

Fecundidad y Uso Anticonceptivo En Costa Rica, 1987

Entre 1976 y 1986, la prevalencia de anticonceptivos entre las parejas . . . casadas se mantuvo relativamente constante, pero se modificó . . . la distribución de los métodos, reduciéndose el uso de la píldora y aumentando un tanto el del condón.

Por Mark W. Oberle, Doris Sosa, Johnny Madrigal-Pana, Stan Becker,
Leo Morris y Luis Rosero Bixby

Resumen

La prevalencia de anticonceptivos en Costa Rica es una de las más altas de América Latina: el 70 por ciento de las mujeres actualmente casadas utilizan algún método anticonceptivo. Los diferenciales en el uso de anticonceptivos en función del nivel educativo y entre las zonas rurales y urbanas resultan en efecto muy reducidos en comparación con otros países latinoamericanos. Si bien los niveles de empleo de anticonceptivos entre las casadas de 20 a 44 años se mantuvieron relativamente estables entre 1976 y 1986, durante ese mismo lapso, las tasas globales de fecundidad aumentaron ligeramente, quizá debido a un cambio en las intenciones reproductivas o en las modalidades del uso de anticonceptivos. Las costarricenses, por ejemplo, han pasado a confiar más en métodos de barrera y no recurren ya tanto a la píldora. La mayoría de las que no practicaban la anticoncepción estaban o embarazadas o amamantando: sólo aproximadamente una de cinco no usuarias podía considerarse candidata a utilizar anticonceptivos. La quinta parte de las mujeres de 15 a 19 años y dos quintos de las de entre 20 y 24 habían tenido relaciones sexuales premaritales. La mayor parte de las jóvenes de este grupo no había empleado método anticonceptivo alguno la primera vez.

Introducción

Costa Rica ocupa un sitio singular entre los países centroamericanos por su nivel de desarrollo social. La tasa de alfabetismo es alta (el 90 por ciento de los adultos sabe leer), la expectativa de vida al nacer es de

Cuadro 1. Tasa global de fecundidad (TGF) y tasa global de fecundidad conyugal (TGFC)* entre las mujeres de 15 a 44 años (1986) y las de 20 a 44 años (1976 y 1986), y evolución de los porcentajes entre las mujeres de 20 a 44 años entre 1976 y 1986, según zona de residencia, Costa Rica

Tasa y residencia	Año			Cambio porcentual
	1976 (20-44)	1986 (15-44)	1986 (20-44)	
Total				
TGF	3,15	3,64	3,23	+3
TGFC	4,17	4,25	4,25	+2
San José Metro.				
TGF	2,61	3,12	2,81	+8
TGFC	3,88	4,06	4,06	+5
Otras zonas urbanas				
TGF	3,29	2,94	2,68	-19
TGFC	4,62	3,57	3,57	-23
Zonas rurales				
TGF	3,47	4,40	3,74	+8
TGFC	4,16	4,51	4,51	+8

*Cumulativas por edad.

74 años y la tasa de mortalidad infantil es baja (19 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).¹ Cerca de la mitad de la población vive en áreas rurales y la economía del país es en su mayor medida agraria, basada predominantemente en cultivos de exportación como café y plátanos. Su elevado nivel de desarrollo social y sólido sistema de atención de salud han suscitado el interés de los investigadores por la situación demográfica y de salud del país.

Entre 1976 y 1986, Costa Rica llevó a cabo tres encuestas nacionales de fecundidad y uso de anticonceptivos. En 1976, la

Dirección General de Estadística y Censos de Costa Rica participó en la Encuesta Mundial de Fecundidad.² En 1981, la Asociación Demográfica Costarricense efectuó, con asistencia técnica de los Westinghouse Health Systems, una encuesta sobre la prevalencia anticonceptiva.³ Por último, en 1986 y con la asesoría técnica de los U.S. Centers for Disease Control, la Asociación Demográfica Costarricense realizó una Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud.⁴ Esta última es una encuesta autoponderada de probabilidad por zona, para la cual se empleó el censo nacional de hogares de 1984 como marco de muestreo. Los sectores del censo se escogieron velándose que la probabilidad de selección resultara proporcional a su respectivo monto de población. En cada sector se seleccionaron grupos de entre 15 y 20 hogares. Fueron excluidos los sectores ubicados en zonas escasamente pobladas (que constituían apenas el dos por ciento de las unidades). En cada hogar seleccionado se computaron todas las mujeres de 15 a 49 años y fue entrevistada una de cada dos. Llegó a completar la encuesta el 95 por ciento de las seleccionadas.

En el presente artículo, reseñamos la forma como han evolucionado en Costa Rica la fecundidad y el uso de anticonceptivos durante el decenio que abarcan estas tres encuestas. Si bien las tres obedecieron a un diseño en general comparable, la de 1976 comprendió exclusivamente a mujeres entre 20 y 49 años de edad, mientras que las posteriores incluyeron también a las de 15 a 19. Nuestro análisis se concentra en los resultados correspondientes a las 3.277 mujeres de entre 15 y 44

Mark W. Oberle es vice-director y Leo Morris director de la Sección de Evaluación de Programas, División de Salud Reproductiva, Centro para la Promoción y la Educación en Materia de Salud, Centro de Control de Enfermedades de los EE.UU., Atlanta, Ga.; Doris Sosa es directora de investigaciones y Johnny Madrigal-

Pana jefe del Departamento de Investigaciones Sociodemográficas de la Asociación Demográfica Costarricense; Stan Becker es profesor adjunto del Department of Population Dynamics, The John Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore; y Luis Rosero Bixby es profesor del Instituto de

Investigación en Materia de Salud de la Universidad de Costa Rica, San José. La financiación para la encuesta de que trata el presente artículo provino de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (AID). Las opiniones que en él se expresan no necesariamente reflejan las de la AID.

