nacimientos de 1985, esto representa aproximadamente ocho mil nacimientos más que los observados en 1984.

Cuadro 5.7
EVOLUCION DE LA TASA TOTAL DE FECUNDIDAD SEGUN LAS ESTADISTICAS VITALES Y LAS ENCUESTAS DE 1976; 1981 Y 1986 (Hijos por mujer).

Año	ENF-76	EPA-81	EFES-86	Estadísticas Vitales
1971	4.4			4.6
1972	4.1			4.4
1973	4.0			4.1
1974	3.7			3.9
1975	3.6			3.8
1976		3.2		3.7
1977		3.3		3.8
1978		3.3		3.9
1979		3.5		3.8
1980		3.8		3.7
1981			3.5	3.6
1982			3.3	3.5
1983			3.3	3.5
1984			3.5	3.5
1985			3.6	3.8

NOTA: Cuando la información de las encuestas fue insuficiente para calcular las tasas de 15-19 645-49 años de edad en un año determinado, éstas fueron estimados mediante las relaciones siguientes:

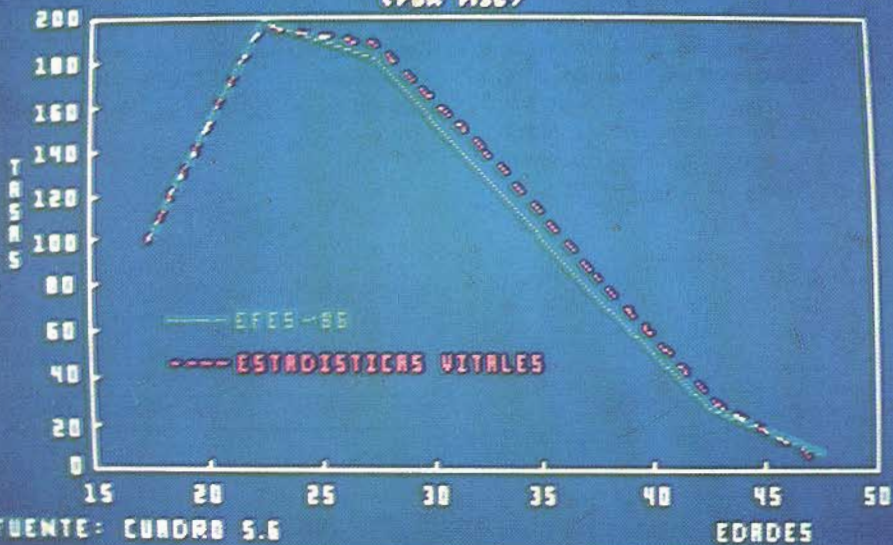
$$f (15-19) = -0.0485 + 0.8253 * f(20-24) - 0.1356 * f(25-29)$$

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

Diferenciales de la Fecundidad

El comportamiento de la fecundidad es diferencial entre los subgrupos que conforman la población. En el cuadro 5.8 y gráfico 5.5, se incluyen las tasas de fecundidad por edad, de acuerdo con los tres grupos del nivel de ingreso utilizados en la presente encuesta. Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis de una relación inversa entre la tasa total de fecundidad y el indicador del ingreso. Se nota un descenso en la tasa total de fecundidad de los grupos medio y alto, en tanto que el grupo de nivel bajo, presenta un aumento en el período.

GRAFICO 5.3
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD PARA 1984-85
SEGUN EFES-86 Y ESTADISTICAS VITALES
(POR MIL)



Cuadro 5.8
 TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASAS TOTALES
 DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE INGRESO SEGUN
 TRIENIOS EN EL PERIODO 1981-1985

Edades	1981 - 1983	1983 - 1985
NIVEL BAJO		
15-19	117.6	145.0
20-24	245.6	261.5
25-29	187.8	233.5
30-34	142.5	162.2
35-39	121.5	147.4
40-44	71.4	58.4
TTF (15-49)	4.48	5.10
NIVEL MEDIO		
15-19	84.2	56.6
20-24	161.5	156.6
25-29	157.4	149.3
30-34	141.5	127.0
35-39	74.4	73.6
40-44	19.8	18.2
TTF (15-49)	3.23	2.94
NIVEL ALTO		
15-19	23.4	47.6
20-24	118.9	124.0
25-29	161.6	116.7
30-34	95.9	75.6
35-39	77.5	56.1
40-44	13.7	13.7
TTF (15-49)	2.48	2.19

Relacionado con este indicador, se tienen los niveles de fecundidad por años de instrucción de la mujer, lo que se muestra en el cuadro 5.9 y gráfico 5.6, y el área de residencia, que se incluye en el gráfico 5.7.

El grupo de mujeres con menos de 3 años de instrucción muestra un importante incremento en los últimos años de la serie presentada. Cabe hacer notar que el nivel de la tasa total en este grupo pasa de 1980 a 1984 de 4.6 hijos por mujer a 5.9 respectivamente; el valor obtenido en 1984 es semejante al que ostentaba Costa Rica a fines de la década de los años 60. El grupo de 3 a 6 años de instrucción experimenta también un incremento, pero leve, ya que no sobrepasa el medio hijo por mujer. Contrario a los observado en los dos grupos anteriores, el que corresponde a mujeres con 7 y más años de instrucción continúa su descenso hasta 1984.

Por área de residencia, se puede notar que las diferencias no son tan importantes como con la variable nivel de instrucción, pues se observa un promedio de 4 hijos en el área rural y de 3 hijos en la zona urbana.

Se ha presentado a lo largo de este capítulo una descripción del nivel y la tendencia de la fecundidad pasada y presente. Sin embargo, el comportamiento actual de esta variable es importante de analizar, ya que tiene implicaciones trascendentales en la planificación del desarrollo del país.

En el capítulo IV, se comentó el incremento observado en

el uso de métodos anticonceptivos de 1981 a 1986, lo que se contrapone con el incremento presentado por el nivel de la fecundidad. De este hecho surgen una serie de hipótesis y comentarios que deben destacarse.

Aunque se presenta, en los últimos 5 años, un aumento altamente significativo en el uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres en unión, los métodos que más incrementan el número de usuarias son: el condón (54% de aumento), el DIU (30%) y el ritmo (23%), siendo el primero y el último de éstos, de los denominados no eficaces. Además, se observa que el uso de métodos se incrementa, en magnitudes mayores, entre las mujeres de 35 años y más. No obstante, el mayor aporte a la fecundidad es otorgado por las mujeres menores de 35 años.

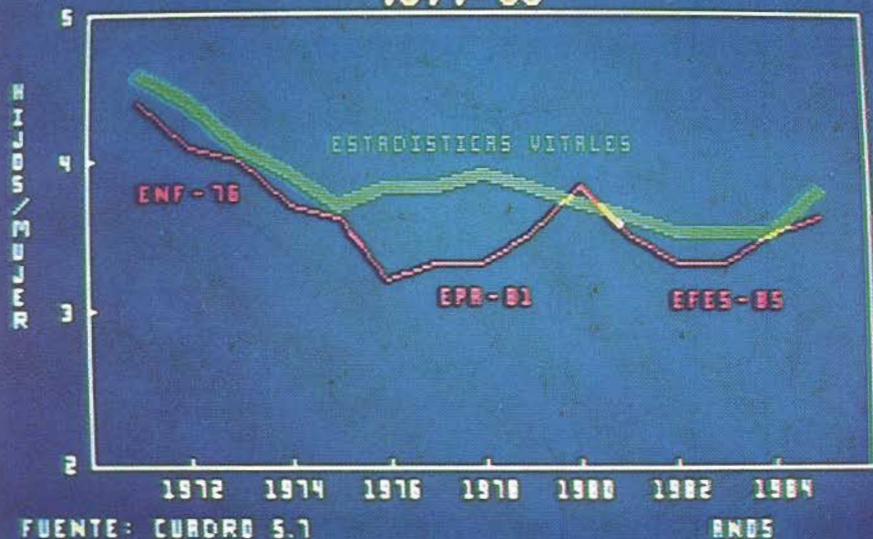
Hechos importantes y que deben mencionarse son los problemas que ha enfrentado el Programa Nacional de Planificación Familiar. Entre ellos, el más importante ha sido la distribución del material anticonceptivo entre las unidades de atención de la CCSS, lo que ha presentado graves problemas en los últimos años, particularmente en lo que se refiere al dispositivo intrauterino T de Cobre. Esto ha motivado que a partir del año 1987 se sometan a prueba nuevos sistemas de distribución, de manera que el mejor permita subsanar las deficiencias que se han presentado hasta el momento. Además del problema de la distribución, el Programa se ha visto afectado por el proceso de integración de los servicios de la CCSS y el Ministerio de Salud, ya que el Ministerio de Salud asume la consulta y la CCSS proporciona el material necesario para la realización de dicha consulta. Cabe destacar que aunque la Asociación Demográfica Costarricense ha trabajado arduamente para que el Programa, exitoso en América, Latina, no sufra un deterioro, ha fallado el interés y el apoyo necesario del Sector Público.

Cuadro 5.9
EVOLUCION DE LA TASA DE FECUNDIDAD SEGUN
RESIDENCIA Y EDUCACION CENSO. 1973, ENF-76,
EPA-81 Y EFES-86

Años Total	Educación 1/			Residencia		
	Menos de 3	de 3 a 6	7 y más	Urbana	Rural	
Censo de 1973 (hijos propios)						
1960	7.5	9.0	7.0	4.4	5.9	9.0
1961	7.4	9.0	6.9	4.3	5.7	8.9
1962	7.3	8.9	6.7	4.1	5.6	8.9
1963	7.2	8.9	6.6	4.1	5.4	8.8
1964	7.1	9.1	6.4	3.9	5.2	8.8
1965	6.8	9.2	6.1	3.6	4.9	8.5
1966	6.5	8.5	5.7	3.3	4.5	8.2
1967	6.1	8.3	5.4	3.1	4.2	7.9
1968	5.9	8.3	5.2	2.9	4.0	7.6
1969	5.6	7.9	4.9	2.7	3.7	7.2
1970	5.2	7.5	4.6	2.7	3.5	6.7
ENF-76						
1971	4.6	6.4	4.5	2.7	3.3	6.0
1972	4.2	5.4	4.2	2.9	3.1	5.5
1973	3.9	5.0	3.4	2.9	2.9	5.1
1974	3.8	4.8	2.7	2.9	2.8	4.7
1975	3.5	4.8	3.5	2.7	2.7	4.2
EPA-81						
1976	3.3	4.9	3.4	2.8	2.8	3.9
1977	3.2	4.7	3.4	2.8	2.9	3.7
1978	3.4	4.9	3.6	2.8	3.0	3.8
1979	3.5	4.8	3.9	2.8	3.0	4.0
1980	3.6	4.6	3.9	3.0	3.2	4.0
EFES-86						
1981	3.6	4.6	3.8	3.0	3.2	3.9
1982	3.4	5.0	3.6	2.8	3.2	3.7
1983	3.4	5.5	3.7	2.7	3.0	3.9
1984	3.5	5.9	4.0	2.6	3.0	4.1

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

GRAFICO 5.4
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD SEGUN ENF-76,
EPA-81, EFES-86 Y ESTADISTICAS VITALES
1971-85



Se tiene también la hipótesis de que el incremento de los nacimientos de 1984 y 1985 se debe a que las mujeres estuvieron postergando los embarazos desde 1982, año en que azotó más fuerte la crisis económica al país. En cierta forma, esta hipótesis puede tener algo de valedera, ya que el estrato con un nivel de ingreso bajo es el que mayor aumento experimenta. Aunque si fuese del todo cierta se esperaría igualmente un incremento en el estrato medio, lo cual no ocurre.

Aparte de los problemas y situaciones observadas, deben tenerse presentes las motivaciones personales de las mujeres y los ideales reproductivos, tema del próximo capítulo. Sean cuales fueran las causas del aumento en la fecundidad, es un hecho ya consumado, y lo que queda es tener conciencia de su existencia, de manera que sea tomado en cuenta a la hora de realizar la planificación del desarrollo, tanto a corto como a mediano plazo.

GRAFICO 5.5
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD SEGUN NIVEL
DE INGRESO PARA EL TRIENIO 1983-85
 (EN MILES)

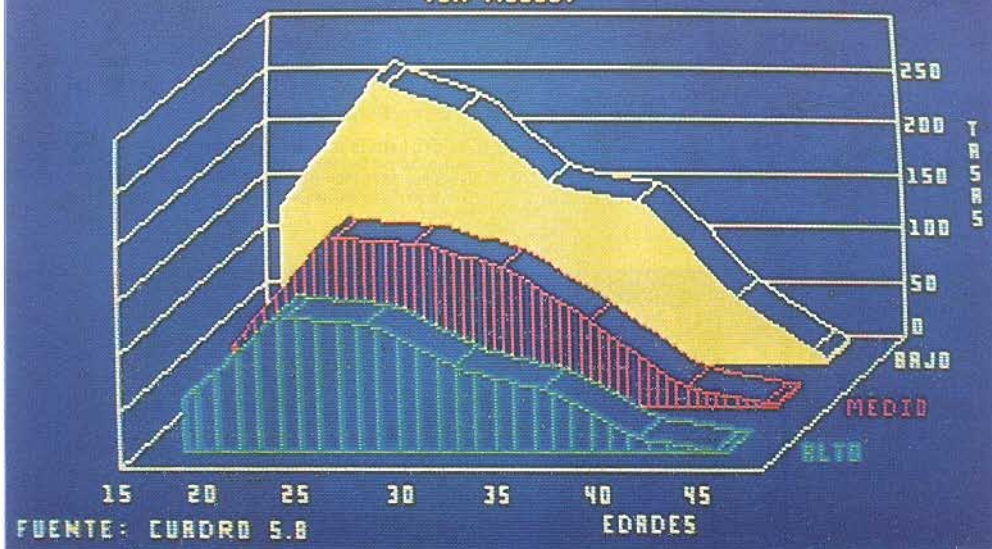


GRAFICO 5.6
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD SEGUN
ANOS DE ESTUDIO, 1960-84

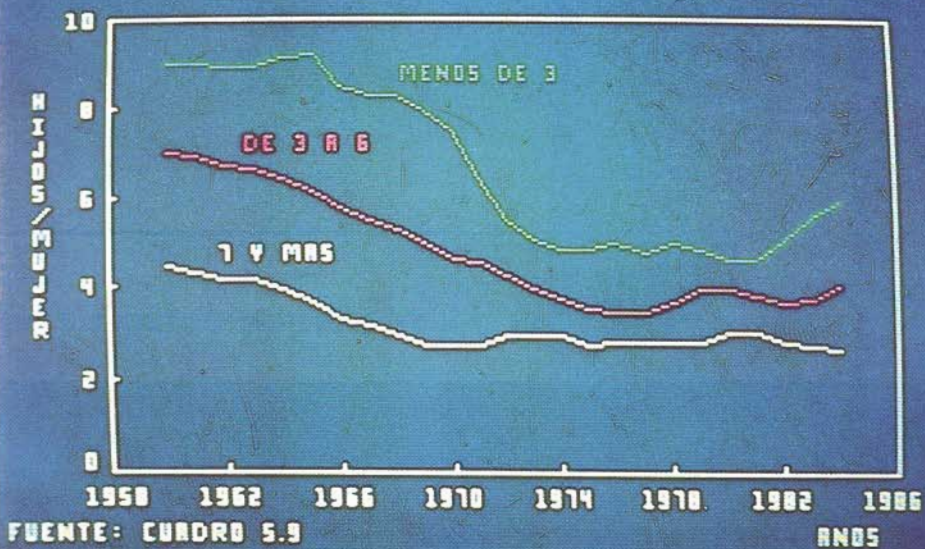
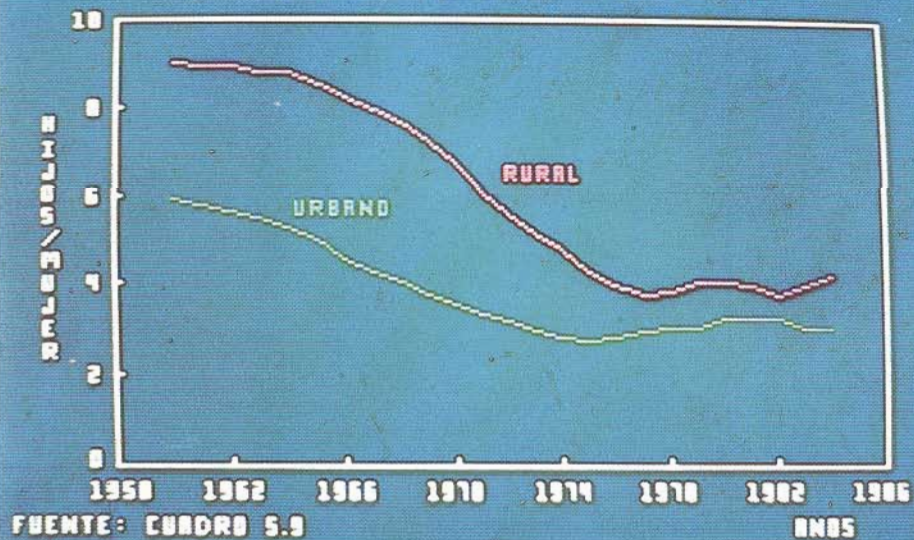


GRAFICO 5.7
TASA TOTAL DE FECUNDIDAD SEGUN
AREA DE RESIDENCIA, 1960-84



VI PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

Doris Sosa

Otro de los aspectos importantes de tomar en cuenta, al realizar el análisis de la fecundidad, son las preferencias reproductivas de las parejas: el deseo de cesar o de incrementar la procreación y el tamaño ideal de la familia.

Generalmente, en las encuestas se han dirigido las preguntas correspondientes a estos temas a la opinión de la mujer. En el presente caso, se preguntó a la entrevistada acerca de la opinión del esposo respecto a querer más hijos y a planificar la familia. Esto se hizo con el objetivo de tener en alguna medida el pensar del esposo, ya que en encuestas anteriores se encontraron posiciones ambivalentes en las mujeres, de tal forma que algunas de las que declaran no querer más hijos, no usan métodos de control natal eficaces o, por el contrario, otras declaran desear más hijos y usan métodos anticonceptivos. Lo anterior condujo a plantear la hipótesis de que la opinión del esposo o compañero era la que motivaba a la mujer a actuar de una manera diferente a la deseada.

Aunque lo anterior no permite tener la verdadera opinión del esposo o compañero, sí da la percepción que tiene la mujer respecto a esta opinión, que es la que en última instancia incide en su comportamiento.

En el presente capítulo se incluyen los resultados obtenidos respecto al deseo de cesar o espaciar la procreación, los ideales del tamaño de la familia, la fecundidad no deseada y el comportamiento reproductivo ambivalente.

El deseo de cesar la procreación

En el cuadro 6.1 se presenta la información referente al deseo de cesar la procreación de las mujeres y sus compañeros. No se ha incluido comparación con las encuestas anteriores, pues las preguntas formuladas difieren entre ellas. Sin embargo, coincidentes en sus resultados, las encuestas muestran que más del 50 por ciento de las mujeres en unión y fértiles desean cesar su procreación, valor que asciende al 77 por ciento o más para mujeres de 35 años y más. Las cifras muestran que cuando ya se cuenta con dos hijos vivos, el 50 por ciento de las mujeres desean cesar su procreación, porcentajes que aumentan conforme se incrementa el número de hijos vivos.

En el caso del esposo o compañero, la proporción que desea cesar la procreación es menor (46%), patrón que se mantiene en todos los grupos de edades y en la distribución de acuerdo con los hijos vivos.

Como se ha hecho notar, es probable que la idea que tiene la mujer de la opinión de su esposo a este respecto, sea la que la conduce a un comportamiento diferente al deseado.

Cuadro 6.1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES Y LOS COMPAÑEROS QUE NO DESEAN MAS HIJOS POR EDAD E HIJOS VIVOS DE LA MUJER
(Mujeres en unión y fértiles)

Edad e hijos vivos	Mujeres	Compañeros
(N)	(1627)	(1627)
Total	50	46
Edad		
15-19	18	17
20-24	29	25
25-29	47	41
30-34	55	53
35-39	77	67
40-44	84	76
45-49	89	76
Hijos vivos 1/		
0	4	6
1	17	21
2	66	41
3	76	61
4	79	67
5	79	71
6 y más	83	73

1/ Incluido el embarazo actual como un hijo vivo

Preguntas: ¿Ya tiene Ud. (todos) los hijos que desea?
¿Cree Ud. que el (esposo o compañero) desearía tener (más) hijos en el futuro?

Si se calculan los porcentajes por tiempo transcurrido desde el último hijo nacido vivo, se obtiene que las mayores proporciones que desean un hijo próximamente son mujeres con 3 o 4 años desde el último hijo nacido vivo, 30 y 25 por ciento respectivamente.

El deseo de espaciar el próximo embarazo

Una quinta parte de las mujeres en unión y fértiles desea un hijo próximamente, valor semejante al obtenido hace 5 años en la EPA-81 (ver cuadro 6.2). Es valedero aclarar que los resultados presentados de la encuesta de 1981 no corresponden a los presentados en el informe, ya que en esa oportunidad se incluyeron dentro del cuadro las mujeres esterilizadas, lo cual no se hizo en el presente caso.

La proporción que desea espaciar su próximo hijo descendió de un 36 por ciento en 1981 a un 28 por ciento

en 1986, de donde el mayor incremento se produce entre las mujeres que ya no desean más hijos.

De las mujeres que desean próximamente un hijo -pronto o el próximo año-, los mayores porcentajes se observan en las edades más jóvenes-entre las menores de 30 años. No obstante, los valores no sobrepasan en ningún grupo de edad al 28 por ciento, que es el que se obtiene en el de mujeres de 15 a 19 años.

De acuerdo con el número de hijos vivos, un 70 por ciento de las mujeres que no tienen ningún hijo desea uno próximamente y, para aquellas que sólo tienen uno, la proporción es del 34 por ciento. Además, se notan proporciones menores al 20 por ciento entre las mujeres que tienen dos hijos vivos o más.

Cuadro 6.2

DISTRIBUCION SEGUN EL ESPACIAMIENTO DESEADO DEL PROXIMO HIJO Y PORCENTAJE QUE DESEA UN HIJO PROXIMAMENTE POR EDAD, HIJOS VIVOS Y TIEMPO DESDE EL ULTIMO NACIDO VIVO.
COMPARACION CON EPA -81
(Mujeres en unión y fértiles)

Variable	EPA-81 (2006)	EFES-86 (1627)
(N)		
Espaciamiento deseado		
Total	100	100
Pronto	13	16
El próximo año	6	4
En dos años	10	7
En tres años	7	7
Más de tres años	19	10
No desea más hijos	41	50
No sabe	4	6
Desea próximamente 1/		
Total	19	20
Edad		
15-19	25	28
20-24	19	25
25-29	21	23
30-34	19	19
35-39	20	14
40-44	16	8
45-49	11	9
Hijos vivos 2/		
0	76	70
1	28	34
2	18	19
3	10	11
4	8	6
5	8	8
6 y más	8	3
Tiempo desde último N.V. 3/		
Menos de un año	5	3
1 año	11	12
2 años	17	20
3 años	26	30
4 años	26	25
5 y más años	22	20

1/ Incluye las respuestas "pronto" y "el próximo año".

2/ Incluye el embarazo actual como un hijo vivo.

3/ Excluye a las mujeres sin hijos.

Fuente EPA-81. Tabulaciones especiales.

Tamaño deseado de la familia

Para llevar a cabo el cálculo del tamaño deseado de la familia se procedió de la siguiente manera: a las mujeres que indicaron que ya no deseaban más hijos y a las que estaban esterilizadas o con esposo vasectomizado, se les solicitó el número de hijos que hubieran tenido al haber podido elegir, y este número se designó como el tamaño deseado. A las mujeres que indicaron su deseo de tener más hijos se les interrogó sobre el número adicional de hijos. En este caso al tamaño deseado se obtuvo de la suma de los hijos vivos más el número adicional de ellos.

En el cuadro 6.3 se incluye la distribución porcentual de las mujeres en unión de acuerdo con el número deseado de hijos.

Como puede observarse, se ha incrementado la proporción que desea menos de cuatro hijos: mientras que en 1981 el 2 por ciento deseaba un hijo solamente, en 1986 un 5 por ciento desea un hijo o ninguno. En 1981 un 40 por ciento de las mujeres en unión deseaban una familia de 4 o más hijos, en 1986 ese grupo representa el 33 por ciento de las mujeres en unión.

Se nota una tendencia de disminución en el número deseado de hijos, la que se produce de una manera lenta y que probablemente tendrá repercusiones en el nivel de fecundidad, pero a mediano plazo.

Cuadro 6.3
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL TAMAÑO DESEADO DE LA FAMILIA. COMPARACION CON EPA-81
(Mujeres en unión)

Hijos deseados	EPA-81	EFES-86
(N)	(2593)	(2097)
Total	100	100
Ninguno	0	1
1	2	4
2	21	23
3	26	28
4	19	17
5	8	7
6 y más	13	9
No declarados	10	10

En el cuadro 6.4 se incluyen los promedios del número deseado de hijos para las mujeres en unión de acuerdo con algunas variables socioeconómicas. Se observa que aquellas mujeres que se encuentran en unión, tienen un tamaño promedio deseado de 4.3 hijos, en la EPA-81 el valor fue de 4.6 hijos; así, concordante con lo anterior, se nota una pequeña reducción en el tamaño deseado de hijos en los últimos 5 años.

Puesto que la distribución de la variable tamaño deseado de

la familia es asimétrica, el valor promedio se encuentra afectado por los valores extremos, por lo que resulta conveniente tomar en cuenta el valor modal o la mediana, ya que la primera de estas medidas no se encuentra afectada por los valores extremos y la segunda en menor cantidad que el promedio. Para los grupos analizados los resultados son:

	EPA-81	EFES-86
Moda	3.0	3.0
Mediana	3.0	3.0
Promedio	4.6	4.3

Como puede notarse, los valores son semejantes en ambas encuestas, por lo que puede decirse que el tamaño ideal de la familia es un aspecto que no presenta cambios en los últimos 5 años.

Se incluyen también, en el cuadro 6.4, los valores promedio de acuerdo con la edad, el área de residencia, el nivel de ingreso y la educación. La variable se comporta en general de acuerdo con lo esperado. Como puede notarse, los valores promedios se incrementan conforme aumenta la edad, siendo para las mujeres que ya terminan su período reproductivo de 7 hijos.

Llama la atención el valor del grupo de 15 a 19 años, cuyo promedio resulta mayor que en el grupo siguiente, lo cual es debido a que un 11 por ciento de los casos no tiene un número ideal definido y en general, para todos los subgrupos se tomó la decisión de adjudicar a estos casos un ideal máximo de 12 hijos, lo que eleva el promedio en este grupo.

