

**SETIMO
SEMINARIO
NACIONAL
DE
DEMOGRAFIA**

SAN JOSE, COSTA RICA, 1979

EVOLUCION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN COSTA RICA

José Carvajal-Luis Rosero-Doris Sosa
Asociación Demográfica Costarricense

INTRODUCCION

Desde 1968 se ha venido desarrollando en Costa Rica el programa oficial de Planificación Familiar y de Educación Sexual, programa que puede considerarse exitoso debido a la alta cobertura y difusión alcanzada hasta hoy, ya que esto lleva a un mejor cumplimiento de los objetivos propuestos. En el primer capítulo del presente documento se ofrecen los antecedentes y actividades que el programa realiza. En el segundo capítulo se presenta el desarrollo ocurrido en el área de servicios clínicos, así como de la cobertura lograda en la primera década de funcionamiento del programa y ciertas características de la población cubierta, y una comparación de la cobertura lograda, con la de otros países latinoamericanos.

En vista de que el Gobierno justificó el inicio de estas actividades por razones de orden médico-social, es necesario realizar estudios que orienten sobre sus posibles efectos en la salud y en el desarrollo económico y social en general. Es así como en el tercer capítulo se presentan los posibles efectos de estas actividades en la disminución de la fecundidad y la morbi-mortalidad materna e infantil.

Finalmente, en el capítulo cuarto se ofrecen las perspectivas futuras del programa, de acuerdo al grado de desarrollo que éste ha alcanzado y a la tendencia observada en las características de las mujeres que ingresan cada año.

I. ANTECEDENTES

En el Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual de Costa Rica participan instituciones públicas, autónomas y privadas que, además de ofrecer los medios para que las parejas regulen su fecundidad, desarrollan una intensa actividad en el campo de la salud, la educación sexual, la información y la investigación, en una labor coordinada a través del Comité Nacional de Población (CONAPO).

Los servicios asistenciales de planificación familiar se han dispensado en el país, a través de las unidades de atención del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de la Asociación Demográfica Costarricense (ADC).

La ADC dejó de prestar servicios médico clínicos en 1975, con motivo de la unificación de servicios con la CCSS. No obstante, continuó actuando como unidad de apoyo tanto en el planeamiento de las actividades como en el suministro de anticonceptivos y otro material necesario para las consultas.

En las otras actividades participan, además de las instituciones señaladas anteriormente, el Ministerio de Educación Pública (MEP), la Universidad de Costa Rica (UCR), la Universidad Nacional (UNA), el Centro de Orientación Familiar (COF) y el Centro de Integración Familiar (CIF).

Las actividades básicas que desarrolla el Programa en el área de servicios médico-clínicos son tres: prescripción de métodos anticonceptivos, citología vaginal que se practica a todas las pacientes que ingresan al programa y la consulta de infertilidad.

Estas actividades son realizadas con miras al cumplimiento de los objetivos del programa, los que no contemplan metas de carácter demográfico (frenar el crecimiento de la población), sino que tienen relación con consideraciones de orden ético o relativas a la salud física y mental de la población y el bienestar de la familia (véase CONAPO, 1973, p.28).

II. COBERTURA

La población cubierta por un programa de planificación de la familia depende, en gran medida, de la expansión de los servicios y de las actividades que dicho programa realice. En Costa Rica las actividades realizadas han sido las mismas desde el inicio del programa, ya que en ellas se ofrece toda la gama necesaria para cumplir con los objetivos que se persiguen.

A continuación se presenta la ampliación efectuada en los servicios, en el período 1968-1978, la población cubierta y algunas características de las usuarias del programa, así como una comparación, con otros países latinoamericanos.

1. Número de clínicas

El Programa oficial inició actividades en enero de 1968, prestando servicios en 9 unidades sanitarias del

Ministerio de Salud y en una clínica afiliada a la ADC. Para diciembre del mismo año el número se había elevado a 38. En la actualidad, prácticamente todos los centros de asistencia médica del país ofrecen servicios de planificación familiar, desde los puestos de salud rural, que sirven a localidades de menos de 500 familias y son visitados ocasionalmente por los médicos, hasta las clínicas urbanas del Seguro Social, que ofrecen consulta en todas las especialidades (cuadro 1).

Cuadro 1.

COSTA RICA. NUMERO DE CENTROS QUE PRESTAN SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. 1968, 1973 y 1978

Institución y región	1968	1973	1978
TOTAL	38	109	487
<i>Institución</i>			
Ministerio de Salud	37	95	436
Seguro Social	-	12	51
Asociación Demográfica	1	2	-
<i>Región</i>			
Valle Central	33	66	159
Resto del país	5	43	328

La expansión, a partir de 1975, de los servicios de planificación familiar a todos los puestos de salud rural y a muchos dispensarios de la CCSS situados fuera de la región central del país, permiten que estos servicios sean de mejor calidad, en especial para la población rural, y descongestionen, en gran medida, las clínicas urbanas.

2. Número de usuarias nuevas

Durante los años transcurridos entre 1968 y 1978, ingresaron al Programa Nacional de Planificación Familiar 253 mil mujeres. Desde su iniciación hasta 1975, el número anual de nuevas aceptantes, siempre fue mayor en relación con el año anterior (cuadro 2). A partir del año 1976, el número de casos nuevos comenzó a bajar, mientras que un número cada vez mayor de mujeres de las que había abandonado el uso de anticonceptivos empezó a reincorporarse al programa. Lo sucedido en los tres últimos años se debe a que el Programa ha superado su fase de expansión, pues la mayoría de mujeres que demandan este tipo de servicios ya los ha utilizado alguna vez (cuadro 2 y gráfico 1).

3. Características de las usuarias nuevas

Las características de las mujeres que han ingresado al Programa constituyen un indicador del impacto que éste puede ejercer o ha ejercido en el descenso de la fecundidad y además, del grado de cumplimiento de los objetivos que dicho programa se propone. Por ejemplo, desde el punto de vista de la salud, el efecto

Cuadro 2.

