

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

**METAS REPRODUCTIVAS
Y PATRONES DE CRIANZA DE LOS HIJOS**

**Alicia Bermúdez Méndez
Luis Rosero Bixby**



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



**San José. COSTA RICA
Diciembre 1994**

CONTENIDO

Introducción.....	1
Capítulo 1. Metas Reproductivas	3
1.1 Dimensión preferida de familia.....	3
1.2 concordancia entre esposos.....	11
1.3 Metas de espaciamiento.....	14
Capítulo 2. Logro de las metas reproductivas.....	23
2.1 Deseo de no tener más hijos.....	23
2.2 Cronología en el logro de las metas reproductivas.	27
2.3 Deseo de quedar embarazada inmediatamente.....	36
Capítulo 3. Necesidad insatisfecha de planificación familiar.	39
3.1 Magnitud de la demanda no satisfecha	41
3.2 Perfil de la demanda no satisfecha.....	42
Capítulo 4. Fecundidad no deseada.....	43
4.1 Magnitud de la fecundidad no deseada.	45
4.2 Tendencias en la fecundidad no deseada	46
4.3 Diferenciales según características sociodemográficas.....	46
Capítulo 5. Fecundidad no deseada y patrones de crianza de los hijos.	48
5.1 Embarazo y Parto.....	48
5.2 Lactancia materna	50
5.3 Inmunizaciones	51
5.4 Uso de servicios médicos en niños pequeños	52
5.5 Cuidado de los niños y guarderías.....	53
Capítulo 6. Resumen.	55
Referencias Bibliográficas.....	62

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1.1 Distribución porcentual de las mujeres tamaño deseado de familia. Comparación con la EPA-81 y EFES-86.....	63
Cuadro 1.2 Tamaño promedio deseado de familia según características socioeconómicas y de la madre.....	64
Cuadro 1.3 Tamaño promedio deseado de familia según educación y grandes grupos de edad de la madre.....	65
Cuadro 1.4 Tamaño promedio deseado de familia según educación de la madre y grandes grupos de edad de la madre.....	66
Cuadro 1.5 Tamaño promedio deseado de familia según religiosidad y educación.....	67
Cuadro 1.6 Tamaño promedio de familia según acceso a fuentes y servicios públicos de Planificación Familiar.....	68
Cuadro 1.7 Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos según diferentes características socioeconómicas y de la madre.....	69
Cuadro 1.8 Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos según nivel de educación y grandes grupos de edad de la mujer.....	70
Cuadro 1.9 Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos según religiosidad y educación.....	71
Cuadro 1.10 Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos, según información y acceso a fuentes de Planificación Familiar.....	72
Cuadro 1.11 Distribución porcentual de las mujeres según si ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos, y algunas variables socio-demográficas.....	73
Cuadro 1.12 Distribución de las mujeres según si ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos, y si las preferencias del esposo coinciden con las de ella.....	74
Cuadro 1.13 Porcentaje de mujeres que ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos por características sociodemográficas.....	75
Cuadro 1.14 Porcentaje de mujeres que ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos y según diferencias entre el número deseado y número real de hijos.....	76
Cuadro 1.15 Distribución porcentual de las mujeres según coincidencia de las preferencias del esposo acerca del número ideal de hijos, y características sociodemográficas.....	77

Cuadro 1.16 Porcentaje de mujeres cuyos ideales de familia coinciden con los del esposo, según grupos de edad de la mujer y nivel de educación	78
Cuadro 1.17 Distribución porcentual de las mujeres según coincidencia con el esposo en número ideal de hijos según y acceso y disponibilidad de Planificación Familiar	79
Cuadro 1.18 Distribución porcentual de las mujeres según coincidencia de las preferencias del esposo acerca del número ideal de hijos, deseo de más hijos y diferencias entre el número real y el número deseado de hijos.....	80
Cuadro 1.19 Tablas de vida para estimar el IGD para los cinco años previos a la encuesta, todos los órdenes de nacimiento.	81
Cuadro 1.20 Estimaciones del IGD en años según cuatro procedimientos.	82
Cuadro 1.21 IGD medio en años según el tamaño deseado de familia.	83
Cuadro 2.1 Porcentaje de mujeres que desea más hijos según característica socio-demográficas	84
Cuadro 2.2 Distribución porcentual de las mujeres según deseo de hijos adicionales y exposición y acceso a la Planificación Familiar.....	85
Cuadro 2.3 Porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, según edad e hijos vivos. Comparación con las encuestas EPA-81 Y EFES-86	86
Cuadro 2.4 Porcentaje de mujeres que no desean más hijos según tamaño ideal de familia e hijos tenidos.....	87
Cuadro 2.5 Definción del indicador de si ha completado la familia deseada y la fecha en que la completó.	88
Cuadro 2.6 Porcentaje que ha completado la familia deseada y promedio de edad y años de unión al completarla, por edad	89
Cuadro 2.7 Indicadores de la cronología al completar la familia deseada segun sus tres determinantes próximos.....	90
Cuadro 2.8 Indicadores de la cronología al completar la familia deseada según características seleccionadas	91
Cuadro 2.9 Riesgo relativo (RR) de completar la familia deseada y años agregados (AA) a la duración media de la unión, según características seleccionadas..	92
Cuadro 2.10 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según edad e hijos vivos. Comparación con las encuestas EPA-81 Y EFES-86	93
Cuadro 2.11 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según variables sociodemográficas	94

Cuadro 2.12 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según exposición y acceso a la Planificación Familiar	95
Cuadro 3.1 ENSR Distribución relativa de las mujeres según satisfacción de su demanda de planificación familiar, por grandes grupos de edad.....	96
Cuadro 3.2 Distribución porcentual de las mujeres con demanda insatisfecha y demanda satisfecha de planificación familiar, según características sociodemográficas	97
Cuadro 3.3 Distribución porcentual de las mujeres con demanda insatisfecha y demanda satisfecha de planificación familiar según exposición y acceso a la Planificación Familiar	98
Cuadro 4.1 Tasas de fecundidad total, deseada, no deseada y porcentaje de fecundidad no deseada, por edad de la madre	99
Cuadro 4.2 Tasas de fecundidad total, deseada, no deseada y porcentaje de fecundidad no deseada, por residencia de la madre	100
Cuadro 4.3 Porcentaje de mujeres cuyo último hijo no fue deseado, encuestas de 1981, 1986 y 1993.....	101
Cuadro 4.4 Distribución porcentual de las mujeres con hijos según si el último hijo fue deseado, por características socio-demográficas	102
Cuadro 5.1 Indicadores de la atención en el embarazo y parto según si el embarazo fue deseado.....	103
Cuadro 5.2 Indicadores de la lactancia materna según si el embarazo fue deseado	104
Cuadro 5.3 Indicadores de las inmunizaciones recibidas según si el embarazo fue deseado	105
Cuadro 5.4 Indicadores de la morbilidad de los niños y atención dispensada según si el embarazo fue deseado	106
Cuadro 5.5 Ayuda en la crianza de los hijos según si el embarazo fue deseado.....	107
Gráfico 1.1 Curvas de sobrevivencia de los IGDs estimados con tablas de vida.....	108
Gráfico 2.1 Porcentaje que ha completado la familia deseada por edad en (A) toda la muestra y (B) por cohorte. Datos de corte transversal y estimación de la tabla de vida.	109

METAS REPRODUCTIVAS Y PATRONES DE CRIANZA DE LOS HIJOS

**Alicia Bermúdez Méndez
Luis Rosero Bixby**

Introducción

La conceptualización y medición de las metas reproductivas o demanda de hijos ha sido objeto de múltiples investigaciones, dado que es clave para entender el comportamiento reproductivo. Encuestas similares a la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSR) indagan sobre ideales de tamaño de la familia en forma rutinaria.

La demanda se considera generalmente como el número de hijos que los padres (en conjunto o por separado) seleccionarían tener si no hubiesen obstáculos subjetivos o económicos en controlar la fecundidad. La demanda de hijos está influenciada por un gran número de factores a nivel de la sociedad y del individuo y es un concepto cuya medición tropieza con varias dificultades, como lo son por ejemplo la subjetividad de las personas al contestar este tipo de preguntas, la realidad circundante, los comportamientos socialmente esperados, etc.

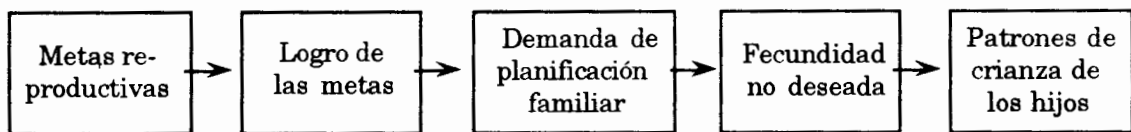
Para que un programa de planificación familiar funcione efectivamente o para que sus efectos puedan ser evaluados, debe conocerse la extensión y composición de la demanda potencial por los servicios de planificación familiar. Combinados con información sobre fecundidad actual y uso de anticonceptivos, los indicadores de la demanda de hijos proporcionan una base importante para evaluar el resultado de los programas de planificación familiar.

Estos indicadores son también útiles para fines de la gestión programática. Entre otros aspectos, proporcionan información sobre las normas y preferencias

imperantes de la sociedad, con respecto a la dimensión de la familia, así como a cambios en estas normas y preferencias en el curso del tiempo. En este sentido, desempeñan un papel importante en el manejo y evaluación de los programas de planificación familiar. La información sobre los niveles actuales y sobre la estructura de la demanda, es vital para una planificación programática eficaz.

La demanda de hijos se considera como una cuestión de preferencia relativa de los hijos frente a otras actividades de consumo, e incluye preferencias en cuanto a cronología, espaciamiento y género de los hijos, además de la cantidad. El análisis se centra en las preferencias con respecto al tamaño de familia que es el aspecto para el cual se cuenta con mayor información.

El diagrama siguiente resume la secuencia de aspectos de las preferencias reproductivas que se analizan en sendos capítulos del presente informe.



La información que se utiliza en este análisis proviene de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, llevada a cabo por la Caja Costarricense de Seguro Social durante 1993, la cual cubrió mujeres en unión entre 15 y 49 años, en todo el país.

Capítulo 1. Metas Reproductivas

En este capítulo se estudian las preferencias reproductivas de los costarricenses y se desarrollan tres subtemas, a saber: dimensión preferida de familia, concordancia de metas entre esposos y metas de espaciamento.

1.1 Dimensión preferida de familia

Uno de los aspectos más importantes en el análisis de la fecundidad de un país es la dimensión preferida de familia, entendiendo por tal concepto, el número promedio de hijos que las mujeres en edad reproductiva escogerían si pudiesen tener exactamente el número deseado.

El indicador número promedio ideal de hijos es el más frecuentemente utilizado. Se considera que adolece de problemas como: la tendencia de las encuestadas a dar respuestas "normativas", es decir contestar lo que se espera que contesten; la tendencia de las mujeres de alta paridez a racionalizar los embarazos no deseados declarando dimensiones deseadas de familia iguales o superiores a su paridez actual; y, la incapacidad o renuencia por parte de las encuestadas a cuantificar sus deseos de fecundidad. Pese a estas limitaciones, este es el indicador mejor conocido y el más ampliamente disponible de las preferencias o demanda de la fecundidad.