Esto se realizó de esta forma, pues se consideran los 12 hijos como un límite máximo de alcanzar y para mantener la comparabilidad con las encuestas anteriores.

Para las mujeres de zonas rurales, las de un ingreso menor y con menor educación, el valor promedio resulta ser el más alto. Sin embargo, para las mujeres más jóvenes (ver cuadro 6.5), menores de 35 años, los resultados no sobrepasan los 5 hijos, valor máximo que se presenta en el grupo de mujeres con menos de 3 años de educación, y que asciende a los 7 hijos entre las mujeres de 35 años o más.

Para las mujeres en unión, al hacerse la entrevista, se calculó la proporción que desea menos de tres hijos; los resultados se incluyen en el cuadro 6.6 junto a los obtenidos en las dos encuestas anteriores. Como puede observarse, la proporción se ha incrementado en los últimos 10 años, pasando, para las mujeres de 20 a 49 años, de un 18 por ciento en 1976 a un 27 por ciento en 1986.

Por grupos de edades, se nota un importante incremento en esta proporción en casi todos los grupos de edades, a

Cuadro 6.4
**PROMEDIO DEL TAMAÑO DESEADO DE LA FAMILIA,
 POR EDAD, LUGAR DE RESIDENCIA, INDICADOR
 DEL NIVEL DE INGRESO Y EDUCACION
 COMPARACION CON EPA-81
 (Mujeres en unión)**

variable	(N-86)	EPA-81	EFES-86
Total	(2097)	4.6	4.3
Edad			
15-19	(123)	3.4	3.7
20-24	(364)	3.6	3.3
25-29	(474)	4.0	3.8
30-34	(431)	4.4	4.1
35-39	(307)	5.4	4.3
40-44	(216)	5.8	5.6
45-49	(181)	6.5	6.6
Residencia			
Area Metropolitana	(614)	4.0	3.5
Valle Central Urbano	(263)	4.3	4.4
Valle Central Rural	(408)	5.3	4.7
Resto Urbano	(232)	4.1	3.7
Resto Rural	(580)	5.0	4.9
Nivel de Ingreso			
Bajo	(806)	ND	4.7
Medio	(830)	ND	4.2
Alto	(461)	ND	3.5
Educación			
Menos de 3 primaria	(219)	6.4	6.3
Primaria 3-5	(391)	5.3	5.4
Primaria completa	(668)	4.1	4.1
Secundaria 1-4	(377)	3.7	3.3
Secundaria completa o Universitaria	(442)	3.5	3.3

excepción solamente de las mujeres de 30 a 34 y de 45 a 49 que se mantienen igual a hace 5 años. En el grupo de mujeres de 15 a 19 años, la proporción que desea menos de tres hijos es del 46 por ciento, esto es, casi la mitad de las mujeres en unión de 15 a 19 años tienen un tamaño ideal menor a los tres hijos, valor que 5 años atrás era de cerca de una tercera parte de estas mujeres.

La distribución de la proporción por número de hijos vivos presenta un incremento en los grupos de mujeres con 4 hijos vivos o menos. Cabe destacar que más del 50 por ciento de las mujeres con menos de 2 hijos vivos desean un tamaño de familia menor a los tres hijos.

Fecundidad no deseada

Los ideales reproductivos señalan hacia una disminución del tamaño de la familia en un futuro próximo, pues es el sentir de las generaciones más jóvenes. Sin embargo, no siempre las mujeres alcanzan el ideal deseado. Una variable que puede dar una idea de esto es la proporción de embarazos que ocurren sin haber sido planeados.

En la Encuesta se preguntó a las mujeres con algún embarazo en los últimos 5 años, si el último embarazo fue deseado. Los resultados para las mujeres en unión se presentan en el cuadro 6.7 y gráfico 6.1. Como puede notarse, el 40 por ciento de las mujeres no deseaba embarazarse en ese momento, de las cuales un 14 por ciento ya no deseaba más hijos y un 26 por ciento deseaba espaciarlos. Estos son valores semejantes a los observados en 1981, donde un 37 por ciento de las mujeres con embarazos en los últimos 5 años indicó que

Cuadro 6.5
**PROMEDIO DEL TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA SEGUN RESIDENCIA, EDUCACION Y NIVEL DE INGRESO
 CONTROLADO POR EDAD. COMPARACION CON EPA-81
 (Mujeres en unión)**

Variable	EPA-81			EFES-86		
	Total	-35 años	35 años y +	Total	-35 años	35 años y +
Total	4.6	3.9	5.8	4.3	3.7	5.3
Residencia						
Area Metropolitana	4.0	3.5	4.8	3.5	3.1	4.3
Valle Central Urbano	4.3	3.8	5.3	4.4	3.9	5.2
Valle Central Rural	5.3	4.2	6.9	4.7	4.0	6.0
Resto Urbano	4.1	3.5	5.8	3.7	3.4	4.3
Resto Rural	5.0	4.3	6.4	4.9	4.2	6.7
Educación						
Años de 3 Primaria	6.4	5.1	7.2	6.3	5.2	7.0
Primaria 3-5	5.3	4.5	6.3	5.4	4.6	6.3
Primaria completa	4.1	3.9	5.0	4.1	3.9	4.7
Secundaria 1-4	3.7	3.4	6.3	3.3	3.2	3.9
Secundaria completa o Universitaria	3.5	3.3	4.2	3.3	3.0	3.9
Nivel de Ingreso						
Bajo	ND	ND	ND	4.7	4.1	6.7
Medio	ND	ND	ND	4.2	3.6	5.3
Alto	ND	ND	ND	3.5	3.0	4.1

Cuadro 6.6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE DESEAN MENOS DE 3
HIJOS POR EDAD E HIJOS VIVOS. COMPARACION
CON ENF-76 Y EPA-81
(Mujeres en unión)

Edad e hijos vivos	ENF-76	EPA-81	EFES-86
Total (15-49)	ND	24	28
Total (20-49)	18	23	27
Edad			
15-19	ND	38	46
20-24	27	33	41
25-29	21	25	30
30-34	16	23	23
35-39	15	18	24
40-44	14	11	18
45-49	13	14	14
Hijos vivos 1/			
0	51	49	59
1	40	42	54
2	19	24	27
3	9	16	18
4	8	17	24
5	11	15	12
6 y más	11	11	11

1/. Incluido el embarazo actual como un hijo vivo

el último embarazo no fue deseado, el 13 por ciento porque no deseaba más hijos y el 24 por ciento deseaba esperar.

Conforme aumenta el número de hijos vivos, la proporción se incrementa y, a partir de los 4 hijos vivos, el porcentaje de embarazos no deseados sobrepasa el 50 por ciento.

Cuadro 6.7

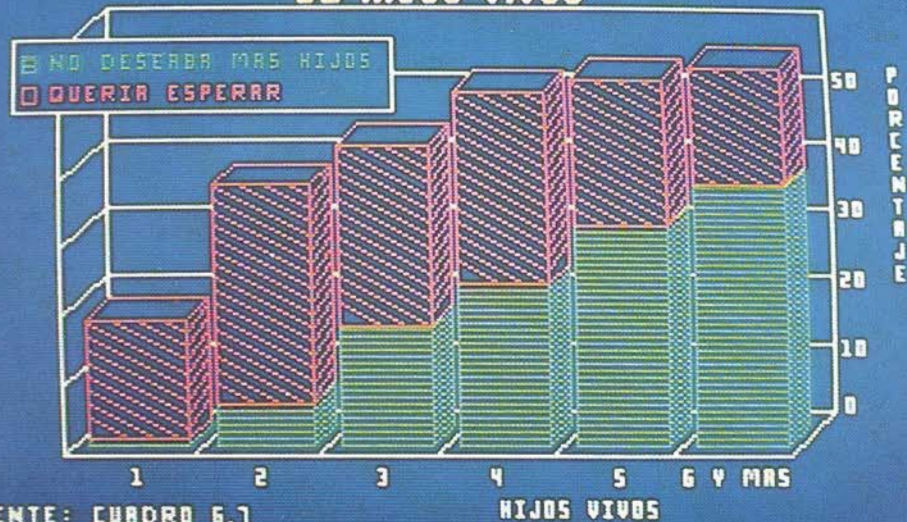
PROPORCION DE MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO
(SIN CONTAR EL ACTUAL) NO FUE DESEADO
SEGUN EL NUMERO DE HIJOS VIVOS

(Mujeres en unión con algún embarazo en los últimos cinco años)

Hijos vivos	(N-86)	Total	No deseaba más hijos	Quería esperar
Total	(1275)	40	14	26
1	(278)	18	1	17
2	(381)	38	6	32
3	(303)	44	17	27
4	(143)	52	23	29
5	(65)	54	32	22
6 y más	(105)	56	38	18

GRAFICO 6.1

PORCENTAJE DE MUJERES CUYO ULTIMO EMBARAZO NO FUE DESEADO SEGUN EL NUMERO DE HIJOS VIVOS



FUENTE: CUADRO 6.1

HIJOS VIVOS

Comportamiento ambivalente

Se han definido como mujeres en unión y fértiles con comportamiento ambivalente a aquellas que:

- a. Manifiestan no desear más hijos y no controlan su fecundidad o lo hacen con un método no eficaz.
- b. Desean espaciar su próximo hijo y no controlan su fecundidad o lo hacen con un método no eficaz.
- c. Desean un hijo próximamente y usan un método eficaz.

Como se comentó anteriormente, se ha planteado la posibilidad de que este comportamiento esté afectado por la opinión del esposo o compañero, tanto al deseo de tener más hijos como a la planificación familiar.

En el cuadro 6.8 se presenta la información correspondiente a las mujeres en unión y fértiles que presentan un comportamiento ambivalente, de acuerdo con la opinión del compañero. Como puede notarse, hay 350 mujeres que no desean más hijos y que no controlan su fecundidad con métodos eficaces. Sin embargo la distribución según la opinión del compañero permite observar que en este grupo de mujeres sólo un 26 por ciento de los compañeros sí desean más hijos o un 13 por

ciento no aprueba la planificación familiar, de donde puede considerarse que, en la mayoría de los casos, el compañero tiene una opinión compartida con la de la mujer.

Semejante a lo anterior sucede con los otros dos subgrupos de mujeres presentados; por lo tanto, en algunos de los casos la concepción que tiene la mujer del pensar de su esposo, puede afectar su comportamiento, pero en la mayoría de ellos no parece ser un factor que lo explique

Cuadro 6.8
DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS MUJERES CON
COMPORTAMIENTO AMBIVALENTE SEGUN OPINION
DEL COMPAÑERO
(Mujeres en unión y fértiles)

Opinión del compañero (N)	Opinión Entrevistada		
	No desea más hijos (350)	Desca espaciar (149)	Desca hijo próximamente (109)
Desca más hijos			
Sí	26	79	87
No	62	10	10
NS	12	11	3
Aprueba PLANFAM			
Sí	79	78	94
No	13	13	4
NS	8	9	2

VII LA SALUD DE LA MUJER

Luis Rosero

La salud de la mujer durante las edades fértiles está estrechamente ligada a su comportamiento reproductivo, por lo que prácticamente todo el presente capítulo versa acerca de este tema. Aquí se analizan los tópicos investigados en la Encuesta sobre la salud femenina que no están muy ligados con la actividad reproductiva, a saber:

- Accesibilidad y uso de los servicios médicos;
- Fumado;
- Prevención del cáncer de cuello del útero y de mama;
- Patologías prevalentes; y
- Cirugías frecuentes.

Accesibilidad y uso de los servicios médicos

Puesto que la gran mayoría de los recursos médico-hospitalarios del país son de la Caja Costarricense de Seguro Social, la condición de asegurada debe ser tomada en cuenta como determinante del acceso de la mujer a los servicios médicos.

El 45 por ciento de las mujeres en edad fértil indicaron estar aseguradas en calidad de dependientes de un asegurado directo, el 20 por ciento indicaron ser cotizantes directas del Seguro Social y el 13 por ciento declararon tener seguros voluntarios u otras formas de afiliación. En total, el 78 por ciento están aseguradas en una u otra forma, es decir tienen derecho a recibir atención médica y hospitalaria gratuita (cuadro 7.1).

Esta cobertura de más de las tres cuartas partes es un importante logro del Seguro Social costarricense. La meta, sin embargo, es alcanzar una cobertura universal. Para ello es útil identificar las subpoblaciones más alejadas de este objetivo. El cuadro 7.1 muestra que las coberturas más bajas del Seguro Social se presentan entre las mujeres solteras (70% de aseguradas), en unión libre (71%) o del nivel de ingreso bajo (71%); en tanto que las más altas se presentan entre las casadas (86%) o en el nivel de ingreso alto (85%). Muestra también que la proporción de aseguradas es mayor conforme aumenta la educación de la mujer y en el área urbana, pero los contrastes de acuerdo con estas variables son menores que los correspondientes al estado civil y la situación económica. Las mujeres más jóvenes tienen menores proporciones de aseguradas, lo que se explica parcialmente por la mayor concentración de solteras en esas edades.

Como una medida del acceso y uso de los servicios médicos la encuesta preguntó: "Desde enero de 1981

Cuadro 7.1
DISTRIBUCION SEGUN LA CONDICION DE ASEGURADA Y
PORCENTAJE DE ASEGURADAS SEGUN EDAD, ESTADO
CONYUGAL, RESIDENCIA EDUCACION Y
NIVEL DE INGRESO
(Mujeres del 15-49 años de edad)

Variable	(N)	Porcentaje
Condición de asegurada		
Total	(3514)	100.0
Directa	(702)	20.0
Familiar	(1604)	45.6
Voluntaria	(253)	7.2
Otro	(193)	5.5
No asegurada	(762)	21.7
Aseguradas		
Total	(3514)	78.3
Edad		
15-19	(698)	73.8
20-29	(1334)	74.1
30-39	(937)	82.7
40-49	(545)	86.8
Estado conyugal		
Soltera	(1212)	70.4
Unión libre	(448)	70.8
Casada	(1644)	86.2
Otro	(210)	78.6
Residencia		
Area Metropolitana	(1106)	79.5
Resto Urbano	(881)	81.7
Rural	(1527)	75.5
Educación		
No ha completado		
primaria	(857)	75.5
Primaria completa	(1034)	76.2
Secundaria incompleta	(756)	79.5
Secundaria completa		
o más	(861)	82.6
Nivel de ingreso		
Bajo	(1205)	71.3
Medio	(1479)	80.5
Alto	(828)	84.7

hasta el presente, ¿ alguna vez ha visitado un doctor ?" El 92 por ciento de las entrevistadas respondieron afirmativamente; proporción que supera el 98 por ciento entre las mujeres con algún hijo en el período (cuadro 7.2). Estos valores indican que prácticamente todas las costarricenses hacen uso de la medicina moderna, en especial cuando pasan por algún acontecimiento obstétrico. Los valores relativamente bajos de mujeres que han visitado al médico entre las menores de 20 años (79%) y entre las no aseguradas (82%) se explican porque en estos grupos predominan jóvenes sanas y sin embarazos. El área de residencia, el nivel de educación y el nivel de ingreso producen variaciones poco importantes en la proporción que ha visitado un médico.

Prevalencia de fumado

En Estados Unidos y otros países industrializados, el há-

bito de fumar está plenamente identificado como la causa más importante de mortalidad prevenible. El cigarrillo es uno de los principales factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Su efecto es aún más nocivo en la mujer, ya que durante el embarazo el fumado puede afectar seriamente el desarrollo del feto y, en combinación con los anticonceptivos orales, multiplica varias veces el riesgo de cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares.

El control de las enfermedades infecciosas en Costa Rica ha hecho que las dos patologías más asociadas con el hábito de fumar -cardiovasculares y cáncer- pasen a ser las dos primeras causas de mortalidad, muy por encima de cualquier otra. Consecuentemente, la vigilancia de las tendencias del fumado, la investigación de sus interrelaciones y los programas para reducirlo han cobrado gran importancia para la salud pública nacional.

A la pregunta " ¿ Fuma Ud. cigarrillos todos los días, de vez en cuando o nunca ?" las entrevistadas respondieron de la siguiente manera:

-Fuman todos los días	6.2%
-Fuman de vez en cuando	6.2%
-Nunca fuman	87.6%

Cuadro 7.2
PORCENTAJE QUE HA CONSULTADO UN MEDICO DESDE
1981 SEGUN EDAD, EMBARAZOS EN EL PERIODO,
RESIDENCIA, EDUCACION NIVEL DE INGRESO Y CONDICION
DE ASEGURADA
(Mujeres del 15-49 años de edad)

Variable	(N)	Porcentaje
Total	(3527)	92.0
Edad		
15-19	(702)	78.9
20-29	(1339)	93.6
30-39	(940)	97.0
40-49	(546)	96.5
Embarazos desde 1981		
Ninguno	(1990)	87.0
1	(970)	98.2
2 o más	(567)	98.9
Residencia		
Area Metropolitana	(1109)	92.6
Resto Urbano	(881)	91.5
Rural	(1537)	91.9
Educación		
No ha completado primaria	(860)	91.9
Primaria completa	(1039)	90.4
Secundaria incompleta	(759)	92.1
Secundaria completa o más	(863)	94.1
Nivel de ingreso		
Bajo	(1213)	90.5
Medio	(1482)	92.2
Alto	(830)	94.0
Condición de asegurada		
Asegurada	(2752)	94.8
No asegurada	(762)	82.0

Se consideró que la distinción entre "todos los días" y "de vez en cuando" era un juicio subjetivo, por lo que se procuró medir más objetivamente la intensidad del fumado con una pregunta acerca del número de cigarrillos consumidos la víspera de la entrevista. Las respuestas a esa pregunta tuvieron un valor medio de 6.4 cigarrillos; y el 3.4 por ciento de todas las entrevistadas indicaron haber fumado 10 o más cigarrillos.

La tasa de prevalencia de 12.4 por ciento de fumadoras en las edades de 15-49 años es bastante menor que la de 35 por ciento de la norteamericana de 18 a 44 años de raza blanca (Remington, et al, 1985). También es inferior que las tasas de entre 24 y 29 por ciento que se observan en los distintos estados del Brasil (Anderson, 1985), pero es algo mayor que la tasa observada en Guatemala, donde el hábito de fumar es prácticamente inexistente entre las mujeres indígenas.

Cuadro 7.3
PORCENTAJE DE PREVALENCIA DEL FUMADO SEGUN
EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION, NIVEL DE INGRESO,
SI ESTA EMBARAZADA Y EL USO DE
ANTICONCEPTIVOS ORALES
(Mujeres de 15-49 años)

Variable	(N)	Porcentaje que fuma	
		Total	10 o más cigarrillos
Total	(3527)	12.4	3.4
Edad			
15-19	(702)	4.4	0.4
20-24	(677)	12.9	2.8
25-29	(662)	16.0	4.5
30-34	(537)	15.5	4.8
35-39	(403)	13.4	5.0
40-44	(296)	13.9	5.4
45-49	(250)	13.6	2.8
Residencia			
Area Metropolitana	(1109)	19.7	6.0
Resto Urbano	(881)	12.9	3.7
Rural	(1537)	6.7	1.5
Educación			
No ha completado			
primaria	(860)	11.6	2.3
Primaria completa	(1039)	9.1	2.6
Secundaria incompleta	(759)	14.1	3.4
Secund. completa o más	(863)	15.3	4.6
Nivel de ingreso			
Bajo	(1213)	10.7	3.0
Medio	(1482)	10.1	2.8
Alto	(830)	18.6	5.2
Está embarazada			
Sí	(248)	8.1	2.8
No o no sabe	(3279)	12.7	3.5
Uso de orales			
Usa	(451)	15.5	4.9
Ya no usa	(436)	15.1	4.6
Nunca ha usado	(2640)	11.4	3.0

La proporción de mujeres que fuma aumenta rápidamente con la edad, hasta llegar a un máximo a los 25-29 años (cuadro 7.3). Esto indica que el hábito se adquiere principalmente antes de los 25 años. Después de esta edad se observa una disminución, atribuible probablemente a que el fumado se está incrementando en las generaciones más jóvenes. La generación con 25-29 años de edad -que en 1986 ostenta un 16 por ciento de fumadoras- es probable que llegue a los 50 años de edad con tasas superiores al 20 por ciento, en vez del 13 por ciento que en la actualidad se observa en las mujeres de esa edad.

En el gráfico 7.1 se comparan las tasas de prevalencia del fumado por edad con las obtenidas en una encuesta de fines de 1984 y principios de 1985 (CRAC-84). En general se observa un aceptable grado de coherencia entre ambas investigaciones, a pesar de las diferencias metodológicas y de los potenciales errores aleatorios. Esto demuestra que los resultados en comentario son sólidos y constituyen una buena referencia para vigilar, en el futuro, las tendencias del consumo de cigarrillos.

De acuerdo con lo esperado la Encuesta muestra una fuerte asociación del fumado en la mujer con la urbanización y su situación económica (cuadro 7.3). El mayor contraste se observa entre el Area Metropolitana de San José (20% de fumadoras) y en el área rural (7%). Hay, por otra parte, cierta tendencia de aumento del tabaquismo con la educación de la mujer, pero la asociación no es muy fuerte.

Dos grupos de fumadoras que por su alto riesgo merecen especial atención, son, como ya se ha señalado, el de las embarazadas y el de las que usan anticonceptivos orales.

El 8 por ciento de quienes estaban embarazadas declararon ser fumadoras (cuadro 7.3). Esta prevalencia es menor que la del resto de mujeres, lo que indica que algunas abandonan el hábito durante la gestación. Sin embargo, es lo bastante alta como para constituir un serio problema de salud pública. Significa que cerca de 7000 de los partos que ocurren anualmente en el país son de fumadoras durante el embarazo, correspondiéndoles algo más de 2000 a fumadoras de 10 o más cigarrillos diarios.

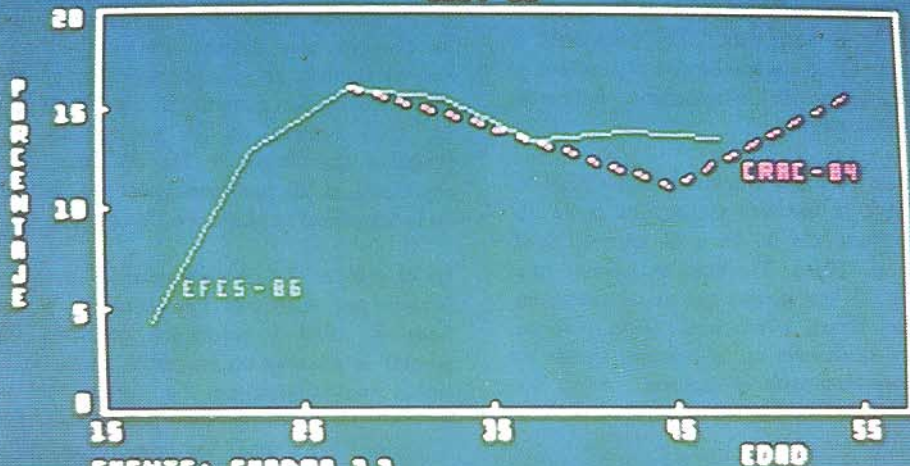
Entre las mujeres que estaban tomando anticonceptivos orales al momento de la Encuesta, la prevalencia del fumado (15.5%) es igual que la observada en las mujeres con entre 25 y 34 años de edad y más alta que la de otras edades (cuadro 7.3). Esto significa que las usuarias de gestágenos orales no están muy conscientes del riesgo adicional que para ellas representa el cigarrillo, y amerita una campaña educativa en la que los servicios de planificación familiar deberían jugar un rol muy importante. En cifras absolutas, las mujeres que al mismo tiempo fuman y toman gestágenos orales son alrededor de 14000, entre las que se cuentan cerca de 4000 que consumen más de 10 cigarrillos por día.

Prevención del cáncer de cuello del útero

El cáncer de cuello del útero y el de mama son, en este orden, los únicos neoplasmas para los que la salud pública dispone de procedimientos relativamente eficaces de prevención secundaria. Estos procedimientos buscan detectar el cáncer en una etapa temprana, cuando el

GRAFICO 7.1

PREVALENCIA DEL FUMADO POR EDAD DE LA MUJER SEGUN DOS ENCUESTAS 1991-96



FUENTE: CUADRO 7.3

ERAC-84: ROSERO Y OBERLE, 1986. CUADRO 2

tratamiento tiene mayores probabilidades de éxito.

La prueba de Papanicolau es el procedimiento para la prevención secundaria del cáncer invasor de cuello del útero, mediante el tamizaje de probables cánceres in situ. Esta prueba se realiza masivamente en Costa Rica desde fines de la década de los 60, muchas veces como parte de los servicios de planificación familiar. En coincidencia con el uso masivo de esta prueba, las tasas de mortalidad por cáncer de útero se redujeron a menos de la mitad entre 1965 y 1980. A pesar de esto, la incidencia del cáncer invasor de cuello del útero sigue siendo elevada. En particular, después de los 45 años de edad, las tasas costarricenses son cuatro o cinco veces mayores, que por ejemplo, las de las mujeres blancas de los Estados Unidos (Rosero y Grimaldo, 1985).

El 64 por ciento de las entrevistadas respondieron afirmativamente a la pregunta "¿Alguna vez se ha hecho un Papanicolau, o citología, es decir, la prueba para el cáncer del cuello del útero?". Ante la posibilidad de que algunas mujeres no supieran o no recordaran que se les había hecho un Papanicolau, se preguntó también si un médico les había practicado un examen ginecológico, el cual generalmente incluye dicha prueba. Con esta pregunta adicional la población femenina en edad fértil, alguna vez cubierta por el programa de prevención del cáncer cérvico-uterino, se elevó a 70 por ciento (cuadro 7.4).

El porcentaje anterior presenta grandes variaciones con la edad y el estado civil de la mujer. Entre las jóvenes solteras con menos de 25 años de edad tan sólo el 16 por ciento tienen por lo menos un Papanicolau. En contraste, casi el 94 por ciento de las mujeres no solteras de 20 a 49 años se han hecho alguna vez este control. Vale decir que sólo entre las mujeres jóvenes o entre las solteras son posibles incrementos sustanciales de la cobertura del programa costarricense de detección del cáncer cérvico-uterino.

