

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PROGRAMA CENTROAMERICANO DE POBLACION
ESCUELA DE ESTADISTICA



ACTUALIDAD

DEMOGRAFICA DE

COSTA RICA

1994

VICTOR M. GOMEZ
Editor

San José, Costa Rica, Abril de 1995



FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS

16.01.01

G633a Gómez, Víctor; ed.

**Actualidad demográfica de Costa Rica 1994 / Víctor Gómez, ed.
San José, C.R.: FNUAP, 1995.**

125 p.

**A la cabeza de la portada: Universidad de Costa Rica. Programa
Centroamericano de Población. Escuela de Estadística**

1. Situación demográfica 2. Costa Rica

PROLOGO

Este documento tiene como fin proporcionar una visión actualizada de los niveles y tendencias de las principales variables demográficas en Costa Rica. La agenda se inicia con una descripción del cambio histórico registrado en la mortalidad y la fecundidad, cuantificando también la magnitud de la migración interna. En el Capítulo Dos se analiza el comportamiento de la mortalidad infantil y en el Tres, la reducción en la mortalidad de los adultos. El Capítulo Cuatro se dedica al análisis de la fecundidad considerando el tamaño de familia, la fecundidad reciente, así como la conducta reproductiva en el espaciamiento de los hijos.

Utilizando el esquema de los determinantes próximos de la fecundidad, el documento continua en el Capítulo Cinco con un análisis de la edad a la primera unión marital, el estado conyugal, la disolución y el tiempo vivido en la primera unión. Estos son factores que miden el grado de exposición a concebir, lo que se complementa con una descripción de la práctica sexual premarital. El comportamiento reproductivo postparto, es el tema que trata el Capítulo Seis, el cual analiza los patrones de lactancia como principal determinante de la esterilidad temporal postparto. Estos factores se consideran en el contexto de reanudación de la actividad sexual y el grado de protección anticonceptiva.

Este último aspecto es tratado más detenidamente en el Capítulo Siete, que describe el conocimiento de métodos y fuentes, el aprendizaje y la difusión de la planificación familiar, así como el uso pasado y los niveles actuales de práctica anticonceptiva.

El Capítulo Ocho considera en detalle, las actitudes de las mujeres costarricenses hacia el aborto provocado y el cambio experimentado en el período 1976-1993. Las cifras sobre actitudes se complementan con estimaciones de los niveles de práctica del aborto inducido en Costa Rica.

Finalmente, el Capítulo 9 intenta organizar la población de Costa Rica en una tipología de hogares. Esta parte destaca los aspectos relacionados con el tamaño y composición, la jefatura femenina y el ciclo vital de la familia.

Muchas son las fuentes de datos a las que se ha recurrido para preparar los artículos descritos. Merecen destacarse las Estadísticas Vitales, los Censos de Población, especialmente los de 1973 y 1984 y las Encuestas de Hogares, labores encomendadas a la Dirección General de Estadística y Censos.

Las encuestas de fecundidad han sido también indispensables, en especial la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993, llevada a cabo por la Caja Costarricense de Seguro Social, que ha sido la última en una secuencia de investigaciones en el campo que incluye la encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 y la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986, también usadas aquí.

La constelación de fuentes de datos y membresía de los autores anticipa ya la existencia de una amplia cooperación interinstitucional. Sin embargo, la lista no estaría completa sin nombrar y agradecer especialmente el apoyo logístico del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y la ayuda financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Esperamos que la cooperación de los autores y el esfuerzo institucional contribuyan a entender mejor la dinámica demográfica de Costa Rica.

Víctor M. Gómez, Editor
Programa Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

Abril de 1995

CONTENIDO

1. EVOLUCION GLOBAL DE LA MORTALIDAD, LA FECUNDIDAD Y LA MIGRACION.

Victor M. Gómez y Uli Locher

1	Evolución de la mortalidad y la fecundidad	1.1
2	Migración interna	1.2

Gráficos

1	Tasas brutas de natalidad, mortalidad, crecimiento. 1906-1993. Tasa global de fecundidad. 1950-1993.	1.4
2	Tasa bruta de mortalidad (TBM), tasa de mortalidad infantil (TMI), neonatal (TMNeo) y fetal (TMfet). 1941-1993	1.5
3	Tasas específicas de fecundidad por edad. 1960-1990	1.6
4	1973. Número total de migrantes, por región	1.7
5	1973. Tasas de migración (por mil), por región	1.8
6	1984. Número total de migrantes, por región	1.9
7	1984. Tasas de migración (por mil), por región	1.10

Cuadros

1	Población de cinco años o más de edad, según región de residencia al momento del Censo de 1973 y residencia cinco años antes	1.11
2	Población de cinco años o más de edad, según región de residencia al momento del Censo de 1984 y residencia cinco años antes	1.12
3	Lugar de residencia actual y lugar de residencia dos años antes (Julio de 1990) de la población de 12 años o más de edad.	1.13
4	Algunas características de los migrantes y residentes con 12 años o más de edad	1.13

2. LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA.

Luis Rosero Bixby

1	Introducción	2.1
2	Datos y métodos	2.1
3	El contexto histórico	2.2
4	La tendencia en los años 1980s	2.3
4.1	Registro tardío y cambio en el tamaño de las cohortes	2.4
4.2	Errores aleatorios	2.4
4.3	Clasificación de óbito fetal y defunción infantil	2.4
5	Componentes de la mortalidad infantil	2.5
6	Discusión	2.6
7	Referencias	2.7

Cuadros

1	Indicadores de las intervenciones de salud pública en Costa Rica 1970-1980	2.8
---	--	-----

Gráficos

1	Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) e Importaciones per Cápita (Imp). Costa Rica 1910- 1990	2.9
2	Tasa de Mortalidad Infantil por Cuatrimestres. Costa Rica, 1981-90	2.9
3	Tasa de Mortalidad Infantil, Cálculo Exacto y Estimación Oficial. Costa Rica, 1981-90	2.10
4	Cambio Anual y su Error Aleatorio en la Tasa de Mortalidad Infantil. Costa Rica, 1981-90	2.10

5	Tasas de Mortalidad Perinatal. Costa Rica 1981-90	2.11
6	Tasas de Mortalidad en la Niñez por Edad. Costa Rica, 1981-90	2.11
7	Tasas de Mortalidad Infantil por Grupos de Causas de Muerte. Costa Rica, 1981-90	2.12

3. LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD DE ADULTOS.

Luis Rosero Bixby

1	Introducción	3.1
2	Información y métodos	3.2
3	Nivel y tendencia de la mortalidad de adultos	3.3
4	Causas de muerte de los adultos	3.4
5	Variación cantonal de la mortalidad de adultos	3.7
6	Conclusiones	3.9
7	Referencias	3.11

Gráficos

1	Riesgo de morir en las edades 20-40 y 50-79. Costa Rica y Estados Unidos, 1920-1990	3.13
2	Esperanza de vida a los 40 años. Costa Rica, República Checa y Francia, 1950-1985	3.14
3	Distribución de las muertes por grupos de causas. Costa Rica, adultos, 1951-1990	3.14
4	Riesgo de morir por causa de muerte. Costa Rica, adultos, 1951-1990	3.15
5	Nivel y cambio en la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular o diabetes, edades 50 a 79	3.16

Cuadros

1	Costa Rica. Indicadores demográficos, socioeconómicos y sanitarios 1950-1990	3.17
2	Costa Rica. Riesgo de muerte en las edades 20-49 y 50-79 años	3.18
3	Disminución atribuible en el riesgo de muerte de los adultos en 1951-71 y 1971-89	3.19
4	Costa Rica. Riesgo de muerte de los adultos 1971-1990. 17 grupos de causas de muerte.	3.20
5	Costa Rica. Riesgo de muerte en las edades 25-74 años por causas de muerte seleccionadas 1988 vs EU 1987	3.21
6	Costa Rica. Correlaciones de la mortalidad adulta con variables seleccionadas Cantones de Costa Rica, 1973 y 1984	3.22
7	Costa Rica. Coeficientes estandarizados de regresión múltiple sobre la disminución relativa de las tasas de mortalidad de 1972-74 a 1983-85. Cantones de Costa Rica.	3.23

Anexos

1	Definición de los grupos de causas de muerte. Clasificación Internacional de Enfermedades Revisiones V al IX	3.24
2	Riesgo de muerte por 17 grupos de causas de muerte. Adultos de Costa Rica 1951-1990	3.25

4. LA FECUNDIDAD.

Víctor M. Gómez

1	Introducción	4.1
2	Tamaño de familia	4.1
	2.1 Evolución reciente	4.1
	2.2 Lugar de residencia, educación, nivel socioeconómico y tamaño de la familia	4.2
3	La fecundidad reciente	4.3
	3.1 La fecundidad del período 1988-1992	4.3

4	El espaciamiento de los hijos y el ritmo de formación de la familia	4.3
4.1	Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo	4.4
4.2	El espaciamiento de los hijos sucesivos	4.4

Gráficos

1	Tasas de fecundidad por edad según nivel de escolaridad de la mujer	4.5
2	Tasas de fecundidad por edad según área geográfica	4.6
3	Tasas de fecundidad por edad según nivel socioeconómico de la mujer	4.7
4	Porcentaje de mujeres con el primer hijo, por edad, en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964, en 1964-74 y después de 1974	4.8
5	Porcentaje de madres con el segundo hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del primer hijo	4.9
6	Porcentaje de madres con el tercer hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del segundo hijo	4.10
7	Porcentaje de madres con otro hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del hijo anterior. Mujeres con tres hijos o más	4.11
8	Número medio de hijos tenidos por edad y estado marital de la mujer al momento de la entrevista. 1993	4.12

Cuadros

1	Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas en 1986 y en 1983 según estado marital	4.13
2	Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad, área geográfica de residencia en el momento de la entrevista, educación y nivel socioeconómico. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993	4.14
3	Tasas específicas anuales de fecundidad por edad, área geográfica de residencia en el momento de la entrevista, educación y nivel socioeconómico. 1988-1993	4.14
4	Porcentaje de mujeres con el primer hijo, por edad en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964, en 1964-74 y después de 1974	4.15
5	Porcentaje de madres con el segundo hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del primer hijo	4.16
6	Porcentaje de madres con el tercer hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del segundo hijo	4.16
7	Porcentaje de madres con otro hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del hijo anterior. Mujeres con tres hijos o más	4.17

5. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL PREMARITAL.

Víctor M. Gómez y Helena Ramírez

1	Introducción	5.1
2	La edad a la primera unión	5.1
3	El estado conyugal	5.2
4	Disolución de la primera unión y uniones sucesivas	5.3
5	Tiempo vivido en la primera unión marital	5.3
6	Comportamiento sexual premarital	5.4
7	Referencias	5.4

Gráficos

1	Proporción acumulada de mujeres unidas por primera vez, por edad y cohorte de nacimiento	5.5
2	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales. 1986 y 1993	5.6

Cuadros

1	Proporción de unidas ya por primera vez a las edades exactas indicadas en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964 o después o según nivel de educación	5.7
2	Proporción de unión libre entre las mujeres unidas por edad actual	5.8
3	Proporción de mujeres alguna vez unidas, cuya primera unión se inició como unión libre por edad actual y edad a la primera unión	5.8
4	Proporción de mujeres cuya primera unión fue disuelta y proporción de unidas más de una vez entre las mujeres alguna vez casadas por edad actual, lugar de residencia, condición laboral, religión y situación legal inicial de la primera unión	5.9
5	Distribución de las mujeres no solteras por tiempo transcurrido desde que se unió por primera vez, según estado actual de la primera unión	5.10
6	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales, por edad. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993	5.10

6. LACTANCIA, AMENORREA, ABSTINENCIA Y ANTICONCEPCION EN EL PERIODO POSTPARTO.

Cathalina García y Víctor M. Gómez

1	Introducción	6.1
2	Fuente de datos y métodos	6.2
3	Análisis de los reportes del último hijo nacido vivo	6.2
3.1	La propensión a la lactancia	6.2
4	La experiencia reproductiva postparto en el período 1987-93	6.3
4.1	Tendencias en la lactancia	6.3
4.2	Tendencia en la amenorrea postparto	6.3
4.3	Tendencias en la abstinencia sexual postparto	6.3
4.4	La práctica anticonceptiva postparto	6.4
5	Amenorrea, abstinencia y anticoncepción en situaciones de pérdida	6.5
6	Referencias	6.5

Cuadros

1	Ultimo hijo nacido vivo. Porcentaje que fueron amamantados según algunas características de la madre y resultado del parto	6.6
2	Porcentaje de la cohorte inicial de madres que aún están lactando después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después	6.7
3	Porcentaje de la cohorte inicial de madres que aun están en amenorrea después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después	6.8
4	Porcentaje de la cohorte inicial de madres que aun no han tenido relaciones sexuales después del parto, después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después	6.9
5	Porcentaje de la cohorte inicial de madres aun sin haber comenzado a usar métodos anticonceptivos después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después. encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993	6.10
6	Porcentaje de la cohorte inicial de madres que aun no usa métodos anticonceptivos, después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según condición marital 6 meses antes del embarazo y tipo de nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después	6.11
7	Distribución de las madres que adoptaron métodos de planificación después del parto, según tipo de método y tiempo transcurrido antes de comenzar a planificar	6.12

7. CONOCIMIENTO Y PRACTICA ANTICONCEPTIVA.

Luis Rosero Bixby

1	Introducción	7.1
2	Conocimiento de métodos y fuentes	7.1
3	Aprendizaje y difusión de la planificación familiar	7.2
4	Adopción y uso pasado de la planificación familiar	7.2
5	Prevalencia anticonceptiva	7.3
6	Práctica anticonceptiva en las mujeres no unidas	7.4
7	Referencias	7.4

Cuadros

1	Porcentaje de mujeres en unión que conoce cada método anticonceptivo y que sabe dónde obtenerlo	7.5
2	Aprendizaje de la anticoncepción: distribución porcentual de las mujeres en unión según edad cuando aprendió, años de unión y fuente por edad actual.	7.6
3	Distribución porcentual de las mujeres en unión según fuente de aprendizaje de la anticoncepción según si fue antes o después de unirse.	7.7
4	Porcentaje de las mujeres en unión que ha usado cada método anticonceptivo. 1976 y 1993.	7.7
5	Uso inicial de anticoncepción: distribución porcentual según edad cuando inició, años de unión, hijos tenidos y método inicial, por edad actual. Mujeres en unión que han usado anticonceptivos	7.8
6	Porcentaje de mujeres en unión usando cada método anticonceptivo. 1976-1993.	7.9
7	Porcentaje de las mujeres en unión de 15 a 44 años de edad que usa anticonceptivos en los países del Istmo Centroamericano.	7.10
8	Porcentaje de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos según si la entrevistada está en unión marital. Todas las entrevistadas. 1993	7.11

8. EL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA.

Isabel Brenes

1	Introducción	8.1
2	Actitudes	8.1
2.1	Fuente de datos y métodos	8.1
2.2	Las actitudes hacia el aborto inducido	8.2
2.3	Factores sociodemográficos asociados a las actitudes hacia el aborto inducido	8.2
3	La práctica del aborto inducido	8.3
3.1	Fuente de datos y métodos	8.3
3.2	Resultados	8.4
4	Conclusiones	8.4
5	Referencias	8.5

Gráficos

1	Porcentaje de mujeres que aceptan el aborto inducido en las circunstancias descritas. 1976 y 1993	8.6
2	Indice de Likert de actitud hacia el aborto inducido de las mujeres costarricenses. 1976 y 1993	8.7

Cuadros

1	Porcentaje de mujeres en unión que acepta el aborto inducido en las circunstancias que se describe, en 1976 y 1993	8.8
2	Correlación entre el Índice de actitud hacia el aborto inducido y algunas variables sociodemográficas, en 1976 y 1993	8.8
3	Índice promedio de la actitud de las mujeres costarricenses hacia el aborto inducido, según variables sociodemográficas, en 1976 y 1993	8.9
4	Estimación de la Proporción de Abortos Espontáneos que requieren Hospitalización, por semanas de gestación	8.10
5	Estimación de abortos espontáneos y abortos inducidos, por año 1984-1991	8.10

9. LOS HOGARES COSTARRICENSES, 1988, 1990 y 1992

Sharon Kühmann y María Laura Soto

1	Introducción, fuente de datos y métodos	9.1
2	Composición de los hogares	9.2
3	Distribución de los tipos de hogar	9.2
4	Tamaño de los hogares y ciclo vital de la familia	9.3
5	Jefatura femenina	9.4
6	Conclusiones	9.4
7	Referencias	9.4

Gráficos

1	Distribución relativa acumulada de los tipos de hogar según edad del jefe. 1992	9.5
---	---	-----

Cuadros

1	Distribución relativa de los tipos de hogar. 1988, 1990, 1992	9.6
2	Tamaño promedio del hogar, número promedio de hijos y mediana de edad del jefe según tipo de hogar. 1992	9.6
3	Distribución relativa de los tipos de hogar con jefatura femenina. 1988, 1990, 1992	9.7

1. EVOLUCION GLOBAL DE LA MORTALIDAD, LA FECUNDIDAD Y LA MIGRACION

Víctor M. Gómez

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

Uli Locher

Universidad de McGill, Canadá

1. Evolución de la mortalidad y la fecundidad

El acelerado aumento de la población registrado en la mayoría de los países en vías de desarrollo en tiempos recientes es consecuencia de el desequilibrio ocasionado por un descenso sistemático en la mortalidad que ha tenido lugar en un contexto de alta fecundidad, la cual solo recientemente ha mostrado también tendencia a bajar. Comúnmente conocida como la transición demográfica y basada en la experiencia de los países europeos occidentales, el marco de referencia pronostica que después de un período de rápido aumento en los contingentes de población se restablecerá, con una combinación de baja mortalidad y baja fecundidad, el bajo ritmo de cambio que ha caracterizado la evolución histórica de las poblaciones humanas.

Las tendencias de la mortalidad y la natalidad y el resultante crecimiento natural en Costa Rica desde principios de este siglo, se documentan en el Gráfico 1, el cual se basa en las series publicadas o disponibles en los archivos de la Dirección General de Estadística y Censos. Aunque se debe tener en cuenta la mejora sistemática en la recolección y procesamiento de los datos, las cifras registradas muestran que ya en los inicios del presente siglo, Costa Rica había superado la primera etapa de la transición demográfica. Entonces, las tasas de mortalidad y natalidad de Costa Rica eran ya de alrededor de 30 y 46 por mil respectivamente y el crecimiento natural resultante era de 1.6% anual que implicaba una duplicación de la población total al cabo de 44 años.

Durante los primeros años del presente siglo, inmigración internacional, el tercer factor determinante del tamaño y composición de la población, era significativa contribuyendo con alrededor de una quinta parte al incremento anual de la población. Sin embargo, el inicio de la Primera Guerra Mundial puso fin al flujo inmigratorio internacional y desde entonces dejó ser un factor importante en el cambio de la población de Costa Rica hasta tiempos recientes, cuando el país se ha

visto ocasionalmente afectado por flujo migratorio de ciudadanos del resto de Centroamérica.

La mortalidad ha bajado sistemáticamente, durante la mayor parte del presente siglo, La tasa bruta de mortalidad pasó de 25 por mil alrededor de 1920 a 15 por mil al inicio de los años cincuenta y en la actualidad Costa Rica exhibe una tasa de mortalidad de 4 por mil, cifra muy baja, en alguna medida consecuencia de una favorable estructura por edad.

Probablemente muchos de los factores que contribuyeron al descenso de la mortalidad inicialmente indujeron de manera indirecta el ascenso en la natalidad como también ilustra el Gráfico 1. El incremento de la natalidad culmina a comienzos de los años sesenta con tasas muy altas, pocas veces observadas en otros países. Entre los cambios en la natalidad inducidos por el descenso de la mortalidad pueden mencionarse los incrementos en la sobrevivencia de las madres hasta el final de la edad fértil, así como mejoras en el campo de la salud que ahora permiten llevar a término embarazos que en el pasado no eran viables.

El punto más alto en la fecundidad fue la antesala de un cambio reproductivo súbito y de grandes proporciones entre la población de Costa Rica, pues entre 1960 y 1975 la natalidad descendió muy rápidamente. Como consecuencia, el tamaño de familia esperado por las mujeres al final del período fértil, cifra técnicamente denominada tasa global de fecundidad, declinó sustancialmente. De un máximo de 7.3 hijos alrededor de 1960, este índice bajó a 3.4 hijos a mediados de la década de los años setenta, cambio de una magnitud pocas veces registrada en otras sociedades.

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

Otra perspectiva de la transición de la fecundidad se presenta en el Gráfico 2, el cual muestra la evolución de las tasas específicas de fecundidad por edad desde el período pretransicional. Como puede observarse, el descenso no es uniforme y a medida que la fecundidad baja, también varía significativamente el aporte reproductivo de las mujeres en los diferentes grupos de edad. La característica distintiva es el carácter precoz que tipifica la dinámica reproductiva de la población costarricense, cuyos miembros se casan y comienzan a tener hijos aun siendo muy jóvenes.

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

El Gráfico 2 también pone de manifiesto el escaso cambio en el inicio del ciclo reproductivo, pues las tasas de fecundidad que corresponden al grupo de edades 15-19 escasamente han variado. Aunque la fecundidad no marital no se limita a las edades tempranas, una buena parte de la misma ocurre en los inicios del período reproductivo con consecuencias desfavorables para la mujer, los hijos y probablemente para las familias en las que estos nacimientos pocas veces planeados tienen lugar. Dentro de los factores asociados a la alta fecundidad de estas mujeres se encuentra un inicio temprano de la vida sexual, ya sea con carácter premarital o dentro del matrimonio -frecuentemente precipitado por un embarazo-.

Tanto por sus recíprocas vinculaciones con la fecundidad como por su impacto en los niveles globales de mortalidad es necesario considerar la evolución de la tasa de mortalidad infantil. Un primer componente de esta lo constituye la mortalidad neonatal que se refiere a las muertes ocurridas antes del primer mes de vida. El segundo factor es el postneonatal que agrupa la experiencia de mortalidad después del primer mes y antes del primer cumpleaños. El Gráfico 3 presenta la evolución de algunos de los componentes de la mortalidad desde 1940. Como se puede observar, el cambio en la mortalidad infantil se ha originado en en gran parte al descenso en la mortalidad postneonatal muy sensible a las medidas de salud pública, al modo de vida y al nivel socioeconómico de la población. Aunque ha

habido una disminución en la mortalidad neonatal, el descenso ha sido menos pronunciado, lo cual probablemente tiene su origen en el alto costo involucrado en lograr mejoras en el componente endógeno de la mortalidad. Se debe hacer notar que un comportamiento semejante se observa en la mortalidad fetal, cuyo descenso también ilustra la mayor probabilidad de llevar a término embarazos que en el pasado no eran viables.

2. Migración interna

La migración interna es el componente del cambio demográfico menos estudiado en Costa Rica, aunque los censos de población y las encuestas de hogares han incluido el tema en repetidas ocasiones y es posible cuantificar los niveles y características de los desplazamientos de la población en el territorio de diferentes formas, ya sea mediante la comparación del lugar de nacimiento y de enumeración o bien mediante el contraste de este con el lugar de residencia cinco años antes con el fin de obtener una medición más reciente de los flujos migratorios.

Al analizar los datos de los censos, las unidades administrativas utilizadas a menudo son inadecuadas para el análisis de los desplazamientos espaciales de la población. El problema se complica porque es necesario también hacer algunas agrupaciones regionales para llevar a cabo análisis sustantivos y no es posible desagregar los datos disponibles a nivel de cantón para efectuar las reagrupaciones funcionales más apropiadas.

Con estas limitaciones, se presentan los datos que muestran los cuadros 1-4, en los cuales la Región Central ha sido subdividida en Área Metropolitana, Resto de la Aglomeración Metropolitana y Resto de la Región Central. Estos cuadros ilustran las siguientes características básicas del fenómeno migratorio.

En 1973, de los 1.6 millones de habitantes con cinco años y más de edad, 10.3% eran migrantes en el sentido de que fueron enumerados en una región distinta a en la cual residían cinco años antes. Aritméticamente hablando, las cuatro corrientes migratorias más importantes involucraban a la Región Central. Dentro de esta, el flujo de personas se originaba en las áreas adyacentes orientado hacia el Área Metropolitana. A la vez, la Región Central también constituía la principal fuente de personas que se desplazaban hacia las regiones Chorotega y Huetar Norte.

Con tasas de inmigración neta claramente positivas, el Area Metropolitana y otras localidades urbanas de la Región Central crecían en masa demográfica a costa de las demás regiones, con excepción de las regiones Huetar Atlántica y Huetar Norte, esta última mostrando una tasa espectacular de 32.4%.

La visión general del período es de rápida urbanización, constituyéndose el Area Metropolitana en el punto de atracción por excelencia, especialmente para los demás residentes de la Región Central.

Para 1984, las tasas globales de desplazamiento de la población se habían reducido considerablemente, pues solamente un 7% de las personas mayores de 5 años vivían en una región diferente cinco años antes de ser enumerados en el censo.

Aunque la corriente migratoria más importante aun tiene como punto focal el Area Metropolitana, esta en vez de ganar, tiende a perder personas porque la atracción por las áreas urbanas era ya compartida por el resto de las ciudades de la Región Central. La región Huetar -Norte y Atlántica- todavía son polos de atracción pero en mucho menor medida.

Ciertamente, las cifras muestran que la inmigración externa también ha contribuido a la hegemonía Metropolitana.

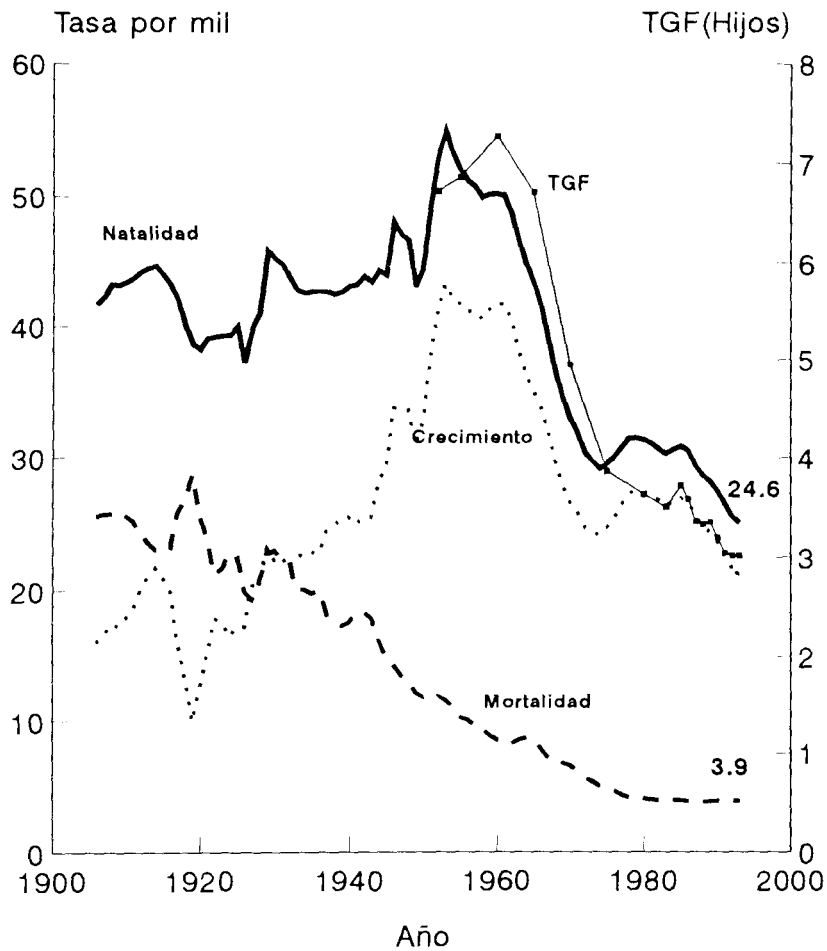
Un perfil de las corrientes migratorias más recientes puede obtenerse con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, en la que se preguntó por el distrito de residencia dos años antes a las personas de 12 años o más de edad, cifras que se presentan en el Cuadro 3. Por supuesto que el tamaño de la muestra solo permite obtener algunas conclusiones generales. Los individuos más móviles son los de las localidades urbanas fuera del Valle Central, que tienden a desplazarse hacia al Area Metropolitana, pero también hacia las partes rurales de su misma región. Menos propensos a desplazarse son las personas del resto de la Región Central, quienes al cambiar de residencia siguen alimentando la corriente migratoria hacia el Area Metropolitana. Esto sugiere un incremento en los desplazamientos de larga distancia en las corrientes migratorias y no simplemente de las zonas adyacentes. Según esta encuesta, los migrantes son ligeramente más jóvenes, más educados, a ser en mayor medida parte de la población económicamente activa, pero sin embargo, pertenecen a hogares -en las localidades de destino- de ingresos relativamente más bajos.

En resumen, es de esperar que la migración refleje el desarrollo socioeconómico en gran medida. La Región Central concentra la inversión y las oportunidades de empleo y por lo tanto tiende a atraer la fuerza de trabajo de las demás zonas. En 1973, la Región Central atrajo el 56% de los migrantes, porcentaje que ascendió a 65% en 1984.

El desarrollo de las plantaciones de banano indujo significativos desplazamientos poblacionales hacia la región Huetar, primero hacia el Atlántico y más tarde hacia el Norte, aunque no en la escala que se ha mostrado para el Area Metropolitana. Los cambios en la economía del sector tradicional hacia el moderno, han producido desplazamientos del medio rural hacia el urbano, pero también entre las zonas rurales donde las plantaciones y luego el turismo se han convertido en actividades económicas de envergadura.

No obstante, la experiencia de Costa Rica no es única, y constituye una instancia más de procesos similares observados en otros países de América Latina, donde el rápido crecimiento de las ciudades, una hegemonía de grandes centros urbanos y la ausencia de inversión en ciudades secundarias, constituyen el perfil dominante. En realidad lo que distingue a Costa Rica de los países vecinos en Centroamérica es que el crecimiento ya no está limitado a una ciudad pero se ha propagado a toda la Región Central, que el área rural se beneficia de una rápida modernización en la agricultura y que las densidades de población, tanto en las zonas urbanas como rurales aún no son de la magnitud que se observa en otros países.

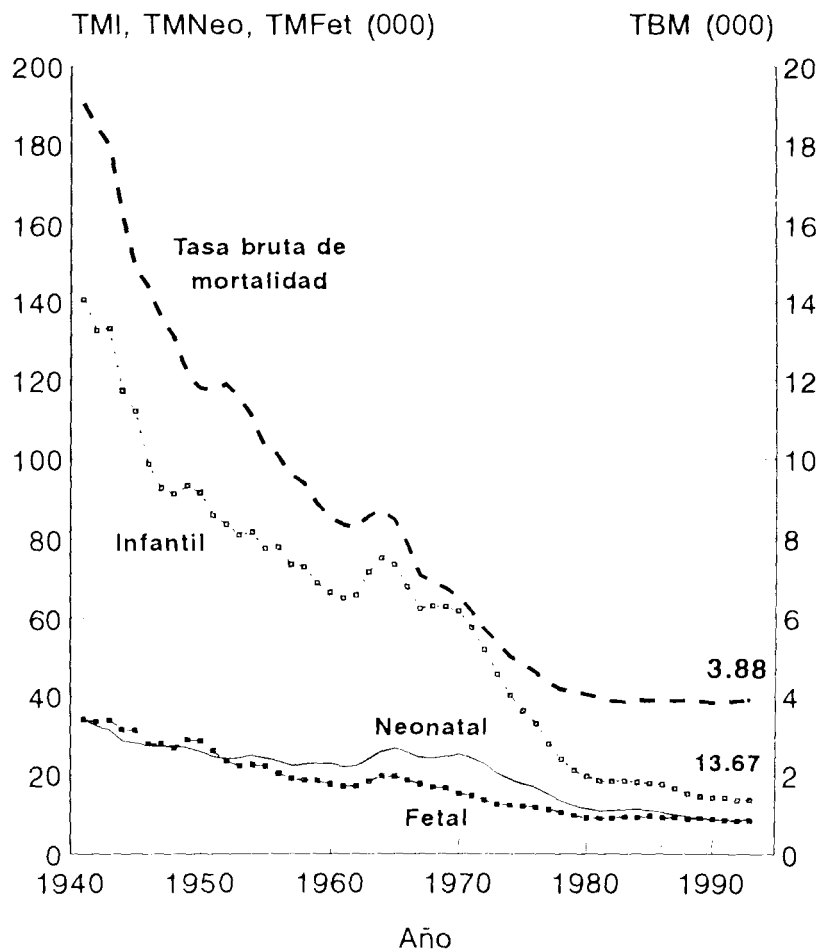
Tasas brutas de natalidad, mortalidad y crecimiento. 1906-1993
 Tasa global de fecundidad (TGF). 1950-1993



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

Gráfico 1

Tasa bruta de mortalidad (TBM), tasa de mortalidad infantil (TMI), neonatal (TMNeo) y fetal (TMfet). 1941-1993