El presente análisis se basa en la pregunta de la encuesta que indaga entre las mujeres en edad fértil que no tenían hijos vivos: "¿Si pudiera escoger el número de hijos, cuántos le gustaría tener en su vida?" y entre las que tenían hijos vivos: "¿Si usted no tuviera hijos y pudiera escoger el número, cuántos serían los hijos que le gustaría tener en toda su vida? Se analiza a continuación la distribución de las mujeres de acuerdo al número ideal de hijos declarado; número promedio ideal de hijos y el porcentaje de mujeres que indicaron desear menos de 3 hijos.

El cuadro 1.1 presenta el tamaño deseado de familia expresado en la ENSR-93 y las encuestas llevadas a cabo durante 1981 (EPA-81) y 1986 (EFES-86). Se aprecia que el porcentaje de mujeres que prefiere una familia pequeña ha aumentado en el período considerado. Según la EPA-81, un 49% de las mujeres deseaban 3 o menos hijos; el porcentaje subió a 56% en la EFES-86, y a 63% para 1993.

Únicamente un 2% de las mujeres casadas o unidas dio respuestas no numéricas a la pregunta anterior. Esta proporción comparada al 10% de las encuestas anteriores, sugiere una mayor conciencia de la importancia del tamaño de la familia dadas las condiciones de vida actuales, y de su capacidad de determinar el número de hijos a tener. Ya no es tan frecuente la actitud de tener los hijos "que Dios quiera", o "los que vengan", sino que las mujeres tienen más definidos sus ideales. Puede también ser reflejo de cambios en los procedimientos de recolección de la información, como por ejemplo que durante la capacitación de las entrevistadoras se pusiera más énfasis en la importancia de las respuestas numéricas.

Las mujeres costarricenses en promedio consideran 3,4 el número ideal de hijos de una familia. Con el propósito de balancear el efecto de la distribución asimétrica en el tamaño promedio de familia, en la parte inferior del cuadro se incluyó para las tres encuestas citadas, la mediana y la moda, indicadores resumen que están poco (o no) afectados por los valores extremos de las distribuciones.

Como puede apreciarse, la moda bajó de 3 a 2 hijos, la mediana se mantuvo en 3 hijos, y el promedio disminuyó, como ya mencionamos, de 4,6 a 3,4. Este es un resultado importante, ya que demuestra que los ideales del tamaño de familia de las mujeres costarricenses en los últimos años han presentado un descenso importante.

El tamaño promedio deseado de familia según algunas características tanto socioeconómicas, residencia, riqueza, como de la madre, educación, edad, participación en el mercado laboral y otras, se incluye en el cuadro 1.2.

En la mayoría de las variables consideradas se observan diferencias de un máximo de medio hijo entre los grupos extremos. Por ejemplo, las mujeres que trabajan tienen un ideal de familia de 3,2 hijos, en tanto que las que no trabajan tienen uno de 3,5. Las residentes en el Area Metropolitana de San José declararon una familia deseada promedio de 3,1 hijos, y las del área rural de 3,6.

Las variables que introducen una mayor variación en el ideal de familia son la edad de la mujer, el número de hijos vivos y el grado de educación. Entre las cohortes más jóvenes (15 a 24 años) el número promedio ideal de hijos es de 2,8, en tanto que las mujeres de 45 a 49, declararon como ideal una familia promedio de 4,4 hijos, una diferencia de 1,6 hijos.

Existe una diferencia importante entre los ideales expresados por las mujeres sin hijos, o con 3 o menos hijos y aquellas con más de 3. Esto podría estar indicando que las mujeres tratan de ceñirse a sus ideales, o señalando la racionalización de parte de las entrevistadas, a la hora de declarar el número ideal de hijos. Los ideales promedio de aquellas con más de 3 hijos son siempre mayores de 3. Entre el grupo con 6 o más hijos el ideal es de 6 hijos.

Como era de esperar, el ideal promedio de hijos aumenta conforme aumenta el número de hijos tenidos por las mujeres. Las entrevistadas sin hijos declararon un ideal de familia de 2,6 hijos, contra 6,0 de aquellas con 6 o más descendientes. Debemos tener presente la mencionada "racionalización" en la respuesta dada por las multíparas, ajustando su "deseo" a las dimensiones reales de su familia.

Las mujeres menos educadas (menos de 3 años de primaria) desean familias más grandes (4,6 hijos), en tanto que aquellas con educación secundaria completa o algún grado de universidad, solo desean 2,9 hijos (1.7 hijos de diferencia). Al interpretar esta asociación debe tenerse presente que entre las variables edad y educación se da una interrelación importante, las mujeres más jóvenes (menos de 35 años) tienden a tener una mayor educación. Esto se aprecia en el cuadro 1.3, que muestra la distribución porcentual de las mujeres entrevistadas por edad dentro de cada categoría de educación.

Aunque las mujeres de 35 a 49 años son 38% del total, dentro del grupo con menos de 3 años de educación primaria son el 63%. Lo contrario ocurre con la más jóvenes cuya importancia relativa es menor dentro de este grupo de educación (9%) que en el total (19%).

Para chequear si el efecto de la educación sobre el ideal de hijos es independiente de la edad, el cuadro 1.4 presenta el tamaño promedio deseado de hijos cruzando ambas características. Independientemente de la edad de la mujer, la escolaridad continúa siendo una variable importante; sin embargo, es el grupo mayor, mujeres de 35-49 años, el que muestra el impacto mayor. La diferencia entre las mujeres de éste grupo con menos de 3 años de educación primaria y aquellas con secundaria completa o algún grado de universidad es de 1,7 hijos, en tanto que entre las más jóvenes la diferencia es 0,5 hijos (15-24) o 0,9 hijos (25-34).

Utilizando información sobre tenencia de electrodomésticos y otros, la población femenina se clasificó de acuerdo a su nivel de ingreso en: estrato bajo, estrato medio y estrato alto. Según esta variable, las mujeres de clase pobre o estrato bajo deseaban en promedio 3,6 hijos, las de clase media, 3,3 y las de clase alta 3,2

hijos. También aquí la diferencia entre los dos grupos extremos es de menos de medio hijo.

Dada la posición de la iglesia católica frente a la planificación familiar, se considera importante incluir la religiosidad de las mujeres dentro de las variables que podrían estar influyendo en el número ideal de hijos expresado por las mujeres. Por religiosidad se tomó la frecuencia con que la mujer asiste a servicios religiosos: por semana, por mes, menos de una vez por mes, o nunca. Los resultados se presentan en el cuadro 1.5 , controlados por educación, dado que las mujeres que van más a la iglesia tienden a tener menos educación y a ser las que declaran un tamaño de familia deseado mayor.

La diferencia en el promedio deseado de hijos entre los dos grupos extremos de religiosidad es de 0,5 hijos. Esto es, aquellas que asisten semanalmente a la iglesia desearían tener una familia de 3,5 hijos, en tanto que las que nunca van desearían una de 3,0 hijos.

Al cruzar esta variable con educación se nota que el efecto de religión es menor entre las mujeres más educadas. En todas las categorías de religiosidad, las mujeres menos educadas deseaban familias mayores.

La teoría económica generalmente sostiene que la oferta y los costo no influyen en la curva de demanda de un bien determinado. Sin embargo algunos autores sostienen que una mayor oferta de planificación familiar puede influir en la demanda de hijos. Esta hipótesis se examina mediante el estudio del efecto en el ideal de familia de las variables de exposición y acceso a los servicios de planificación familiar, indicadores de la oferta y los costos.

Como indicador de exposición se utiliza el contacto semanal de las entrevistadas con usuarias regulares de planificación familiar, y como medida del acceso, el tiempo promedio que empleaban para llegar a una fuente pública de planificación familiar. Este acceso se denominó: bajo si la mujer debía gastar 45 o más minutos en promedio para llegar a la fuente; medio si el tiempo promedio era de 20 a 44 minutos; y alto si era de menos de 20 minutos.

La información del cuadro 1.6 parece indicar que el tener contacto semanal con usuarias de la planificación familiar, o diferentes grados de acceso a las fuentes de control natal, no produce grandes diferencias en el número ideal de hijos expresado por las mujeres.

Es probable que en las áreas rurales las distancias que deba recorrer una mujer para llegar a un centro de salud donde se ofrecen servicios de planificación familiar sean mayores. Por ello, la información sobre acceso se cruzó con la residencia de la mujer. La diferencia mayor se encontró en el área rural, donde las mujeres con acceso bajo declaran una familia deseada de 4.2 hijos, en tanto que aquellas con mayor facilidad para llegar a las fuentes de planificación familiar (acceso alto), dijeron desear una familia de 3.3 hijos.

El porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos es un indicador importante de las preferencias porque el curso futuro de la fecundidad en Costa Rica dependerá de que se vuelvan predominantes las familias con 1 o 2 hijos, en vez de las de 3 o 4 hijos que predominan actualmente. En otras palabras, dependerá de que las parejas dejen de tener terceros hijos; además, el porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos es un indicador de las preferencias, probablemente menos afectado por el efecto de la racionalización.

Los mismos cruces que se hicieron con el promedio de hijos deseados, se obtuvieron con la variable "desea menos de 3 hijos". En algunos casos, las diferencias comentadas se hacen más evidentes con este porcentaje, por ejemplo entre las mujeres jóvenes y las de más edad. Un 53% de las jóvenes con edades entre 15 y 19 dijo querer menos de tres hijos, en tanto que el porcentaje para el grupo 45-49 fue de sólo 18%. La diferencia se acentúa a partir de los 40 años. Los porcentajes de mujeres que desean menos de 3 hijos son significativamente mayores en los grupos más jóvenes.

En el cuadro 1.7 se observa que el porcentaje de mujeres que desea menos de 3 hijos decrece conforme aumenta el número de hijos vivos, pasando de 57% entre las nulíparas, a 13% en el grupo con 6 o más descendientes.

Análogamente se acentúan las diferencias en la variable educación. Solamente 23% de las mujeres prácticamente analfabetas declaró desear menos de 3 hijos, en tanto que 40% de aquellas con secundaria completa o algún grado de universidad lo hizo .

Cruzando las variables edad y educación se mantienen las diferencias anotadas anteriormente: el nivel educativo hace diferencia, independientemente del grupo etario de la mujer (cuadro 1.8) Los porcentajes variaron entre las mujeres jóvenes (15-24) entre 47% y 55%, en tanto que entre las mayores (35-49), lo hicieron entre 19% y 34%.

También con el indicador "menos de 3 hijos", se define más claramente la importancia de la religiosidad en la mujer a la hora de declarar el número deseado de hijos. En el cuadro 1.9 se observa que prácticamente la mitad de aquellas que nunca asisten a la iglesia dijo querer menos de tres hijos, en tanto que entre las que van semanalmente solamente el 30% lo hizo.

El porcentaje que desea menos de tres hijos entre aquellas mujeres que tienen contacto semanal con una usuaria de planificación familiar, es menor que el de aquellas que no tienen dicho contacto (Cuadro 1.10), diferencia que se acentúa en el área rural del país. En los hogares visitados por trabajadores de la salud ofreciendo planificación familiar, un 38% de las entrevistadas dijo querer familias de menos de 3 hijos, en tanto que en aquellos que no recibieron la visita, el porcentaje disminuye a 28%. La mayor diferencia se encontró entre las mujeres del resto del país urbano: 40% entre las visitadas contra 28% entre las que no lo fueron.