Cuadro 7.4
PORCENTAJE CON PAPANICOLAU ALGUNA VEZ Y EN EL ÚLTIMO AÑO SEGUN EDAD, ESTADO CONYUGAL, RESIDENCIA, EDUCACION Y NIVEL DE INGRESO
(Mujeres de 15-49 años de edad)

Variable	(N)	Porcentaje con Papanicolau 1/	
		Alguna vez	Ultimo año
Total	(3527)	69.9	41.7
Edad			
15-19	(702)	18.8	13.5
20-24	(677)	60.9	39.3
25-29	(662)	86.0	54.1
30-34	(537)	92.2	53.3
35-39	(403)	91.1	52.6
40-44	(296)	91.9	47.6
45-49	(250)	87.6	45.6
Estado conyugal y edad			
Soltera, 15-24	(876)	15.9	8.6
Soltera, 25-49	(341)	59.8	27.6
No soltera, 15-19	(124)	63.7	50.0
No soltera, 20-49	(2186)	93.5	56.8
Residencia			
Area Metropolitana	(1109)	73.2	42.5
Resto Urbano	(881)	68.1	40.1
Rural	(1537)	68.3	42.2
Educación			
No ha completado			
primaria	(860)	78.8	45.5
Primaria completa	(1039)	71.8	43.6
Secundaria incompleta	(759)	60.2	37.3
Secund. completa			
o más	(863)	67.1	39.6
Nivel de ingreso			
Bajo	(1213)	69.6	42.1
Medio	(1482)	68.8	41.5
Alto	(830)	72.3	41.6

1/ Se incluye también un 6 por ciento de mujeres que declararon solamente algun examen ginecológico.

El cuadro 7.4 muestra, por otra parte, que no hay diferencias geográficas o socioeconómicas importantes en la cobertura de este programa de prevención secundaria. Las más grandes diferencias se presentan de acuerdo con la educación de la mujer, pero ellas no se ajustan a un patrón lógico.

Para tener una visión completa no basta conocer el porcentaje que alguna vez se ha hecho un Papanicolau, sino que es necesario saber también la periodicidad de los controles. Un estudio reciente demuestra que un Papanicolau negativo da completa seguridad de que el cáncer de cuello del útero no se presentará en los próximos 12 meses, pero esta seguridad disminuye en el tiempo hasta desaparecer totalmente luego de 5 años (Lynge y Poll, 1986). Por lo tanto, un programa de prevención secundaria de este cáncer tendrá máxima eficacia (aunque no necesariamente el máximo costo-beneficio) cuando el Papanicolau se efectúa una vez al año.

Con el fin de tener una idea sobre la periodicidad con que se efectúan los Papanicolaus, se preguntó la fecha del último y se obtuvo la siguiente distribución:

Menos de 12 meses	42%
12 a 23 meses	17%
2 a 4 años	8%
5 años o más	3%
Nunca	30%

Con base en estos resultados, se puede afirmar que el 42 por ciento de las mujeres en edad fértil de Costa Rica están cubiertas por el programa de detección del cáncer de cuello del útero en su máxima eficacia y el 25 por ciento lo están por un programa de eficacia disminuida.

En la última columna del cuadro 7.4 se observa que el porcentaje de mujeres con Papanicolau en el último año varía de acuerdo con la edad, el estado conyugal y las variables socioeconómicas del mismo modo que el comentado para el porcentaje con algún control. El valor mínimo les corresponde a las solteras de 15-24 años de edad (9%) y el máximo a las no solteras de 20 a 49 años de edad (57%).

Antes de la presente encuesta se disponía de muy poca información acerca de la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de cuello del útero. En realidad, sólo existían dos estimaciones: una para 1983, basada en la Encuesta Nacional de Consultas al Médico (Moya, Vargas y Montero, 1985) y otra proveniente del estudio sobre anticoncepción y riesgo de cáncer de 1984-1985 (Rosero y Oberle, 1986). En el gráfico 7.2 se comparan estas estimaciones por edad de la mujer con los resultados de la presente encuesta. Aunque se observa un aceptable grado de coherencia entre todas las estimaciones, pareciera que los resultados de la EFES-86 tienden a exagerar ligeramente la cobertura del programa en estudio, o que las otras dos fuentes tienden a subestimarla ligeramente.

Prevención del cáncer de mama

Aunque Costa Rica presenta tasas de mortalidad e

incidencia de cáncer de mama de menos de la mitad que las de los Estados Unidos, es preocupante el hecho de que las tasas de mortalidad por este cáncer presenten una ligera tendencia a incrementarse en las últimas dos décadas (Rosero y Grimaldo, 1985).

Para la detección precoz del cáncer de mama, los procedimientos son el examen médico y la mamografía periódicos, acompañados del autoexamen frecuente. Los dos primeros procedimientos no son aplicados masiva y sistemáticamente por los servicios de salud costarricense. En cambio, sí se han organizado desde hace algunos años campañas educativas para promover el autoexamen de los pechos.

El grado en que estas campañas educativas han penetrado en la población es evaluado en la Encuesta con la pregunta: "¿Se examina Ud., los pechos mensualmente después de la menstruación siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca?". Puesto que el cáncer de mama es casi inexistente entre las mujeres más jóvenes, se analizan los resultados únicamente entre las mujeres con 30 o más años de edad. En el cuadro 7.5 se observa que el 59 por ciento de las mujeres dijeron que nunca se examinaban los pechos y un 5 por ciento indicaron que casi nunca lo hacían. Sólo un poco más de la tercera parte (36.5%) señalaron que se examinaban con cierta regularidad y apenas el 16 por ciento todos los meses. Vale decir que es poco lo que en el país se ha logrado hasta el presente en la prevención de cáncer de mama.

La proporción que acostumbra autoexaminarse los pechos no parece estar asociada con la edad de la mujer, al menos dentro del grupo de 30 a 49 años que se está estudiando. En cambio está influida por la condición socioeconómica y el lugar de residencia. Quienes viven en las áreas urbanas que tienen mayor educación o poseen más recursos económicos están más compenetradas con la necesidad del autoexamen de los pechos. Los valores extremos son el 21 por ciento que acostumbra autoexaminarse en el nivel de ingreso bajo y el 52 por ciento en el nivel alto.

Los resultados de la Encuesta muestran claramente que en Costa Rica hay mucho por hacer en el campo de la prevención del cáncer de mama, particularmente en los grupos socioeconómicos menos privilegiados.

Prevalencia de ciertas enfermedades

Para siete enfermedades crónicas elegidas "a priori" se preguntó si alguna vez la entrevistada había tenido algún diagnóstico médico y si seguía enferma al momento de la entrevista. La proporción de personas enfermas al momento de la entrevista, o prevalencia, se muestra en el cuadro 7.6. Las vrices son el padecimiento más frecuente. Después de los 30 años de edad y en el área rural, la prevalencia resultó de 30 por ciento. La hipertensión arterial es la segunda patología en importancia entre las mujeres de 30 o más años, y afecta al 9 por ciento de las mujeres del área urbana y al 13.5 por ciento en el área rural. Los flujos vaginales anormales es la segunda afección más importante entre las menores de 30 años. Afecta al 8 por ciento de las mujeres, proporción que no varía significativamente con la edad. Con prevalencias que varían entre 3 y el 6 por

Cuadro 7.5
DISTRIBUCION SEGUN LA FRECUENCIA DE AUTOEXAMEN
DE LOS PECHOS Y PORCENTAJE QUE ACOSTUMBRA AUTO
EXAMINARSE SEGUN EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION Y
NIVEL DE INGRESO

(Mujeres de 30-49 años de edad)

Variable	(N)	Porcentaje
Frecuencia de autoexamen		
Total	(1486)	100.0
Siempre	(244)	16.4
Casi siempre	(144)	7.7
A veces	(185)	12.4
Casi nunca	(70)	4.7
Nunca	(873)	58.7
Acostumbran autoexaminarse 1/		
Total	(1486)	36.5
Edad		
30-34	(537)	35.6
35-39	(403)	39.0
40-44	(296)	36.5
45-49	(250)	34.8
Residencia		
Area Metropolitana	(487)	38.4
Resto Urbano	(373)	40.8
Rural	(626)	32.6
Educación		
No ha completado primaria	(562)	28.3
Primaria completa	(402)	35.6
Secundaria incompleta	(206)	41.3
Secundaria completa o más	(313)	49.8
Nivel de Ingreso		
Bajo	(445)	21.1
Medio	(640)	37.7
Alto	(399)	51.6

1/ Incluye las respuestas siempre, casi siempre y a veces.

ciento, dependiendo de la edad y el área de residencia, se ubicaron en cuarto lugar los problemas de infertilidad, seguidos de cerca por las infecciones de la matriz y los tumores o quistes en los pechos. Casi ninguna de las entrevistadas informó que padecía de enfermedades venéreas.

En el gráfico 7.3 se aprecia que la prevalencia de las patologías investigadas resultó mayor en el área rural, con excepción de los problemas de infertilidad y las enfermedades de los pechos, que aparecen más frecuentemente en las ciudades. Sin embargo, este efecto del lugar de residencia aparece con claridad sólo después de los 30 años de edad.

Para la adecuada interpretación de los resultados, se debe tener presente que los conceptos de hipertensión, flujos vaginales anormales e infertilidad son demasiado vagos, lo que podría conducir a una exageración del número de mujeres que dicen haber padecido estas patologías.

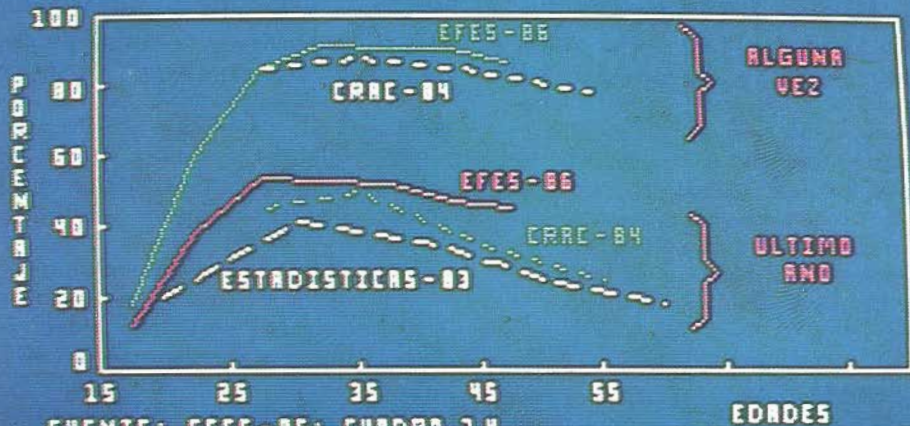
Cirugías más frecuentes

El cuestionario incluyó una pregunta experimental acerca de las intervenciones quirúrgicas de las entrevistadas, excluyendo las cesáreas. Se registraron máximo dos operaciones por mujer (las dos más recientes cuando había tres o más). El 8 por ciento de todas las entrevistadas declararon dos o más intervenciones quirúrgicas, el 21 por ciento solamente una y el 71 por ciento ninguna. Las operaciones declaradas fueron agrupadas en los nueve tipos que constan en el cuadro 7.7. Un problema para interpretar esta información fue la ambigüedad acerca de si se trata de cirugía mayor o menor. Otro problema proviene de que la frecuencia de cirugías es un indicador tanto negativo como positivo de la salud, es decir, informa sobre la presencia de enfermedades pero también acerca de la accesibilidad de los servicios médicos.

El perfil de cirugías varía mucho con la edad de la mujer,

GRAFICO 7.2

PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE HAN HECHO PAPANICOLAUS ALGUNA VEZ Y EN ULTIMO AÑO SEGUN EDAD, COMPARACION CON OTRAS FUENTES



FUENTE: EFES-86: CUADRO 7.4
 CRAC-84: ROSERO, ET. AL., INEDITA
 ESTADISTICAS 83: ROSERO ET. AL., 1985. CUADRO 5

por lo que conviene analizar separadamente a las mayores y menores de 30 años. Entre las más jóvenes predominan las operaciones en los ojos, oídos, nariz y garganta, con una frecuencia de 6 por ciento en el área urbana y 4 por ciento en la zona rural. A continuación se ubican las operaciones en el aparato locomotor con una frecuencia de 3 ó 4 por ciento.

Los demás tipos de operaciones aparecen en este grupo de edad con una frecuencia que no supera el 3 por ciento. Globalmente, las mujeres menores de 30 años con alguna

mayores de 30 años han sufrido intervenciones quirúrgicas. Las residentes en ciudades distintas de la capital tienen el porcentaje más alto (50%) y las del área rural el más bajo (42%).

La pregunta acerca de las intervenciones quirúrgicas fue completamente independiente de la relativa a las esterilizaciones, por lo que la comparación entre ambas da una idea de la validez de las respuestas. En general, la coincidencia fue elevada. Solamente 3 de las 362 mujeres que declararon haber tenido una salpingectomía o una

Cuadro 7.6
PORCENTAJE DE PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS QUE SE INDICAN
POR ÁREA DE RESIDENCIA, CONTROLADO POR EDAD
(Mujeres de 15-49 años)

Patologías confirmadas por médico	Total	Área Metropolitana	Resto Urbano	Rural
Todas las Entrevistadas				
(N)	(3527)	(1009)	(881)	(1537)
1. Várices	17.3	16.0	15.8	19.2
2. Flujos vaginales anormales	8.6	8.4	7.9	9.0
3. Hipertensión	6.5	6.3	4.9	7.5
4. Infertilidad	4.1	4.7	4.2	3.7
5. Infección en la matriz	3.3	2.5	2.3	4.4
6. Tumores o quistes en los pechos	2.3	1.6	2.0	2.0
7. Venéreas	0.1	0.0	0.1	0.1
Menores de 30 años				
(N)	(2041)	(622)	(508)	(911)
1. Várices	10.8	10.0	9.9	11.8
2. Flujos vaginales anormales	8.3	9.0	8.2	7.8
3. Hipertensión	3.3	4.2	2.2	3.3
4. Infertilidad	3.1	3.4	2.9	3.0
5. Infección en la matriz	2.6	1.6	2.1	3.6
6. Tumores o quistes en los pechos	2.2	2.4	2.6	1.7
7. Venéreas	0.1	0.0	0.1	0.1
Con 30 o más años				
(N)	(1486)	(487)	(373)	(626)
1. Várices	26.3	23.6	23.5	30.1
2. Hipertensión	10.8	9.0	8.6	13.5
3. Flujos vaginales anormales	8.9	7.6	7.5	10.7
4. Infertilidad	5.6	6.4	5.9	4.8
5. Infección en la matriz	4.2	3.7	2.7	5.6
6. Tumores o quistes en los pechos	2.6	3.7	1.3	2.4
7. Venéreas	0.1	0.0	0.0	0.1

operación representan el 19 por ciento en el área urbana y el 13 por ciento en el área rural. Esta diferencia sugiere que la frecuencia de cirugías es más un indicador de bienestar socioeconómico o de disponibilidad de servicios que uno de presencia de enfermedades

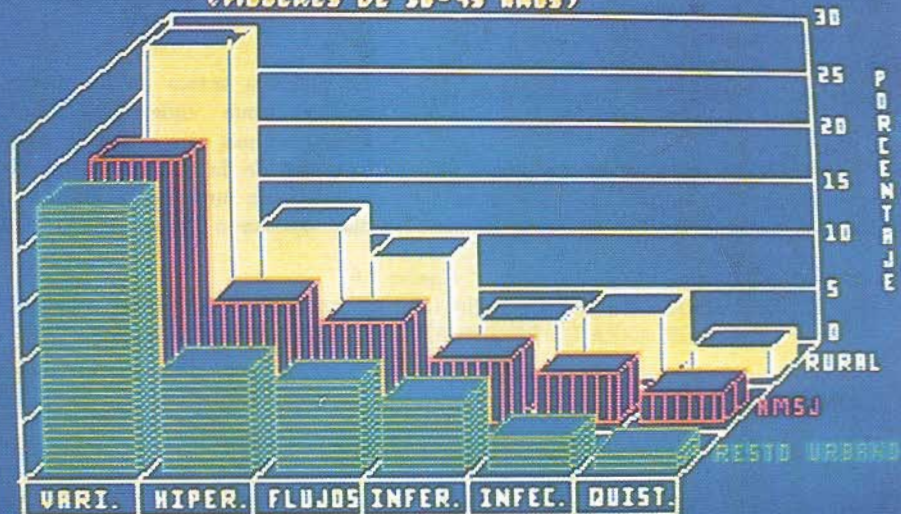
Entre las mujeres de más edad se presenta un claro predominio de la salpingectomía (16% en el Área Metropolitana y 23% en el resto del país), seguida por las cirugías del aparato genito-urinario, algunas de las cuales resultan también en la esterilización de la mujer. Las intervenciones otorrinolaringológicas muestran una frecuencia similar a la observada entre las más jóvenes. Las operaciones del apartado locomotor afectan al 5 ó 6 por ciento de las mujeres, y los restantes tipos de operaciones a porcentajes inferiores al 5 por ciento, pero mayores que los observados entre las menores de 30 años. En conjunto, casi la mitad (46%) de las costarricenses

histerectomía no informaron en otra parte de la entrevista que estaban esterilizadas. Esto sugiere que la encuesta no presenta omisiones de esterilizadas. Sin embargo, 49 mujeres de las 411 que se declararon esterilizadas no indicaron ni la salpingectomía ni la histerectomía entre sus operaciones, aunque 21 de ellas mencionaron otras cirugías en los órganos reproductores, lo cual lleva a pensar que realmente fueron esterilizadas quirúrgicamente.

Las 28 mujeres restantes representan el 7 por ciento de las esterilizadas e incluyen a 13 que afirmaron que nunca habían sido operadas y a 15 con operaciones en órganos diferentes de los reproductivos. Esto sugiere que, o hay cierta omisión en las cirugías declaradas (por olvido o porque la esterilización no es considerada como tal) o un exceso de a lo sumo el 5 por ciento de mujeres que equivocadamente aparecen como esterilizadas.

GRAFICO 7.3

PREVALENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES SEGUN AREA DE RESIDENCIA (MUJERES DE 30-49 AÑOS)



FUENTE: CUADRO 7.6

ENFERMEDADES

Cuadro 7.7
**PORCENTAJE QUE HAN TENIDO LAS CIRUGIAS QUE SE INDICAN
 POR AREA DE RESIDENCIA, CONTROLADO POR EDAD**
 (Mujeres de 15-49 años)

Cirugías	Total	Area Metropolitana	Resto Urbano	Rural
Todas la Entrevistadas				
(N)	(3527)	(1109)	(881)	(1537)
Alguna cirugía 1/	28.8	31.3	32.1	25.2
1. Salpingectomía	9.6	7.8	10.8	10.1
2. Otras del aparato genito-urinario	6.0	7.9	6.8	4.1
3. Otorrinolaringológicas	5.3	6.0	5.3	4.2
4. Aparato locomotor	4.4	4.7	3.7	4.2
5. Hernias, quistes y otras de la piel	2.8	2.7	3.4	2.3
6. Apendicitis	2.5	3.3	3.5	1.3
7. Otras del aparato digestivo	2.5	2.9	3.0	1.9
8. Mamas	2.1	2.7	1.9	1.5
9. Otras o no bien especificadas	1.1	1.6	1.5	0.5
Menores de 30 años				
(N)	(2041)	(622)	(508)	(911)
Alguna cirugía 1/	16.6	19.5	18.7	13.4
1. Salpingectomía	1.3	1.0	1.6	1.4
2. Otras del aparato genito-urinario	2.4	2.9	3.0	1.8
3. Otorrinolaringológicas	5.0	5.9	5.9	4.0
4. Aparato locomotor	3.3	4.0	2.8	3.1
5. Hernias, quistes y otras de la piel	2.1	2.1	3.0	1.6
6. Apendicitis	1.8	2.6	2.6	0.8
7. Otras del aparato digestivo	1.1	1.3	1.6	0.8
8. Mamas	1.0	1.0	1.0	1.0
9. Otras o no bien especificados	0.7	1.3	0.6	0.4
Con 30 o más años				
(N)	(1486)	(487)	(373)	(626)
Alguna cirugía 1/	45.7	46.4	50.4	42.3
1. Salpingectomía	20.9	16.6	23.3	22.7
2. Otras del aparato genito urinario	10.9	14.4	12.1	7.5
3. Otorrinolaringológicas	5.1	6.2	4.6	4.6
4. Aparato locomotor	5.6	5.5	5.1	5.9
5. Hernias, quistes y otras de la piel	3.5	3.5	4.0	3.2
6. Apendicitis	3.5	4.3	4.8	2.1
7. Otras del aparato digestivo	4.3	4.9	4.8	3.5
8. Mamas	3.4	4.9	3.2	2.2
9. Otras o no bien especificadas	1.6	2.1	2.7	0.6

1/ No se incluyen las cesáreas.

VIII LA SALUD MATERNO-INFANTIL

Luis Rosero

En el presente capítulo se analizan los resultados de la encuesta para dos indicadores de la salud del niño: la sobrevivencia infantil y la prevalencia de ciertas enfermedades infecciosas. Se estudian también los resultados respecto a los siguientes factores influyentes en la salud materno-infantil:

- Control prenatal;
- Tipo de parto y atención recibida;
- Control pediátrico;
- Inmunizaciones; y
- Lactancia materna.

Sobrevivencia infantil

Se encontraron tan sólo 29 defunciones infantiles en los 1533 hijos tenidos por las entrevistadas entre 1981 y 1984. Esto significa una tasa de mortalidad infantil de 19 por mil nacimientos, muy semejante al valor de 18 por mil de las estadísticas vitales en el mismo período. Sin embargo, al calcular esta tasa separadamente para cada año o para los bienios 1981-82 y 1983-84, los resultados de la Encuesta presentan mayores discrepancias con las estadísticas vitales y grandes fluctuaciones de un período a otro (cuadro 8.1 y gráfico 8.1). Estas discrepancias y fluctuaciones probablemente no son genuinas, sino debidas al azar. Por ejemplo, bajo el supuesto de muestreo simple al azar, puede estimarse con 95 por ciento de confianza que la tasa muestral de 14 por mil de 1983-84 proviene de una tasa de entre 6 y 22 por mil en toda la población. Para obtener estimaciones más precisas de la mortalidad infantil, haría falta muestras varias veces más grandes que la de la presente encuesta. Ello se debe en parte a que en Costa Rica la muerte de un niño se ha vuelto un hecho muy raro y a que las parejas de hoy tienen relativamente pocos hijos.

Con métodos indirectos, bien conocidos en demografía, se ha estimado la probabilidad de morir antes de cumplir los dos años en aproximadamente 1981-82. Esta estimación se basa en los datos del número de hijos tenidos y de hijos sobrevivientes de acuerdo con la edad de la mujer. Los resultados se muestran en el segundo panel del cuadro 8.1, y en la parte b) del gráfico 8.1 junto con los obtenidos de otras fuentes de información, al usar la misma metodología (Behm, 1976). Las estimaciones provenientes de las encuestas EFES-86 y EPA-81 y del censo de 1984 presentan valores sustancialmente más altos que los de las estadísticas vitales. Por ejemplo, para 1981-82 la tasa de la Encuesta es de 29 por mil

mientras que la de las estadísticas vitales es de 20 por mil. Estas diferencias, empero, no conducen a conclusiones definitivas acerca de aspectos tales como el subregistro de defunciones, porque las estimaciones indirectas tienen un margen de imprecisión potencialmente muy grande, por el no cumplimiento de alguno de los muchos supuestos en que se basa el método de estimación.

Cuadro 8.1
**PROBABILIDAD DE MORIR EN EL PRIMER AÑO Y EN
 LOS DOS PRIMEROS AÑOS ESTIMADAS CON
 DATOS DE VARIAS FUENTES**
 (Probabilidad por mil nacimientos)

Períodos	Censos o encuestas		Estadísticas Vitales
	Fuente	Probabilidad	
Primer año			
1964-65	ENF -76	75	77
1967-69	ENF -76	74	67
1970-72	ENF -76	63	59
1973-75	ENF -76	52	40
1976-77	EPA -81 (N=761)	26	31
1978-79	EPA -81 (N=925)	18	22
1981-82	EFES-86 (N=754)	24	18
1983-84	EFES-86 (N=779)	14	18
Dos primeros años 1/			
1968-69	Censo 73	82	73
1971-72	ENF-76	63	64
1973-74	EPA-78	38	46
1976-77	EPA-81	41	34
1979-80	Censo 84	32	22
1981-82	EFES-86	29	20

1/ Para los censos y encuestas es una estimación indirecta con el método de Brass-Sullivan, con base en la proporción de hijos sobrevivientes de las mujeres de 20 a 34 años de edad (Behm,1976).

Todas las estimaciones coinciden en que la tasa de mortalidad infantil de Costa Rica a principios de los años 80 es de un orden de magnitud de 20 por mil. Esta es una tasa mucho menor que la de los países de la región y que la existente en Costa Rica una década atrás. De este modo las encuestas corroboran la extraordinaria disminución de la mortalidad infantil de la década de los 70, oportunamente documentada por las estadísticas vitales.

La disminución de la mortalidad infantil parece haber sido absoluta y relativamente más fuerte en las áreas rurales y en los estratos socioeconómicos más bajos, lo que significa que se han reducido las diferencias geográficas y entre clases sociales en esta materia. El cuadro 8.2 ilustra esta convergencia. La mortalidad infantil del área rural ha pasado de ser casi el doble que la del área urbana, a ser únicamente un 30 por ciento mayor. Por su parte, el alto riesgo relativo de los hijos de mujeres con poca educación aparece notablemente disminuido en la década de los 80. Debe advertirse, sin embargo, que las tasas para subpoblaciones del cuadro 8.2 están sujetas a grandes fluctuaciones aleatorias, por lo que no pueden ser tomadas al pie de la letra.

Morbilidad de los niños

En procura de tener algún indicador, aunque sea burdo, de la morbilidad infecciosa de los niños costarricenses, se preguntó a las madres si en los últimos 7 días habían notado en cada uno de sus hijos menores de cinco años algunos de los siguientes síntomas o enfermedades:

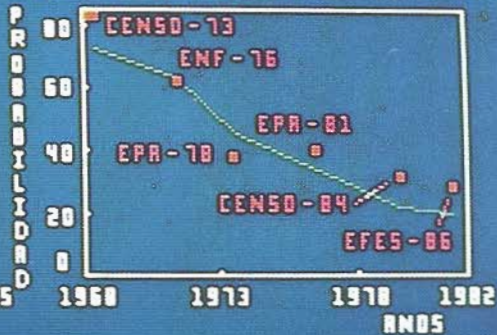
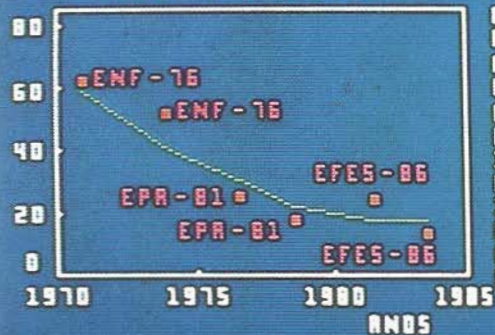
- Inquieto, llorón, irritable
- Pérdida de apetito (anorexia)
- Fiebre o calentura
- Diarrea (tres o más evacuaciones líquidas por día)
- Resfrío (ronquera, moquera y ojos irritados)
- Tos, flemas o dificultad para respirar
- Otra enfermedad

GRAFICO 8.1

PROBABILIDAD DE MORIR EN EL PRIMER AÑO Y EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS, ESTIMADA CON DATOS DE VARIAS FUENTES (POR MIL)

A) PRIMER AÑO, METODO DIRECTO

B) DOS AÑOS, METODO INDIRECTO



FUENTE: CUADRO 8.1

— ESTADÍSTICAS VITALES

Cuadro 8.2
EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EL RIESGO RELATIVO CORRESPONDIENTE
SEGUN RESIDENCIA Y EDUCACION DE LA MADRE, 1965 - 1984.