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

Gráfico 2

Tasas de fecundidad por edad. 1960-1990

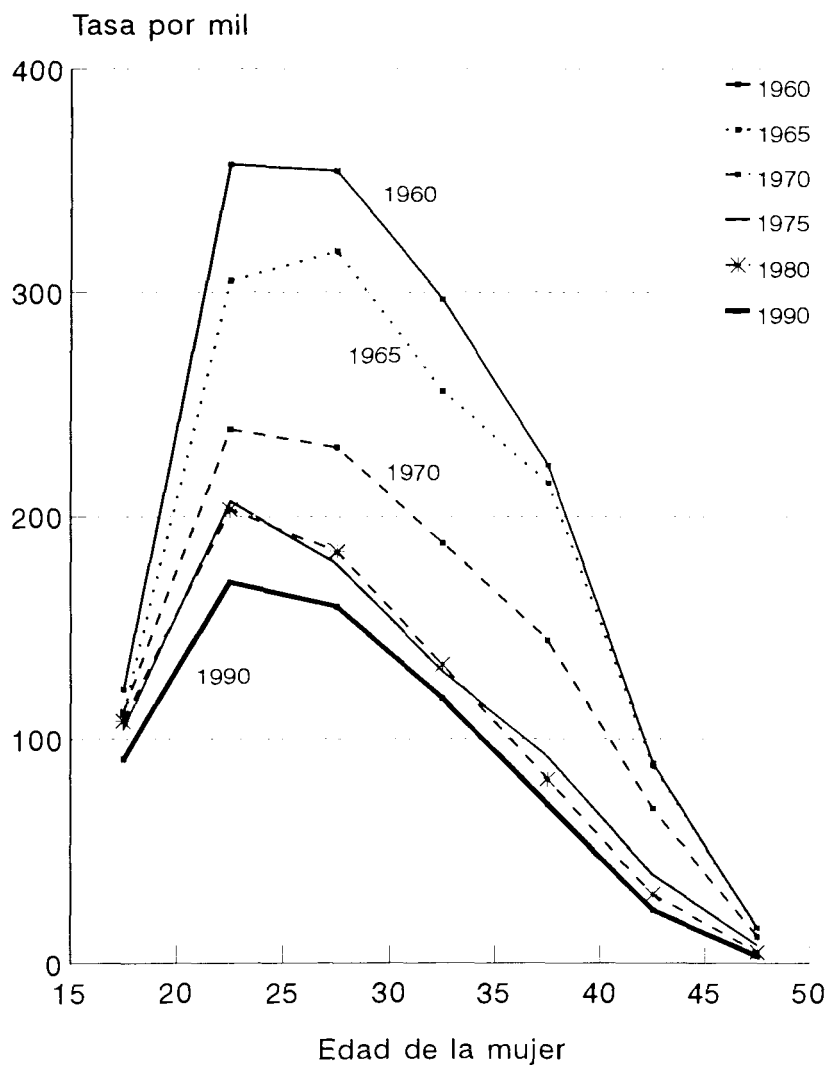


Gráfico 3

1973. Número total de migrantes, por región

☐ Inmigrantes ▒ Emigrantes

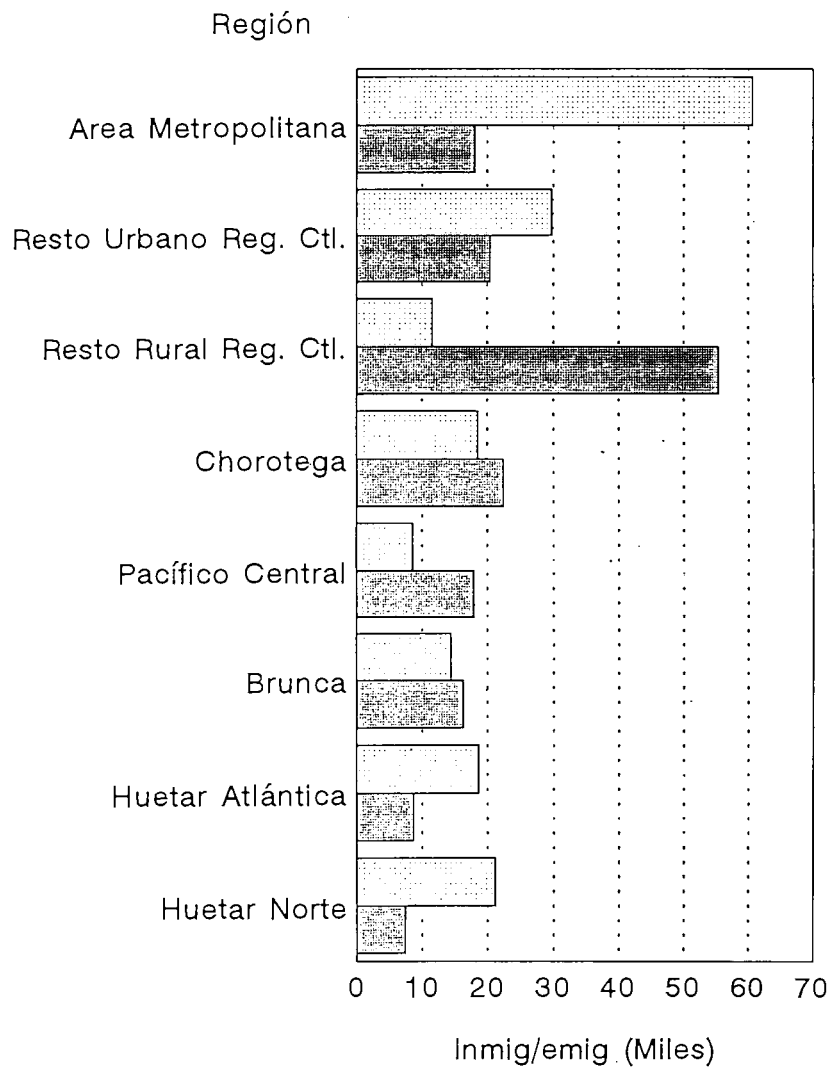


Gráfico 4

1973. Tasas de migración (por mil), por región

▨ Tasa Inmig ▩ Tasa Emig

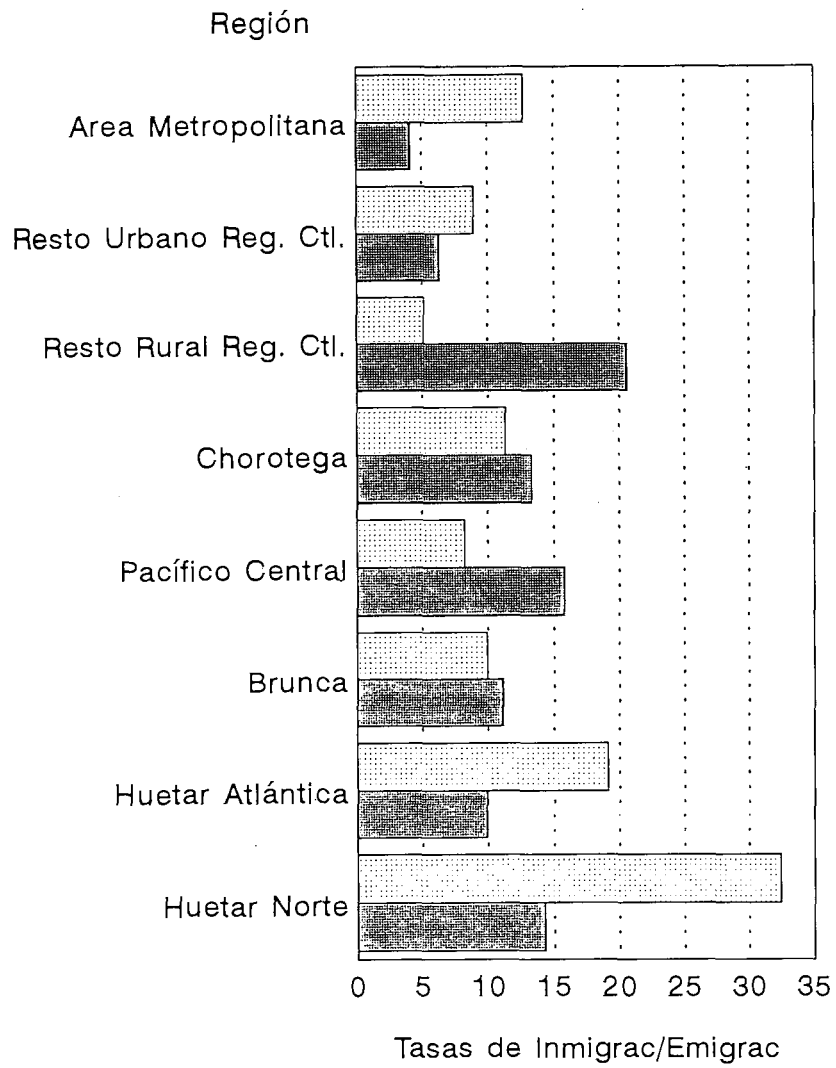


Gráfico 5

1984. Número total de migrantes, por región

▨ Inmigrantes ▨ Emigrantes

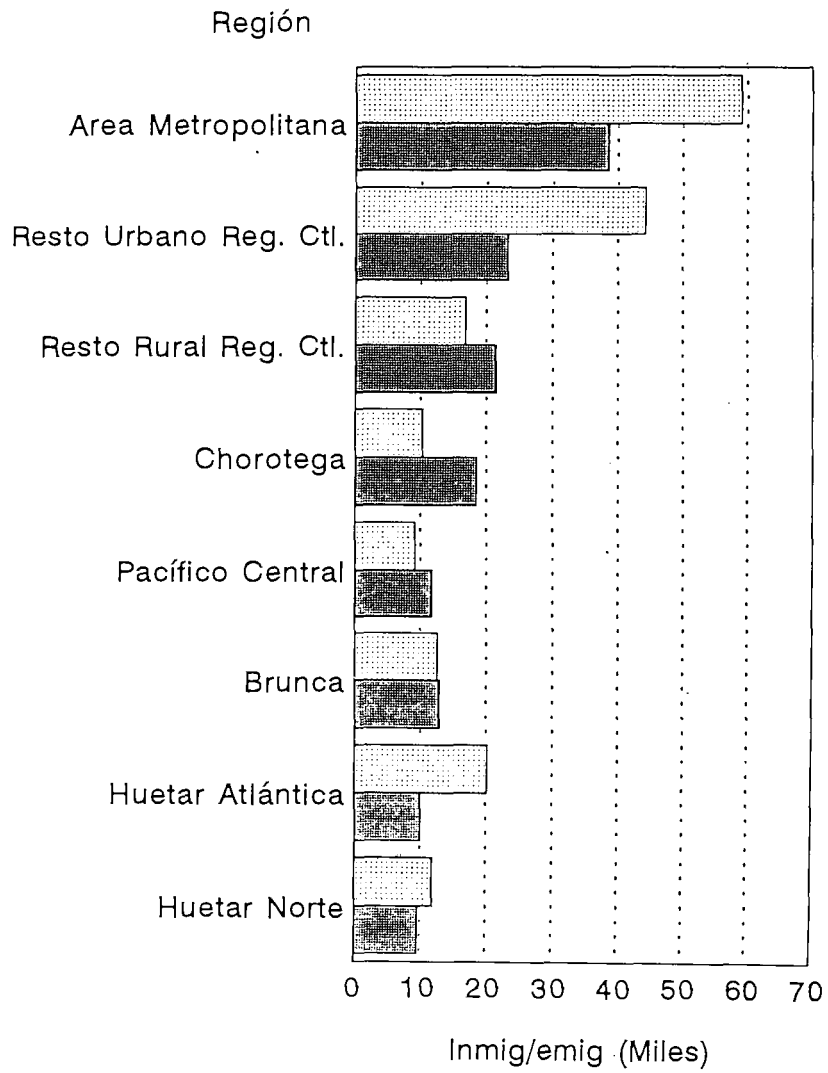


Gráfico 6

1984. Tasas de migración (por mil), por región

□ Tasa Inmig ■ Tasa Emig

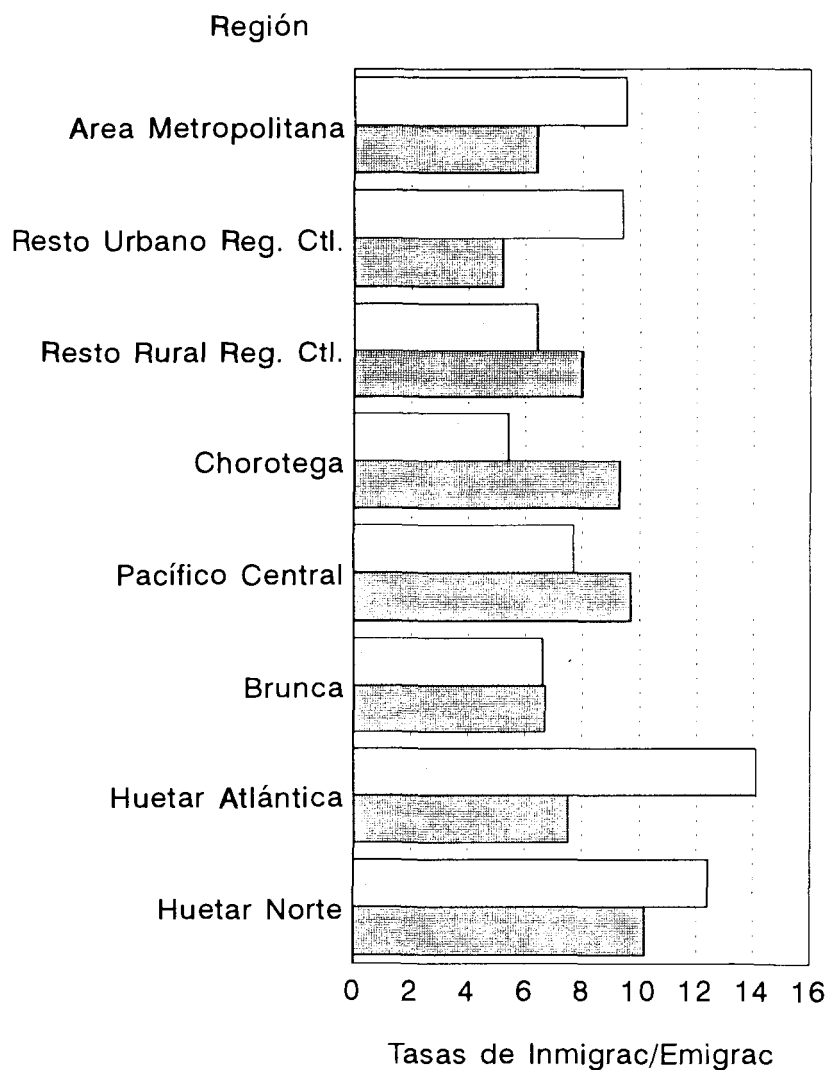


Gráfico 7

Cuadro 1

Población de cinco años o más según región de residencia al momento del Censo de 1973
y residencia cinco años antes.

RESIDENCIA EN 1968	RESIDENCIA EN 1973								TOTAL	Emigrantes	Tasa de emigra- ción
	Región Central			Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Atlántica	Huetar Norte			
	Area Metrop.	Resto Aglomer. Metropol.	Resto Rural								
Area Metrop.	416359	9593	1742	517	1279	1835	2333	712	434370	18011	4.1
Resto Aglomer. Metropolitana	10600	305202	2056	562	826	1124	1528	3671	325569	20367	6.3
Resto Rural	14853	7571	213772	12616	2402	2949	4246	10698	269107	55335	20.6
Chorotega	5719	2497	1708	145810	2027	3584	4442	2457	168244	22434	13.3
P. Central	5730	2603	1536	1526	95426	3119	2079	1350	113362	17936	15.8
Brunca	7670	2376	1035	807	1193	130680	2279	917	146957	16277	11.1
H. Atlántica	4116	1505	1031	469	307	482	78484	754	87148	8664	9.9
H. Norte	2199	1692	1965	338	150	260	777	44161	51542	7381	14.3
Extranjero	9706	1887	468	1669	332	1009	897	572	16540		
TOTAL	475952	334926	225313	164314	103942	145035	97065	65292	1612839	166405	10.3
Inmigrantes	60593	29724	11541	18504	8516	14355	18581	21131	182945		
Tasa inmigración	12.7	8.9	5.1	11.3	8.2	9.9	19.1	32.4	11.3		
Tasa neta de mig.	8.6	2.6	-15.4	-2.1	-7.6	-1.2	9.2	18.0	1.0		

* / Basada en cantones, la regionalización empleada es la siguiente: 1) **Area Metropolitana**: San José, Escazú, Desamparados, Aserri, Goicoechea, Alajuelita, Coronado, Moravia, Montes de Oca y Curridabat; 2) **Resto de la Aglomeración Metropolitana**: Santa Ana, Mora, Alajuela, Cartago, Paraíso, La Unión, Oreamuno, El Guarco, Heredia, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, San Isidro, San Pablo, Flores; 3) **Resto Región Central**: Tarrazú, Acosta, Dota, León Cortés, Puriscal, Turubares, San Ramón, Grecia, Atenas, Naranjo, Palmares, Poás, Valverde Vega, Alfaro Ruiz, Turrialba, Alvarado, Jiménez; 4) **Chorotega**: Upala, Liberia, Nicoya, Santa Cruz, Bagaces, Carrillo, Cañas, Abangares, Tilarán, Nandayure, La Cruz, Hojancha; 5) **Pacífico Central**: San Mateo, Orotina, Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Aguirre, Parrita, Garabito; 6) **Brunca**: Pérez Zeledón, Buenos Aires, Osa, Corredores, Golfito, Coto Brus; 7) **Huetar Atlántica**: Limón, Siquirres, Pococí, Guácimo, Matina, Talamanca; 8) **Huetar Norte**: San Carlos, Guatuso, Los Chiles, Sarapiquí.

Cuadro 2

Poblacion de cinco años o más según región de residencia al momento del Censo de 1984
y residencia 5 años antes. 1979

RESIDENCIA EN 1979	RESIDENCIA EN 1984								TOTAL	Emigrantes	Tasa de emigra- ción
	Región Central			Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Atlántica	Huetar Norte			
	Area Metrop.	Resto Aglomer. Metropol.	Resto Rural								
Area Metrop.	564352	21116	4200	2377	2105	3308	3901	1533	602892	38540	5.4
Resto Aglomer. Metropolitana	11842	425050	3552	1155	1174	1644	2235	1584	448236	23186	5.2
Resto Rural	6050	5171	246688	798	1457	1769	2781	3364	268084	21396	8.0
Chorotega	5789	2531	1238	179886	1629	1837	3744	1699	198353	18467	9.3
P. Central	3000	1878	1265	1245	109280	1736	1826	740	120970	11690	9.7
Brunca	4720	2684	1359	766	1042	177867	1880	424	190742	12875	6.7
H. Atlántica	3637	1993	1238	869	562	905	123037	754	132995	9958	7.5
H. Norte	1560	1818	2574	869	395	384	1949	83773	93322	9549	10.2
Extranjero	22472	7046	1371	2184	787	963	1850	1720	39393		
TOTAL	623422	469293	263485	190149	118431	190413	143203	95591	2093987	145661	7.0
Inmigrantes	59070	44243	16797	10263	9151	12546	20166	11818	184054		
Tasa inmigración	12.7	8.9	5.1	11.3	8.2	9.9	19.1	32.4	11.3		
Tasa neta migración	3.1	4.3	-1.6	-3.9	-1.9	-0.2	6.6	2.1	1.8		

Cuadro 3

Lugar de residencia actual y lugar de residencia dos años antes (Julio de 1990) de la población de 12 años y más de edad

	Area Metropolitana	Residencia Actual				Total	Distribución relativ por res. anterior
		Valle Urbano	Central Rural	Fuera del Valle Urbano	Valle Rural		
Metropolitana	98.8 2.4	.5	.1	.3	.3	100.0	29.4
Urbano V.C	.9	97.7 1.7	.5	.5	.3	100.0	19.3
Rural V. C	.2	.6	97.8 .1	.3	1.1	100.0	12.0
Urbano F.V	1.2	.8	.3	95.8 1.9	2.0	100.0	18.8
Rural F. V	.3	.3	.1	1.0	98.4 2.2	100.0	20.3
Centro Am.	30.9	30.9	--	6.5	31.7	100.0	--
Otro país	31.7	28.5	--	21.5	18.3	100.0	.2
Distribución relativa por res. actual	29.6	19.3	12.0	18.5	20.7	100.0	

Cuadro 4

Algunas características de los migrantes y residentes con 12 años y más de edad

	Migrante	Residente	Total
% de hombres	51	49	49
% de personas con 30 años o más de edad	44	54	54
% que asisten a un centro de enseñanza	13	19	19
% con educación primaria completa o más	73	71	71
% en la población económicamente activa	64	51	52
Tasa de desempleo	6	4	4
% en el 20% de ingreso familiar más bajo	15	21	20

2. LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA 1981-1990

Luis Rosero Bixby¹

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica y
Office of Population Research, Princeton University

1. Introducción

La tasa de mortalidad infantil es uno de los mejores y más accesibles indicadores de la salud de la población. Esta tasa sintetiza muchos de los componentes de la salud, al mismo tiempo que es sensible tanto a las intervenciones sanitarias como a las condiciones generales de vida. Si a ello se suma lo fácil que es calcular e interpretar esta tasa, se comprende por qué es tan frecuentemente usada, no solo con fines científicos sino también con fines propagandísticos.

En Costa Rica la tasa de mortalidad infantil actualmente es del orden de 15 por mil, es decir que de cada mil nacidos vivos aproximadamente 15 mueren antes de cumplir un año. Este valor es excepcional. Constituye uno de los más bajos observados en países en desarrollo e incluso se compara favorablemente con el de países avanzados como los de Europa del Este (Monnier, 1990). Costa Rica llegó a esta situación envidiable gracias principalmente a los éxitos logrados en la década de los 70 (Rosero, 1986; Caldwell, 1986; Behm et al., 1987). Debe notarse, sin embargo, que pese a que la mortalidad infantil de Costa Rica es excepcionalmente baja para un país en desarrollo, todavía es casi el triple que en países líderes en este campo, como el Japón y los escandinavos, que han alcanzado tasas de 5 o 6 por mil (Monnier, 1990).

El presente documento analiza las tendencias de la mortalidad infantil entre 1981 y 1990, con especial referencia a lo ocurrido en durante este último año. El análisis es fundamentalmente estadístico-descriptivo. Elucidar los factores que gobernaron el curso de la mortalidad infantil en esos años está más allá de los objetivos de este documento. Empero, la sección final del manuscrito ensaya una discusión preliminar de las causas detrás de las tendencias observadas.

2. Datos y métodos

La tasa de mortalidad infantil estima el riesgo de que un recién nacido muera antes de cumplir un año. En este documento la tasa se calculó, como es usual, por cociente entre las defunciones de niños menores de un año en un periodo determinado (generalmente un año calendario) y el número de nacimientos en el mismo periodo.

Los datos para el cálculo de la tasa provinieron de la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC). Los datos de defunciones infantiles se obtuvieron de archivos en computador con la información original de las boletas, los cuales fueron proporcionados por la DGEC; los denominadores de las tasas, nacimientos, provinieron de tabulados no publicados que se encuentran disponibles en la la DGEC.

En ciertos análisis la tasa se descompuso en tramos de edades y grupos de causas de defunción. La mortalidad neonatal se refiere al periodo de los primeros 28 días de vida y la post-neonatal, o tardía, al periodo posterior. Según causas de defunción se definieron tres grupos más uno residual:

Infeciosas y similares. Códigos de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): 001-139, 260-9, 280, 320-2, 380-5, 460-519, 680-692, 771. Las causas de defunción más importantes en este grupo son las infecciones respiratorias agudas y las diarreas. Por ejemplo, de las 3.700 defunciones infantiles ocurridas en este grupo en la década, el 50% fueron por estas dos patologías. Debe notarse que el grupo incluye además de las tradicionales enfermedades infecciosas y parasitarias tradicionales, las muertes por desnutrición (5% del grupo) y las atribuidas a infecciones propias del periodo perinatal (23%).

¹ Reconocimiento. Este documento es parte de una investigación sobre políticas de salud en Costa Rica, la cual se lleva a cabo en colaboración entre la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Salud Pública de los Países Nórdicos en Goteburgo, con el apoyo de la Agencia Sueca de Cooperación en Investigación con los Países en Desarrollo (SAREC).

Perinatales. Códigos CIE: 760-779, excepto 771. Las dos terceras partes de las defunciones en este grupo son debidas a asfixias y otros problemas respiratorios del recién nacido. El grupo excluye las defunciones perinatales de origen infeccioso.

Congénitas. Códigos CIE: 140-239, 343, 740-759.

Con el propósito de analizar diferenciales geográficos en la mortalidad infantil, se definieron cuatro grandes regiones:

Metropolitana. Comprende el Area Metropolitana de San José, las ciudades Cartago, Alajuela y Heredia, y los cantones La Unión, Santo Domingo, Flores y San Pablo.

Resto del Valle Central. Incluye las áreas rurales y las ciudades menores del Valle Central, es decir las partes del Valle no incluidas en la Región Metropolitana.

Ciudades fuera del Valle Central. Incluye las ciudades (distrito primero del cantón respectivo) de San Isidro de El General, Ciudad Quesada, Turrialba, Liberia, Nicoya, Puntarenas, Golfito y Limón.

Rural fuera del Valle Central. Comprende las áreas rurales de fuera del Valle, así como las pequeñas ciudades no incluidas en los grupos anteriores.

3. El contexto histórico

La mortalidad infantil ha estado disminuyendo en Costa Rica desde principios de siglo (Gráfico 1). De una tasa de alrededor de 200 por mil en los años 1920s, el país pasó a una de alrededor de 70 por mil en los años 1960s y superó el umbral de 20 por mil alrededor de 1980. Aunque la disminución de la tasa ha sufrido breves interrupciones, la tendencia al descenso es un fenómeno de largo plazo, iniciado a principios de siglo. El ritmo más rápido de disminución de la tasa ocurrió en la década de los 70 (13% de reducción media anual según Rosero, 1986). Pero esa rápida caída fue seguida por un estancamiento en la primera mitad de la década de los 80, el cual se aprecia a simple vista en el Gráfico 1.

¿Son estas tendencias un subproducto más del desarrollo económico del país y del mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes? Para elucidar este punto el Gráfico 1 compara la serie histórica de la tasa de mortalidad infantil con la de un indicador de las condiciones de vida: el valor de las importaciones per cápita a precios constantes. El Gráfico también muestra las épocas de recesión económica que han afectado a Costa Rica (áreas sombreadas, identificadas aproximadamente con base en la serie de importaciones y otros elementos de juicio), a saber: alrededor de la primera guerra mundial, la gran depresión mundial de los 30, la segunda guerra mundial, la caída de los precios del café a fines de los años 1950s, y la crisis de los 80s. El Gráfico 1 sugiere que, en efecto, existe cierta correspondencia entre la economía y la mortalidad infantil, pero que esta correspondencia está lejos de ser perfecta. Dos elementos en el Gráfico sugieren tal correspondencia: (1) la coincidencia, en la década de los 70, de la más rápida caída de la mortalidad infantil con la época de mayor crecimiento económico de Costa Rica; (2) la desaceleración -y, en algunos años, la reversión- del descenso de la mortalidad infantil en las épocas de recesión económica o en los años subsiguientes. Dada esta relación, no es de extrañar que el descenso de la mortalidad infantil se haya estancado durante la crisis de los años 80.

No obstante lo anterior, sería erróneo ligar las tendencias de la tasa de mortalidad infantil exclusivamente a la situación económica del país. La caída de la tasa en la primera mitad del siglo, por ejemplo, de ningún modo corresponde con el pobre desempeño de la economía en esas décadas: mientras el valor de las importaciones per cápita a precios constantes alcanzado alrededor de 1945 es similar al de 1910, la tasa de mortalidad infantil alrededor de 1945 (100 por mil) es aproximadamente la mitad que la de 1910. En un periodo más reciente, la crisis de los 80 produjo un retroceso a los niveles de vida de alrededor de 1970, pero esto no se reflejó de ninguna manera en una vuelta a las tasas de mortalidad infantil de 1970, las cuales eran aproximadamente el triple que las de 1980 (Gráfico 1). Los mayores niveles de educación de la población (que en el mediano plazo son irreversibles), la planificación familiar, la importación de avances médicos y las intervenciones de salud pública, son, entre otros, determinantes importantes de la mortalidad infantil con un alto grado de independencia de los vaivenes de la economía. De hecho, un estudio de la notable reducción de la mortalidad infantil en la década de los 70 encontró

que el desarrollo socioeconómico ocurrido en esos años explica solo alrededor de la cuarta parte de esta reducción (Rosero, 1986).

Sin entrar en mayores detalles, seguidamente se propone una taxonomía de los determinantes próximos de la salud y mortalidad infantil (Mosley & Chen, 1984; Behm, 1990 presentan marcos teóricos más acabados, los que sirvieron de base para este listado):

Conocimientos y cuidado materno, incluyendo prácticas de higiene, estimulación del niño, prevención de enfermedades y diligencia para buscar atención médica.

Alimentación, incluyendo lactancia materna, forma de preparación de los alimentos, tipo de dieta y acceso a los alimentos de las embarazadas, lactantes y de los infantes.

Reproducción y planificación familiar, en la medida en que reducen los siguientes factores de riesgo: embarazos en la adolescencia, embarazos no planeados, elevada multiparidad y cortos intervalos intergenésicos.

Ambiente microbiano, incluyendo las condiciones de la vivienda y el saneamiento ambiental.

Atención primaria de la salud, incluyendo los programas de vacunación.

Atención médica ambulatoria, especialmente atención prenatal.

Atención hospitalaria, incluyendo atención del parto y perinatología.

Estos determinantes próximos están, a su vez, condicionados por un conjunto de factores estructurales básicos, a saber: el nivel de desarrollo económico y social (incluyendo ingresos, educación, infraestructura física y similares), los avances de la medicina (un factor que en Costa Rica es casi totalmente importado) y los programas de salud pública, cuya escala y efectividad dependen tanto de aspectos políticos como técnicos.

4. La tendencia en los años 1980s

La tasa de mortalidad infantil según las estadísticas oficiales de la DGEC fluctuó alrededor de 18 por mil de 1981 a 1987. En 1988 cayó a 15 por mil y en 1989 se redujo un punto adicional a 14 por mil. En 1990, sin embargo, la tasa aumentó otra vez a 15 por mil.

El aumento registrado en 1990 ha sido objeto de gran atención de parte de la opinión pública por sus implicaciones políticas, ya que tiene lugar en un año de cambio de gobierno y de aplicación de nuevos programas sobre todo en materia económica. Para determinar si el arribo al poder de una nueva administración en mayo de 1990 está asociado con la tendencia en la tasa de mortalidad infantil, el Gráfico 2 muestra esta tasa recalculada por periodos cuatrimestrales. El gráfico muestra las tasas observadas y, mediante barras, la corregidas por estacionalidad (la tasa en el último cuatrimestre de cada año tiende a ser menor que en los otros dos, lo que es corregido con el ajuste por estacionalidad). La nueva serie sugiere que a fines de 1987 se inició una disminución de la tasa de mortalidad infantil, la cual continuó hasta principios de 1989. A mediados de este último año la tendencia se revierte, produciéndose aumentos que continúan hasta el primer cuatrimestre de 1990. A partir de mayo de este año, es decir cuando asume el poder la nueva administración, la tasa tiende a disminuir. Por tanto, el aumento de la mortalidad infantil observado en 1990, es un fenómeno que se venía gestando desde mediados de 1989 y que concluyó a mediados de 1990. Los datos no permiten achacar este aumento a la nueva administración que asumió funciones en mayo de 1990. Sería también apresurado atribuir a la nueva administración las disminuciones de mediados y finales de 1990, ya que el impacto en la tasa de las nuevas medidas económicas y sanitarias tienen probablemente una latencia de varios meses, o incluso años. Es a partir de 1991 cuando recién podrá observarse el impacto positivo o negativo de la nueva administración.

¿Qué significado y validez estadística tienen las fluctuaciones de la tasa oficial de mortalidad infantil observadas en la década? ¿Son estas fluctuaciones espurias? Seguidamente se examinan tres aspectos que pudieron generar tendencias espurias en la tasa de mortalidad infantil: (1) registro tardío y cambio en el tamaño de las cohortes; (2) errores aleatorios; y (3) cambios en la clasificación de nacido muerto y nacido vivo.

4.1 Registro tardío y cambio en el tamaño de las cohortes

La DGEC usualmente espera dos o tres meses después de finalizar el año antes de procesar las estadísticas vitales del año que terminó. Esta demora tiene como propósito incluir en el año que les corresponde a boletas que llegan con retraso a la Dirección. A pesar de ello, existe la posibilidad de que un lote rezagado de boletas de defunción no sea incluido en el año que le correspondía sino en el siguiente. Esto podría generar una variación en la tasa como la observada en 1989-1990, esto es una caída espuria en el año en que se dejó de contabilizar el lote de boletas atrasadas, y un incremento igualmente espurio el año siguiente.

Un examen de la información cruzada del año de ocurrencia de las defunciones infantiles y el año en que son contabilizadas muestra un registro tardío de 2% a 4% durante la década de los 80. Casi todo este registro tardío se concentra en el año siguiente al del fallecimiento. Dado que esta cantidad es pequeña y bastante estable, puede concluirse que las tasas oficiales no adolecen de errores por este concepto. Mirando más de cerca al año 1990, se encontró que 2% (21 casos) de las defunciones infantiles contabilizadas en este año fueron en realidad de 1989. Esta es una cantidad muy similar a la observada para 1988-89. Puede, por tanto, afirmarse con certeza que ni la caída de 1989 ni el aumento de 1990 se deben a registro tardío.

Por otra parte, es sabido que una parte de las defunciones infantiles de un año calendario son de niños que nacieron en el año anterior. En la década de los 80, de 15% a 21% de las defunciones infantiles tuvieron lugar en el año calendario siguiente al de nacimiento. La tasa tradicional de mortalidad infantil no toma en cuenta este hecho, por lo que podría estar sujeta a variaciones espurias cuando se producen cambios bruscos en el tamaño de las cohortes. Por ejemplo, en un año determinado podría darse un número relativamente elevado de defunciones infantiles debido a que el año anterior hubo un gran número de nacimientos. Para corregir este problema se clasificó las defunciones infantiles según año de nacimiento (con base en la información sobre la fecha exacta de defunción y la edad exacta del fallecido) y se estimó la probabilidad exacta de morir en el primer año con técnicas de uso común en demografía (Ortega, 1987: 143-145).

El Gráfico 3 presenta las tasas de mortalidad corregidas por el cambio en el tamaño de las cohortes

y registro tardío de defunciones, es decir basadas en información del año en que realmente ocurrió la defunción y el año de nacimiento del niño (para 1990 se supuso que un 2% de las defunciones infantiles se registrarán en 1991, porcentaje igual al observado en 1989-90). Al comparar esta nueva serie de tasas (denominada cálculo exacto) con la serie oficial se observa una gran similitud entre las dos series. Puede concluirse, entonces, que la tendencia de la mortalidad infantil en la década de los 80 no está distorsionada por problemas de registro tardío o cambio en el tamaño de las cohortes.

4.2 Errores aleatorios

Algunas variaciones de la tasa de mortalidad infantil bien pueden ser producto del azar y no de un cambio real en las condiciones de salud de la población. La tasa es más y más inestable en la medida en que la población es más y más pequeña. Para evaluar este problema se calculó el intervalo de confianza (a un 95%) de la variación porcentual de la tasa de mortalidad infantil con respecto al año anterior, usando la fórmula exacta de Fisher (Ipsen, 1984). Las variaciones anuales y el intervalo de confianza se presentan en el Gráfico 4. En general, la amplitud de los intervalos de confianza en el gráfico es ± 8 puntos porcentuales. Vale decir que variaciones anuales de 8% o menos en la tasa de mortalidad infantil de Costa Rica no son estadísticamente significativas. El gráfico muestra que solo en dos años la tasa disminuyó o aumentó significativamente. Se comprueba así que en la década de los 80 hubo un estancamiento en la tasa de mortalidad infantil. Las excepciones a lo anterior son la caída de 19% en 1988 y el aumento de 10% en 1990, que son significativas.

4.3 Clasificación de óbito fetal y defunción infantil

Algunas veces se presta a confusión la distinción entre un óbito fetal (nacido muerto o mortinato) y una defunción infantil en los minutos u horas siguientes al parto. Esta distinción depende de cómo se defina un nacimiento vivo. Aunque en el período en estudio la definición de nacido vivo no cambió en Costa Rica, es posible que hayan ocurrido modificaciones en la aplicación de esta definición en las distintas instancias de la recolección y procesamiento del dato de defunciones. Modificaciones de esta naturaleza generarían variaciones espurias, u ocultarían variaciones genuinas, en la tasa de mortalidad infantil. Para explorar si tales cambios han ocurrido deben

examinarse las tasas de mortinatalidad y las tasas de mortalidad infantil en los minutos y horas siguientes al parto. Un cambio en la aplicación de la definición de nacido vivo se reflejaría en un aumento brusco de la tasa de mortalidad fetal y una disminución en la mortalidad infantil, o viceversa. El Gráfico 5 presenta las series de tasas de mortalidad fetal (mortinatalidad) y las de mortalidad infantil en la hora siguiente al parto y en los tres días subsiguientes (1-71 horas). Estas series no presentan anomalías importantes. La tasa de mortalidad fetal fluctúa alrededor de 9,3 por mil durante toda la década, y la tasa de mortalidad en la primera hora fluctúa alrededor de 1,3 por mil. En particular, no se observa que en 1988 haya habido un traslado masivo de defunciones infantiles a óbitos fetales como para explicar la significativa caída de la tasa de mortalidad infantil en ese año. Análogamente, no hay rastros de que el aumento de 1990 sea el producto espurio de un reclasificación de óbitos fetales como muertes infantiles.

En resumen, los datos examinados hasta el momento muestran que el calificativo que mejor caracteriza a la tendencia de la mortalidad infantil en la década de los 80 es el de estancamiento. Las excepciones a esta tendencia son una significativa disminución en 1988 y un aumento significativo en 1990. No hay evidencia de que estos cambios, o la ausencia de ellos, sean el producto espurio de deficiencias en los datos básicos, tales como registro tardío de defunciones o cambios en los criterios de clasificación de los óbitos fetales.

5. Componentes de la mortalidad Infantil

El análisis de los componentes de la mortalidad infantil por edad y causa de defunción y las diferencias regionales es un primer paso necesario para comprender la naturaleza y las causas de las tendencias bajo estudio.

El Gráfico 6 muestra la serie de tasas de mortalidad neonatal (menos de un mes) y tardía (1-11 meses) y, como elemento de referencia la tasa entre los niños de 1 a 4 años de edad. La tasa neonatal no depende tanto de las condiciones socioeconómicas como de la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, y también está fuertemente influida por los problemas genéticos. En contraste, la tasa de mortalidad infantil tardía está más asociada a las condiciones socioeconómicas, saneamiento ambiental y la atención primaria de la salud (Bermúdez, 1991b). La etiología de la mortalidad en niños de 1 a 4 años es parecida a la de 1 a 11 meses, con la diferencia de

que después del año de edad cobran más importancia los accidentes.

La tasa de mortalidad neonatal muestra una tendencia decreciente desde 1985, que se interrumpe en 1990. Esta tasa pasó de alrededor de 12 por mil en 1984 a 9 por mil en 1989 (Gráfico 6). Parte de esta disminución fue contrarrestada por un aumento en la mortalidad tardía en 1986 y 1987. La tasa de mortalidad post-neonatal o tardía, que venía fluctuando alrededor de 7 por mil, cae a 5 por mil en 1988, pero en 1990 se eleva nuevamente a 6 por mil. La tasa de niños de 1 a 4 años presenta, por su parte, grandes y zigzaguenates fluctuaciones anuales, es decir que se trata de un indicador bastante inestable, en el que es difícil distinguir tendencias a corto plazo.

Aunque la disminución de la mortalidad infantil de 1988 y el aumento de 1990 fueron generados tanto por la tasa neonatal como por la tardía, fue la mortalidad tardía la que tuvo una influencia mayor en estos cambios.

Las tendencias por grupos de causas de muerte (Gráfico 7) siguen un patrón muy claro y consistente con el observado por edad. La tasa por causas perinatales (principalmente asfixias y traumas del parto) se reduce gradualmente de 8 por mil en 1984 a 5 por mil en 1989. Esta caída determinó el curso de la mortalidad neonatal observado anteriormente. En cambio, la mortalidad por causas infecciosas y similares sigue un curso similar al descrito para la post-neonatal: estancamiento de 1981 a 1987, caída importante en 1988 y aumento en 1990. La mortalidad por malformaciones congénitas, lo mismo que la del grupo residual de causas, permaneció esencialmente constante a lo largo de la década. Puede concluirse, entonces, que la disminución de la mortalidad infantil de 1988 fue causada tanto por el control de muertes perinatales como por las de origen infeccioso, mientras que el aumento de 1990 fue causado sobre todo por el deterioro en las de origen infeccioso.

La evolución diferencial de la mortalidad infantil por cuatro grandes regiones da luces adicionales sobre lo ocurrido en Costa Rica en la década bajo estudio (Gráfico 8). En la Región Metropolitana de San José (que incluye también las ciudades de Heredia, Alajuela y Cartago) se observa desde 1984 una disminución continua de la tasa, la cual pasó de 19 por mil en 1983 a 14 por mil en 1989-90. Una tendencia paralela tiene lugar en el resto del Valle Central, con la diferencia de que en 1989 y 1990 la

tasa aumenta ligeramente. En contraste, en las dos regiones de fuera del Valle Central la tasa de mortalidad infantil cae alrededor de cuatro puntos en 1988 y aumenta tres en 1990. Además, en 1984 ocurre un importante aumento en la tasa de las ciudades de fuera del Valle (de 19 a 23%) y en 1986-87 uno en las zonas rurales de fuera del Valle (de 17 a 20%). Estos aumentos contrarrestaron la disminución observada en el Valle Central y resultaron en un estancamiento del promedio nacional 1981 y 1987. A su vez, las variaciones ya comentadas fuera del Valle Central en 1988 y 1990 fueron las principales responsables de los cambios significativos que tuvieron lugar en las tasas nacionales en esos años.

En suma, pareciera que el elemento clave de las tendencias de la tasa de mortalidad infantil en los 80 ha sido el comportamiento de las regiones de fuera del Valle Central y, en algún grado, el de la mortalidad de tipo infeccioso. Las tendencias en el Valle Central y en la mortalidad por causas perinatales fueron en general más favorables durante la década que las del resto del país y de las causas restantes.

6. Discusión

Basado en las estadísticas vitales, este documento presenta un análisis estadístico descriptivo de la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica a lo largo de la década de los 80. Como antecedente se señala que esta tasa viene disminuyendo casi ininterrumpidamente desde principios de siglo. Este descenso ha guardado cierta correspondencia con el desarrollo económico y social del país, por lo que no es de extrañar que se haya estancado durante la crisis económica de los 80. Pero parte del descenso de la mortalidad infantil también ha tenido lugar por causas distintas a las mejoras socioeconómicas. En particular, una extraordinaria caída de la tasa en la década de los 70 se explica principalmente por los programas de salud ejecutados en el periodo, especialmente en el área de la atención primaria de la salud.

La tasa de mortalidad infantil permaneció esencialmente estancada en 18 por mil de 1981 a 1987. En 1988 ocurrió una caída muy significativa y en 1990 se produjo un aumento también significativo. La tasa en este último año es de 15 por mil. La caída de 1988 se inició a finales del año previo y terminó a mediados de 1989. Por su parte, el aparente aumento de 1990 en realidad se inició a

mediados del año previo y continuó hasta el primer cuatrimestre de 1990. A partir de mayo de 1990 la tasa ha comenzado a disminuir. Es, por tanto, erróneo adscribir el aumento de la mortalidad infantil de 1990 al cambio de gobierno que tuvo lugar en ese año.

Las variaciones en la tasa de mortalidad infantil - y el estancamiento - arriba descritos son genuinos. No son el producto espurio de registro tardío de defunciones, cambios en el tamaño de las cohortes, errores aleatorios, ni cambios en la clasificación de los óbitos fatales.

Las variaciones significativas observadas en la década de los 80 en la tasa de mortalidad infantil (caída en 1988 y aumento en 1990) estuvieron gobernadas principalmente por las tendencias en la mortalidad de origen infeccioso y carencial y por las tendencias fuera del Valle Central. En contraste, la mortalidad por causas perinatales (y consecuentemente la tasa neonatal) presenta una moderada pero sostenida disminución desde 1984. De igual modo, las tasas en la Región Metropolitana de San José y otras áreas del Valle Central presentan un continuo descenso desde mediados o principios de la década. El aumento de 1990 no está presente en San José y es negligible en el resto del Valle Central. Estos hechos sugieren que tanto el ritmo de descenso como el estancamiento fueron determinados principalmente por las intervenciones de atención primaria de la salud, ya que la mortalidad de origen infeccioso es la más afectada por estas intervenciones, al tiempo que las poblaciones de fuera del Valle Central son las más vulnerables y dependientes de lo que haga el Estado en este campo. Esta conclusión es más bien una hipótesis que debe ser investigada mediante el estudio detallado de la información sobre las intervenciones de atención primaria en las localidades específicas de Costa Rica; tarea nada fácil dada la dificultad para disponer de esta información. Tal estudio es de gran importancia para planear futuras intervenciones para reducir la tasa de mortalidad del país. Al respecto conviene recordar que, no obstante los logros pasados, la tasa costarricense es casi el triple de la alcanzada por los países líderes en esta materia como Japón y los escandinavos.

Por su parte, el descenso sostenido de la mortalidad perinatal sugiere que en el país ha habido un continuo mejoramiento de la atención hospitalaria especialmente en el parto y la neonatología. Nuevamente esta es una hipótesis que requiere verificación. En particular, parece importante la

monitoría de la mortalidad específica por hospital. Un estudio de 1984 mostró que la mortalidad neonatal era significativamente mayor en los partos ocurridos en tres hospitales, a saber: San Juan de Dios, de Limón y de Cartago (Bermúdez, 1991a). Este hallazgo debería haberse investigado a fondo y estudios similares deberían efectuarse para años posteriores.

El descenso continuado de la tasa en la Región Metropolitana es coherente con las hipótesis anteriores. La población de esta región en cierta medida ve por su propio bienestar y no depende de las intervenciones de atención primaria. El mejoramiento del cuidado hospitalario podría, por otra parte, haber beneficiado preferentemente a esta población.

Sin perjuicio de las investigaciones a fondo que deben hacerse para determinar las causas de las tendencias en la década, es útil dar un primer vistazo a estadísticas nacionales indicativas de las intervenciones de salud. El Cuadro 1 muestra que el gasto en salud pública se redujo substancialmente en Costa Rica en la década de los 80, tanto en términos absolutos como relativos. El progreso en otros campos como en la cobertura del seguro social y los recursos humanos en salud continuó durante la década pero a un ritmo mucho más lento que en los años 70. En cuanto a atención hospitalaria, el número de egresos se redujo pero la proporción de partos atendidos en hospitales se elevó a 96% a pesar de que ya era alta en 1980 (91%). En el mismo sentido, es alentadora la continuación del progreso en la provisión de agua a las viviendas. En cambio, pareciera que la consulta ambulatoria y la cobertura de los programas de atención primaria sufrieron un retroceso. Si estas tendencias negativas no son producto de deficiencias en los datos, serían coherentes con las hipótesis anteriormente mencionadas y con la evolución de la mortalidad por causas y regiones.

7. Referencias

Behm, H. (1990). Los determinantes de la sobrevivencia en la infancia: un marco de referencia para su análisis. En CELADE, Factores Sociales de Riesgo de Muerte en la Infancia. (pp. 11-30). Santiago, Chile: CELADE, Serie OI, No. 41.

Behm, H., Granados, D., & Robles, A. (1987). Costa Rica: los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia

infantil 1960-1984. San José, Costa Rica: CELADE, Serie A, No. 1049.

Bermúdez, A. (1991a). Mortalidad infantil en Costa Rica: Resultados de un Pareo entre registros de nacimientos y defunciones. 1984. [Documentos de Trabajo No. 146]. Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas. Bermúdez, A. (1991b). Determinantes individuales y contextuales de la mortalidad infantil en Costa Rica 1984. [Documentos de Trabajo No. 150]. Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas.

Caldwell, J. C. (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12(2), 171-220.

Ipsen, J. (1984). The ubiquitous 2x2 table, its parameters and their confidence limits. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 12(2), 121-127.

Mata, L., & Rosero Bixby, L. (1988). National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectorial Action. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, Technical Paper N. 13.

Monnier, A. (1990). The demographic situation of Europe and the developed countries overseas: an annual report. *Population (English Selection)*, 2, 231-242.

Mosley, W. H., & Chen, C. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. In H. Mosley, & C. Chen (Editors.), *Child Survival: Strategies for Research*. (pp. 25-45). New York: Supplement to *Population and Development Review* 10.

Ortega, A. (1987). Tablas de Mortalidad. San José, Costa Rica: CELADE, Serie E, No. 1004.

Rosero Bixby, L. (1986). Infant mortality in Costa Rica: explaining the recent decline. *Studies in Family Planning*, 17(2), 57-65.

Rosero Bixby, L. (1991a). Socioeconomic development, health interventions, and mortality decline in Costa Rica. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Supplement N. 46, 33-42.

Cuadro 1

Indicadores de las intervenciones de salud pública en Costa Rica, 1970-1990

Indicadores	1970	1980	1990
Gasto público en salud:			
Per cápita en US\$ de 1990	78	152	109
Porcentaje del PIB	5.1	7.6	5.6
Infraestructura física:			
Camas de hospital por 10.000 hab.	41	33	25
Recursos humanos en salud:			
Médicos por 10,000 personas	56	78	89
Estructura organizacional:			
Cobertura del Seguro Social (%)	39	70	79
Atención hospitalaria			
Egresos por 1,000 personas	111	117	105
Nacimientos en hospitales (%)	70	91	96
Atención secundaria:			
Consultas al médico per cápita	2.0	2.9	2.5
Atención primaria:			
Cobertura administrativa programa (%)	0	60	57
Pob. con conexión domiciliaria de agua(%)	75	85	94

Fuente: Actualizado de Rosero, 1991.