Cuadro 2. Distribución porcentual de mujeres actualmente casadas* de 15 a 44 años, por método anticonceptivo que usaban al momento de la encuesta, según características seleccionadas, Costa Rica, 1986

Característica	Usan										No usan	Total	N
	Total	Píldora	Ester. fem.	Ester. masc.	Con-dón	Ritmo	DIU	Retiro	Inyec-table	Otro			
Total	69,5	20,7	13,9	0,5	13,4	8,1	8,0	3,1	1,0	0,8	30,5	100,0	1.914
Edad													
15-19	51,2	28,5	0,0	0,0	8,9	8,1	2,4	2,4	0,0	0,8	48,8	100,0	123
20-24	59,5	29,8	1,7	0,0	13,5	5,0	5,5	3,9	0,0	0,3	40,5	100,0	363
25-29	65,1	23,9	4,2	0,0	13,5	7,2	12,1	2,3	0,8	1,1	34,9	100,0	473
30-34	73,8	19,7	17,2	0,9	12,8	9,7	8,4	3,7	0,9	0,4	26,2	100,0	431
35-39	83,7	12,4	28,1	1,6	16,7	11,4	7,8	2,9	1,6	1,0	16,3	100,0	306
40-44	77,5	8,3	36,7	0,5	11,9	7,3	6,0	2,8	2,8	1,4	22,5	100,0	218
Educación													
<Primaria	65,7	18,7	19,5	0,4	11,8	4,4	4,8	5,0	0,8	0,4	34,3	100,0	502
Primaria completa	69,2	24,4	12,9	0,3	14,2	7,9	5,5	3,2	0,6	0,2	30,8	100,0	634
Secundaria incompleta	71,6	24,2	7,7	0,3	12,9	8,5	11,8	3,0	1,4	1,7	28,4	100,0	363
≥Secundaria	72,3	14,3	13,8	1,2	14,3	12,6	12,4	0,7	1,5	1,4	27,7	100,0	412
Residencia													
San José Metro.	74,2	18,2	12,8	1,2	15,8	8,9	12,3	2,6	0,5	1,8	25,8	100,0	570
Otras zonas urbanas	72,9	21,1	15,8	0,0	12,0	9,9	9,3	2,5	1,6	0,7	27,1	100,0	443
Zonas rurales	64,8	22,1	13,7	0,3	12,5	6,7	4,7	3,7	1,0	0,2	35,2	100,0	901
Nº de hijos vivos													
0	28,0	12,0	0,7	0,0	5,3	6,7	2,7	0,0	0,0	0,7	72,0	100,0	150
1	63,9	28,6	1,1	0,6	11,9	10,0	7,2	3,6	0,0	0,8	36,1	100,0	360
2	73,8	23,8	5,2	0,6	16,5	9,4	12,7	3,0	1,7	0,9	26,2	100,0	534
3	78,8	17,1	23,6	0,9	14,5	8,8	9,0	3,7	0,2	0,9	21,2	100,0	433
4-5	79,0	17,9	32,4	0,3	13,1	4,5	4,5	3,1	2,4	0,6	21,0	100,0	290
≥6	63,9	15,6	25,2	0,0	10,9	5,4	2,0	3,4	1,4	0,0	36,1	100,0	147

*Mujeres en unión legal o consensual.

Nota: En el presente cuadro y los siguientes, es posible que los porcentajes no cuajen, pues han sido redondeados.

años entrevistadas para la encuesta de 1986. Para las comparaciones con la de 1976, sin embargo, sólo se toman en cuenta los datos correspondientes a mujeres de entre 20 y 44 años de edad.

Fecundidad y Amamantamiento

Recientemente se ha dado en Costa Rica una transición a niveles reducidos de mortalidad y moderadamente bajos de fecundidad. La tasa global de fecundidad (TGF) cayó de 6,5 hijos por mujer con anterioridad a 1970⁵ a 3,6 en 1986. No obstante, si comparamos los datos de las encuestas de 1976 y 1986 (Cuadro 1), podemos observar que, en general, tanto la TGF como la tasa global de fecundidad conyugal (TGFC) crecieron ligeramente durante esos 10 años. Estos aumentos se limitaron a la zona metropolitana de San José y a las rurales, donde la fecundidad creció en un 5-8 por ciento entre las mujeres de 20 a 44 años. La fecundidad se redujo substancialmente sólo en las demás zonas urbanas: entre 1976 y 1986, la TGF bajó en ellas de 3,3 a 2,7 hijos por mujer, con lo que el nivel estimado de fecundidad se hizo prácticamente igual al del área metropolitana de San José.

Por otra parte, la TGFC de las demás zonas urbanas cayó muy por debajo de la de San José.