Variable	Año de nacimiento							
	1965-69		1970-74		1975-79		1981-84	
	Tasa	(N)	Tasa	(N)	Tasa	(N)	Tasa	(N)
Total	75	(3329)	64	(3016)	22	(2094)	19	(1533)
Tasas por mil nacidos								
Residencia								
Area Metropolitana	51	(805)	39	(701)	17	(583)	25	(442)
Resto Urbano	71	(578)	75	(522)	18	(444)	15	(340)
Rural	86	(1946)	71	(1793)	26	(1067)	17	(751)
Años de educación								
Menos de 4	89	(1646)	83	(1241)	33	(483)	29	(239)
4-6	73	(1269)	56	(1253)	20	(934)	12	(669)
7 y más	24	(414)	40	(522)	16	(677)	23	(619)
Riesgo relativo de morir								
Residencia								
Area								
Metropolitana (referente)	1.0		1.0		1.0		1.0	
Resto Urbano	1.4		1.9		1.1		0.6	
Rural	1.7		1.8		1.5		0.7	
Años de educación								
Menos de 4	3.7		2.1		2.1		1.3	
4-6	3.0		1.4		1.2		0.5	
7 y más (Referente)	1.0		1.0		1.0		1.0	

Fuentes: ENF-76 (1965-69 y 1970-74), EPA-81 (1975-79), EFES-86 (1981-84).

Los síntomas que definen las infecciones de las vías respiratorias superiores o resfrío común, resultaron con la prevalencia más alta. El 48 por ciento de los niños estuvieron resfriados en la semana anterior a la Encuesta, según sus madres (cuadro 8.3). Esta es una cifra extraordinaria y sorprendentemente alta. Si se supone que la duración de media de un episodio de esta sintomatología es de 7 días, la prevalencia encontrada en la Encuesta tiene implícita una incidencia de 1.1 episodio mensual, y si se supone una duración de tres días, la tasa implícita de incidencia es de 1.6 episodio por mes. En un estudio de aproximadamente 100 niños en Puriscal que acudían a consulta médica, se encontró una incidencia de 0.27 episodio mensuales cerca del año de edad (Castro et al. 1982, cuadro 1). Pero, este mismo estudio mostró que con visitas a domicilio, se habría encontrado una incidencia casi 6 veces más alta, es decir, una tasa de magnitud semejante a la del presente estudio. Por lo tanto, no debe atribuirse solamente a una sobredeclaración o exageración de las madres la incidencia de más de 1 episodio mensual de infección respiratoria superior, implícita en los resultados de la presente encuesta.

Los síntomas que caracterizan a las infecciones de las vías respiratorias inferiores (tos, flema, dificultad para respirar), también resultaron con una prevalencia sumamente alta de 33.5 por ciento, en la semana anterior a la Encuesta (cuadro 8.3). Esto implica una incidencia de alrededor de un episodio mensual.

Un conocido problema para interpretar los resultados de la prevalencia de infecciones respiratorias superiores e inferiores, es que algunos de sus síntomas (secreción nasal, tos) provienen también de alergias y de la contaminación del aire con humo y otros agentes. A veces estas alergias tienen duración de meses. Esto estaría inflando las cifras de "infecciones respiratorias" resultantes de la Encuesta.

En cuanto a las diarreas, se encontró una prevalencia de 15 por ciento que implica una incidencia de 4 a 6 episodios anuales según si la duración media de éstos es de 7 o 3 días respectivamente. Estos niveles de incidencia están dentro de los rangos conocidos, aunque son algo mayores de los esperados para Costa Rica.

El gráfico 8.2 muestra la evolución por edad y las diferencias urbano rurales de las enfermedades y los síntomas investigados en la Encuesta. Las infecciones respiratorias superiores e inferiores tienden a ser más frecuentes en el área urbana que en la rural. Ello se debe a que, al ser transmitidas por el aire, el riesgo de contagio es mayor donde hay más densidad poblacional. Las diarreas, en cambio presentan una prevalencia ligeramente mayor en el área rural, originada probablemente en una mayor contaminación fecal, que favorece la transmisión de muchos de los agentes que la causan. Pero, en general, el gráfico 8.2 muestra que las diferencias urbano-rurales en la morbilidad infecciosa de

Cuadro 8.3
**PORCENTAJE DE NIÑOS QUE ESTUVIERON ENFERMOS
 LOS ULTIMOS 7 DIAS CON LAS PATOLOGIAS QUE
 SE INDICAN POR EDAD DEL NIÑO
 Y AREA DE RESIDENCIA**
 (Hijos vivos menores de 5 años)

Patología	Menores de 5 años	Menores de 1 año	1-2 años	3-4 años
Todo el país				
(N)	(1931)	(399)	(782)	(749)
Alguna patología	73.2	72.7	78.8	67.6
1. Resfrío 1/	47.7	53.9	50.8	41.1
2. Irritabilidad	35.1	43.4	37.5	28.0
3. Tos, flemas, dificultad respiratoria	33.5	39.1	34.5	29.4
4. Anorexia	28.9	15.8	34.9	29.6
5. Fiebre	21.7	23.1	24.8	17.8
6. Diarrea	14.9	16.0	20.1	8.9
7. Otra	12.4	14.3	12.8	11.1
Area Urbana				
(N)	(964)	(183)	(386)	(395)
Alguna patología	71.7	68.3	78.0	67.1
1. Resfrío 1/.	49.4	50.3	54.1	44.3
2. Irritabilidad	35.3	43.2	39.9	27.1
3. Tos, flemas, dificultad respiratoria	35.1	38.8	36.0	32.4
4. Anorexia	27.3	12.6	34.2	27.3
5. Fiebre	20.6	21.9	25.1	15.7
6. Diarrea	13.8	16.4	20.2	6.3
7. Otra	10.7	12.0	10.9	9.9
Area Rural				
(N)	(967)	(216)	(397)	(354)
Alguna patología	74.7	76.4	79.6	68.1
1. Resfrío 1/	46.0	56.9	47.6	37.6
2. Irritabilidad	34.9	43.5	35.3	29.1
3. Tos, flemas, dificultad respiratoria	31.9	39.4	33.0	26.0
4. Anorexia	30.5	18.5	35.5	32.2
5. Fiebre	22.8	24.1	24.4	20.1
6. Diarrea	16.0	15.7	19.9	11.9
7. Otra	14.2	16.2	14.6	12.4

1/. "Ronquera, moquera y ojos irritados".

los niños costarricenses no son muy grandes, y prácticamente no existen entre los menores de un año.

Para resumir la información sobre morbilidad se construyó un índice arbitrario del estado de salud del niño. Se asignó un puntaje máximo de 10 a todos los niños, y a este valor se le restó un punto por cada síntoma o enfermedad, excepto la diarrea y la fiebre, a las que se les dio una ponderación de 2. El valor del índice es, por tanto, de 10 en los casos de los niños que no tuvieron ningún padecimiento o enfermedad en la semana anterior, y tiene el valor mínimo de 1 en el caso hipotético de que el niño haya padecido todas las patologías investigadas en la Encuesta. En promedio este índice resultó de 7.7 con una desviación estándar de 2.2 y un valor modal de 10.

El cuadro 8.4 muestra la variación de este índice en

función de una serie de variables tradicionalmente consideradas como influyentes en la salud infantil. Se observa que los niños costarricenses tienden a ser más saludables después de los tres años de edad, a medida que aumentan las edades de sus madres y los niveles de educación y de ingreso de ellas. En cambio, no se observan variaciones significativas en función del sexo del niño, el número de hermanos mayores o menores que tenga, esto es, la fecundidad de la madre y la urbanización. La lactancia materna muestra un claro efecto positivo en la salud de los niños menores de un año exclusivamente. El índice resultó de 7.1 entre los que no estaban siendo amamantados, frente al valor de 7.9 de los que estaban en lactancia al momento de la encuesta.

Control prenatal

A todas las entrevistadas con un hijo nacido vivo tenido durante 1981 o después (1400 mujeres), se les preguntó si tuvieron algún control o examen médico prenatal durante su último embarazo; cuántas veces asistieron a este control; y los meses de embarazo que tenían cuando les hicieron el primer examen prenatal.

El 91 por ciento declaró haber tenido algún control prenatal, hecho que señala la alta cobertura del servicio de salud en Costa Rica. El 75 por ciento de las mujeres que se controlaron, dijeron haber asistido 6 o más veces a la consulta, y un porcentaje igual declaró haber iniciado su control durante o antes de su tercer mes de embarazo.

Combinando la pregunta acerca del número de controles y edad gestacional en el primero de ellos, se creó una variable que define el control prenatal como completo o parcial, si la entrevistada tenía o no al menos un control médico en cada trimestre del embarazo. El 69 por ciento de las mujeres resultaron con control prenatal completo, 23 por ciento parcial, y únicamente un 9 por ciento no se controló (cuadro 8.5).

De acuerdo con la edad, se observa que el porcentaje mayor de mujeres sin ningún control prenatal (15%) corresponde a las de 40-49 años. Sin embargo, el reto mayor para el servicio de atención prenatal radica en que el 44 por ciento de las mujeres más jóvenes (15-19 años) recibió sólo un control parcial. Este es un importante hallazgo de la Encuesta.

Las mujeres residentes en zonas urbanas (Area Metropolitana y Resto) no señalan diferencias en su comportamiento. Sin embargo, la Encuesta detectó un problema en el área rural, donde las mujeres que no se controlan son más del doble que en el área urbana, y un porcentaje elevado (28%), lo hacen sólo en forma parcial. Únicamente un 60 por ciento de las mujeres rurales recibe un control adecuado durante su embarazo.

Existe una clara asociación inversa entre el porcentaje sin control prenatal y el nivel educativo de las mujeres. Esta asociación inversa también se presenta, aunque no en forma tan clara, para el porcentaje que se controla sólo parcialmente. Como resultado, sólo un 56 por ciento de las mujeres que no han completado su educación primaria muestran un control adecuado durante su embarazo, en tanto que entre aquellas con educación secundaria o más,

Cuadro 8.4

PROMEDIO DEL INDICE DE SALUD DEL NIÑO POR EDAD, SEGUN SEXO, LACTANCIA MATERNA, NUMERO DE HERMANOS Y CARACTERISTICAS DE LA MADRE Y EL LUGAR
(Hijos vivos menores de 5 años)

Variable	Total		0 años		1-2 años		3-4 años	
	(N)	Media	(N)	Media	(N)	Media	(N)	Media
Total	(1931)	7.7	(399)	7.5	(783)	7.4	(749)	8.1
Sexo del niño								
Hombre	(996)	7.7	(194)	7.5	(414)	7.4	(388)	8.0
Mujer	(934)	7.8	(205)	7.6	(368)	7.3	(361)	8.1
Lactancia materna								
6 meses	(911)	7.6	(163)	7.1	(365)	7.3	(383)	8.1
6 + meses	(722)	7.7	(20)	(7.0)	(341)	7.4	(361)	8.0
Aún lactando	(297)	7.8	(216)	7.9	(76)	7.4	(5)	(7.0)
Hermanos mayores								
Ninguno	(552)	7.6	(110)	7.4	(220)	7.3	(222)	8.1
1-3	(1146)	7.7	(233)	7.6	(471)	7.4	(442)	8.0
4 o más	(233)	7.7	(56)	7.5	(92)	7.4	(85)	8.2
Hermanos menores								
Ninguno	(1356)	7.6	(394)	7.5	(599)	7.3	(363)	7.9
1	(469)	7.9	(5)	(7.2)	(173)	7.4	(291)	8.1
2 o más	(106)	8.4			(11)	(8.4)	(95)	8.4
Edad de la madre								
15-19	(126)	7.1	(55)	7.2	(58)	6.7	(13)	(8.2)
20-29	(1123)	7.6	(231)	7.6	(484)	7.3	(408)	8.0
30-39	(592)	7.8	(100)	7.7	(214)	7.7	(278)	8.0
40-49	(90)	8.1	(13)	(6.7)	(27)	7.9	(50)	8.6
Residencia								
Area Metropolitana	(543)	7.6	(107)	7.6	(221)	7.2	(215)	8.0
Resto Urbano	(421)	7.8	(76)	7.7	(165)	7.5	(180)	8.2
Rural	(967)	7.6	(216)	7.4	(397)	7.4	(354)	8.0
Educación de la madre								
No ha completado prim.	(502)	7.5	(102)	7.2	(220)	7.2	(180)	8.0
Primaria completa	(662)	7.6	(148)	7.5	(256)	7.2	(258)	8.1
Secundaria incompleta	(403)	7.7	(80)	7.4	(156)	7.5	(167)	8.0
Secun. completa o más	(358)	8.1	(69)	8.2	(147)	7.8	(142)	8.3
Nivel de ingreso								
Bajo	(901)	7.5	(212)	7.5	(385)	7.2	(304)	7.9
Medio	(724)	7.8	(144)	7.5	(271)	7.4	(309)	8.2
Alto	(306)	8.0	(43)	8.0	(127)	7.9	(136)	8.0

Entre paréntesis los promedios calculados con menos de 25 casos.

esta proporción asciende al 85 por ciento.

Un patrón similar se observa para el indicador del ingreso. El 89 por ciento de las mujeres de ingreso alto presentaban un control prenatal completo, contra un 54 por ciento de la de ingreso bajo.

Otro condicionante del control prenatal es el hecho de que la mujer esté o no asegurada. Sólo 8 por ciento de las mujeres aseguradas no se controlaron durante su embarazo, porcentaje que se triplica entre las no aseguradas. Sin embargo, debería analizarse si éste es un efecto independiente de las variables anteriores (educación e ingreso), para lo cual se requeriría un análisis multivariable.

Tipo de parto y atención recibida

Al igual que en la sección anterior, la información sobre tipo y atención del parto se recolectó entre las mujeres con algún hijo nacido vivo entre 1981 y la fecha de la encuesta (1400 mujeres) y hace referencia el último parto.

Se les pregunto: ¿Dónde le atendieron el parto de este último hijo? ¿Este parto fue formal o le tuvieron que hacer cesárea?, y si "¿El niño quedó internado después de que usted salió del hospital?"

El 97 por ciento declaró haber tenido su hijo en alguna institución hospitalaria (cuadro 8.6). Este porcentaje es

Cuadro 8.5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE ATENCION PRENATAL EN EL ULTIMO NACIDO VIVO SEGUN EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION, NIVEL DE INGRESO Y CONDICION DE ASEGURADA
(Mujeres con último nacido vivo en 1981 o después)

Variable	(N)	Total	Ninguna	Parcial 1/	Completa 2/
Total	(1395)	100.0	8.5	23.2	68.2
Estado actual					
15-19	(104)	100.0	9.6	44.2	46.2
20-29	(759)	100.0	8.8	24.6	66.5
30-39	(460)	100.0	6.7	18.0	75.2
40-49	(72)	100.0	15.3	11.1	73.6
Residencia actual					
Area Metropolitana	(411)	100.0	5.6	20.4	74.0
Resto Urbano	(318)	100.0	5.7	17.0	77.4
Rural	(666)	100.0	11.7	27.9	60.4
Educación					
No ha completado primaria	(337)	100.0	16.9	26.7	56.3
Primaria completa	(471)	100.0	8.5	27.4	64.1
Secundaria incompleta	(295)	100.0	5.1	22.4	70.5
Secundaria completa o más	(288)	100.0	2.1	12.8	85.1
Nivel de Ingreso					
Bajo	(600)	100.0	15.0	30.2	54.8
Medio	(545)	100.0	4.4	21.8	73.8
Alto	(248)	100.0	2.0	9.7	88.3
Asegurada					
No	(264)	100.0	18.6	31.1	50.4
Sí	(1124)	100.0	6.2	21.4	72.3

1/ Parcial: No tiene por lo menos un control médico por trimestre de embarazo

2/ Completa: Con por lo menos un control médico en cada trimestre.

GRAFICO 8.2A

PREVALENCIA DE CIERTAS ENFERMEDADES EN LOS ULTIMOS SIETE DIAS SEGUN EDAD Y AREA DE RESIDENCIA



FUENTE: CUADRO 8.3

GRAFICO 8.2B

PREVALENCIA DE CIERTAS ENFERMEDADES EN LOS ULTIMOS SIETE DIAS SEGUN EDAD Y AREA DE RESIDENCIA



FUENTE: CUADRO 8.3

ligeramente mayor que el correspondiente de las Estadísticas Vitales (94%). Esto se debe a que la Encuesta se refiere únicamente a los "últimos hijos nacidos vivos en el período 81-84, por lo que están sobrerepresentados los grupos con fecundidad más alta, que generalmente tienen menos acceso a los cuidados médicos.

El porcentaje de partos hospitalarios es similar al de los países más desarrollados. Debe anotarse también que la inmensa mayoría de los nacimientos (93%) se lleva a cabo en hospitales públicos. Tan sólo un 4 por ciento se realiza en clínica privadas un 3 por ciento en otro lugar (cuadro 8.6).

De acuerdo con la edad, hay cierta tendencia a que las mujeres mayores (40-49), tengan su hijo en el hogar, probablemente porque son las más tradicionales. Aún así, en este grupo extremo, los partos no hospitalarios sólo alcanzan un 4 por ciento.

También es interesante el hecho de que ese mismo grupo de mujeres de más edad, tiende a hacer uso de las clínicas privadas en mayor proporción. Esto posiblemente sea debido a su mayor capacidad económica.

De acuerdo con residencia, educación y nivel de ingreso, se observa la asociación esperada (cuadro 8.6). Las mujeres del área rural, de bajo nivel educativo y de

menor capacidad económica tienden a tener porcentajes más elevados de partos no-hospitalarios, pero éstos a lo sumo alcanzan el 6 por ciento.

La correlación es más evidente con el uso de las clínicas privadas. El mayor contraste se da de acuerdo con el nivel de ingreso: 0.2 por ciento de las mujeres del estrato bajo da a luz en clínicas privadas, en tanto que en el estrato definido como alto, el porcentaje es cien veces mayor (20%).

Por último, la condición de aseguramiento casi no influye en la utilización o no de servicios privados, pero afecta al porcentaje de partos en el hogar, correspondiéndoles a las no-aseguradas un relativamente alto 6 por ciento.

Casi el 20 por ciento de las mujeres declaró que su último hijo nació a través de una operación cesárea, lo que constituye un porcentaje bastante considerable (cuadro 8.7). En esta materia no hay un patrón claro por edad, pero sí una fuerte asociación según educación y nivel de ingreso. El valor extremo es el 35 por ciento de cesáreas entre las mujeres con educación universitaria; porcentaje que es más del doble que el de aquellas que no han completado la primaria.

El grupo con un porcentaje más elevado de cesáreas (42%), es el de las mujeres que tuvieron su último hijo en una clínica particular. Al respecto se pueden

Cuadro 8.6

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN LUGAR DE PARTO DEL ULTIMO NACIDO VIVO POR EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION, NIVEL DE INGRESO, CONDICION DE ASEGURADA Y ATENCION PRENATAL

(Mujeres con último nacido vivo en 1981 o después)

Variable	(N)	Total	Hospital Público	Clínica privada	No en hospital
Total	(1400)	100.0	93.4	3.8	2.8
Edad actual					
15-19	(104)	100.0	98.1	0.0	1.9
20-29	(762)	100.0	94.4	3.0	2.6
30-39	(462)	100.0	91.8	5.2	3.0
40-49	(72)	100.0	87.5	8.3	4.2
Residencia Actual					
Area Metropolitana	(411)	100.0	92.4	6.6	1.0
Resto Urbano	(318)	100.0	94.7	4.1	1.2
Rural	(671)	100.0	93.4	1.9	4.6
Educación					
No ha completado primaria	(340)	100.0	93.8	0.3	5.9
Primaria completa	(472)	100.0	96.6	0.6	2.8
Secundaria incompleta	(296)	100.0	97.3	2.0	0.7
Secundaria completa o más	(288)	100.0	83.7	14.9	1.4
Nivel de ingreso					
Bajo	(603)	100.0	95.0	0.2	4.8
Medio	(547)	100.0	98.0	0.5	1.5
Alto	(248)	100.0	79.4	19.8	0.8
Asegurado					
No	(265)	100.0	88.7	4.9	6.4
Sí	(1128)	100.0	94.5	3.5	2.0

formular tres hipótesis:

1. Que con el afán de lucro se abusa de esta operación;
2. Que las mujeres que esperan problemas en el parto, y por lo tanto una operación cesárea tienden a asistir a instituciones privadas;
3. Que se procura evitar el riesgo que un parto difícil puede representar para el niño.

El porcentaje de niños recién nacidos hospitalizados después de que su madre abandonó la clínica, puede ser un indicador de la proporción de neonatos con problemas y malformaciones congénitas, aunque también podría serlo del mayor acceso a servicios hospitalarios de determinados grupos, o estar asociado a un mejor servicio, que lleva a retener hospitalizados a niños con problemas leves.

El 11 por ciento de los neonatos en Costa Rica permanecen hospitalizados después de que su madre fue dada de alta (cuadro 8.7). Este porcentaje tiende a aumentar entre las mujeres muy jóvenes (menores de 20 años) o de más edad (más de 40 años) debido a que en estas edades los riesgos son mayores. Conforme a las variables socioeconómicas, las diferencias en este indicador no son muy claras.

Control Pediátrico

Este tema se investigó con referencia al último nacido vivo de las mujeres, pero, para efectos del análisis, se excluyeron aquellos niños con menos de 6 meses de edad. Se preguntó la edad en meses cuando la entrevistada llevó su hijo por primera vez a control, y si el niño estaba sano o enfermo en esa ocasión.

Cuadro 8.7

PORCENTAJE DE CESAREAS Y PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS QUE QUEDARON HOSPITALIZADOS SEGUN EDAD, RESIDENCIA, EDUCACION NIVEL DE INGRESO Y LUGAR DEL PARTO (Mujeres con último nacido vivo en 1981 o después)

Variable	(N)	Porcentaje cesáreas	Porcentaje Hospitalizado
Total	(1400)	19.5	11.4
Edad actual			
15-19	(104)	21.2	15.4
20-29	(762)	18.4	10.2
30-39	(462)	20.3	11.9
40-49	(72)	23.6	15.3
Residencia			
Area Metropolitana	(411)	22.9	13.1
Resto Urbano	(318)	19.5	13.5
Rural	(671)	17.4	9.4
Educación			
No ha completado primaria	(340)	15.9	11.5
Primaria completa	(472)	16.7	9.1
Secundaria incompleta	(296)	20.6	14.9
Secundaria completa	(169)	22.5	11.2
Universitaria	(119)	34.5	12.6
Nivel de ingreso			
Bajo	(603)	16.4	9.8
Medio	(547)	18.8	13.0
Alto	(248)	28.2	11.7
Lugar de atención			
Hogar u otro	(39)	-	-
Ministerio de Salud	(12)	8.3	-
Seguro Social	(1296)	19.3	12.0
Clínica Privada	(53)	41.5	9.4

Un 91 por ciento de las mujeres declaró haber llevado a su hijo a control pediátrico (cuadro 8.8). Un 80 por ciento lo llevó antes de los 3 meses de edad. Un 67 por ciento de las entrevistadas lo llevó estando éste sano (62% antes de los 3 meses), lo que evidencia el elevado grado de motivación de las madres costarricenses por el cuidado de la salud de sus hijos.

Únicamente un 18 por ciento de las mujeres llevaron a cabo este control con médico particular. La mayoría (54%) lo llevó al Seguro Social, y un porcentaje importante (28%) a un Centro de Salud del Ministerio de Salud.

El comportamiento de las mujeres en este aspecto no difiere entre el Área Metropolitana y las otras ciudades del país. En el área rural, en cambio, se observa que esta práctica no es tan elevada, aunque también es importante y mayoritaria.

Cuadro 8.8
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN MES DEL PRIMER CONTROL POST NATAL, SI EL NIÑO ESTABA SANO O ENFERMO Y LUGAR DONDE SE EFECTUO, POR RESIDENCIA.
(Último HNV desde 1981 y hace por lo menos 6 meses)

Primer control post-natal	Total	Área Metropolitana	Resto Urbano	Rural
(N)	(1201)	(354)	(278)	(569)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Mes de edad				
0	32	36	36	28
1	31	34	35	27
2	17	18	13	19
3	4	3	2	6
4	2	1	1	2
5	1	1	2	1
6-11	3	2	1	4
12 y más	1	-	1	1
No le ha controlado	9	5	8	12
Sano o enfermo				
Sano y antes de 3 meses	62	73	70	51
Sano con 3 meses o más	5	5	4	5
Enfermo y antes de 3 meses	19	15	15	23
Enfermo con 3 meses o más	5	2	3	8
No le ha controlado	9	5	8	12
Lugar del control^{1/}				
(N)	(1091)	(336)	(255)	(500)
CCSS	54	52	52	56
Ministerio de Salud	28	22	24	34
Médico particular	18	26	24	9
Otro	0	0	0	1

1/. Porcentajes calculados respecto al total que sí se ha controlado

El 74 por ciento de las madres del área rural controlan a sus hijos antes de que cumplan su tercer mes de vida, y un 56 por ciento lo lleva sin que el niño esté enfermo. Como es de esperar, las mujeres del área rural tienden a usar en mayor medida los servicios del Ministerio de Salud.

Immunizaciones

La Encuesta también evaluó el nivel de cobertura de la vacunación en los niños costarricenses menores de 5 años. Se preguntó para cada uno de los hijos vivos con esas edades, si habían sido vacunados y el número de dosis recibidas para tres tipos de vacunas: polio, difteria -pertuisis- tétanos (DPT) y sarampión. Los resultados para cada año de edad se muestran en el cuadro 8.9. Los niños menores de un año han recibido, como es de esperar, menos dosis de vacunas. Después del año, el niño debería haber recibido al menos tres dosis de Polio y DPT y la vacuna del sarampión.