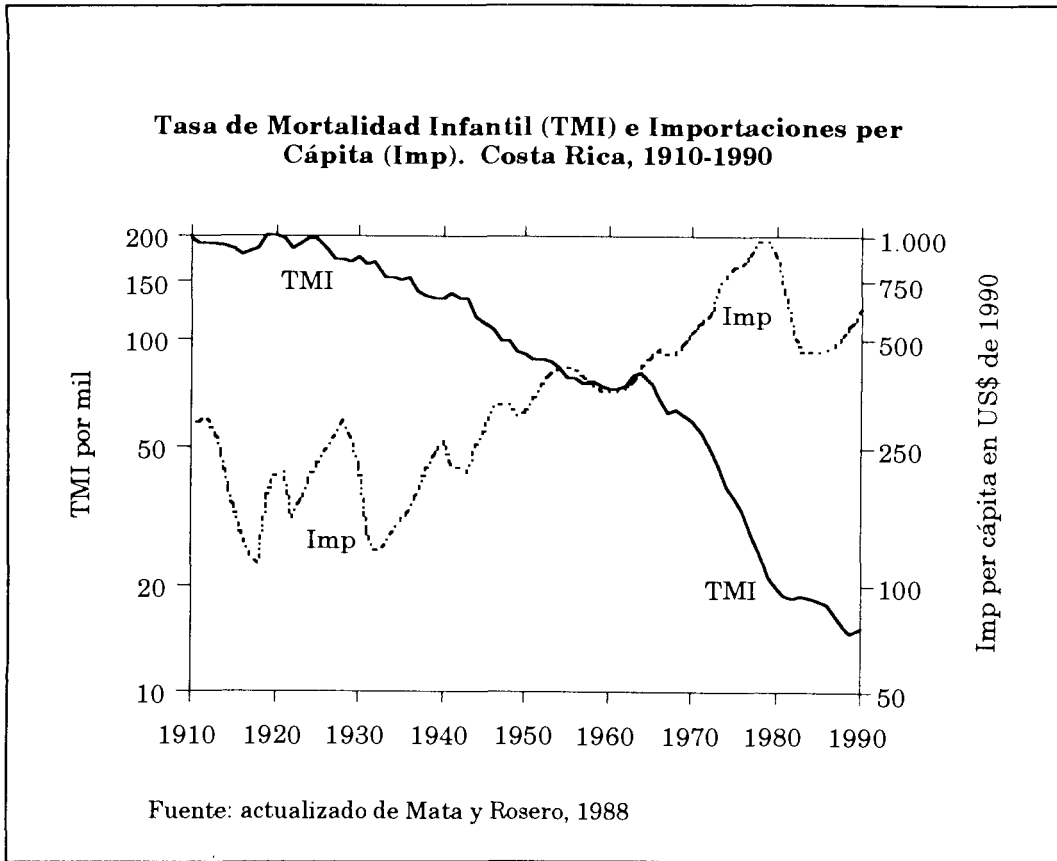


Gráfico 1

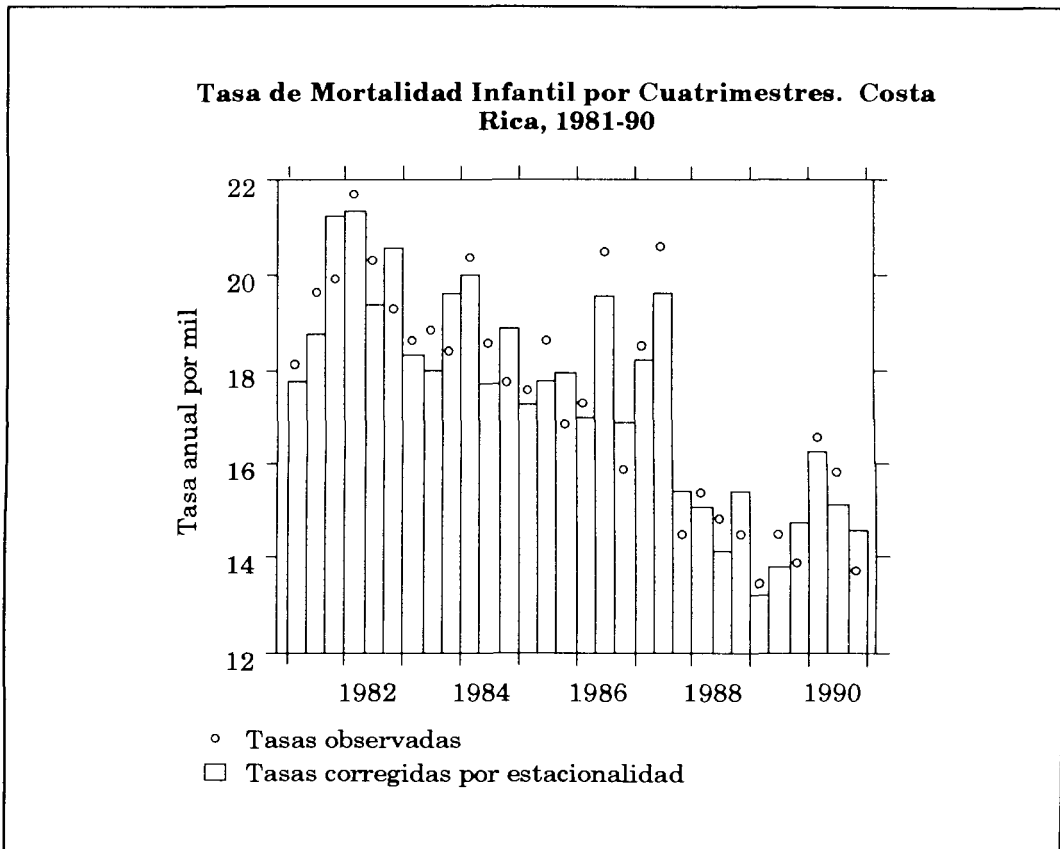
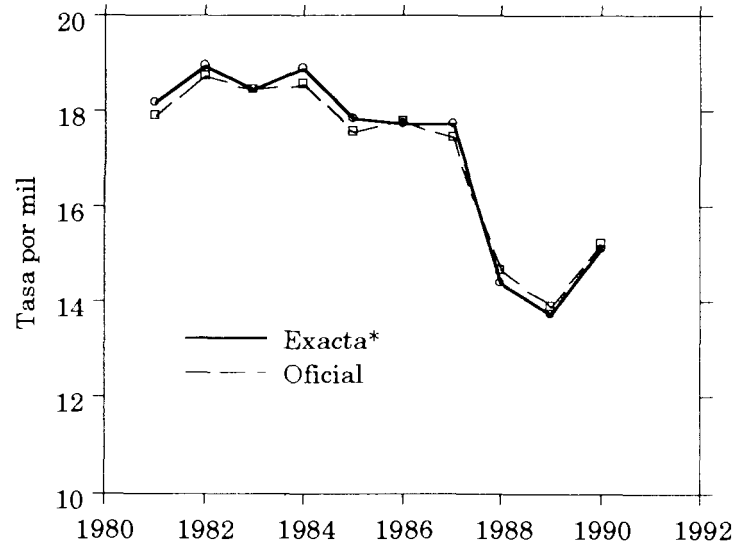


Gráfico 2

Tasa de Mortalidad Infantil, Cálculo Exacto y Estimación Oficial. Costa Rica, 1981-90



* Incluye correcciones por registro tardío y variación en el tamaño de las cohortes

Fuente: DGEC, Estadísticas Vitales no publicadas

Gráfico 3

Cambio Anual y su Error Aleatorio en la Tasa de Mortalidad Infantil. Costa Rica, 1981-90

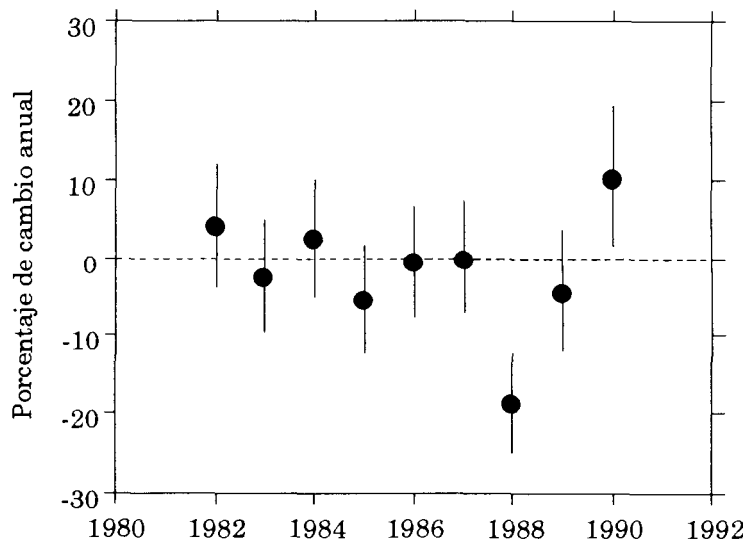


Gráfico 4

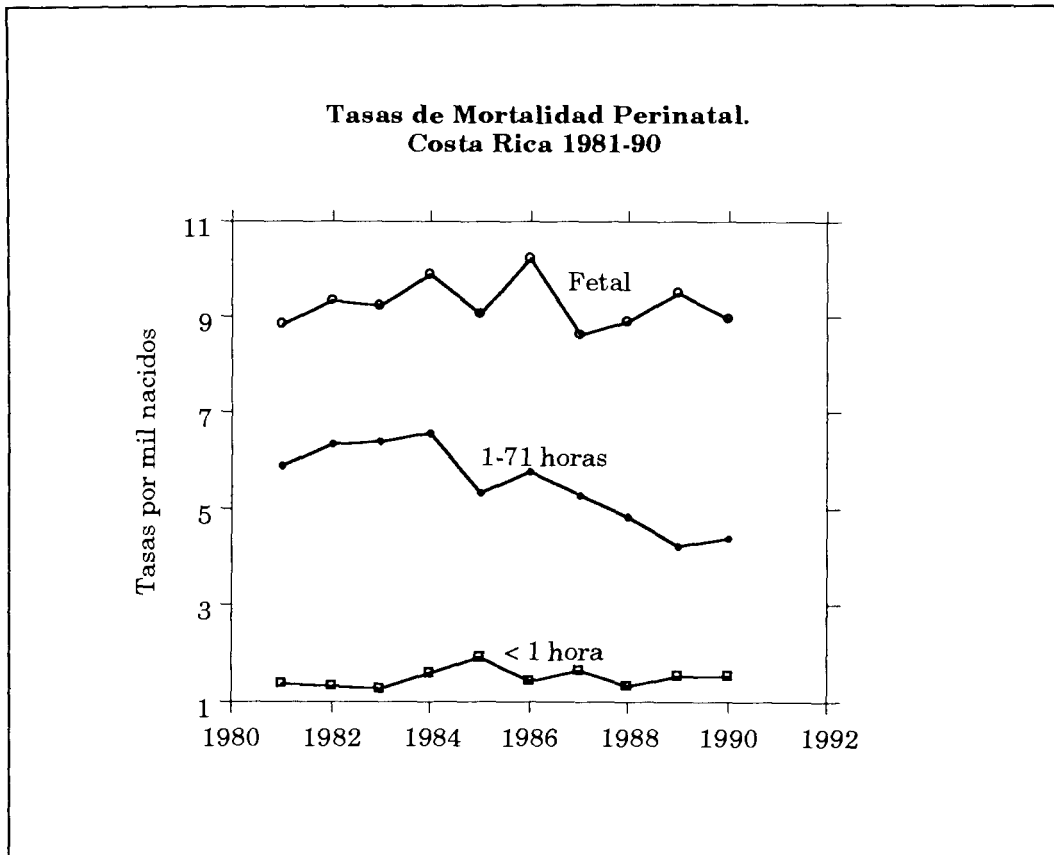


Gráfico 5

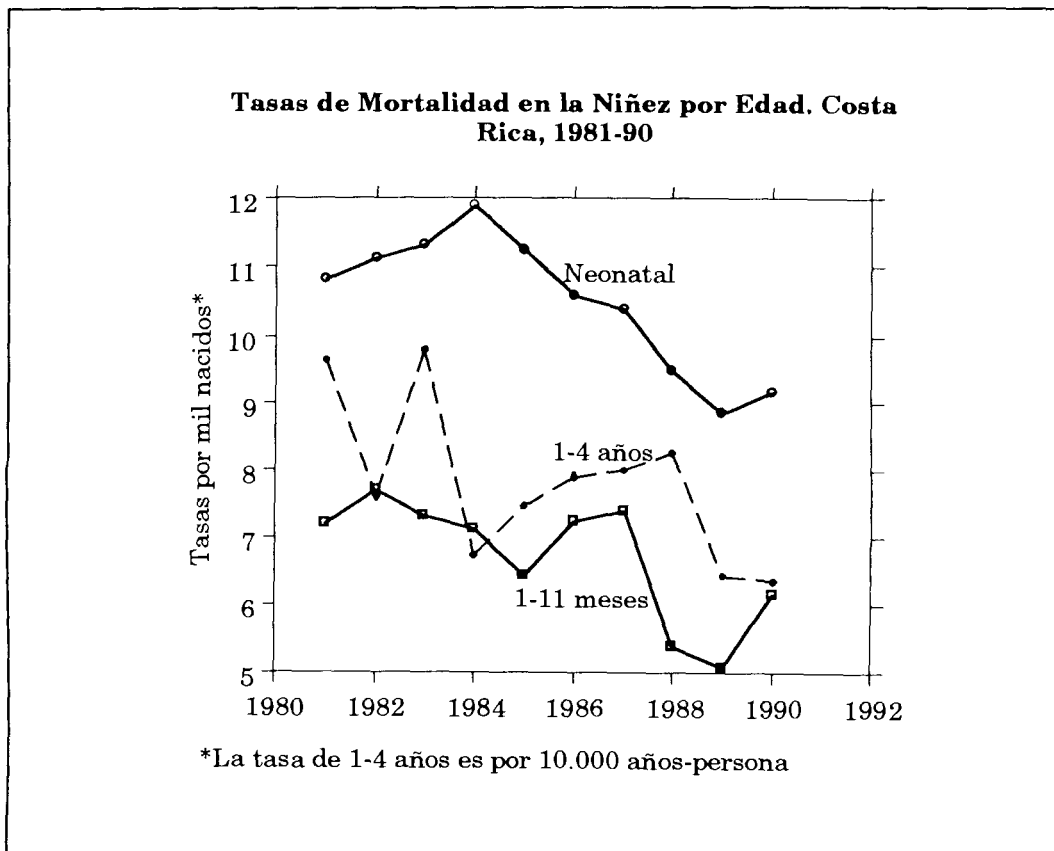


Gráfico 6

Tasas de Mortalidad Infantil por Grupos de Causas de Muerte. Costa Rica, 1981-90

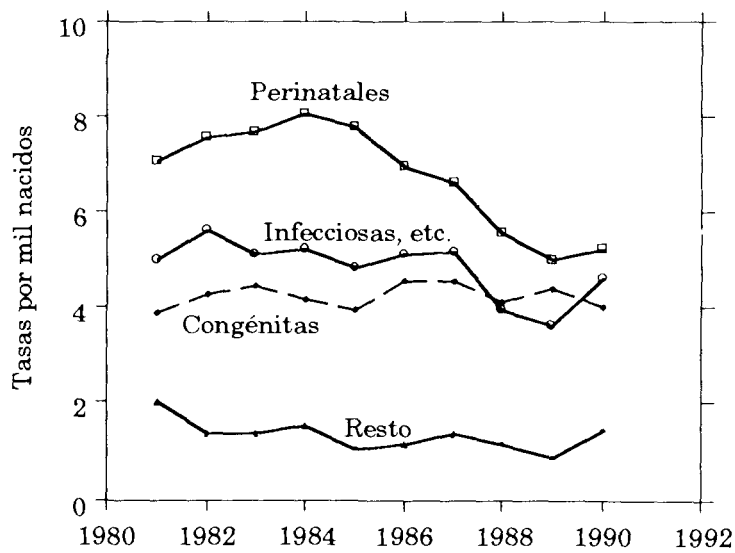


Gráfico 7

3. LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD DE ADULTOS

Luis Rosero Bixby¹

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica y
Office of Population Research, Princeton University

1. Introducción

Los estudios sobre la transición epidemiológica de Costa Rica se han concentrado en los niños en razón de que el principal factor en la reducción de la mortalidad ha sido la prevención de las muertes prematuras (Behm, 1976; Rosero-Bixby, 1986; CELADE, Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica, 1987; Cervantes y Raabe, 1991). La mayor disponibilidad información sobre la mortalidad en la niñez y el hecho de que la población sea predominantemente joven (en 1960, el 47% de la población tenía menos de 15 años) han contribuido también a que se otorgue atención preponderante al estudio de la mortalidad temprana.

Esta sección cambia el foco de atención de la mortalidad de los niños a los adultos. El objetivo es describir la evolución de la mortalidad en edades adultas en Costa Rica, identificar sus componentes clave y sacar conclusiones respecto de sus probables determinantes. La sección se divide en cuatro subsecciones: (1) información y métodos utilizados; (2) reducción del riesgo de muerte en dos grupos de edad adulta (20 a 49 y 50 a 79 años); (3) análisis del riesgo de muerte por distintas causas; y (4) análisis de la mortalidad de adultos por cantón.

En el contexto latinoamericano Costa Rica es un país mucho más avanzado en lo social que en lo económico. En 1990, el ingreso per cápita fue de unos 1.900 dólares de los Estados Unidos, cifra levemente inferior al promedio de América Latina. Aproximadamente la mitad de la población reside en zonas rurales y un tercio de la fuerza de trabajo está empleada en la agricultura. Como indicadores del desarrollo social del país se tiene que sólo un 7% de los adultos son analfabetos, prácticamente todos los niños asisten a la escuela, el 79% de la población está amparada por el sistema de seguridad social y el

94% cuenta con suministro de agua corriente (Cuadro 1).

Un hecho notable de la evolución socioeconómica reciente del país es el estancamiento de la década de 1980, el cual es similar al observado en otros países latinoamericanos. Como consecuencia de este estancamiento, en 1990 el PIB y el gasto per cápita en salud pública son inferiores a los de 1980. Aunque los principales indicadores de salud no registran retrocesos en ese periodo, sí se produjo un deterioro de otros indicadores sociales, como la asistencia escolar (Cuadro 1).

En lo referente a la oferta de servicios de salud cabe recordar que la medicina en Costa Rica está altamente socializada. Por ejemplo, en 1990 sólo el 1% de los egresos hospitalarios corresponden al sector privado. La cobertura de los servicios médicos es alta; por ejemplo, en 1990 el 97% de los partos tuvieron lugar en hospitales. Sin embargo, la calidad del servicio frecuentemente es cuestionada. El gasto del sector público destinado a salud registró su nivel máximo en 1980, cuando alcanzó al 7.6% del PIB; en 1990 representa el 5.6% del PIB (Cuadro 1).

En la evolución reciente de la mortalidad en Costa Rica destaca el extraordinario progreso de la década de 1970 (Caldwell, 1986). Entre 1970 y 1980, la esperanza de vida aumentó de 65 a 73 años, gracias sobretudo a un drástico descenso de la tasa de mortalidad infantil de 67 a 21 por mil. Este descenso se ha atribuido principalmente a los programas poco costosos de atención primaria de la salud en las poblaciones rurales iniciados en 1973. También se ha determinado que los programas de salud convencionales, las circunstancias socioeconómicas favorables y una sustancial reducción de la fecundidad son factores que contribuyeron al mejoramiento de la salud infantil en el decenio (Rosero-Bixby, 1986).

¹ Reconocimiento. Esta sección es parte de un proyecto de investigación sobre las políticas de salud en Costa Rica, subsidiado por el Organismo Sueco de Cooperación con los Países en Desarrollo para la Investigación (SAREC). El Dr. Leonardo Mata aportó valiosos comentarios a una versión preliminar del documento. El autor estuvo asociado al Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica durante la preparación del estudio.

Pese a la recesión económica, la mortalidad continuó bajando en los años ochenta, aunque a un ritmo más lento. La esperanza de vida aumentó de 72.6 a 75.2 años y la mortalidad infantil se redujo de 21 a 16 por mil entre 1980 y 1990 (Cuadro 1). Este adelanto es hasta cierto punto inesperado porque se produce en circunstancias socioeconómicas difíciles, paralelamente a la disminución del gasto en salud pública y al deterioro de estos servicios (Cuadro 1). En la actualidad Costa Rica es, junto con Cuba, el país con los mejores indicadores de salud de América Latina, con niveles de esperanza de vida que son comparables a los de Europa Occidental y Estados Unidos.

2. Información y métodos

La mayoría de los análisis en la presente sección se basan en el riesgo de muerte de los grupos de 20 a 49 y 50 a 79 años de edad. El riesgo corresponde a la probabilidad de morir en el intervalo correspondiente de edades de las personas que llegan con vida al comienzo del intervalo. El riesgo se calculó partir de las tasas de mortalidad específica por edades (m_x) y las siguientes relaciones aproximadas (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern, 1982, p. 107):

$$Q_{(20-49)} \approx 1 - \exp\left(-n \sum_{20}^{50-n} m_x\right)$$

$$Q_{(50-79)} \approx 1 - \exp\left(-n \sum_{50}^{80-n} m_x\right)$$

También se estimó el riesgo de muerte por causa de defunción i . En este caso, el riesgo representa la probabilidad de muerte por una determinada causa (o conjunto de causas) en el intervalo de edad correspondiente y en ausencia de otras causas. La siguiente relación permite agregar los riesgos de muerte por k diferentes causas:

$$Q = 1 - \prod_{i=1}^k (1 - Q_i)$$

La contribución proporcional de la i^{a} causa de muerte a la reducción del riesgo de muerte por todas las causas en un periodo dado –la "reducción del riesgo atribuible" (D_i)– se estimó utilizando la siguiente relación:

$$D_i \approx \frac{\Delta Q_i}{\Delta Q} \frac{1 - \bar{Q}}{1 - \bar{Q}_i}; \quad \sum_i D_i = 1$$

en la que Q es el riesgo medio en el período y el símbolo Δ indica la magnitud del cambio (la primera diferencia) durante el período.

El riesgo de muerte por todas las causas se tomó de una serie de tablas de vida del período 1920-1980 (Rosero-Bixby y Caamaño, 1984). Esta serie incluye ajustes para tomar en cuenta el subregistro de muertes. La serie se actualizó con tablas de vida correspondientes a 1985 y 1990 en cuyo cálculo se emplearon los mismos procedimientos y ajustes que en la tabla de vida de 1980.

Se definieron 17 categorías de causas de muerte, sobre la base de la clasificación en 12 grupos de Preston, Keyfitz y Shoen (1972). En el Cuadro 2 figuran las definiciones de estas categorías según la Clasificación Internacional de Enfermedades, revisiones quinta a novena. Las tasas de mortalidad específicas por edad clasificadas por causa y correspondientes a 1951-1952 y 1961-1962 provienen de los anuarios estadísticos que publica la Dirección General de Estadística y Censos. Los datos correspondientes a 1971-1972, 1981-1982 y 1989-1990 se extrajeron de archivos de computadora proporcionados por dicha institución.

El análisis por cantón se basa en dos cortes transversales correspondientes a los años censales 1973 y 1984. El país se dividió en 100 unidades geográficas que aquí se denominan genéricamente "cantones" para los propósitos de este estudio. Las tasas de mortalidad son promedios de períodos de tres años (1972-1974 y 1983-1985), las cifras de defunciones provienen de archivos en computadora de las estadísticas vitales y la población proviene de los censos de 1973 y 1984. Se calcularon también tasas de mortalidad infantil a partir de los datos censales sobre la proporción de niños supervivientes.

El análisis cantonal considera las siguientes variables explicativas:

- a) Desarrollo socioeconómico, medido por un índice que es la combinación lineal de datos censales correspondientes a siete indicadores (ponderación de cada indicador entre paréntesis): nivel de ingreso, medido por la presencia de siete bienes y servicios en el hogar (1), proporción de actividades no agrícolas (1), urbanización (1), mujeres en la fuerza de trabajo (3), alfabetización (3), asistencia escolar (2) y nivel de

educación aprobado (2). Las ponderaciones se determinaron mediante un análisis factorial exploratorio. En otro estudio se presenta información detallada sobre este índice y la definición de los cien cantones (Rosero-Bixby, 1991b, cap. 5).

b) Seguridad social, como indicador de acceso a los servicios médicos. Es la proporción de la población que está cubierta por el sistema de seguridad social, según los censos de 1973 y 1984.

c) Proporción de defunciones con asistencia médica; calculada a partir de estadísticas vitales.

d) Cobertura de los servicios de atención primaria de la salud, medida por la proporción de la población residente en zonas cubiertas en 1984 por los programas de salud rural y comunitaria.

e) Incremento del acceso a la atención secundaria de la salud, estimado por la proporción de la población que vive en las zonas cubiertas por las clínicas y los centros de salud inaugurados entre 1970 y 1983.

f) Tiempo de viaje a San José en 1970 y 1984; indicador de acceso a los servicios de salud y otros servicios sólo disponibles en la capital, promedio de los tiempos de viaje de cada segmento censal, reportados por los supervisores del censo de 1984 (información inédita).

Los modelos de regresión múltiple se estimaron con mínimos cuadrados ponderados, usando como variable de ponderación la raíz cuadrada de la población del cantón en las edades pertinentes. Estas ponderaciones corrigen las distintas varianzas resultantes de las diferentes magnitudes demográficas de los cantones (Hanushek y Jackson, 1977, pp. 150-168). Los modelos de regresión se estimaron con el programa econométrico de cómputo SHAZAM.

3. Nivel y tendencia de la mortalidad de adultos

En 1920, un costarricense de 20 años de edad tenía un 40% de posibilidades de morir antes de cumplir 50 años; en 1990 el riesgo era de sólo 6.1% en el caso de los varones y de 3.3% en el de las mujeres, lo que refleja una disminución superior al 80% (Cuadro 3). Esta baja es de una magnitud similar a la observada en la mortalidad infantil, que se redujo de 200 a 16 por mil en el mismo período (Rosero-Bixby y Caamaño, 1984). La mortalidad de los adultos jóvenes registró una disminución sostenida desde 1920, excepto entre 1960-1965, período en que la mortalidad masculina aumentó levemente. La baja más rápida se produjo en el decenio de 1950, gracias a la aplicación en Costa Rica de técnicas desarrolladas en la Segunda Guerra Mundial, como los antibióticos y de DDT. El riesgo de muerte de los adultos jóvenes se redujo en un 5% anual en los años cincuenta. En segundo lugar en orden de rapidez se encuentra la baja registrada en el decenio de 1940, probablemente condicionada por factores similares a los que se manifestaron en la década siguiente. Los años setenta destacan por los avances ocurridos entre las mujeres, quizá debido a las mejores condiciones de salud reproductiva.

La reducción del riesgo de muerte en grupos de edades más avanzada (50 a 79 años) fue menos drástica, pero también fue importante. En 1990 la probabilidad de muerte correspondiente a este grupo de edades era de 54% en el caso de los varones y de 40% en el de las mujeres, es decir, un 40% menos que 70 años antes (Cuadro 3). La disminución más rápida de la mortalidad en los grupos de edades más avanzadas se registró a fines del decenio de 1980, lo que es paradójico dadas las adversas condiciones socioeconómicas y de salud pública imperantes en esos años. A comienzos de los años setenta también se produjo una reducción acelerada de la mortalidad de este grupo de edades (Cuadro 3). Así pues, la secuencia temporal de la baja de la mortalidad de los adultos mayores es diferente de la observada en los adultos jóvenes. Sin embargo, hay cierta coincidencia en la secuencia por cohortes de la evolución. El descenso acelerado de la mortalidad en las edades más avanzadas que se produjo en el decenio de 1980 benefició a las mismas cohortes que en los años cincuenta habían registrado una rápida baja como adultos jóvenes.

La ampliación de la brecha entre varones y mujeres, especialmente en el caso de los adultos jóvenes, es una característica destacada de la evolución de la mortalidad en Costa Rica y otros países. Hasta 1940

casi no había ninguna diferencia en el riesgo de muerte de los dos sexos. Desde entonces, la reducción de la mortalidad de los varones ha sido más lenta, por lo que ha aumentado su riesgo relativo de muerte en comparación con las mujeres. En 1990, el riesgo de muerte de los varones era un 84% más alto que el de las mujeres en los adultos jóvenes y un 34% más alto en los adultos mayores.

¿Cómo ha evolucionado la mortalidad de adultos en Costa Rica en comparación con la de otros países? Si se compara con Estados Unidos, la reducción en Costa Rica ha sido extraordinaria, sobre todo en el caso de los varones (Gráfico 1). En 1920, el riesgo de muerte de los adultos jóvenes costarricenses (varones y mujeres) era el doble del de los estadounidenses y en el caso de los adultos mayores era un 16% más alto. Los varones costarricenses cerraron esta brecha en 1960, y actualmente tienen un riesgo de muerte 21% menor en los adultos jóvenes y 7% menor en las edades más avanzadas que los estadounidenses (Gráfico 1). La reducción de la mortalidad de las mujeres costarricenses fue menos pronunciada en términos relativos, a pesar de haber sido más rápida que la de los varones, pero lo suficientemente acelerada para que se igualara a la de las estadounidenses en el decenio de 1980. En la actualidad el riesgo de muerte de las mujeres adultas de ambos países es muy similar.

Si se compara con lo ocurrido en Francia y la República Checa, una vez más se advierte que la reducción de la mortalidad de adultos en Costa Rica, especialmente en el caso de los varones, ha sido excepcional (Gráfico 2). En 1985, la esperanza de vida de los varones de 40 años en Costa Rica era cinco años mayor que en la República Checa y un año mayor que en Francia, en tanto que la de las mujeres era dos años mayor que en la República Checa pero dos años menor que en Francia. En el Gráfico 2 también se observa que la sostenida reducción de la mortalidad contemporánea de adultos no es en absoluto una constante. En la República Checa, al igual que en el resto de Europa oriental y la ex Unión Soviética, la mortalidad de adultos dejó de disminuir, e incluso aumentó, desde el decenio de 1960 (Bourgeois-Pichat, 1985).

Otra característica de las tendencias de la mortalidad de adultos en Costa Rica es que la ampliación de la brecha entre varones y mujeres ha sido menos notoria que en los países industrializados. Aunque la reducción de la mortalidad de varones adultos en Costa Rica ha sido más lenta que la de las mujeres, fue notablemente más rápida que la registrada en los

países industrializados. En cambio, la disminución de la mortalidad de las mujeres costarricenses ha sido mucho más rápida que la de los varones, pero no lo suficiente como para alcanzar el nivel que caracteriza a los países industrializados.

4. Causas de muerte de los adultos

Un aspecto sobresaliente de la evolución epidemiológica es la sustitución de las infecciones y la malnutrición por dolencias degenerativas y provocadas por el hombre como las principales causas de muerte (Omran, 1982). Mohs (1991) compara dos paradigmas en la explicación de este cambio: el "paradigma de la malnutrición", que hace hincapié en el mejoramiento de las condiciones de vida, y el "paradigma de las enfermedades infecciosas", que subraya el papel de las intervenciones de salud, especialmente en la evolución rezagada de los países menos desarrollados. ¿Cómo encaja el patrón costarricense de reducción de las causas de muerte en la vida adulta en estos modelos de la transición epidemiológica?

Según los datos disponibles para el período que se inicia en 1951, el patrón costarricense de causas de muerte se ha modificado en la dirección prevista: la importancia de las infecciones y la malnutrición ha menguado, en tanto que la importancia de las dolencias degenerativas y provocadas por el hombre ha aumentado (Gráfico 3). Más concretamente, el lugar que dejó vacío la reducción de las enfermedades infecciosas y de las deficiencias de la nutrición fue ocupado en gran medida por los accidentes y la violencia en los adultos jóvenes (38% de las muertes en 1989-1990) y por las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores (39% de las muertes en 1989-1990). Cabe señalar, sin embargo, que la contribución de las enfermedades infecciosas y las deficiencias de la nutrición a la mortalidad de adultos era relativamente limitada en el pasado, puesto que representaba el 40% y el 19% de las muertes en los grupos de 20 a 49 y 50 a 79 años de edad, respectivamente, en 1951-1952.

La proporción de causas de muerte mal definidas (incluidas las clasificadas como "senilidad") da una idea de la calidad de los datos. Esta ascendía a un 9% y un 12% en los adultos jóvenes y mayores, respectivamente, en 1951-1952; cifras que nada malas para un país en desarrollo. Como reflejo de una mejora en la calidad de los datos, el grupo de causas

mal definidas descendió a 2% de las muertes en 1989-1990 en ambos grupos de edades. Esto lo obedece a que en 1990 el 96% de las muertes fueron certificadas por un médico. La baja de la proporción de causas de muerte mal definidas es una tendencia favorable, pero dificulta el estudio de la mortalidad atribuible a determinadas causas en un período prolongado. Por ejemplo, es posible que parte de la reducción de las infecciones y malnutrición se deba a la mayor precisión de los diagnósticos y que lo mismo ocurra en parte con el aumento de la contribución de las enfermedades cardiovasculares.

En el Gráfico 4 se presenta la evolución del riesgo de muerte por ciertos conjuntos de causas, definidos en el Cuadro 2. En la parte superior del gráfico se enumeran dolencias de origen infeccioso o nutricional. Se destacan las drásticas reducciones de la tuberculosis respiratoria en los adultos jóvenes durante el decenio de 1950 y de las infecciones agudas de las vías respiratorias durante el decenio de 1970. La virtual eliminación del paludismo en los años cincuenta fue un logro notable en ambos grupos de edades. La reducción de la mortalidad materna en el decenio de 1960, probablemente a consecuencia de la evolución de la fecundidad, fue otra tendencia destacada. El riesgo de muerte por enfermedades diarreicas y dolencias nutricionales registra una disminución sostenida durante el período, aunque no tan rápida como las mencionadas anteriormente. El único incremento evidente de la mortalidad provocada por enfermedades de origen infeccioso es el que se observa en las infecciones agudas de las vías respiratorias en las edades adultas más avanzadas entre 1951 y 1971. El riesgo de muerte por estas dolencias aumentó de 33 a 60 por mil en esos 20 años. Parte de este incremento podría deberse a cambios en los diagnósticos.

En la parte inferior del Gráfico 4 se presenta la evolución del riesgo de muerte por dolencias degenerativas y provocadas por el hombre. Se observan varias tendencias negativas. Las más graves son el aumento de los accidentes automovilísticos, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, entre 1951-1952 y 1971-1972. La mortalidad de los adultos jóvenes por accidentes automovilísticos aumentó siete veces en este período, en tanto la de adultos mayores provocada por diabetes se triplicó. La mortalidad por cáncer del aparato respiratorio, principalmente de pulmón también aumenta sustancialmente, sobre todo en el caso de los adultos jóvenes en los años sesenta y de los adultos mayores en los setenta. El riesgo de muerte por cáncer del aparato respiratorio en 1989-

1990 es tres y dos veces mayor que en 1951-1952 en los adultos jóvenes y mayores, respectivamente.

La tendencia más destacada en este conjunto de causas de muerte fue la pronunciada reducción de la mortalidad por dolencias cardiovasculares en el decenio de 1970 (Gráfico 4). La reducción fue de 38% y 25% en los adultos jóvenes y mayores, respectivamente. En dicho decenio también se registraron bajas importantes de la diabetes, los accidentes y la violencia, incluidos los accidentes automovilísticos. La notable reducción de la mortalidad por cáncer del útero (especialmente neoplasmas en el cuello del útero) que se advierte en el decenio de 1960 se ha atribuido a los programas de detección realizados en parte conjuntamente con servicios de planificación familiar (Rosero-Bixby y Grimaldo, 1985). A su vez, la reducción del cáncer del aparato digestivo, sobre todo de estómago, reviste particular importancia, por su incidencia extraordinariamente alta en Costa Rica. El riesgo de muerte por cáncer del aparato digestivo fue un 46% menor en 1989-1990 que en 1951-1952 en los adultos jóvenes y un 18% menor que en 1961-1962 en los adultos mayores. Las causas de esta tendencia no son claras.

En el Cuadro 4 se indica la contribución estimada de cada causa de muerte a la reducción de la mortalidad general. Esta "reducción atribuible" depende del ritmo de variación de cada causa y de su nivel inicial. Alrededor de tres cuartas partes de la reducción de la mortalidad de los adultos jóvenes y mayores entre 1951-1952 y 1971-1972 puede atribuirse al control de las enfermedades infecciosas y la malnutrición. La contribución de estas patologías pasó a ser de 30% en los decenios de 1970 y 1980. En este último período, las enfermedades cardiovasculares representaron aproximadamente un cuarto de la reducción en los adultos jóvenes y la mitad en los adultos mayores. El incremento de los accidentes y la violencia contrarrestó en un 13% la reducción de la mortalidad de adultos en los decenios de 1950 y 1960, en tanto que en los años setenta y ochenta las causas externas contribuyeron un 13% a esa reducción. La contribución de la tuberculosis y el paludismo a la evolución inicial de la mortalidad fue extraordinaria. Alrededor del 45% de la reducción de la mortalidad de adultos entre 1951-1952 y 1971-1972 en los dos grupos de edades estudiados se debe a la lucha contra estas dos enfermedades. En ese período inicial también cabe destacar la contribución de un 9% de la mortalidad materna a la reducción de la mortalidad de los adultos jóvenes.

La disminución de las causas de muerte mal definidas, casi tan marcada como la reducción de todas las demás causas, dificulta el análisis de los componentes de la evolución inicial de la mortalidad en el grupo de edades más avanzado (Cuadro 4). Parte de la contribución negativa de las enfermedades cardiovasculares (-109%), las infecciones agudas de las vías respiratorias (-45%), la diabetes (-38%) y el cáncer del aparato digestivo (-19%) obedece probablemente a la reducción de las causas de muerte mal definidas, es decir, a una mejora en el diagnóstico. No obstante, este fenómeno explicaría sólo una fracción de esta contribución negativa (44% como máximo). Parecería que, debido a los aumentos de estas causas de muerte y de los accidentes automovilísticos, la disminución de la mortalidad por otras causas fue 50% menor de lo que podría haber sido. Este efecto adverso puede atribuirse a influencias negativas de la prosperidad y la vida moderna, que se manifiesta, entre otras cosas, en un incremento de los accidentes automovilísticos. Parte del aumento de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer del aparato respiratorio y, posiblemente, las infecciones de las vías respiratorias puede atribuirse a la vida moderna, la obesidad, el tabaquismo, los hábitos sedentarios y el consumo de grasas animales. Al parecer estas consecuencias negativas del progreso fueron neutralizadas en los decenios de 1970 y 1980.

Sólo se dispone de la clasificación por sexo de la mortalidad por causas (Cuadro 5) a partir de 1971. Los datos por sexo corroboran las tendencias mencionadas, entre otras la notable contribución de las enfermedades cardiovasculares a la reducción de la mortalidad. En los adultos jóvenes, el factor más importante de la reducción de la mortalidad de los varones (23%) fue el control de los accidentes y la violencia. Estas causas de muerte prácticamente no contribuyeron a la reducción en el caso de las mujeres. Las enfermedades cardiovasculares influyeron en mayor medida en la mortalidad de las mujeres (29%) que de los varones (18%). La mortalidad materna fue el segundo componente en orden de importancia (contribución de 12%) en el caso de las mujeres. En los adultos mayores, la contribución del cáncer de los aparatos digestivo y respiratorio varía notablemente de acuerdo con el sexo. La mortalidad de los varones debida a estas dos formas de cáncer aumentó y su contribución a la evolución fue negativa. En el caso de las mujeres, el cáncer del aparato respiratorio se incrementó en una proporción mínima y el del aparato digestivo se redujo. Por lo tanto, la diferencia entre la mortalidad de los adultos jóvenes de ambos sexos aumentó

debido a la reducción de la mortalidad materna y a una baja más rápida de la mortalidad de las mujeres por enfermedades cardiovasculares. En los adultos mayores, la creciente diferencia obedeció en gran medida a un incremento de las muertes por cáncer de los aparatos respiratorio y digestivo entre los varones.

¿Qué diferencias hay entre el patrón de causas de muerte de los adultos costarricenses y de otros países? La comparación con Argentina y Chile indica que la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (incluidas la neumonía y la bronquitis) es relativamente menor en Costa Rica, en tanto que la mortalidad de los varones por accidentes es mayor (Arriaga, 1991, Cuadro 4). En comparación con otros países, Costa Rica se destaca por la elevada mortalidad por cáncer de estómago y accidentes y la mortalidad relativamente baja por cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares (Brouard y López, 1985; Mesle, 1985).