Con el tiempo, la proporción de mujeres que desean menos de 3 hijos ha sufrido un importante aumento, al pasar de 24% en 1981, 28% en 1986 a 34% en la ENSR-93. Este aumento ha sido estable en todos los grupos de edad como se aprecia en el cuadro 1.11. Al igual que en 1981 y 1986, según la presente encuesta, la variación mayor se observa entre las mujeres más jóvenes, menores de 30 años.

Tomando como cohortes aproximadas, las mujeres que en 1981 tenían 15-19 años, en 1986, 20-24 y en 1993 25-29, y similarmente con el resto de los grupos se obtiene resultados interesantes. Por una parte encontramos que no hay efecto de edad. Las cohortes mantienen aproximadamente los mismos ideales. Un 38% de las mujeres que en 1981 tenían entre 15 y 19 años deseaban menos de 3 hijos; para 1986 el porcentaje para este mismo grupo, con edades ahora 20-24 años es de 41%, y para 1993 donde se integran al grupo 25-29, de 42%. Similar comportamiento se observa en los otros grupos de edad.

También se observa un fuerte efecto de cohorte. Las nuevas cohortes se están incorporando con porcentajes cada vez mayores que quieren familias pequeñas. En 1981 un 38% del grupo 15-19 deseaba familias de menos de 3 hijos. El porcentaje en el grupo 15-19 de 1986 es 46%, y para 1993 alcanza un 53%.

Se puede concluir entonces que el aumento en el total de mujeres que desean familias menores de 3 hijos se debe a la incorporación de nuevas generaciones con ideales de familias más pequeñas. No se debe a cambios en las preferencias de las mujeres.

1.2 concordancia entre esposos

Considerando la demanda de hijos como el número que cada uno de los padres seleccionaría, pueden presentarse discrepancias en cuanto a metas entre una pareja. El propósito de esta sección es determinar esa discrepancia o concordancia y la comunicación que al respecto se da entre los esposos.

Se utilizaron las preguntas:

“¿Ha conversado alguna vez con su esposo o compañero acerca del número de hijos que les gustaría tener?”, y

“¿Cree Ud. que su esposo o compañero, quiere más, igual o menos hijos que los que Ud. quiere?”.

El cuadro 1.12 recoge los resultados. Un 84% de las entrevistadas dijo haber conversado con el esposo o compañero acerca de los temas reproductivos. Entre las mujeres que han conversado con su esposo o compañero acerca del número de ideal de hijos, prácticamente una de cada tres, (73%) dijo coincidir con su esposo en las preferencias, un 18% dijo desear más, y únicamente un 8%, desear menos. Menos de la mitad de las que nunca han discutido con el esposo o compañero sobre el tema, coincide en metas con ellos, 19% desea más y 11% desea menos.

Para analizar si la comunicación entre esposos depende de características como edad, educación, residencia y similares, las entrevistadas se distribuyeron

según si habían hablado o no del tema con el esposo y algunas variables sociodemográficas. Los resultados del cuadro 1.13 muestran que la edad es un factor importante. Las mujeres muy jóvenes (15-19 años), parecen estar más dispuestas a este tipo de comunicación con sus cónyuges. El porcentaje baja en forma importante en el grupo de mujeres mayores.

El número de hijos tenidos no hace mucha diferencia, excepto entre las multíparas (5 y más hijos), en cuyo grupo el porcentaje que conversa con el esposo es menor que en el resto, 66% contra 82% y más en los restantes grupos.

La educación es la variable más determinante. Entre más educada la mujer, mayor la comunicación con su esposo. Mientras que en el grupo con menos de 3 años de educación primaria el porcentaje que había hablado con el esposo era de 68%, entre aquellas con educación secundaria completa o algún grado de universidad, alcanzó un 93%.

Las mujeres con un nivel socioeconómico más alto, aquellas que asisten a la iglesia semanalmente, y las casadas legalmente tienen una mayor comunicación con los esposos en estos temas, aunque las diferencias encontradas no son considerables

En el cuadro 1.14 se clasifica a las entrevistadas según su deseo de tener más hijos y la diferencia entre el número de hijos tenidos y el número deseado de hijos. Las mujeres que desean más hijos conversan más con el esposo que aquellas que no quieren más o no pueden tener más. Sin embargo, las que tienen menos hijos que los deseados parece que se comunican menos con los compañeros.

Utilizando las mismas variables sociodemográficas y la coincidencia de sus ideales de número de hijos con los de su esposo se encontró mayor coincidencia con los

esposos entre las mujeres más jóvenes. Las distribuciones por edad no son muy diferentes (Cuadro 1.15).

Entre las más educadas, además de mayor comunicación se da también mayor coincidencia en cuanto a preferencias de tamaño de familia. Dada la importancia de ambas variables en la explicación del comportamiento de las mujeres con respecto a sus ideales de familia, el cuadro 1.16 desglosa la proporción de mujeres cuyos deseos en materia de número de hijos coinciden con los de sus compañeros, cruzada por ambas variables, edad y educación.

En general, las mujeres más jóvenes y más educadas son más coincidentes en ideales con sus esposos. En el grupo con educación secundaria completa o algún grado de universidad, las diferencias por edad son menos pronunciadas.

Los datos según exposición y acceso a la planificación familiar (Cuadro 1.17), son bastante similares entre sí. Las diferencias en la oferta y costos de la planificación familiar no inducen a variaciones en la comunicación entre parejas ni en la coincidencia de ideales.

Las entrevistadas que desean aumentar el número de hijos coinciden en un 72% de los casos con las preferencias de sus esposos en materia de tamaño ideal de familia (Cuadro 1.18). Las que no desean más lo hacen en un 66% de los casos. Tampoco hay diferencias grandes de acuerdo a la diferencia entre el número real y el número deseado de hijos; 65% de las mujeres que deseaban menos de los que tienen coinciden en ideales con sus maridos, así como el 70% de las que deseaban el mismo número que tienen y el 68% de las que deseaban más de los que tienen.

1.3 Metas de espaciamiento

Poco se conoce sobre las metas o preferencias de espaciamiento de los hijos en Costa Rica o en otras poblaciones. Se sabe, sin embargo, que éstas pueden ser muy importantes en el control de la fecundidad. Con datos de las encuestas demográficas y de salud se estima, por ejemplo, que la intención de espaciar los embarazos es responsable por más de la cuarta parte de la prevalencia anticonceptiva en Latinoamérica (Westoff & Ochoa, 1991a: Table 4.2). El primer paso para entender las metas de espaciamiento de los hijos es la medición de los intervalos genésicos deseados (IGD). Empero, la información típicamente disponible de encuestas presenta varios problemas para la medición del IGD. Esta sección desarrolla una metodología para estimar el IGD y analiza las metas de espaciamiento en Costa Rica.

Datos y métodos

La ENSR no incluyó una pregunta directa acerca del intervalo genésico deseado, análoga a la pregunta sobre el tamaño preferido de familia. Esta omisión, sin embargo, no es mayor pérdida, dadas las limitaciones de la información que se hubiera recolectado, incluyendo racionalización, respuestas no numéricas y respuestas condicionadas a ciertas circunstancias. Se recolectaron, en cambio, varias piezas de información sobre preferencias del intervalo genésico abierto (el iniciado con el nacimiento del último hijo) y del último intervalo cerrado, que en conjunción con el dato sobre las duraciones observadas de estos intervalos dan una idea del IGD.

Para el intervalo abierto, a las mujeres que dijeron que querían tener más hijos se les preguntó:

"¿Cuánto tiempo le gustaría esperar a partir de ahora antes de tener un/otro hijo?"

Para el último intervalo cerrado se preguntó:

"Cuando Ud. quedó embarazada de (...) ¿quería quedar embarazada en ese momento, quería esperarse un poco, o del todo no quería embarazarse?"

Las respuestas "quería esperarse" fueron seguidas por la pregunta:

"¿Cuánto tiempo le hubiera gustado esperar?"

A las pocas mujeres embarazadas al momento de la encuesta se les hizo preguntas similares a la del último hijo sobre si el embarazo era deseado.

Una primera estimación cruda del IGD para el intervalo genésico abierto se obtuvo agregándole el tiempo que la entrevistada desea esperar para su próximo hijo, al tiempo transcurrido desde el último nacimiento (desde el matrimonio o unión para el primer intervalo) (Westoff y Ochoa 1991b: p. 12). Para las entrevistadas que desean un hijo inmediatamente, el IGD se asume igual al intervalo abierto.

Una segunda estimación se obtuvo de manera análoga para el último intervalo cerrado. En este caso, a las entrevistadas que dijeron que les hubiera gustado esperar para tener su último hijo se les sumo al intervalo cerrado el tiempo adicional que indicaron les hubiera gustado esperarse. A quienes indicaron que querían quedar embarazadas en es momento se les asignó la duración observada del intervalo cerrado.

Dos deficiencias importantes probablemente exageran la duración de estas dos estimaciones del IGD: un sesgo de selección y un sesgo por "censura a la izquierda".

Sesgo de selección. IGDs más cortos tienden a estar sub representados en una muestra de intervalos abiertos, dado que las mujeres que quieren otro hijo pronto, tienden a moverse más rápidamente a intervalos de orden más alto y a salir de observación en cuanto alcanzan el tamaño deseado de familia. Dicho de otro modo,

las mujeres con intervalos prolongados (abiertos o cerrados) al momento de la encuesta son miembros selectos de la cohorte de intervalos, quienes continúan en ese intervalo precisamente porque querían un IGD prolongado. La mayoría de los miembros de esa cohorte con IGDs breves habrían salido de ese intervalo y no están representados en la muestra en estudio. El remedio para este sesgo es un seguimiento longitudinal o de cohorte. En circunstancias ideales, uno debería preguntar el IGD a cohortes de recién casadas a de recién paridas, refiriendo la pregunta al intervalo que en ese momento están iniciando. El diseño en la ENSR no es longitudinal pero uno puede reconstruir retrospectivamente las cohortes circunscribiendo el análisis a mujeres que iniciaron un intervalo en un periodo dado.

En este informe se operacionalizó un análisis retrospectivo de cohorte mediante la inclusión de únicamente mujeres que iniciaron una unión o tuvieron un hijo en los 60 meses previos a la encuesta y que deseaban tener hijos; esto es, quienes iniciaron un intervalo genésico deseado en los últimos 60 meses. Si una mujer de este grupo tenía varios intervalos (abierto o cerrados) iniciados en el periodo de referencia, se tomó únicamente el primero de ellos. (Dado que la ENSR preguntó las preferencias acerca del último nacimiento únicamente, entre las pocas madres con varios intervalos cerrados iniciados en el periodo de 60 meses, no fue posible tener los IGDs más tempranos, lo que probablemente conduce a una pequeña sobre estimación). El IGD estimado con estos datos muestra mezcla, entonces, información de intervalos abiertos y cerrados. A esta estimación se denominará de "cohorte".