Las cifras del cuadro 8.9 muestran que la cobertura de vacunación es muy elevada en Costa Rica, alcanzando entre los niños de 4 años de edad, niveles del 96 y 97 por ciento para los tres tipos de vacuna. Sin embargo, es preocupante que los porcentajes de niños con un esquema completo de vacunación tiendan a ser menores en las edades más jóvenes. Por ejemplo, mientras el 97 por ciento de los niños de 4 años tiene al menos 3 dosis de vacuna contra la polio, entre los niños con un año de edad esta proporción baja a 85 por ciento. Esta disminución puede deberse a una tendencia al deterioro en la cobertura del servicio, o al hecho de que siempre hay un grupo de niños difícil de cubrir, que completa su esquema de vacunación tardíamente.

En el cuadro 8.10 se observa que alrededor de un 90 por ciento de los niños de 1 a 4 años de edad han sido vacunados contra el sarampión y porcentajes similares han recibido al menos las tres dosis de DPT y contra la

Cuadro 8.9
PORCENTAJE DE NIÑOS VACUNADOS CONTRA POLIO, DPT Y SARAMPIÓN POR EDAD
(Niños menores de 5 años)

Dosis de vacunas	Edad en años cumplidos				
	0	1	2	3	4
(N)	(399)	(420)	(363)	(372)	(377)
Polio					
No vacunados	21.3	1.7	1.4	1.6	0.3
1 dosis	24.1	2.4	2.2	0.8	0.5
2 dosis	24.6	9.8	6.3	3.0	1.1
3 o más	28.8	85.2	89.0	93.3	96.8
Ignorado	1.2	0.9	1.1	1.3	1.3
D.P.T.					
No vacunados	23.1	1.7	1.4	1.6	0.3
1 dosis	22.0	2.9	2.5	1.3	0.8
2 dosis	25.6	9.5	6.6	1.9	1.9
3 o más dosis	28.8	84.5	88.4	93.3	96.0
Ignorado	0.5	1.4	1.1	1.9	1.0
Sarampión					
No vacunados	85.7	19.5	8.5	4.6	2.4
Vacunados	11.5	77.9	89.8	94.1	96.6
Ignorado	2.8	2.6	1.7	1.3	1.0

polio. Estos porcentajes no varían según el lugar de residencia de la madre, lo que evidencia el éxito notable de los programas de salud rural. Incluso, la cobertura es ligeramente mayor en el área rural que en la urbana. Por otra parte, el índice de ingresos y la educación de la madre muestran que la cobertura de la vacunación es algo menor en los estratos socio-económicos menos privilegiados, pero siempre manteniéndose por encima del 85 por ciento.

Cuadro 8.10

PORCENTAJE DE NIÑOS VACUNADOS CONTRA LA POLIO, DPT Y SARAMPION SEGUN RESIDENCIA, EDUCACION DE LA MADRE, INDICE ECONOMICO Y CONDICIONES DE RESIDENCIA

(Niños de 1 a 4 años de edad)

Variable	(N)	Polio /l.	DPT /l.	Sarampión
Total	(1532)	90.9	90.4	89.2
Residencia				
Área Metropolitana	(436)	89.7	88.5	88.3
Resto Urbano	(345)	91.0	90.1	89.3
Rural	(751)	91.6	91.6	89.7
Educación de la Madre				
No ha completado				
primaria	(400)	85.3	84.5	85.0
Primaria completa	(514)	92.2	91.0	89.7
Secundaria incompleta	(323)	92.6	92.0	92.2
Secundaria completa o más	(289)	94.5	94.1	91.0
Nivel de ingreso				
Bajo	(689)	17.0	87.2	85.8
Medio	(580)	94.5	92.9	92.2
Alto	(263)	93.2	93.2	91.6

1/ Con 3 o más dosis

La lactancia materna

En años recientes se ha conferido gran importancia a la lactancia materna, por su efecto protector de la salud del niño y su efecto inhibitorio de la fertilidad post-parto en la madre.

A las entrevistadas con hijos nacidos vivos en 1981 o después se les preguntó cuántos meses le habían dado el pecho a cada uno de ellos. Para presentar los resultados de esta pregunta en el cuadro 8.11 se decidió excluir a los nacidos en los últimos 12 meses, quienes en una elevada proporción aún no habían sido destetados al momento de la Encuesta.

El 86 por ciento de los niños investigados fueron amamantados por lo menos un mes, proporción que prácticamente no difiere por edad, urbanización o participación económica de la madre (cuadro 8.11). La duración mediana de la lactancia resultó de 6 meses exactos, valor que se reduce en 1 mes entre las mujeres del área urbana y entre las que trabajan.

Los valores anteriores corresponden al período 1981-84 aproximadamente. Una estimación más puntual en el tiempo y más cercana a la fecha de la encuesta se obtuvo en el cuadro 8.12, mediante la aplicación del concepto de tabla de vida a las proporciones de mujeres que continuaban dando el pecho al momento de la encuesta. Se obtuvo una estimación de 9.3 meses de duración media de la lactancia, valor representativo de Costa Rica en 1985-86 aproximadamente. Este promedio es 2 veces mayor que el estimado con una metodología similar para 1980-81 y 4 meses más alto que el de 1975-76. Este notable incremento de 66 por ciento en 10 años es el resultado de las campañas educativas para promover la lactancia natural, de acciones intrahospitalarias como el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y de otras medidas del sector salud, como por ejemplo la eliminación, en el Seguro Social, de la entrega de leche en polvo para los recién nacidos.

La estimación de la duración de la lactancia en 1985-86 en el área urbana resultó de 8.3 meses y en el área rural de 10 meses. Estos promedios son sustancialmente mayores que, respectivamente, los de 4 y 7 meses obtenidos 10 años atrás en la Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF-76).

Cuadro 8.11

DISTRIBUCION SEGUN DURACION DE LA LACTANCIA POR EDAD, RESIDENCIA Y ACTIVIDAD DE LA MADRE
(Niños nacidos desde 1981 y hace por los menos 12 meses)

Meses Lactancia (N)	Total	Edad de la madre		Área		Actividad actual	
		menos 30 (957)	30 y más (576)	Urbana (786)	Rural (747)	Trabaja (341)	No trabaja (1192)
Total	100	100	100	100	100	100	100
0	14	14	15	15	14	16	14
1-2	13	15	11	14	13	15	13
3-5	22	23	21	24	20	24	22
6	8	8	8	9	7	10	7
7-8	8	8	8	8	8	5	9
9-11	8	9	7	7	9	9	8
12	6	6	6	6	7	5	7
13-17	6	5	7	5	6	5	6
18	3	3	4	3	4	2	4
19-23	2	1	2	2	1	3	1
24	3	2	4	2	3	2	3
25 y más	3	2	3	2	3	2	3
Aún en lactancia	4	4	4	3	5	2	4
Mediana (masas)	6.0	5.7	6.1	5.0	6.6	5.0	6.2

Cuadro 8.12
PORCENTAJE DANDO EL PECHO Y PORCENTAJE EN AMENORREA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA SEGUN LOS MESES TRANSCURRIDOS DESDE EL NACIMIENTO. COMPARACION CON ENF-76 Y EPA-81
 (Madres con último hijo en los últimos 3 años)

Meses desde el nacimiento	En lactancia			En amenorrea		
	(N-86)	ENF-76	EPA-81	EFES-86	EPA-81	EFES-86
Total	(1075)	7	10	27	6	15
0-1	(47)	67	90	91	90	94
2-3	(66)	32	61	62	56	56
4-5	(86)	32	40	59	20	36
6-7	(76)	37	35	53	15	24
8-9	(55)	28	26	38	9	11
10-11	(72)	21	22	25	12	10
12-17	(215)	9	15	20	5	5
18-23	(159)	8	9	13	2	1
24-29	(136)	2	4	7	1	0
30-35	(116)	3	1	3	0	3
DURACION EN MESES 1/						
Total	(1075)	5.6	7.2	9.3	4.3	5.1
Urbana	(529)	4.2	6.0	8.3	3.9	4.6
Rural	(546)	7.0	8.2	10.0	5.0	5.5

1/ Estimada como la suma de las porporciones de mujeres que, en cada mes, aún permanecen en lactancia (o amenorrea).

La duración media de la amenorrea post-parto, que está muy asociada a la lactancia, presenta también un lógico aumento de 4.3 meses en la Encuesta de 1981 (EPA-81) a 5.1 meses en la presente encuesta.

A las madres lactantes (292 entrevistadas) se les formuló la pregunta adicional "¿Cuántas veces en las últimas 24 horas le dio el pecho?". Un resumen de las respuestas se muestra en el cuadro 8.13. La respuesta mayoritaria fue el número de veces que el niño quería; es decir muchas tomas al día. El 48 por ciento respondieron así, proporción que se reduce a 42 por ciento en el área urbana y al 40 por ciento en las mujeres que trabajan. Esta misma proporción es, como cabe esperar, sustancialmente más alta en los niños menores de 6 meses (57%) que en los lactantes mayores de esa edad (39%).

Comparación con otros países de la región.

En el cuadro 8.14 se comparan algunos de los resultados analizados en el presente capítulo con los obtenidos en encuestas parecidas en Panamá-1984, Guatemala-1983 y Honduras-1981.

Costa Rica presenta la mejor situación de salud, medida por la tasa de mortalidad infantil de 18 por mil. Esta es la lógica consecuencia de una cobertura de los servicios materno-infantiles y de inmunización del orden del 90 por ciento o más, que está por encima de los otros países de la región.

Panamá sigue de cerca a Costa Rica, con una tasa de mortalidad infantil de 25 por mil, una cobertura de los servicios materno-infantiles del orden del 90 por ciento y un nivel de vacunación del orden del 75 por ciento.

Estos dos países contrastan notablemente con Guatemala y Honduras, donde la tasa de mortalidad

Cuadro 8.13
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN LAS VECES POR DIA QUE LAS MADRES LACTANTES DAN EL PECHO, POR AREA Y SI TRABAJA, CONTROLADO POR EDAD DEL NIÑO
 (Madres en lactancia)

Tomas diarias	Area			Trabaja	
	Total	Urbana	Rural	Sí	No
Todos los niños					
(N)	(292)	(123)	(169)	(43)	(249)
Total	100	100	100	100	100
Menos de 2	7	6	8	5	7
2-3	23	24	22	28	22
4-5	12	13	11	16	11
6 o más	10	15	8	12	10
cuando él quiere	48	42	51	40	49
(N)	(135)	(67)	(68)	(24)	(11)
Menores de 6 meses					
Total	100	100	100	100	100
Menos de 2	1	1	1	4	1
2-3	16	15	18	17	16
4-5	10	10	10	13	10
6 o más	15	19	10	13	15
cuando él quiere	57	54	60	54	58
(N)	(157)	(56)	(101)	(19)	(138)
6 o más meses					
Total	100	100	100	100	100
Menos de 2	11	11	12	5	12
2-3	29	36	26	42	28
4-5	13	16	12	21	12
6 o más	6	9	5	11	6
cuando él quiere	39	29	45	21	42

infantil es de 66 y 87 por mil, respectivamente, y donde apenas un poco más de un tercio de los niños nacen en hospitales o completan el esquema de vacunación contra la polio DPT. El panorama de la salud en los otros dos países centroamericanos y Nicaragua y El Salvador probablemente es semejante al que presentan Guatemala y Honduras.

Un resultado sorprendente de comparación es la mayor prevalencia de diarrea en Costa Rica respecto de Panamá. Sin destacar que se trata de una genuina diferencia, es posible que influya en ella el hecho de que en la encuesta panameña la definición de diarrea incluyó el requisito de que se haya presentado en dos días consecutivos, en tanto que en la encuesta costarricense el requisito "fue por lo menos un día".

Por último, el mayor porcentaje de cesáreas en Costa Rica y la menor duración de la lactancia, son consecuencias indeseables de un mayor grado de modernización.

Cuadro 8.14
INDICADORES DE LA SALUD INFANTIL EN LOS PAISES DEL ISTMO CENTROAMERICANO

Indicadores	Costa Rica 1986	Panamá 1984	Guatemala 1983	Honduras 1981
-Mortalidad infantil (por mil)	18	25	66	87
-Niños con diarrea en la última semana (%)	15	10	26	ND
-Mujeres con control prenatal en el último nacimiento (%)	91	89	62	ND
-Mujeres con último parto en hospital (%)	97	88	35	34
-Niños con control pediátrico (%)	91	94	42	ND
-Niños de 1-4 años vacunados				
Contra:				
Polio, 3 dosis (%)	91	75	41	35
DPT, 3 dosis (%)	90	75	40	33
Sarampión (%)	89	78	64	51
-Partos con cesáreas (%)	20	16	17	ND
-Netos de lactancia (promedio)	9.3	11.1	18.0	ND

FUENTES: Center for Disease Control, Maternal-Child Health and Family Planning Survey. Panamá 1984 Final English Language Report August 1986.

IX REPRODUCCION Y SEXUALIDAD EN LAS JOVENES

Leo Morris-Mark Oberle

Ultimamente, ha habido mucho interés respecto a la fecundidad entre adolescentes en América Latina; esto incluye las inquietudes en relación con el inicio temprano de la maternidad, los embarazos deseados y la tasa relativamente alta de concepciones prematrimoniales entre las mujeres que entran en uniones (K. Darabi et al., 1979), (M. Edmund y JM Paxman, 1984), (L. Morris, 1984). Sin embargo, en América Latina se han realizado muy pocas encuestas por muestreo representativo dirigidas hacia la gente joven, para documentar sus actitudes hacia la educación sexual y la actividad sexual, la historia de sus experiencias sexuales y el uso de la anticoncepción. La mayor parte de las investigaciones sobre los adolescentes se han llevado a cabo utilizando poblaciones de clínicas o escuelas como grupo de estudio (R. Aznar, R. Lara, 1967), (E. García et al., 1981) (C. Veloz, 1982), (A. Monroy y R. Bravo, 1985). Es obvio que estas poblaciones no son representativas de la población general.

En la presente Encuesta se incluyó un módulo especial para las entrevistadas entre 15 y 24 años de edad, con el fin de lograr información sobre su experiencia sexual. Por lo general, no se incluye esta clase de preguntas en este tipo de encuesta. Este módulo consistió en nueve preguntas y tomó como patrón a la Encuesta de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes, que se llevó a cabo en la Ciudad de México en 1985 (A. Monroy et al., 1985).

La Encuesta incluyó a 1.379 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Sólo un 20 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años han estado casadas o en unión alguna vez (cuadro 9.1). Aún entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, el 41 por ciento de ellas nunca ha estado y no reportó estar en una unión libre. El 54 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años había tenido por lo menos algún tipo de educación secundaria. Solamente el 13 por ciento de las mujeres en este grupo de edad reportó estar trabajando.

En el cuadro 9.2 se puede notar que el 18 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años y el 41 por ciento de todas las mujeres entre 20 y 24 años de edad informaron haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales.

Globalmente, un 29 por ciento reportó haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales. La proporción que reporta las relaciones sexuales prematrimoniales

Cuadro 9.1

**DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS ENTREVISTADAS
POR GRUPOS DE EDAD SEGUN ALGUNAS
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS
(Mujeres de 15 a 24 años)**

Características	Total	Grupos de edad	
		15-19	20-24
(N)	(1379)	(702)	(677)
Total	100.0	100.0	100.0
Estado conyugal			
Nunca ha estado casada	60.8	79.8	41.1
Casada anteriormente	4.0	2.7	5.3
Unión libre	10.1	8.0	12.4
Casada	25.1	9.5	41.2
Educación			
Primaria incompleta o menos	13.1	14.6	11.6
Primaria completa	32.3	29.7	35.1
Secundaria algún año	30.2	37.1	23.1
Secundaria completa y Universitaria	24.3	18.7	30.2
Estado Laboral			
Está trabajando	13.0	8.8	17.3
No está trabajando	87.0	91.2	82.7

umentó con la edad nivelándose después de los 20 años. Se puede notar el mismo patrón entre las jóvenes adultas que no han formado unión, alguna, pero las proporciones son más pequeñas, ya que no incluyen a las que ya entraron en una unión, las cuales podrían haber tenido mayor probabilidad de haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales.

**Cuadro 9.2
PORCENTAJE DEL TOTAL DE MUJERES Y LAS
NUNCA CASADAS, QUIENES HAN TENIDO
EXPERIENCIAS SEXUALES PREMA-
TRIMONIALES SEGUN EDAD
(Mujeres de 15-24 años)**

Edad	Todas las mujeres		Nunca casadas	
	(N)	Porcentaje	(N)	Porcentaje
Total	(1379)	29.2	(838)	13.7
15-19	(702)	18.1	(560)	6.8
20-24	(677)	40.6	(278)	27.7
15	(130)	3.8	(128)	2.3
16	(128)	8.6	(114)	3.5
17	(147)	14.3	(123)	5.7
18	(134)	26.9	(99)	12.1
19	(163)	33.1	(96)	12.5
20	(141)	40.4	(75)	29.3
21	(138)	38.4	(74)	27.0
22	(148)	37.2	(56)	23.2
23	(128)	41.4	(39)	28.2
24	(122)	46.7	(34)	32.4

El cuadro 9.3 ofrece los datos sobre la edad de la primera relación sexual prematrimonial. Alrededor del 17 por ciento de las mujeres tuvieron su primera relación sexual prematrimonial a una edad menor de los

15 años. La edad media fue 16,6 años, la edad media de su primer pareja fue de 22,6 años. Casi todas las mujeres (91 por ciento) que han tenido relaciones sexuales prematrimoniales reportaron que su primer pareja era su novio o su prometido por lo menos en ese momento (cuadro 9.4).

Como se muestra en el cuadro 9.5, únicamente un 15 por ciento de las mujeres estaba utilizando anticonceptivos en el momento de su primera relación sexual prematrimonial. La utilización de los anticonceptivos crece con la edad de la primera relación, desde un 10 por ciento entre las mujeres que la tuvieron a edad menor de los 18 años, hasta un 26 por ciento a los 18 ó 19 años de edad, pero después desciende a un 19 por ciento en aquellas entre 20 y 24 años de edad.

Los métodos usados principalmente fueron la píldora y el preservativo (cuadro 9.6). Un porcentaje más alto de usuarias que tuvieron su primera relación sexual a edades más jóvenes reportó haber usado preservativos. A las edades mayores, los anticonceptivos orales fueron el método más prevalente (aunque este estimado fue basado en pocos casos).

Únicamente un 41 por ciento de las usuarias dijo que fue

**Cuadro 9.3
DISTRIBUCION DE LAS ENTREVISTADAS CON
RELACIONES PREMATRIMONIALES SEGUN
LA EDAD A LA PRIMERA RELACION
SEXUAL PREMATRIMONIAL
(Mujeres de 15 y 24 años)**

Edad a la primera relacion sexual	Porcentaje
(N)	(399) ^{a/}
Total	100.0
Menos de 13	3.3
13	6.0
14	8.0
15	17.0
16	14.0
17	17.0
18	13.3
19	10.5
20	5.8
21	2.5
22	1.8
23	0.5
24	0.3
Edad media a la primera relación sexual	16.6
15-19	15.5
20-24	17.1
Edad media de la pareja	22.6

^{a/} Excluye tres mujeres de edad desconocida en el momento de la primera relación sexual prematrimonial.

Cuadro 9.4

DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS ENTREVISTADAS POR RELACION CON LA PAREJA DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL PREMATRIMONIAL SEGUN EN LA EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL
(Mujeres de 15-24 años)

Edad	(N)	Total	Relacion con la pareja					
			Prometido	Novio	Amigo	Incesto	Violación/otro	No sabe
Total	(399)	100.0	12.3	79.2	4.8	1.8	1.3	0.8
Menos de 15	(69)	100.0	8.7	73.9	7.3	5.8	4.4	0.0
15-17	(192)	100.0	12.0	78.1	6.3	1.6	1.0	1.0
18-19	(95)	100.0	15.8	81.1	2.1	0.0	0.0	1.1
20-24	(43)	100.0	11.6	88.4	0.0	0.0	0.0	0.0

una decisión conjunta de la pareja utilizar la anticoncepción (cuadro 9.7). La tercera parte de las entrevistadas manifestó que la toma de la decisión le correspondió al compañero o que ella la tomó.

La mayor parte de las entrevistadas que no usaron anticonceptivo alguno en su primera relación sexual prematrimonial reportó que no esperaba tener relaciones en esta ocasión, y que no estaban preparadas para usar un anticonceptivo (cuadro 9.8). La ausencia de conocimientos de la anticoncepción es una razón importante para las jóvenes menores de 15 años de edad. Entre las mujeres con menos de 15 años en el momento de su primera relación sexual, alrededor de un 5 por ciento expresó, que deseaba quedar embarazada. Sin embargo, de las mujeres de 15 a 24 años de edad, en el momento de su primera relación sexual, entre el 17 y 20 por ciento expresó que deseaba el embarazo.

El 26 por ciento de las entrevistadas no casadas, que habían tenido experiencias sexuales, estaban sexualmente activas al momento de la entrevista (relaciones sexuales durante el último mes) (Cuadro

9.9). De las activas sexualmente en la entrevista, el 55 por ciento reportó estar usando anticonceptivos, por lo tanto el uso de los anticonceptivos mejora considerablemente desde el momento de su primera relación sexual prematrimonial hasta la actividad sexual actual. Los números reducidos excluyen un análisis más exhaustivo de los métodos utilizados por las jóvenes adultas no casadas pero sexualmente activas.

Los cuadros 9.10 a 9.12 presentan los datos disponibles sobre el número de embarazos reportados por las adultas jóvenes. Al llegar a 20 años, la tercera parte de todas las mujeres ha estado embarazada (cuadro 9.10). Entre las mujeres actualmente casadas, alrededor de un 90 por ciento ha estado embarazada antes de llegar a la edad de 20 años; además, la cuarta parte de las mujeres no casadas ha tenido algún embarazo antes de los 25 años de edad.

Las mujeres actualmente casadas reportaron que un 39 por ciento de sus últimos embarazos no fueron planeados. Sin embargo, esta cifra se duplica, desde el 24 al 50 por ciento, para el primero y el segundo

Cuadro 9.5

DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS ENTREVISTADAS POR USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA PRIMERA RELACION SEXUAL SEGUN LA EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL
(Mujeres de 15-24 años)

Edad a primera relación	(N)	Uso de anticonceptivos			
		Total	Sí	No	Desconocido
Total	(399) a/	100.0	14.8	82.7	2.5
menos de 15	(69)	100.0	10.1	84.1	5.8
15-17	(192)	100.0	9.9	87.0	3.1
18-19	(95)	100.0	26.3	73.7	0.0
20-24	(43)	100.0	18.6	81.4	0.0

a/. Excluye tres casos con edades desconocidas, en el momento de su primera relación sexual prematrimonial.

Cuadro 9.6
**METODO ANTICONCEPTIVO USADO DURANTE LA
 PRIMERA RELACION SEXUAL PREMATRIMONIAL,
 SEGUN EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL**
 (Mujeres de 15 a 24 años)

Edad a primera relación	(N)	Total	Método					
			Pastilla	Diu	Preservativo	Inyección	Ritmo	Retiro
Total	(59)	100.0	39.0	1.7	39.0	1.7	11.9	6.8
menos 18	(26)	100.0	30.8	3.8	46.2	0.0	11.5	7.7
18-24	(33)	100.0	45.5	0.0	33.3	3.0	12.1	6.1

Cuadro 9.7
**DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS USUARIAS
 DE ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA PRIMERA
 RELACION SEXUAL PREMATRIMONIAL
 SEGUN QUIEN TOMO LA DECISION
 DE USAR EL METODO**
 (Mujeres de 15-24 años)

Persona que decidió usar anticonceptivos	Porcentaje
(N)	(59)
Total	100.0
Entrevistada	23.7
Pareja	33.9
Juntos	40.7
No recuerda	1.7

embarazo (cuadro 9.11). Entre las mujeres no casadas con solo un embarazo, un 53 por ciento lo reportó como no planeado. Entre todas las mujeres que nunca habían estado casadas, con edades entre los 15 y 24 años de edad, el 59 por ciento de los embarazos fue reportado como no planeado. En el cuadro 9.12 se estimó el porcentaje de los primeros partos que fueron concebidos prematrimonialmente, entre las mujeres que alguna vez estuvieron unidas, mediante la comparación de la fecha del primer nacimiento y la fecha de la primera unión. En forma global, el 27,7 por ciento - más de la cuarta parte- de las mujeres que alguna vez estuvieron unidas, había tenido una concepción prematrimonial. La proporción aumenta con la educación, para los nacimientos dentro de los primeros siete meses de unión.

Cuadro 9.8
**DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS ENTREVISTADAS SEGUN RAZON PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS
 DURANTE LA PRIMERA RELACION SEXUAL PREMATRIMONIAL POR EDAD EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL**
 (Mujeres de 15-24 años)

Razón para no usar anticonceptivos	Edad a la primera relación sexual				
	Total	Menos de 15	15-17	18-19	20-24
(N)	(330)/a	(58)	(167)	(70)	(35)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No esperaba relaciones	48.5	36.2	51.5	50.0	51.4
No conocía método alguno	17.3	36.2	16.8	11.4	0.0
Deseaba quedar embarazada	15.8	5.2	17.4	18.6	20.0
No sabía donde conseguirlos	3.3	6.9	1.8	4.3	2.9
La pareja no estaba de acuerdo	2.7	3.5	3.6	0.0	2.9
Le daba vergüenza conseguirlos	1.8	0.0	1.8	1.4	5.7
Otras	8.5	10.3	5.4	11.4	14.3
Desconocido	2.1	1.7	1.8	2.9	2.9

Actualmente hay una gran inquietud con respecto a la alta fecundidad y los embarazos no planeados entre las adolescentes y la población de adultas jóvenes en Latinoamérica. Como respuesta a esta preocupación, se han implantado muchos programas de planificación familiar, dirigidos a este grupo de edad en las áreas urbanas. Esta encuesta brinda la primera información representativa en relación con este grupo de edad en Costa Rica, por lo que pueden planearse y evaluarse mejor los programas dirigidos a los adolescentes y adultas jóvenes. Por ejemplo, el hecho de que sólo una de cada cuatro adultas jóvenes, no casadas, y con experiencia sexual, esté sexualmente activa, ayuda a explicar la tasa baja de continuación que se encuentra en los programas correspondientes de planificación familiar. La mayoría de las adultas jóvenes sexualmente activas reporta una frecuencia baja de actividad sexual. La frecuencia baja y la naturaleza aparentemente esporádica de la actividad sexual entre la gente joven puede contribuir el uso inconsistente de anticonceptivos, como se ha reportado en el Caribe (TP Jadeo, 1984), (TP Jadeo, 1985).