Aun cuando en 1986 la TGF era menor en San José que en las zonas rurales (3,1 contra 4,4 hijos por mujer, en el caso de las de entre 15 y 44 años), la diferencia entre zonas urbanas y rurales resulta modesta comparada con la del resto de América Central.⁶ Aunque el leve ascenso de la fecundidad registrado entre 1976 y 1986 cae dentro del margen de error de la encuesta de 1986, también las estadísticas vitales han revelado que la tasa de fecundidad costarricense parece haber aumentado a mediados de los años de 1980. Las cifras disponibles indican, no obstante, que en 1987 se produjo una disminución.⁷

Los funcionarios oficiales de salud han intensificado recientemente sus esfuerzos por persuadir a las madres de que amamenten, y pareciera que estos esfuerzos han dado sus frutos. Tanto en el campo como en la ciudad, el 90 por ciento de las mujeres que habían tenido un nacido vivo en los dos años previos a la encuesta lo amamantaron (datos no mostrados). La duración media de la lactancia pasó de 6,7

meses en 1976 a 8,2 en 1986.* La prolongación de la lactancia se dio en todos los grupos educativos y en todas las regiones del país.⁸ Las mujeres de las zonas rurales daban de mamar, en general, durante un tiempo algo mayor que las de San José (8,9 meses contra 7,4).

Uso de Anticonceptivos

En 1986, el nivel general de uso de anticonceptivos era muy elevado en Costa Rica. El 70 por ciento de las casadas† de 15 a 44 años empleaban algún método (Cuadro 2). El estado civil era uno de los principales factores determinantes del uso anticonceptivo, ya que apenas el 36 por ciento de las separadas, viudas o divorciadas y sólo el cinco por ciento de las solteras empleaban algún método (datos no mostrados).

El uso de anticonceptivos aumentaba con la edad, del 51 por ciento entre las casadas de 15 a 19 años al 84 por ciento para las de entre 35 y 39. Entre las menores

*Estimada según el método incidencia-prevalencia, utilizando hijos nacidos vivos durante los 24 meses antes de la encuesta.

†Incluye a mujeres en unión consensual.

Cuadro 3. Porcentaje de las mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años que habían dado a luz durante los cinco años anteriores a la encuesta y que usaban algún método anticonceptivo, según hubieran recibido servicios de control materno-infantil en el momento del último parto, Costa Rica, 1986

Tipo de control	%	N
Total	70,6	1.219
Control prenatal*		
Sí	72,4	1.101
No	53,9	117
Control postnatal†		
Sí	73,3	1.018
No	54,0	150
Combinación de servicios‡		
Ninguna	42,9	28
Sólo prenatal	56,6	122
Sólo postnatal	50,9	59
Ambos	74,7	959

*Excluidas una mujer cuyos datos correspondientes se desconocen.

†Excluidas 51 mujeres cuyo último embarazo había concluido en aborto o en nacido muerto.

de 35 años, el método más común eran los anticonceptivos orales: El uso de la píldora alcanzaba un máximo del 30 por ciento entre las mujeres de 20 a 24 años. En el caso de las menores de 30 años, el segundo método en popularidad era el condón. La esterilización femenina, ocupaba el segundo lugar entre las de 30 a 34 años y el primero entre las mayores de 34. Más de un tercio de las casadas de entre 40 y 44 años se habían esterilizado, proporción tres veces mayor que la que utilizaba condón, método que, en ese grupo, ocupaba el segundo puesto.

El uso de anticonceptivos guardaba re-

lación directa con el nivel de instrucción, pero la disimilitud en prevalencia entre las mujeres menos instruidas y las de mayor instrucción resultaba en verdad muy reducida, apenas siete puntos porcentuales. Las diferencias en los niveles educativos era, en cambio, relativamente marcada entre las usuarias de los distintos métodos. Las mujeres más instruidas, por ejemplo, tenían mayor probabilidad que las menor instruidas de usar el DIU (12 por ciento contra cinco por ciento) y de confiar en el método de ritmo (13 por ciento vs. cuatro por ciento).

En las zonas rurales, el uso era entre un ocho y un nueve por ciento inferior a la de San José metropolitana y otras urbanas. Pero, incluso en aquéllas, las mujeres propendían a emplear fundamentalmente los métodos más eficaces y modernos, observándose poca o ninguna disparidad en su prevalencia entre las casadas del campo y las de la ciudad. Por ejemplo, el 41 por ciento de las casadas de zonas rurales recurría a la esterilización, el DIU o la píldora, contra el 45 por ciento de las casadas de San José.

En cuanto a las mujeres que han dado a luz, el uso de la píldora era mucho mayor entre las que tenían un único hijo (29 por ciento) que entre las que tenían tres o más (16 a 18 por ciento). Por otra parte, la prevalencia de la esterilización se aumentaba con la paridez, de un cinco por ciento entre las madres de dos hijos a un 32 por ciento entre las de cuatro a cinco.

Estudios realizados en Panamá y Guatemala indican que el recurso a servicios de control materno-infantil está correlacionado con el uso de anticonceptivos.⁹ En Costa Rica, era más probable que usaran

anticonceptivos las mujeres que, en el caso de su nacimiento más reciente, habían recibido control prenatal o atención para el lactante que las que no lo habían hecho (Cuadro 3). Las diferencias resultan muy substantivas: Practicaba la anticoncepción el 75 por ciento de las madres que habían recurrido a ambos tipos de servicio, contra apenas el 43 por ciento de las que no habían recibido ninguno, y del 51 al 57 por ciento de las que habían recibido sólo uno. (Únicamente el dos por ciento de las madres no había utilizado ninguno de los servicios, y éstas tendían a ser de mayor edad y más pobres.¹⁰)

El 23 por ciento de las casadas dijo haberse tenido al menos un aborto (espontáneo o inducido), pero es probable que la cifra real sea mayor.¹¹ Como en Costa Rica el aborto inducido es ilegal, no se preguntó a las encuestadas que dijeron haber tenido un aborto si había sido espontáneo o inducido.