Sesgo por censura a la izquierda. En razón de que casi siempre está presente cierto tiempo de espera para concebir, pocas mujeres se embarazan en el primer mes en que tratan de hacerlo. Promedios de espera de cinco o seis meses son comunes en poblaciones con una fecundabilidad (probabilidad mensual de concebir) normal en el orden de 0,20. Por lo tanto, las mujeres que indicaron para el intervalo abierto que

querían un hijo "lo más pronto posible" tienen un IGD implícito que es probablemente más corto que el tiempo transcurrido desde su último nacimiento. De igual modo, las mujeres que indicaron que su último embarazo fue deseado y "a tiempo", probablemente tienen un IGD implícito que es más corto que el correspondiente intervalo cerrado. Estos dos grupos de mujeres presentan una situación que se puede denominar de "censura a la izquierda", en analogía a la bien conocida "censura a la derecha" que ocurre en análisis de sobrevivencia cuando un individuo sale de observación (salida que implica un tiempo de sobrevivencia desconocido pero mayor que el tiempo observado hasta la salida).

Para corregir este efecto de censura a la izquierda desarrollamos una metodología a la que denominamos "tabla de vida inversa". En esta tabla se contabiliza el tiempo de sobrevivencia en reversa, comenzando en un límite superior w del IGD (por ejemplo, 144 meses). De este modo, la censura a la izquierda pasa a ser censura a la derecha y son aplicables los métodos estándar de análisis de sobrevivencia. La función de fallas acumulados en esta tabla de vida inversa es la función de sobrevivencia en la tabla del IGD, a partir de la cual es sencillo derivar el resto de funciones de la tabla. El cuadro 1.19 ilustra el procedimiento para una tabla que incluye intervalos con todos los órdenes de nacimientos. La relación matemática entre la tabla de vida inversa y la corriente está dada por:

$$S_x = 1 - RS_t ; \quad t = w - x$$

donde x es la duración del IGD, i.e. el tiempo de sobrevivencia,

t es el tiempo de sobrevivencia inverso,

w es un límite superior arbitrario para x ,

S_x es la función de sobrevivencia en la duración x ,

RS_t es la función de sobrevivencia inversa en t .

La relación implícita entre la tasa de riesgo h y la tasa de riesgo invertida rh (relación que podría usarse para modelar los riesgos con regresión de Cox) es:

$$h_x = \frac{RS_t}{1 - RS_t} rh_t$$

La tabla de vida inversa no es una solución totalmente satisfactoria, sin embargo. El método asume que las observaciones "censuradas" no difieren del resto en su tiempo inverso de sobrevivencia remanente. Este supuesto es probablemente irreal, en la medida en que las observaciones censuradas podrían tener un tiempo remanente relativamente corto (igual al tiempo de espera para concebir), lo que resultaría en una sub estimación del largo del IGD. Aunque las estimaciones basadas en la tabla de vida inversa son probablemente las mejores disponibles, deben tomarse entonces como estimaciones minimalistas.

Todas las estimaciones del IGD impusieron a los datos un intervalo mínimo de 11 meses (9 meses de embarazo más 2 meses mínimo de tiempo de espera para concebir o de infecundidad postparto). IGDs negativos (originados en nacimientos prenupciales) o IGDs menores que 11 meses fueron, por tanto, corregidos y tomados como 11 meses. Todos los análisis se refieren a mujeres de 15 a 49 años de edad, fértiles, no esterilizadas y que desean tener más hijos.

Resultados

El Cuadro 1.20 muestra el IGD medio estimado con los 4 procedimientos descritos. Las estimaciones basadas en datos crudos, tanto para el intervalo abierto como para el cerrado, producen IGDs bastante prolongados. Después del primer hijo, el intervalo genésico preferido fluctúa entre 5 y 7 años de acuerdo con esta aproximación burda. Para el intervalo de la unión al primer hijo el rango de variación es de tres a cuatro años. Estimaciones para 26 países en desarrollo basadas en el

dato del intervalo abierto de las encuestas DHS produjeron IGDs medianos con rango de tres a cinco años (Westoff & Ochoa, 1991b: Table 4.1). En América Latina, el IGD mediano mínimo correspondió a Guatemala y República Dominicana (3,3 años), en tanto que el máximo correspondió a Ecuador y Perú (4,7 años). La estimación comparable de Costa Rica es una mediana de 5,1 años (intervalo abierto), valor que estaría entre los más largos de América Latina.

Como era de esperarse, controlar el efecto de selección reduce el IGD medio estimado (columna de "cohorte" en el Cuadro 1.20). Esta reducción es considerable —casi dos años— especialmente con respecto a la estimación para el "intervalo abierto". Según las estimaciones de cohorte, las mujeres prefieren esperar 2,3 años en promedio para tener el primer hijo. Después de este hijo, el IGD medio pasa a ser del orden de 5 años.

Una reducción adicional tiene lugar luego de la corrección por el efecto de censura a la izquierda. El método de la tabla de vida inversa genera IGDs alrededor de un año más cortos. Los IGDs estimados por este método son de aproximadamente cuatro años para intervalos después del primer hijo y de tan solo 1,5 años en promedio para intervalo entre la unión y el primer hijo.

El Gráfico 1.1 muestra las "curvas de sobrevivencia" implícitas en la estimación con la tabla de vida. Considerando, por ejemplo, el intervalo entre el primero y el segundo hijo, el 68% desearían un espaciamiento de 18 meses o más y el 29% desearía esperar al menos 60 meses. Las curvas de sobrevivencia presentan algunas irregularidades, especialmente en las duraciones menores, que son producto del reducido número de observaciones remanentes luego de que se excluyen los datos censurados. Por ejemplo, en el Cuadro 1.19 puede verse que a los 18 meses (126

meses en el tiempo en reversa) quedan únicamente 83 observaciones, de las cuales, 42 son censuradas a la izquierda en los seis meses previos.

La medición de la duración preferida de los intervalos genésicos es el primer paso para entender el rol del espaciamiento de los hijos en la transición de la fecundidad, así como los factores asociados a las preferencias de espaciamiento. Una cuestión crítica en este respecto es si existe asociación entre el tamaño deseado de familia (TDF), estudiado en otras secciones de este informe, y el IGD. En otras palabras, interesa saber el grado en que las metas reproductivas de limitación y espaciamiento son independientes. Para explorar esta cuestión, el cuadro 1.21 presenta la estimación del IGD por el método de la tabla de vida inversa para tres tamaños deseados de familia.

Si se analiza las estimaciones para todos los intervalos en conjunto (sin distinción del orden), no se observa asociación alguna entre TDF e IGD. Pareciera, incluso, que quienes prefieren familias pequeñas de menos de tres hijos prefieren también intervalos más cortos (2,5 años frente a 3,1 años para TDF de tres o más hijos). Esta aparente asociación es, sin embargo, espuria. En realidad, las estimaciones específicas por paridez muestran una asociación inversa entre TDF e IGD: a menor tamaño deseado de familia, mayor es el espaciamiento deseado entre los hijos. El hecho de que el intervalo protogenésico (de unión al primer hijo) es considerablemente más corto que los restantes, combinado con una propensión a que haya más mujeres en este intervalo para TDF más pequeños, produce la ilusión de que hay una asociación directa, o de que no hay asociación, entre TDF e IGD. Si no se efectuaran análisis específicos por paridez, es probable que se observaría una situación semejante al comparar poblaciones en las diferentes etapas de la transición de la fecundidad: IGDs más cortos y más bajas proporciones que desean posponer los

nacimientos se presentarán en poblaciones de menor fecundidad como consecuencia de crecientes proporciones de mujeres sin o con pocos hijos.

Resumiendo, se ha visto que las estimaciones del intervalo genésico deseado (IGD) basadas en datos crudos tanto del intervalo abierto como del último intervalo cerrado, pueden ser engañosas. Efectos de selección y de censura a la izquierda sesgan las estimaciones hacia arriba. Un análisis de cohortes de intervalos permite purgar el sesgo de selección. Para adicionalmente corregir el sesgo de censura se propone un método de tabla de vida inversa, el cual permite manejar la censura a la izquierda como si fuese censura a la derecha. Este procedimiento produjo una estimación de 1,5 años en promedio para el IGD de la unión al primer hijo y de 3,5 a 4,5 años para los intervalos restantes. Estas estimaciones son probablemente minimalistas.

Los datos de la ENSR muestran una asociación inversa entre el tamaño deseado de familia y el IGD. Esta asociación pasa desapercibida si uno no efectúa un análisis específico por paridez. Asimismo, una cambiante composición por paridez en el transcurso de la transición de la fecundidad puede crear la ilusión de que los IGDs son cada vez más cortos, pese a que los IGDs por paridez son en realidad cada vez más largos.

La determinación de las preferencias de espaciamiento es importante en el análisis de la interrelación entre planificación familiar y salud infantil, dado que los intervalos genésicos cortos son un importante factor de riesgo para el retardo en el crecimiento y la morbi-mortalidad de los niños. Es también importante para guiar la estrategia a seguir por los programas que peretenden promover un mayor espaciamiento entre los embarazos. ¿Cuál sería el impacto potencial de una campaña para disuadir a las parejas que desean tener intervalos genésicos cortos?

¿Son los intervalos genésicos muy cortos un producto de las preferencias de la gente o de necesidades de planificación familiar insatisfechas? ¿Cuál es el impacto de los servicios de planificación familiar sobre la salud infantil atribuible al espaciamiento entre los embarazos? Respuestas a estas preguntas pueden mejorarse con mediciones más precisas de las metas o preferencias de espaciamiento de los hijos.

La determinación de los IGDs es también importante para entender mejor la transición de la fecundidad. Aún cuando la mayoría de explicaciones de la transición ignoran la contribución del espaciamiento y los factores motivacionales correspondientes, los datos de encuestas han mostrado una y otra vez que una proporción considerable de la planificación familiar (entre la cuarta parte y la mitad) se practica para posponer los embarazos. Lo que es más, el impacto de esta planificación familiar se amplifica por el hecho de que ocurre principalmente entre parejas jóvenes, es decir en las edades más prolíficas.

Capítulo 2. Logro de las metas reproductivas.

El logro de las metas reproductivas de una mujer o pareja se cristaliza cuando el número de hijos sobrevivientes es igual a la demanda de hijos de esa mujer o pareja. Se dice que existe una demanda de planificación familiar cuando el número de hijos tenidos es igual o excede al número deseado o preferido; o cuando aún no ha transcurrido un tiempo "suficiente" como para encargar un hijo. Bajo este tópico se analizarán entonces, las intenciones de tener más hijos y de quedar embarazada inmediatamente.

2.1 Deseo de no tener más hijos

El deseo de hijos adicionales se define como el número o proporción de mujeres (o parejas) en edad reproductiva que desean tener un (otro) hijo o, a la inversa, que no desean hijos adicionales. Se utiliza en este análisis la pregunta:

- para no embarazadas: ¿Le gustaría a Ud. tener un/otro hijo o preferiría no tener un/otro hijo?;

- para embarazadas: ¿Después del hijo que está esperando, le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos?

Esta pregunta no se formuló a las mujeres esterilizadas. Se asumió que las esterilizadas no quieren más hijos, excepto si manifestaron haberse arrepentido de haberse operado porque quieren más hijos. La distribución de las mujeres según si desean más hijos es la siguiente:

Quiere Más	39%
No quiere más	57%
No puede	1.5%
NS/NR	2.4%

Para los análisis restantes se excluyeron las que no pueden tener más hijos o "no sabían" o "no respondieron", así como las que indicaron en otra pregunta que no pueden tener hijos (infértiles).