COSTA RICA. ESTIMACION DE LA POBLACION ELEGIBLE COMO CASO NUEVO Y NUMERO ANUAL DE INGRESOS AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR. 1968-1978

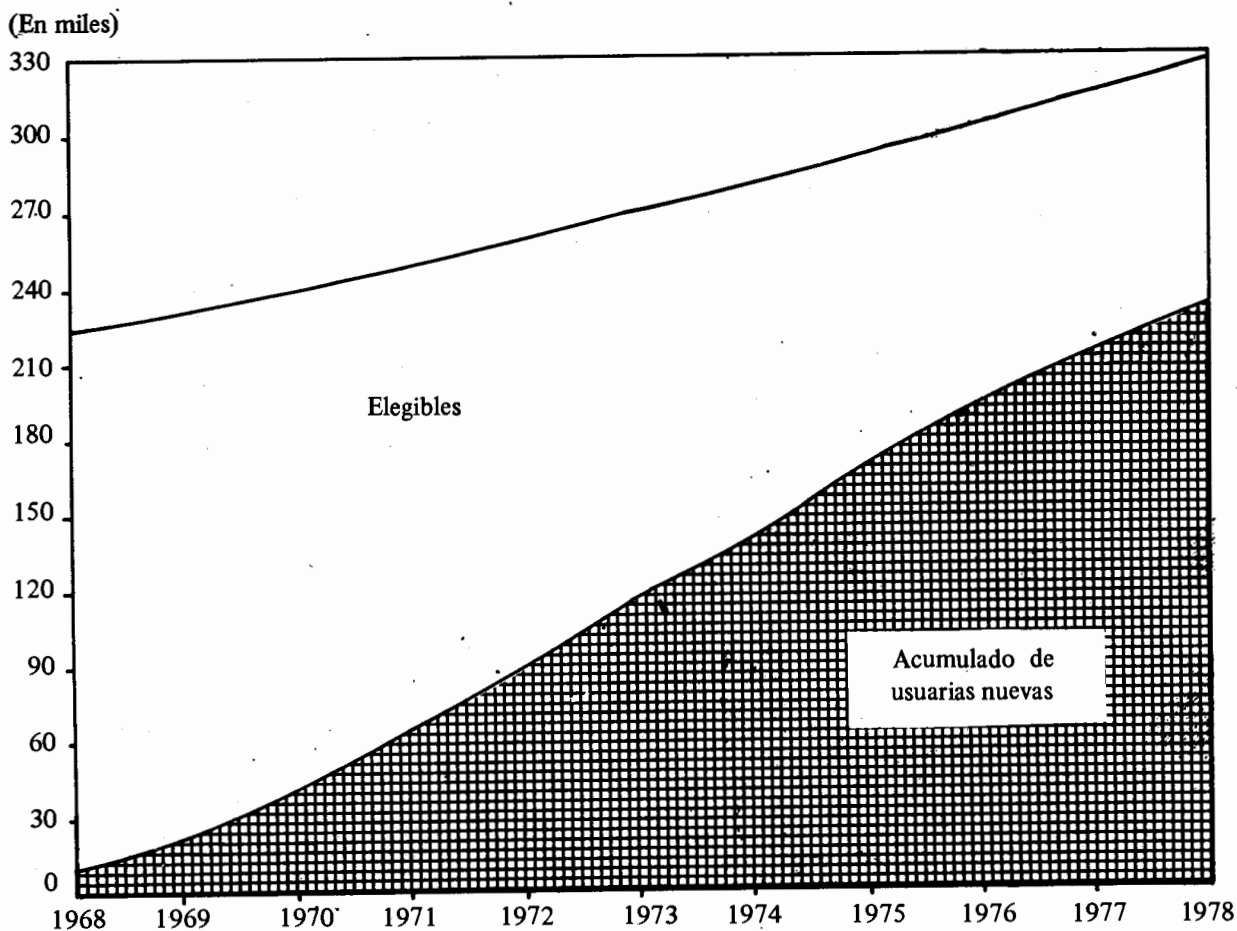
Año de embarazo (E.R.) *	Expuestas a riesgo (E.R.) *	Nuevas usuarias		E.R. que no han ingresado (elegibles)	Nuevas usuarias en relación a las elegibles (o/o)
		Número anual	Número acumulado que continúan E.R. **		
1968	223 324	9 678	9 581	223 324	4.3
1969	231 247	11 931	21 201	221 666	5.4
1970	239 451	19 246	39 831	218 250	8.8
1971	248 908	25 720	64 497	209 077	12.3
1972	258 739	26 718	89 658	194 242	13.8
1973	268 959	29 076	116 650	179 301	16.2
1974	279 582	25 834	139 893	162 932	15.8
1975	290 624	31 010	167 795	150 731	20.6
1976	302 476	28 798	192 949	134 681	21.4
1977	314 812	22 641	211 504	121 863	18.6
1978	327 651	22 365	229 416	116 147	19.2

* Estimación según la proporción por edad de casadas, convivientes y madres solteras del censo de 1973, y una cifra presumible de solteras alguna vez embarazadas.

** Se descontó un 20/o anual, debido a que algunas mujeres dejan de estar expuestas al riesgo o porque fallecen.

Gráfico 1

**COSTA RICA. MUJERES EXPUESTAS A RIESGO DE EMBARAZO Y
NUMERO ACUMULADO DE USUARIAS NUEVAS
1968 - 1978**



Fuente: Cuadro 2

será mayor cuando las mujeres que ingresan son aquellas que han tenido muchos embarazos o que son demasiado jóvenes para procrear.

En cambio, desde el punto de vista del impacto de la fecundidad, éste será mayor en la medida que las usuarias tengan una baja paridez, estén en las edades más fecundas (20 a 35 años) o no hayan usado anticonceptivos eficaces antes de su ingreso.

A pesar de no contarse con datos sobre las características de todas las usuarias antiguas inscritas antes de 1974, resultados de estudios retrospectivos realizados en algunas clínicas, indican que, al inicio del programa, una alta proporción de las mujeres que ingresaban tenía más de 30 años y que hacía uso de los servicios de planificación familiar después del tercer o cuarto hijo. Sin embargo, con el desarrollo del programa se ha producido un rejuvenecimiento notable -que continúa- según la tendencia observada en el período 1974-1978 (cuadro 3).

Asociado al rejuvenecimiento, se observa un aumento de la proporción de mujeres que ingresan al programa con menos de tres hijos, y se destaca el aumento de mujeres que ingresan sin hijos, lo que puede interpretarse como un deseo de las mujeres de postergar el primer nacimiento y espaciar los hijos.

En cuanto a la escolaridad se observa -en el período 1974-1978- un aumento de la proporción de mujeres de nivel secundario, mientras que aquellas con menos de 4 años de estudio han venido disminuyendo.

Es posible que el Programa, en sus primeros años y en vista de la estructura por edad de sus usuarias, haya contribuido de manera significativa a la reducción de los niveles de morbilidad y mortalidad materna e infantil asociados a la edad y la alta paridez pero que su efecto en la disminución de la fecundidad haya sido bajo.

Por el contrario, en los últimos años, el impacto del Programa sería mayor en la fecundidad y podría

Cuadro 3.