Dejando de lado a las mujeres de entre 15 y 19 años, se hace posible analizar las tendencias del uso de anticonceptivos para el decenio 1976-1986. Como muestra el Cuadro 4, entre las casadas de 20 a 44 años de edad, el uso de anticonceptivos se mantuvo relativamente estable. El cambio más importante de la década fue el de la distribución de los métodos. En dicho grupo, la prevalencia de la píldora bajó del 25 por ciento en 1976 a un 20 por ciento en 1986. La esterilización (tanto masculina como femenina) aumentó del 16 por ciento en 1976 al 18 por ciento en 1981, para decaer luego al 15 por ciento en 1986. (Es posible que esta baja tenga que ver con que, tres años antes de la encuesta, se interpretó una propuesta de ley como imponiendo limitaciones médicas más estrictas a la esterilización.)

La proporción de casadas usuarias del condón se acrecentó en casi cinco puntos, de un nueve a un 14 por ciento. Se hizo, asimismo, mayor el empleo del DIU y del ritmo (del seis al ocho por ciento en ambos casos), pero el de inyectables disminuyó del dos por ciento al uno. Este descenso se halla indudablemente relacionado con la decisión adoptada en 1983 por el Gobierno de Costa Rica de eliminar la anticoncepción como indicación aprobada para el uso de Depo-Provera, el anticonceptivo inyectable más popular del país.

En cuanto a la clasificación de los métodos como más eficaces (esterilización, hormonales y DIU) y menos eficaces (condón, ritmo y retiro), la prevalencia de los primeros decayó levemente entre 1976 y 1986, de un 48 por ciento a un 45 por ciento. Tal disminución fue más pronunciada en

Cuadro 4. Distribución porcentual de mujeres actualmente casadas de 20 a 44 años, según uso anticonceptivo, por zona de residencia, Costa Rica, 1976, 1981 y 1986

Método	Total			Residencia								
	1976 (N= 2.377)	1981 (N= 2.176)	1986 (N= 1.791)	San José Metro.			Otras zonas urbanas			Zonas rurales		
				1976 (N= 721)	1981 (N= 662)	1986 (N= 546)	1976 (N= 465)	1981 (N= 454)	1986 (N= 416)	1976 (N= 1.191)	1981 (N= 2.176)	1986 (N= 829)
Usan	70,1	67,6	70,8	75,7	70,8	74,8	70,0	69,0	73,8	67,1	64,5	66,2
Píldora	25,0	22,2	20,2	23,6	19,8	17,9	25,2	24,2	19,7	25,9	22,8	21,9
Ester. fem.	14,9	17,5	14,8	14,2	18,3	13,4	14,0	19,6	16,8	15,8	16,0	14,8
Ester. masc.	1,0	0,5	0,6	1,9	0,1	1,3	0,4	0,2	—	0,6	0,8	0,4
DIU	5,5	6,2	8,4	7,1	8,3	12,6	3,4	5,9	9,7	5,3	4,9	4,8
Inyectable	1,7	2,1	1,1	0,7	0,9	0,5	1,3	3,5	1,7	2,5	2,2	1,1
Condón	9,1	8,5	13,7	13,7	10,6	15,9	11,6	7,7	12,0	5,3	7,5	13,0
Ritmo	5,6	6,5	8,1	6,8	7,1	8,8	6,7	5,5	10,6	4,5	6,6	6,4
Retiro	4,8	2,7	3,1	4,2	2,9	2,7	4,1	1,8	2,6	5,5	2,9	3,6
Otro	2,5	1,4	0,8	3,5	2,8	1,7	3,3	0,6	0,7	1,7	0,8	0,2
No usan	29,9	32,4	29,2	24,3	29,2	25,2	30,0	31,0	26,2	32,9	35,5	33,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

las zonas rurales, donde el uso de los métodos más eficaces decreció del 50 por ciento en 1976 al 43 por ciento en 1986. En cambio, el uso de los métodos menos eficaces subió del 17 al 23 por ciento en zonas rurales, principalmente a raíz de un mayor recurso a condón y ritmo.

El desplazamiento hacia métodos menos eficaces que se ha dado en Costa Rica es, en cierta medida, producto de las restricciones de que ha sido objeto el acceso a la esterilización y el uso de anticonceptivos inyectables y de que no existe una política clara de abastecimiento de anticonceptivos a las clínicas rurales. Además, entre 1976 y 1986, se registró un cambio relacionado con la edad en el empleo de anticonceptivos: la prevalencia de anticonceptivos decreció en dos puntos entre las mujeres unidas de 20 a 34 años de edad, pero se hizo ocho puntos mayor en las de entre 35 y 44 (datos no presentados). Por cuanto las mayores son más propensas que las más jóvenes a recurrir al ritmo y menos inclinadas a emplear métodos orales, este cambio en el uso de anticonceptivos relacionado con la edad explica, en parte, la forma como se ha modificado la distribución de los métodos. Por último, las noticias acerca de los efectos adversos de los anticonceptivos orales recientemente aparecidas en la prensa del país han contribuido al temor a la píldora.¹²

En el Cuadro 5, comparamos los datos de la encuesta costarricense de 1986 con los de otras recientemente realizadas en México y otros países de América Central y del Caribe.¹³ Como se desprende del cuadro, Costa Rica, Puerto Rico y Panamá registran la prevalencia anticonceptiva más alta de la región. En Puerto Rico, Panamá, la República Dominicana, El Salvador y Guatemala, el método más frecuentemente empleado es la esterilización. En Honduras y México, proporciones análogas de mujeres recurren a la esterilización y la píldora, mientras que sólo en Costa Rica y Jamaica los anticonceptivos orales son el método más empleado. El condón se utiliza mucho más habitualmente en Costa Rica que en cualquier otro país de la región.