Tomando como base las respuestas a las preguntas anteriores, las encuestadas se dividieron en dos categorías: quienes desean hijos adicionales y quienes desean dejar de tener hijos. Las mujeres comprendidas en esta última categoría se considera que integran la "demanda de planificación familiar". Además, las mujeres que desean "espaciar" los nacimientos también forman parte de la demanda.

En los datos del cuadro 2.1 vemos que un 59% de las mujeres no desea tener más hijos. Este porcentaje varía según edad de la mujer. Un 30% de las mujeres más jóvenes (15-24) no desea más hijos, porcentaje que sube a 53% entre aquellas con edades 25-34 y a 83% entre las de 35 a 49 años. Conforme el número de hijos vivos se incrementa, también aumenta el porcentaje de mujeres que no desean tener más familia. El mayor valor se encontró entre aquellas con 5 hijos vivos, donde cubrió a 90% de las mujeres.

Los porcentajes según las otras variables incluidas en el cuadro 2.1 (residencia, escolaridad, condición socioeconómica, participación en el mercado laboral, religiosidad y tipo de unión), no son en realidad muy diferentes. En cuanto a educación, se encuentra diferencia entre los deseos expresados por aquellas con menos de de 3

años de educación primaria, un 70% de las cuales dijo no querer más hijos, y las que tenían secundaria completa o algún grado de universidad, quienes se expresaron de esa forma en un 54% de los casos.

Porcentajes más altos de las mujeres de clase alta declararon el deseo de no tener más hijos, 70% contra 56% de las de clase pobre y 58% de las de la clase media.

Es mayor el porcentaje de mujeres que no desean hijos entre las que no asisten a la iglesia nunca, que entre aquellas que asisten semanalmente. La diferencia sin embargo es poca, 63% entre el primer grupo, contra 60% en el segundo.

El contacto semanal con una usuaria de planificación familiar no hace diferencia alguna en el deseo de las mujeres de terminar su procreación (Cuadro 2.2). En las variables de acceso a los servicios de planificación familiar las variaciones encontradas tampoco son considerables. Las mayores diferencias se dieron entre el grupo con acceso bajo a servicios públicos de planificación familiar (más de 45 minutos de viaje) y aquellas con acceso alto (menos de 20 minutos). Entre el primer grupo el porcentaje fue de 48% y entre el segundo de 61%.

El cuadro 2.3 compara los porcentajes de mujeres que no desean más hijos según las tres últimas encuestas. En los 12 años transcurridos desde 1981 a 1993, esta proporción ha aumentado de 52 a 59%.

El aumento ha sido consistente en prácticamente todos los grupos de edad, sin embargo es un poco mayor entre las mujeres más jóvenes, menores de 30 años. En forma similar, las mujeres que tienen entre 1 y 3 hijos vivos son las que incrementaron en mayor grado su deseo de terminar la procreación.

¿Qué grado de coherencia hay entre la información sobre el tamaño preferido de familia y las proporciones que "no quieren más hijos?. Si se compara los hijos tenidos con el número preferido, puede ocurrir:

a) El número preferido es mayor que el tenido. Estas mujeres deberían decir que desean más hijos.

b) El número preferido es menor o igual al tenido. Todas las mujeres en este caso deberían decir que no quieren más hijos.

El cuadro 2.4 cruza la información sobre número ideal de familia, el tamaño de la familia y el deseo de no tener más hijos. Cada celda muestra el porcentaje que dijo no querer más hijos. Si los datos fueran coherentes, sobre o arriba de la diagonal debería haber solamente 100% que no desea más hijos y debajo de la diagonal todo debería ser 0%. Esto no se cumple exactamente.

Abajo de la diagonal se tiene mujeres que no han alcanzado aún su meta reproductiva. ¿Por qué algunas de ellas dicen no desear hijos adicionales? Podría ser que se trata de entrevistadas que no ponen mucho cuidado en sus respuestas y caen en este tipo de contradicciones. Podría también ser que no hay contradicción en su respuesta: estas mujeres no desean tener más hijos por circunstancias especiales de tipo económico, familiar o de salud. Piénsese por ejemplo en una mujer que declaró un ideal de 4 hijos, tiene 2 y dice no querer más hijos. Esta última respuesta puede deberse a dificultades económicas, a conflictos familiares como separación, divorcio por ejemplo, o a alguna enfermedad de ella, de sus otros hijos o del esposo.

Sobre o arriba de la diagonal se tiene mujeres que aparentemente han alcanzado su meta reproductiva. ¿Por qué algunas de ellas indican desear más hijos?. Una mujer con un ideal de 2 hijos, que tiene 3 hijos, dice querer hijos adicionales. En

este caso no se tiene ninguna explicación lógica y la inconsistencia en las respuestas parece ser real. Debe notarse sin embargo que estas inconsistencias son relativamente poco frecuentes. La proporción de este tipo de inconsistencias es de 5%, en cambio debajo de la diagonal es de 10%.

2.2 Cronología en el logro de las metas reproductivas.

¿En qué momento del ciclo vital alcanza la mujer costarricense su meta reproductiva en lo referente al tamaño de familia? El conocimiento de esta dimensión temporal de las preferencias reproductivas es importante para entender la fecundidad en el país, sus tendencias y las diferencias entre grupos sociales. Este conocimiento es también importante para atender la demanda de servicios de planificación familiar, así como para atender otras demandas relacionadas con el hecho de haber completado o no la familia. Por ejemplo, la cronología en el logro de las metas determina el periodo de tiempo que una pareja deberá usar anticonceptivos de alta eficacia. Esta cronología también puede influir en un eventual retorno de la mujer a la actividad económica remunerada y la consecuente demanda de empleo y capacitación.

La ENSR no formuló una pregunta directa del tipo ¿En qué fecha alcanzó Ud el tamaño deseado de familia? Una pregunta de este tipo sería demasiado problemática y recolectaría información de dudosa validez. Es preferible determinar esta fecha combinando la información de las fechas de nacimiento de los hijos con la información sobre preferencias reproductivas. Para el presente estudio se evitó en lo posible usar la información del tamaño deseado de familia dadas sus limitaciones (la racionalización de los hijos tenidos, especialmente).

Se usó en lo posible información sobre el deseo de tener más hijos y si el último embarazo fue deseado. El Cuadro 2.5 muestra cómo se combinó esta información con

la de las fechas de nacimiento de los hijos. El estudio se limita a las mujeres en unión al momento de la encuesta con información válida sobre el deseo de tener más hijos (2 095 observaciones). El 59% de este grupo había completado la familia deseada (indicó no querer más hijos) al momento de la ENSR. El dato de la fecha en que completaron la familia corresponde en su gran mayoría a la de nacimiento del último hijo. En menos de 5% de la muestra esta fecha corresponde a la del antepenúltimo hijo (Cuadro 2.5). En una pequeña fracción de este último grupo la fecha al completar la familia deseada puede ser incluso anterior a la del antepenúltimo hijo, pero esto no representa un error importante dado el pequeño número de observaciones involucradas.

Se utilizaron dos indicadores de la cronología en el logro de las metas reproductivas: la edad y la duración de la unión al completar la familia. En promedio, las mujeres en la muestra que ya no quieren más hijos alcanzaron su meta reproductiva a los 27 años de edad o a los 6,6 años transcurridos desde que se unieron por primera vez (Cuadro 2.6). Estos promedios, sin embargo, subestiman la edad y duración a la que las costarricenses logran sus metas pues no incluyen el dato de las que aún no las han logrado. Para comprender mejor este sesgo basta mirar los promedios por edad en el Cuadro 2.6. En los grupos más jóvenes los promedios son bastante bajos. Por ejemplo entre las de 20-24 años, la edad al completar la familia es 19,7 años en promedio, cifra que evidentemente subestima el promedio de la cohorte: conforme las mujeres que aún no han logrado su meta lo vayan haciendo (a edades ciertamente mayores que 20 años) el promedio aumentará hasta alcanzar su verdadero valor. Este sesgo se conoce como el efecto de "censura" de los datos. Los promedios de mujeres en edades avanzadas (digamos mayores de 40 años) representan mejor el momento en que en Costa Rica se logran las metas reproductivas: alrededor de los 30 o 31 años de edad y 8 o 9 años de unión.

La variación según la edad en el porcentaje que ha completado la familia al momento de la encuesta da una mejor idea de la cronología del fenómeno. En el Cuadro 2.7 puede verse, por ejemplo, que en el grupo de 25-29 años, un 47% ha completado la familia, proporción que sube a 60% en el grupo etario siguiente. Estos porcentajes sugieren que la edad mediana (aquella en que un 50% ha alcanzado sus metas) puede ser alrededor de los 28 años. Por otra parte, el 88% del grupo etario final sugiere que alrededor de un 10% de las mujeres en unión nunca logra sus metas reproductivas. Esto último puede originarse en múltiples causas, incluyendo infertilidad, matrimonios tardíos, periodos de separación marital o a que las metas fueron irrealísticamente altas.

Para comparar el porcentaje que ha logrado la meta de una edad a otra, uno debe hacer el supuesto de que este porcentaje no ha cambiado en el tiempo, es decir que las variaciones entre edades se deben exclusivamente a envejecimiento y no a que se trata de cohortes distintas. Para evitar este supuesto heroico, es mejor estimar las proporciones por edad mediante el método de la tabla de vida, el cual permite corregir el problema antes mencionado de la censura en los datos. Utilizando este método se obtiene una edad mediana al completar la familia deseada de 30 años y una duración mediana de la unión de 9 años. Se obtiene también que la cuarta parte de las mujeres ya han completado la familia a los 25 años de edad y que aproximadamente un 10% nunca alcanzará su meta reproductiva.

El gráfico 2.1, parte A, compara las proporciones que han completado la familia deseada estimadas con la tabla de vida, con las obtenidas directamente (corte transversal) de la encuesta por años simples de edad. Conviene notar en primer lugar que los intervalos de confianza son mucho más amplios para el corte transversal, es decir que la incertidumbre es bastante mayor. Ello se debe a que cada proporción se computó con un número pequeño de observaciones (las mujeres en esa edad). Las

estimaciones derivadas de la tabla de vida son, en cambio, mucho más estables (barras de error más pequeñas en el gráfico) debido a que se basan en todas las observaciones utilizables.

La comparación del corte transversal con la tabla de vida muestra una clara discrepancia entre ambas series para las edades por debajo de los 30 años. Las proporciones que han completado la familia son mucho más altas para el corte transversal. Esta discrepancia se debe sobre todo a que las mujeres de las cohortes más jóvenes están completando más rápidamente la familia deseada. Para mostrar esta tendencia, la parte B del gráfico 2.1 presenta estimaciones de la tabla de vida para tres grupos de cohortes: las que iniciaron su vida reproductiva (cumplieron 15 años) en las décadas de los 1960s, 1970s y 1980s, aproximadamente. Las cohortes de los 80s presentan substancialmente mayores porcentajes que han completado la familia en cada edad. Por ejemplo, a los 25 años de edad, de 15% a 18% de las mujeres de las cohortes de los 60s y 70s habían completado la familia deseada. En contraste, en las cohortes de los 80s aproximadamente el doble (34%) han completado la familia a los 25 años de edad. La curva claramente distinta para las cohortes más jóvenes sugiere, entonces, una fuerte tendencia a alcanzar más rápidamente las metas reproductivas entre las parejas jóvenes del país. Sin embargo, esto también se debe a cierto grado de selección en el grupo de mujeres jóvenes bajo análisis: el grupo no incluye a las mujeres que aun no se han unido y que presumiblemente completarán más tarde su familia.