COSTA RICA. CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS NUEVAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR. 1974-1978

Característica	Año				
	1974	1975	1976	1977	1978
TOTAL	(25 834) 100.0	(31 010) 100.0	(28 798) 100.0	(22 641) 100.0	(22 365) 100.0
<i>Edad</i>					
Menos de 25	52.4	53.9	55.0	60.3	60.9
25 a 35	35.0	34.2	33.9	30.4	30.5
35 y más	12.6	11.9	11.1	9.3	8.6
<i>Nacidos vivos</i>					
Ninguno	8.2	8.8	9.7	10.2	10.9
1 a 2	51.4	52.5	56.5	57.2	59.6
3 a 4	19.8	19.9	18.5	18.4	17.0
5 y más	20.6	18.8	15.3	14.2	12.5
<i>Años de instrucción</i>					
Menos de 4	27.0	26.7	23.2	23.1	20.2
4 a 6	50.5	49.6	49.6	52.4	52.1
7 a 11	18.1	19.6	22.5	20.2	23.4
12 y más	4.4	4.1	4.7	4.3	4.3

Nota: Las cifras entre paréntesis representan el número sobre el cual se calcularon los porcentajes.

serlo aún más en el futuro dado que aproximadamente el 80o/o de las nuevas usuarias que ingresan, están en las edades en que la fecundidad es mayor, y puesto que una proporción cada vez más elevada ingresa sin hijos o con sólo uno.

4. Usuarias nuevas según método adoptado

Con el propósito de que cada pareja libremente y con una legítima racionalización- regule su facultad generatriz, el Programa de Planificación Familiar ha puesto a disposición de las usuarias la mayoría de los anti-conceptivos químicos y mecánicos que existen en el mercado* y ha promovido también el uso de métodos naturales. No obstante, desde el inicio del Programa, las usuarias han mantenido una marcada preferencia por los gestágenos orales (cuadro 4).

La proporción de usuarias nuevas que adopta el DIU se ha reducido notablemente, en tanto que el uso de "otros métodos", especialmente el preservativo, se ha incrementado. Desde finales de 1976, el uso del DIU ha sido seriamente cuestionado, incluso en las esferas políticas más elevadas (Asamblea Legislativa), lo que señala cierta predisposición contra este método.

* Químicos: gestágeno oral (GO), gestágeno inyectable (GI), espumas, jaleas. Mecánicos: dispositivo intrauterino (DIU), preservativo, diafragma.

Cuadro 4

COSTA RICA. METODO ADOPTADO POR LAS USUARIAS NUEVAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR 1968-1978 (Valores relativos)

Año	Total	Método				
		DIU	GO	GI	Condón	Otros *
1968	100.0	27.6	71.3	-	-	1.1 **
1969	100.0	17.4	79.6	-	-	3.0 **
1970	100.0	13.0	77.7	-	-	9.3 **
1971	100.0	12.1	70.5	-	-	17.4 **
1972	100.0	8.4	70.6	-	-	21.0 **
1973	100.0	6.5	72.5	-	-	21.0 **
1974	100.0	7.8	66.5	4.8	14.0	6.9
1975	100.0	6.9	66.2	3.6	16.1	7.2
1976	100.0	6.3	63.9	2.9	20.6	6.3
1977	100.0	1.9	64.7	2.7	27.8	2.9
1978	100.0	3.9	63.1	2.3	27.9	2.8

* Incluye: jaleas, espuma, método natural, diafragma.

** Además de "otros" incluye gestágeno inyectable y preservativo.

El cuadro 4 no incluye cifras sobre el número de mujeres esterilizadas, porque en el programa no se a-

cepta esta práctica como medio de regulación de la fecundidad. No obstante, es importante señalar que, a partir de 1973, con la introducción de la laparoscopia y otras técnicas modernas para practicar la operación, el número de mujeres esterilizadas en los hospitales públicos aumentó considerablemente en comparación con años anteriores. Actualmente se estima en 90/o la proporción de mujeres en edad fértil esterilizadas en el país.

5. Usuaris activas

El volumen de usuarias activas en un momento dado depende tanto del número de nuevas inscripciones como del tiempo de permanencia de las mujeres en el programa. En el caso de Costa Rica, como se ha visto, la acumulación de usuarias nuevas de los servicios de planificación familiar creció en forma acelerada hasta llegar, en 1978, a alrededor de 253 000 mujeres cubiertas por el programa.

En cuanto a la deserción, aunque no se dispone de estimaciones precisas, parece que la tasa de deserción es del orden del 25/o anual, es decir que, en término medio, un 75/o de las usuarias de un año continúa en el programa al año siguiente.

Más del 90/o de las mujeres que abandonan el programa no lo hacen por prescripción del médico, sino que simplemente dejan de acudir al mismo. En un estudio reciente (Asociación Demográfica Costarricense, 1978, p.72) en que se entrevistó, entre otras, a mujeres que habían dejado de asistir al programa se encontró que algo más de la tercera parte de las ex-usuarias señaló que abandonó la consulta de planificación familiar por problemas de salud, lo que hace de ésta la causa más importante de deserción, con un porcentaje muy superior a cualquiera de las otras (cuadro 5). Al respecto, queda la duda de si realmente el uso de anticonceptivos en el programa ocasionó a la mujer trastornos en su salud o si más bien se trata de prejuicios que están bastante difundidos acerca de efectos nocivos de los métodos.

Cuadro 5.

COSTA RICA. EX-USUARIAS DEL PROGRAMA SEGUN RAZON POR LA QUE LO ABANDONARON

Razones	Porcentaje
<i>TOTAL</i>	<i>100.0</i>
a. Salud	36.3
b. Deseo de embarazo	13.1
c. Anticoncepción innecesaria	11.7
d. Incomodidad, lejanía, pérdida de tiempo, etc.	9.9
e. Quedó embarazada mientras usaba	6.6
f. No recibió el método deseado	3.2
g. Impedimentos religiosos o de alguna persona	2.9
h. Otras o no sabe	16.3

Fuente: Asociación Demográfica Costarricense, 1978, p. 72.

El deseo de embarazo, el hecho de no necesitar la anticoncepción (por viudez, separación o infertilidad),

el haber quedado embarazada y los impedimentos éticos o de otra índole, constituyen causas "mayores" poco relacionadas con la consulta y que, en conjunto, originan el 34/o de las deserciones, o sea aproximadamente otra tercera parte.

La otra tercera parte de las deserciones se debe a la incomodidad que puede representar el acudir a la consulta (10/o), que no esté disponible el método o la marca-deseado (3/o) y a un conjunto residual de razones no bien especificadas por la mujer (16/o). Estas causas podrían suprimirse en parte con una mejora en el servicio, pero posiblemente el hecho subyacente más importante sea una baja motivación o actitudes ambivalentes hacia la planificación familiar, circunstancia que en buena parte son ajenas a la consulta.