Cuadro 9.9
**PROPORCIÓN DE MUJERES SOLTERAS CON
 RELACIONES SEXUALES DURANTE EL MES
 PASADO Y PORCENTAJE DE ESTAS
 QUE USO ANTICONCEPTIVOS**
 (Mujeres de 15-24 años)

Grupo de edad	Todas	Experimentadas sexualmente	Porcentaje que usó anticonceptivo
Total	(893) 4.9	(169) 26.0	(44) 54.6
15-19	(579) 2.6	(57) 26.3	a/
20-24	(314) 9.2	(112) 25.9	(29) 55.2

Nota: Consta entre paréntesis el número de casos
 a/: N ≤ 25 casos

Actualmente, sólo hay una encuesta de hogares representativa para los adultos jóvenes en América Latina (en la Ciudad de México), con información disponible para hacer comparaciones con estos datos (A. Monroy et al, 1987). En la Ciudad de Guatemala se ha llevado a cabo una encuesta en adultos jóvenes, pero la información aún no está disponible, y hay una

Cuadro 9.10

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS ALGUNA VEZ SEGUN GRUPO DE EDAD Y ESTADO MATRIMONIAL
 (Mujeres de 15-24 años)

Grupo de edad	Todas las mujeres	Casadas actualmente	No casadas actualmente
(N)	(1379)	(486)	(893)
Total	39.7	89.5	12.6
15-17	10.1	84.9	3.5
18-19	32.3	86.7	8.7
20-24	60.7	90.6	26.1

encuesta semejante planeada en Jamaica, para principios de 1987. Sin embargo, también hay alguna información disponible acerca de la experiencia sexual y el uso de anticonceptivos, en las encuestas nacionales de planificación familiar y salud materno-infantil, llevadas a cabo recientemente en Panamá y Brasil (Ministerio de Salud, Panamá, 1986), (BEMFAM, 1986). Las encuestas de estos dos países usaron módulos semejantes al módulo utilizado en Costa Rica. Como se muestra en el cuadro 9.13, la experiencia sexual prematrimonial para las mujeres de 15-19 años y de 20-24 años, es bastante similar en la Ciudad de México, Brasil y Panamá, cuando se compara con Costa Rica. Entre el 13 y 14 por ciento de las mujeres con 15-19 años de edad informó haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales, en comparación con un 18 por ciento en Costa Rica. Para el grupo de 20-24 años de edad, las cifras cubren un ámbito entre el 35 por ciento en Brasil hasta el 41 por ciento en Costa Rica.

Sin embargo, mientras que el 22 por ciento de las mujeres en la Ciudad de México usó anticonceptivos durante su primera relación sexual, solamente el 15, 14 y 11 por ciento informó haberlo hecho en Costa Rica, Brasil y Panamá, respectivamente (información no incluida en los cuadros). Por otra parte, una mayor proporción de mujeres jóvenes en Costa Rica, Brasil y Panamá usó anticonceptivos orales y en la ciudad de México se depende más del ritmo.

Las tasas de experiencia sexual para las mujeres en esta

Cuadro 9.11
PORCENTAJE DE ULTIMOS EMBARAZOS REPORTADOS COMO NO PLANEADOS SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS Y EL ESTADO MATRIMONIAL

Numero de embarazos anteriores	Total	Estado matrimonial actual		
		Casada actualmente	Casada anteriormente	Nunca casada
(N)	(476)a/	(381)	(36)	(59)
Todas las mujeres	43.7	39.4	63.9.	59.3
1	33.1	24.4	b/	52.9
2	54.6	50.4	b/	b/
3-6	55.7	54.1	b/	b/

a/.: Excluyendo ocho casos con un estado de planificación desconocido.

b/.: N ≤ 25 casos

Cuadro 9.12

PORCENTAJE DE PRIMEROS NACIMIENTOS CONCEBIDOS PREMATRIMONIALMENTE SEGUN GRUPOS DE EDAD, ESTADO MATRIMONIAL Y GRUPO DE EDUCACION

(Mujeres de 15 a 24 años)

Características	(N)	Porcentaje con el primer nacimiento		
		Antes de la unión	Durante los primeros 7 meses de la unión	Concepciones prematrimoniales totales
Todas las mujeres	(419) ^{a/}	14.3	13.4	27.7
Grupo de edad				
Menos de 20	(95)	11.6	19.0	30.6
20 y más	(324)	15.1	11.7	26.8
Grupo matrimonial				
Casada actualmente	(386)	14.0	14.0	28.0
Casada anteriormente	(33)	18.2	6.1	24.3
Grupo de educación				
Menos de primaria completa	(76)	14.5	6.6	21.1
Primaria completa	(174)	18.0	9.3	27.3
Algo de secundaria	(117)	11.1	21.4	32.5
Secundaria completa o más	(53)	9.4	18.9	26.3

^{a/} Excluye 3 casos con fecha de matrimonio desconocida.

Encuesta son menores que las encontradas en los Estados Unidos, (WF, PRATT et al., 1984). Además, en los Estados Unidos, el 48 por ciento de las mujeres con 15-19 años de edad informó haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, comparado con sólo el 25 por ciento en la Ciudad de México y el 15 por ciento en Costa Rica. Sin embargo, en los Estados Unidos, sólo el 25 por ciento de las mujeres hispánicas reportó el uso de un método

anticonceptivo durante su primera relación sexual.

En la Ciudad de México, se estimó que el 31 por ciento de los primeros nacimientos de las mujeres con 15-19 años de edad, quienes habían estado unidas alguna vez, había sido concebida prematrimonialmente. La figura comparable en Costa Rica fue el 28 por ciento. En los Estados Unidos, el 43 por ciento de las mujeres hispánicas unidas alguna vez (15-44) había tenido embarazos prematrimoniales.

Cuadro 9.13

PORCENTAJE DE MUJERES QUE REPORTAN HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SEGUN GRUPO DE EDAD EN BRASIL, PANAMA Y DOS DELEGACIONES EN LA CIUDAD DE MEXICO

(Mujeres de 15-24 años)

Grupo de edad (1986)	Costa Rica (1986)	Brasil (1986)	Panamá (1984)	Ciudad de México (1985)
Número de casos				
(15-19)	(702)	(1283)	(1648)	(876)
(20-24)	(677)	(1139)	(1604)	(705)
Porcentaje				
15-19	18.1	12.9	14.2	13.4
20-24	40.6	34.6	37.4	39.1
Edad media en la primera relación sexual	16.6	ND	16.7	17.0

X Resumen

1. Características generales de las entrevistadas

Un 20 por ciento de las mujeres incluidas en el estudio contaban con menos de 20 años, un 38 por ciento de 20 a 29 años y un 42 por ciento con 30 años o más. Al momento de la Encuesta un 59 por ciento de estas mujeres se encontraban en unión legal o de hecho, con una edad mediana a la primera unión de 19.8 años.

Del total de mujeres 8 por ciento tenían menos de tres años de educación, un 46 por ciento de 3 a 6 años de primaria y el 46 por ciento restante algún año de secundaria o más. El 32 por ciento trabajaba al momento de la entrevista.

2. La anticoncepción

En Costa Rica las mujeres en unión se encuentran bien informadas acerca de las técnicas anticonceptivas, ya que el conocimiento de por lo menos un anticonceptivo es general desde 1976. Los más conocidos actualmente son, en el siguiente orden: píldora, condón, esterilización femenina, DIU y ritmo, cuyos porcentajes son superiores o iguales al 90 por ciento.

El conocimiento de por lo menos alguna fuente de abastecimiento alcanzó el 99 por ciento, el cual ya era muy alto en 1981 (98%) y son, en orden de importancia: la pastilla, el condón y la esterilización femenina, anticonceptivos cuya fuente de abastecimiento es más conocida.

Existe un alto grado de aceptabilidad de la planificación familiar por parte de las mujeres en unión (89%) y su compañero (83%). Aun así, las mujeres siempre manifiestan una actitud más favorable sobre todo cuando son jóvenes -menos de 24 años-, residen en el área rural y tienen niveles bajos de ingreso y educación.

Más del 90 por ciento de las mujeres en unión han empleado por lo menos un anticonceptivo y continúan siendo la píldora y el condón los más usados. El condón y el DIU, son los que muestran una tendencia de aumento más definida desde 1976.

El porcentaje de mujeres en unión usando anticonceptivos aumentó a 69 por ciento (65% en 1981) y los más usados actualmente son, en orden de importancia, la pastilla (19.2%), la esterilización

femenina (16.7%) y el condón (12.9%). El aumento puede explicarse por el cambio de uso ocurrido con el DIU, el ritmo y principalmente del condón que presentó el mayor cambio. El aumento en el uso es generalizado en todas las subpoblaciones de estudio, pero es a partir de los 35 años y para mujeres con un hijo o más donde el cambio ha sido mayor; lo mismo sucede fuera del Valle Central y en mujeres con bajo nivel educativo (primaria completa o menos).

Un 70 por ciento de las mujeres en unión que no están usando anticonceptivos no lo necesitan por no cohabitar, infertilidad, embarazo actual o infertilidad post-parto. El resto de las mujeres expresaron que desean quedar embarazadas (8%), no le gustan (3%), por salud (3%) y otros motivos (16%). Por otra parte, aproximadamente 9 de cada 10 mujeres embarazadas o infértiles post-parto y casi 7 de cada 10 que desean quedar embarazadas, piensan usar un anticonceptivo en el futuro.

La cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar se manifiesta al conocer que el 75 por ciento de las mujeres en unión usando anticonceptivos artificiales se abastecen en el sector público costarricense.

Se estima que el total de usuarias del PNF es de aproximadamente 114000, lo que en términos porcentuales representa un 17 por ciento de las mujeres en edad fértil, porcentaje similar al observado en 1981 (16%).

De las mujeres no unidas (viudas, divorciadas, separadas y solteras) un 12 por ciento emplean algún anticonceptivo y casi un 7 por ciento del total son solteras. Entre ellas el tipo de anticonceptivo más usado es el artificial moderno (46%), su principal fuente de abastecimiento es el sector público (59%) y es en el Area Metropolitana de San José donde reside la mayoría (45%).

La esterilización femenina continua siendo el segundo anticonceptivo más usado, pese a que no se ofrece como parte del Programa y puede ser penada por ley, cuando es usada con fines anticonceptivos.

Al realizar un análisis detallado con base en la tasa total de esterilizaciones, se mostró que el número de operaciones aumentó a partir de 1965 hasta 1975 y disminuye drásticamente en 1976 y 1977. Una nueva tendencia de aumento se presentó a partir de 1978 y concluyó en 1982 cuando se inició nuevamente una disminución.

3. La fecundidad

Las 3527 mujeres entrevistadas produjeron 8731 embarazos o sea un promedio de 2.5 embarazos por mujer. Del total de embarazos el 88 por ciento resultaron en nacido vivo, un 11 por ciento en aborto y un 1 por ciento en nacido muerto.

La fecundidad acumulada, medida por el número medio de

hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres en toda su vida, permite observar una leve disminución del total de hijos nacidos vivos en cada uno de los siete grupos quinquenales de edad del período reproductivo, descendiendo en el grupo de 45 a 49 años de 5.9 hijos por mujer en 1981 a 5.4 hijos por mujer en 1986. Sin embargo, se encuentran promedios mayores en algunas subpoblaciones por ejemplo: entre las mujeres de la zona rural el promedio es de 6.4 y entre las que poseen primaria incompleta o menos de educación el valor es de 6.5 hijos por mujer, al final del período reproductivo.

La fecundidad actual, medida por la tasa total de fecundidad, muestra un incremento en los últimos años del quinquenio 1980-1985, experimentando un valor de 3.6 hijos por mujer en 1985, nivel que se eleva a 5.1 hijos por mujer entre aquellas con un indicador del ingreso bajo y a 5.9 hijos por mujer entre las que tienen menos de 3 años de educación.

Es importante llamar la atención en el siguiente hecho: el incremento que se produce en el nivel de fecundidad tiene implicaciones a corto y mediano plazo en diferentes sectores de la planificación del desarrollo, como lo son la educación, la salud, el empleo, la vivienda, etc.

4. Preferencias reproductivas

Proyectar la tendencia de la fecundidad es uno de los elementos más difíciles de realizar, particularmente en Costa Rica, donde esta variable ha mostrado ser de las más impredecibles. Sin embargo, con el objeto de tener una idea del posible rumbo que ha de tomar el nivel de fecundidad en un futuro, se ha presentado en este informe un capítulo sobre las preferencias reproductivas de las parejas.

Los resultados mostraron que un 50 por ciento de las mujeres en unión y fértiles no desean tener más hijos, valor que sobrepasa el 75 por ciento entre las mujeres de 35 años o más o las que tienen 3 o más hijos.

Por el contrario, un 20 por ciento de las mujeres en unión y fértiles desea un hijo próximamente, grupo formado principalmente por mujeres jóvenes, menores de 30 años, con dos o menos hijos y con dos o más años desde el último nacido vivo.

Un 56 por ciento de las mujeres en unión presenta un tamaño deseado de la familia de tres hijos o menos. El número promedio de hijos deseados es de 4.3. Este valor promedio se eleva a cerca de 7 hijos entre las mujeres mayores de 35 años que viven en áreas rurales del país con menos de 3 años de educación y con un indicador del ingreso bajo. Sin embargo, entre las mujeres menores de 35 años del Area Metropolitana de San José, con estudios secundarios o más o con un indicador del ingreso alto, el promedio es de 3.5 hijos o menos.

Puesto que entre las mujeres más jóvenes se observa, en general, un tamaño deseado de familia de alrededor de tres hijos, es de esperar un descenso de la fecundidad

en el futuro. No obstante lo anterior, hay otras variables influyentes en la fecundidad que conllevan a que las mujeres generalmente alcancen un nivel de fecundidad mayor al deseado, una de las cuales corresponde al acceso a los servicios de planificación familiar. Por esta razón se preguntó a las mujeres con algún embarazo en los últimos cinco años, si su último embarazo había sido planeado o deseado, y un 40 por ciento de ellas indicaron que no, un 26 por ciento deseaba esperar y un 14 por ciento ya no deseaba más hijos.

5. La Salud de la Mujer.

El 78 por ciento de las mujeres en edad fértil están protegidas por el Seguro Social y el 92 por ciento consultó un médico en los últimos 5 años. Esto da una idea de que la mujer costarricense tiene un alto grado de acceso a la medicina moderna.

La prevalencia del fumado por edad resultó de entre el 13 y 16 por ciento de las mujeres mayores de 20 años. Estos resultados son muy coherentes con los de una encuesta efectuada un año antes. El porcentaje de fumadoras fue mayor entre las generaciones más jóvenes y en los niveles de ingreso alto.

La cobertura de los programas de prevención del cáncer de cuello del útero resultó homogéneamente elevada entre las mujeres no solteras: el 94 por ciento de las mayores de 20 años se han hecho alguna vez un papanicolau y el 57 por ciento en el último año. Sin embargo, entre las jóvenes solteras estos porcentajes fueron mucho menores.

En el campo de la prevención del cáncer de mama falta mucho por hacer, especialmente entre las clases menos privilegiadas. Apenas el 21 por ciento de las mujeres de nivel de ingreso bajo acostumbra autoexaminarse los pechos.

Las várices es la patología crónica más común (17% de prevalencia) de la mujer en edad reproductiva.

El 46 por ciento de las mujeres mayores de 30 años se han sometido a una intervención quirúrgica, incluyéndose entre ellas el 21 por ciento con una salpingectomía.

6. La Salud Materno Infantil

La tasa de mortalidad infantil del período 1981-84 resultó de 19 por mil; es decir, muy semejante a la de las Estadísticas Vitales. Esta mortalidad parece haber disminuido más fuertemente en las zonas rurales y en los estratos socioeconómicos más bajos.

El 48 por ciento de los menores de 5 años resultaron con resfrío común en la semana anterior a la encuesta, y el 33 por ciento con los síntomas de las infecciones de las vías respiratorias inferiores. La prevalencia de diarrea fue de 15 por ciento para el mismo período.

El 91 por ciento de los embarazos investigados resultaron con al menos un control prenatal, pero sólo

el 68 por ciento tuvieron controles médicos en cantidad y oportunidad adecuados (44% entre las madres de 15 a 19 años).

El 97 por ciento de los partos investigados tuvieron lugar en instituciones hospitalarias, sea del sector público (93%) o del sector privado (4%). El 20 por ciento de ellos fueron por cesáreas. Este es un porcentaje alto, que se eleva aún más entre las mujeres con educación universitaria (35%) y, sobre todo, entre los partos atendidos en clínicas privadas (42%).

Otro indicador del buen estado de la salud materno infantil en Costa Rica es el 91 por ciento de madres que llevan a su hijo a control pediátrico, 80 por ciento antes de los 3 meses de edad y 67 por ciento estando sano.

En los niños de 4 años de edad, entre el 96 y 97 por ciento tenían el esquema completo de vacunación contra la polio, DPT y Sarampión. Estos porcentajes son algo más bajos a medida que disminuye la edad de los niños.

La maduración media de la lactancia natural resultó de 9.3 meses, es decir dos meses más que hace 5 años y 4 meses más que hace 10 años.

En comparación con otros países del Istmo, los índices de salud de Costa Rica son los mejores, pero seguido de cerca por Panamá. Estos dos países contrastan notablemente con los restantes.

7. Reproducción y sexualidad en las jóvenes

Un 29 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años han tenido relaciones sexuales prematrimoniales: entre 15 y 19 años resultó ser del 18 por ciento y del 41 por ciento para mujeres entre 20 y 24 años.

La edad media a la primera relación sexual fue de 16,6 años (22,6 la de su pareja), y un alto porcentaje manifestó que su primer pareja fue el novio o prometido.

Al tener la primera relación sexual, sólo un 15 por ciento de las adultas jóvenes emplearon algún anticonceptivo, principalmente la píldora y el condón. La decisión de usar algún anticonceptivo fue conjunta el 41 por ciento de los casos, un 33 por ciento le correspondió al compañero y un 24 por ciento a la entrevistada. El motivo más frecuente para no usar anticonceptivos a la primera relación fue "no esperaba tener relaciones en ese momento" y es importante destacar la falta de conocimiento de anticonceptivos (36%) para jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.

Al tomar en cuenta si han tenido relaciones sexuales durante el último mes, podría afirmarse que un 26 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años solteras están activas sexualmente; de ellas, el 55 por ciento reportó estar usando algún anticonceptivo y por esto se puede afirmar que el uso aumenta considerablemente después de la primera relación sexual.

Al llegar a los 20 años, un 32 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años y un 90 por ciento de las casadas actualmente han estado embarazadas alguna vez. También un 26 por ciento de las no casadas han tenido un embarazo antes de los 25 años.

Dentro de las casadas, actualmente un 39 por ciento de las mujeres tuvieron embarazos no planeados y cambia de 24 a 50 por ciento del primero al segundo embarazo.

Por otro lado, un 28 por ciento de los primeros partos fueron concebidos prematrimonialmente entre las mujeres unidas alguna vez.

Al realizar un análisis comparativo entre varios países, se concluye que la experiencia sexual prematrimonial es muy similar en la Ciudad de México, Brasil y Panamá al compararla con Costa Rica; y aunque en la Ciudad de México el 22 por ciento de las adultas jóvenes usó algún anticonceptivo a la primera relación sexual prematrimonial porcentaje mayor al de otros países fue en Costa Rica, Brasil y Panamá donde un mayor porcentaje usó anticonceptivos orales.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, John E. **Smoking During Pregnancy and While Using Oral Contraceptives**. Presentado en la "International Conference on Smoking and Reproductive Health", San Francisco, EU, 1985 (inédito).
- Asociación Demográfica Costarricense, Dirección General de Estadística y Censos, Westinghouse Health Systems. **Informe de la Encuesta Nacional de uso de anticonceptivos, Costa Rica, 1978**.
- Aznar, R., Lara, R. **Embarazo en la Adolescencia**. Ginecología y Obstetricia de México 22:661, 1967.
- Behm, H., **La mortalidad en los primeros Años de Vida en Países de la América Latina: Costa Rica, 1968-1969**. CELADE, Serie A, N. 1024, San José, 1976.
- BEMFAM. **Pesquisa Nacional de Planejamento Familiar e Saúde Materno-Infantil, 1986**. Relatório Preliminar, Rio de Janeiro (Informacao nao publicado), 1986.
- Blanch, J., Carvajal, J. **Encuesta de fecundidad de Costa Rica, 1969, Resultados Generales**. Centro de Estudios Sociales y de Población, Universidad de Costa Rica, 1974.
- Castro, B. Jiménez, P. Mata, L. Vives, M. y García, M.E.; "Puriscal IV: Morbilidad Infecciosa del Niño". **Revista Médica del Hospital de Niños Carlos Sáenz Herrera** Vol. 17, Ns. 1 y 2, 1982.
- Darabi, K., GS Philliber, GS. and Rosenfield, A. **A Perspective on Adolescent Fertility in Developing Countries**. Studies in Family Planning 10 (10): 300, 1979.
- Dirección General de Estadística y Censos. **Encuesta Nacional de Fecundidad 1976**. Costa Rica. San José, Costa Rica, setiembre 1978.
- Edmunds, M. Paxman, JM., **Early Pregnancy and Childbearing in Guatemala, Brazil, Nigeria and Indonesia: Addressing the Consequences**. Pathpaper No. 11, Pathfinder Fund, Boston, Mass 1984.
- Freedman, R., Davis, K. y Blake, J. **Factores sociológicos de la Fecundidad**. CELADE-Colegio de México, México, 1967
- García, E., Bravo, R., Mondragón, T. y Otros. **Conducta Sexual Y Anticonceptiva en Jóvenes Solteros**. Ginecología y Obstetricia de México, 49:343, 1981.
- Gómez, M. **Aspectos Demográficos de la Esterilización Femenina en Costa Rica**, Octavo Seminario Nacional de Demografía, San José, Costa Rica, 1983.
- Gómez, M. **Informe de la Encuesta de fecundidad en el Area Metropolitana**. Instituto Centroamericano de Estadística. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1968.
- Jagdeo, TP. **Mistakes, Misconceptions, Myths-A Family Planning Study of Trinidadian Adolescents**. UNFPA, New York, NY., 1985.
- Jagdeo, TP. **Teenage Pregnancy in the Caribbean**. IPPF Western Region, New York, NY, 1984.
- Jaramillo, J. y Miranda, G. **La Integración de Servicios de Salud en Costa Rica**. Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud y Oficina Sanitaria Panamericana, 1985.
- Lyne, E. y Poll, P. "Incidence of Cervical Following Negative Smear". **American Journal of Epidemiology** Vol. 124, N. 3, 1986.
- Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud materno-Infantil y Planificación familiar, Panamá, 1984** (Información no publicada), 1986.

Monroy de Velasco, A., Bailey, P., Morris, L., Nuñez, L., Cárdenas, C. , and Whatley , A. **Educación Sexual y Actitudes de Jóvenes de dos delegaciones de la Ciudad de México.** Presented at the First International Conference on Young Adult Sexual and Reproductive Health, Oaxtepeque, México, 1985.

Monroy de Velasco, A., Bravo Anguiano, R. **Relaciones Sexuales y Uso de Anticonceptivos en Estudiantes del Nivel Medio Superior del Distrito Federal.** Centro de Orientación de Adolescentes, Ciudad de México, México, 1985.

Monroy de Velasco, A., Nuñez, L., Morris, L., Bailey, P., Cárdenas, C., Whatley, A. **Encuesta sobre Información Sexual y Reproductiva de Jóvenes en dos Delegaciones de Ciudad de México-Informe de Resultados.** Centro de Orientación de Adolescentes y Academia Mexicana de Investigaciones en Demografía Médica, Mexico 1987.

Morris, L. **Use of Sample Surveys to Evaluate Family Planning Programs.** Presented at the Inter-American Conference on Health Education Mexico City, 1984.

Moya, L., Vargas, H. y Montero, F. **Causas de Consulta al Médico, Costa Rica, 1983. Demografía y Epidemiología en Costa Rica,** Asociación Demográfica Costarricense, San José, 1985.

Pratt, WF., Mosher, WD., Bachrad, CA. and , Horn, MC **Understanding U.S. Fertility: Findings from the National Survey of Family Growth, Cycle III.** Population Bulletin 39 (5): Population Reference Bureau, 1984.

Remington, R. , Forman, M., Gentry, E, Marks, J., Hogelin, G., y Trowbridge, F. **Current Smoking Trends in The United States.** JAMA Vol. 253, N. 20, 1985.

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

Rosero, L. y Grimaldo, C., **Epidemiología Descriptiva del Cáncer de Mama y de Cuello del Utero en Costa Rica.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1987 (en preparación).

Rosero, L., Sosa, D., Grimaldo, C. **La Actividad Sexual en Costa Rica: una medición estadística, en Demografía y Epidemiología en Costa Rica,** Asociación Demográfica Costarricense, San José, Costa Rica, 1985.

Rosero, L., Oberle, M. y Vargas, H. **La prueba de Papanicolau en la Prevención del cáncer de Cuello del útero en Costa Rica.** Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica (inédito).

Veloz, C. **Conocimiento de Anticonceptivos por estudiantes Universitarios, IV Jornadas de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM,** 1982.