La cronología en el logro de las metas reproductivas está exhaustivamente determinada por tres factores: la edad a la primera unión (E_u) que puede tomarse como el inicio de la procreación, los intervalos intergenésicos (I) y el tamaño deseado de familia (F). Las relaciones matemáticas exactas para la edad al completar la familia (E_c) y para la duración de la unión (D_c) pueden expresarse como sigue:

$$E_c = E_u + I F$$

$$D_c = I F$$

en donde I es el promedio de los intervalos genésicos de la mujer, incluyendo el protogenésico (unión - primer hijo).

Aunque estas relaciones son a un nivel individual (para una mujer en particular), pueden también usarse aproximadamente a un nivel poblacional. Así, para la población de Costa Rica en su conjunto se sabe que la edad a la unión es del orden de los 20 años y que el intervalo genésico promedio es del orden de los 3 o 4 años. La edad mediana para completar la familia del orden de 30 años y la duración mediana de la unión de 9 años son, entonces, consistentes con un tamaño deseado de familia de tres hijos o un poco menos.

Las fórmulas anteriores muestran también el tipo de asociación existente entre estos tres determinantes próximos y la cronología en el logro de las metas. La edad a la unión tiene una relación lineal, aditiva, positiva y unívoca con la edad al completar la familia. El espaciamiento entre los hijos y el tamaño deseado de familia tienen, por su parte, un efecto interactivo positivo: un aumento en los intervalos genésicos producirá un aumento en el tiempo para alcanzar la meta, pero la magnitud de este efecto dependerá del tamaño deseado de familia.

El Cuadro 2.7 ilustra el efecto de los tres determinantes próximos. Muestra tres indicadores de la cronología en el logro de las metas reproductivas: el porcentaje que las ha logrado a la edad 25, la edad mediana en que se alcanza la meta y la mediana de los años de unión. El efecto de la edad a la unión es claro: la edad mediana para alcanzar la meta aumenta en tres años cuando se pasa de un grupo al siguiente de edad a la unión (los cuales están separados por aproximadamente 5 años en

promedio). Por definición, el efecto de la edad a la unión sobre la duración mediana para alcanzar la meta debería ser nulo. El Cuadro 2.7 muestra, empero, una asociación inversa: Las mujeres unidas antes de los 20 años de edad alcanzan la meta luego de 11 años de unión, las unidas a los 20-24 años de edad alcanzan la meta luego de 8 años y las unidas después de los 25, luego de tan solo 6 años. Esta disminución es hasta cierto punto un efecto espurio que se origina en la asociación entre edad a la unión, intervalos genésicos y tamaño deseado de familia: las mujeres que se casan más tarde tienden a tener los hijos más rápidamente (cortos intervalos) y suelen preferir familias menos numerosas.

Para ilustrar el efecto de los intervalos genésicos, el Cuadro 2.7 presenta estimaciones de la cronología según el largo del intervalo protogenésico (unión - primer hijo). Puede verse que las mujeres que posponen su primer hijo por lo menos dos años y medio, alcanzan su meta reproductiva tres años (edad 32 o duración 11) después de quienes no lo posponen. Efectos semejantes podrían mostrarse para intervalos subsiguientes o para el promedio de los intervalos. Por su parte, con relación al número deseado de hijos puede verse en el Cuadro 2.8 que quienes dicen preferir familias de tres o cuatro hijos tardan cuatro años más en alcanzar su meta que quienes prefieren dos o menos hijos, pero tardan tres años menos que quienes prefieren familias de cinco o más hijos.

Constatar los efectos de los tres determinantes próximos de la cronología en el logro de las metas es un ejercicio hasta cierto punto trivial, ya que las relaciones matemáticas exactas están bien identificadas. De mayor interés es analizar las diferencias de la cronología entre grupos sociodemográficos. El Cuadro 2.8 muestra los tres indicadores de la cronología ya mencionados en relación con siete variables sociodemográficas. El propósito de este análisis no es aislar los determinantes de la cronología, pues para ello deberían estudiarse por separado sus tres componentes:

edad a la unión, intervalos y familia deseada. El propósito es, más bien, describir las diferencias entre grupos para entender mejor la demanda de planificación familiar y proveer un mejor servicio.

De la gran cantidad de información del Cuadro 2.8 (toda ella derivada de tablas de vida) destaca lo siguiente:

- Hay un claro efecto de cohorte sobre la edad pero no sobre la duración de la unión al completar la familia, lo que indica que gran parte de este efecto se debe a edades a la unión menores entre las cohortes más recientes (en parte debido, como ya se mencionó, a la selección implícita en no incluir en el análisis a las mujeres que aún no se han unido).
- Las mujeres de las zonas rurales tienden a completar la familia uno o dos años más tarde que las de las zonas urbanas. No hay diferencias claras entre la meseta central y el resto del país.
- Las mujeres más educadas tienden a alcanzar las metas reproductivas más temprano en la unión, sin embargo la edad al alcanzar las metas de las que han completado secundaria o asistido a la universidad tiende a ser mayor porque se casan más tarde.
- Las mujeres con menor religiosidad tienden a alcanzar su meta reproductiva luego de tan solo 6 años de unión debido probablemente a que prefieren familias más pequeñas.
- Quienes residen en áreas con fácil acceso a (en las cercanías de) servicios públicos de planificación familiar tienden a completar más rápidamente su familia. Esta asociación bien puede ser solamente reflejo del efecto de urbanización ya mencionado.

Las asociaciones anteriores adolecen el problema de que pueden ser simplemente reflejo del efecto de terceras variables. Para reducir este problema lo procedente es un análisis de tipo multivariable. Un método idóneo de análisis multivariable para el tipo de datos bajo estudio (tablas de vida) es la regresión múltiple de Cox, también conocida como "modelos de riesgo proporcionales". El Cuadro 2.9 presenta los resultados de estimar un modelo de regresión de Cox al riesgo de completar la familia deseada, con las siete variables socio-demográficas más la edad a la unión como regresores. El Cuadro muestra el riesgo relativo (RR) de completar la familia deseada a una duración de la unión dada, con respecto a un grupo de referencia dentro de cada variable. Este RR, estimado con la regresión de Cox, es neto del efecto de las restantes variables en el cuadro, incluyendo la edad a la unión. Para juzgar la significancia de la asociación se muestran los intervalos de la estimación con un 95% de confianza (IC). Intervalos que incluyen la unidad indican que el grupo correspondiente no presenta un riesgo significativamente distinto del grupo de referencia. Par juzgar si la variable en su conjunto tiene un efecto significativo se presenta el test de Chi Cuadrado, obtenido al excluir del modelo la variable en cuestión. Para facilitar la interpretación de los resultados, los RR han sido transformados en años agregados (AA) a la duración media del logro de las metas reproductivas por el grupo de referencia, suponiendo que en este grupo ello ocurre a los 10 años de unión, la relación para pasar de RR a AA es la siguiente:

$$AA = 10 \frac{1 - RR}{RR}$$

De acuerdo con el test de Chi Cuadrado, la cronología en el logro de las metas reproductivas no presenta una asociación significativa independiente con el tipo de unión (matrimonio o convivencia) ni con la condición económica del hogar.

La variable edad a la unión fue incluida en la regresión con el propósito de controlar su efecto, es decir, a fin de que las estimaciones para las otras variables se refieran a mujeres que se casaron a edades similares. Vale la pena, sin embargo, mencionar que unirse después de los 25 años de edad conlleva alcanzar la meta reproductiva seis años más temprano (en términos de duración de la unión; no en términos de edad) que al unirse antes de los 20 años (Cuadro 2.9).

Los resultados de la regresión de Cox confirman que las cohortes más recientes están alcanzando la meta reproductiva más rápidamente debido a que prefieren familias más pequeñas. Las cohortes de los 80s lo están haciendo cuatro años más temprano que las de los 60s. Este efecto es independiente de la edad a la unión o de cambios en el nivel educativo y similares. Esto significa una demanda creciente de métodos anticonceptivos de alta eficacia en las cohortes más jóvenes, incluyendo la esterilización quirúrgica.

Las mujeres que no residen en la capital o en áreas urbanas del Valle Central tienden a completar la familia deseada alrededor de dos años más tarde.

La educación presenta una asociación curvilínea con la cronología de las metas reproductivas. A mayor educación de la mujer, es probable que alcance su meta más temprano, excepto si su nivel educativo es de secundaria completa o universitaria, en cuyo caso alcanzará la meta más tarde que otras mujeres menos educadas. Esta relación curvilínea se debe probablemente al predominio primero del efecto de la preferencia de familias menos numerosas y más tarde al efecto de intervalos genésicos más largos entre las más educadas.

Las mujeres que nunca asisten a servicios religiosos y las que tienen acceso medio o alto a servicios de planificación familiar tienden a completar la familia deseada dos o tres años antes que el resto. Nótese que estas asociaciones persisten

luego de controlar el efecto de variables tales como la educación, condición económica y área de residencia.

Resumiendo, en esta sección se utilizó la técnica de la tabla de vida para determinar que la costarricense promedio completa su meta reproductiva alrededor de los 30 años de edad o luego de 9 años de unión. La cronología en el logro de la meta reproductiva está definida por un relación matemática exacta con tres determinantes próximos: la edad a la unión (o inicio de la procreación), los intervalos genésicos y el tamaño deseado de familia. En Costa Rica la edad a la unión es de alrededor de 20 años, el intervalo genésico medio de alrededor de tres años y la familia deseada de alrededor de tres hijos, todo lo cual resulta en la susodicha edad al completar la familia de 30 años. Las generaciones más jóvenes, sin embargo, están completando la familia en un periodo substancialmente más corto: las que iniciaron la procreación en los 80s lo están haciendo cuatro años más rápido que las generaciones de los años 60s. Se identificaron varios grupos o subpoblaciones que tienden a alcanzar la meta reproductiva dos a tres años antes que el resto, entre ellos: las residentes en la capital y áreas urbanas del Valle Central, las mujeres en los extremos mínimo y máximo de nivel educativo, las que nunca asisten a servicios religiosos y las que tienen un acceso medio o alto al servicio de planificación familiar.

2.3 Deseo de quedar embarazada inmediatamente.

El logro de las metas de espaciamiento cristaliza en el deseo de quedar embarazada inmediatamente. Esta sección analiza, para las mujeres que quieren más hijos, las proporciones que desean embarazarse inmediatamente.

Se utiliza la pregunta 1004 de la ENSR, que proporciona información sobre sobre el deseo de las mujeres de espaciar sus hijos. A las que no están embarazadas se les preguntó cuanto tiempo les gustaría esperar a partir del momento de la

entrevista antes de tener un/otro hijo, y a las embarazadas, cuanto tiempo le gustaría esperar después de que el niño nazca antes de tener otro hijo. Se consideró como "pronto" cuando las mujeres dijeron "ya", o "en el transcurso de un año".