Razones del No Uso

Se preguntó a las mujeres que no usaban anticonceptivos por qué razón no lo hacían (la pregunta era abierta). El 78 por ciento de las no usuarias casadas adujo embarazo, subfertilidad o inactividad sexual (Cuadro 6). La causa más frecuentemente mencionada era que la mujer se encontraba embarazada al momento de la en-

Cuadro 5. Distribución porcentual de las mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años, según uso anticonceptivo, nueve países o zonas de América Central y el Caribe

Uso actual	Puerto Rico, 1982 (N= 1.557)	Costa Rica, 1986 (N= 1.914)	Panamá, 1984 (N= 5.222)	Jamaica, 1983* (N= 1.544)	Rep. Dom., 1986* (N= 4.137)	México, 1982* (N= 6.059)	El Salvador, 1985* (N= 3.104)	Honduras, 1984 (N= 2.639)	Guatemala, 1983 (N= 2.709)
Usan	70,4	69,5	58,2	51,4	50,0	47,7	47,3	34,9	25,0
Píldora	9,3	20,7	11,8	19,3	9,0	14,2	6,6	12,7	4,7
Esterilización†	44,1	14,4	32,8	10,9	33,0	13,7	32,5	12,3	11,1
Condón	4,6	13,4	1,6	7,6	1,0	0,9	1,2	0,9	1,2
Ritmo	5,5	8,1	2,3	1,1	1,0	3,8	1,9	2,9	3,4
DIU	4,1	8,0	6,0	2,2	3,0	6,6	3,3	3,8	2,6
Otro	2,8	4,9	3,7	10,3	3,0	8,5	1,8	2,4	2,0
No usan	29,6	30,5	41,8	48,6	50,0	52,3	52,7	65,1	75,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Mujeres de 15 a 49 años de edad.

†Masculina y femenina.

cuesta (38 por ciento). (Que el embarazo aparezca como motivo principal del no uso es consecuencia previsible de la alta prevalencia general del uso de anticoncepti-

Cuadro 6. Distribución porcentual de mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años que no usan ningún método anticonceptivo, según motivo, por nivel educativo, Costa Rica, 1986

Motivo	Instrucción				
	Total (N= 584)	<Primaria (N= 172)	Primaria completa (N= 195)	Secundaria incompleta (N= 103)	≥Secundaria (N= 114)
Motivos relacionados con la actividad sexual o la procreación	77,6	67,4	76,3	85,5	87,7
Embarazadas	37,5	26,2	38,5	40,8	50,0
Amamantando	18,5	20,4	20,0	21,4	10,5
Infértiles/subfértiles	10,1	11,6	8,6	7,8	12,2
Desean embarazo	8,2	5,2	7,2	13,6	9,7
Sexualmente inactivas	2,1	1,7	1,5	1,9	3,5
Menopáusicas	1,2	2,3	0,5	0,0	1,8
Otros	22,5	32,6	23,6	14,5	12,3
Les desagrada la anticoncepción	3,4	5,8	4,6	1,0	0,0
Temen efectos colaterales	3,3	4,7	3,6	1,9	1,8
Se opone el cónyuge	0,9	2,9	0,0	0,0	0,0
Objeciones religiosas	0,9	1,7	1,0	0,0	0,0
Razones de salud	0,3	0,0	0,0	1,9	0,0
Otros	6,0	6,4	6,2	3,9	7,0
Se ignora	7,7	11,1	8,2	5,8	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

vos.) La causa más comúnmente aducida a continuación fue la lactancia (19 por ciento). El 10 por ciento afirmó que eran infértiles o subfértiles, el ocho por ciento buscaban quedar embarazadas, el dos por ciento no eran sexualmente activas y el uno por ciento ya había tenido la menopausia.

De modo que, al momento de la encuesta, sólo el 22 por ciento de las usuarias podían considerarse candidatas inmediatas a adoptar la anticoncepción. El 15 por ciento adujo diversas razones porque no la practicaban: Un seis por ciento afirmó que le desagradaban los anticonceptivos o que temía sus efectos colaterales, el dos por ciento adujo la oposición del cónyuge u objeciones religiosas, y el seis por ciento dio otras razones. En casi un ocho por ciento de los casos, se desconoce los motivos. Es muy probable, así y todo, que muchas de las mujeres que estaban amamantando resulten candidatas a usar anticonceptivos en un futuro próximo, dado que en Costa Rica la duración de la lactancia es relativamente breve.