ANEXOS

ANEXO 1
ERRORES DE MUESTREO
CUADRO A-1
ERRORES MUESTRALES

Variable	Descripción	Población	n	r (p,x)	ES	DEFT	Rho	\bar{s}
FECUNDIDAD								
HNV	Hijos nacidos vivos	Todas	3527	2.18	0.048	1.16	0.024	15.4
HNV85	Nacidos vivos tenidos en 1985	Todas	3527	0.12	0.006	1.00	0	15.4
HSOB	Hijos sobrevivientes	Todas	3527	2.05	0.042	1.14	0.021	15.4
NUPCIALIDAD E INTERMEDIAS								
UNI	Actualmente en unión	Todas	3527	59.5%	0.009	1.18	0.027	15.4
UNI20	Unida antes de edad 20	Mayores de 20 años	2825	39.8%	0.011	1.22	0.043	12.3
MLUHNV	Meses de lactancia último HNV	En unión, embarazo en últimos 5 años	965	6.36	0.255	1.15	0.092	4.4
MAUHNV	Meses amenorrea último HNV	En unión embarazo en últimos 3 años	789	3.47	0.121	1.03	0.025	3.7
RSEX7	Relaciones sexuales en última semana	En unión	2097	1.32	0.031	1.04	0.010	9.2
IDEALES REPRODUCTIVOS								
NDMH	No desea más hijos	En unión fértiles	1627	50.3%	0.014	1.17	0.059	7.1
DHP	Desea hijos proximately	En unión fértiles	1627	20.1%	0.011	1.09	0.031	7.1
TDH	Tamaño deseado de la familia	En unión	2097	4.25	0.087	1.32	0.089	9.2
UEND	Ultimo embarazo no deseado	En unión con hijos vivos en últimos 5 años.	1269	39.7%	0.015	1.08	0.035	5.6
CDMHF	Compañero desea tener más hijos en futuro	En unión	2097	48.3%	0.012	1.06	0.016	9.2
ANTICONCEPCION								
USA	Está usando anticonceptivos	En unión	2097	69.4%	0.011	1.13	0.033	9.2
USAM	Usando artificial moderno	En unión	2097	27.8%	0.010	0.98	-0.004	9.2
EST	Esterilizada	En unión	2097	16.7%	0.009	1.12	0.031	9.2
CAPLAN	Compañero aprueba PLANFAM	En unión	2097	82.6%	0.009	1.14	0.037	9.2
MAPLAN	Mujer aprueba PLANFAM	En unión	2097	89.3%	0.007	0.99	-0.001	9.2
USAC	Usuaría activa	En unión, usando artificiales	1229	76.0%	0.015	1.26	0.135	5.3
CONDICIONES DE ANTICONCEPCION								
TPER	Tiempo percibido al CPF (minutos)	En unión con dato	2068	28.4	1.096	1.56	0.178	9.1
TRABAJO DE LA MUJER								
TACT	Trabaja actualmente	Todas	3527	31.6%	0.009	1.12	0.017	15.4
SALUD DE LA MUJER								
PEG	Con papanicolau o examen ginecológico	Todas	3527	69.9%	0.009	1.09	0.014	15.4
FUMA	Fuma cigarrillos	Todas	3527	12.4%	0.006	1.02	0.003	15.4
VMU5	Visitó médico últimos cinco años	Todas	3527	92.0%	0.005	1.06	0.009	15.4
SALUD DEL NIÑO								
CPRE3	Con 3 o más controles prenatales	Con hijos 5 años	1503	82.9%	0.010	0.99	-0.003	6.6
FIE	Fiebre	Niños 5 años	1994	21.7%	0.010	1.07	0.020	8.7
DIA	Diarrea	Niños 5 años	1994	14.9%	0.009	1.12	0.033	8.7
RES	Resfriado	Niños 5 años	1994	47.7%	0.014	1.27	0.079	8.7
VASAR	Vacuna sarampión	Niños 5 años	1994	74.3%	0.010	1.03	0.007	8.7

Cuadro A - 2
ERRORES MUESTRALES POR ESTRATO PARA LA MUESTRA DE MUJERES DE LA EFES-86

Variable	AREA METROPOLITANA			URBANO VALLE CENTRAL			RURAL VALLE CENTRAL			RESTO URBANO			RESTO RURAL								
	n	r	ES DEFI	n	r	ES DEFI	n	r	ES DEFI	n	r	ES DEFI	n	r	ES DEFI						
FECUNDIDAD																					
HNV	1109	1.86	0.079	1.33	506	1.76	0.082	0.85	665	2.27	0.114	1.17	375	2.35	0.152	1.26	872	2.69	0.113	1.16	
HNV85	1109	0.10	0.010	1.15	506	0.08	0.013	1.09	665	0.12	0.014	1.08	375	0.12	0.015	0.83	872	0.17	0.014	1.09	
HSOB	1109	1.77	0.072	1.28	506	1.65	0.069	0.79	665	2.14	0.098	1.10	375	2.17	0.123	1.16	872	2.50	0.103	1.17	
MUPCIALIDAD E INTERMEDIAS																					
UNI	1109	55.5	0.019	1.29	506	51.8	0.020	0.92	665	61.2	0.022	1.18	375	61.9	0.026	1.04	872	66.5	0.018	1.13	
UNI 20	917	32.4	0.018	1.22	388	31.7	0.023	0.94	539	37.1	0.026	1.26	303	44.2	0.037	1.32	678	54.6	0.026	1.38	
MILJHNV	295	5.80	0.397	1.05	119	6.28	0.731	1.10	192	5.77	0.570	1.17	105	6.47	0.615	0.99	254	7.44	0.594	1.28	
MAUJHNV	226	3.33	0.176	0.95	82	2.79	0.191	0.75	161	3.54	0.301	1.06	86	3.37	0.429	1.04	234	3.85	0.254	1.11	
RESEX 7	616	1.29	0.056	1.02	262	1.30	0.099	1.08	407	1.35	0.079	1.20	232	1.35	0.100	1.17	580	1.31	0.060	0.90	
IDEALES																					
REPRODUCTIVOS																					
MDMH	484	56.6	0.026	1.18	198	47.0	0.033	0.93	309	46.9	0.033	1.08	178	50.6	0.038	0.99	458	47.2	0.028	1.23	
DHP	484	20.7	0.018	1.02	198	22.7	0.034	1.16	309	22.7	0.025	1.09	178	18.0	0.027	0.94	458	17.5	0.022	1.24	
DDF	616	3.49	0.104	1.17	262	4.40	0.235	1.20	407	4.68	0.219	1.37	232	3.70	0.145	0.89	580	4.90	0.215	1.49	
UEND	368	42.1	0.028	1.09	146	34.9	0.033	0.85	244	36.1	0.031	0.99	139	33.8	0.047	1.17	372	43.8	0.031	1.21	
CDMHF	616	46.3	0.021	1.01	262	47.3	0.029	0.92	407	53.8	0.027	1.07	232	51.7	0.034	1.01	580	45.7	0.024	1.07	
ANTICONCEPCION																					
USA	616	74.5	0.020	1.16	262	72.1	0.027	0.95	407	66.8	0.026	1.11	232	74.1	0.024	0.81	580	62.6	0.026	1.28	
USAM	616	29.1	0.020	1.10	262	23.7	0.027	0.98	407	22.4	0.016	0.77	232	36.6	0.032	1.03	580	28.6	0.020	1.09	
EST	616	16.2	0.017	1.13	262	18.3	0.021	0.87	407	17.2	0.024	1.26	232	19.0	0.019	0.74	580	15.3	0.017	1.44	
CAPLAN	616	85.6	0.015	1.08	262	85.1	0.024	1.11	407	79.1	0.022	1.11	232	84.9	0.030	1.32	580	79.8	0.017	1.03	
MAPLAN	616	90.7	0.012	1.12	262	90.8	0.020	1.12	407	89.4	0.014	0.95	232	90.1	0.018	0.95	580	86.7	0.015	1.06	
USAC	378	61.9	0.034	1.35	138	78.3	0.040	1.10	214	84.1	0.031	1.20	151	80.1	0.034	1.06	310	92.6	0.021	1.21	
TPER	616	21.2	1.067	1.22	261	18.1	1.25	1.09	403	27.7	2.00	1.58	231	18.2	1.725	1.55	560	45.7	3.349	1.74	
TRABAJO DE LA MUJER																					
TACT	1109	40.5	0.017	1.13	506	39.5	0.021	0.93	665	29.5	0.024	1.32	375	36.5	0.022	0.88	872	15.3	0.017	1.40	
SALUD DE LA MUJER																					
PEG	1109	73.3	0.015	1.13	506	63.8	0.020	0.94	665	68.7	0.025	1.40	375	74.1	0.024	1.06	872	68.2	0.017	1.06	
FUMA	1109	19.7	0.013	1.21	506	12.5	0.016	1.07	665	8.90	0.015	1.36	375	13.6	0.015	0.85	872	5.0	0.006	0.89	
VMUS	1109	92.6	0.008	1.05	506	90.1	0.018	1.42	665	92.5	0.012	1.24	375	93.3	0.011	0.88	872	91.5	0.011	1.25	
SALUD DEL NIÑO																					
CPRE3	445	86.5	0.016	1.00	172	90.7	0.022	1.00	285	80.0	0.025	1.05	171	84.2	0.028	1.04	430	77.4	0.022	1.10	
FIE	564	19.9	0.017	1.02	220	19.1	0.024	0.94	389	20.1	0.021	1.07	219	21.9	0.030	1.06	602	24.1	0.020	1.17	
DIA	564	14.4	0.016	1.08	220	14.1	0.024	1.05	389	12.6	0.023	1.33	219	10.0	0.019	0.96	602	17.9	0.018	1.10	
RES	564	53.7	0.026	1.26	220	45.5	0.046	1.36	389	44.0	0.029	1.17	219	41.6	0.034	1.02	602	46.8	0.025	1.26	
VASAR	564	74.7	0.024	1.24	220	78.6	0.026	0.94	389	75.3	0.019	0.84	219	73.1	0.023	0.76	602	72.1	0.019	1.08	

CALENDARIO

Este es un calendario que comienza en 1981 y tiene mes a mes hasta 1986. Durante la entrevista vamos a apuntar e n este calendario las fechas de cosas importantes que le han pasado en este periodo.

Si durante la entrevista, recuerda otras fechas importantes o se da cuenta de que algo que hemos apuntado, no es correcto, le agradecería mucho que me avise, para hacer las correcciones o anotar lo que hace falta.

No. Cuestionario

DIGITADO

VERIFICADO

Día Mes

Día Mes

ANOTE EN EL CALENDARIO EL NUMERO DE CUESTIONARIO APROPIADO

NOMBRE ENTREVISTADA

	1981												1982												1983												1984												1985												1986															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12				
Empleo																																																																												
Embarazo y Lactancia																																																																												
Anticoncepción																																																																												
Uniones																																																																												

EMPLEO

Fuera del hogar por 20 y más horas1

Fuera del hogar por menos de 20 horas2

Dentro del hogar por 20 horas y más3

Dentro del hogar por menos de 20 horas.....4

ENBARAZOS Y LACTANCIA

Nacido vivo.....1

Nacimiento múltiple2

Nacido muerto.....3

Aborto4

Otro (ectópico o mola).....5

Lactancia.....6

Embarazo.....7

ANTICONCEPCION

Pastilla1

DIU.....2

Preservativo.....3

Inyección4

Estenliz. femenina.....5

Vasectomía6

Ritmo [Billings (Naturales)]7

Retiro Otros8

UNIONES

En Unión1

OBSERVACIONES:

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE
ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y SALUD
HOJA DE RUTA

UBICACION GEOGRAFICA
 ESTRATO
 PROVINCIA
 CANTON
 DISTRITO
 SEGMENTO
 COMPACTO

ENTREVISTADORA: _____ FECHA: _____
 SUPERVISORA: _____
 NUMEROS DE VIVIENDAS SIN MEF: _____

Líneas de muestra	# de vivienda	Nombre de mujeres entre 15 y 49 años	Edad	Desde enero 1981, ha estado embarazada alguna vez?	Observaciones: hora en que se encuentra, lugar de trabajo, teléfono etc.	Resultado
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

RESULTADO: 1=Completa; 2=Incompleta; 3=Rechazada; 4=Pendientes; 5=No elegible; 6=No realizada por otra razón.

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE
ENCUESTA
DE FECUNDIDAD Y SALUD
CUESTIONARIO

sin calendario

Nombre de la Sra. (ita).....

INTRODUCCION

Sra. (Srta.) Buenos(días /tardes/noches):

Nosotros estamos haciendo un estudio de la fecundidad y la salud de la mujer en Costa Rica, para lo cual estamos entrevistando a muchas mujeres de todo el país.

Toda la información que Ud. nos proporcione será *estrictamente confidencial*, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados del estudio.

Su participación es, por lo tanto voluntaria, y Ud. no tiene que responder preguntas si no desea contestar. ¿Podría comenzar la entrevista?

VISITAS	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA
FECHA DE LA ENTREVISTA (día y mes)				
HORA DE LA ENTREVISTA				
ENTREVISTADORA				
RESULTADO*				

*1 = Completa; 2 = Incompleta; 3 = Rechazada; 4 = Pendiente; 5 = No elegible; 6 = Otro.

Observaciones : _____

Actividad	Fecha
<input type="checkbox"/> REVISADO POR SUPERVISORA	
<input type="checkbox"/> CRITICADO	
<input type="checkbox"/> DIGITADO	
<input type="checkbox"/> VERIFICADO	

No. CUESTIONARIO

I. IDENTIFICACION

100. NUMERO DE CUESTIONARIO	#CUEST.	_ _ _ _	(1-4)
101. HORA DE INICIO DE ENTREVISTA		_ _ _ _	(5-8)
102. UBICACION GEOGRAFICA (ANOTE LOS CODIGOS QUE CONSTAN EN LA RUTA DE HOJA DE RUTA)	ESTRATO	_	(9)
	PORVINCIA	_	(10)
	CANTON	_ _	(11-12)
	DISTRITO	_ _	(13-14)
	SEGMENTO	_ _ _	(15-17)
	COMPACTO	_	(18)
	# VIVIENDA	_ _	(19-20)
	# LINEA MUESTRA	_ _	(21-22)
103. ENTREVISTADORA	CODIGO	_ _	(23-24)
104. SUPERVISORA	CODIGO	_	(25)
105. DIA Y MES DE LA ULTIMA VISITA	DIA	_	MES _ _ (26-29)
106. NUMERO DE VISITAS		_	(30)
107. RESULTADO DE LA ENTREVISTA		_	(31)
108. EDAD EN LA HOJA DE RUTA		_ _ _	(32-33)

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

200. Para comenzar, por favor dígame, ¿en qué mes y año nació Ud.?	MES	AÑO	(34-37)
201. Entonces, ¿qué edad cumplió en su último cumpleaños?	EDAD	_ _	(38-39)

ENTREVISTADORA, SUME EDAD CON AÑO DE NACIMIENTO:
 SI ES IGUAL A 86 CONTINUE CON 202
 SI ES IGUAL A 85 Y AUN NO CUMPLE AÑOS CONTINUE CON 202
 EN CASO CONTRARIO, HAY UN ERROR CORRIJALO

SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA

202. En los últimos 5 años, ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo? AQUI MISMO <input type="checkbox"/>	OTRO LUGAR (OTRO CANTON O PAIS).....	CODIGO	_ _ _	(40-42)
203. ¿Cuál fue el grado o año más alto que Ud. aprobó en la enseñanza regular? (MARQUE EL NIVEL Y EL ULTIMO AÑO APROBADO)	0. NINGUNO	0		
	1. ESCUELA	1 2 3 4 5 6		
	2. COLEGIO	1 2 3 4 5 +		
	3. UNIVERSIDAD	1 2 3 4 5 6 +		(43-44)
204. Como Ud. sabe, muchas mujeres, además de ocuparse de las labores de la casa, trabajan en algo por lo cual reciben pago en dinero o en otra forma. ¿Trabaja Ud. actualmente?	1. SI (PASE A 206)			
	2. NO			(45)
205. Desde enero de 1981 al presente, ¿ha trabajado Ud. en algo por lo que ha recibido pago en dinero o en otra forma?	1. SI			
	2. NO (PASE A 300)			(46)
206. ¿Cuántos trabajos ha tenido Ud. desde enero de 1981?	#TRABAJOS	_ _		(47-48)

PARA LOS TRABAJOS TENIDOS DESDE ENERO DE 1981 ANOTE

207.		TRABAJOS EN ORDEN RETROSPECTIVO				
a. ¿En qué mes y año comenzó Ud. a trabajar en su actual /último /anterior) trabajo? (9999 SI NO RECUERDA)		1	2	3	4	5
		MES MES MES MES MES				
		AÑO AÑO AÑO AÑO AÑO				
b. ¿Trabajó Ud. dentro o fuera del hogar?	DENTRO	1	1	1	1	1
	FUERA	2	2	2	2	2
c. ¿Trabajó más de medio tiempo o menos?	MEDIO O MAS	1	1	1	1	1
	MENOS	2	2	2	2	2
d. ¿Y en qué mes y año terminó de trabajar? (8888 SI CONTINUA EN EL TRABAJO) (9999 SI NO RECUERDA)		MES MES MES MES MES				
		AÑO AÑO AÑO AÑO AÑO				
		<i>(49-58) (59-68) (69-78) (79-88) (89-98)</i>				

VUELVA A ITEM a. HASTA COMPLETAR EL NUMERO DE TRABAJOS DESDE ENERO DE 1981

208. En (su trabajo actual/su último trabajo),
¿Cuál (es/fue) su ocupación principal, es decir,
qué clase de trabajo (hace/hizo)?
DETALLE BIEN:.....
.....

CODIGO (99-101)

209. En el trabajo que desempeña (desempeñó)
¿es (era) familiar sin sueldo, asalariada,
cuenta propia o patrono?

1. FAMILIAR SIN SUELDO
2. ASALARIADA
3. CUENTA PROPIA (sin empleados)
4. PATRONO (con 10 empleados o menos)
5. PATRONO (con más de 10 empleados)
(102)

(131)

III. SALUD DE LA MUJER

300. ¿Fuma Ud. cigarrillos, todos los días,
de vez en cuando o nunca?

1. SI, TODOS LOS DIAS
2. SI, DE VEZ EN CUANDO
3. NUNCA (PASE A 303) (5)

301. ¿A qué edad comenzó a fumar?

EDAD _____ (6-7)

302. ¿Cuántos cigarrillos se fumó ayer?
(UN PAQUETE TIENE 20)

CIGARRILLOS _____ (8-9)

303. ¿Alguna vez se ha hecho un papanicolau, o citología
es decir, la prueba para el cáncer del cuello del útero?

1. SI (PASE A 305)
2. NO
9. NS (10)

304. ¿Alguna vez ha ido al médico para un examen ginecológico?

1. SI
2. NO (PASE A 306) (11)

305. ¿En qué mes y año le hicieron el último
(papanicolau/examen)?

MES AÑO (12-15)

306. ¿Se examina Ud. los pechos mensualmente después de
la menstruación siempre, casi siempre, a veces, casi
nunca o nunca?

1. SIEMPRE
2. CASI SIEMPRE
3. A VECES
4. CASI NUNCA
5. NUNCA (16)

307. ¿Alguna vez le han hecho una operación, no incluya las cesáreas? ¿Cuántas? 1. SI UNA
2. SI, VARIAS
3. NINGUNA (PASE A 309) (17)

308. ¿Cuál (es) fue(ron) la (s) operación(es) que le practicaron? (SI MAS DE DOS, TOME LAS DOS ULTIMAS)
 a)..... CODIGOL _____ (18-20)
 b)..... CODIGOL _____ (21-23)

309. Desde enero de 1981 hasta el presente, ¿alguna vez ha visitado un doctor? 1. SI
2. NO (PASE A 311) (24)

310. Desde enero de 1981 hasta el presente, alguna vez un doctor le ha confirmado (con examen médico) que Ud. ha tenido o tiene: (LEA LA ENFERMEDAD).

ENFERMEDAD / CONDICION	HA TENIDO	Todavía tiene?	
1. Alta presión de la sangre	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(25-26)
2. Problemas porque no puede tener hijos	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(27-28)
3. Flujos vaginales anormales	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(29-30)
4. Infección de la matriz	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(31-32)
5. Várices	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(33-34)
6. Enfermedades venéreas	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(35-36)
7. Tumores, bolitas, o quistes en los pechos	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO 9. NS	(37-38)

311. ¿Qué tipo de Seguro Social tiene Ud?
 ¿Es asegurada directa, familiar, voluntaria, otro o no es asegurada? 1. DIRECTA
2. FAMILIAR
3. VOLUNTARIA
4. OTRO
5. NO ASEGURADA (39)

IV HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y nacimientos que Ud. haya tenido en toda su vida hasta la fecha.

400. ¿Ha estado Ud. alguna vez embarazada? 1. SI
2. NO (PASE A 500) (40)

401. ¿Actualmente, está Ud. embarazada? 1. SI
2. NO } (PASE A 403)
9. NS } (41)

402. ¿Cuántos meses tiene este embarazo? MESES ____ (42)

403. Ahora hablando de sus hijos que nacieron vivos, ¿cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con Ud. # HIJOS VIVEN CON UD. _____ (43-44)
HIJAS VIVEN CON UD. _____ (45-46)
TOTAL HIJOS VIVEN CON UD. _____
(SI NO TIENE ANOTE 00) _____ (47-48)

404. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, actualmente no viven con Ud. # HIJOS NO VIVEN CON UD. _____ (49-50)
HIJAS NO VIVEN CON UD. _____ (51-52)
TOTAL HIJOS NO VIVEN CON UD. _____ (53-54)
(SI NO TIENE ANOTE 00)

405. ¿Tuvo Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y que luego murieron, aunque hayan vivido sólo poco tiempo? 1. SI
2. NO (PASE A 407) (55)

406. ¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos, luego murieron? # HIJOS QUE MURIERON _____ (56-57)
HIJAS QUE MURIERON _____ (58-59)
TOTAL HIJOS QUE MURIERON _____ (60-61)

407. Hablando de todos los embarazos que Ud. ha tenido en su vida, ¿tuvo Ud. algún hijo o hija que nació muerto (Mortinato)? 1. SI
2. NO (PASE A 409) (62)

408. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en nacido muerto (Mortinato)? # MORTINATOS _____ (63-64)

409. ¿Ha perdido Ud. algún niño antes de completar el sétimo mes de embarazo (aborto)? 1. SI
2. NO (PASE A 411) (65)

410. ¿Cuántos niños perdió Ud. antes de completar su sétimo mes de embarazo (aborto)? # ABORTOS _____ (66-67)

411. PASE LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 403, 404, 406, 408 Y 410, SUME Y PONGA EL RESULTADO EN TOTAL EMBARAZOS
403. TOTAL HIJOS VIVEN CON UD. _____
404. TOTAL HIJOS NO VIVEN CON UD. _____
406. TOTAL HIJOS QUE MURIERON _____
408. MORTINATOS _____
410. ABORTOS _____

Para corroborar que los datos estén correctos ¿Ud. ha tenido en total embarazos (sin contar el actual)?

TOTAL EMBARAZOS _____ (68-69)

SI ESTA INCORRECTO (Y NO SE DEBE A QUE HA TENIDO NACIMIENTOS MULTIPLES) INDAGUE, CORRIJA Y CONTINUE
 NACIMIENTOS MULTIPLES.

412. ENTREVISTADORA :
MARQUE LO CORRESPONDIENTE
1. ENTREVISTADA SOLO HA TENIDO EMBARAZO ACTUAL PASE A 500
2. ENTREVISTADA SOLO TIENE UN HIJO NACIDO VIVO PASE A 421
3. ENTREVISTADA CON MAS DE UN HIJO NACIDO VIVO CONTINUE CON 420
4. ENTREVISTADA HA TENIDO SOLO MORTINATOS O ABORTOS PASE A 427 (70)

420. ¿En qué mes y año nació su primer hijo o hija nacido (a) vivo (a) aunque después haya muerto? MES _____ AÑO _____ (71-74)

421. ¿En qué mes y año tuvo Ud. el último de sus hijos que nació vivo (aunque después haya muerto)? MES _____ AÑO _____ (75-78)

422. ENTREVISTADORA :
MARQUE LO CORRESPONDIENTE
(VER 421)
1. ULTIMO HIJO NACIDO VIVO DESPUES DEL 1 DE ENERO DE 1983 CONTINUE CON 423
2. ULTIMO HIJO NACIO VIVO ANTES DEL 1 DE ENERO DE 1983 PASE A 427 (79)

423. ¿Cuántos meses después de que nació su último hijo le vino la regla? # meses _____ (ANOTE "98" SI AUN NO LE HA VENIDO) (80-81)

424. ¿Dio pecho a (este hijo /esta hija)? 1. SI
2. NO (PASE A 427) (82)

425. ¿Está Ud. dando pecho actualmente? 1. SI
2. NO (PASE A 427) (83)

426. ¿Cuántas veces en las últimas 24 horas le dio pecho? # VECES _____ ("98" CUANDO QUIERE) (84-85)

427. Desde enero de 1981 hasta hoy día, ¿cuántos embarazos ha tenido (sin contar el presente)?
Por favor, tome en cuenta también las pérdidas o abortos y nacidos muertos. # EMBARAZOS _____ (SI NINGUNO, ANOTE 00 Y PASE A 500) (86-87)

2
(131)

Ahora le voy a preguntar algunos detalles sobre todos estos embarazos (anteriores al actual) ocurridos desde enero de 1981.

ENTREVISTADORA: PREGUNTE 450 A 456 PARA CADA EMBARAZO, EXCEPTO EL ACTUAL, Y ANOTE LAS RESPUESTAS EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE CON EL ULTIMO EMBARAZO HASTA EL PRIMERO EN EL PERIODO.