En el Cuadro 6 se comparan los riesgos de muerte por causas en Costa Rica y Estados Unidos a fines del decenio de 1980. Las enfermedades cardíacas y el cáncer del aparato respiratorio son la clave de la mortalidad comparativamente menor de Costa Rica (véanse las diferencias de riesgo indicadas en el mismo cuadro). El tabaquismo es menor en Costa Rica que en Estados Unidos, lo que podría explicar en parte estas diferencias (Ravenholt, 1990). Otras explicaciones posibles de la menor mortalidad por enfermedades cardíacas en Costa Rica son el hecho de que la población está sujeta a menos tensiones, tiene hábitos menos sedentarios, sobre todo en zonas rurales, y consume menos grasa y proteína; además, hay menos casos de obesidad entre los hombres. La pronunciada reducción de la mortalidad por dolencias cardiovasculares en Costa Rica y Estados Unidos en los años setenta y ochenta es un hecho alentador, e indica que el progreso no tiene que traducirse necesariamente en un aumento de la mortalidad por este tipo de dolencias. En cambio, la mortalidad por cáncer del aparato respiratorio tendrá una evolución menos positiva en Costa Rica. El incremento del tabaquismo entre los jóvenes en el decenio de 1960, probablemente debido al auge de la televisión y las comunicaciones, influirá en la mortalidad por cáncer del aparato respiratorio 30 a 50 años más tarde, es decir, después de 1990.

En la categoría "otros tipos de cáncer" los costarricenses también son afortunados (Cuadro 6). La diferencia con Estados Unidos en esta categoría obedece sobre todo al cáncer de vejiga y próstata en

los varones y al cáncer de mama en las mujeres. La evolución futura del cáncer de vejiga y próstata en Costa Rica es incierta, pero es probable que el cáncer de mama aumente sustancialmente. Ya se ha observado un incremento de la mortalidad por este padecimiento y, según las proyecciones realizadas, la tasa de incidencia de éste aumentará considerablemente (32% en 20 años), simplemente como consecuencia de reducciones previas de la fecundidad (Rosero-Bixby, Oberle y Lee, 1987).

La mortalidad por cáncer de estómago es ocho veces mayor en Costa Rica que en Estados Unidos, aunque ya se ha detectado una baja alentadora en Costa Rica, que probablemente continúe en el futuro. La mortalidad por cáncer de estómago ha venido descendiendo en forma marcada desde hace varias décadas en Estados Unidos, más en las mujeres que en los varones, de tal manera que en 1973-1974, esta tasa correspondía a una quinta parte de la registrada en 1935 en el caso de las mujeres blancas (Devesa y Silverman, 1978, Cuadro 4). Aunque aún no se han determinado las causas de esta reducción, cabe esperar una tendencia semejante en Costa Rica.

La comparación con Estados Unidos también indica que en Costa Rica la mortalidad por infarto en ambos sexos, accidentes automovilísticos en los varones y diabetes y cáncer del cuello del útero en las mujeres podría registrar una importante reducción. Ya se dispone de diversas tecnologías que pueden aplicarse para limitar la sobremortalidad que se observa en Costa Rica.

5. Variación cantonal de la mortalidad de adultos

Los datos examinados hasta ahora demuestran que hay una curiosa relación entre el desarrollo socioeconómico y la evolución de la mortalidad de adultos en Costa Rica. Los indicadores de mortalidad de adultos, progreso socioeconómico e intervenciones de salud muestran tendencias dispares. Además, el riesgo de muerte de los adultos costarricenses es similar o incluso menor que el de los estadounidenses, pese a las enormes diferencias entre unos y otros en cuanto a ingreso, organización social e infraestructura sanitaria. El análisis de las causas de muerte da una idea de los factores que incidieron en la reducción de la mortalidad de adultos en Costa Rica, pero también plantea interrogantes respecto de los posibles determinantes de las tendencias de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El examen de la variación por cantones de la mortalidad de adultos y un escrutinio

de sus posibles asociaciones proporcionaría más información sobre la influencia del desarrollo socioeconómico y las intervenciones de salud en la mortalidad de adultos en Costa Rica.

En el análisis cantonal abarca dos trienios centrados en los años censales 1973 y 1984. Las tasas de mortalidad de adultos jóvenes (20 a 49 años) y mayores (50 a 79 años) se analizan por separado. Se estudian tres tasas de mortalidad en cada grupo de edades: (1) todas las causas de muerte, (2) enfermedades infecciosas y malnutrición, y (3) enfermedades cardiovasculares y diabetes. Es importante tener presente la considerable variación aleatoria que presentan estas tasas a nivel de cantón, a consecuencia de los pequeños números involucrados, sobre todo en el grupo de adultos jóvenes.

¿Existen regularidades geográficas en la mortalidad de adultos en Costa Rica? El mapa corográfico de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares de los adultos mayores en 1973 (Gráfico 5) sugiere cierto agrupamiento geográfico: los cantones con alta mortalidad por enfermedades cardiovasculares se alinean en un eje interoceánico imaginario que une los puertos de Puntarenas y Limón, y abarca el Valle Central y la Capital (San José). El desarrollo socioeconómico y demográfico de Costa Rica se ha concentrado tradicionalmente en ese eje (Hall, 1985). Por lo tanto, el mapa sugiere una correspondencia entre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y el desarrollo. En otros mapas corográficos no incluidos (1984, todas las causas de muerte, adultos jóvenes) se observaron agrupamientos geográficos más difusos. Los diagramas correspondientes a los adultos jóvenes y a las dolencias de origen infeccioso y la malnutrición (no incluidos) se asemejan a un tablero de ajedrez, sin claros patrones espaciales.

En el Gráfico 5 también se incluye un mapa en que se ilustra el ritmo de reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre 1973 y 1984. El patrón geográfico no es tan claro como en el mapa sobre la mortalidad de 1973. Sin embargo, parece que se ha producido una "regresión a la media": la mayoría de los cantones que tenían las tasas más bajas en 1973 registran un aumento en la década siguiente.

Los coeficientes de correlación de Pearson (r) permiten una primera inspección de las covariaciones ecológicas entre la mortalidad de adultos en los cantones de Costa Rica y sus condiciones

socioeconómicas y de salud (Cuadro 7). Coeficientes de correlación menores que 0.20 pueden tomarse como indicativos de que no hay asociación; coeficientes de 0.20 a 0.39 indican una correlación modesta pero significativa, y coeficientes de 0.40 o más indican una correlación importante. Las tasas de mortalidad de los adultos jóvenes y mayores muestran una débil correlación entre sí (Cuadro 7). El mayor coeficiente de correlación entre la mortalidad de jóvenes y adultos es de apenas 0.31 en el caso de las infecciones y la malnutrición en 1973. Además, ni las tasas de mortalidad de los adultos jóvenes ni las de los mayores presentan una correlación significativa con la mortalidad infantil. Las dos únicas correlaciones con esta de magnitud significativa son de signo negativo. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares tiende a ser alta en los cantones que tenían baja mortalidad infantil en 1973, situación que concuerda con la información presentada en el Gráfico 5. Debido a la falta de una correlación positiva entre la mortalidad de adultos y la infantil, no es posible extrapolar las conclusiones de estudios anteriores sobre los determinantes de la reducción de la mortalidad infantil para explicar la evolución de la *mortalidad de adultos*. Además, la falta de correlación entre la mortalidad infantil, de adultos jóvenes y de adultos mayores, sobre todo en 1984, sugiere que en la actualidad la variación cantonal de la mortalidad es un fenómeno en gran medida aleatorio.

La mortalidad de los adultos jóvenes no muestra casi ninguna asociación con los indicadores de desarrollo y servicios de salud (Cuadro 7). En cambio, la mortalidad de los adultos mayores, especialmente la de origen cardiovascular, tiene una importante correlación con los indicadores socioeconómicos y de salud. Sin embargo, se trata de una curiosa relación, puesto que la mortalidad tiende a ser menor en cantones atrasados y en zonas alejadas de San José. Estas correlaciones inversas son reducidas en el caso de las tasas de mortalidad por infecciones y deficiencias de la nutrición (0.20 a 0.30, aproximadamente) pero sustanciales en el de las enfermedades cardiovasculares y diabetes (0.50 a 0.60 en las edades más avanzadas).

Es poco probable que deficiencias de los datos, tales como cambios en el grado de integridad de los registros de defunciones o información errónea sobre el lugar de residencia de las personas fallecidas, sean la causa del curioso comportamiento de las tasas de mortalidad de adultos, ya que el problema no se presenta en las tasas de mortalidad infantil basadas en las mismas fuentes. Por ejemplo, un estudio anterior indica que la tasa de mortalidad infantil en

1972-1975 y 1982-1984 tenía una correlación negativa y significativa con indicadores como la proporción de muertes certificadas por un médico, la cobertura de la seguridad social y la proporción de viviendas con agua corriente (Cervantes y Raabe, 1991, Cuadros 1 y 2).

Una posible explicación de la correlación inversa entre la mortalidad de adultos y el lugar de residencia es la presencia de un sesgo de selección: algunos adultos enfermos, especialmente con dolencias crónicas, podrían emigrar a lugares con mejor infraestructura sanitaria y un nivel más alto de desarrollo, lo que incrementaría artificialmente las tasas de mortalidad en los cantones más ricos. Intervenciones de salud que dan prioridad a zonas atrasadas también podrían dar origen a una causalidad inversa, dado que los cantones con alta mortalidad aparentemente estarían en mejor situación en lo que respecta a los servicios de salud. Otro mecanismo que podría explicar esta situación es la "fragilidad" o los efectos de auto selección; los cantones atrasados pueden tener bajas tasas de mortalidad de adultos porque la alta mortalidad infantil en el pasado eliminó a los individuos más débiles de cada cohorte y dejó sólo a los más resistentes (Vaupel, Manton y Stallard, 1979). La explicación más obvia es que el progreso económico y la vida moderna provocan un aumento de la mortalidad de adultos, particularmente la de origen cardiovascular.

Para avanzar el análisis conviene modelar la reducción de la mortalidad, en lugar del nivel, como función de los cambios de las posibles variables explicativas. Este tipo de análisis tiene diversas ventajas; una de ellas es que permite controlar el efecto de variables no medidas (por ejemplo, la posible priorización por los programas de los cantones más atrasados). Cuando se computan los indicadores de cambio algunos errores de los datos se neutralizan (Liker, Augustyniak y Duncan, 1985), pero los errores aleatorios y de otra índole pueden magnificarse y la "regresión a la media" puede distorsionar considerablemente la varianza de los cambios (Bohrnstedt, 1969). Debido a estos problemas, la magnitud de las correlaciones correspondientes a los indicadores de cambio suele ser menor que la de los niveles (Freedman y Takeshita, 1969).

En el Cuadro 8 se presentan los coeficientes de la regresión múltiple de la reducción porcentual de la mortalidad en el período 1973-1984 en los siguientes casos: adultos jóvenes, todas las causas de muerte; adultos mayores, todas las causas; adultos mayores,

infecciones y malnutrición, y adultos mayores, enfermedades cardiovasculares y diabetes. La reducción de la mortalidad por causas de los adultos jóvenes no puede analizarse debido a que el reducido número de defunciones produce resultados muy poco confiables.

En los cuatro modelos que figuran en el Cuadro 8 se observa que pocos coeficientes de regresión son estadísticamente significativos. Los niveles iniciales de mortalidad ejercen una influencia positiva e importante en la reducción de la mortalidad de los adultos jóvenes y mayores por infecciones y malnutrición. Esta influencia es sólo manifestación de la tendencia de regresión a la media. Un acelerado progreso socioeconómico en los 10 años previos parece promover una mayor reducción de la mortalidad en la vejez por enfermedades de origen infeccioso o nutricional, en tanto que el progreso contemporáneo parece ejercer retrasar la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Se da también un efecto negativo de la cobertura de la seguridad social en la mortalidad en la vejez por todas las causas. Estos dos efectos negativos sugieren nuevamente vínculos inesperados entre el desarrollo y la mortalidad de adultos, sobre todo la de origen cardiovascular.

Un resultado inquietante del Cuadro 8 es que los datos no demuestran que la adopción de medidas tales como el establecimiento de nuevas clínicas o la expansión de la cobertura de los servicios de atención primaria de salud, influyan significativamente en la mortalidad adulta, lo que contrasta notablemente con las conclusiones de estudios anteriores, según las cuales había una evidente relación entre dichas medidas y la reducción de la mortalidad infantil en el decenio de 1970 (Rosero-Bixby, 1986).

6. Conclusiones

La mortalidad de los adultos jóvenes ha disminuido durante el presente siglo en un grado similar al de la mortalidad infantil (80% de 1920 a 1990). En el caso de los adultos mayores, el descenso proporcional también fue sustancial, pero representó sólo alrededor de la mitad del correspondiente a grupos de menor edad. La mortalidad de las mujeres se redujo más que la de los varones, lo que amplió la brecha entre los sexos. Después de la Segunda Guerra Mundial se produjeron los mayores adelantos en lo que respecta a la reducción de la mortalidad de adultos jóvenes y a fines del decenio de 1980 ocurrió algo similar con los adultos mayores. Esta

disminución excepcionalmente acelerada permitió que Costa Rica redujera la brecha que la separaba de los países industrializados. Actualmente los varones costarricenses adultos corren menos riesgo de muerte que los varones de países como Estados Unidos y Francia (las mujeres corren un riesgo similar o levemente superior al de esos países).

Es difícil encontrar una relación entre el ritmo de reducción de la mortalidad de adultos y las tendencias del desarrollo socioeconómico y de las intervenciones de salud en Costa Rica. El período de crecimiento económico más acelerado y de mayor expansión de los gastos en salud fue la década de 1960, en que también se produjo la mayor parte de la caída de la fecundidad. No obstante, precisamente en esa década la evolución de la mortalidad dio muestras de estancamiento. En cambio, durante la década de 1980, que se caracterizó por el estancamiento e incluso deterioro del desarrollo socioeconómico y las intervenciones de salud, se registró la mayor reducción de la mortalidad de los adultos mayores. Por otra parte, el período en que se produjo una baja más marcada de la mortalidad de los adultos jóvenes -los años cincuenta- fue el decenio de los avances más rápidos en la matrícula escolar y el saneamiento, así como en la expansión de la atención hospitalaria básica. La existencia de efectos de cohorte, de períodos de latencia prolongados y de complejas reacciones diferidas podrían ser la causa de estas curiosas relaciones temporales. También es posible que exista cierto grado de independencia entre la mortalidad de adultos y las condiciones socioeconómicas y programáticas. En este caso, los principales factores que explican las tendencias de la mortalidad de adultos podrían ser la difusión de innovaciones entre los profesionales de la salud y de hábitos (buenos o malos) y prácticas relacionadas con la salud entre la población en general.

El análisis por cantones de la mortalidad de adultos indica que la mortalidad cardiovascular-diabetes es mayor en las comunidades más prósperas. Además, la reducción de ésta entre 1973 y 1984 tiene una correlación negativa y significativa con el progreso socioeconómico. En cambio, la reducción de la mortalidad por infecciones y malnutrición tiene una relación positiva con el incremento del bienestar con un rezago de 10 años. Obviamente, éstas no son pruebas concluyentes del efecto negativo del desarrollo en la mortalidad de adultos. Toda esta correlación o parte de ella podría atribuirse a la deficiencia de los datos, la auto selección y la causalidad inversa. Estudios longitudinales en comunidades seleccionadas podría ofrecer respuestas

más concluyentes sobre el impacto del progreso y las intervenciones de salud en los componentes de la mortalidad de adultos y, en particular, en las defunciones de origen cardiovascular. Sin embargo, los resultados de este ejercicio algo simplista concuerdan con otros datos, como las tasas de mortalidad más altas en Estados Unidos y las tendencias adversas que muestran algunas causas de muerte en los años cincuenta y sesenta. Todo lo anterior sugiere que el desarrollo socioeconómico no aumenta necesariamente las posibilidades de supervivencia en la edad adulta.

El análisis de las tendencias de la mortalidad por causa da más indicios de posibles efectos negativos del desarrollo en la transición epidemiológica. En el período comprendido entre 1951 y 1972 se produjo un aumento sustancial de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes de automóvil, cáncer del aparato respiratorio e infecciones a las vías respiratorias. Estos aumentos bien pudieron haber contrarrestado en más de la mitad la reducción de la mortalidad generada por el control de otras enfermedades. Las mejoras de los diagnósticos solo podrían explicar solo una fracción de estos aumentos. Las causas más probables son ciertas características de la vida moderna como el tabaquismo, los hábitos sedentarios, la obesidad, el consumo de grasas animales y el uso más generalizado del automóvil. Pareciera, sin embargo, que estas consecuencias perniciosas del progreso se neutralizaron en gran medida en los decenios de 1970 y 1980.

La comparación con las causas de muerte en Estados Unidos indica que la mortalidad de adultos en Costa Rica es baja debido a que el riesgo de muerte por enfermedades cardíacas y cáncer del aparato respiratorio es mucho menor. El tabaquismo, hábito característico de la vida moderna, aparentemente es un factor que explica en gran medida esta diferencia.

El clásico cambio en el perfil epidemiológico, en el que las enfermedades infecciosas y la malnutrición son sustituidas por dolencias degenerativas y provocadas por el hombre, se observa en cierta medida en la evolución de la mortalidad de adultos en Costa Rica. Actualmente las principales causas de muerte son los accidentes y la violencia, en el caso de los adultos jóvenes, y las enfermedades cardiovasculares, en el de los adultos mayores (cada una de éstas representa cerca del 40% de las muertes en el respectivo grupo de edades). En las primeras etapas de la transición epidemiológica de Costa Rica, el control de las infecciones y la

malnutrición fue el factor fundamental del descenso de la mortalidad. Aproximadamente un 75% de la reducción registrada entre 1951 y 1971 puede atribuirse a las enfermedades infecciosas y relacionadas con la nutrición. En particular, el control de la tuberculosis del aparato respiratorio y el paludismo representan un 45% de la reducción: importante contribución que responde a la importación de tecnologías de bajo costo, principalmente la estreptomocina y el DDT. La contribución de las infecciones y la malnutrición a la reducción de la mortalidad adulta disminuyó a un 30% durante el período comprendido entre 1971 y 1990. En esa segunda etapa, el control de las enfermedades cardiovasculares pasó a ser el factor clave en las edades avanzadas, en tanto que las enfermedades cardiovasculares y los accidentes y la violencia provocaron el descenso en los grupos de menor edad.

Las tendencias actuales y la comparación con el perfil epidemiológico de Estados Unidos indican que en el futuro podrían registrarse reducciones sustanciales de la mortalidad de adultos por cáncer de estómago, así como de la mortalidad por infartos, accidentes automovilísticos, diabetes (sobre todo en la mujer) y cáncer del cuello del útero. Además, para Costa Rica es un desafío mantener su ventaja comparativa en lo que respecta a la mortalidad por enfermedades cardíacas. Cabe prever que la mortalidad por cáncer de pulmón y de mama aumentará como consecuencia de incrementos pasados del tabaquismo y la reducción de la fecundidad, respectivamente.

El estudio de la mortalidad de adultos, en lugar de la mortalidad infantil, ha revelado nuevas facetas de la evolución epidemiológica en Costa Rica. Las tendencias en el ritmo de la reducción de la mortalidad de adultos difieren de las que caracterizan a la mortalidad infantil. Los patrones geográficos y las asociaciones ecológicas también son distintos. Los determinantes de estas tendencias y patrones geográficos es probable que también sean diferentes. En particular, es imposible identificar similitudes entre las medidas programáticas que permitieron un notable progreso en la supervivencia infantil en los años setenta y lo que ha sucedido en la mortalidad de adultos.

7. Referencias

- Arriaga, E. E. (1991), Similarities and Differences in the Adult Mortality Transition in Developing Countries, Seminario sobre causas y prevención de la mortalidad del adulto en países en desarrollo, Santiago de Chile, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP).
- Behm, H. (1976), La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Costa Rica 1968-69, serie A, N°1024, San José, Subsede del CELADE en San José.
- Bohrnstedt, G. W. (1969), "Observations on the Measurement of Change", Sociological Methodology, E.F. Borgatta (comp.), San Francisco, Jossey-Bass.
- Bourgeois-Pichat, J. (1985), "Recent Changes in Mortality in Industrialized Countries", Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects, J. Vallin y A. López (comps.), Lieja, Ordina Editions.
- Brouard, N. y A. López (1985), "Cause of Death Patterns in Low Mortality Countries: a Classification Analysis", International Population Conference, Florence, 1985, vol.2, Lieja, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP).
- Caldwell, J. C. (1986), "Routes to Low Mortality in Poor Countries", Population and Development Review, vol.2, N°2, Nueva York, Consejo de Población.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía), Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica (1987), Los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil 1960-1984 (LC/DEM/CR/G.15), serie A, N°1049, San José, Subsede del Celade en San José.
- Cervantes, S. y C. Raabe (1991), "Determinants of the Evolution of the Health Situation of the Population", Scandinavian Journal of Social Medicine, suplemento N°46.
- Devesa, S. S. y D. T. Silverman (1978), "Cancer Incidence and Mortality Trends in the United States: 1935-74", Journal of the National Cancer Institute, N°60.
- Freedman, R. y J. Y. Takeshita (1969), Family Planning in Taiwan: An Experiment in Social Change, Princeton, Princeton University Press.
- Hall, C. (1985), Costa Rica, a Geographic Interpretation in Historical Perspective, Boulder, Colorado, Westview Press.
- Hanushek, E. A. y J. E. Jackson (1977), Statistical Methods for Social Scientists, Orlando, Florida, Academic Press.
- Kleinbaum, D. G., D. G. Kupper y H. Morgenstern (1982), Epidemiologic Research, Nueva York, Van Nostrand Reinhold.
- Liker, J. K., S. Augustyniak y G. J. Duncan (1985), "Panel Data and Models of Change: a Comparison of First Difference and Conventional Two-wave Models", Social Science Research, N°14.
- Mata, L. y L. Rosero-Bixby (1988), "The Case of Costa Rica", Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects, J. Vallin y A. López (comps.), Lieja, Ordina Editions.
- Mesle, F. (1985), "Evolution des causes de décès dans quelques pays à faible mortalité", International Population Conference, Florence, 1985, vol. 2, Lieja, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP).
- Mohs, E. (1991), "General Theory of Paradigms in Health", Scandinavian Journal of Social Medicine, suplemento N°46.
- Omran, A. R. (1982), "Epidemiological Transition: Theory", International Encyclopedia of Population, Nueva York, The Free Press.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1990), Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1990, vol.1, serie Publicación científica, N°524, Washington, D.C.
- Preston, S., N. Keyfitz y R. Shoen (1972), Causes of Death: Life Tables for National Populations, Nueva York, Seminar Press.
- Ravenholt, R. T. (1990), "Tobacco's Global Death March", Population and Development Review, N°16.
- Rosero-Bixby, L. (1991a), "Socioeconomic Development, Health Interventions, and Mortality Decline in Costa Rica", Scandinavian Journal of Social Medicine, suplemento N°46.
- Rosero-Bixby, L. (1991b), "Interaction Diffusion and Fertility Transition in Costa Rica", tesis para optar al

doctorado, Ann Arbor, University Microfilms International, University of Michigan.

Rosero-Bixby, L. (1986), "Infant Mortality in Costa Rica: Explaining the Recent Decline", *Studies in Family Planning*, vol.17, N°2, Nueva York, Consejo de Población, marzo-abril.

Rosero-Bixby, L. (1985a), "The Case of Costa Rica", *Health Policy, Social Policy and Mortality Prospects*, J. Vallin y A. López (comps.), Lieja, Ordina Editions.

Rosero-Bixby, L. (1985b), "Infant Mortality Decline in Costa Rica", *Good Health at Low Cost: Proceedings of a Conference Held at the Bellagio Conference Center*, Nueva York, The Rockefeller Foundation.

Rosero-Bixby, L. Rosero-Bixby, L., W. Oberle y N. C. Lee (1987), "Reproductive History and Breast Cancer in a Population of High Fertility", *International Journal of Cancer*, N°40.

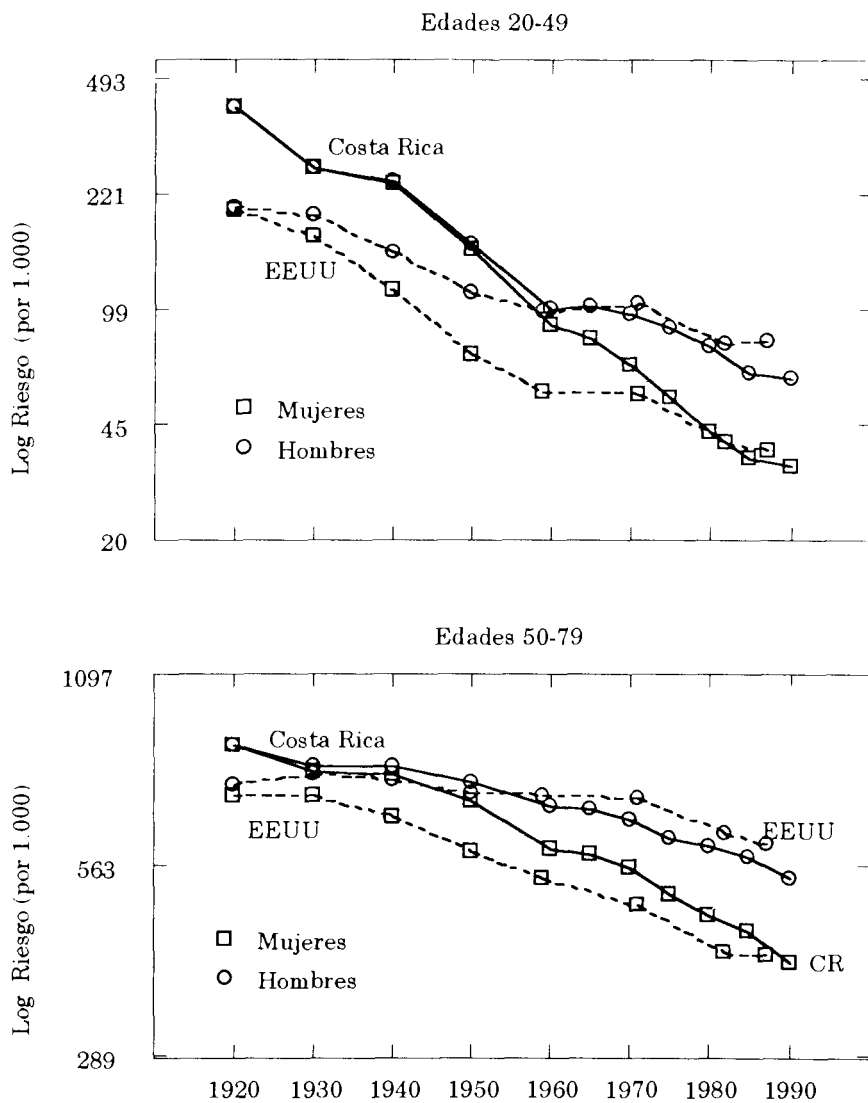
Rosero-Bixby, L. y C. Grimaldo (1985), "Epidemiología descriptiva del cáncer de la mama y del cuello del útero", *Demografía y epidemiología en Costa Rica*, San José, Asociación Demográfica Costarricense (ADC).

Rosero-Bixby, L. y H. Caamaño (1984), "Tablas de vida de Costa Rica 1900-1980", *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, San José, Asociación Demográfica Costarricense (ADC).

Rytchtaríková, J., J. Vallin y F. Meslé (1989), "Comparative Study of Mortality Trends in France and the Czech Republic since 1950", *Population. English Selection*, N°1, París, Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED).

Vaupel, J. W., K. G. Manton y E. Stallard (1979), "The Impact of Heterogeneity in Individual Frailty on the Dynamics of Mortality", *Demography*, N°16, Washington, D.C., Population Association of America.

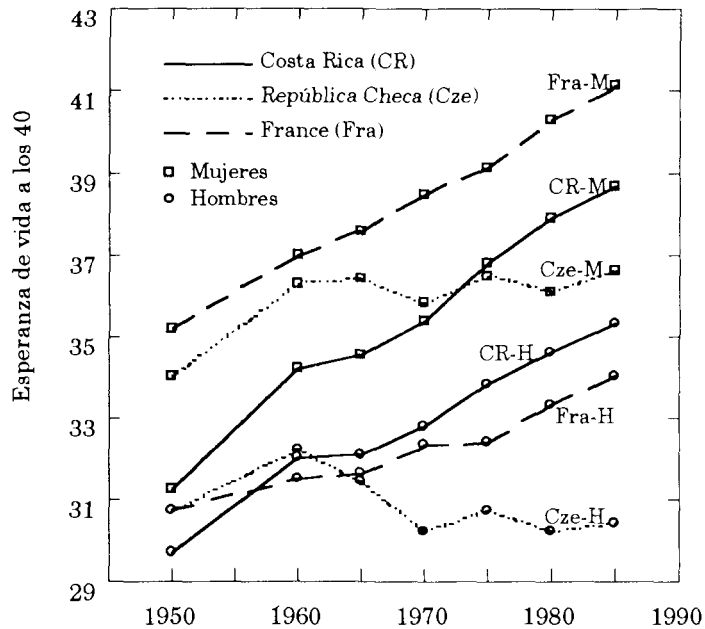
Riesgo de morir en las edades 20-40 y 50-79. Costa Rica y Estados Unidos, 1920-1990



Fuentes: - Costa Rica: Cuadro 2.
 - EEUU: National Centers for Health Statistics

Gráfico 1

Esperanza de vida a los 40 años. Costa Rica, República Checa y Francia, 1950-1985



Fuentes: •actualizado de Rosero-Bixby y Caamaño, 1984.
•Rytchtaríková et al., 1990.

Gráfico 2

Distribución de las muertes por grupos de causas. Costa Rica, adultos, 1951-1990

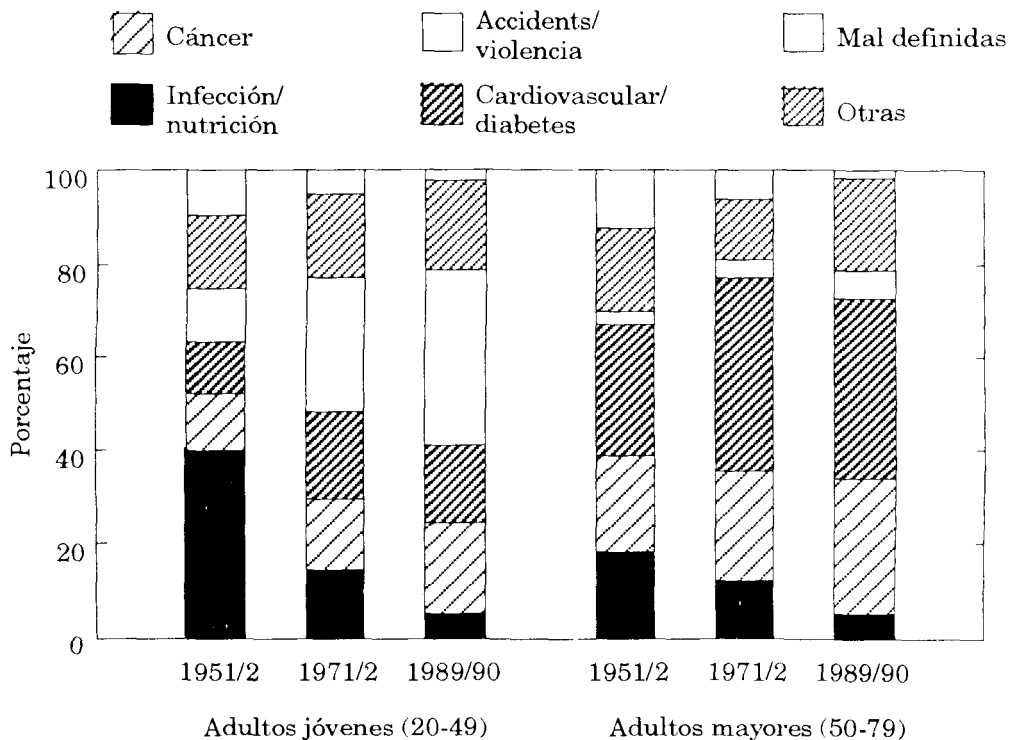
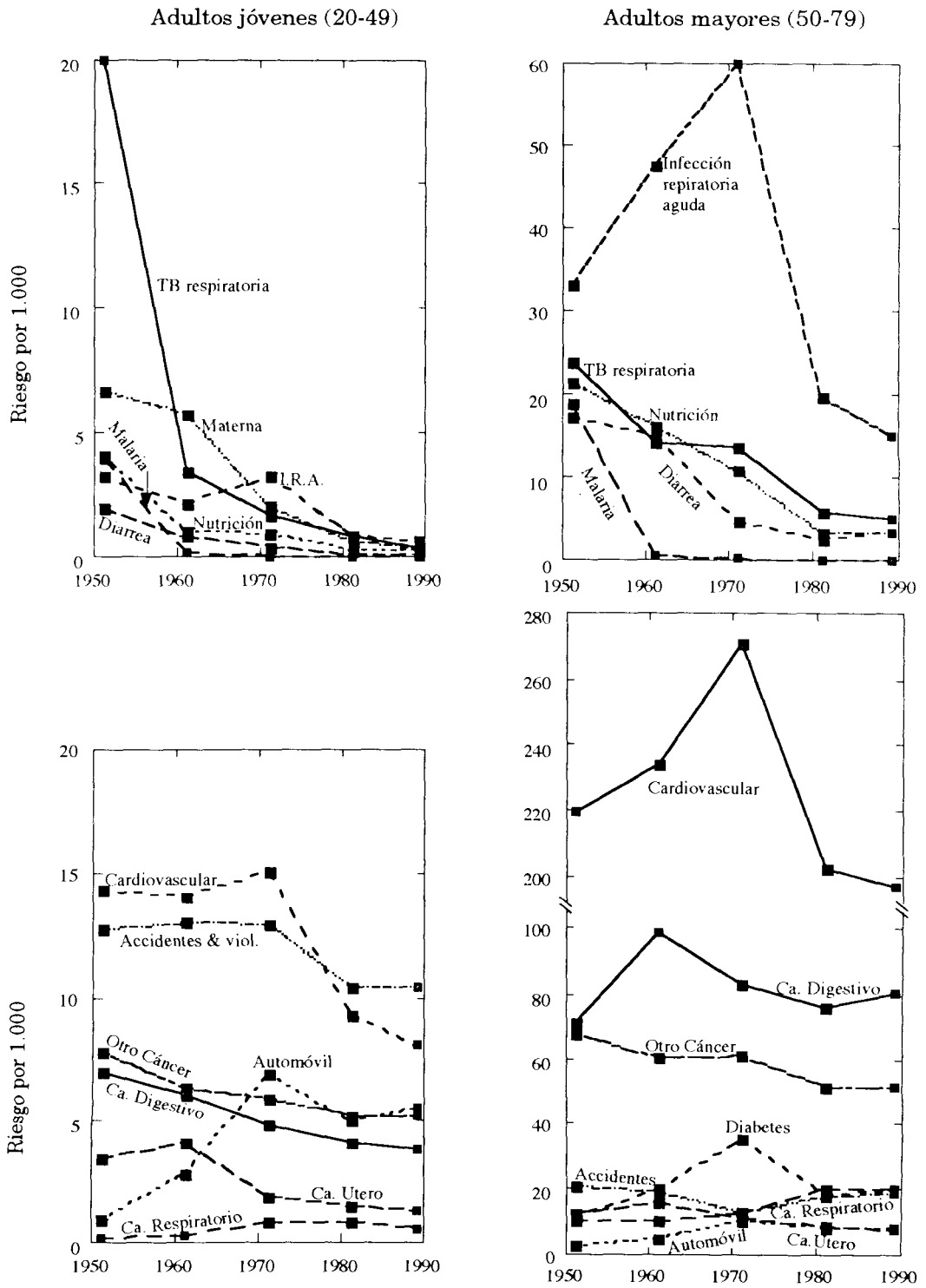


Gráfico 3

Riesgo de morir por causa de muerte. Costa Rica, adultos, 1951-1990



Fuente: Anexos 1 y 2.

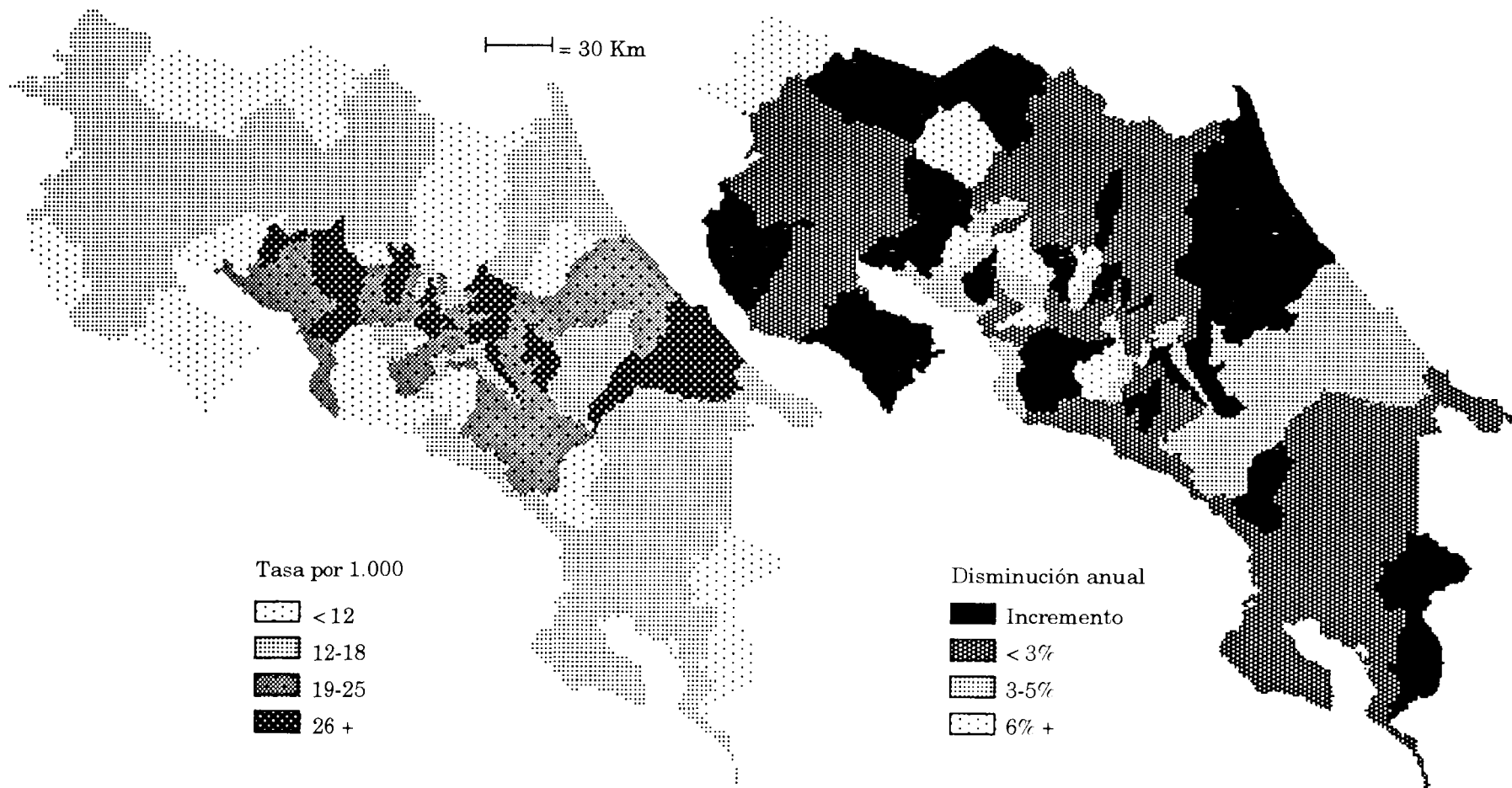
Gráfico 4

Nivel y cambio en la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular o diabetes, edades 50-79

A. Tasa de mortalidad en 1973

B. Disminución proporcional 1973-84

—| = 30 Km



Cuadro 1

**Costa Rica. Indicadores demográficos, socioeconómicos y sanitarios
1950-1990**

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990
Demográficos					
Población (miles)	862	1236	1731	2284	3015
Crecimiento natural (%)	3.2	3.8	2.6	2.7	2.3
Tasa Global de Fecundidad	6.7	7.3	4.9	3.7	3.2
Menores 15 años de edad (%)	43	47	46	38	35
Socioeconómicos					
PIB per cápita (1990-US\$)	808	1103	1527	1999	1937
Fuerza de trabajo agrícola masculina (%)	63	59	49	35	33
Analfabetismo (% en edades 15 y más)	21	16	13	10	7
Matrícula primaria y secundaria (% en edades 5-19)	39	52	61	64	60
Salud (general)					
Esperanza de vida al nacer (años)	55.6	62.6	65.4	72.6	75.2
Tasa mortalidad infantil (000)	95	80	67	21	16
Gasto en salud pública					
Per cápita en 1990 US \$	19	33	78	152	109
% del PIB	2.2	3.0	5.1	7.6	5.6
Atención hospitalaria					
Camas por mil habitantes	5.1	4.6	4.1	3.3	2.5
Egresos por mil habitantes	95	101	111	117	105
Partos institucionales (5)	20	49	70	91	91
Médicos por 10.000 habitantes	3.1	2.8	5.6	7.8	8.9
Muertes con certificado médico(%)	60	65	71	84	96
Cobertura del Seguro Social (%)	8	15	39	70	79
Consultas per cápita ^{1/}	-	1.1	2.0	2.9	2.5
Atención Primaria de la Salud					
Cobertura administrativa (%)	-	-	-	60	57
Saneamiento					
Población con conexión agua (%)	53	65	75	83	94
Población con disposición de excretas (%)	48	69	86	94	97

1/ Servicios públicos de salud

Fuente: Actualizado de Rosero Bixby, 1985b, Cuadro 1.

Cuadro 2

Costa Rica 1920-1990. Riesgo de muerte en las edades 20-49 y 50-79 años.