Únicamente 8% de las entrevistadas contestó que deseaba un hijo pronto. Al comparar este resultado con los obtenidos en encuestas previas, notamos un descenso marcado en este indicador. La encuesta EPA-81 reportó que un 19% de las mujeres deseaban un hijo pronto, y la EFES-86, que un 20%. Para 1993 el porcentaje se había reducido a menos de la mitad (cuadro 2.10).

El descenso fue notable en todos los grupos de edad y todas las categorías de hijos vivos. Los porcentajes que quieren un hijo pronto siguen siendo mayores en las edades más jóvenes y entre aquellas mujeres con menos hijos. El porcentaje mayor se encuentra, como es lógico, entre las mujeres sin hijos, donde alcanza un 39%. Este mismo grupo en 1981 alcanzaba un 76% y en 1986 un 70%, o sea, también aquí la disminución fue notable.

Para las demás variables utilizadas anteriormente en este análisis se tomó dentro de cada categoría, la proporción de mujeres que deseaba tener un hijo pronto. Los resultados se presentan en el cuadro 2.11

Las proporciones son mayores entre las mujeres que residen en el área rural, aquellas con educación secundaria completa, pertenecientes a la clase socioeconómica más baja y que asisten regular o esporádicamente a la iglesia. La participación en el mercado laboral y el tipo de unión actual no señalaron diferencia alguna.

Tampoco se encontraron variaciones importantes en los indicadores de exposición y acceso a la planificación familiar. Los porcentajes varían en todos los casos entre 7 y 10%. (Cuadro 2.12)

Capítulo 3. Necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Durante la transición demográfica de alta a baja fecundidad, que generalmente sigue a la disminución en la mortalidad, se da un período durante el cual muchas parejas en edad de procreación no desean más hijos, sin embargo, no han adoptado todavía ningún método efectivo de planificación familiar. A menos que se suponga una disponibilidad inmediata del servicio, existirá una divergencia entre las metas (menos hijos) y los medios (planificación familiar disponible). Este grupo de parejas tendrá entonces una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

La demanda de planificación familiar se refiere al deseo o motivación de las mujeres o parejas de controlar la fecundidad futura. Se supone que las mujeres o parejas siguen teniendo hijos hasta alcanzar el número deseado de hijos, en cuyo momento se presupone que se verán motivadas para controlar embarazos futuros de alguna forma. Además, antes de alcanzar el número deseado, algunas parejas pueden demandar temporalmente la planificación familiar para posponer los embarazos por algún tiempo, lo cual está relacionado con las metas reproductivas de espaciamiento.

Dado el deseo de limitar o espaciar la procreación futura, el hecho de si se adopta o no realmente la anticoncepción lo determinará el resultado de una evaluación de los costos económicos, sociales y psíquicos del control de la fecundidad y la fuerza de la motivación para controlar embarazos adicionales.

La demanda de planificación familiar puede dividirse en dos componentes: demanda de limitación y demanda de espaciamiento. Las mujeres o parejas que desean poner fin a su procreación tienen una demanda de limitación, y las que desean posponer nacimientos futuros tienen una demanda de espaciamiento. En el capítulo

anterior se vió que el 59% de las mujeres no quiere más hijos, y el 32% quiere espaciar. Esto significa que el 91% constituyen la demanda de planificación familiar en Costa Rica, lo cual es una cifra bastante alta.

La demanda de servicios de planificación familiar puede clasificarse en "demanda satisfecha" y "demanda no satisfecha". La demanda satisfecha incluye a las mujeres con demanda de planificación familiar que utilizan un método anticonceptivo a fin de alcanzar sus metas reproductivas

La necesidad o demanda no satisfecha, consiste en las mujeres que tienen una demanda aparente de planificación familiar y no utilizan la anticoncepción. Se define como el número o proporción de mujeres casadas o en unión, que son fértiles y que desean poner fin a la procreación o posponerla, pero que no están utilizando un método anticonceptivo.

El número total de mujeres con una necesidad no satisfecha de planificación familiar se conforma por mujeres que tienen una necesidad no satisfecha de limitación y aquellas que tienen una necesidad no satisfecha de espaciamiento. Las mujeres con una necesidad no satisfecha de limitación son aquellas que no desean hijos adicionales y que no están utilizando en la actualidad un método anticonceptivo. Análogamente, las mujeres con una necesidad no satisfecha de espaciamiento son las que desean posponer su próximo hijo por un período de tiempo especificado, pero no utilizan en la actualidad un método anticonceptivo.

En el desarrollo de este tópico se sigue la metodología propuesta por Westoff (1988, 1991). La demanda de las mujeres se clasificó en satisfecha, aquellas que están planificando para espaciar o para limitar; insatisfecha, las que tienen necesidad no cubierta para limitar o para espaciar; no demandantes, por fallo de método, están buscando embarazarse o infértiles.

3.1 Magnitud de la demanda no satisfecha

De acuerdo con su tamaño ideal de familia y el número de hijos tenidos, las mujeres pueden tener una demanda de hijos adicionales o no desear más hijos, y en consecuencia demandar una limitación de la fecundidad, pero no estar utilizando ningún método anticonceptivo. Esta característica conforma el grupo de mujeres con una demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar. La proporción de mujeres unidas que no desean más hijos y no están utilizando control natal es el indicador convencional más utilizado para medir la magnitud de la demanda insatisfecha de planificación familiar.

Un 8% de las mujeres en unión entrevistadas en la encuesta se clasificó como con una demanda insatisfecha de planificación familiar (cuadro 3.1), el 76% como con demanda satisfecha y el 16% no son demandantes porque querían embarazarse o son infértiles.

Al clasificarlas por grandes grupos de edad, se encuentra que las mujeres más jóvenes (menos de 25 años) tienen una demanda insatisfecha un 50% mayor que la encontrada en el grupo mayor (más de 25 años). La mayor parte de esta demanda entre las mujeres más jóvenes está dirigida hacia el espaciamiento de la familia. Más de las mitad de las jóvenes con demanda insatisfecha demandan planificación familiar para espaciar los nacimientos.

Lo opuesto ocurre entre las mujeres de más edad, especialmente en el grupo central (25 a 34 años), donde la demanda insatisfecha para limitar la familia es cuatro veces mayor que la existente para espaciar los hijos.

3.2 Perfil de la demanda no satisfecha.

Las mujeres con demanda no satisfecha conforman el grupo al que el programa de planificación familiar debería tratar de llegar con máxima prioridad. Para ello, es importante tener un perfil de esta población y compararlo con el perfil de la demanda satisfecha. Los cuadros 3.2 y 3.3 incluyen las distribuciones de mujeres casadas o unidas, con demanda satisfecha o insatisfecha de planificación familiar, según variables sociodemográficas y de exposición y acceso a la planificación familiar.

Por edad tenemos que tenemos que 16% de las mujeres con demanda satisfecha tienen edades entre 15 y 19 años, en tanto que entre aquellas con demanda insatisfecha el porcentaje es 26%. Según hijos vivos o residencia, las diferencias no son muy grandes. Un 7% de mujeres que satisfacen su demanda de planificación familiar tiene una escolaridad de menos de 3 años de educación primaria, porcentaje que sube a 15% entre las de demanda insatisfecha. Lo opuesto ocurre en los grupos con mayor educación: el porcentaje es mayor entre aquellas con demanda satisfecha. 40% de las entrevistadas con demanda satisfecha tiene una ocupación fuera de su hogar, en tanto que el porcentaje entre las de demanda no satisfecha es 28%.

Resumiendo entonces las características de las mujeres con demanda insatisfecha tenemos que: en su mayoría son mujeres jóvenes, con edades entre 25 y 34 años, con de 1 a 3 hijos vivos, residentes en las áreas rurales. Por educación se encontró que el grupo mayoritario lo constituyen aquellas mujeres que han terminado su educación primaria. Estas mujeres pertenecen especialmente a la clase socioeconómica media, únicamente 9% pertenecían a la clase alta. Un 72% de estas mujeres no trabajan, 43% de ellas asiste semanalmente a la iglesia y 68% están casadas.

Capítulo 4. Fecundidad no deseada.

La fecundidad no deseada puede ocasionarse por dos razones: falla en los métodos anticonceptivos utilizados, o demanda insatisfecha. En este último caso, puede ser la expresión de deficiencias en la oferta de planificación familiar. Su identificación constituye entonces, una guía importante para mejorar y focalizar los servicios.

El indicador a utilizar será la tasa de fecundidad conyugal total deseada, que representa una medida simple y relativamente directa de la fecundidad deseada en un período reciente, calculada según la metodología propuesta por Westoff (1981) y Lightbourne (1985). Este método calcula la tasa de fecundidad deseada del mismo modo que la tasa de fecundidad corriente, excluyendo del cálculo los nacimientos que exceden el tamaño de familia ideal declarado por la entrevistada. Se define como el número de hijos que nacerían por mujer si desearan pasar a través de los años reproductivos teniendo hijos de acuerdo con las tasas actuales de fecundidad específicas para la edad, si sólo ocurriesen los nacimientos "deseados". Como en este caso se están estudiando solo mujeres en unión, se trata de una tasa global de fecundidad conyugal, es decir, corresponde a una cohorte hipotética de mujeres unidas a los 15 años y que permanecen en unión hasta los 50.

Para el indicador entonces, los nacimientos "deseados" se definen tomando la dimensión de familia deseada como el número de hijos sobrevivientes. Todos los nacimientos que durante un período de dos años, no hacen que el número de hijos sobrevivientes de la encuestada supere la dimensión deseada de la familia, se clasifican como nacimientos deseados. Los nacimientos que hacen que el número de sobrevivientes supere esta dimensión deseada se consideran nacimientos

no deseados. Es importante destacar que dado el nivel de detalle de los datos, los resultados no pueden desagregarse mucho

El indicador se calcula entonces de la siguiente manera:

$$\text{TGFD} = 5 \sum (\text{ND}_a / \text{E}_a)$$

Donde:

ND_a = el número de nacimientos en mujeres del grupo de edades a en un determinado año o período de referencia (2 años anteriores a la encuesta en este caso) que son "deseados".

E_a = el número de años-persona de exposición en el grupo de edades a durante el período de referencia.

La TGFD es una medida de la fecundidad "deseada", medida hipotética de cuál sería la tasa de fecundidad total (TGF) dadas las tasas de fecundidad conyugal específicas para la edad de un período pasado reciente, a condición de que todas las preferencias de fecundidad de las mujeres se cumplieran perfectamente, es decir, que sólo ocurrieran los nacimientos "deseados".

La medida representa un intento por evitar el presunto sesgo en la condición deseada del indicador de nacimientos recientes mediante la definición del estado de deseado sobre la base de la correspondencia (o falta de ella) entre la dimensión declarada de la familia deseada y el número de hijos sobrevivientes, en oposición al sesgo de informes retrospectivos de las intenciones en materia de fecundidad en el momento de quedar embarazada.

La comparación entre la TGFD y la TGF proporciona una indicación relativamente directa del grado en que la fecundidad observada excede a la fecundidad

deseada, y es importante pues proporciona a los encargados de programas y a los responsables de formular la política algunos conocimientos de la posible demanda de servicios de planificación familiar a corto-mediano plazo y las posibilidades de un descenso en la fecundidad en el futuro.