ORDEN RETROSPECTIVO DEL EMBARAZO

	1	2	3	4	5
450. Su (último/anterior) embarazo ¿En qué mes y año terminó?	MES _____ AÑO _____ (5-8)	MES _____ AÑO _____ (22-25)	MES _____ AÑO _____ (39-42)	MES _____ AÑO _____ (56-59)	MES _____ AÑO _____ (73-76)
451. ¿Fue nacido vivo, nacido muerto, un aborto, u otro? (OTRO: EXTRAUTERINO O MOLAR)	1. NACIDO VIVO Nombre 2. NACIDO MUERTO 3. ABORTO 4. OTRO (9)	1. NACIDO VIVO Nombre 2. NACIDO MUERTO 3. ABORTO 4. OTRO (26)	1. NACIDO VIVO Nombre 2. NACIDO MUERTO 3. ABORTO 4. OTRO (43)	1. NACIDO VIVO Nombre 2. NACIDO MUERTO 3. ABORTO 4. OTRO (60)	1. NACIDO VIVO Nombre 2. NACIDO MUERTO 3. ABORTO 4. OTRO (77)
452. ¿Cuántos meses duró el embarazo?	MESES _____ (10-11)	MESES _____ (27-28)	MESES _____ (44-45)	MESES _____ (61-62)	MESES _____ (78-79)
SI ES NACIDO VIVO CONTINUE, SI ES NACIDO MUERTO, ABORTO U OTRO VUELVA A 450, PERO SI TERMINO CON EMBARAZOS DE ULTIMOS 5 AÑOS PASE A 460					
453. ¿Fue hombre o mujer?	1. HOMBRE 2. MUJER (12)	1. HOMBRE 2. MUJER (29)	1. HOMBRE 2. MUJER (46)	1. HOMBRE 2. MUJER (63)	1. HOMBRE 2. MUJER (80)
454. ¿Cuántos meses le dio pecho? ("98" SI AUN ESTA DANDOLE)	MESES 098 _____ (13-14)	MESES 098 _____ (30-31)	MESES 098 _____ (47-48)	MESES 098 _____ (64-65)	MESES 098 _____ (81-82)
455. ¿Actualmente, está vivo?	1. SI 2. NO (PASE A 456) (15)	1. SI 2. NO (PASE A 456) (32)	1. SI 2. NO (PASE A 456) (49)	1. SI 2. NO (PASE A 456) (66)	1. SI 2. NO (PASE A 456) (83)

SI ESTA VIVO VUELVA A 450, PERO SI TERMINO CON EMBARAZOS DE ULTIMOS 5 AÑOS PASE A 460

456. ¿Cuánto tiempo vivió?	AÑOS ___	AÑOS ___	AÑOS ___	AÑOS ___	AÑOS ___
	MESES ___	MESES ___	MESES ___	MESES ___	MESES ___
	DIAS ___	DIAS ___	DIAS ___	DIAS ___	DIAS ___
	(16-21)	(33-38)	(50-55)	(67-72)	(84-89)

VUELVA A 450, PERO SI TERMINO CON EMBARAZOS DE ULTIMOS 5 AÑOS PASE A 460

460. Recuerde la época cuando usted quedó embarazada, ¿La última vez (sin contar el presente) (EMBARAZO DE 1a. COLUMNA EN LA PAGINA ANTERIOR), ¿Deseaba quedar embarazada en ese momento?	1. SI (PASE A 462) 2. NO 9. NS (PASE A 462)	(90)
461. ¿No quería tener (más) hijos o le hubiera gustado esperar un poco?	1. NO QUERIA MAS HIJOS 2. ESPERARSE UN POCO	(91)
462. ¿Tuvo algún control o examen médico prenatal durante su último embarazo?	1. SI 2. NO (PASE A 465)	(92)
463. ¿Cuántas veces asistió a control prenatal ?	# VECES ___	(93-94)
464. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron el primer examen prenatal?	# MESES ___	(95)
465. ¿Recibió o ha recibido una vacuna contra el tétano durante su último embarazo o en los últimos diez años?	1. SI, DURANTE EL ULTIMO EMBARAZO 2. SI, EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS 3. NO 9 NS	
466. ¿Dónde le atendieron el parto de éste último hijo?	1. SEGURO SOCIAL (HOSPITAL, CLINICA, ETC.) 2. MINISTERIO DE SALUD (CENTRO O PUESTO DE SALUD) 3. CLINICA O CONSULTORIO PARTICULAR 4. CASA (PASE A 469) 5. OTRO..... (ESPECIFIQUE) 8. NO APLICABLE POR ABORTO O MORTINATO (PASE A 480)	(97)
467. El parto de este último hijo nacido vivo, ¿fue normal o le tuvieron que hacer cesárea?	1. PARTO NORMAL 2. PARTO CON CESAREA	(98)
468. ¿El niño quedó internado después que Ud. salió del hospital?	1. SI 2. NO	(99)
469. Después de que nació su último hijo, ¿lo llevó a control médico?	1. SI 2. NO (PASE A 480)	(100)
470. ¿Cuántos meses tenía su último hijo cuando lo llevó a control médico la primera vez?	# MESES ___	(101-102)
471. ¿Estaba sano o enfermo cuando lo llevó por primera vez?	1. SANO 2. ENFERMO	(103)
472. ¿Dónde lo llevó ?	1. SEGURO SOCIAL (HOSPITAL, CLINICA, ETC.) 2. MINISTERIO DE SALUD (CENTRO O PUESTO DE SALUD). 3. MEDICO, CLINICA O CONSULTORIO PARTICULAR 4. COMADRONA (PARTERA) 8. OTRO..... (ESPECIFIQUE) 9. NS/NR	(104)

480.

ESCRIBA AQUI EL NUMERO DE LA COLUMNA Y NOMBRE DE CADA NIÑO ACTUALMENTE VIVO DE PAGINA 5, SI NINGUNO PASE A 500

NUMERO DEL NIÑO (A):
NOMBRE DEL NIÑO (A):

-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Durante los últimos 7 días ha notado que:

(NOMBRE DEL NIÑO)

481. ¿ Se ha vuelto inquieto (a), llorón (a), irritable ?	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
482. ¿Ha perdido el apetito (comió menos de lo habitual?)	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
483. ¿Ha tenido fiebre o calentura?	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
484. ¿Ha tenido diarrea? (DEFINIDA COMO 3 O MAS EVACUACIONES LIQUIDAS POR DIA, POR LO MENOS POR UN DIA)	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
485. ¿Ha estado resfriado(ronquera, moquera y ojos irritados)?	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
486. Ha tenido tos, flemas o dificultad para respirar?	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
487. ¿Ha tenido problemas con el ombligo, como hernia o infección?	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS	1. SI 2. NO 9. NS
488. Ha tenido alguna otra enfermedad o síntoma en los últimos 7 días? ¿Cuál?	1. SI 2. NO 9. NS ↓ ESPECIFIQUE	1. SI 2. NO 9. NS ↓ ESPECIFIQUE	1. SI 2. NO 9. NS ↓ ESPECIFIQUE	1. SI 2. NO 9. NS ↓ ESPECIFIQUE	1. SI 2. NO 9. NS ↓ ESPECIFIQUE
489. ¿Desde que nació, le han dado gotas de vacuna en la boca contra la polio? ¿Cuántas dosis?	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓
490. ¿Desde que nació, le han inyectado al niño la vacuna triple de DPT en la nalga? ¿Cuántas dosis?	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓	1. SI 2. NO 9. NS ↓
491. ¿Desde que nació, le han puesto al niño la vacuna contra el sarampión? ¿Cuántas dosis?	1. SI 2. NO 9. NS ↓ (5-19)	1. SI 2. NO 9. NS ↓ (20-34)	1. SI 2. NO 9. NS ↓ (35-49)	1. SI 2. NO 9. NS ↓ (50-64)	1. SI 2. NO 9. NS ↓ (65-79)

V. SEXUALIDAD

500. Ahora le voy a preguntar algunas cosas algo personales pero importantes para el estudio.
ENTREVISTADORA:
MARQUE LO CORRESPONDIENTE
1. LA ENTREVISTADA TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS *CONTINUE CON 501*
2. LA ENTREVISTADA TIENE 25 O MAS AÑOS *PASE A 510* (80)
-
501. ¿En qué mes y año tuvo Ud. su primera relación sexual?
MES ____ AÑO ____
(ANOTE 5555 SI NUNCA HA TENIDO Y PASE A 600)
(ANOTE 8888 SI NO RECUERDA)
(9999 NO RESPONDE) (81-84)
-
502. ¿Cuántos años tenía Ud. en ese momento?
EDAD ____
(ANOTE 88 SI NO RECUERDA) (85-86)
-
503. ¿Qué edad tenía la persona con quien Ud. tuvo su primera relación sexual?
EDAD ____
(ANOTE 88 SI NO RECUERDA)
(99 SI NO SABE) (87-88)
-
504. ¿Qué era esa persona de Ud. en ese momento?
1. MARIDO O COMPAÑERO
2. PROMETIDO
3. NOVIO
4. AMIGO
5. OTRO
(ESPECIFIQUE)
6. VIOLACION O INCESTO (PASE A 510)
9. NR (89)
-
505. ¿Usó Ud. o su pareja algún método para evitar tener hijos, durante su primera relación sexual?
1. SI
2. NO (PASE A 509)
3. NO RECUERDA (PASE A 510)(90)
-
506. ¿Cuál método anticonceptivo usaron?
01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDON
04. INYECCION
05. ESPUMA, JALEA U OVULOS
06. ESTERILIZACION FEMENINA
07. VASECTOMIA
08. BILLINGS
09. RITMO
10. RETIRO
11. OTRO.....
(ESPECIFIQUE)
88. NO RECUERDA (91-92)
-
507. ¿Dónde lo consiguieron?
1. C.C.S.S.
2. MINISTERIO DE SALUD
3. FARMACIA CON CUPON
4. FARMACIA SIN CUPON
5. CLINICA O MEDICO PARTICULAR
6. OTRO
(ESPECIFIQUE)
8. NOAPLICA (METODO NATURAL)
9. NS (93)

VI. PLANIFICACION FAMILIAR

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

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

	601	602	603	604	
	¿ Ha oído hablar de...? SI NO HA OIDO PASE SIGUIENTE METODO)	¿Sabe dónde conseguirlo?	¿Alguna vez han usado? (SI NO HA USADO PASE SIGTE.METODO)	¿Desde enero de 1981 ha usado?	
01. Píldoras o pastillas anticonceptivas	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(5-8)
02. DIU, espiral o T de cobre	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI → 2. NO	2. SI 2. NO ↓	(9-12)
03. Condón o preservativo	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(13-16)
04. Inyección anticonceptiva	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(17-20)
05. Métodos vaginales como jaleas, cremas, espumas o diafragma	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(21-24)
06. Esterilización u operación de la mujer, para no tener más hijos	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI 2. NO ↓		(25-27)
07. Vasectomía u operación del hombre para no tener más hijos	1. SI → 2. NO ↓	1. SI → 2. NO	1. SI 2. NO ↓		(28-30)
08. Método de Billings	1. SI → 2. NO ↓	→	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(31-33)
09. Ritmo o control de la regla	1. SI → 2. NO ↓	→	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(34-36)
10. Retiro (él se quita cuando va a terminar)	1. SI → 2. NO ↓	→	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(37-38)
11. Algun otro método para evitar los hijos	1. SI → 2. NO ↓	→	1. SI → 2. NO ↓	1. SI 2. NO ↓	(40-42)
(ESPECIFIQUE)	↓		↓	↓	

605. PARA TODOS LOS METODOS MENCIONADOS DESDE ENERO DE 1981 (VER COLUMNA 604 O, 603 EN CASO DE ESTERILIZACION) ANOTE EL NUMERO CORRESPONDIENTE AL METODO Y LAS FECHAS

METODO	NUMERO	606a. ¿Cuándo comenzó?	606 b. Cuándo terminó? (888) SI USA ACTUALMENTE)
a.	---	_____/_____ MES AÑO	_____/_____ MES AÑO (43-52)
b.	---	_____/_____ MES AÑO	_____/_____ MES AÑO (53-62)
c.	---	_____/_____ MES AÑO	_____/_____ MES AÑO (63-72)
d.	---	_____/_____ MES AÑO	_____/_____ MES AÑO (73-82)
e.	---	_____/_____ MES AÑO	_____/_____ MES AÑO (83-92)

607. ENTREVISTADORA
VER COLUMNA 602 Y MARQUE LO
CORRESPONDIENTE

1. ALGUN SI EN 602 (CONTINUE CON 608)
2. NINGUN SI EN 602 (PASE A 610) (93)

608. ¿Cuál es el lugar más cercano al que Ud. puede ir para obtener los métodos de planificación familiar?

1. C.C.S.S. (HOSPITAL, CLINICA, ETC.,)
2. MINISTERIO DE SALUD (CENTRO O PUESTO DE SALUD)
3. MEDICO O CLINICA PARTICULAR
4. FARMACIA
5. DISTRIBUCION COMUNITARIA (Sra. que vende en la casa)
8. OTRO
(ESPECIFIQUE) (94)

609 ¿Cuánto tiempo tardaría Ud. normalmente para llegar a este lugar?

HORAS ____ MINUTOS ____ (95-97)

610. ENTREVISTADORA:
MARQUE LO CORRESPONDIENTE

1. ENTREVISTADA O ESPOSO ESTERILIZADOS (PASE A 650)
2. ENTREVISTADA ESTA USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE (PASE A 620)
3. ENTREVISTADA USO ALGUN METODO ANTES Y AHORA NO (PASE A 611)
4. ENTREVISTADA NUNCA HA USADO METODOS (PASE A 614) (98)

ENTREVISTADAS QUE HAN USADO PERO NO USAN ACTUALMENTE

611.Cuál fue el último método que Ud. (o su pareja) usó?

01. PASTILLAS
02. DIU
03. CONDÓN
04. INYECCION
05. ESPUMA, JALEAS, OVULOS, CREMAS, O DIAFRAGMA
09. RITMO
10. RETIRO
11. OTRO..... } (PASE A 613)
(ESPECIFIQUE) }
99. NO RECUERDA (99-100)

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

620. ENTREVISTADORA: MARQUE EL METODO USADO ACTUALMENTE	01. PASTILLA 02. DIU 03. CONDON 04. INYECCION 05. VAGINALES 08. BILLINGS 09. RITMO 10. RETIRO 11. OTRO..... (ESPECIFIQUE)	(PASE A 624) (5-6)
621. ¿Dónde consigue el método anticonceptivo que usa actualmente?	1. C.C.S.S. 2. MINISTERIO DE SALUD 3. FARMACIA CON CUPON 4. FARMACIA SIN CUPON 5. CLINICA O MEDICO PARTICULAR 8. OTRO..... (ESPECIFIQUE)	(7)
622. ¿Qué medio de transporte usa para llegar a este lugar?	1. CAMINANDO 2. TRANSPORTE PRIVADO 3. TRANSPORTE PUBLICO 8. OTRO (ESPECIFIQUE)	(8)
623. ¿Cuánto tiempo se tarda normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?	HORAS ___ MINUTOS ___ (NO SABE ANOTE 999)	(9-11)
624. ¿Quién tomó la decisión de usar este (os) método (s)?	1. ELLA SOLA 2. EL SOLO 3. LOS DOS 8. OTRO..... (ESPECIFIQUE)	(12)
625. Si en este momento Ud. pudiera elegir, ¿seguiría usando el mismo método anticonceptivo o preferiría otro?	1. EL MISMO (PASE A 630) 2. PREFERIRIA OTRO 9. NO SABE (PASE A 630)	(13)
626. ¿Cuál método preferiría usar Ud.?	01. PASTILLA 02. DIU 03. CONDON 04. INYECCION 05. VAGINALES 06. ESTERILIZACION FEMENINA 07. VASECTOMIA 08. BILLINGS 09. RITMO 10. RETIRO 11. OTRO..... (ESPECIFIQUE)	99. NS (14-15)
627. ¿Por qué no está usando (este) otro método?.....	CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/>	(16-17)

630. ¿Ya tiene Ud. (todos) los hijos que desea?	1. SI 2. NO 9. NO SABE	(PASE A 633)	(18)
631. ¿Por qué no desea (más) hijos?.....	CODIGO [] [] [] []		(19-20)
632. Si Ud. hubiera podido elegir, ¿cuántos hijos habría tenido?	# HIJOS _____	(PASE A 635)	(21-22)
633. ¿Cuántos hijos (más, aparte de los que ya tiene) quisiera tener Ud.?	# HIJOS _____ 98. LOS QUE VENGAN LOS QUE DIOS MANDE 99. NO SABE		(23-24)
634. ¿Si dependiera totalmente de Ud. ¿cuándo le gustaría tener su próximo (primer) hijo?	1. LO MAS PRONTO POSIBLE 2. EL PROXIMO AÑO 3. DENTRO DE 2 AÑOS 4. DENTRO DE 3 AÑOS 5. DENTRO DE MAS DE 3 AÑOS 6. CUANDO ME CASE 9. NO SABE CUANDO		(25)
635. Algunas mujeres se hacen una operación para no tener más hijos. Esa es una esterilización. Según su opinión en cuáles de las situaciones que le voy a leer <i>está bien</i> que se le permita a las mujeres esterilizarse (operarse):	SI NO NS/NR		
a) Cuando otros métodos anticonceptivos le hacen daño.....	1 2 9		(26)
b) Cuando el marido es alcohólico.....	1 2 9		(27)
c) Cuando ya ha tenido muchos hijos (digamos 5).....	1 2 9		(28)
d) Cuando los hijos pueden nacer anormales	1 2 9		(29)
e) Cuando embarazarse puede ser peligroso para su salud.....	1 2 9		(30)
f) Cuando la mujer lo desee, aunque sea joven y sin hijos.....	1 2 9		(31)
636. Y en cuáles de estas otras situaciones que le voy a leer <i>está bien</i> que se permita a las mujeres esterilizarse.	SI NO NS/NR		
g) Cuando no tiene medios económicos (plata) para mantener y educar a los hijos..	1 2 9		(32)
h) Cuando la mujer lo desee siempre que haya tenido hijos y sea mayor de cierta edad.....	1 2 9		(33)
i) Cuando los médicos lo decidan aunque la mujer no lo quiera	1 2 9		(34)
PASE A 700			
SOLO SI ELLA O EL ESPOSO ESTAN ESTERILIZADOS			
637. ¿En dónde le hicieron la operación para no tener más hijos?	1. C.C.S.S. 2. DEPENDENCIA MINISTERIO DE SALUD 3. CLINICA PARTICULAR 8. OTRO	(ESPECIFIQUE)	(35)
	9. NS		

651. ¿Tuvo que pagar por la operación?	1. SI 2. NO 3. EN PARTE 9. NS	(36)
652. ¿En que mes y año le operaron?	MES__ AÑO__	(37-40)
653. ¿Se operó porque ya no deseaba tener más hijos, por motivos de salud o las dos cosas?	1. NO DESEABA MAS HIJOS 2. MOTIVOS DE SALUD 3. LAS DOS COSAS 9. NO SABE	(41)
654. ¿Si (Ud./el) pudiera operarse otra vez, lo haría?	1. SI (PASE A 656) 2. NO 9. NO SABE PASE A 656)	(42)
655. ¿ Por qué no?.....	_____	(43-44)
656. Si Ud. hubiera podido elegir, ¿cuántos hijos habría tenido?	# HIJOS _____ 98. LOS QUE VENGAN LOS QUE DIOS QUIERA 99. NO SABE	(45-46)
657. Algunas mujeres se hacen una operación para no tener más hijos. Esa es una esterilización. Según su opinión en cuáles de las situaciones que le voy a leer <i>está bien</i> que se le permita a las mujeres esterilizarse (operarse):	SI NO NS/NR	
a) Cuando otros métodos anticonceptivos le hacen daño.....	1 2 9	(47)
b) Cuando el marido es alcohólico.....	1 2 9	(48)
c) Cuando ya ha tenido muchos hijos (digamos 5).....	1 2 9	(49)
d) Cuando los hijos pueden nacer anormales	1 2 9	(50)
e) Cuando embarazarse puede ser peligroso para su salud.....	1 2 9	(51)
f) Cuando la mujer lo desee, aunque sea joven y sin hijos.....	1 2 9	(52)
658. Y en cuáles de estas otras situaciones que le voy a leer <i>está bien</i> que se permita a las mujeres esterilizarse.	SI NO NS/NR	
g) Cuando no tiene medios económicos (plata) para mantener y educar a los hijos.....	1 2 9	(53)
h) Cuando la mujer lo desee siempre que haya tenido hijos y sea mayor de cierta edad.....	1 2 9	(54)
i) Cuando los médicos lo decidan aunque la mujer no lo quiera	1 2 9	(55)

VII ESTADO CIVIL

700. ¿Cuál es su estado civil actual? ¿esta Ud. unida, casada, divorciada o soltera?	1. UNIDA 2. CASADA 3. VIUDA 4. SEPARADA 5. DIVORCIADA 6. SOLTERA	(PASE A 702) (56)
---	---	----------------------

701. ¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez? 1. SI
2. NO (PASE A 800) (57)

702. ¿En qué mes y año se (unió/casó) por primera vez? MES _____ AÑO _____ (58-61)

SI SE UNIO/CASO EN ENERO DE 1981 O DESPUES PAS A 704, DE LO CONTARIO CONTINUE CON 703

703. Desde enero de 1981 hasta el momento, ¿ha estado Ud. en algún período unida o casada? 1. SI
2. NO (PASE A 800) (62)

704. ¿Cuántas veces ha estado Ud. unida o casada desde enero de 1981 hasta el presente? # VECES _____ (63)

PREGUNTE 705 A 707 PARA CADA MATRIMONIO /UNION DESDE ENERO DE 1981

705. En qué mes comenzaron a vivir juntos Ud. y su (último /anterior) esposo o compañero)	ULTIMO	PENULTIMO	ANTEPENULTIMO
	_____	_____	_____
	MES	MES	MES
	_____	_____	_____
	AÑO	AÑO	AÑO
	(64-67)	(73-76)	(81-84)

706. ¿Actualmente sigue Ud. viviendo con él 1. SI (PASE A 708)
2. NO (68)

707. ¿Desde qué mes y año (no vive con/quedó viuda de) él?	_____	_____	_____
	MES	MES	MES
	_____	_____	_____
	AÑO	AÑO	AÑO
	(69-72)	(77-80)	(85-88)

SI NO HA TERMINADO CON UNIONES DE ULTIMOS 5 AÑOS VUELVA A 705 SI NO (PASE A 800)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su (esposo/compañero)

708. En todos los estudios de él, ¿Cuál fue el grado o año más alto que aprobó en la enseñanza regular? (MARQUE EL NIVEL Y ULTIMO AÑO APROBADO)

0. NINGUNO	0	
1. ESCUELA	1 2 3 4 5 6	
2. COLEGIO	1 2 3 4 5 +	
3. UNIVERSIDAD	1 2 3 4 5 6 +	(89-90)

709. En su trabajo actual (último trabajo), ¿Cuál es (fue) su ocupación principal, es decir qué clase de trabajo hace (hizo) esta persona?

DETALLE BIEN:.....
.....
..... CODIGO L L L L (91-93)

710. En el trabajo que (desempeña/desempefó) (es/era) familiar sin sueldo, asalariado, cuenta propia o patrono?

1. FAMILIAR SIN SUELDO	
2. ASALARIADO	
3. CUENTA PROPIA (sin empleados)	
4. PATRONO (con 10 empleados o menos)	
5. PATRONO (con más de 10 empleados)	(94)

711. ¿ Cree Ud. que él desearía tener (más) hijos en el futuro? 1. SI
2. NO
9. NS (95)

712. ¿Su esposo o compañero aprueba o desaprueba la planificación familiar?	1. APRUEBA 2. DESAPRUEBA 3. NO LE IMPORTA 4. DICE QUE DEPENDE 9. NO ESTA SEGURA /NS	(96)
---	---	------

SI NO HA TERMINADO CON UNIONES DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS
VUELVA A 705 SI NO PASE A 800

VIII. LA VIVIENDA

800. ¿Cuántas personas residen habitualmente en esta vivienda, cuántas trabajan y cuántas no trabajan?	# TOTAL DE PERSONAS _____ # DE PERSONAS QUE TRABAJAN _____ # DE PERSONAS QUE NO TRABAJAN _____	(97-98) (99-100) (101-102)																																																				
801. ¿Quién es el principal sostén económico de esta vivienda?	1. ELLA MISMA (PASE A 805) 2. ESPOSO O COMPAÑERO (PASE A 805) 3. PADRES O SUEGROS 4. HERMANO(A) O HIJO (A) 5. PATRONES 6. OTRO (ESPECIFIQUE)	(103)																																																				
802. En todos los estudios de (él/ella), ¿cuál fue el grado o año más alto que aprobó en la enseñanza regular? (MARQUE EL NÍVEL Y EL ULTIMO AÑO APROBADO)	0. NINGUNO 0 1. ESCUELA 1 2 3 4 5 6 2. COLEGIO 1 2 3 4 5 + 3. UNIVERSIDAD 1 2 3 4 5 6 +	(104-105)																																																				
803. En su trabajo actual (último trabajo), ¿cuál es (fue) su ocupación principal, es decir, qué clase de trabajo hace (hizo) esta persona?	DETALLE BIEN:..... CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(106-108)																																																				
804. En el trabajo que desempeña(desempeñó) (es/era) familiar sin sueldo, asalariado, cuenta propia o patrono?	1. FAMILIAR 2. ASALARIADO 3. CUENTA PROPIA (sin empleados) 4. PATRONO (con 10 empleados o menos) 5. PATRONO (con más de 10 empleados)	(109)																																																				
805. Ahora, hablando de otro tema, ¿podría decirme si en esta vivienda tienen? (LEALE TODOS LOS ITEM)	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Cocina</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(110)</td></tr> <tr><td>02. Televisión en blanco y negro</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(111)</td></tr> <tr><td>03. Televisión a color</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(112)</td></tr> <tr><td>04. Refrigerador</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(113)</td></tr> <tr><td>05. Lavadora</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(114)</td></tr> <tr><td>06. Teléfono</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(115)</td></tr> <tr><td>07. Cepillo eléctrico</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(116)</td></tr> <tr><td>08. Tanque de agua caliente</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(117)</td></tr> <tr><td>09. Calentador de baño</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(118)</td></tr> <tr><td>10. Vehículo (no de trabajo)</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(119)</td></tr> <tr><td>11. Agua (entubada) dentro de la casa</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(120)</td></tr> <tr><td>12. Electricidad</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">(121)</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO		01. Cocina	1	2	(110)	02. Televisión en blanco y negro	1	2	(111)	03. Televisión a color	1	2	(112)	04. Refrigerador	1	2	(113)	05. Lavadora	1	2	(114)	06. Teléfono	1	2	(115)	07. Cepillo eléctrico	1	2	(116)	08. Tanque de agua caliente	1	2	(117)	09. Calentador de baño	1	2	(118)	10. Vehículo (no de trabajo)	1	2	(119)	11. Agua (entubada) dentro de la casa	1	2	(120)	12. Electricidad	1	2	(121)	
	SI	NO																																																				
01. Cocina	1	2	(110)																																																			
02. Televisión en blanco y negro	1	2	(111)																																																			
03. Televisión a color	1	2	(112)																																																			
04. Refrigerador	1	2	(113)																																																			
05. Lavadora	1	2	(114)																																																			
06. Teléfono	1	2	(115)																																																			
07. Cepillo eléctrico	1	2	(116)																																																			
08. Tanque de agua caliente	1	2	(117)																																																			
09. Calentador de baño	1	2	(118)																																																			
10. Vehículo (no de trabajo)	1	2	(119)																																																			
11. Agua (entubada) dentro de la casa	1	2	(120)																																																			
12. Electricidad	1	2	(121)																																																			

806. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene esta vivienda?	1. NINGUNO 2. LETRINA O HUECO 3. CLOACA O TANQUE SEPTICO 8. OTRO	(122)
807. ¿Qué hacen con la basura, generalmente?	1. HAY RECOLECCION 2. QUEMADA, ENTERRADA 3. BOTAN LEJOS 4. BOTAN A LA CALLE 5. BOTAN AL PATIO 8. OTRO	(123)
808. HORA FIN DE ENTREVISTA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(124-127)

ENTREVISTADORA:
 REVISE TODO EL CUESTIONARIO Y
 ASEGURESE QUE HA SIDO CORRECTA -
 MENTE COMPLETADO.
 DE LAS GRACIAS Y TERMINE LA ENTREVISTA

IX. INFORME DE ENTREVISTADORA

900. Grado de cooperación	1. Bueno 2. Regular 3. Malo	(128)
901. Validez de las respuestas	1. Verdaderas 2. Dudosas 3. Muy dudosas	(129)
902. Personas presentes	1. Nadie 2. Esposo/compañero 3. Otros adultos 4. Niños	(130)

Observaciones entrevistadora :

.....

.....

Observaciones supervisora:

.....

.....