Año	Riesgo por mil			Cambio anual (%)	
	Hombres	Mujeres	Razón	Hombres	Mujeres
Adultos jóvenes (20-49)					
1920	402	404	.99	-4.2	-4.2
1930	264	265	.99	-1.0	-1.1
1940	239	238	1.00	-4.3	-4.8
1950	155	148	1.05	-4.5	-5.1
1960	99	89	1.11	.7	-1.8
1965	102	81	1.25	-1.1	-3.9
1970	96	67	1.43	-1.8	-4.3
1975	88	54	1.62	-2.9	-4.8
1980	76	43	1.78	-3.6	-3.6
1985	64	36	1.79	-.9	-1.4
1990	61	33	1.84	-	-
Adultos mayores (50-79)					
1920	858	853	1.01	-.7	-.9
1930	797	782	1.02	.0	-.2
1940	793	771	1.03	-.5	-.9
1950	751	704	1.07	-.8	-1.6
1960	690	598	1.15	-.2	-.3
1965	684	588	1.16	-.7	-1.0
1970	660	560	1.18	-1.2	-1.9
1975	621	511	1.22	-.7	-1.4
1980	601	475	1.27	-.7	-1.3
1985	579	446	1.30	-1.5	-2.1
1990	538	401	1.34		

FUENTE: Actualizado de Rosero y Caamaño, 1984.

Cuadro 3

**Disminución atribuible en el riesgo de muerte de los adultos
en 1951-71 y 1971-89**

Causa de Muerte	Edades 20-49		Edades 50-79	
	1950-71	1971-89	1951-71	1971-89
	Porcentaje atribuible			
TB respiratoria	35.0	4.3	-	4.0
Malaria	7.4	.1	-	.1
Diarreas	2.8	1.2	-	0.6
Infección respiratoria aguda	.3	8.4	-	21.3
Otras infecc. & parasitarias	12.3	7.2	-	2.9
Desnutrición	6.0	2.2	-	3.3
Maternas	8.7	5.8	-	.0
Subtotal Infección-nutrición	76.4	29.1	-	33.3
Cáncer aparato digestivo	4.8	3.7	-	1.5
Cáncer aparato respiratorio	-0.9	.7	-	-3.3
Cáncer del útero	3.1	1.9	-	1.8
Otros cánceres	4.4	2.3	-	5.0
Subtotal cáncer	10.2	8.8	-	4.1
Cardiovasculares	0.4	23.6	-	44.5
Diabetes	-1.4	.6	-	7.1
Subtotal cardiov-diabetes	-3.2	24.1	-	52.9
Accidentes de automóvil	-11.5	5.4	-	1.2
Accidentes & violencia	-.2	8.4	-	-2.4
Subtotal accidentes-violencia	-12.6	13.1	-	-1.7

Cuadro 4

Costa Rica. Riesgo de muerte de los adultos 1971-1990. 17 grupos de causas de muerte.

Causas de muerte	Hombres (riesgo p/mil)			Mujeres (riesgo p/mil)			Reducción atribuible 1971-89 (100%)	
	1971/2	1981/2	1989/90	1971/2	1981/2	1989/90	Hombres	Mujeres
Adultos Jóvenes (20-49 años)								
TB respiratoria	1.7	1.1	.5	1.7	.6	.2	3.6	5.3
Diarreas	.5	.1	.1	.3	.1	.1	1.5	.6
Infec. resp. aguda	3.6	1.0	.7	2.8	.7	.5	8.9	8.6
Ot. infec. y parásitos	2.8	1.1	1.0	3.1	.8	.5	5.4	8.8
Desnutrición	1.1	.2	.3	.8	.4	.2	2.6	2.0
Maternas	.0	.0	.0	4.0	1.2	.7	.0	11.9
Cáncer digestivo	6.2	4.3	4.5	3.4	3.8	3.0	5.3	1.4
Cáncer respiratorio	1.0	1.2	.5	.6	.5	.6	1.5	-0.2
Cáncer útero	.0	.0	.0	3.7	3.0	2.6	.0	3.9
Otros cánceres	4.8	4.5	4.4	7.2	5.9	5.9	1.3	4.5
Cardiovasculares	15.8	10.8	9.8	14.3	7.9	6.3	18.5	29.0
Diabetes	.9	.9	1.0	1.8	1.1	1.3	-.5	2.0
Cirrosis	2.4	3.3	3.5	1.0	0.9	1.3	-3.4	-1.2
Acc. automóvil	12.9	8.4	9.5	1.7	1.5	1.5	7.9	1.0
Acc. y violencia	22.5	18.3	17.7	3.2	2.4	3.1	15.1	0.7
Mal def. senilidad	5.8	1.9	1.4	2.7	2.2	0.4	13.4	8.1
Residual	13.9	7.4	7.8	10.2	7.0	6.5	18.7	13.7
<i>Total</i>	<i>91.4</i>	<i>62.7</i>	<i>61.2</i>	<i>60.8</i>	<i>39.3</i>	<i>34.3</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Adultos mayores (50-79)								
TB respiratoria	18.4	8.4	7.9	9.3	3.6	3.6	5.7	3.0
Diarreas	4.4	3.4	3.6	4.8	1.8	3.3	.4	.6
Infec. resp. aguda	61.4	22.6	17.2	59.0	16.9	13.3	24.6	20.6
Otr. inf. y paras.	15.9	8.4	9.0	9.9	7.1	4.2	3.8	2.5
Desnutrición	11.3	4.7	3.9	10.1	2.1	3.0	4.0	3.1
Cáncer digestivo	99.5	102.1	108.9	67.5	52.4	55.2	-5.6	5.7
Cáncer respiratorio	17.1	30.0	30.3	8.3	11.6	10.3	-7.2	-.9
Cáncer del útero	.0	.0	.0	21.2	16.5	14.4	.0	3.0
Otros cánceres	72.0	63.4	63.0	52.4	42.7	43.3	5.1	4.2
Cardiovasculares	299.0	233.8	231.4	245.6	174.5	166.0	49.0	43.4
Diabetes	27.5	13.7	14.1	41.9	22.5	25.1	7.3	7.5
Cirrosis	12.6	12.7	18.5	5.5	9.5	9.4	-3.2	-1.7
Acc. automovil	16.8	15.7	13.2	4.8	1.9	3.6	2.0	0.5
Acc. y violencia	20.4	25.9	28.7	6.2	9.9	9.6	-4.6	-1.5
Mal def. senilidad	60.8	53.3	14.4	42.4	42.4	7.7	25.7	15.4
Residual	98.6	101.0	110.3	71.9	72.3	82.9	-7.0	-5.3
<i>Total</i>	<i>597.6</i>	<i>526.5</i>	<i>514.6</i>	<i>507.3</i>	<i>400.5</i>	<i>378.9</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Cuadro 5

Costa Rica. Riesgo de muerte en las edades 25-74 años por causas de muerte seleccionadas.
1988 vs EU 1987

Causa de muerte (Código CIE*)	Riesgo por mil		Diferencia	Razón
	CR-88	EU-87	CR - EU	CR/EU
	Hombres			
Cardiopatías	117.8	204.5	-86.7	0.58
Cáncer respiratorio	18.8	68.5	-49.7	0.27
Otr. cánceres (140-208, exc. 151, 162)	72.9	101.1	-28.2	0.72
Diabetes (250)	11.3	10.7	.6	1.05
Otr. acc. y violencia (800-9, 820-999)	38.5	35.2	3.3	1.09
Cirrosis (571)	17.7	14.1	3.6	1.25
Acc. automóvil (810-819)	18.4	12.7	5.7	1.45
Derrame (430-438)	34.0	26.6	7.4	1.28
Cáncer de estómago (51)	47.8	5.8	42.0	8.30
	Mujeres			
Cardiopatías (390-429)	71.7	99.9	-28.2	0.72
Cáncer respiratorio	5.7	28.5	-22.9	0.20
Otr. cánceres (140-208, excl. 151, 162)	67.6	86.5	-19.0	0.78
Otr. acc y violencias (800-9. 820-999)	9.2	10.9	-1.7	0.85
Acc. automóvil (810-819)	3.9	5.3	-1.5	0.72
Cirrosis (571)	6.8	6.2	0.6	1.09
Derrame (430-438)	27.0	21.1	5.9	1.28
Cáncer cuello útero (180)	11.0	2.8	8.3	3.96
Diabetes (250)	20.0	9.7	10.3	2.06
Cáncer estómago (151)	18.5	2.4	16.1	7.56

* Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), IX revisión. Fuente: OPS, 1990. Vol. 1. Cuadros, III-9

Cuadro 6

**Correlaciones de la mortalidad adulta con variables seleccionadas.
Cantones de Costa Rica, 1973 y 1984**

Variables correlacionadas	Toda Causa		Infección nutrición		Cardiovascular diabetes	
	1973	1984	1973	1984	1973	1984
Adultos jóvenes (20-49)						
Mortalidad:						
Adultos Mayores (50-79)	.18	-.06	.31	-.08	.21	.22
Infantil	.06	.04	.14	.08	-.10	-.02
Desarrollo socioeconómico						
10 años antes	.12	.02	.16	.04	.29	.22
Contemporáneo	.11	.01	.16	.04	.32	.23
Seguridad social	.14	-.06	.10	.03	.33	.06
Muertes asistidas por médico	.08	-.18	.20	-.08	.38	.09
Atención primaria de salud	-	-.05	-	-.03	-	-.12
Tiempo de viaje a San José	-.03	.08	-.02	.17	-.27	-.14
Adultos mayores (50- 79)						
Mortalidad:						
Adultos mayores (50-79)	.18	-.06	.31	-.08	.21	.22
Infantil	-.31	.01	.15	-.01	-.35	-.06
Desarrollo socioeconómico						
10 años antes	.52	.48	.19	.28	.60	.59
Contemporáneo	.49	.46	.22	.26	.58	.59
Seguridad social	.53	.43	.21	.29	.59	.57
Muertes asistidas por médico	.48	.42	.17	.11	.67	.54

Cuadro 7

Costa Rica. Coeficientes estandarizados de regresión múltiple sobre la disminución relativa de las tasas de mortalidad de 1972-74 a 1983-85. Cantones de Costa Rica

Variables explicatorias	Adultos	Adultos mayores (50-79)		
	Jóvenes (20-49)	Toda causa	Infección nutrición	Cardio- vascular
Nivel inicial de mortalidad (1972-74)	.159 (1.45*)	-.059 (-.55)	.158 (1.54*)	.0007 (.07)
Tasa de desarrollo socioeconómico: En la década anterior (1963-73)	.102 (.81)	-.040 (-.32)	.219 (1.80**)	-.028 (-.23)
Contemporánea (1973-84)	-.002 (-.02)	-.014 (-.11)	.027 (-.22)	-.163 (-1.32*)
Disminución relativa en el tiempo de viaje a San José 1970-1984	-.107 (-.86)	-.091 (-.74)	-.146 (-1.24)	.113 (.93)
Incremento en la cobertura del Seguro Social 1973-84	-.099 (-.73)	-.233 (-1.78**)	-.158 (-1.25)	-.047 (-0.36)
Incremento en la proporción de muertes asistidas por médico	-.114 (-.96)	-.009 (-.74)	.061 (-.94)	-.153 (-1.10)
Incremento en servicio de atención primaria de salud 1972-84	.077 (.51)	.009 (.06)	.061 (.42)	-.153 (-1.04)
Mejora en acceso a atención médica ambulatoria 1970-84	-.055 (-.41)	-.022 (-.17)	-.055 (-.43)	-.030 (-.23)
R-cuadro ajustado	0.033	0.006	0.059	0.014

Anexo 2
Riesgo de muerte por 17 grupos de causas de muerte.
Adultos de Costa Rica 1951-1990

Causas de muerte	Riesgo de muerte por mil				
	1951-52	1961-62	1971-72	1981-82	1989-90
Adultos jóvenes (20-49)					
TB respiratoria	19.94	3.37	1.70	.86	.38
Malaria	3.95	.17	.03	.0	.0
Diarreas	1.91	.80	.40	.10	.07
Infección resp. aguda	3.19	2.16	3.24	.86	.61
Otras inf. paras.	9.35	2.80	2.94	.95	.84
Desnutrición	4.06	1.01	.95	.28	.26
Maternas	6.68	5.74	1.99	.61	.34
Cáncer digestivo	6.99	6.07	4.82	4.07	3.76
Cáncer respiratorio	.20	.29	.79	.85	.58
Cáncer útero	3.42	4.06	1.88	1.49	1.31
Otros cánceres	7.87	6.37	5.94	5.20	5.14
Cardiovasculares	14.31	14.08	15.06	9.37	8.09
Diabetes	.51	.67	1.36	.97	1.15
Cirrosis	2.43	1.02	1.69	2.10	2.41
Acc. automóvil	.92	2.79	6.94	4.97	5.52
Acc. y violencia	12.74	12.99	12.98	10.44	10.47
Mal def. y senilidad	11.67	4.92	4.23	2.03	.92
Residual	18.29	12.92	12.05	7.20	7.14
Total	121.21	79.28	76.26	51.15	47.96
Adultos mayores (50-79)					
TB respiratoria	23.9	14.0	13.6	5.8	5.0
Malaria	18.7	.5	.2	.0	.0
Diarreas	17.1	15.1	4.6	2.6	3.4
Infec. resp. aguda	33.1	47.4	60.0	19.6	15.1
Otr. infec. parasitarias	33.7	17.5	12.7	7.7	6.4
Desnutrición	21.4	16.1	10.7	3.3	3.4
Cáncer digestivo	71.6	98.6	82.9	76.1	80.5
Cáncer respiratorio	10.1	10.4	12.5	20.3	19.7
Cáncer del útero	12.6	15.8	11.2	8.7	7.6
Otros cánceres	68.2	60.7	61.4	52.3	52.2
Cardiovasculares	219.4	234.1	271.1	202.9	197.0
Diabetes	11.5	19.8	35.1	18.3	20.0
Cirrosis	7.8	10.4	8.9	11.1	13.8
Acc. automóvil	2.5	5.1	10.6	8.5	8.2
Acc. y violencia	20.7	19.2	13.1	17.7	18.9
Mal def., senilidad	104.7	63.3	51.1	47.4	10.7
Residual	137.3	140.3	84.6	85.8	95.8
Total	579.6	569.7	552.2	463.3	446.3

4. LA FECUNDIDAD

Víctor M. Gómez

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

1. Introducción

Como se describió en el capítulo primero, la evolución del comportamiento reproductivo de la sociedad costarricense se caracteriza por el vertiginoso descenso en la fecundidad desde los altos niveles alcanzados alrededor de 1960 para estabilizarse por un largo período desde alrededor de 1975. Sin embargo, las cifras a las cuales la transición de la fecundidad se detuvo han hecho que durante las últimas décadas la población de Costa Rica haya seguido creciendo a un ritmo relativamente rápido.

Este capítulo tiene como fin dar un perfil de los niveles y tendencias tanto sobre el número como del espaciamiento de los hijos entre las mujeres en edad fértil. La agenda comienza por mostrar las cifras sobre el número de hijos tenidos para referirse después a la fecundidad reciente y concluir refiriéndose al ritmo de formación de la familia. En lo posible los resultados se detallan teniendo en cuenta algunas características relevantes.

El análisis se lleva a cabo con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993 (Caja Costarricense de Seguro Social, 1994), la cual es la fuente de datos más reciente. En algunos casos, con fines de comparación, también se hace uso de los resultados de otras investigaciones.

2. Tamaño de familia.

2.1 Evolución reciente

Una primera visión del comportamiento reproductivo, se puede obtener observando el número de hijos nacidos vivos, ya tenidos por las mujeres en el momento de la encuesta. Los promedios por grupos de edad de las entrevistadas, se presentan en el Cuadro 1, donde también aparecen los obtenidos en la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1986.

La comparación con estos resultados ilustra un descenso consistente en los niveles de fecundidad hasta 1993, baja que se acentúa con la edad de la mujer. Por ejemplo, hasta los 25 años, el descenso es

casi imperceptible, pero a partir de esa edad, el número medio de hijos nacidos vivos tenidos por la mujeres encuestadas, tiende a ser sistemáticamente menor que en las mujeres de las mismas edades en 1986. La diferencia es de solo .20 hijos en promedio en el grupo de edad 25-29, pero crece hasta alcanzar 1.27 entre las mujeres encuestadas más viejas, quienes completaban una familia de 5.37 hijos, en comparación con los 4.10 hijos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.

La condición marital de la mujer es una variable crucial en el análisis de la fecundidad, pues determina el grado de exposición al embarazo. Con el fin establecer la magnitud de la fecundidad que ocurre dentro y fuera de las uniones, el Cuadro 1 también presenta el número medio de hijos tenidos, según estado marital tal y como es reportado por la mujer en el momento de la entrevista. El grupo de unidas lo componen las mujeres casadas formalmente y las que se encuentran en uniones consensuales. En la categoría "otras" se agrupan las separadas, divorciadas y las viudas.

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

Como es lógico, la continuidad y el mayor tiempo de exposición de las mujeres unidas lleva a una familia más numerosa, pues ellas terminan su vida fértil con 4.51 hijos. Las divorciadas, separadas y viudas, solo completan 4.02 hijos. Estos datos sugieren que la mayoría de las mujeres logran alcanzar el número de hijos deseados, antes de la separación.

Es muy importante destacar que un apreciable número de hijos son criados en familias incompletas, típicamente entonces por sus madres. Si se tiene en

cuenta que alrededor de un 9%, de las mujeres permanece aún soltera al cumplir los 50 años, que las unidas constituyen un 73% y las separadas, divorciadas, viudas, en conjunto representan un 18% a esa edad, un porcentaje pequeño de hijos son criados solamente por sus madres -mujeres que permanecen solteras toda su vida-. De mayor magnitud, 17.6% es el porcentaje de hijos que ven la unión de sus padres disolverse. Solo un 80% de los hijos provienen de familias en las cuales existe padre -aunque no necesariamente biológico éste- cuando la madre cumple los 50 años.

2.2 Lugar de residencia, educación, nivel socioeconómico y tamaño de familia

El Cuadro 2 muestra el número medio de hijos nacidos vivos, según lugar de residencia de la mujer en el momento de la entrevista. A pesar de las fuertes influencias de la urbanización, los resultados documentan una diferencia considerable magnitud en la conducta reproductiva, entre las poblaciones de las áreas urbanas y rurales. Las mujeres residentes en las ciudades, especialmente en el Area Metropolitana, tienen a cada edad, un número medio menor de hijos. Por ejemplo, las mujeres entre veinticinco y treinta años del conglomerado metropolitano reportan un promedio de 1.66 hijos, mientras que las que viven en el campo ya han tenido 2.06. La diferencia se magnifica con la edad de manera que, al final de su vida fértil, las mujeres del Area Metropolitana tienen 3.35 hijos, poco menos del 3.45 reportado por las residentes en otras ciudades, pero cifras que son considerablemente inferiores al promedio de 5.29 hijos calculado para las mujeres de las áreas rurales.

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

El número medio de hijos nacidos vivos, tenidos por las mujeres entrevistadas, según nivel de educación

y grupos de edad se muestra en el Cuadro 3. Es de especial interés destacar la radical diferencia existente en el grupo de mujeres más jóvenes. Las mujeres de 15 a 19 años menos educadas -aquellas con quinto grado o menos de escolaridad-, tienen ya dos veces más hijos nacidos vivos que las que han completado primaria, y seis veces más que las mujeres con mayor educación.

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

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

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

La dimensión socioeconómica, al igual que la educación, se haya estrechamente vinculada a la fecundidad. Con el fin de cuantificar la magnitud de la diferencia los datos obtenidos sobre características de la vivienda en la encuesta, tanto en lo que se refiere a disponibilidad de servicios básicos como a tenencia de artefactos, permitieron elaborar una escala aditiva simple que permitió clasificar a las mujeres entrevistadas en tres categorías socioeconómicas, nivel alto, nivel medio y nivel bajo, de aproximadamente el mismo tamaño.

Las mujeres de los estratos más favorecidos tienen un menor número de hijos. Esta diferencia es de mayor magnitud entre las más jóvenes, pues como se puede observar en el grupo de 15 a 19 años, las mujeres de nivel bajo tienen 6 veces más hijos que las de nivel alto, y casi el doble de los hijos de las mujeres del nivel medio. Por otra parte, las mujeres del nivel medio, tienen tres veces más hijos que las del nivel alto. Estos contrastes se observan también en el grupo de edad de 20-24 años, aunque en menor grado y tienden a atenuarse a edades más

avanzadas. Las mujeres del nivel bajo concluyen su vida reproductiva con 5.19 hijos, 2 más que las mujeres del nivel alto.

3. La fecundidad reciente

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

3.1 La fecundidad del período 1988-1992

El Cuadro 3 presenta las tasas específicas de fecundidad calculadas a partir de la encuesta para los años 1988-1992, tanto para el total como para los diferentes grupos de mujeres, cifras también mostrados en el Gráfico 1, el cual reitera la importancia de la escolaridad en la regulación de la fecundidad a lo largo del período reproductivo de la mujer. La fecundidad es consistentemente mayor en los niveles educativos bajos, pero la diferencia se magnifica si se comparan los dos extremos -primaria incompleta y secundaria y más- y se acentúa en las mujeres más jóvenes. Por ejemplo, en el grupo de 15-19 años, la fecundidad de las mujeres de mayor escolaridad (secundaria o más), es apenas 46, varias veces inferior a la fecundidad de los grupos con educación primaria incompleta (156), o que solo ha aprobado el sexto grado de primaria (127).

El lugar de residencia es un factor importante que influye en la variación de la fecundidad, puesto que las oportunidades y las motivaciones para tener hijos, varían considerablemente de unos entornos sociales a otros. Las mujeres que habitan en áreas rurales (Gráfico 2) tienen una tasa de fecundidad mayor que las otras mujeres, a lo largo de todo el período reproductivo. Por ejemplo, la tasa de fecundidad de las mujeres con edades entre 15-19 años del Área Metropolitana es de 73 por mil, mientras que entre

las residentes en el campo de la misma edad, alcanza 113, bastante superior. En los grupos de edades de 20-24 años y de 25-29 años, en los cuales se concentra la mayor fecundidad, la diferencia entre campo y ciudad continúa siendo considerable.

El nivel socioeconómico está estrechamente relacionado con las variaciones de la fecundidad. En realidad se trata de un conjunto de variables que interactúan simultáneamente. En el Gráfico 3 se observa que las tasas de fecundidad decrecen conforme sube el nivel socioeconómico, durante toda la etapa reproductiva de las mujeres. Por ejemplo, se producen considerablemente más nacimientos en mujeres entre 15-19 años de nivel bajo, que de nivel medio, pero sobretodo de nivel alto. Al final de su ciclo reproductivo, las mujeres del nivel bajo, terminan con 4.17 hijos en promedio, mientras que las del nivel alto, sólo llegan a tener 2.23 hijos.

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

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

Metodológicamente, el análisis de la distribución de eventos en el tiempo es más sofisticado, pero en general, se aborda siguiendo los principios del análisis de sobrevivencia. En el contexto demográfico esto equivale al desarrollo de una tabla de vida de cohorte, la cual se define como el grupo de individuos que

comparten una característica común y en el cual se observa como el contingente decrece en el tiempo, al experimentar la incidencia de un determinado fenómeno.

4.1 Edad de la mujer al nacimiento del primer hijo

Un primer aspecto de interés consiste en observar la edad de la mujer al nacimiento del primer hijo. En este contexto, la cohorte está formada por las mujeres nacidas en determinado período, grupo para el cual se registra la proporción acumulativa de mujeres que va dando a luz el primer hijo a las diferentes edades. Las mujeres entrevistadas en la encuesta fueron clasificadas en aquellas nacidas antes de 1964, 1964-1974 y las nacidas en 1975 o después. Las mujeres en primer grupo nacieron en la etapa de más alta fecundidad en Costa Rica y se criaron en un ambiente de familias grandes. El segundo grupo lo forman mujeres nacidas en el período transicional entre 1964 y 1974, y finalmente, el tercer grupo está constituido por mujeres que nacieron y se crearon cuando el prototipo de familia más pequeña comenzó a ser la típico.

Las cifras del Cuadro 4 indican que, en vez de una posposición del primer nacimiento, las mujeres han venido teniendo sus primeros hijos relativamente más temprano entre las cohortes de mujeres más jóvenes. Este comportamiento es consistente con las cifras sobre edad a la primera unión que se presentan en el capítulo de nupcialidad que también sugieren una precocidad mayor en la primera unión marital. Los cambios no son de gran magnitud pero sí consistentes.

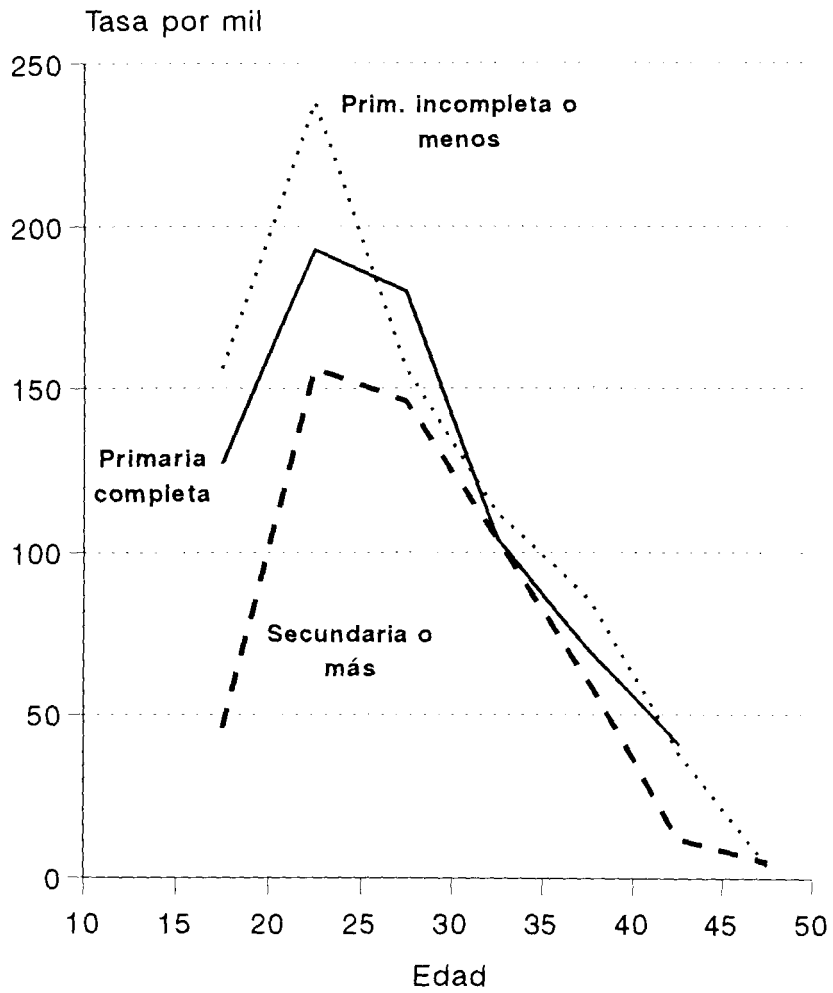
4.2 El espaciamiento de los hijos sucesivos

Si la edad al primer hijo es temprana y ha descendido ligeramente, los patrones de espaciamiento entre los hijos sucesivos han variado notablemente con tiempos de espera cada vez mayores.

Como se documenta en el Cuadro 4, en el pasado más distante, según la experiencia de las mujeres que tuvieron su primer hijo más tiempo atrás, un 50% de las madres tenían el segundo hijo después de transcurridos 22.4 meses, lapso que aumentó a 28.3 meses para mujeres con primogénitos nacidos entre 1964 y 1974, ascendiendo a 40.6 meses entre las mujeres que tuvieron su primer hijo más recientemente.

El incremento sistemático en el espaciamiento de los hijos es más notable en paridades más altas y madres con hijos tenidos más avanzada la transición de la fecundidad. En los hijos nacidos antes de 1964, los espaciamientos son similares, como si fueran determinados por la dinámica de la fecundidad natural. Los patrones cambian radicalmente después de 1964 y especialmente desde 1975.

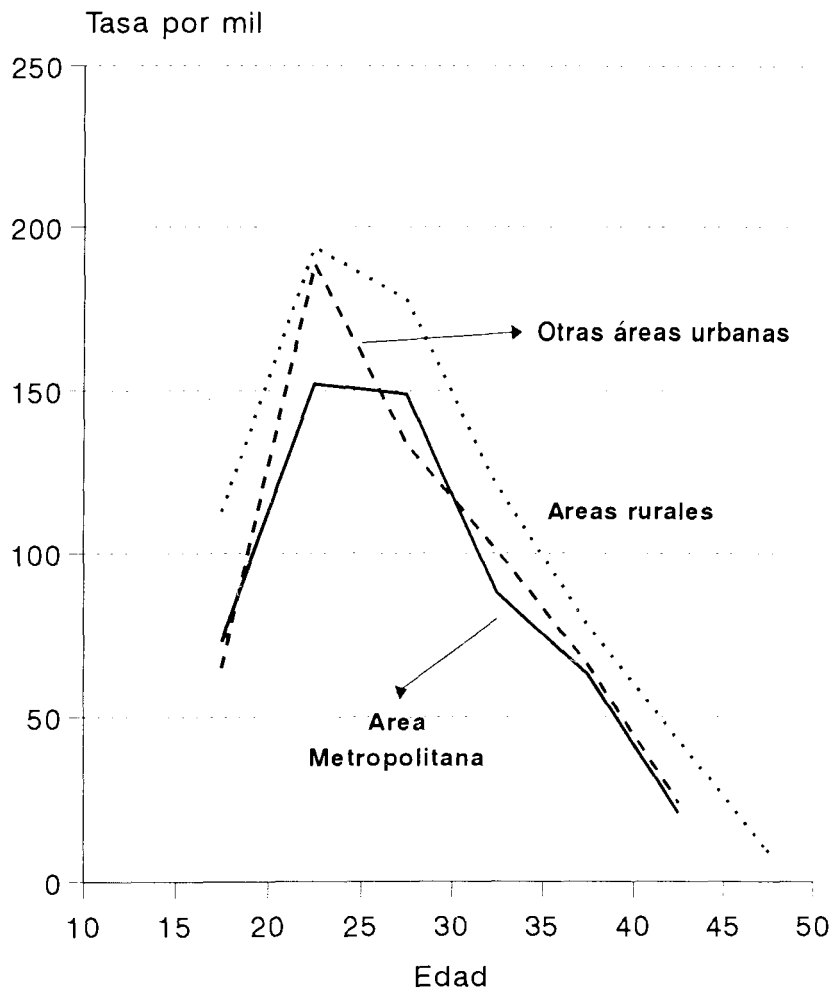
Tasas de fecundidad por edad según nivel de escolaridad de la mujer. 1993



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Gráfico 1

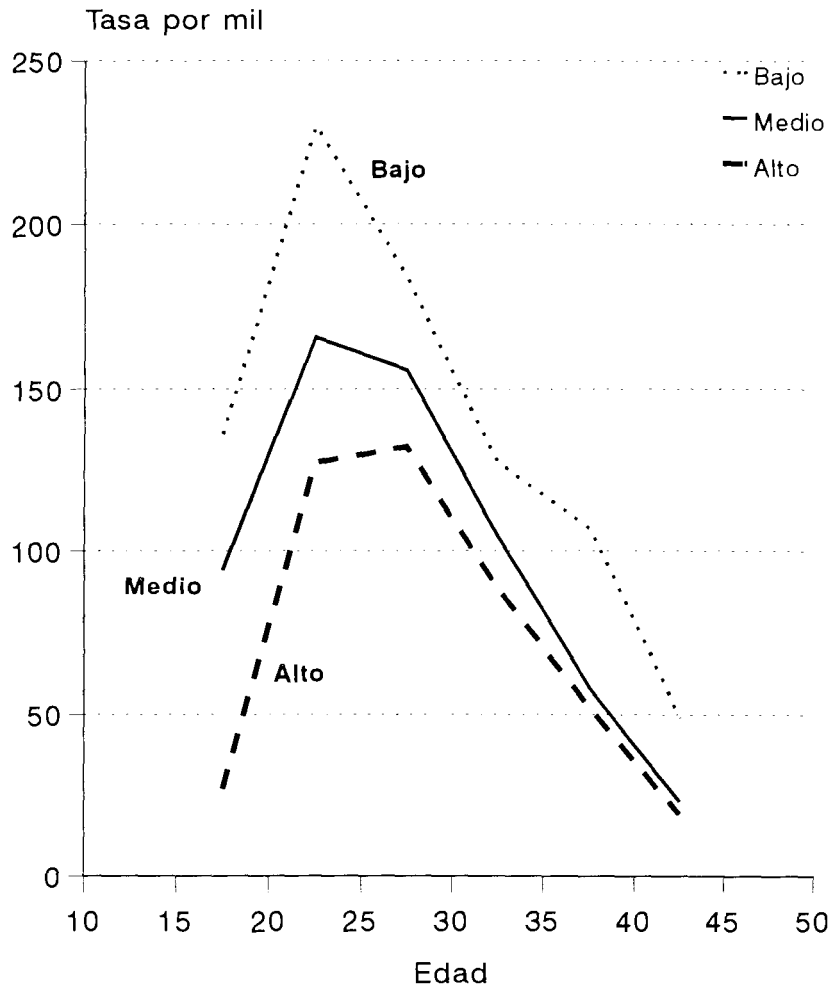
Tasas de fecundidad por edad según área geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Gráfico 2

Tasas de fecundidad por edad según nivel socioeconómico de la mujer



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Gráfico 3

Porcentaje de mujeres con el primer hijo, por edad,
en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964
en 1964-74 y después de 1974

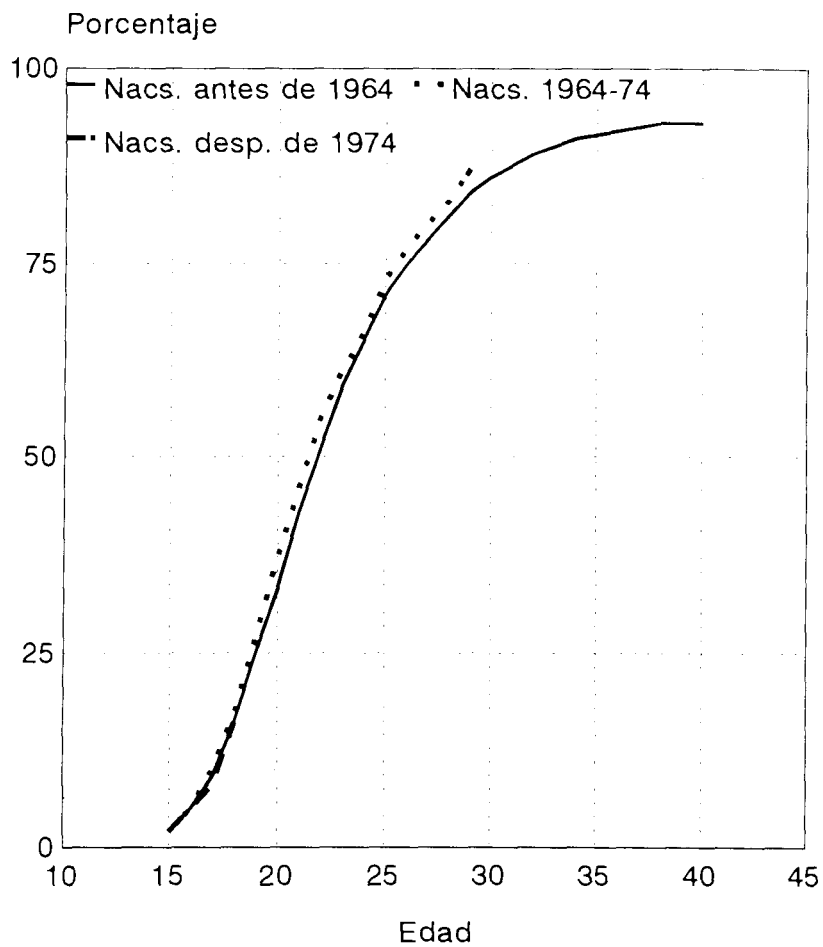


Gráfico 4

Porcentaje de madres con el segundo hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del primer hijo.

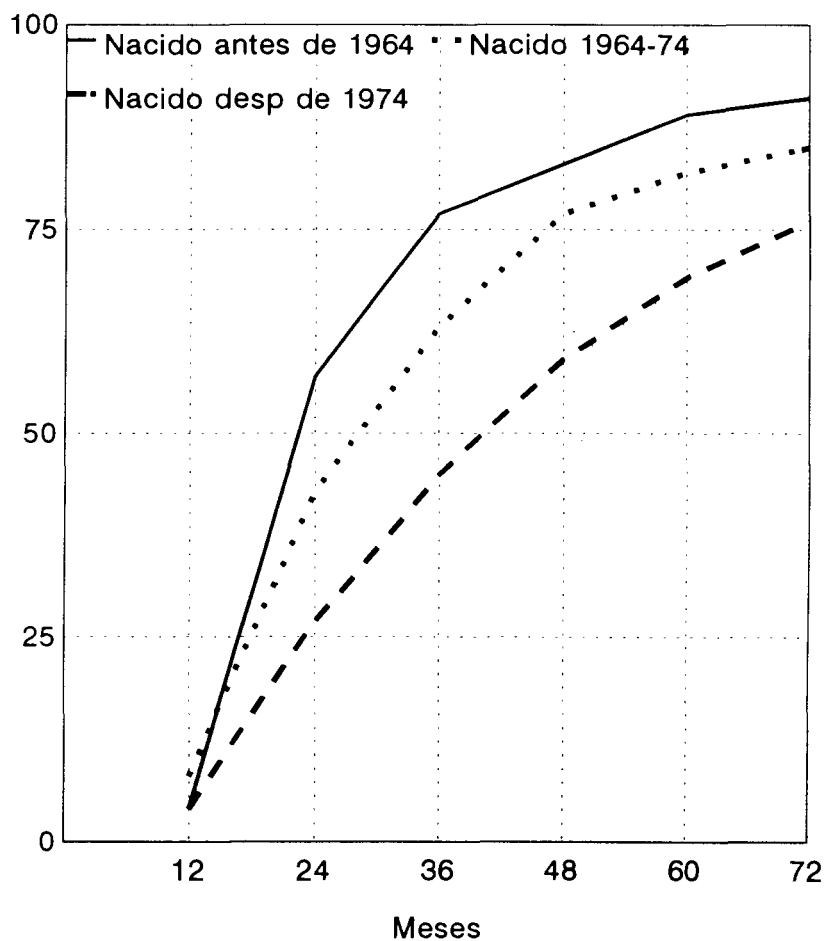


Gráfico 5

Porcentaje de madres con el tercer hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del segundo hijo.

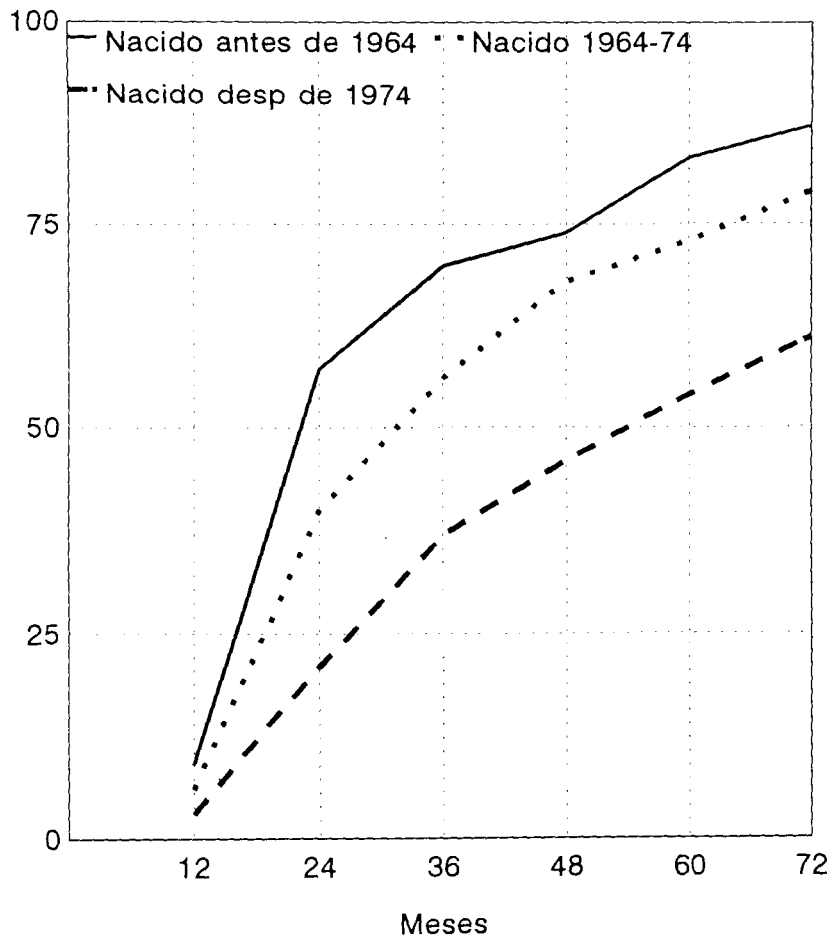


Gráfico 6

Porcentaje de madres con otro hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del hijo anterior. Mujeres con tres hijos o más.