Las razones del no uso relacionadas al embarazo o la fertilidad predominaban entre las mujeres de todos los niveles de educación. Incluso en el caso de las que no habían terminado la escuela primaria, las dos terceras partes adujeron embarazo, subfertilidad o infertilidad. El porcentaje de encuestadas que mencionaron temor de los efectos colaterales o que aducían vagamente que los anticonceptivos «no les gustaban» decrecía con el nivel educativo. Lo mismo ocurría entre las que adujeron objeciones del cónyuge o religiosas. Casi no se observaban diferencias en las razones entre zonas urbanas y rurales (no se muestra).

Cuadro 7. Distribución porcentual de mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años que han estado embarazadas alguna vez, según hubieran o no planificado su último embarazo posterior a enero de 1981, por características seleccionadas, Costa Rica, 1986

Característica	Condición del embarazo					N
	Planificado	Inoportuno	No deseado	Se ignora	Total	
Total	59,7	25,9	12,5	2,0	100,0	1.269
Residencia						
San José Metro.	56,9	27,0	14,6	1,6	100,0	371
Otras zonas urbanas	64,7	24,7	8,1	2,5	100,0	283
Zonas rurales	59,0	25,9	13,2	2,0	100,0	615
Edad						
15-19	67,4	28,3	3,3	1,1	100,0	92
20-24	57,5	35,0	6,1	1,4	100,0	294
25-29	57,7	28,9	11,5	1,8	100,0	381
30-34	61,6	20,3	16,4	1,8	100,0	281
35-39	58,3	17,2	20,9	3,7	100,0	163
40-44	65,5	8,6	22,4	3,4	100,0	58
Instrucción*						
<Primaria	59,3	23,2	15,9	1,7	100,0	302
Primaria completa	54,2	30,9	12,4	2,5	100,0	437
Secundaria incompleta	62,5	23,5	12,1	1,9	100,0	264
≥Secundaria	65,8	23,6	9,1	1,5	100,0	263
Paridez						
0-1	78,6	17,9	1,3	2,3	100,0	308
2	60,9	31,5	6,9	0,8	100,0	394
3	53,2	28,2	16,9	1,7	100,0	301
4	45,7	29,1	22,0	3,1	100,0	127
5	43,5	19,4	32,3	4,8	100,0	62
≥6	39,0	20,8	36,4	3,9	100,0	77
Condición del empleo						
No ocupados	59,3	26,6	11,9	2,1	100,0	1.030
Ocupados	61,1	23,0	14,6	1,3	100,0	239

*Excluidas tres mujeres cuyo nivel de instrucción no pudo determinarse.

Situación de la Planificación Y Necesidad de Servicios

Se formularon a todas las mujeres que estaban embarazadas durante los cinco años precedentes a la encuesta dos preguntas sobre si su último embarazo había sido planificado. La primera era «Recuerde la época cuando Usted quedó embarazada la última vez. ¿Deseaba quedar embarazada en ese momento?» Si la respuesta era negativa, se hacía la segunda pregunta, «¿No quería tener más hijos, o le hubiera gustado esperar un poco?» Sobre la base de ambas respuestas pudimos clasificar el 13 por ciento de los embarazos de no deseados, el 26 por ciento de no planificados y el 60 por ciento de planificados (Cuadro 7).

Los embarazos no deseados tendían a ser más frecuentes entre las mujeres mayores, menos instruidas o de una paridez relativamente alta. Por ejemplo, entre las de 35 a 44 años, no había sido deseado un 21-22 por ciento de los últimos embarazos, contra un seis por ciento o menos en el caso de las menores de 25. De igual manera, resultó no deseado el 16 por ciento de los últimos embarazos entre las mujeres

con menos de tres años completos de escolaridad primaria, frente a sólo el nueve por ciento entre las con secundaria completa o más. Por último, el porcentaje de embarazos no deseados ascendía del siete por ciento en las madres de dos hijos al 32-36 por ciento entre las de cinco o más. La condición del empleo no incidía mayormente en la situación en cuanto a la planificación del último embarazo.

La forma de definir los embarazos inoportunos varió de encuesta en encuesta, de manera que no es posible comparar los niveles correspondientes. Sin embargo, tanto en 1981 como en 1986 las respuestas indicaron que el 12 por ciento de los embarazos no eran deseados.

Cerca de la mitad (51 por ciento) de las casadas se habían esterilizado o afirmaban no querer más hijos. Hemos clasificado a la mujer de necesitada de servicios de planificación familiar toda vez que no deseaba tener más hijos o prefería posponer al menos un año su próximo embarazo, no se encontraba embarazada en ese momento y no utilizaba ningún método anticonceptivo por razones ajenas al embarazo,

la subfertilidad o la inactividad sexual. Sólo el 10 por ciento de las casadas y el siete por ciento del total de mujeres de 15 a 44 años satisfacían estas condiciones. Empero, la necesidad de servicios de planificación familiar es superior a la aquí indicada, ya que muchas de las entonces embarazadas pronto habrían de quererlos.

Actividad Sexual Entre Jóvenes Adultas

En América Latina, las adolescentes y las jóvenes han resultado un grupo con especiales necesidades de servicios de planificación familiar.¹⁴ La mayoría de las jóvenes costarricenses no estaban casadas—83 por ciento de las de 15 a 19 años y 46 por ciento de las de entre 20 y 24. Además, como puede verse de los resultados de la encuesta, muchas jóvenes casadas habían tenido relaciones sexuales premaritales—un 18 por ciento de las de 15 a 19 y un 41 por ciento de las de entre 20 y 24 años. Entre las que no se habían casado nunca, las cifras eran del siete y 28 por ciento respectivamente. La edad media al momento de la primera relación premarital era de 16,6 años.