En la Encuesta de Uso de Anticonceptivos de 1978 se consideró como usuaria activa del programa a la mujer que declaró que al momento de la Encuesta estaba usando métodos anticonceptivos obtenidos en las unidades de atención del Seguro Social o del Ministerio de Salud, o en las farmacias mediante cupones (que se obtienen en la consulta de planificación familiar del Ministerio de Salud). Se excluye de esta definición a las mujeres esterilizadas (o con esposo esterilizado), puesto que, como se comentó, la esterilización no es aceptada oficialmente en el país como un método anticonceptivo y las operaciones de este tipo que se realizan en instituciones oficiales son practicadas al margen del servicio de planificación familiar.

Al momento de la Encuesta, el 17/o de las mujeres de 15 a 49 años del país utilizaba los servicios del programa para planificar su familia. Este porcentaje es bastante elevado, si se toma en cuenta que cerca de la mitad de las mujeres de estas edades no necesitaban usar anticonceptivos porque no se encontraba en unión conyugal, estaba embarazada o no es fértil (cuadro 6). Si se prescinde de este grupo que no necesita usar anticonceptivos, se llega a que por cada tres mujeres expuestas, hay una usuaria del Programa Nacional de Planificación Familiar (gráfico 2).

Desde otro punto de vista, las usuarias del programa constituyen el 56/o de las mujeres que utilizan anticonceptivos (excluida la esterilización), vale decir que la práctica anticonceptiva fuera del programa representa el 44/o.

Cuadro 6.

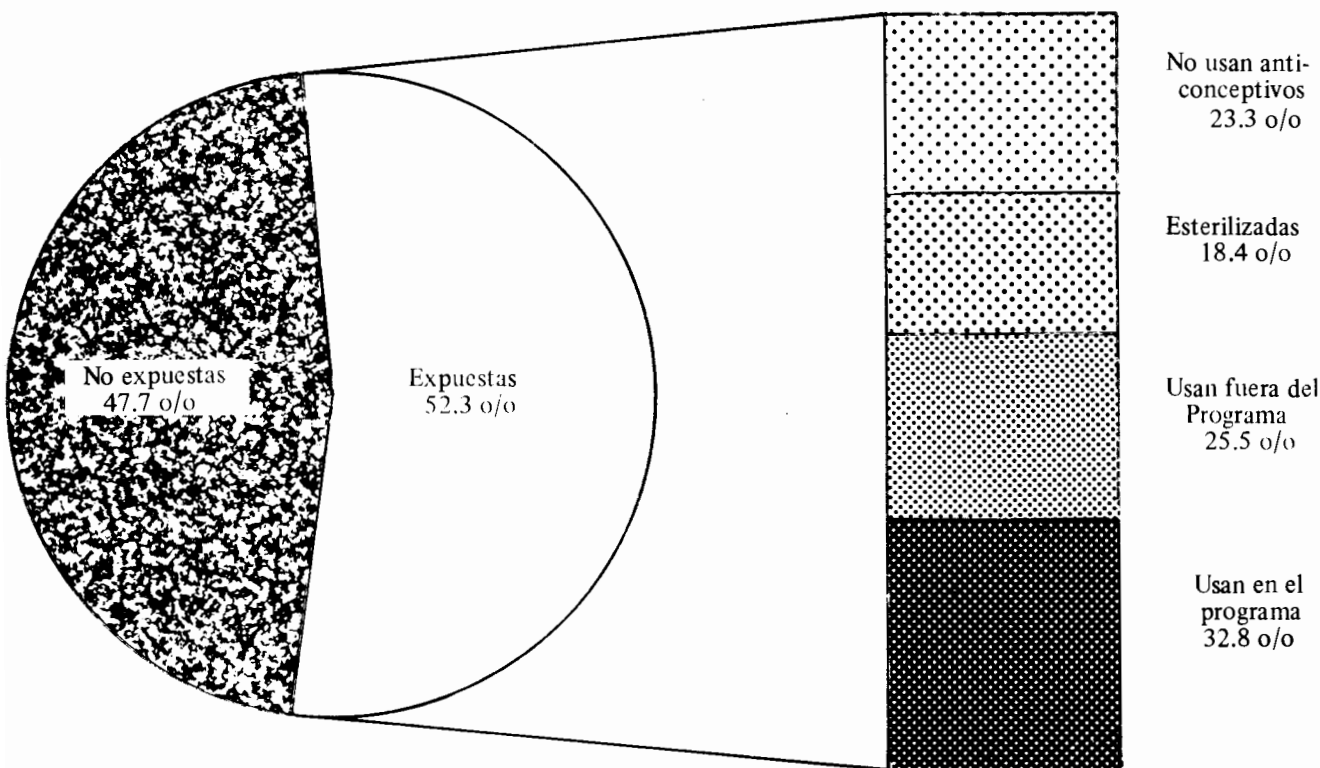
COSTA RICA. MUJERES EN EDAD FERTIL SEGUN USO DE ANTICONCEPTIVOS

Uso de anticonceptivos	Número en miles	Porcentaje
<i>TOTAL</i>	<i>510.3</i>	<i>100.0</i>
- Usuaris del programa	87.5	17.2
- Usan anticonceptivos fuera del programa	68.0	13.3
- Esterilizadas (o el esposo)	49.2	9.6
- No usan anticonceptivos-expuestas	62.1	12.2
- No expuestas al uso (no unidas, embarazadas o infértiles)	243.5	47.7

Fuente: Asociación Demográfica Costarricense, 1978, p. 67

Gráfico 2

COSTA RICA. MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGUN
USO DE ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Cuadro 6.

6. Diferencias en la cobertura

La información de la Encuesta de 1978 permite también estudiar las diferencias en la utilización de los servicios del programa según la edad, el número de hijos nacidos vivos tenidos, el lugar de residencia y el nivel de instrucción de la mujer. En el cuadro 7 se indica el porcentaje que representan las usuarias de los servicios del programa en el grupo de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), entre las "expuestas" (en unión, fértiles o esterilizadas y no embarazadas) y en el grupo de mujeres que practica la anticoncepción.

Se puede afirmar que la utilización de los servicios de planificación familiar del Programa es más intensa cuando es menor la edad y el número de hijos tenidos por la mujer, así como en las zonas rurales del país, en los núcleos urbanos de fuera del Valle Central y en los niveles educativos intermedios. En estos grupos la cobertura del Programa supera al 35o/o de las "expuestas", alcanzando en algunos casos, como el de las muje-

res de 20 a 29 años de edad, valores del 45o/o o más.