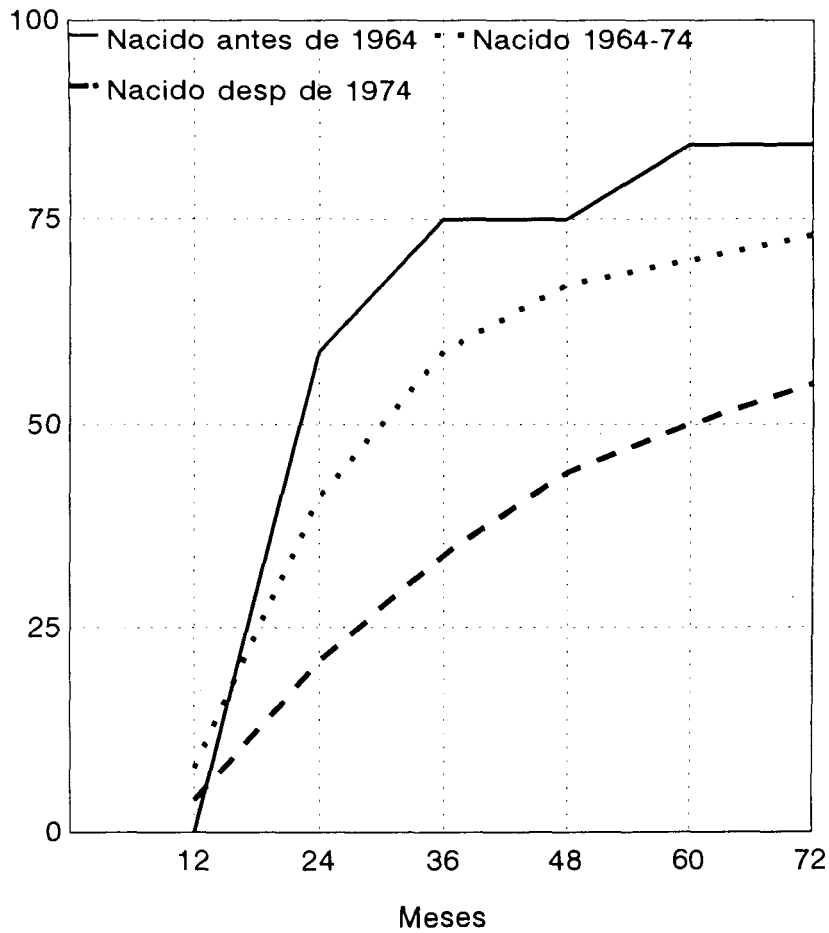
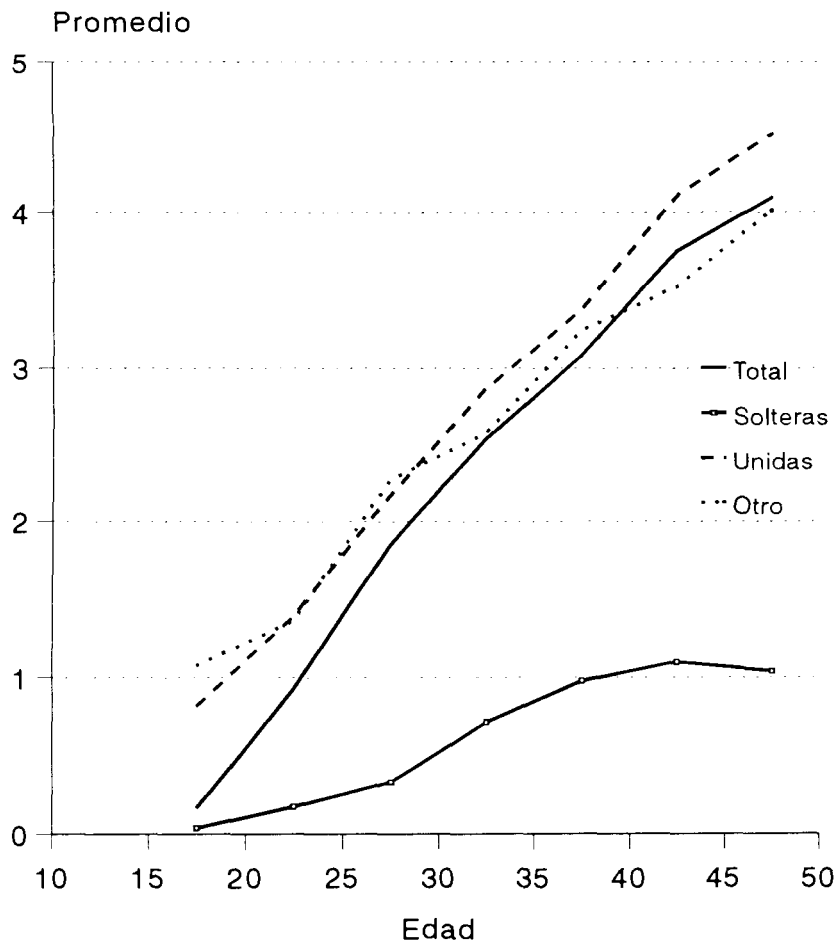


Gráfico 7

Número medio de hijos tenidos por edad y estado marital de la mujer al momento de la entrevista 1993



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Gráfico 8

Cuadro 1

Número de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas en 1986 y en 1993 según estado marital.

	1986			1993	
	Total	Total	Solteras	Unidas	Otras
15-19	.19	.17	.04	.82	1.08
20-24	.94	.93	.18	1.39	1.36
25-29	2.05	1.85	.34	2.17	2.27
30-34	2.84	2.54	.72	2.87	2.58
35-39	3.48	3.08	.98	3.37	3.24
40-44	4.35	3.75	1.10	4.11	3.52
45-49	5.37	4.10	1.04	4.51	4.02
Total	2.18	2.06	0.26	2.79	2.79

Fuente: Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 y Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Cuadro 2

Número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres entrevistadas, por edad, área geográfica de residencia en el momento de la entrevista, educación y nivel socioeconómico. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

	Total	Área Metro	Región		Educación			Nivel Socio-Económico		
			Otras Urbanas	Áreas Rurales	Primaria. Incompl.	Primaria. Completa	Secund. o más	Bajo	Medio	Alto
15-19	.17	.16	.11	.23	.49	.11	.08	.31	.16	.05
20-24	.93	.73	.81	1.13	1.57	.81	0.64	1.27	.92	.46
25-29	1.85	1.66	1.72	2.06	2.59	1.72	1.48	2.52	1.73	1.24
30-34	2.54	2.21	2.41	2.89	3.82	2.41	2.15	3.10	2.48	2.07
35-39	3.08	2.61	2.90	3.45	3.88	2.90	2.48	3.80	3.07	2.49
40-44	3.75	3.05	3.48	4.40	5.03	3.48	2.67	4.80	3.59	2.85
45-49	4.10	3.35	3.45	5.29	5.46	3.45	2.73	5.19	4.40	2.96
Total	2.06	1.73	1.91	2.38	3.51	1.91	1.46	2.57	20.2	1.57

Cuadro 3

Tasas específicas anuales de fecundidad por edad, área geográfica de residencia en el momento de la entrevista, educación y nivel socioeconómico. 1988-1993

	Total	Área Metro	Región		Educación			Nivel Socio-Económico		
			Otras Urbanas	Áreas Rurales	Primaria. Incompl.	Primaria. Completa	Secund. o más	Bajo	Medio	Alto
15-19	87	73	65	113	156	127	46	136	94	27
20-24	179	152	189	194	238	193	156	230	166	127
25-29	158	149	134	178	156	180	146	184	156	132
30-34	105	88	101	121	112	104	104	127	104	88
35-39	71	63	66	78	86	70	60	107	58	52
40-44	30	21	24	43	38	41	12	49	23	19
45-49	3	-	-	9	4	-	5	-	-	-
TGF ^{1/}	3.17	2.73	2.90	3.68	3.95	3.58	2.65	4.17	3.01	2.23

1/ TGF: tasa global de fecundidad

Cuadro 4

Porcentaje de mujeres con el primer hijo, por edad en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964, en 1964-74 y después de 1974

Edad	Período de nacimiento		
	Antes de 1963	1964-74	Después de 1974
15	98	98	98
16	95	95	95
17	91	90	92
18	84	83	84
19	75	73	
20	67	63	
21	57	54	
22	49	45	
23	41	39	
24	35	34	
25	29	27	
26	25	23	
27	22	20	
28	19	17	
29	16	13	
30	14		
32	11		
34	9		
36	8		
38	7		
40	7		
Me ^{1/} (meses)	21.9	21.5	

1/ Un 50% de las mujeres tuvieron el primer hijo antes de cumplir esta

Cuadro 5

Porcentaje de madres con el segundo hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del primer hijo.

Meses desde nac. 1 ^o	Período de nacimiento del primer hijo		
	Antes de 1964	64-75	75 y más
12	96	92	96
24	43	57	73
36	23	37	55
48	17	23	41
60	11	18	31
72	9	15	24
Me ^{1/} (meses)	22.4	28.3	40.6

1/ 50% de las madres tuvieron el segundo hijo antes de que hubiera transcurrido este tiempo.

Cuadro 6

Porcentaje de madres con el tercer hijo según tiempo transcurrido y año de nacimiento del segundo hijo.

Meses desde nac. 2 ^o	Período de nacimiento del segundo hijo		
	Antes de 1964	64-75	75 y más
12	91	94	97
24	43	60	79
36	30	44	63
48	26	32	54
60	17	27	46
72	13	21	39
Me ^{1/}	22.3	31.6	55.1

1/ 50% de las madres tuvieron el segundo hijo antes de que hubiera transcurrido este tiempo.

Cuadro 7

Porcentaje de madres con otro hijo según tiempo
transcurrido y año de nacimiento del hijo anterior.
Mujeres con tres hijos o más.

Meses desde nac. 1 ^o	Período de nacimiento del hijo anterior		
	Antes de 1964	64-75	75 y más
12	100	92	96
24	41	59	79
36	25	41	66
48	25	33	56
60	16	30	50
72	16	27	45
Me ^{1/}	22.3	30.5	60.7

1/ 50% de las madres tuvieron el segundo hijo antes de que hubiera transcurrido este tiempo.

5. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL PREMARITAL

Víctor Gómez

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

Helena Ramírez

Universidad Nacional Estatal a Distancia

1. Introducción

Una de las variables fundamentales que determina los niveles de fecundidad es la exposición a concebir. Tradicionalmente, esto abarca la formación de las uniones maritales, fenómeno que desde épocas remotas ha sido determinado por una amplia variedad de normas consagradas en la tradición, en los patrones esperados de comportamiento social y más modernamente, en los códigos civiles.

A pesar de la complejidad de las interrelaciones, es posible identificar varios mecanismos a través de los cuales los patrones de nupcialidad afectan el comportamiento reproductivo. En los países de alta fecundidad, típicamente la edad a la que se forman las uniones es precoz, y muy próxima a la menarquía en la mujer, circunstancia que tiende a maximizar la exposición de la mujer al embarazo.

Además de la edad a la primera unión, otro factor importante es la proporción de mujeres que durante su período fértil entran en unión marital. La fecundidad tiende a ser alta en aquellas sociedades en las cuales una gran mayoría de los individuos forman uniones maritales y el celibato permanente es poco común. Aunque la unión marital, ya sea formal o consensual, representa el hito y contexto por excelencia en el cual la reproducción se lleva a cabo, en muchos países un factor que contribuye también significativamente a la alta fecundidad es la incidencia de las relaciones sexuales premaritales.

En el pasado, una proporción considerable de uniones se disolvían debido al fallecimiento de alguno de los conyuges. En igualdad de condiciones el descenso de mortalidad entre el nacimiento y el final del período fértil de la mujer, incrementaría el tiempo vivido en unión marital contribuyendo a una fecundidad más elevada. Otros factores han incidido negativamente y han aumentado la inestabilidad marital contribuyendo a una mayor incidencia de separaciones y divorcios contrarrestando el efecto inducido por el descenso de la mortalidad en la exposición a concebir.

Esta sección tiene como propósito cuantificar, suscintamente, los patrones de nupcialidad, discutiendo aspectos relacionados con la formación de las uniones, la prevalencia de las uniones formales y consensuales, el tiempo vivido en unión, proporcionando una idea general de la incidencia de la separación y el divorcio. La sección finaliza refiriéndose a la prevalencia de relaciones sexuales premaritales en las mujeres jóvenes de 15 a 24 años. Para estos fines, se ha utilizado la información disponible sobre estos temas en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993, y en lo posible, los resultados de otras encuestas realizadas en el pasado, con el fin de agregar algunos puntos de comparación.

2. La edad a la primera unión

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

El Cuadro 1 ilustra la evolución de la edad a la cual las mujeres inician su vida marital. Los resultados que se muestran son los porcentajes acumulativos de mujeres unidas en las diferentes edades, para las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964 y las nacidas después de 1963. Estas mujeres tenían al momento de la encuesta más de 30 años o menos de esta edad respectivamente. El primer grupo está formado por mujeres que nacieron en un período de alta fecundidad en un ambiente de familias grandes, mientras el grupo de mujeres jóvenes nació en el período de transición hacia la baja fecundidad que experimentó Costa Rica desde mediados de los años sesenta.

Los resultados del Cuadro 1 han sido dibujados en el Gráfico 1. En términos generales los valores evidencian pocos cambios en los patrones de iniciación de la vida nupcial. alrededor del 85% de las

mujeres se une, formal o consensualmente por primera vez antes de cumplir los 30 años de edad y un porcentaje muy reducido en los 20 años siguientes. Al final de la vida fértil alrededor de un 8% de las mujeres permanece célibe.

Es importante destacar también que los cambios no apuntan hacia una posposición en la edad al casarse, sino que esta es actualmente más precoz. Si se calcula el tiempo promedio vivido en soltería entre el nacimiento y los 30 años de edad, mediante integración numérica de la función de sobrevivencia para obtener un índice similar al ideado por Hajnal (Hajnal, 1965) se tiene que las mujeres de más edad vivieron alrededor de 22.3 años en soltería, mientras que para las más jóvenes la estimación es de 21.9 años.

Con frecuencia se menciona que uno de los efectos de la educación sobre la fecundidad consiste en una posposición de la edad al casarse. Con el fin de indagar sobre la plausibilidad de este efecto se ha preparado el Cuadro 2 que muestra las proporciones acumulativas de mujeres ya unidas por primera vez a las diferentes edades, cifras calculadas con base en un análisis longitudinal, para las mujeres hasta con educación primaria completa y aquellas que lograron un nivel mayor de escolaridad. Como se puede observar también en el Gráfico 2, a cada edad las proporciones de mujeres con menor educación ya casadas o unidas, son mayores que aquellas que corresponden al grupo de más escolaridad, excepto en edades muy avanzadas cuando ambas subpoblaciones presentan patrones de nupcialidad similares.

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

Cómo puede interpretarse que a pesar de las significativas mejoras en los niveles de escolaridad, globalmente la edad al casarse esté decreciendo? Esta situación ocurre por dos motivos. El primero es que los progresos ocurren en los primeros ciclos del sistema educativo donde, aunque la masa demográfica es grande, los efectos sobre la edad al casarse son muy modestos. En segundo lugar, el

factor económico puede afectar la propensión a casarse y si antes no era posible formar un nuevo hogar, la mayor incorporación de la mujer en la fuerza de trabajo, puede hacer pensar a los pretendientes que si pueden enfrentar las demandas del matrimonio (Easterlin, 1973; Davis, 1972).

3. El estado conyugal

En la sección anterior se ha hablado indistintamente de la unión marital para referirse al matrimonio formal como a la unión consensual. En Costa Rica, como en otros países de Latinoamérica, la unión libre, consensual o de hecho, es común y con frecuencia legalmente conlleva para la pareja similares responsabilidades y derechos.

Convencionalmente, las encuestas de fecundidad clasifican a las mujeres en tres categorías de estado conyugal: solteras, unidas y desunidas. La categoría de "unidas" comprende a las legalmente casadas así como aquellas en uniones de hecho, también denominadas uniones libres o consensuales. Aunque la unión libre ha existido en Costa Rica por mucho tiempo y en un grado significativo, solo en tiempos recientes se ha aceptado socialmente más como alternativa de convivencia de la pareja.

Las cifras disponibles indican un aumento en la proporción de mujeres en unión libre entre 1976 y 1986, de 18% a 21%. Según la encuesta de 1993 la proporción es de un 20%, como en 1981. Aunque las variaciones no son de gran magnitud, en general sugieren que durante las últimas décadas la prevalencia de uniones consensuales ha experimentado un leve ascenso.

Las comparaciones anteriores se refieren a la prevalencia de unión libre entre las mujeres unidas con edades de 20 a 49 años. Sin embargo, si se toma en cuenta también el grupo de edad de 15 a 19 años, la proporción global de uniones consensuales pasaría de 20% a 21%, pues la frecuencia es mayor entre las mujeres de menor edad. El Cuadro 2 permite observar que entre las jóvenes de 15 a 19 años actualmente unidas, la proporción de uniones consensuales asciende a 58%. El porcentaje cae drásticamente a 26% entre las unidas con 20 a 24 años, y continúa decreciendo con la edad de la mujer. Entre las entrevistadas de 45 a 49 años la proporción de unión libre es de 14%.

Los diferenciales en la incidencia de la unión libre según edad, sugieren que este tipo de arreglo marital

se ha hecho más frecuente en los últimos años, pues es más común entre las mujeres jóvenes. Debe tenerse en cuenta que una significativa proporción de las uniones consensuales se formalizan posteriormente.

Al indagar sobre la situación legal al inicio de la primera unión, en la encuesta de 1993 se encontró que un 60% de las mujeres unidas alguna vez, iniciaron su primera unión habiéndose casado por la iglesia y un 9% se había casado civilmente. Por lo tanto, un 31% de ellas comenzó su vida marital sin haber formalizado la unión. Esta proporción es mayor que el 21% de mujeres unidas consensualmente en la fecha de la entrevista, (Cuadro 5.1), lo cual evidencia que varias de las uniones de hecho fueron formalizadas después.

4. Disolución de la primera unión y uniones sucesivas

Otro factor importante que incide en la exposición a concebir es el que se refiere a la duración de las uniones maritales. Sustantivamente, la inestabilidad de marital tiene relevancia por el impacto que tiene en la crianza de los hijos y su socialización.

El Cuadro 3 muestra la incidencia de desunión y de uniones sucesivas para las distintas subpoblaciones de mujeres. En Costa Rica un 23% de las mujeres unidas alguna vez habían disuelto su primera unión y de estas un 12% se había casado más de una vez. Como es esperar, ambos fenómenos son más frecuentes entre las mujeres de más edad. Por ejemplo, entre las de 20 a 34 años la proporción de desunidas es cercana al 20%, mientras que tres de cada diez mujeres de 40 y más años no conviven con su primer compañero. Un comportamiento similar se observa en la incidencia de nuevas nupcias. Entre las mujeres más jóvenes, menores de 30 años, la proporción de mujeres con uniones múltiples es de alrededor de 10%, en comparación con un 14% para las mayores de esa edad.

Aunque el lugar de residencia no muestra una relación definida, Sin embargo, la condición laboral, la religión y la situación legal inicial de la unión sí evidencian cierta asociación con la inestabilidad marital y con la propensión a contraer nuevas nupcias. Al comparar las mujeres que solo trabajan con las que no trabajan ni estudian, se observa una mayor proporción de desunión y de uniones múltiples entre las económicamente activas. Por su parte, las entrevistadas sin religión tienden a separarse y a formar uniones maritales repetidas con más

frecuencia. Finalmente, la situación legal inicial de la primera unión parece influir sobre la incidencia de ambos fenómenos. Las mujeres cuya primera unión fue por la iglesia muestran menor propensión a separarse y a unirse nuevamente (15% y 6%) que las mujeres casadas civilmente (31% y 17%) o unidas en forma consensual (37% y 21%).

5. Tiempo vivido en la primera unión marital.

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

Una manera de enfocar este aspecto es midiendo el tiempo transcurrido desde la primera unión, teniendo en cuenta si al momento de la entrevista, la mujer aún se encuentra casada con la misma persona. Los cálculos elaborados se presentan en el Cuadro 4.

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

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

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

6. Comportamiento sexual premarital

Aunque los patrones de vida marital determinan en gran medida el tiempo de exposición al riesgo de concebir, un componente importante en las sociedades latinoamericanas lo constituye el comportamiento sexual fuera de la unión.

La exposición al riesgo de concebir fuera de la unión marital asociado a un precoz inicio de la actividad sexual constituye una preocupación por las altas tasas de fecundidad que muestran las mujeres al comienzo del período reproductivo, a menudo en condiciones de inmadurez física, psicológica y en situaciones económicas adversas. Además, un comienzo temprano de la vida reproductiva es un obstáculo muy significativo en el progreso y mejoramiento de la condición de la mujer, difícilmente contribuye al bienestar de la familia y probablemente, repercute negativamente en el desarrollo de los hijos, especialmente cuando estos nacen y crecen fuera del matrimonio.

Como en otros países latinoamericanos, las tasas de fecundidad entre las mujeres costarricenses de 15 a 19 años son considerablemente altas y no han acompañado el significativo descenso global de la natalidad, lo que lleva a concluir que el comportamiento reproductivo de las mujeres jóvenes ha variado muy poco.

Con el fin de cuantificar el grado de exposición al embarazo entre las mujeres solteras, se ha preparado el Cuadro 5 que presenta la proporción de mujeres entrevistadas de 15 a 24 años con actividad sexual premarital, por edad. En la totalidad de la población de mujeres de esas edades, aproximadamente una tercera parte ha tenido relaciones sexuales antes de casarse. Los porcentajes son relativamente bajos entre las quinceañeras (7.4%), pero ascienden rápidamente para alcanzar un 22.7% al cumplir la mayoría de edad. Al llegar a los 24 años, tres de cada cinco mujeres ha tenido relaciones sexuales antes de casarse. Existe por supuesto un grado considerable de selectividad como se puede deducir al comparar el grupo total de mujeres con las solteras al momento de la entrevista. Entre estas, a cada edad los porcentajes son menores, indicando una propensión mayor a la actividad sexual entre aquellas próximas a casarse, o como es de esperar, que los embarazos

resultantes de la práctica sexual premarital precipitan el matrimonio.

La edad a la primera relación sexual tanto de la mujer como del compañero se ha mantenido estables en los años recientes. En términos generales, cuando el primer encuentro sexual sucede, la mujer promedia 16.5 años, mientras que sus compañeros tienen aproximadamente 21.4 años de edad. Estas cifras dan sin embargo una imagen parcial de la dinámica, pues en el Gráfico 2 se compara los porcentajes de mujeres con experiencia sexual premarital en las encuestas de 1993 y 1986, investigaciones que abordaron el tema de la misma forma. El contraste evidencia que en transcurso de siete años, la proporción de mujeres de 15 a 19 años con experiencia sexual premarital prácticamente se duplicó y que en el grupo de edades de 20-24 también creció significativamente. En otros términos, la precocidad sigue siendo la norma, pero cada vez más mujeres tienen relaciones sexuales premaritales.

7. Referencias

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

Davis, Kingsley. 1972. *The American Family in Relation to Demographic Change*. In *Demographic and Social Aspects of Population Growth*, edited by Charles F. Westoff and Robert Parke. Washington D. C. Government Printing Office.

Easterlin, Richard. 1973. *Relative Economic Status and the American Fertility Swing*. In *Family Economic Behavior: Problems and Prospects*, edited by Eleanor B. Sheldon. Philadelphia.

Hajnal, J. 1965. *European Marriage Patterns in Perspective*. In D.V. Glass and D.E.C. Eversley, Editores, *Population in History*. Chicago, Aldine Publishing Co.

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

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

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

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

Proporción acumulada de mujeres unidas por primera vez por edad y cohorte de nacimiento

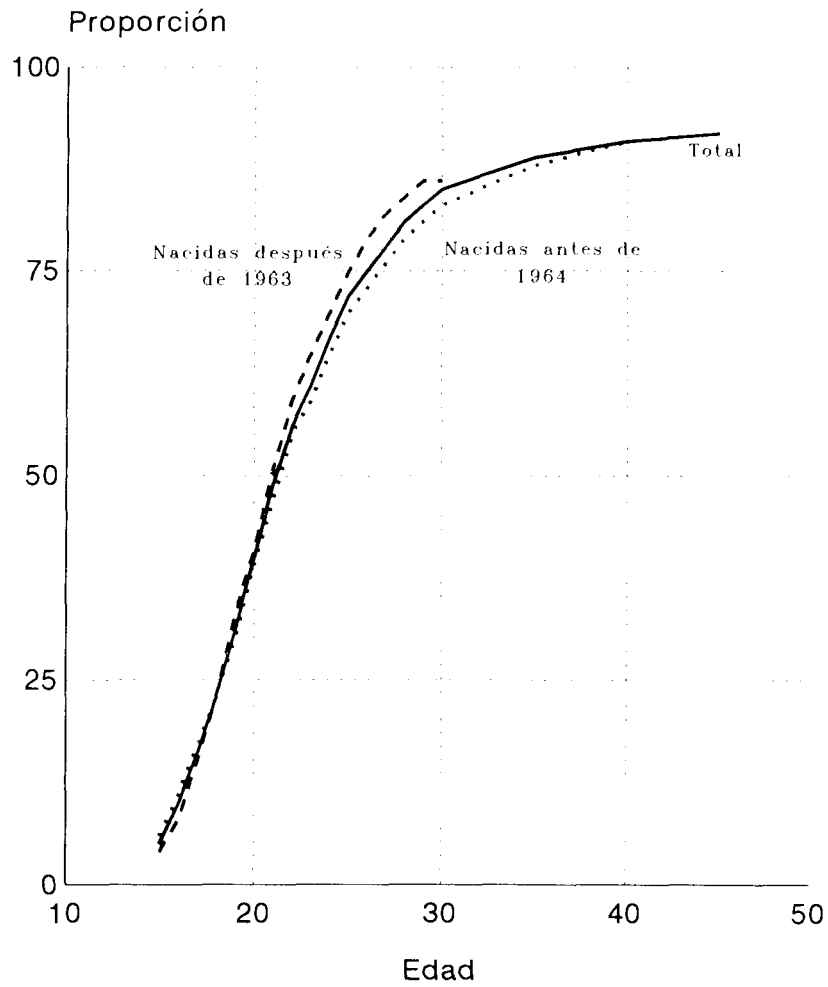


Gráfico 1

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales.
1986 y 1993.

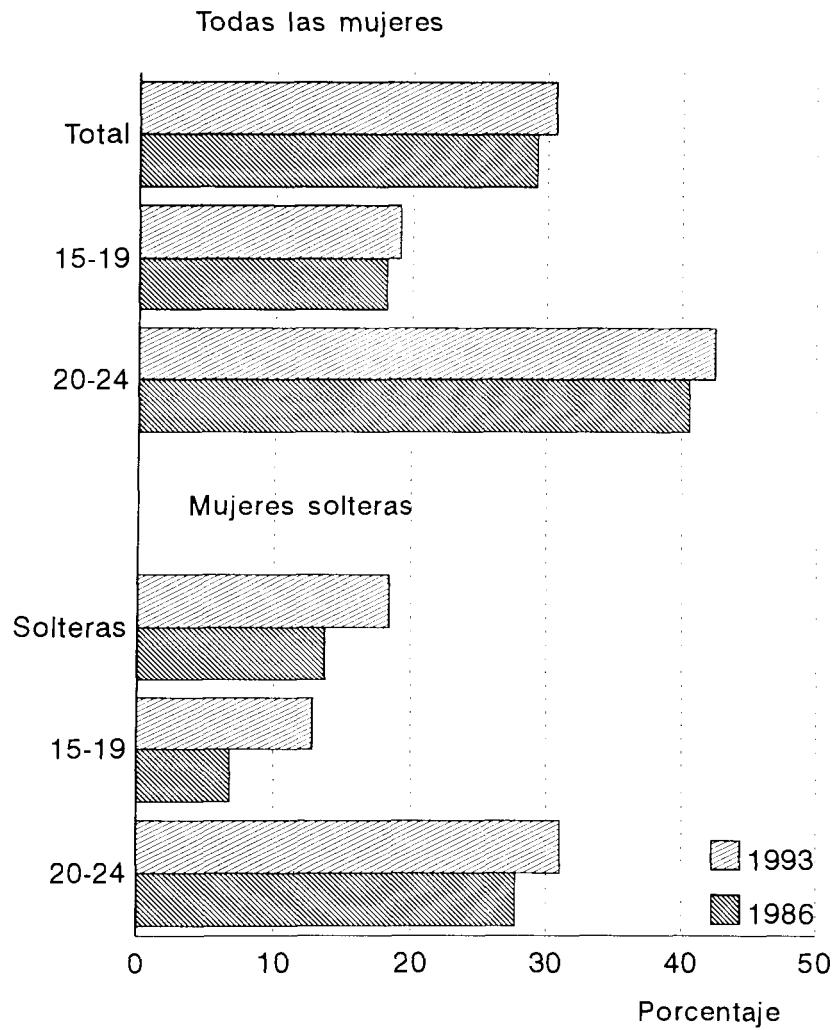


Gráfico 2

Cuadro 1

Proporción de unidas por primera vez a las edades exactas indicadas en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1964 o después y según nivel de educación.

Edad	Total	Período de nacimiento		Nivel de educación	
		Antes de 1964	En 1964 o después	Primaria o menos	Secundaria o más
15	5	5	4	8	1
16	9	10	8	15	3
17	15	17	14	24	7
18	23	23	23	33	12
19	31	30	32	42	20
20	40	39	41	51	28
21	48	47	50	58	38
22	56	54	58	65	47
23	61	59	64	68	53
24	67	65	70	73	61
25	71	69	75	77	66
26	75	73	79	80	70
27	78	76	81	82	73
28	80	79	84	84	76
29	82	81	86	85	79
30	84	83	86	86	82
35	91	88	-	92	91
Me ^{1/} (años)	21.2	21.4	21.0	19.9	22.5

1/ Un 50% de las mujeres se unieron antes de cumplir esta edad.

Cuadro 2

Proporción de unión libre entre las mujeres unidas, por edad actual al momento de la encuesta. ENSR 1993.

Edad actual	%
15-19	58
20-24	26
25-29	20
30-34	19
35-39	20
40-44	17
45-49	14
Total	21

Cuadro 3

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

Edad actual	Total	Edad a la 1a. unión	
		Menos de 20	20 o más
15-19	64	64	-
20-24	37	41	21
25-29	32	40	22
30-34	31	37	25
35-39	29	32	26
40-44	23	23	23
45-49	24	26	22
Total	31	37	24

Cuadro 4

Proporción de mujeres cuya primera unión fue disuelta y proporción de unidas más de una vez entre las mujeres alguna vez casadas, según edad actual, lugar de residencia, condición laboral, religión y situación legal inicial de la primera unión. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Edad actual	Primera unión disuelta %	Unida dos veces o más %
Total	23	12
Edad		
15-19	15	5
20-24	20	9
25-29	19	10
30-34	21	11
35-39	25	14
40-44	31	14
45-49	31	15
Lugar de residencia		
Area Metropolitana	28	13
Valle Central Urbano	20	8
Valle Central Rural	17	9
Resto Urbano	30	16
Resto Rural	20	12
Condición laboral		
Trabaja	36	15
No trabaja	17	10
Estudia	13	4
Trabaja y estudia	39	12
Religión		
Católica	22	11
Otra religión	23	13
No creyente	43	30
Situación legal primera unión		
Casadas por iglesia	15	6
Casadas civil	31	17
No casadas	37	21

Cuadro 5

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

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

* Porcentajes estandarizados para los primeros 25 años de duración

Cuadro 6

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales premaritales, por edad. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Edad actual	Todas las mujeres	Solteras
Total	31	18
15-19	19	13
15	7	6
16	17	16
17	16	13
18	23	13
19	33	20
20-24	43	31
20	33	19
21	38	35
22	39	36
23	46	33
24	59	45

6. LACTANCIA, AMENORREA, ABSTINENCIA Y ANTICONCEPCION EN EL PERÍODO POSTPARTO¹

Cathalina García
Víctor M. Gómez

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

1. Introducción

El análisis del comportamiento reproductivo en el período que sigue al alumbramiento es de gran relevancia en los programas de salud materno infantil por una amplia variedad de motivos. Uno de los primeros aspectos de interés es el que se refiere a la lactancia materna, cuya adopción ha mostrado tener una positiva influencia en la salud física y el desarrollo emocional del hijo. La lactancia además protege al infante contra la septicemia neonatal así como contra la diarrea, dos importantes causas de muerte, y en general, contra un numeroso grupo de padecimientos en los menores de un año (Hanson y otros, 1991). Para la madre, un frecuente y prolongado amamantamiento induce un aplazamiento en la reanudación de la menstruación con un consecuente efecto anticonceptivo natural, efecto ya anotado desde la antigüedad por Aristóteles (Hanson y otros, 1991). Aunque la asociación entre la lactancia y la amenorrea postparto se encuentra bien establecida, es menor el consenso existente con respecto a los factores que retardan la reanudación del ciclo menstrual. En principio, tomas frecuentes y prolongadas tienden a prolongar el tiempo de amenorrea pero la lactancia tiende a reducirse conforme el niño crece y otros alimentos son agregados a su dieta.

Al estar condicionada por los patrones de lactancia, el análisis de la duración de la amenorrea es también de interés ya que diversos estudios sugieren una reducción considerable en el período de abstinencia sexual postparto. También existe evidencia que embarazos sucesivos con poca espera tienden a reducir las probabilidades de vida de los hijos así como a afectar negativamente la salud de la madre, quien debe afrontar las demandas físicas, psíquicas, económicas, etc de gestaciones repetidas en poco tiempo. En este contexto, se hace necesario considerar simultáneamente la lactancia, la

amenorrea, la reanudación de la actividad sexual así como el tiempo transcurrido antes de reanudar la práctica anticonceptiva dado que la mujer ha quedado expuesta a un nuevo embarazo.

El porcentaje de madres con otro nacido vivo tenido dentro de los 12 meses que siguen al anterior ha decrecido sustancialmente en Costa Rica como lo documenta la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Caja Costarricense de Seguro Social, 1994). Esta tendencia sugiere un predominio creciente de la fecundidad controlada, sobre la puramente biológica o natural pero es de esperar que exista un diferencial significativo entre diferentes grupos de mujeres, dependiendo de varios factores.

Aunque el amamantamiento puede causar una reducción substancial en la fertilidad, la lactancia materna en Costa Rica no es lo suficientemente prolongada o frecuente como para inducir un efecto anovulatorio por un período considerable. Como también se documenta en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, los períodos de abstinencia postparto son muy cortos por lo que la protección anticonceptiva natural derivada de la lactancia es insuficiente para evitar otro embarazo.

Con frecuencia se promueve una temprana práctica anticonceptiva en el período postparto por diversas razones, pero especialmente con el fin de reducir la probabilidad de otra gestación en breve plazo, promoviendo la salud de la madre y el niño. Además se piensa que en este ciclo las mujeres están especialmente motivadas y están dispuestas a adoptar la planificación familiar más fácilmente (Hight y Winikoff, 1985). Sin embargo, los esfuerzos no siempre se traducirían en efectos positivos netos debido a que en el caso de reapariciones tardías de la menstruación debidas a una lactancia prolongada y frecuente, la anticoncepción tiende a ser en gran medida redundante. Desde otro punto de vista, el uso

^{1/} Este capítulo es una versión parcial y abreviada del documento de Cathalina García y Víctor Gómez. 1995. Comportamiento Reproductivo Postparto. Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense de Seguro Social.

indiscriminado de anticonceptivos hormonales podría tener consecuencias negativas ya que estos son transmitidos a los lactantes en la leche materna en concentraciones que dependen de la composición del gestágeno. Aunque los efectos de esto no se han evaluado, mejor documentada se encuentra el hecho de que las preparaciones hormonales que contienen estrógeno tienden a disminuir la producción de leche, induciendo así la introducción de suplementos en la dieta y en última instancia un más temprano destete.

Se puede suponer que existen dos tendencias con efectos opuestos en el ciclo del postparto. Una tendería a disminuir la motivación para el inicio de la práctica anticonceptiva en la medida en que la lactancia acentúa una tardía reaparición de la menstruación. Otro efecto se origina en la conveniencia de asegurar un espaciamiento adecuado de los hijos mediante una pronta adopción de la anticoncepción, partiendo del supuesto de que la protección natural puede no ser suficiente debido a una inconsistente práctica lactacional y una reanudación muy temprana de las relaciones sexuales.

Por supuesto que la lactancia, la amenorrea y la práctica anticonceptiva postparto están en gran medida determinadas por una constelación de variables socio-demográficas. En este contexto es de especial interés la relación entre la duración y frecuencia de la lactancia con los patrones de alimentación suplementaria durante el primer año de vida del niño, los cuales pueden ser consecuencia y a la vez inducir un temprano destete del niño (Knodel y otros, 1985). Otros aspectos de especial relevancia son los que se refieren a la participación de la mujer en la fuerza laboral así como a la continuidad de su formación profesional, en la medida en que tales actividades interfieren con una amamantamiento regular.

Este capítulo tiene como fin proporcionar un perfil de los patrones de lactancia, amenorrea, abstinencia sexual y reanudación de la práctica anticonceptiva durante el período postparto, así como identificar las conductas reproductivas diferenciales entre distintos grupos socioeconómicos.

2. Fuente de datos y métodos

El estudio de la temática descrita se puede llevar a cabo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva desde dos perspectivas. La primera recurre a la información sobre el último hijo nacido

vivo contenida en el cuestionario principal, la que se puede asociar a ciertas circunstancias en las que el embarazo tuvo lugar. Un segundo enfoque, en gran medida complementario, consiste en utilizar los datos recogidos utilizando "el calendario" en la citada encuesta. Este es un recurso metodológico para obtener información mensual de naturaleza retrospectiva sobre varias dimensiones en la vida de la mujer, entre las que es de especial interés la que se refiere a embarazos y anticoncepción, lactancia, amenorrea y reanudación de la actividad sexual, exposición al riesgo de embarazo -medida por la continuidad en las uniones maritales-, y finalmente, actividad laboral y asistencia a algún centro de enseñanza.

El registro sucesivo de eventos en el calendario ofrece varias opciones analíticas. Una primera parte del estudio está orientada a describir los patrones de lactancia, amenorrea, abstinencia sexual y reanudación de la práctica anticonceptiva después del parto, pero teniendo en cuenta los cambios ocurridos durante los cinco años que preceden el momento de la encuesta. Este enfoque se desarrolla utilizando los modelos de tabla de vida que, en el contexto del comportamiento postparto, implica seguir una cohorte inicial de madres registrando el porcentaje que aún conserva la condición inicial según diferentes períodos transcurridos desde el alumbramiento. Los eventos de interés son sucesivamente la lactancia, la amenorrea, la abstinencia sexual postparto o, dado que ha iniciado la actividad sexual, el tiempo transcurrido antes de comenzar a usar anticonceptivos.

3. Análisis de los reportes del último hijo nacido vivo

3.1 *La propensión a la lactancia*

Una primera perspectiva del comportamiento reproductivo postparto en lo que se refiere a las prácticas de lactancia se obtiene observando las cifras que se presentan en el Cuadro 1. Estas se basan en los reportes de las mujeres respecto al último embarazo, según diferentes atributos.

Un 58% de los últimos embarazos fueron deseados y oportunos en el sentido en que la mujer los tuvo cuando los quería, mientras que un 12% ocurrieron aunque a la madre le hubiera gustado esperar. Un 30% de las madres declararon que no querían su último embarazo. Cabe mencionar aquí que en un 9% de los casos, el bebé no lactó y en .7% adicional la concepción no terminó en nacido vivo. Nótese que

esta última cifra representa los niveles de mortalidad desde el momento en que la mujer sabe de la concepción. Asimismo, es importante destacar que los embarazos deseados o aquellos en que la madre hubiera deseado esperar es más probable que los niños sean amamantados, que cuando se trata de embarazos no deseados. Esta diferencia es estadísticamente significativa aunque el resultado requiere un análisis más elaborado para aislar el impacto de diferencias en la composición de los grupos de madres.

Dado que sobrevive, la gran mayoría, cerca del 90%, de los niños son amamantados, aunque no es posible apreciar diferenciales significativos según atributos de interés. Por ejemplo, la edad de la madre al ocurrir el nacimiento no juega un papel importante en la propensión de los hijos a sobrevivir o ser amamantados.

Estas diferencias son más acentuadas entre las madres que han tenido descendencia. Las madres que tienen ya varios hijos son más propensas a amamantarlos que aquellas mujeres que recién tienen su primogénito, típicamente mujeres jóvenes. Igualmente significativa es la diferencia en hábitos de lactancia según el estado civil de la madre -tal como fue reportado al momento de la encuesta-. Los hijos de solteras tienen una propensión 120% mayor que el de las mujeres unidas a no ser lactados, mientras que los de aquellas previamente unidas, un 60% mayor.

Al tener en cuenta el nivel educativo, la escolaridad de la madre y la propensión a lactar aparecen asociadas de manera directa aunque no en forma monótona. Son aquellas mujeres con segundo grado de primaria o menos las más propensas a no amamantar a su hijo, probablemente debido a la mayor frecuencia entre ellas de problemas relacionados con el parto.

4. La experiencia reproductiva postparto en el período 1987-93

La segunda perspectiva de análisis del comportamiento reproductivo postparto se obtiene estudiando los períodos de lactancia, amenorrea y abstinencia se siguen a cada uno de los embarazos registrados en el calendario durante los cinco años de vida de la mujer anteriores al momento de la encuesta. Este recurso permite también evaluar la prontitud con que se reanuda la práctica

anticonceptiva, aspecto que no es cuantificable con los datos referidos al último hijo nacido vivo.