Por otra parte, la mayoría de las jóvenes que habían tenido experiencia sexual antes del matrimonio no había empleado ningún método anticonceptivo durante la primera relación. Sólo el 15 por ciento de las de 15 a 24 años había utilizado algún método la primera vez. A raíz de la experiencia sexual premarital y de que no se hubiera practicado la anticoncepción, gran cantidad de los primogénitos de las casadas fueron concebidos antes del matrimonio (por ejemplo, el 28 por ciento de los de las mujeres de 15 a 24 años).

La actividad sexual entre las jóvenes adultas solteras es infrecuente y esporádica, pero el uso de anticonceptivos siguió siendo bajo entre ellas incluso tras la primera relación. El 26 por ciento de las jóvenes adultas solteras y sexualmente experimentadas había tenido relaciones durante el mes previo a la entrevista. De ellas, sólo el 55 por ciento señaló haber practicado la anticoncepción. De manera tal que, aunque el uso de anticonceptivos aumenta considerablemente después de la primera relación premarital, casi la mitad de las jóvenes no casadas y sexualmente activas no emplea ningún método.

Análisis

En vista del nivel de uso anticonceptivo observado, el aumento de la fecundidad producido recientemente en Costa Rica resultará paradójico, pero hay varios factores que pueden explicarlo. Primero, la distribución de los métodos se ha modificado a favor de los menos eficaces; el

empleo de anticonceptivos orales y de la esterilización se ha reducido y se ha elevado el de ritmo y condón.

En segundo lugar, si bien la prevalencia general de anticonceptivos ha variado muy poco con los últimos 10 años, el nivel de uso se redujo en dos puntos entre las casadas de 20 a 34 años de edad pero subió en ocho para las de 35 a 44. Así pues, las mujeres más jóvenes, que son intrínsecamente más fértiles, han disminuido, en la práctica, su uso de anticonceptivos.

Los demógrafos costarricenses han especulado con la posibilidad de que las parejas jóvenes hayan postergado los hijos durante la grave recesión económica de inicios de los años 80 y de que el reciente aumento en la fecundidad refleje, entonces, el hecho de que las parejas están teniendo ahora los hijos que habían postergado por razones económicas, con lo cual no habían variado en nada las intenciones en materia de procreación.¹⁵ En efecto, los datos tomados de las estadísticas vitales indican que entre las mujeres de 15 a 44 años, la TGF se redujo en 1987 a 3,3 hijos.¹⁶ Tal cambio coincide con la hipótesis de que el aumento de la fecundidad a mediados del decenio de los 80 representó un fenómeno transitorio, relacionado con la postergación de los hijos durante la recesión económica.

Aunque la prevalencia de anticonceptivos es mayor en Costa Rica que en casi todo el resto de América Latina, subsisten algunos problemas en la utilización de los servicios de planificación familiar. Todavía

uno de cada ocho hijos nacimientos conyugales no es deseado, al tiempo que, entre los jóvenes, las relaciones sexuales sin protección anticonceptiva constituyen un importante problema que deberá abordar la promoción de salud en los años venideros.

Con todo, en Costa Rica los diferenciales en el uso de anticonceptivos por nivel educativo o zona de residencia son muy reducidos respecto de los de otros países latinoamericanos.¹⁷ El elevado nivel de uso en las zonas rurales entre las mujeres que no llegan a tener escolaridad primaria refleja una sociedad más homogénea que la de muchos países vecinos,¹⁸ pero estos altos niveles son asimismo producto de los considerables recursos que Costa Rica ha invertido durante los últimos decenios en los sectores de salud y educación.

Referencias

1. L. Rosero y L. Mata, «National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectorial Action», Monografía Técnica N° 13, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1988.
2. Dirección General de Estadística y Censos, *Encuesta Nacional de Fecundidad, 1976, Costa Rica*, San José, Costa Rica, 1976.
3. L. Rosero, *Fecundidad y Anticoncepción en Costa Rica, 1981. Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva*, Asociación Demográfica Costarricense (ADC) y Westinghouse Health Systems, San José, Costa Rica, 1981.
4. J. Madrigal et al., *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud: Costa Rica, 1986*, ADC, San José, Costa Rica, 1987; y Centers for Disease Control (CDC), *The Costa Rica Fertility and Health Survey, 1986: Final English Language Report*, Atlanta, 1987.
5. L. Rosero, 1981, op. cit. (véase referencia 3).

6. C. W. Warren et al., «Contraceptive Use and Fertility in Panama, 1984», *International Family Planning Perspectives*, 13:47, 1987; y R. S. Monteith et al., «Contraceptive Use and Fertility in Guatemala», *Studies in Family Planning*, 16:279, 1985.

7. Dirección General de Estadística y Censos, datos preliminares de las estadísticas vitales de 1987, San José, 1988 (informe inédito).

8. L. Rosero et al., «Parameters of Maternal and Child Health in Costa Rica», en preparación.

9. C. W. Warren et al., «Use of Maternal-Child Health Services and Contraception in Guatemala and Panama», *Journal of Biosocial Science*, 19:313, 1987.

10. L. Rosero et al., op. cit. (véase referencia 8).

11. L. Rosero, «Notas acerca del aborto en Costa Rica», en *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, ADC, San José, Costa Rica, 1983.