Ya se mencionó que la mayoría (56o/o) de las mujeres que practica la anticoncepción lo hace a través del Programa de Planificación Familiar, situación que, en líneas generales, se mantiene en casi todos los grupos del cuadro 7. A este respecto es importante subrayar que entre las mujeres jóvenes, las que residen en el área rural y las que no han completado la primaria, alrededor de las dos terceras partes de las que usan anticonceptivos los obtienen por medio del Programa. Por el contrario, la mayoría (60 ó 70o/o) de las mujeres del Área Metropolitana, de las que han terminado los estudios secundarios o de las que tienen más de 35 años de edad usan anticonceptivos en el sector privado (fuera del programa).

Cuadro 7.

**COSTA RICA. PORCENTAJE DE MUJERES QUE SON
USUARIAS DEL PROGRAMA POR EDAD, NUMERO DE
HIJOS NACIDOS VIVOS, LUGAR DE RESIDENCIA Y
NIVEL DE INSTRUCCION**

Variable	Porcentaje que usa el Programa		
	Respecto a las MEF*	Respecto a las expuestas**	Respecto a las que usan anticonceptivos***
TOTAL	17.2	32.8	56.3
<i>Edad</i>			
15-19	5.9	43.2	63.2
20-24	21.7	48.3	65.0
25-29	29.3	44.6	61.4
30-34	26.0	34.7	56.6
35-39	17.7	23.4	47.4
40-49	9.2	12.7	36.9
<i>Hijos nacidos vivos</i>			
Menos de 3	14.1	38.9	57.0
3 a 5	24.7	29.5	52.7
6 y más	19.9	25.3	61.3
<i>Area de residencia</i>			
Area Metropolitana	13.1	25.3	41.7
Resto urbano	16.2	32.2	54.4
Rural	20.7	38.6	69.0
<i>Años de instrucción</i>			
Menos de 3	20.7	30.1	64.0
3 a 5	24.2	38.4	70.1
6 a 10	15.1	34.2	56.4
11 y más	10.6	22.7	31.2

* MEF= Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

** Incluye a las MEF unidas (casadas o convivientes) que son fértiles y no están embarazadas y a las MEF unidas esterilizadas.

*** Incluye a las mujeres que usan anticonceptivos en el programa y a las que lo usan fuera de él (por cuenta propia o utilizando los servicios de un médico). Se excluyen las esterilizadas.

Fuente: Asociación Demográfica Costarricense, 1978, cuadro 8. 2.

7. Comparación con otros países

El porcentaje de mujeres en edad fértil que utiliza el Programa en Costa Rica (16.80/o), es uno de los más altos en América Latina. De los países seleccionados para hacer la comparación, solamente Chile posee un porcentaje superior (cuadro 8). Es de hacer notar que algunos de estos países poseen programas que tienen más tiempo de funcionar sin haber logrado una cober-

tura como la de Costa Rica, lo que puede deberse a que la iniciación del Programa en Costa Rica vino a significar la solución a una necesidad que se hacía latente desde principios de la década de los años 60, cuando las mujeres comenzaron a planificar su familia asistiendo a consultas en clínicas privadas.

Cuadro 8.

AMERICA LATINA. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE SON USUARIAS DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

Países	Cobertura
<i>COSTA RICA</i>	16.8 *
Bolivia	0.3 **
Colombia	8.9 **
Chile	18.5 **
El Salvador	2.8 **
Guatemala	2.5 **
Honduras	5.6 **
México	2.8 **
Panamá	0.7 **
Paraguay	11.8 **
República Dominicana	8.7 **
Uruguay	3.4 **

Fuente: * Rosero, Luis, 1978.

**Soto, Zaida, 1978.

III. EFECTO DEL PROGRAMA EN LA FECUNDIDAD Y EN LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

1. Efecto en la fecundidad

En determinados círculos se suele afirmar que la fecundidad del país descendió, exclusivamente, debido

a la acción del Programa de Planificación Familiar. Tal afirmación peca, en el mejor de los casos, de reduccionismo y de desconocimiento de la realidad.

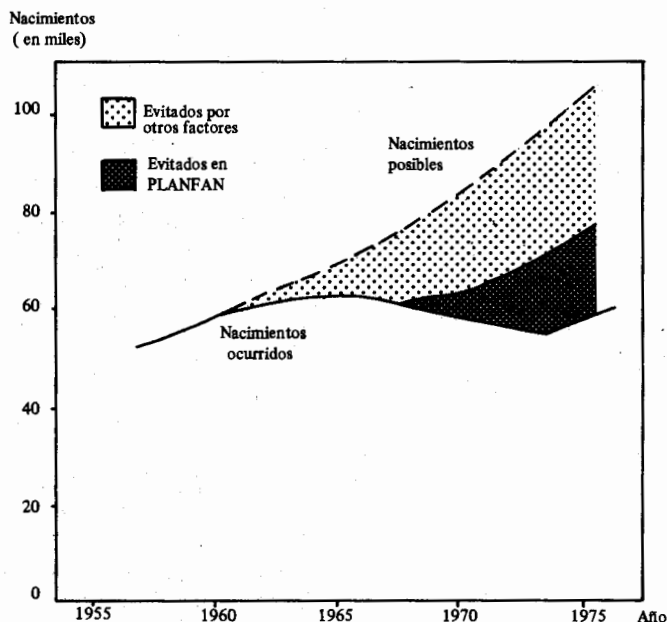
Es aventurado afirmar que normas, valores e ideales que han prevalecido por siglos cambien en unos cuantos años por la acción de un programa de alcance y recursos limitados; y menos en un asunto tan complejo y que atañe a las bases del núcleo fundamental de la sociedad como es la formación de la familia. Si bien los cambios en la fecundidad se han producido con vertiginosa rapidez, ello responde al acelerado proceso de modernización que ha vivido el país desde los años 40 ó 50 y a ciertas peculiaridades de Costa Rica, como sus dimensiones pequeñas, el alto grado de integración nacional, la permeabilidad de la sociedad y un elevado nivel educativo de la población, que la hace accesible a nuevos patrones de conducta.

No obstante, tampoco se puede negar que la implementación y desarrollo de un programa a escala nacional de planificación de la familia contribuyó a acelerar el proceso en cuestión, aunque el mismo desempeñó un papel secundario, pues constituyó básicamente la respuesta a una demanda ya existente. Prueba de ello es que antes de su existencia (entre 1960 y 1968) la tasa global de fecundidad ya había disminuido en 1.8 hijos por mujer (de 7.3 a 5.5), mientras que, entre 1968 y 1975, tal disminución fue de 1.7 hijos por mujer.