4.1 Tendencias en la lactancia

El poder contar con una muestra mayor, en términos de nacimientos permite obtener una imagen de la evolución en el tiempo de los patrones de lactancia. Este aspecto es especialmente relevante si se considera los esfuerzos que se hacen institucionalmente para promover una lactancia más prolongada. Sin embargo, los resultados obtenidos indican que las campañas que se han llevado a cabo para promover la leche materna en la crianza de los hijos han tenido un limitado impacto. Si se toma como indicador la duración a la cual el 50% de los niños ya han sido destetados, es decir la duración mediana, como muestran el Gráfico 1 y el Cuadro 2, se concluye que no ha habido cambios de magnitud significativa en la duración de la lactancia materna.

4.2 Tendencias en la amenorrea postparto

Los resultados sobre la amenorrea postparto se presentan en el Cuadro 3 de el que se concluye que la regla se reanuda pocos meses después del nacimiento del bebé y que ha habido poco cambio en los últimos años. Si se tiene en consideración los diferenciales en los patrones de lactancia registrados según tipo de nacimiento, son explicables en alguna medida los períodos de amenorrea más cortos entre las madres cuyo nacimiento fue premarital. De igual manera, se puede entender que entre las mujeres que trabajan el valor mediano sea 2.5 meses de amenorrea y en las demás madres un poco más prolongado, 2.8 meses, pues estas mujeres amamantan por más tiempo.

4.3 Tendencias en la abstinencia sexual postparto

El tiempo de abstinencia sexual en el período postparto es típicamente muy corto y no ha variado en tiempos recientes como se ilustra en el Cuadro 4. Por ejemplo, al iniciarse el segundo mes, ya cerca de la mitad de las madres ha comenzado a tener relaciones otra vez y a los seis meses, nueve de cada diez madres ha reanudado la actividad sexual.

Existe sin embargo, una diferencia significativa pues para las madres cuyo bebé fue premarital, el período de abstinencia sexual postparto es mucho más

prolongado que el de las mujeres cuyo bebé fue marital o concebido antes de la unión, como es de esperar. Se debe denotar también que casi una cuarta parte de las madres solteras aún no han reanudado la actividad sexual dos años después del nacimiento del niño.

4.4 La práctica anticonceptiva postparto

Una pronta adopción o reanudación de la práctica anticonceptiva es de crucial importancia considerando el reducido período de abstinencia sexual postparto y la limitada protección anticonceptiva natural derivada de los patrones de lactancia.

El Cuadro 5 resume cual ha sido el patrón de adopción de métodos de planificación familiar postparto desde 1987. En general, llama la atención observar que el breve período de abstinencia sexual postparto aparece asociado a una pronta reanudación o adopción de métodos anticonceptivos, con la mitad de las madres adoptando métodos antes de que transcurran dos meses y medio, con pocas variaciones desde 1987.

La dinámica del fenómeno sugiere comparar los porcentajes acumulativos de madres que han reanudado la actividad sexual con el porcentaje que ha adoptado la práctica anticonceptiva. Esto se ha llevado a cabo comparando cada una de las dimensiones independientemente, es decir, con la metodología de análisis de sobrevivencia se ha registrado el tiempo transcurrido antes de volver a tener relaciones sexuales o usar anticonceptivos. Esta opción se ha preferido por el considerable porcentaje de madres que usan anticonceptivos aun sin ser sexualmente activas. Como se observa en el Gráfico 3 al final del primer mes solo un 5% han vuelto a tener relaciones sexuales, mientras que un 30% están protegidas anticonceptivamente hablando. Este patrón se origina en que algunos métodos anticonceptivos son practicados o adoptados durante el parto, como son la inserción del DIU o la esterilización. Al analizar los fenómenos independientemente, no es posible establecer con exactitud el porcentaje de madres que han vuelto a tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Nótese también en el Gráfico que a pesar de la rápida adopción inicial, a partir del tercer mes postparto el nivel de práctica anticonceptiva sigue creciendo pero a un ritmo mucho más lento que el de reanudación de la actividad sexual. Después de un año, un 96% de las madres han reanudado la actividad sexual, pero solo un 79% la práctica

anticonceptiva, por lo que alrededor de un 20% de las madres se encuentran en riesgo de embarazo.

Las mujeres unidas son las que comienzan a planificar más rápidamente (Cuadro 6) y un 48% de ellas usa ya métodos al iniciarse el segundo mes del posparto, mientras que las demás madres -solteras, separadas, divorciadas, etc.- tardan más tiempo en usar anticonceptivos, probablemente por su nivel más bajo de práctica sexual. Esta desigualdad en niveles de práctica anticonceptiva es reflejo de los niveles diferenciales de exposición al riesgo de embarazo. Aquellas madres cuyo hijo fue concebido premaritalmente o maritalmente, son propensas a usar anticonceptivos antes pues estando unidas, vuelven a tener relaciones sexuales rápidamente, mientras que aquellas madres que dieron a luz siendo solteras tardan mucho más tiempo en volver a usar anticonceptivos pues reanudan la actividad sexual lentamente.

El tipo de método de planificación familiar adoptado después del parto se documenta en el Cuadro 7, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido antes de reanudar la práctica anticonceptiva. Una tercera parte de las madres se inclinan por los gestágenos, típicamente la píldora y de ellas alrededor de la mitad comienzan a planificar en los tres meses que siguen al parto. Teniendo en cuenta la limitada disponibilidad de pastillas para madres lactantes, es probable que en numerosos casos exista incompatibilidad entre la práctica anticonceptiva y el amamantamiento.

Un 8% de las mujeres se inclinan por el dispositivo intrauterino y un 12% más por la esterilización. En ambos casos son opciones anticonceptivas que se adoptan con gran frecuencia en el parto o muy poco tiempo después, ya que más del 75% aparecen usando esos métodos durante el primer trimestre del postparto.

Los métodos de barrera y especialmente el condón son también ampliamente utilizados. Un 30% de las madres los emplean y su popularidad durante el período postparto temprano solo es menor que la de la categoría residual de otros anticonceptivos que incluye a los métodos naturales, preferidos por alrededor del 17% de las madres. Esta situación probablemente es reflejo también de la limitada disponibilidad de métodos que tiene la Caja para atender la necesidades anticonceptivas de las madres lactantes.

5. Amenorrea, abstinencia y anticoncepción en situaciones de pérdida

Los patrones descritos documentan el comportamiento reproductivo postparto para embarazos terminados en nacidos vivos. Los casos disponibles no son suficientemente numerosos como para llevar a cabo análisis detallados situaciones en las que el embarazo terminó en "pérdida" es decir -aborto-, pero aún así, algunas observaciones son pertinentes.

El período de amenorrea, abstinencia sexual y reanudación de la práctica anticonceptiva es significativamente más corto en el caso de los nacimientos terminados en pérdidas que en nacimientos vivos. Un 50% de las mujeres reanudan su período menstrual 1.4 meses después del parto si este terminó en pérdida, en comparación con los 2.8 meses en el caso de nacimientos vivos. Ciertamente amerita mayor exploración la conjetura de que la diferencia se origina la ausencia de lactancia, aunque podrían existir otros factores importantes -como por ejemplo, diferente composición del grupo de mujeres cuyo embarazo termina en pérdida- y que la falta de información o el número de casos disponibles no permiten analizar en detalle.

Diferencias de menor magnitud se observan en los niveles de abstinencia sexual y de reanudación de la práctica anticonceptiva. Como se ilustra en el Gráfico 4, la mitad de las mujeres cuyo embarazo termina en pérdida reinician la actividad sexual 1.4 meses después del parto, mientras que en las que tienen hijos nacidos vivos la espera se extiende hasta los 2.2 meses para una fracción igual de madres. Con períodos de amenorrea y abstinencia más cortos es de esperar -como lo confirma el Gráfico 5, que el lapso transcurrido antes de reanudar la práctica anticonceptiva sea más breve. El valor mediano es de solo 1.9 meses en el caso de los embarazos terminados en pérdida, menor que el de 2.4 meses para el de nacidos vivos.

6. Referencias

Caja Costarricense de Seguro Social. Fecundidad y Formación de la Familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Departamento de Medicina Preventiva. San José, 1994.

Hanson, Lars A., Rifat Ashraf, Barbro Carlsson, Fehmida Jalil, Johan Karlsberg, Bo S. Lindband, Shaukat Raza Kahn y Shakila Zaman. 1991. Save the Children. En Peace Health and Development, a Nobel Seminar, Lars A. Hanson y Lennart Kohler, editores. NVH-Report 1993:4. Goteborg, Sweden.

Hight Laukaran, Virginia y Beverly Winikoff. Contraceptive Use, Amenorrhea and Breastfeeding in Postpartum Women. Studies in Family Planning. Vol. 16, Number 6, Nov/Dec 1985.

Knodel, John, Peerasit Kamnuansilpa y Aphichat Chamratrithirong. Infant Feeding Practices, Postpartum Amenorrhea and Contraceptive Use in Thailand. Studies in Family Planning. Vol. 10, Number 6, Nov/Dec 1985.

Cuadro 1

Ultimo hijo nacido vivo. Porcentaje que fueron amamantados según algunas características de la madre y resultado del parto. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

	Lactó	No lactó	Murió	Total
Total	90.2	9.0	.7	100.0
Deseo por el embarazo				
Sí quería	90.5	8.6	.9	57.5
Quería esperar	93.1	6.9		11.9
No quería	88.5	10.7	.8	30.4
Edad de la madre				
Menos de 19	89.8	9.9	.4	11.1
20 a 24	89.9	9.2	.9	27.2
25 a 29	90.0	8.7	.4	30.9
30 a 34	89.9	9.0	1.0	19.1
35 y más	90.0	8.7	1.3	11.7
Hijos tenidos por la madre				
1	86.6	13.2	.2	23.5
2	91.4	8.0	.6	27.3
3	91.3	7.5	1.2	22.1
4 o más	91.2	7.8	1.0	27.2
Nivel socioeconómico				
Bajo	89.8	9.7	.4	35.1
Medio	91.1	7.9	.10	37.0
Alto	89.5	9.7	.8	28.0
Estado Marital				
Soltera	82.8	17.2		6.6
Unida	91.4	7.8	.8	79.5
Otro	87.0	12.4	.6	13.9
Educación de la madre				
Menos de 2 años de primaria	83.6	15.4	1.0	7.9
De 3 a 5 años de primaria	91.7	7.4	.9	13.2
Primaria completa	90.7	8.7	.6	34.0
De 1 a 4 años de secundaria	88.8	10.3	.8	18.6
Secundaria completa o más	91.8	7.5	.7	26.3

Cuadro 2

Porcentaje de la cohorte inicial de madres aún lactando después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Meses	Total	1987	1988	1989	1990	1991	1992 o Después
1	88	87	87	86	89	88	90
2	81	81	82	81	89	83	82
3	75	75	74	75	78	77	74
4	66	67	66	65	61	66	67
5	59	62	58	59	57	58	60
6	55	58	54	55	54	54	53
7	45	47	42	47	43	44	48
8	41	42	38	44	34	40	43
9	37	38	35	39	30	36	42
10	33	34	29	34	32	34	41
11	31	31	28	32	31	32	41
12	30	29	27	31	22	31	35
18	16	17	14	17	11	16	
24	11	10	11	11	3	10	
Me ^{1/}	6.6	6.8	6.4	6.7	6.4	6.4	6.8

1/ Valor mediano, 50% de las madres han dejado de lactar antes de haber transcurrido este tiempo.

Cuadro 3

Porcentaje de la cohorte inicial de madres aun en amenorrea después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después Encuesta nacional de Salud Reproductiva de 1993.

Meses	Total	1987	1988	1989	1990	1991	1992 o Después
1	96	95	96	96	96	97	96
2	61	61	58	57	60	64	64
3	46	42	43	42	48	50	52
4	36	31	34	35	38	38	44
5	30	26	28	29	31	31	36
6	27	26	24	26	28	27	31
7	21	21	16	22	23	20	23
8	18	17	13	18	20	16	21
9	15	15	12	15	18	13	16
10	13	13	11	13	14	11	13
11	12	12	10	12	12	11	13
12	11	11	9	11	11	9	13
18	3	4	2	2	4	2	
24	1	1	1	1	1		
Me ^{1/}	2.8	2.6	2.6	2.5	2.9	3.0	3.2

1/ Valor mediano, 50% de las madres han tenido ya la regla antes de haber transcurrido este tiempo.

Cuadro 4.

Porcentaje de la cohorte inicial de madres aun sin relaciones sexuales después del parto, después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos en 1987 o después.

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1993.

Meses	Total	1987	1988	1989	1990	1991	1992 o Después
1	95	94	95	95	94	95	94
2	57	57	52	58	56	58	59
3	25	23	22	27	23	25	27
4	15	13	14	16	15	13	17
5	12	11	11	12	12	10	13
6	9	9	10	9	11	9	10
7	8	9	9	8	8	7	8
8	7	8	8	8	8	6	5
9	7	7	7	7	6	6	5
10	6	6	7	7	6	6	5
11	6	6	7	7	6	6	5
12	6	6	6	6	6	5	5
18	4	5	4	4	5	4	
24	4	5	4	4	4	3	
Me ^{1/}	2.2	2.2	2.1	2.3	2.2	2.2	2.3

1/ Valor mediano, 50% de las madres han comenzado a tener relaciones sexuales antes de haber

Cuadro 5

Porcentaje de la cohorte inicial de madres aun sin haber comenzado a usar métodos anticonceptivos después de transcurridos los meses indicados desde el parto, según año de ocurrencia del nacimiento. Niños nacidos vivos en 1987 o después
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1993

Meses	Total	1987	1988	1989	1990	1991	1992 o Después
1	70	70	70	68	71	66	73
2	55	56	57	53	53	54	54
3	38	40	40	40	37	34	34
4	32	35	34	34	31	27	28
5	29	33	33	31	29	24	23
6	27	32	32	29	27	22	20
7	26	31	29	28	24	21	20
8	25	30	28	27	23	21	18
9	24	29	28	25	23	19	16
10	23	28	27	24	22	19	15
11	23	28	27	24	22	18	15
12	22	28	26	23	22	17	15
18	17	23	21	16	17	14	
24	14	20	18	13	15	8	
Me ^{1/}	2.3	2.4	2.5	2.3	2.2	2.2	2.2

1/ Valor mediano, 50% de las madres han comenzado a usar métodos de planificación familiar antes

Cuadro 6

Porcentaje de la cohorte inicial de madres que aun no usa métodos anticonceptivos, después de transcurridos los meses indicados desde el nacimiento del bebé, según condición marital 6 meses antes del embarazo. Niños nacidos en 1987 o después. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

	Total	Unidas	Otro	Premarital		Marital
				Nacimiento	Concepción	
1	70	67	73	94	95	95
2	55	52	58	79	52	54
3	38	34	44	63	25	20
4	32	27	38	56	14	10
5	29	25	36	53	8	7
6	27	23	33	46	6	5
7	26	22	33	43	4	4
8	25	21	31	40	4	4
9	24	20	30	39	2	3
10	23	19	30	38	2	3
11	23	18	29	37	2	3
12	22	18	29	37	2	3
18	17	14	23	25	1	2
24	14	11	20	23	1	2
Me ^{1/}	2.3	2.2	2.6	5.5	2.1	2.1

1/ Valor mediano, 50% de las madres han comenzado a usar anticonceptivos antes de haber transcurrido este tiempo.

Cuadro 7

Distribución de las madres que adoptaron métodos de planificación después del parto, según tipo de método y tiempo transcurrido antes de comenzar a planificar. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Segundo Semestre	Después de 12 meses	Total
Gestágenos	54.0 367	15.6 106	9.7 66	20.7 141	100.0 680
DIU	66.2 104	10.8 17	4.5 7	18.5 29	100.0 157
Condón-barrera	80.6 490	8.6 52	2.5 15	8.4 51	100.0 608
Esterilización	76.3 184	4.6 11	2.1 5	17.0 41	100.0 241
Otro	81.2 285	9.1 32	4.8 17	4.8 17	100.0 351
Total	70.2 1430	10.7 218	5.4 110	13.7 279	100.0 2037

7. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA

Luis Rosero

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica y
Office of Population Research, Princeton University

1. Introducción

Este capítulo tiene como fin proporcionar una descripción de la experiencia anticonceptiva de la sociedad costarricense. Varios son los temas de relevancia sustantiva que son tratados aquí. El primero se refiere al grado de conocimiento sobre la existencia de métodos de planificación familiar, la situación y naturaleza de la fuente de la cual el conocimiento se adquirió. De igual importancia es la práctica pasada y especialmente el nivel y características que tipifican el uso actual de los métodos de planificación familiar. El documento da evidencia que la práctica anticonceptiva es el principal factor que ha mediado en el curso de la fecundidad en Costa Rica durante las últimas tres décadas.

Como en otros capítulos del presente informe, se a recurrido a la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva como la fuente de datos más reciente sobre los temas descritos. Aunque la población de referencia fue la compuesta por la totalidad de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, los resultados que se presentan aquí se basan en las mujeres que están en unión legal o consensual, agrupadas en el término "unidas". Este ha sido un procedimiento común en los estudios realizados en Costa Rica anteriormente, así como en otros países, pues se piensa que las mujeres que no están en unión en su gran mayoría no se encuentran en riesgo de embarazo y por lo tanto no requieren usar anticonceptivos.

2. Conocimiento de métodos y fuentes

Con el fin de indagar sobre el grado de conocimiento, se pidió a las entrevistadas que mencionaran los métodos de planificación familiar. Para aquellos no nombrados espontáneamente, se preguntó a la mujer si había oído hablar de cada método particular, incluyéndose en la pregunta una breve explicación u otras acepciones con las que el método es conocido.

Al igual que en las encuestas efectuadas desde 1976, la totalidad de las entrevistadas dijeron haber

oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo (Cuadro 1). Vale decir, que en Costa Rica, desde los años 70, las mujeres están conscientes que la fecundidad puede regularse y existe entre ellas un conocimiento universal de por lo menos lo más elemental de la planificación familiar. En particular, todas o casi todas las mujeres han oído hablar de los anticonceptivos orales (100%), el condón (99%) y el DIU (97%). La inmensa mayoría también sabe de la existencia de los anticonceptivos inyectables (91%), el ritmo (89%) y la esterilización femenina (84%). El conocimiento es algo menor, aunque todavía mayoritario acerca de los métodos vaginales (68%), que incluyen espumas, cremas, óvulos y diafragma, la vasectomía (64%) y el retiro o coito interrumpido (57%). Solo una minoría indicó haber oído hablar del método de Billings (30%) y el Norplant (8%), así como del coito anal u oral (24%).

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

3. Aprendizaje y difusión de la planificación familiar

Para comprender mejor cómo tiene lugar en Costa Rica el proceso de aprendizaje y difusión de la planificación familiar se preguntó la edad a la que las entrevistadas oyeron por primera vez de los métodos anticonceptivos y cual fue esta fuente de información.

El Cuadro 2 presenta los resultados relativos al aprendizaje de los medios de limitación del tamaño de familia. Se observa que las costarricenses están recibiendo información anticonceptiva a edades cada vez más tempranas. La proporción que se enteró antes de los 15 años de edad fue 41% entre las cohortes más jóvenes (15-24 años de edad), mientras solo del 9% entre las que hoy tienen 35 o más años de edad. Un 61% dijo haberse informado antes de la unión, porcentaje que es mayor entre las jóvenes (72%) y menor entre las mayores de 35 años (49%). En este último grupo casi 20% se enteró luego de transcurridos tres o más años de unión, pero en las cohortes más jóvenes casi ninguna mujer se informó tan tardíamente. Se evidencia, por tanto, un claro impacto de la información y educación sexual que están recibiendo los jóvenes del país, difusión que es relativamente reciente.

El último panel del Cuadro 3 muestra que hay básicamente cuatro fuentes de información en el país: los aulas (cursos/charlas), las amigas, el consultorio médico y el hogar (madre o pariente). Cada una de estas cuatro fuentes tiene una importancia parecida, un poco más del 20%. Los medios de comunicación colectiva aparecen con una importancia menor (7% para radio, TV e impresos). Este perfil de las fuentes de información está, sin embargo, cambiando substancialmente de generación a generación. El cambio mayor es una sustitución del consultorio por el aula y, especialmente, por el hogar como la fuente donde las jóvenes reciben las primeras informaciones de planificación familiar. Comparando las mujeres mayores de 35 años de edad con las menores de 25, se tiene que el médico/enfermera ha bajado de 30% a 7%, mientras que la madre ha subido de 7% a 25% y los cursos de 14 a 26%. La difusión por interacción social, es decir entre amistades, se mantiene estable en alrededor de un 25% de las fuentes primarias de información. Parte del cambio descrito es, simplemente, consecuencia del envejecimiento de las generaciones pioneras de la planificación familiar, las que ahora pueden transmitir a sus hijos la información que en el pasado tuvieron que aprenderla por su cuenta. Otra parte del cambio parece deberse a la mayor cobertura

escolar y a la inclusión de educación sexual en la enseñanza formal. Por otra parte, estas tendencias indican que el tópico de la planificación familiar ha salido de la esfera médica.

La comparación de las fuentes de información, según si el aprendizaje tuvo lugar antes o después de unirse (Cuadro 3), en parte refleja estos cambios intergeneracionales, pero también muestra de manera dramática que la fuente de información primaria para las señoras en unión es el consultorio médico (43%), mientras que para las jóvenes solteras lo es el aula (35%). La interacción social tiene importancia parecida en ambas circunstancias.

4. Adopción y uso pasado de la planificación familiar

El 95% de las entrevistadas en unión indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos (Cuadro 4), es decir que prácticamente todas las parejas fértiles de hoy tienen alguna experiencia anticonceptiva. El porcentaje que indicó haber usado algún método moderno, contando los quirúrgicos y de barrera, fue también casi universal: 91%. Estos indicadores del grado de adopción de la planificación familiar en el país han estado aumentando sistemáticamente desde 1976, cuando un 83% había usado algún anticonceptivo y 74% alguno moderno. Con excepción de los métodos vaginales y del ritmo, el uso alguna vez de todos los otros métodos también ha venido aumentando consistentemente desde 1976, lo que es un indicador de la continua propagación de la planificación familiar en el país. El aumento más notable es el del condón: de un 37% que dijo haberlo usado alguna vez en la ENF-76 se ha pasado a un 58% en 1993.

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

En relación con el momento de la vida reproductiva en que las costarricenses comienzan a hacer uso de la planificación familiar, el Cuadro 5 muestra que alrededor de un 20% ya han usado métodos anticonceptivos antes de la unión, porcentaje que prácticamente no ha cambiado entre las distintas generaciones de mujeres. La gran mayoría lo hace en

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

Más de la mitad de las mujeres (57%) eligen los anticonceptivos orales cuando comienzan a planificar. Proporciones importantes también optan por el condón (20%) o el ritmo (10%). Los métodos restantes se usan poco al inicio de la práctica anticonceptiva. El Cuadro 5 también muestra que está ocurriendo un cambio intergeneracional significativo, pues cada vez menos mujeres inician la planificación familiar con anticonceptivos orales y más lo hacen con el condón.

5. Prevalencia anticonceptiva

Por prevalencia se entiende el porcentaje de mujeres en unión que utilizan algún método de planificación familiar en el momento de la encuesta, sin importar cuándo comenzaron a usarlo. En la ENSR-93 la prevalencia anticonceptiva resultó ser de 75% (Cuadro 6), cifra que representa un incremento importante con respecto al 69% obtenido en la encuesta de 1986. Este cambio sugiere que ha quedado atrás el patrón de estancamiento observado entre 1976 y 1986, cuando la prevalencia fluctuó entre 65% y 69%.

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

Bajo la denominación de métodos modernos se agrupan los anticonceptivos orales, el DIU, los inyectables y el Norplant. Estos grupos de métodos son de mayor importancia relativa, pues un 28% de

las usuarias dependen de ellos. Los métodos de barrera, condón y los anticonceptivos vaginales, fueron mencionados por 15.9% de las mujeres. Entre los métodos tradicionales se incluyen: el método de Billings, el ritmo, el retiro, el coito anal u oral y otros. Una de cada diez mujeres en la encuesta dijo utilizar esta tipo de métodos.

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

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

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

El Cuadro 7 documenta la prevalencia anticonceptiva en los países del istmo Centroamericano alrededor de 1990. Para hacer la comparación, las cifras se refieren solo a mujeres en unión de 15 a 44 años de edad. Es evidente la más alta prevalencia de anticonceptivos en Costa Rica con un 76%. Un

distante segundo lugar en prevalencia lo tiene Panamá, donde un 58% de las mujeres emplean anticonceptivos. En el resto de los países del istmo, menos de la mitad de las mujeres unidas en edad fértil utilizan métodos de control natal. El porcentaje más bajo se encuentra en Guatemala, donde menos de una cuarta parte de las mujeres los usan.

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

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

6. Práctica anticoncepción en las mujeres no unidas

Como se indicó en la introducción, este capítulo focaliza el análisis de la planificación familiar entre las mujeres en unión conyugal exclusivamente. Conviene, sin embargo, cerrar el capítulo con un vistazo a la práctica anticonceptiva de las mujeres no unidas. El Cuadro 8 presenta los resultados sobre el conocimiento y uso de métodos entre las mujeres no unidas, por edad.

Al igual que entre las mujeres casadas, prácticamente todas las mujeres no unidas han oído hablar de los anticonceptivos orales y del condón. Sin embargo, el conocimiento de otros métodos tiende a ser menor entre las mujeres no unidas menores de 30 años, lo cual es especialmente evidente en el caso del DIU, los inyectables, los vaginales, el ritmo y el retiro. En contraste, el conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres no unidas mayores de 30 años no difiere mayormente del de las mujeres unidas.

La prevalencia anticonceptiva es substancialmente menor entre las mujeres no unidas, especialmente entre las jóvenes menores de 30 años (13% prevalencia). Entre las no unidas mayores de esta edad, el uso es apreciable (37%), pero ello se debe en gran parte a una prevalencia de 19% de

esterilización, es decir, posiblemente es el caso de mujeres que se operaron cuando estaban en unión y que por supuesto ahora no pueden dejar este método irreversible. Es probable que también algunas de ese 5% de usuarias del DIU en este grupo, tampoco sean activas sexualmente, pero que conservan el dispositivo porque fue colocado en tiempos en que estaban unidas. Dejando fuera la esterilización y el DIU, el perfil del uso de anticonceptivos de las no unidas mayores de 30 años es similar al de las menores de esta edad.

De todas las entrevistadas que dijeron estar usando anticonceptivos o esterilizadas, un 14% no se encontraba en unión en el momento de la encuesta. Debe reconocerse, por tanto, que un segmento importante de uso de anticonceptivos tiene lugar fuera de las uniones legales o consensuales. Sin embargo, una parte importante de ese segmento (un tercio aproximadamente) está compuesto por mujeres que se esterilizaron o pusieron un DIU cuando estaban unidas. Aunque el número de mujeres no unidas que usa métodos es considerable, el estudio de la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres en unión exclusivamente, es una diferenciación importante en el análisis, pues referirle a todas las mujeres en edad fértil daría una imagen distorsionada. Como puede verse en el Cuadro 8, la prevalencia anticonceptiva tomando como referencia todas las mujeres en edad fértil, es de solo 53%, substancialmente menor que el 75% de prevalencia calculada por el método tradicional, es decir solo para mujeres en unión.

7. Referencias

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

Robey, B. Rutstein, S.O, Morris, L. and Blackburn, R. The Reproductive Resolution; New Findwigs. Population Reports, Series M, No 11. Baltimore, John Hopkings. Union Population Information Program, December.

Cuadro 1

Porcentaje de mujeres en unión que conoce cada método anticonceptivo y que sabe dónde obtenerlo

Método	Conoce	Sabe donde obtenerlo
Modernos		
Orales	100	97
DIU	97	87
Inyectables	91	76
Norplant	8	4
Tubectomía	84	78
Vasectomía	64	58
Condón	99	96
Vaginales	68	59
Tradicionales		
Billings	30	19
Ritmo	89	-
Retiro	57	-
Coito anal/oral	24	-
Otros	3	-
Algún método	100	99

Cuadro 2

Aprendizaje de la anticoncepción: distribución porcentual de las mujeres en unión según edad cuando aprendió, años de unión y fuente, por edad actual.

Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1993

Aprendizaje de Anticoncepción	Total	Edad actual		
		15-24	25-34	35-49
Total	100	100	100	100
Edad				
Menos de 15	21	41	24	9
15-19	50	54	56	42
20-29	27	5	20	45
30-39	2	0	0	4
40-49	0	0	0	0
Años de unión				
Antes de unirse	61	72	68	49
0-2 años	30	27	28	32
3-9 años	7	1	3	14
10 años o más	2	0	1	5
Fuente				
Cursos	24	26	32	14
Amiga	23	22	22	26
Médico/enfermera	20	7	18	30
Madre	12	25	22	7
Otro pariente	8	11	7	7
TV/Radio	4	3	3	7
Lecturas	3	2	3	3
Marido	2	2	2	3
Otro	4	3	3	4

Cuadro 3

Distribución porcentual de las mujeres en unión según fuente de aprendizaje de la anticoncepción y si fue antes o después de unirse. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1993.

Fuente	Antes de la unión	Después de la unión
Total	100	100
Cursos	35	7
Madre	15	7
Médico/enfermera	6	43
Amiga	24	23
Otro	20	21

Cuadro 4

Porcentaje de las mujeres en unión que ha usado cada método anticonceptivo. 1976 y 1993.

Método	ENF-76	ENSR-93
Modernos		
Orales	52	69
DIU	12	23
Inyectables	9	10
Norplant	-	0
Tubectomía	15	20
Vasectomía	1	1
Condón	37	58
Vaginales	12	6
Tradicionales		
Billings	-	3
Ritmo	32	32
Retiro	36	17
Coito anal/oral	-	1
Otros	2	1
Algún método	83	85
Alguno moderno	74	91

Cuadro 5

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

Uso inicial de anticonceptivos	Total	Edad actual		
		15-24	25-34	35-49
Ha usado (%)	95	91	97	94
	2069	376	916	777
Total ha usado	100	100	100	100
Edad inicial				
Menos de 15	0	0	0	0
15-19	35	69	33	19
20-29	59	31	65	67
30-39	6	0	2	13
40-49	0	0	0	1
Años de unión				
Antes de unirse	19	18	21	18
0-2 años	63	78	66	52
3-9 años	14	4	12	21
10 años o más	4	0	2	9
Número de hijos que ya tenía				
Ninguno	44	61	48	29
1 hijo	37	35	37	39
2 hijos	9	3	8	13
3 hijos	5	1	4	10
4 hijos o más	5	0	2	11
Primer método				
Orales	57	53	57	60
Condón	20	29	20	15
Ritmo	10	10	12	8
DIU	4	3	5	5
Tubectomía	3	0	1	6
Retiro	2	2	2	3

Cuadro 6

Porcentaje de mujeres en unión usando cada método anticonceptivo.
1976, 1986 y 1993.

Método	ENF-76	Encuesta EFS-86	ENSR-93
Número de casos	2684	2097	2191
Modernos			
Orales	23.0	19.2	18.0
DIU	5.0	7.4	8.7
Inyectables	1.9	1.2	1.0
Norplant	-	-	-
Esterilización			
Tubectomía	24.7	16.7	19.7
Vasectomía	1.0	.5	1.3
Barrera			
Condón	8.6	12.9	15.7
Vaginales	2.0	.6	.2
Tradicionales			
Billings	-	-	.1
Ritmo	5.0	7.6	6.9
Retiro	4.5	3.1	3.3
Otros	.9	.1	.1
Total usando	67	69	75
Modernos	30	28	28
Esterilización	16	17	21
Barrera	11	13	16

Cuadro 7

Porcentaje de las mujeres en unión de 15 a 44 años de edad que usa anticonceptivos en los países del Istmo Centroamericano.

Método	Panamá 1984	Costa Rica 1992-93	Nicaragua 1992-93	Honduras 1987	El Salvador 1993	Guatemala 1987	Belize 1991
Total usando	58	76	49	41	53	23	47
Orales	12	20	14	13	9	4	15
DIU	6	9	10	4	2	2	2
Condón	1	17	2	2	2	1	2
Esterilización	33	17	18	13	32	10	19
Ritmo, Billings	2	7	2	4	3	3	2
Otros	4	6	3	55	5	3	7

Cuadro 8

Porcentaje de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos según si la entrevistada está en unión marital. Todas las entrevistadas.
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993

Método	Total	En unión	No unida menor de 30 años	No unida 30 años o más
Ha oído hablar de:				
Algún método	100	100	99	100
Orales	99	100	99	98
DIU	92	97	80	94
Inyectables	83	89	70	85
Norplant	8	8	7	9
Tubectomía	81	84	74	83
Vasectomía	62	65	53	71
Condón	99	99	98	98
Vaginales	63	68	50	69
Billings	28	30	22	29
Ritmo	85	89	74	86
Retiro	52	57	40	54
Coito anal/oral	25	24	25	33
Usa actualmente:				
Total	53	75	13	37
Orales	13	18	6	8
DIU	6	9	2	5
Tubectomía	14	19	1	19
Condón	11	16	3	3
Ritmo	5	7	1	1
Retiro	2	3	1	0
Otros	2	3	1	1

8. EL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA: actitudes y práctica

Isabel Brenes

Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica

1. Introducción

El aborto inducido por lo general se realiza en un ambiente de desaprobación social y religiosa, lo que provoca un impacto emocional y moral en la mujer, donde los sentimientos de culpa juegan un papel importante. En los países donde el aborto provocado es además ilegal, las condiciones sépticas en las cuales frecuentemente se realiza ocasiona graves riesgos para la mujer como hemorragias severas, infecciones crónicas, esterilidad permanente e incluso la muerte.

Pero las consecuencias trascienden el nivel personal. A nivel familiar también deben mencionarse los trastornos producidos por muertes maternas debidas a un aborto inducido y, más globalmente, los recursos que demanda la atención médica de mujeres que sufren complicaciones debidas a un aborto.

El clima de censura existente hace que en Costa Rica, como en otros países donde el aborto inducido es ilegal, exista un gran desconocimiento sobre los niveles y determinantes. No obstante, la escasa evidencia existente basada en los testimonios de médicos que lo practican y de mujeres que lo han experimentado, dan muestra de su latencia en la sociedad. A pesar de la elevada prevalencia anticonceptiva, la evidencia circunstancial sobre los niveles de aborto provocado sugiere una gran frecuencia de relaciones sexuales sin protección, o bien una práctica anticonceptiva ineficaz.

Este artículo está orientado a subsanar en alguna medida los vacíos de información existentes proporcionando cifras sobre las actitudes de la población femenina así como los niveles probables de incidencia del aborto inducido en Costa Rica.

2. Actitudes

2.1 Fuente de datos y métodos

Las actitudes de las mujeres costarricenses hacia el aborto inducido fueron analizadas haciendo uso de los datos disponibles en las encuestas de fecundidad de los años 1976 y 1993. Se estudió el grupo de mujeres mayores de 20 años, alguna vez unidas, compuesto por 3030 mujeres en 1976 y 2446 en 1993.

Las encuestas recopilaron información sobre la aceptación del aborto inducido en las siguientes ocho circunstancias:

- El embarazo es peligroso para la vida de la madre.
- El embarazo es perjudicial para la salud de la madre.
- Se piensa que el niño nacerá defectuoso.
- El embarazo es el resultado de una violación.
- El embarazo es resultado de relaciones incestuosas.
- La madre es soltera y el padre no quiere casarse.
- Otro hijo dificultaría mantener y educar a los niños que tiene.
- La mujer lo desea por cualquier motivo.

Un primer enfoque del estudio de las actitudes se orientó a cuantificar -a través de porcentajes- la actitud de las mujeres en relación con cada una de las circunstancias investigadas. En segunda instancia, se obtuvo una medida global de la actitud hacia el aborto inducido mediante un índice aditivo, tipo Likert, para lo cual primero se verificó que las diferentes circunstancias formaran una escala y midieran una sola dimensión.

También se investigó la posible relación entre la actitud general hacia el aborto inducido y algunas características sociodemográficas de las mujeres como edad, educación, lugar de residencia, tipo de unión marital y religiosidad.

2.2 Las actitudes hacia el aborto inducido

En el año 1976, la gran mayoría de las mujeres costarricenses se manifestaba en contra del aborto inducido, independientemente de la circunstancia por la cual se produjera (Cuadro 1).

El aborto provocado con fines terapéuticos, pese a estar exento de castigo bajo nuestra legislación, sólo era aceptado por un 35.5% de las mujeres si el embarazo representaba un peligro para la vida de la madre y por un 23.9% si se trataba de riesgos para la salud de la mujer. Un 28.1% de la población femenina, aceptaba el aborto en caso de que el niño fuera a nacer con alguna anomalía física.

El porcentaje de mujeres en contra del aborto era aún mayor cuando el embarazo se originaba en una violación o en relaciones incestuosas, y existía un rechazo casi total al aborto provocado por circunstancias de carácter económico o social, como son el no poder mantener y educar a los hijos, el que el padre del niño no quiera casarse o cualquier otro motivo.

En 1993, la actitud hacia el aborto inducido, aunque todavía conservadora, mostró un mayor grado de aceptabilidad, sobre todo en lo que respecta a la salud de la madre y circunstancias de violación e incesto.

En ese año, el aborto provocado con el fin de preservar la vida o la salud de la madre era aceptado por poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas (58.9% si se practica para salvar la vida de la madre y 51.5% por motivos de salud). Además, alrededor de una tercera parte de las mujeres estaba de acuerdo con el aborto en caso de incesto o por anomalía del feto (36.6% y 33.6%, respectivamente) y un porcentaje menor lo aceptaba en caso de violación (27.7%). El aborto producido bajo cualquiera de las otras tres circunstancias mencionadas todavía era rechazado por la mayoría de las mujeres, pero el porcentaje que lo aprueba se ha duplicado desde 1976.

La actitud de aceptación hacia el aborto inducido disminuye conforme se pasa de situaciones de riesgo para la salud de la madre o del niño, a situaciones de carácter social o económico. Por ser estas últimas, más censuradas socialmente, es razonable esperar que una mujer que se manifiesta a favor del aborto cuando se da alguna de estas situaciones, adopte también una actitud favorable

hacia el aborto provocado por cuestiones de salud de la madre o del niño. De igual forma, se espera que una mujer que desapruébe el aborto aún cuando está en peligro la vida de la madre, no lo acepte bajo ninguna de las otras circunstancias.

Partiendo de este ordenamiento de las distintas circunstancias, se pueden combinar las respuestas dadas por las mujeres, con el fin de obtener una medida resumen de la actitud general hacia el aborto inducido.

El índice de Likert elaborado consiste en la suma simple de las respuestas favorables dadas por cada mujer. Se obtiene así una cifra cuyo rango de variación va de 0 a 8, donde 0 significa una actitud de rechazo total hacia el aborto inducido y 8 indica aceptación en cualquier circunstancia. Valores intermedios indican aprobación del aborto en ciertos casos.

En el Gráfico 1 se presenta la distribución de frecuencias de las mujeres entrevistadas, según su grado de aceptación o rechazo del aborto inducido. Puede observarse que en el año 1976, la mitad de las mujeres entrevistadas estaban en contra del aborto inducido bajo cualquier circunstancia, mientras que en 1993 sólo cerca de una tercera parte lo rechazaba por completo. Asimismo, se observa que mientras en 1976 casi un 80% de las mujeres se concentra en los primeros tres valores de la escala, en 1993 ese porcentaje se había reducido a un 57%, permitiendo que aumentara la frecuencia de los valores de la escala superiores a 2, lo que refleja la actitud más tolerante hacia el aborto ya mencionada.

2.3 Factores sociodemográficos asociados a las actitudes hacia el aborto inducido

Los coeficientes de correlación mostrados en el Cuadro 2, proporcionan una idea general del grado de relación entre algunas características sociodemográficas de las mujeres y su actitud ante el aborto inducido. En ningún caso se observa una alta correlación; los valores son inferiores a 0.20 y los más altos corresponden a las variables: educación (1976), residencia (1976 y 1993) y religiosidad (1993).

Una situación similar se observa al obtener índices promedio de actitud hacia el aborto inducido, para las distintas categorías de cada una de las variables sociodemográficas (Cuadro 3). Considerando que

el rango del índice es de 0 a 8, no hay variaciones de gran magnitud entre la actitud de mujeres de distinta condición sociodemográfica. Las variables para las que se observa una mayor diferencia entre los índices promedio correspondientes a sus diversas categorías, son las mismas que mostraron las mayores correlaciones con el índice de actitud.

En primer lugar puede mencionarse la variable educación, que para el año 1976 muestra cierta relación con la actitud hacia el aborto inducido. El índice promedio de actitud tiende a crecer, aunque ligeramente, con el nivel educativo. Este ascenso se da hasta el nivel de secundaria completa, lo que podría indicar que después de cierto nivel, la escolaridad no induce a variaciones en las actitudes de las mujeres hacia el aborto inducido.

En segundo lugar se observa, tanto en 1976 como en 1993, un menor índice de actitud hacia el aborto inducido para las mujeres que viven en zonas rurales, es decir, las mujeres del campo tienen una actitud menos tolerante hacia la terminación inducida del embarazo que las ciudadanas.

Como puede anticiparse, el índice tiende a decrecer con el mayor grado de religiosidad de la mujer, medido en términos de asistencia al culto.

3. La práctica del aborto inducido

3.1 Fuente de datos y métodos

Para el cálculo de los niveles de aborto inducido se utilizó una técnica indirecta basada en las estadísticas hospitalarias sobre egresos por embarazo terminado en aborto. Estas se obtienen usando como datos básicos los provenientes de las fórmulas de egreso de los diferentes hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, documentos en donde se anotan las razones y tipo de atención recibidos por la paciente. La estimaciones aquí elaboradas se basan en la experiencia del período 1984 a 1989.