12. G. S. Grubb et al., «Women's Attitudes About the Oral Contraceptive: A Survey from Eight Developing Countries», *Journal of Biosocial Science*, 19:313, 1987.

13. L. Morris, «Contraceptive Use and Reported Levels of Unplanned Pregnancies in Latin America», monografía presentada en el XIV Congreso Internacional de la Latin American Studies Association, New Orleans, March 1988; y K. A. London et al., «Fertility and Family Planning Surveys: An Update», *Population Reports*, Series M, No. 8, sept.-oct. 1985, pág. 300.

14. L. Morris, «Experiencia Sexual y Anticoncepción en Jóvenes en Algunos Países de América Latina», monografía presentada en el XII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Ciudad de Guatemala, oct. 1987.

15. J. Madrigal et al., 1987, op. cit. (véase referencia 4).

16. Dirección General de Estadística y Censos, 1988, op. cit. (véase referencia 7).

17. C. W. Warren et al., 1987, op. cit. (véase referencia 6); R. S. Monteith et al., 1985, op. cit. (véase referencia 6); y L. Morris, 1988, op. cit. (véase referencia 12).

18. L. Rosero y L. Mata, 1988, op. cit. (véase referencia 1); y L. Rosero, «Infant Mortality in Costa Rica: Explaining the Recent Decline», *Studies in Family Planning*, 17:57, 1986.

El DIU Aplicado en el Posparto

(Continúa de la página 15)

Una mejor capacitación al personal de servicio para que la técnica de inserción sea la más adecuada, reduciría las expulsiones involuntarias del dispositivo colocado en el posparto.* Otra forma de mejorar la eficiencia del método es la vinculación de los servicios de planificación fa-

miliar con la atención puerperal, ya que una revisión sistemática del método en la consulta puerperal contribuiría a identificar oportunamente las expulsiones del DIU y proceder a la reinserción.

La presencia de molestias atribuidas al uso del DIU, es el factor que más afecta la continuidad. Una vigilancia más estrecha por parte del personal médico con el fin de ayudar a las usuarias a distinguir cuándo una molestia debe llevar al retiro del método o cómo puede controlarse, tendría repercusiones importantes en la continuidad y en la salud de la población.

Referencias

1. R. Aznar et al., «Postplacental Insertion of IUDs», *Contraceptive Delivery Systems*, 1:143, 1980.
2. L. Reynoso et al., «Aplicación Postplacenta de Cinco Tipos Diferentes de Dispositivos Intrauterinos», *Ginecología y Obstetricia de México*, 50:301, 1982.
3. L. Reynoso et al., «El Uso del Dispositivo Intrauterino Insertado en el Período Postaborto Inmediato», *Ginecología y Obstetricia de México*, 47:283, 1980.
4. A. Rosenfield y R. Castadot, «Early Postpartum and Immediate Postabortion Intrauterine Contraceptive

Device Insertions», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118:1104; J. Newton, M. Harper y K. K. Chan, «Immediate Postplacental Insertion of Intrauterine Devices», *Lancet*, i:272, 1962; y M. Thiery et al., «Comparative Performance of Two Copper-Wired IUDs (M1 Cu 250 and TCu 220): Immediate Postpartum and Interval Insertion», *Contraceptive Delivery Systems*, 1:27, 1980.

5. R. Aznar et al., 1980, op. cit. (véase referencia 1); y L. Reynoso et al., 1982, op. cit. (véase referencia 2).

6. J. Giner, «Frecuencia de Expulsión del Dispositivo Intrauterino TCu 220 Modificada, Aplicado en el Período Posparto», *Revista Médica IMSS*, N° 21, 1983.

7. F. Alarcón y J. Martínez-Manautou, «Innovaciones Administrativas del Programa de Planificación Familiar: Estudio de Caso», IMSS, México, D.F., págs. 59-60, 1986.

8. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, *Informes Estadísticos*, México, D.F., 1984 a 1987.

9. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, IMSS, *Encuesta Simplificada del Comportamiento Operacional de la Metodología Anticonceptiva*, VII Reunión Nacional de Planificación Familiar, Oaxtepec, nov. de 1986.

10. C. Tietze y S. Lewit, «Recommended Procedures for the Study of Use-Effectiveness of Contraceptive Measures», *International Planned Parenthood Federation Medical Handbook, Part 1*, Londres, 1965.

11. D. R. Cox y D. Oakes, *Analysis of Survival Data*, Chapman and Hall University Press, Londres, pág. 41, 1984.

*Si se entrena al personal médico para colocar el DIU cerca del fondo uterino existiría menor probabilidad de expulsarlo que si se coloca cerca del cuello uterino dilatado. Dos estudios realizados en hospitales del IMSS, el primero en la ciudad de México y el segundo en Monterrey, Nuevo León, muestran que la tasa de expulsión del DIU posplacenta está correlacionada con la distancia a la que se coloca el DIU respecto al fondo uterino—a menor distancia de la parte del tallo del DIU respecto al fondo uterino, menor probabilidad de expulsión. (Véase: R. Aznar et al., «Relationship Between Expulsion Rate of IUD's Inserted Postplacenta and Their Sites in Uterine Cavity: An X-ray Study», *Contraceptive Delivery Systems*, Vol. 3, 3/4, 1982; y J. D. Ortiz-Mariscal et al., «Use of Echosonography to Monitor Uterine Placement of Intrauterine Devices After Immediate Postpartum Insertions», *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 25:53, 1987).