Si las tasas de fecundidad por edad no hubiesen descendido del nivel que tuvieron en 1960, durante los 17 años comprendidos entre 1961 y 1977 se habrían producido 1.42 millones de nacimientos. Estos nacimientos posibles, comparados con los 1.01 millones ocurri-

Gráfico 3

COSTA RICA. NACIMIENTOS OCURRIDOS Y ESTIMACION DE LOS NACIMIENTOS EVITADOS 1956 - 1976



Fuente: Rosero, 1978

dos en el mismo período, indican que como consecuencia del descenso de la fecundidad dejaron de nacer 410 mil niños entre 1961 y 1977, es decir, el 29o/o de los alumbramientos posibles. Por otra parte, se estima que la práctica anticonceptiva de las mujeres utilizando el Programa ha evitado 117 mil nacimientos en sus 10 años de existencia (entre 1968 y 1977), es decir el 29o/o de todos los nacimientos evitados (gráfico 3).

Las cifras antes citadas dan una idea, tanto del impacto demográfico del descenso de la fecundidad como del rol desempeñado en él por el Programa de Planificación Familiar. Sin embargo, no es posible llegar a una conclusión definitiva sobre lo que habría pasado en ausencia del Programa, pues, por una parte, es probable que muchas de las usuarias de todos modos habrían controlado su fecundidad, evitando muchos de estos 117 mil nacimientos y, por otra, la práctica anticonceptiva fuera del programa probablemente está determinada en parte por la existencia de éste.

En general, varios autores coinciden en que si las condiciones económico-sociales al iniciarse la década del 60, y los cambios posteriores, fueron lo que precipitó la baja de la fecundidad, es claro que el Programa de Planificación Familiar la aceleró, debido especialmente a que hizo posible la regulación de la capacidad reproductiva entre las mujeres de las zonas rurales y/o de los estratos sociales más bajos, quienes hasta el año de inicio del programa ostentaban una fecundidad bastante alta, aunque con indicios de que la reducción estaba empezando.

El descenso de la fecundidad del país constituye un fenómeno de gran significado, tanto por su impacto en la dinámica de la población como por sus implicaciones en diversos órdenes de la vida nacional. Desde un punto de vista económico, la reducción en el incremento anual de la población demandante de servicios (como los de salud, educación, etc.) puede determinar una menor cantidad de gasto o una mejor atención de la demanda (más cobertura y una mejora cualitativa de los servicios) o, en el caso de que no hubiese existido una planificación adecuada, problemas por exceso de recursos físicos y humanos.

Desde el punto de vista médico, la fecundidad no controlada amenaza directamente la salud de la madre y del niño. Los embarazos de orden elevado, así como los ocurridos entre las mujeres muy jóvenes o muy viejas, ponen en peligro tanto la vida del hijo como la de la madre.

2. Efecto en la mortalidad infantil

Las interrelaciones entre los niveles de la mortalidad infantil y los de la fecundidad han sido tema de amplia discusión, especialmente en lo referente a los efectos que los niveles que haya alcanzado una de ellas pueda ejercer sobre los niveles de la otra.

La tendencia en Costa Rica ha sido la de investigar los efectos del descenso de la fecundidad sobre la mortalidad infantil; la otra posición, que toma la disminución de los niveles de mortalidad infantil como una de las causas de la disminución de los niveles de la fecundidad, se puede decir sin temor a equivocarse, que no ha sido considerada seriamente. Esta última posición

está alentada por la teoría del reemplazo, o sea que si los niveles de mortalidad infantil son altos, los niveles de fecundidad también, puesto que se deben reemplazar los hijos que se mueren, y conforme haya disminución en los niveles de la mortalidad infantil el reemplazo se va haciendo innecesario y los niveles de fecundidad inician también su descenso.

En realidad, ambas posiciones pueden llevarse a cabo en un mismo país en diferentes momentos y ser uno de los tantos factores, sin querer esto decir que sea el principal, que conducen a la disminución de los niveles de alguna de estas variables.

Se ha encontrado que la tasa de mortalidad infantil es diferencial por orden de nacimiento. En algunas investigaciones realizadas en América Latina (Puffer y Serrano, 1973), por ejemplo, se encontró que el riesgo de morir de los nacimientos de orden 5 y más, era más del doble de la mortalidad de los de orden 1 ó 2; en Costa Rica, según datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Fecundidad (Sosa, 1979), se encontró que la tasa de mortalidad infantil en los nacimientos de orden 5 y más, era un 69o/o mayor que la de los órdenes 1 y 2.

La variación del orden de los nacimientos observada en Costa Rica en la última década es un hecho que podemos relacionar con la implantación del Programa de Planificación Familiar. Como se muestra en el gráfico 4, el quinto hijo o más empieza a disminuir a partir de 1966 en una forma leve, acentuándose esta tendencia desde el año 1970 al año 1975. En este período los nacimientos de orden 5 y más se redujeron de 21 890 a 13 605 y la mortalidad infantil disminuyó de 61.5 por mil a 37.9 por mil (cuadro 9).

Cuadro 9.

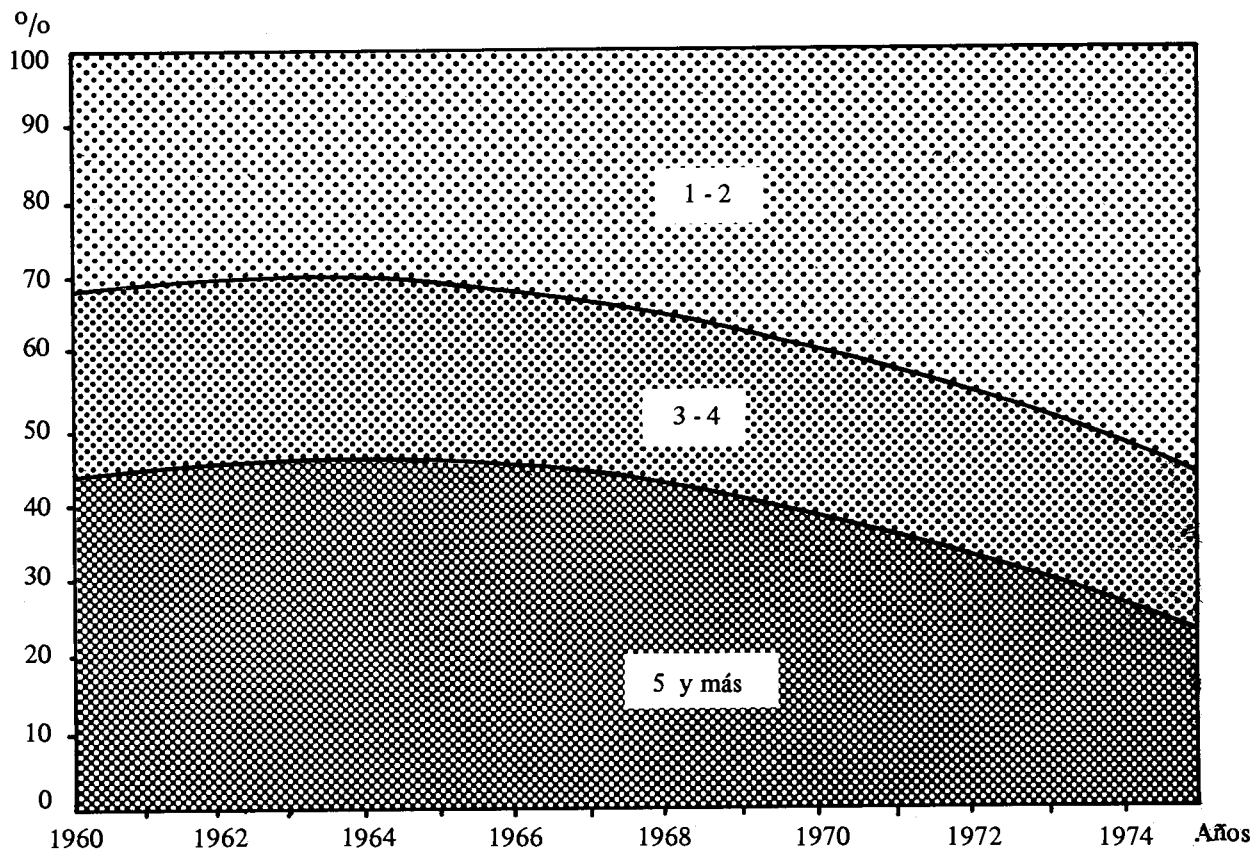
COSTA RICA. DISTRIBUCION DE LOS NACIMIENTOS SEGUN EDAD DE LA MADRE Y ORDEN AL NACIMIENTO, Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. 1965, 1970 y 1975