Se considera aborto toda interrupción del embarazo que ocurra antes de completar la vigésimo segunda semana de gestación. Los egresos por embarazo terminado en aborto corresponden a las siguientes categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (630 A 639):

- Mola hidatiforme.
- Otro producto anormal de la concepción.
- Aborto retenido.
- Aborto ectópico.
- Aborto espontáneo.
- Aborto inducido legalmente.
- Aborto inducido ilegalmente.
- Aborto no especificado.
- Intento fallido de aborto.
- Complicaciones consecutivas al aborto, a la gestación ectópica y al embarazo molar.

Con el fin de poder producir cifras comparables que permitieran evaluar los niveles de aborto en Costa Rica en el contexto de los niveles de otros países, se tomó como referencia la metodología desarrollada por el Allan Guttmacher Institute (AGI) de Nueva York para estimar los niveles de aborto inducido en algunos países de América Latina (Singh y Wulf, 1991 y 1994), a la que se hicieron algunas modificaciones que permitieran su aplicación a nuestro país.

De acuerdo con dicha metodología, si a los egresos por embarazo terminado en aborto restamos las hospitalizaciones debidas a abortos espontáneos, obtenemos el número de hospitalizaciones que corresponden a abortos inducidos. Además, como no todas las mujeres que tienen un aborto inducido se hospitalizan, la cantidad de abortos provocados debe ajustarse con un factor de inflación que contemple aquellos que no requirieron hospitalización.

El procedimiento depende de la pertinencia de dos supuestos. Uno está relacionado con la probabilidad de ocurrencia de un aborto espontáneo y la proporción de éstos que requiere hospitalización; el otro se refiere a la proporción de abortos inducidos que terminan en complicaciones que deben ser tratadas en un hospital.

Para determinar las probabilidades de un aborto espontáneo se utilizaron tablas de vida construidas con base en un estudio realizado en los Estados Unidos (Harlap, S. y otros, 1980), las que han sido consideradas como adecuadas para aplicar a países latinoamericanos (Singh y Wulf, 1991). De acuerdo con estas tablas de vida, se estima que por cada 100 embarazos detectados a las cuatro semanas posteriores al último período menstrual, 15.2 no terminan en nacidos vivos, o lo que es equivalente, 84.8 terminan en nacimientos. El porcentaje de pérdidas ocurridas antes de las 22

semanas, que son las que se consideran en este estudio como abortos, es 13.5.

Por ser difícil contar con el número real de embarazos, los abortos espontáneos se expresan como un porcentaje de los nacimientos. Con base en la fracción probable de embarazos concluidos en un nacido vivo (84.8), podemos estimar los abortos espontáneos como un 16% de los nacidos vivos (0.135/0.848). Las razones abortos/nacimientos según semanas de gestación se presentan en el Cuadro 4.

El porcentaje de abortos espontáneos que requieren hospitalización fue calculado con base en una encuesta realizada a 100 mujeres que en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1993, declararon haber tenido alguna pérdida de menos de seis meses de gestación, durante el período 1985-1992. Los resultados, según semanas de gestación se muestran en el Cuadro 4.

Con base en la razón de abortos espontáneos a nacimientos y los porcentajes de hospitalización, se obtiene una razón hospitalizaciones a nacimientos de 0.081, la cual indica que por cada 100 nacimientos se atienden en los hospitales 8.1 casos de aborto espontáneo.

El supuesto sobre la proporción de abortos inducidos que no requieren hospitalización es más difícil de establecer, debido a la escasez de información sobre el sistema de abortos en nuestro país, es decir, las personas que generalmente los realizan, las técnicas utilizadas, la etapa del embarazo en que generalmente se efectúan, etc. Esto obliga a utilizar factores de inflación sugeridos por estudios y opiniones de expertos de otros países y algunos pocos datos recopilados sobre los servicios de aborto en Costa Rica.

Se obtuvo así un rango de estimaciones basadas en variaciones de las cifras sobre el número de abortos espontáneos hospitalizados y dos multiplicadores seleccionados. Entre estas se escogió una estimación como la más verosímil y en la cual se basan los resultados que se presenta en el Cuadro 5.

3.2 Resultados

Durante el período 1984-1991, los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social atendieron un promedio anual de 8668 mujeres cuya causa de

egreso fue un embarazo terminado en aborto. Entre un 80% y un 87% de estos egresos fueron clasificados como abortos no especificados y menos de un 1% como abortos inducidos. De acuerdo con la opinión de algunos especialistas en el campo estos porcentajes se deben a que, por un lado muchas veces los médicos no se preocupan por anotar en el expediente los detalles necesarios que permitan una clasificación correcta, y por otro lado, el aborto inducido no se reporta excepto en casos muy excepcionales.

El número promedio de abortos espontáneos hospitalizados, estimado según el método ya descrito, es de 6173 por año. Si comparamos esta cifra con el promedio anual de hospitalizaciones por embarazo terminado en aborto, los abortos espontáneos representan alrededor de un 70% de éstas.

Al deducir de los egresos hospitalarios, aquellos que corresponden a abortos espontáneos, obtenemos que las hospitalizaciones por aborto inducido son aproximadamente 2500 por año. Sin embargo, esta cifra constituye solamente una fracción de la estimación de abortos practicados en el país, pues se reconoce que algunos abortos son realizados con las condiciones de seguridad suficientes, de manera que las mujeres son menos susceptibles de tener complicaciones que requieran hospitalización.

Utilizando un factor de inflación de 3, que supone que una de cada tres mujeres que se practican abortos, sufre complicaciones que ameritan la hospitalización, obtenemos cifras de aborto inducido que varían entre unos 6000 y unos 8500 por año.

Al comparar esta cantidad de abortos inducidos con el número de nacimientos, se obtiene una razón de alrededor de 100 abortos por cada mil nacimientos.

Si se relacionan las cifras de aborto inducido con el número de mujeres en edad reproductiva (15-49), encontramos tasas de alrededor de 10 abortos provocados por cada 1000 mujeres de este grupo de edad.

4. Conclusiones

El aborto inducido es un tema delicado, controversial y se ha estudiado poco en Costa Rica. A pesar de las limitaciones de los datos es posible esbozar algunas conclusiones importantes que

podrían orientar mejor los esfuerzos futuros para profundizar en el tema.

Primero que todo, debe indicarse que las actitudes de las mujeres costarricenses hacia el aborto inducido han variado considerablemente en las últimas dos décadas, y en la actualidad existe una mayor aceptación. Sin embargo, esta tolerancia depende en gran medida de la razón por la cual se lleva a cabo el aborto, y es menor cuando se pasa de motivos de salud a razones sociales o económicas.

Si se compara con otros países, la actitud de las mujeres costarricenses podría calificarse como conservadora, en el sentido de que por lo general se acepta sólo por cuestiones de salud. Sin embargo, la proporción de mujeres que lo acepta se puede considerar alta, si tomamos en cuenta que en nuestro medio legal, social y religioso, el aborto provocado está bastante reprimido y censurado.

La condición sociodemográfica de las mujeres no ejerce gran influencia en las actitudes hacia el aborto inducido. No obstante, los datos sugieren que las mujeres de las zonas más urbanizadas y de más educación, tienen una actitud un poco menos conservadora. Asimismo, las mujeres que por su frecuente asistencia a los servicios religiosos pueden considerarse con alto grado de religiosidad, muestran mayor rechazo hacia el aborto inducido que las menos devotas.

Con respecto a la incidencia del aborto inducido, al comparar las estadísticas hospitalarias sobre egresos por embarazo terminado en aborto, con las probabilidades de un aborto espontáneo y su porcentaje de hospitalización, se encontraron algunas evidencias de la práctica en el país.

Entre los valores obtenidos, los más probables indican que en los últimos años han ocurrido en Costa Rica entre 6000 y 8500 abortos inducidos por año, que representan alrededor de un 10% de los nacimientos.

Los niveles estimados de aborto provocado son bastante menores a los de otros países donde el aborto es legal o donde existe una baja prevalencia de anticonceptivos. Sin embargo, para nuestro medio legal, sociocultural y religioso, pueden ser relativamente altos.

Por otra parte, la aceptación del aborto inducido sólo bajo circunstancias especiales, mostradas por

la mayoría de las mujeres costarricenses, sugiere que su práctica es limitada y no concuerdan, por tanto, con los niveles de aborto estimados.

5. Referencias

Ansorena, Aixa. ¿Qué hago? ¿Qué hice?. El mundo invisible de las mujeres que abortan. Estudio antropológico sobre la aprobación social del aborto en Costa Rica. (Tesis de licenciatura en Antropología, Escuela de Antropología y Sociología, Universidad de Costa Rica), 1983.

Brenes, Isabel. Actitudes y práctica del aborto inducido en Costa Rica. (Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Estadística para optar al grado de Magister Scientiae), 1994.

Fernández, Mauro, Cambroner, Marta y Peralta, Fernando. Aborto provocado: características del procedimiento. Primer Congreso Médico Regional, 28-30 de noviembre, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, San José, 1991.

Harlap, S., Shiono, P. H. y Ramcharan, S. "A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables". Human Embryonic and Fetal Death. Academic Press, Nueva York, 1980.

Singh, Susheela y Wulf, Deidre. "Cálculo de los niveles de aborto en el Brasil, Colombia y el Perú, a base de datos hospitalarios y de encuestas de fecundidad". Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número especial de 1991.

Singh, Susheela y Wulf, Deidre. "Estimated levels of induced abortion in six latin american countries". International Family Planning Perspectives. 20 (1): 4-13, marzo, 1994.

Porcentaje de mujeres que aceptan el aborto inducido en las circunstancias descritas. 1976 y 1993

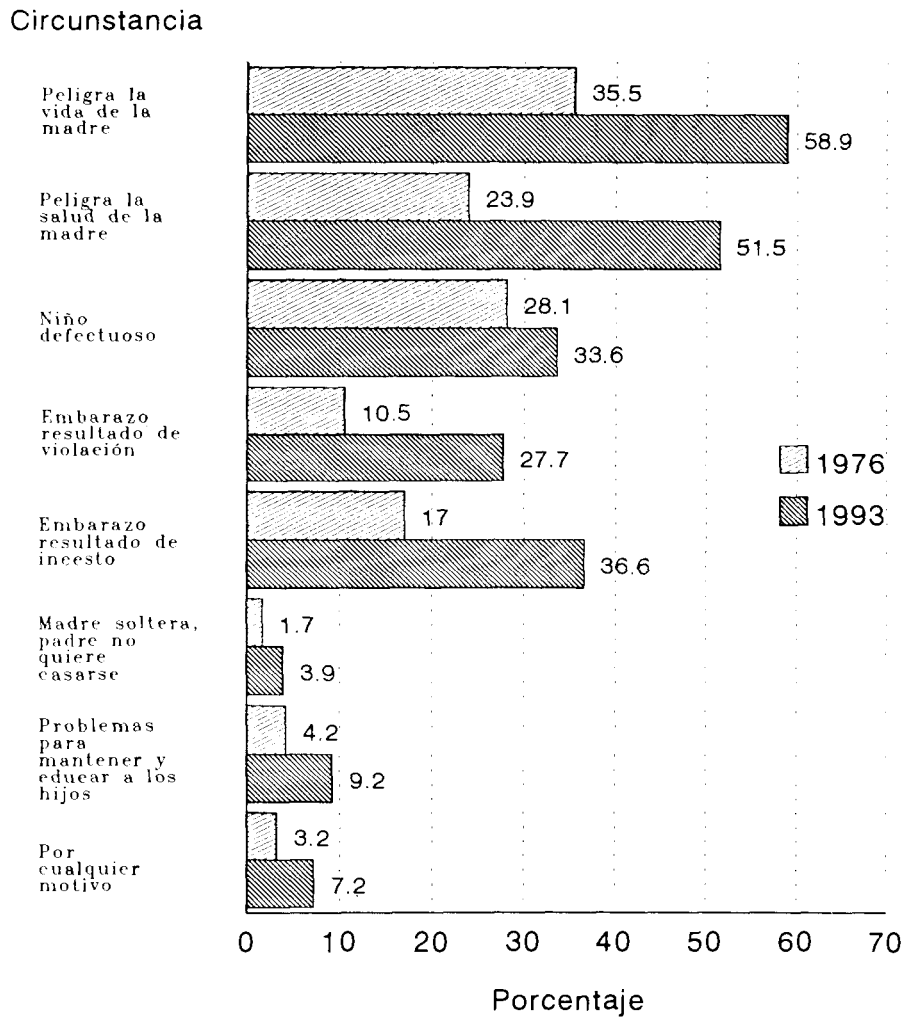


Gráfico 1

Indice de Likert de actitud hacia el aborto inducido
de las mujeres costarricenses.
1976 y 1993

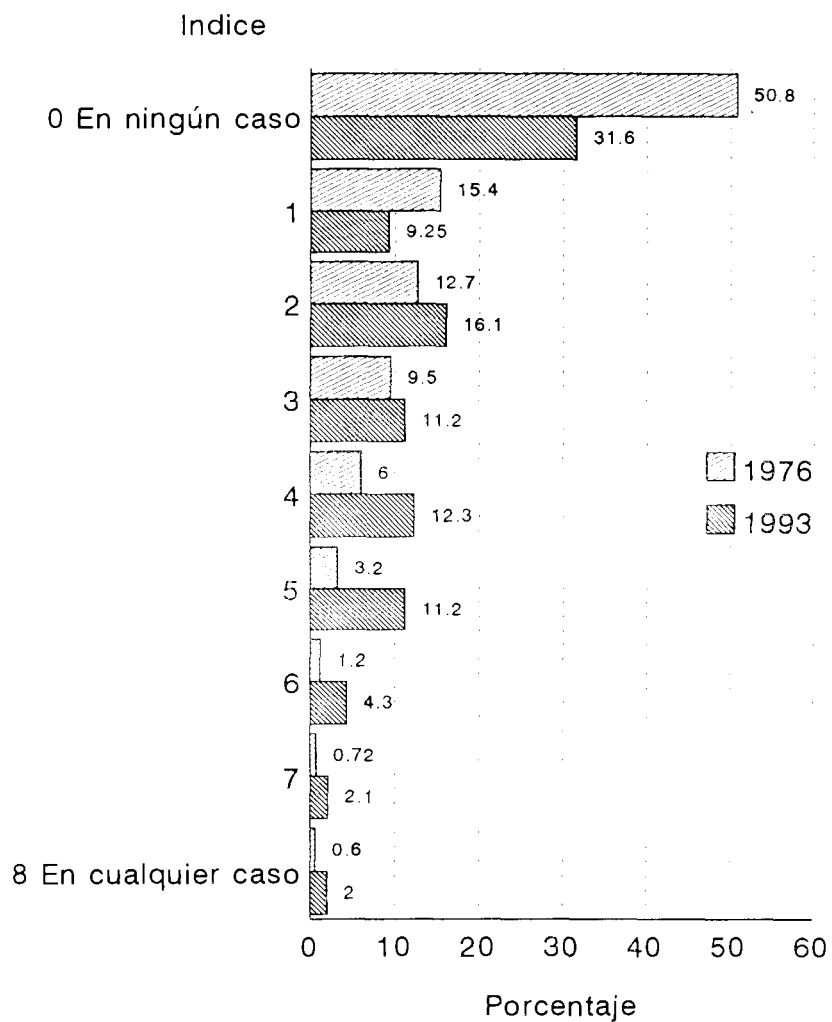


Gráfico 2

Cuadro 1.

Porcentaje de mujeres en unión que aceptan el aborto inducido en las circunstancias que se describe, en 1976 y 1993

Circunstancia	AÑO-Encuesta	
	ENF-76	ENSR-93
Si pelagra la vida de la madre	35.5	58.9
Si el embarazo es perjudicial para la salud de la madre	23.9	51.5
Si el niño será anormal	28.1	33.6
Si el embarazo es consecuencia de una violación	10.5	27.7
Si el embarazo es consecuencia de relaciones incestuosas	17.0	36.6
Si la mujer es soltera y el padre del niño no quiere casarse	1.7	3.9
Cuando no se puede mantener y educar a los hijos	4.2	9.2
Por cualquier otro motivo	3.2	7.2

Cuadro 2

Correlación entre el Índice de actitud hacia el aborto inducido y algunas variables sociodemográficas, en 1976 y 1993

Correlación del índice con la variable:	AÑO-Encuesta	
	ENF-76	ENSR-93
Edad	-.045	.008
Educación	.187	.036
Residencia	-.154	.113
Unida	.000	.032
Abortos previos	.059	.016
Embarazada	.000	.003
Religiosidad	nd	.140

Cuadro 3

Indice promedio de la actitud de las mujeres costarricenses
hacia el aborto inducido, según variables
socioedemográficas, en 1976 y 1993

Categoría	AÑO-Encuesta	
	ENF-76	ENSR-93
Edad		
De 20 a 24	1.35	2.27
De 25 a 29	1.36	2.41
De 30 a 34	1.14	2.34
De 35 a 39	1.32	2.38
De 40 a 44	1.15	2.38
De 45 a 49	1.16	2.44
Unión		
Unida	1.26	2.18
No Unida	1.26	2.20
Residencia		
Area Metropolitana	1.73	2.77
Resto Valle C. urbano	1.07	2.30
Resto Valle C. rural	1.01	2.08
Resto país urbano	1.29	2.47
Resto país rural	.97	2.10
Actualmente embarazada		
Sí	1.26	2.34
No	1.26	2.43
Educación		
Primaria	.89	2.30
Primaria completa	1.02	2.24
Primaria completa	1.27	2.31
Secundaria incompleta	1.54	2.46
Secundaria completa	2.10	1.97
Secundaria y más	1.80	2.56
Abortos previos		
Ha tenido	1.10	2.43
No ha tenido	1.29	2.35
Asistencia a servicios religiosos		
Al menos 1 vez por semana	nd	2.09
Al menos una vez al mes	nd	2.45
Menos de una vez al mes	nd	2.65
Nunca	nd	2.83
No creyente	nd	3.02

Cuadro 4**Estimación de la Proporción de Abortos Espontáneos que requieren Hospitalización, por semanas de gestación^{1/}**

Semanas de Gestación	Razón Abortos Espontáneos/ Nacimientos	Porcentaje de Hospitalización	Razón Hospitalizaciones/ Nacimientos
Total	.160	53.0	.081
Menos de 8	.080	12.5	.010
De 8 a 11	.038	85.0	.032
De 12 a 15	.027	95.0	.024
De 16 a 19	.011	100.0	.011
De 20 a 22	.004	100.0	.004

1/ Proporción con respecto a nacimientos

Cuadro 5**Estimación de abortos espontáneos y abortos inducidos, por año 1984-1991**

Año	Hospitalizaciones p/aborto	Número ^{1/} de Nacimientos	Abortos Espontáneos	Abortos Inducidos	Razón abortos inducidos por/1000 Nacimientos	Tasas aborto Inducido/1000 Mujeres 15-49
1984	8181	71755	5812	7107	99.05	10.93
1985	8712	77375	6267	7133	94.80	10.90
1986	8486	76252	6176	6930	90.88	10.03
1987	8117	74986	6074	6129	81.74	8.74
1988	9095	77140	6248	8541	110.72	11.73
1989	9044	78854	6387	7971	101.09	10.66
1990	8780	77373	6267	7539	97.44	9.82
1991	8931	75908	6149	8346	109.95	10.06
Promedio	8669	76205	6173	7462	98.21	10.36

1/ Se utilizó un 72.7% de los nacimientos del mismo año y un 27.3% de los nacimientos del año siguiente, con el fin de considerar nacimientos y abortos correspondientes a una misma cohorte.

9. LOS HOGARES COSTARRICENSES. 1988, 1990 Y 1992

Sharon Kühlmann Berenzon
María Laura Soto Abarca
Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica

1. Introducción, fuente de datos y métodos

La familia ha sido ampliamente reconocida como la unidad social fundamental, con funciones que abarcan la reproducción, la crianza y socialización de sus miembros, así como la transmisión del sistema de valores culturales y morales, funcionando a la vez como unidad de producción y consumo de bienes y servicios dentro de la sociedad. En ella, las personas buscan el apoyo necesario para su desarrollo material y emocional. Las necesidades del núcleo familiar constituyen, por lo tanto, un centro de preocupación en la formulación de políticas sociales y económicas.

Los resultados que se presenta en este documento, fueron obtenidos usando como fuente de datos las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples llevadas a cabo por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC) en 1988, 1990 y 1992.

La investigación de la familia enfrenta considerables dificultades originadas en la necesidad de definir y operacionalizar el concepto. Cuando se utiliza los censos o una fuente de datos como las encuestas de hogares, solamente es posible reconstruir la composición de las familias de residencia. La DGEC define el hogar como "la persona sola o grupo de personas con o sin vínculos familiares, que reside habitualmente en una vivienda individual, que participa de la formación, utilización, o ambas, de un mismo presupuesto, que lleva una vida en común, y que elabora y consume en común sus propios alimentos" (DGEC, 1992). Este concepto de hogar se adoptó como definición operacional de familia y ambos se utilizan indistintamente en este trabajo.

Para poder identificar las relaciones de parentesco que existen en una familia, es necesario declarar a alguno de los miembros como jefe del hogar. Esta asignación es hecha por los demás miembros y el criterio utilizado puede diferir en cada caso: mayor aporte económico, responsabilidad en la toma de decisiones, más edad, etc. Es posible así definir la composición de la familia, es decir, determinar cuáles son algunos de los vínculos de parentesco que están presentes. sin embargo, no siempre es posible

identificar todas las relaciones que existen entre los miembros de un mismo hogar, ya que esto depende del grado de detalle con que se recojan los datos. En las encuestas utilizadas, las relaciones de parentesco que se definen son: jefe, cónyuge, hijo, yerno/nuera, nieto, padre/suegro, otro familiar (distinto a hijo, nieto o padre), y otro no familiar (distinto a cónyuge, yerno/nuera, suegro).

Durante esta investigación se elaboró una tipología de hogares a partir de las fuentes mencionadas, utilizando las relaciones de parentesco descritas y el estado conyugal de las personas. Debe aclararse que el estado conyugal se simplificó para trabajar con solo dos categorías: casado y soltero. Bajo el término casado se agrupa a aquellas personas que cuentan con una pareja, es decir, aquellos que están casados o en unión libre; solteros son aquellos solteros, divorciados, viudos o separados.

Los tipos elaborados fueron:

- 1 Hogar unipersonal, conformado por una sola persona, con o sin sirviente(s).
- 2 Hogar conformado por los cónyuges únicamente.
- 3 Hogar conformado por los cónyuges y sus hijos solteros.
- 4 Formado por uno solo de los padres y sus hijos solteros.
- 5 Es un hogar que comprende más de un núcleo familiar; está integrado por el núcleo original (tipos 1 a 4) y por al menos un hijo casado, o un yerno o nuera, sin importar su estado conyugal, y sin otros no parientes casados.
- 6 Son hogares con las características de los tipos básicos (1 a 4) pero con al menos un pariente cuyo estado conyugal es soltero (nieto, padre/suegro u otro pariente soltero).
- 7 Tiene las características de los tipos básicos, pero incluye al menos un otro no pariente soltero.
- 8 Son hogares con las características de los siete tipos anteriores, pero que además tienen al menos un otro pariente u otro no pariente casado o ambos.

- 9 Son las familias básicas con un familiar soltero y un otro no familiar soltero.

También se agruparon estos nueve tipos en cuatro categorías más generales: hogares tipo A que incluye a las familias nucleares sin hijos (tipos 1 y 2); tipo B con familias nucleares con hijos (tipos 3 y 4); tipo C que se refiere a hogares extendidos (tipos 6, 7 y 9); y los hogares D que incluye a los extensos, es decir, con más de un núcleo familiar (tipo 5 y 8).

2. Composición de los hogares

El estudio de la composición de los hogares en cada tipo permitió identificar la presencia de las diferentes relaciones de parentesco. Esto no fue necesario para los tipos 1 a 4, ya que dada su definición, solamente pueden presentar una forma cada uno. A continuación se mencionan las características más importantes.

En el tipo de hogar con hijos casados (tipo 5) se observó una concentración en composiciones como pareja conyugal, hijo soltero, hijo casado, yerno/nuera y nieto, la cual está integrada por al menos dos núcleos. La importancia relativa de esta forma dentro del tipo 5 pasó de 15.5% en 1988, a 27.4% en 1990 y 24.8% en 1992. Otras tres composiciones que tuvieron porcentajes entre 10% y 13% son aquellas integradas por ya sea el jefe, la pareja o el jefe y un hijo soltero, junto con la presencia simultánea del hijo casado, su cónyuge y al menos un hijo de éstos. Todas estas composiciones tienen en común el incluir nietos y el no albergar otras personas. Además están constituidas por tres generaciones y el núcleo del hijo casado siempre está completo, es decir, tanto el hijo como su cónyuge están presentes.

Es importante hacer notar que a nivel general los nietos son los familiares más frecuentes de las tres relaciones que pueden presentarse. El número promedio de nietos en los hogares de este tipo para los años en estudio fue de 1.41, 1.60 y 1.54 respectivamente.

En el tipo 6 resultaron frecuentes aquellos hogares integrados por la familia nuclear típica (jefe, cónyuge e hijos solteros) con un solo tipo de relación familiar soltero, es decir, nietos, padres o suegros u otro familiar soltero, representando casi la mitad de las familias de ese tipo en 1988. Además resultó importante las familias con jefe, hijo soltero y nieto con 10%, que constituye una versión uniparental de

las anteriores. Esta situación se mantuvo de manera muy similar en 1990 y 1992.

Los hogares en los que convive más de un familiar soltero a la vez fueron escasos en los tres años. Debe resaltarse además que entre las tres posibles relaciones de familiares solteros, los padres y suegros son los que se presentan con menos frecuencia, tanto en este tipo como a nivel general.

En cuanto a la composición de las familias tipo 9, es decir, aquellas con otros familiares y otros no familiares solteros, predominaron las variaciones del hogar nuclear típico, el no familiar soltero y uno de los posibles familiares solteros (nieto, padres/suegro u otro familiar soltero). En 1992, los hogares con jefe, otro familiar soltero y otro no familiar soltero fue la principal composición del tipo, con un 25%. El hogar formado por el jefe, hijo soltero, nieto y no familiar soltero, mostró un fuerte aumento con respecto a los otros años y llegó a representar 18,4% del tipo 9 en la última encuesta.

3. Distribución de los tipos de hogar

Los resultados obtenidos al aplicar la tipología propuesta a los datos de las Encuestas de Hogares de 1988, 1990 y 1992, se presentan en el Cuadro 1. La pareja con hijos solteros, tipo 3, es predominante con un porcentaje de alrededor del 55%. Por su parte, los hogares uniparentales aumentaron su importancia relativa con incrementos del 1% entre encuestas. Esto representa a nivel nacional aproximadamente 10000 hogares más que clasificaron como tipo 4 entre una encuesta y la siguiente.

Los tipos 7, 8 y 9 experimentaron fuertes reducciones proporcionales. Las frecuencias relativas de estos tipos en 1992 apenas alcanzaron la mitad de su valor en 1988. En los restantes tipos no se observaron grandes fluctuaciones en los diferentes años.

Al aplicar pruebas estadísticas (Goodman, 1964) se pudo determinar que el tipo 7 experimentó una reducción significativa de 1988 a 1990, y dado que siguió una tendencia descendente, también de 1988 a 1992. Las familias uniparentales, tipo 4, tuvieron aumentos estadísticamente importantes en el período de cuatro años, así como los hogares con otros familiares y otros no familiares casados, tipo 8, los cuales disminuyeron en ese mismo período. Debe notarse que no hubo aumentos ni disminuciones importantes entre 1990 y 1992.

4. Tamaño de los hogares y ciclo vital de la familia

Al examinar el tamaño de los hogares se observaron diferencias, tanto entre los años para un mismo tipo como entre los tipos.

Cabe resaltar que los hogares nucleares con hijos solteros (tipos 3 y 4) presentaron tamaños promedio muy similares tomando en cuenta que en el segundo está ausente uno de los cónyuges. Para el hogar nuclear típico, el tamaño promedio fue de 4.80, 4.70 y 4.71 miembros para 1988, 1990 y 1992 respectivamente, mientras que para el hogar uniparental fue de 3.58, 3.37 y 3.39. Como se puede apreciar, la diferencia entre los promedios fue de un poco más de uno que representaría al cónyuge faltante en el tipo 4.

Los tipos 5, 8 y 9 experimentaron reducciones en sus tamaños promedio durante el período de cuatro años. El tipo 5 pasó de un promedio de 7.13 miembros en 1988 a 6.73 en 1992; el tipo 8 de 7.25 a 5.78; y el tipo 9 de 6.19 a 5.28. En el tipo 8, mientras que el 50% de los hogares tenían un tamaño de siete o menos integrantes en 1988 y 1990, en 1992 el 50% estaba constituido por un máximo de cinco personas.

Los otros dos restantes tipos que pudieron mostrar cambios dada su definición, 6 y 7, tuvieron variaciones más pequeñas. El tipo 6 pasó de 5.27 en 1988 a 5.26 y luego a 5.11, mientras que el tipo 7 disminuyó de 5.08 a 4.44 y 4.55. En este último, la mediana se redujo en un miembro y pasó de 5 en 1988 a 4 en 1990.

El número de hijos, ya sea solteros o casados, también varió sustancialmente en las diferentes composiciones de hogar. Esto puede explicarse si se analiza en función del ciclo vital de la familia. La teoría del ciclo considera que la familia experimenta etapas desde su formación hasta su disolución que incluyen "el matrimonio, nacimiento y crianza de los hijos, el matrimonio de los hijos y su salida de la familia, y los últimos años antes de que la familia se disuelva" (Pantelides, 1976).

La información necesaria para estudios sobre este tema generalmente no está disponible y requiere de investigaciones más específicas. Sin embargo, es posible obtener una idea del ciclo de una población al examinar el tipo de hogar que forman los jefes a las diferentes edades (Pantelides, 1976), el número promedio de hijos en cada hogar y el tamaño del mismo. Para el año 1992 se presentan en el Cuadro 2 estos datos para los nueve tipos, y en la Figura 1

se muestran los porcentajes acumulados de las cuatro categorías agrupadas, según la edad del jefe. Debe destacarse que el promedio de hijos se refiere sólo al número de ellos, casados y solteros, que estaban viviendo en el hogar al momento de la encuesta y no al número de hijos procreados.

En primer lugar se observa un fuerte predominio de los hogares nucleares, especialmente de aquellos con hijos solteros (categoría B), para todas las edades de los jefes y sobre todo hasta los 50 años. Al inicio del ciclo, los jefes más jóvenes comienzan formando sus propios hogares nucleares o asumen dicho papel en familias donde cohabitan con otras personas ajenas al núcleo familiar, es decir, de tipo extendidas.

Entre los adultos jóvenes (de 25 a 45 años), la proporción de hogares nucleares es aún mayor, probablemente dado que las posibilidades económicas o familiares permiten u obligan a independizarse. Los hogares extensos son los menos importantes durante la primera mitad del ciclo, la gran mayoría de las familias de este tipo corresponden a hogares con familiares o no familiares casados (tipo 8). La razón podría ser que esos jefes son personas que quedan a cargo de la familia debido la ausencia de uno de los padres (Pantelides, 1976), pero su propio núcleo familiar está apenas comenzando. Por esa razón, a pesar de que el tamaño del hogar de este tipo es el segundo mayor, el número de hijos promedio es de los más bajos, además de que alrededor del 80% tienen a lo sumo dos generaciones cohabitando (jefe e hijo).

A partir de los 50 años aproximadamente, comienzan los hijos a abandonar el hogar y por lo tanto a disminuir el porcentaje de hogares tipo B. Debido a esto, aumentan los porcentajes de parejas y hogares extensos (categorías A y D), ya que se dan dos situaciones distintas: aquellas familias donde la pareja eventualmente queda sola, es decir, se da el "nido vacío" antes de la disolución del hogar; y aquellas donde alguno de los hijos u otro pariente o no pariente casado se une al núcleo original una vez que éste terminó su etapa de crecimiento.

Dado que la mayoría de los hogares del tipo 8 se dan en la primera mitad del ciclo, se puede afirmar que los hogares extensos de esta etapa están formados básicamente por hijos casados que viven con sus progenitores (tipo 5). Estas familias en particular son las más grandes porque además del hijo casado también vive ahí por lo menos un hermano soltero de éste, y que con frecuencia están formadas por tres generaciones que suelen incluir nietos.

Las familias extendidas mantienen su importancia relativa a lo largo del ciclo. No obstante, sí existen diferencias entre los tres tipos que conforman esta categoría. Por ejemplo, los hogares con no familiares solteros, tipo 7, son más predominantes entre aquellos jefes con edades de 30 a 45 años, mientras que la mitad de los jefes del tipo 9, que incluyen familiares y no familiares solteros, se encuentran entre 40 y 60 años. Las familias con parientes solteros (tipo 6) están distribuidas más uniformemente.

También debe hacerse mención de los hogares uniparentales. El promedio de hijos no difiere mucho de los hogares nucleares con ambos padres, pero la edad de los jefes tiende a ser mayor y esta composición se presenta especialmente después de los 30 años. Esto puede llevar a pensar que los hogares uniparentales requieren de más tiempo para poder independizarse, es decir, anteriormente convivían como hogar extenso o extendido. También podría ser que su formación se diera a raíz de una separación de los cónyuges de un hogar nuclear típico.

5. Jefatura femenina

El porcentaje de hogares con jefes mujeres se ha incrementado en los últimos años. En 1988, 16.6%, es decir aproximadamente 98 000 hogares a nivel nacional, estaban así clasificados. Para 1990, la proporción fue de 18% (115 000 hogares) y de 20% en 1992 (135 000 hogares). En el Cuadro 3 se muestra la distribución relativa de los hogares con jefatura femenina según su tipo. Puede observarse la concentración en los tipos unipersonal, uniparental y nuclear con familiares solteros.

Desde un punto de vista estadístico, se dio una reducción significativa en las parejas entre 1988 y 1992: entre los hogares que declararon a una mujer como jefe, 1.3 de cada 100 eran parejas sin hijos, mientras que en 1992 esa proporción era .2. Ninguno de los demás tipos mostró cambios destacables.

Este resultado indica que, a pesar de que el porcentaje de hogares con jefes mujeres a nivel nacional ha aumentado en más de 3 puntos, este cambio se ha distribuido proporcionalmente entre diversos tipos, y por esta razón ninguno mostró aumentos estadísticamente significativos. El tipo 4 creció en importancia relativa, lo cual combinado con el alto porcentaje de jefes mujeres dentro de cada

uno de él, explica la mayor parte del cambio que se observó para todo el país. También el tipo 6 contribuyó en el incremento al aumentar el porcentaje de jefatura femenina que se presenta en el mismo.

6. Conclusiones

En términos generales, el período considerado llevó a una concentración en un conjunto relativamente pequeño de formas familiares, mediante la reducción de las composiciones más complejas y el aumento relativo de las más simples. Dentro de cada tipo, el hogar compuesto por el jefe, cónyuge e hijos solteros resultó ser la base para la mayoría de las variaciones más importantes. Esto indica que la familia nuclear típica, además de constituir por sí misma el tipo de mayor importancia relativa, es parte de las composiciones de una gran cantidad de los hogares costarricenses.

En cuanto a los incrementos nacionales de la jefatura femenina, en realidad no parecen ser un resultado de cambios importantes en el rol que la mujer desempeña, sino de la mayor presencia de hogares uniparentales combinada con la alta tasa de jefes mujeres en ellos.

7. Referencias

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). La familia como unidad de estudio demográfico. San José, Costa Rica: CELADE, 1976

Dirección General de Estadística y Censos. Instructivo del entrevistador. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Módulo de Empleo. Módulo de vivienda y servicios. San José, Costa Rica: s.p.i., 1992

Edith Alejandra Pantelides. "El hogar como unidad de análisis de datos censales: importancia y posibilidades". En Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), La familia como unidad de estudio demográfico. (San José, C.R.: CELADE, 1976), p. 60.

Goodman, Leo A. "Simultaneous Confidence Intervals for Contrasts Among Multinomial Populations". En: *Annals of Mathematical Statistics* 35(2):716-725, 1964

Kühlmann, Sharon y Soto, María Laura. Diseño y aplicación de una tipología de hogares costarricenses. 1988, 1990, 1992. Tesis de Licenciatura en Estadística, Escuela de Estadística: Universidad de Costa Rica, 1994.

Distribución relativa acumulada de los tipos de hogar según la edad del jefe. 1992

■ Nuclear sin hijos ▨ Nuclear con hijos □ Extendida ▩ Extensa

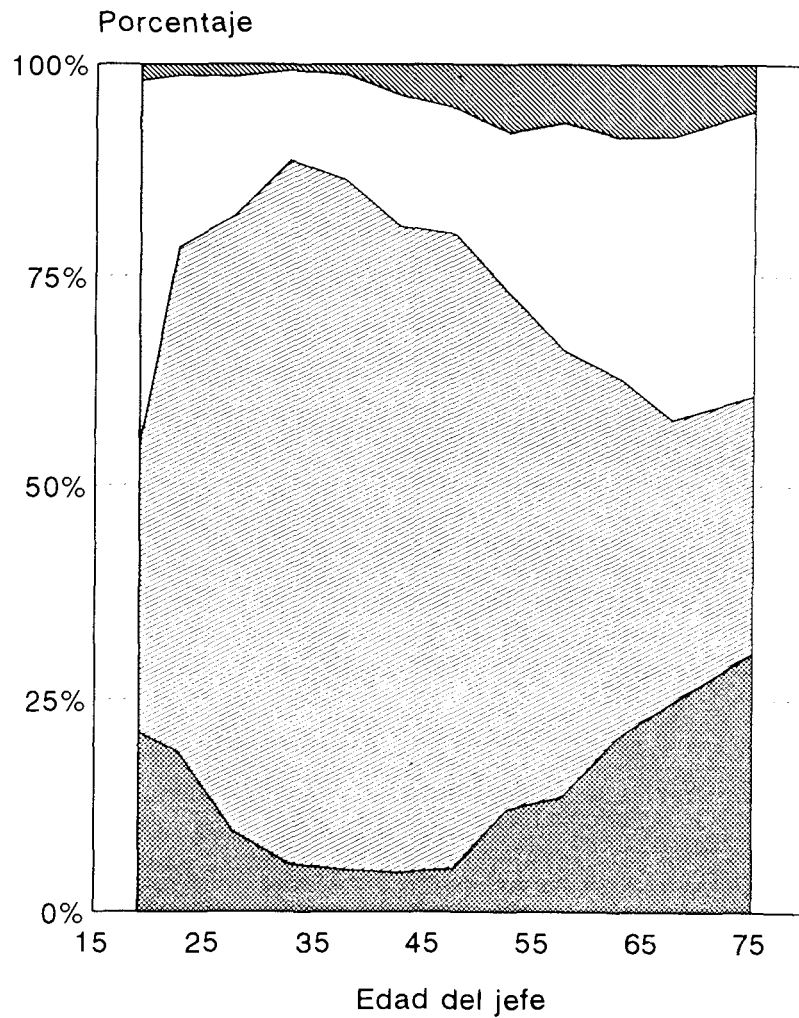


Gráfico 1

Cuadro 1

Distribución relativa de los tipos de hogar. 1988, 1990, 1992

Tipo de hogar	AÑO		
	1988	1990	1992
1. Unipersonal	4.7	4.8	5.1
2. Pareja	6.6	6.7	6.5
3. Pareja + hijos solteros	55.8	55.4	54.6
4. Uniparental	8.3	9.2	10.3
5. Nuclear + hijo casado	3.5	3.4	3.7
6. Nuclear + familiar soltero	16.9	17.7	17.5
7. Nuclear + no fam. soltero	2.4	1.5	1.2
8. Familiar o no familiar casados	1.0	0.7	0.5
9. Nuclear + fam. + no fam. solteros	0.7	0.6	0.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Cuadro 2

Tamaño promedio del hogar, número promedio de hijos y mediana de edad del jefe según tipo de hogar. 1992

Tipo de hogar	Tamaño Hogar	Número de hijos	Edad jefe
1. Unipersonal	1.00	0.00	60
2. Pareja	2.00	0.00	54
3. Pareja + hijos solteros	4.71	2.71	39
4. Uniparental	3.39	2.39	47
5. Nuclear + hijos casados	6.73	2.50	56
6. Nuclear + familiar soltero	5.11	1.80	52
7. Nuclear + no familiar soltero	4.55	1.66	41
8. Familiar o no familiar casados	5.78	1.05	34
9. Nuclear + fam. + no fam. solteros	5.28	1.01	49
GENERAL	4.36	2.16	43

Cuadro 3

Distribución relativa de los tipos de hogar con jefatura femenina. 1988, 1990, 1992

Tipo de hogar	AÑO		
	1988	1990	1992
1. Unipersonal	11.2	11.3	12.0
2. Pareja	1.3	0.7	0.2
3. Pareja + hijo soltero	3.8	2.8	2.5
4. Uniparental	42.4	44.5	45.8
5. Nuclear + hijo casado	5.7	5.1	6.2
6. Nuclear + familiar soltero	30.2	31.6	30.0
7. Nuclear + no familiar soltero	2.9	2.2	1.7
8. Familiar o no familiar casados	1.2	0.8	0.8
9. Nuclear + fam. + no fam. solteros	1.2	0.9	0.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0