	Años		
	1965	1970	1975
Edad de la madre	100.0	100.0	100.0
Menos de 20 años	12.9	16.7	21.3
De 20 a 29 años	52.4	52.5	55.4
De 30 a 34 años	17.4	15.5	12.6
De 35 años y más	17.3	15.3	10.7
Orden del nacimiento	100.0	100.0	100.0
1 y 2	31.3	40.1	55.3
3 y 4	23.1	22.0	21.3
5 y más	45.6	37.9	23.4
Tasa de mortalidad infantil	69.3	61.5	37.9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Anuarios Estadísticos correspondientes.

Gráfico 4

**COSTA RICA. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS
NACIMIENTOS POR ORDEN EN EL
PERIODO 1960 - 1975**



Fuente: Sosa, 1978 ~

Otro factor a tomar en cuenta es la edad de la madre al nacimiento, ya que se ha encontrado que la mortalidad infantil es excesiva en ambos extremos de concebir (Puffer y Serrano, 1973). En Costa Rica, el porcentaje de nacimientos provenientes de madres menores de 20 años se ha incrementado de 1960 a 1975 en un 90%, lo que, como se ha comentado, es perjudicial tanto para la madre como para el niño. Las tasas de mortalidad infantil por edad de la madre, según el estudio basado en datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad ya mencionado, mostraron una distribución en forma de "J", ya que es alta en el grupo de menores de 20 años, comienza a disminuir y a partir de los 30 años aumenta de acuerdo a la edad.

Tomando como base estas tasas de mortalidad infantil específicas por edad de la madre y por orden, se procedió a realizar una tipificación, de manera que se

obtuvieron las tasas de mortalidad infantil esperadas si se hubiera mantenido constante la distribución de los nacimientos por edad de la madre y por orden, observados entre las entrevistadas de la Encuesta Nacional de Fecundidad cuyos nacimientos ocurrieron entre 1965 y 1975.

A continuación se ajusta una línea recta por mínimos cuadrados para cada uno de los conjuntos de tasas observadas y esperadas que se presentan en el cuadro 10. La pendiente de las rectas correspondientes a las regresiones de las tasas esperadas da el cambio que ocurre en la tasa de mortalidad infantil, por el solo hecho de haberse modificado la distribución de los nacimientos por edad de la madre o por orden, o por ambos factores a la vez. A su vez la pendiente de la recta correspondiente a las tasas observadas, da el cambio que ocurre en la tasa de mortalidad infantil, por unidad

de tiempo, y que es efecto de múltiples factores, incluyendo el cambio de distribución de los nacimientos por orden y edad de la madre.

Cuadro 10.

COSTA RICA. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL OBSERVADAS Y ESPERADAS POR EDAD DE LA MADRE Y ORDEN AL NACIMIENTO. 1960-1977
(En miles)

Años	Tasas de mortalidad infantil			
	Observadas	Esperadas *		
		Edad y orden	Edad	Orden
1960	67.8	66.3	66.2	64.6
1961	61.2	66.9	66.6	65.0
1962	65.8	67.0	66.6	65.0
1963	69.8	67.7	67.0	65.2
1964	79.2	67.9	67.0	65.3
1965	69.3	68.0	67.1	65.4
1966	65.1	68.0	66.9	65.5
1967	62.3	67.8	66.5	65.4
1968	59.7	67.4	66.1	65.3
1969	67.1	66.6	65.2	65.1
1970	61.5	65.8	62.2	64.9
1971	56.5	65.0	63.6	64.6
1972	54.4	64.2	62.6	64.5
1973	44.8	61.8	61.6	64.2
1974	37.6	62.1	60.4	64.0
1975	37.9	60.9	59.3	63.6
1976	33.2	59.7	58.4	63.3
1977	27.8	59.1	58.0	63.0

* Esperadas al aplicar las tasas de mortalidad infantil específicas por edad de la madre y orden al nacimiento prevaleciente entre las entrevistadas de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976.
Fuente: Sosa, D. *La mortalidad infantil y la fecundidad en Costa Rica, 1960-1977* (i-nédito).

El período utilizado para este estudio fue de 1960 a 1977 y los resultados obtenidos muestran que un 21 por ciento de la disminución en la mortalidad infantil, puede atribuirse al efecto conjunto del cambio en la distribución de los nacimientos por edad de la madre y por orden de nacimiento, un 24 o/o puede atribuirse al cambio en la estructura por orden y sólo un 5 o/o al cambio en la estructura de los nacimientos por edad de la madre.

Este último resultado puede deberse a que, como se comentó, hubo una disminución de los nacimientos de madres mayores de 35 años, pero esto está contrarrestado con el efecto que pueda producir el incremento observado en los nacimientos de madres menores de 20 años, razón por la cual el efecto de la distribución de los nacimientos por edad de la madre es casi nulo.

Otro efecto favorable del programa de planificación familiar sobre el descenso de la mortalidad infantil en el período 1968-1975, podría ser atribuible al au-

mento del intervalo intergenésico, o sea entre embarazos sucesivos, tal como se observara en el Ecuador (Wolfers y Scrimshaw, 1975) en donde, a medida que aumentó el intervalo entre nacimientos y la nueva concepción, la mortalidad neonatal e infantil se redujeron notoriamente.

El hecho de que el Programa cada vez se rejuvenezca más porque ingresan a él mujeres más jóvenes, es un indicador indirecto de que el propósito de éstas es el de espaciar los nacimientos e, inclusive, el de posponer el primer nacimiento (11 o/o de los ingresos de 1978, se da en mujeres sin hijos).

3. Efecto en la salud de la mujer

Se ha mencionado anteriormente, que en el período 1967-1974 se produjo una disminución notable de los nacimientos de orden 5 y más.

Como la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo, parto y puerperio es mayor en las grandes múltiparas, el efecto de la disminución de los nacimientos de orden 5 y más deberá ser el de producir una disminución de este tipo de patología asociada a la gran paridez. A la fecha, no se dispone de datos sobre morbilidad y mortalidad por causa y paridez que permitan medir este efecto y su relación con el Programa.

En cuanto al aborto, se ha observado en el período 1970-1974 un descenso de los egresos hospitalarios por esta causa. Es probable que la reducción de los egresos por aborto pueda ser atribuida en parte al Programa, pero no se dispone de la información adecuada que permita demostrarlo. Es sugestivo el hecho de que antes de ingresar las mujeres al programa, el promedio de aborto por mujer sea relativamente bajo (0.40) especialmente si se compara con el de Valparaíso, Chile (cuadro 11). En Costa Rica, el promedio de abortos varía por edad en un rango de 0.10 a 1.70 entre las mujeres de 15 a 19 años, y las de 45 a 49 años.

Cuadro 11.

PROMADIO DE ABORTOS TENIDOS POR MUJERES ANTES DE SU INGRESO AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Grupos de edades	Costa Rica 1974-1975	Valparaíso, Chile 1968-1972
15-19	0.10	0.14
20-24	0.20	0.30
25-29	0.40	0.60
30-34	0.60	1.00
35-39	0.80	1.68
40-44	1.20	1.98
45-49	1.70	3.47
15-49	0.40	0.74

Fuente: -Costa Rica, SIDESCO: Cuadro A-5. 1974-1975.

-Sermena Chile: *Programa Materno Infantil y Planificación Familiar*. 1968-1972, cuadro No.7.

En Valparaíso, Chile, en donde el nivel de aborto es relativamente alto, se observa que el promedio de aborto por mujeres, antes de ingresar al Programa de Planificación Familiar varía de 0.14 en las de 15 a 19 años a 3.47 en las de 45 a 49 años.

Si la captación progresiva de mujeres jóvenes se mantiene en el programa nacional, se podría evitar que el promedio de abortos por mujer llegara a los niveles de las mujeres de Chile, y el efecto del Programa sería entonces el de prevenir el aborto y no el de sustituir el aborto por anticonceptivos. Esta es una hipótesis que debe probarse.

IV. PERSPECTIVAS

El Programa de Planificación Familiar de Costa Rica, desde su inicio, ha sido objeto de fuertes ataques por parte de diversos grupos que le son adversos. Sin embargo, la favorable acogida que tiene en la población, y particularmente, en las usuarias que se han beneficiado de sus servicios, hace improbable que tales grupos alcancen su objetivo de hacerlo desaparecer. Actualmente sería muy difícil retirar la consulta de planificación familiar pues ella se ha enraizado fuertemente en los servicios de salud, y en la población, en un proceso que parece irreversible.

Una encuesta realizada a fines de 1976 (Oficina de

Información de la Casa Presidencial, 1976), reveló que en la Región Metropolitana el 94o/o había oído hablar de la planificación familiar, el 75o/o consideraba que la planificación familiar era buena y el 87o/o estaba de acuerdo con que el Gobierno brinde los servicios respectivos. En las zonas rurales del Valle Central los resultados fueron: el 88o/o "ha oído hablar", el 75o/o consideraba que era buena y el 81o/o estaba de acuerdo con que el Gobierno brinde servicios de planificación familiar.

Por otra parte, la cobertura y el grado de desarrollo alcanzado por el Programa permiten afirmar que ya ha concluido su fase de expansión. Este hecho se reconoce en un Plan elaborado para el quinquenio 1978-82 (CONAPO, 1977), en donde se señala que, de mantenerse las tendencias al final del período estaría atendiendo a un número parecido (o incluso inferior) de usuarias que el observado en 1977. Dicho plan señala que la única posibilidad de ampliación significativa del servicio tendría lugar en el caso de que se lograra una mayor retención de las pacientes y un reingreso masivo de las ex-usuarias. En tal situación, lo máximo que se podría lograr es un incremento en la población cubierta del orden del 80o/o entre 1977 y 1982, lo que significaría un ritmo de expansión en la población cubierta el quinquenio anterior similar al observado en años anteriores.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Demográfica Costarricense, et.al. *Informe de la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos*. Costa Rica 1978. Publicaciones de la Dirección General de Estadística y Censos, San José, 1978.
- CONAPO. *Consolidación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual de Costa Rica*. Propuesta presentada al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población por el Comité Nacional de Población, Costa Rica, 1973.
- . *Plan Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual de Costa Rica, 1978-1982*, San José, 1977.
- Oficina de Información de la Casa Presidencial. *Segunda Encuesta Periódica de Opinión Pública*. Noviembre-diciembre 1976.
- Puffer, R. y Serrano, C. *Patterns of Mortality in Childhood*. Scientific Publication No.262, OPS/OMS, Washington D.C., USA, 1973.
- Rosero, Luis. *Dinámica demográfica, planificación familiar y políticas de población en Costa Rica*. CONAPO. Unidad de Planificación y Evaluación, San José, 1978.
- . *Impacto del Programa Oficial de Planificación Familiar en la fecundidad, Costa Rica, 1960-1982*. CONAPO. Unidad de Planificación y Evaluación. San José, 1978.
- Sosa, Doris. *Costa Rica: Interrelación entre la disminución de la fecundidad y la disminución de la mortalidad infantil, 1960-1974*. Trabajo final de investigación, Curso de Análisis Demográfico Básico, CELADE, Santiago de Chile 1978, (distribución interna).
- . *La mortalidad infantil y la fecundidad en Costa Rica, 1960-1977*. (inédito).
- Soto, Zaida. *América Latina: Actividades realizadas por los programas de planificación de la familia, 1976*, CELADE, Serie A, No. 163, Santiago de Chile, Noviembre 1978.
- Wolfers, D. y Scrimshaw, S. *Sobrevivencia de niños e intervalos de embarazos en Guayaquil, Ecuador*. Instituto Internacional para el Estudio de la Reproducción Humana, Universidad de Columbia, New York, 1975.