4.1 Magnitud de la fecundidad no deseada.

Los cuadros 4.1 y 4.2 presentan, según el método citado, las tasas de fecundidad conyugal, fecundidad deseada, como diferencia de ellas la fecundidad no deseada, y finalmente el porcentaje que la fecundidad no deseada representa de la fecundidad total, por edad y residencia de la madre, respectivamente.

Las tasas globales de fecundidad son de 4.5, 4.7 y 4.6 hijos por mujer para las áreas Metropolitana, resto urbano y zona rural, respectivamente. Debe notarse que son tasas de fecundidad conyugal, o sea, más altas que las TGF en toda la población.

Para el total de mujeres entre 15-49 años un 22% de la fecundidad fue no deseada. La fecundidad no deseada se incrementa con la edad de la mujer, desde 13% en entre las mujeres con 15-19 años, hasta 100% en el grupo de mujeres con 45-49 años.

En el Area Metropolitana, resto urbano y área rural, 1.0, 0.8 y 1.1 hijos respectivamente son no deseados, es decir aproximadamente uno de cada cinco hijos en el país cae bajo esta categoría. Los porcentajes varían entre 18% para resto urbano y 24% para área rural.

Estas cifras representan lo que podría ser la reducción en la fecundidad de Costa Rica en el corto y mediano plazo si se cubre la demanda de planificación familiar en forma adecuada.

4.2 Tendencias en la fecundidad no deseada

Se utilizó la pregunta sobre si el último hijo fue deseado o no, como indicador alternativo de la fecundidad no deseada calculada, a fin de poder comparar los resultados con los de encuestas pasadas que solamente utilizaban este indicador.

En un 60% de los casos, el último hijo tenido fue deseado, cifra muy parecida a la observada en las dos encuestas anteriores. En 1981 fue 61 y en 1986, 60 (cuadro 4.3). En las dos encuestas anteriores era mayor la proporción que no deseaba porque quería espaciar (20% en 1981 y 26% en 1986), sin embargo para 1993 la situación se revirtió completamente. Fue más importante la proporción de nacimientos no deseados porque las mujeres deseaban cesar la procreación, que aquella entre las madres que deseaban espaciar. En todas las categorías de hijos vivos, las mujeres cuyo nacimiento fue no deseado porque no querían más hijos incrementaron su importancia relativa en forma importante.

Este cambio puede tener importantes implicaciones. Pareciera que las mujeres se han movido de la creencia que el no querer embarazarse era una condición temporal, a definirlo como una situación definitiva en su vida. Podría conjeturarse que están tomando más seriamente el problema de los embarazos no deseados, lo que podría traducirse a que tomen más en serio la planificación familiar.

4.3 Diferenciales según características sociodemográficas

Dado que las tasas de fecundidad no deseada requieren desagregar la muestra en grupos quinquenales de edad para ser calculadas, no es posible obtenerlas para demasiadas subclases de la población. Por tal motivo se calculó simplemente la distribución porcentual de las mujeres según diferentes características, de acuerdo a si el último nacimiento fue o no deseado. El cuadro 4.4 presenta los resultados.

Un 40% de las entrevistadas con hijos declaró que su último embarazo fue no deseado, 27% porque no deseaba más hijos y 13% porque quería esperar un poco antes de tener otro. Entre las mujeres jóvenes, un 41% indicó que su último embarazo no fue deseado y de este grupo, la mayoría quería terminar su procreación. Este grupo fue el más importante relativamente. Conforme crece el número de hijos vivos, también aumenta el porcentaje de entrevistadas que expresaron su deseo de no haber tenido ese último hijo.

No existe mucha diferencia según área de residencia. Para 41% de las mujeres del AMSJ, su último hijo fue no deseado, en tanto que para el resto urbano y el área rural del país, los porcentajes fueron 40% y 38% respectivamente.

Según educación, el grupo donde el porcentaje es mayor es entre las que tienen menos de 3 años de educación primaria. Entre ellas, una amplia mayoría no deseaba hijos del todo, solamente un 8% quería esperar. Las mujeres que nunca asisten a la iglesia expresaron en un 47% de los casos que su último hijo fue no deseado, contra 35% de las que van semanalmente a la iglesia. En todos los casos la mayoría de las mujeres que declararon su último embarazo como no deseado querían terminar su procreación, no eran mujeres que deseaban espaciar su próximo nacimiento.

Capítulo 5. Fecundidad no deseada y patrones de crianza de los hijos.

Este capítulo analiza el efecto de la condición no deseada de un embarazo en los patrones de crianza de los hijos, empezando con el cuidado prenatal. Se consideran las siguientes manifestaciones de los patrones de crianza: control prenatal, prematuridad y peso al nacer del niño, lactancia materna, inmunizaciones, atención del niño enfermo, y cuidado del menor.

Debe notarse que aunque la información se refiere a los niños o a los embarazos, la unidad de análisis es la madre y los datos se refieren a su último nacido vivo. Para evitar sesgos de selección y tener una referencia temporal clara, el análisis se limita a madres con hijos tenidos en los 5 años previos a la encuesta. Para el estudio de las inmunizaciones, el análisis se limita aún más pues se excluye a las madres con hijos menores de 1 año, los que por su corta edad no tienen un esquema completo de vacunas.

5.1 Embarazo y Parto

La salud y condiciones de los recién nacidos están determinados en gran parte por los cuidados que la madre tuvo durante el embarazo. En el caso de un embarazo no deseado puede darse que la mujer no tenga motivación para buscar servicios prenatales, que no reciba una atención apropiada en el parto y que, como consecuencia del estrés o pobre atención, el parto sea pretérmino o que el niño nazca con bajo peso.

Para analizar este aspecto se definieron dos indicadores de atención prenatal:

- a) Si recibió alguna atención: visitó al médico por lo menos una vez.

b) Si recibió atención adecuada: visita al médico por lo menos una vez por trimestre de embarazo.

El bajo peso al nacer es un indicador importante del crecimiento intrauterino y del cuidado prenatal; puede estar ocasionado por una baja edad gestacional al momento del parto, o por retardo en el crecimiento intrauterino. Combinando las preguntas 412: ¿... nació a tiempo o fue prematuro? y, 413 : ¿Cuánto pesó ... al nacer?, pueden clasificarse los niños de bajo peso, si la información lo permite, en dos categorías: niños prematuros y niños a término con bajo peso. Los niños prematuros son aquellos de menos de 9 meses de edad gestacional. Los nacimientos de bajo peso son aquellos con menos de 2500 gramos al nacer.

En el país la proporción de niños cuyas madres tienen algún tipo de control prenatal y que nacen en hospitales es alta. Únicamente 3% de los últimos nacimientos no tuvo control prenatal, y 5% de los partos no ocurrió en un hospital. Estos porcentajes no difieren mucho según si los embarazos fueron o no deseados (Cuadro 5.1).

Sin embargo, al analizar la calidad de la atención prenatal recibida (frecuencia de las consultas) la situación varía. Los hijos de embarazos no deseados porque la madre no quería más niños no recibieron el cuidado prenatal adecuado en 38% de los casos, contra 22% de los embarazos deseados o 27% de los no deseados porque se deseaban espaciar los nacimientos. O sea, pareciera que un embarazo no deseado porque no se quieren más hijos, no recibe el mismo tipo de atención prenatal que aquellos deseados o cuya madre lo que quería era espaciar el nacimiento.

Llama la atención que los partos de embarazos no deseados porque se deseaba terminar la procreación ocurren en menor proporción por cesárea. Del total de últimos nacimientos un 21% ocurrió por cesárea, en tanto que entre los nacimientos

de embarazos no deseados porque la madre no deseaba tener más familia, el porcentaje fue un 17%.

Los nacimientos a término con bajo peso, podrían reflejar una atención deficiente, mala nutrición o problemas de salud durante el embarazo. En Costa Rica el bajo peso al nacer es de un 7%. Los datos analizados (cuadro 5.1) son consistentes con estos niveles y demuestran que en Costa Rica no hay diferencia significativa entre las proporciones de niños que nacen a término con bajo peso, según la característica de si los embarazos fueron o no deseados. Las distribuciones son prácticamente iguales en todos los casos.

5.2 Lactancia materna

Los beneficios de la lactancia materna en la sobrevivencia y salud de los infantes durante sus primeros meses de vida son incuestionables. Para analizar este punto se usarán las preguntas 415 y 416: ¿Le dió usted el pecho a ...?, y ¿Y cuántos meses tenía ... cuando lo/la destetó completamente?. Se definieron dos indicadores:

1) Si el niño recibió lactancia materna hasta por los menos 3 meses de edad (no destetado antes de 3 meses), y

2) Si recibió leche materna exclusivamente hasta los 3 meses. Se excluyen del análisis las mujeres con hijos menores de 3 meses.

Los resultados mostrados en el cuadro 5.2 permiten concluir que tampoco existe diferencia alguna en la lactancia materna si el niño fue o no deseado. Los porcentajes de madres que dieron leche materna a sus hijos por al menos 3 meses y aquellos que de aquellas que les dieron exclusivamente leche materna por más de tres meses son prácticamente iguales independientemente de si los embarazos fueron o no

deseados. En el primero caso los porcentajes varían entre 75 y 77% y en segundo fueron idénticos, del orden del 53%.

5.3 Inmunizaciones

Las inmunizaciones son muy importantes para la salud de los pequeños, especialmente durante sus primeros años de vida. Que el niño tenga su esquema completo de vacunas y el carné de vacunación, depende no solo de la oferta de servicios de salud, sino también del cuidado de la madre hacia ese menor, el cual podría estar influenciado por la condición de haber sido o no, un embarazo deseado.

Para estudiar este factor se utilizan las preguntas 503 a 505. En la primera se pide a la mujer mostrar el carné de inmunizaciones del niño. En base a ese carné, o en su ausencia preguntando a la madre, se determina si cuando nació le pusieron la vacuna de la tuberculosis o BCG en el hombro izquierdo; cuántas veces le han dado las gotas de la vacuna de la polio; cuántas veces le han inyectado la vacuna triple o DPT; y, cuántas veces le han inyectado la vacuna del sarampión (sola o con rubeola y paperas). Finalmente la pregunta 505 indaga si le han dado otras vacunas que no están en el carné.

Se definieron 3 indicadores:

1) Si mostraron tarjeta de vacunación. La ausencia de carné puede ser indicativa de falta de cuidado de parte de la madre.

2) Si tenían el esquema de vacunas completo, de acuerdo con el estándar internacional: a los 12 meses de edad debe tener al menos 1 dosis de BCG, 1 de sarampión, 3 de DPT y 3 de polio. Para el cálculo de este indicador se aceptan las respuestas de madres que no tenían el carné de inmunizaciones.

3) Si tenían la vacunación documentada y completa. Para ciertos fines epidemiológicos, uno debe basarse solo en inmunizaciones documentadas en el carné. Este indicador, por tanto, clasifica a todos los niños sin carné como no inmunizados.

En general los porcentajes de niños con carné de vacunas o con el esquema de vacunación completo son bastante altos. Para un 87% de últimos nacidos las madres presentaron el carné de vacunación. Un 91% dijeron tener el esquema de vacunación completo. El grupo que presentó un esquema completo y documentado constituyó un 80% del total de últimos nacimientos.

En el cuadro 5.3 vemos que se encontraron algunas diferencias dependiendo de si el embarazo fue o no deseado. En todas las variables incluidas fue más frecuente encontrar valores negativos entre aquellos niños cuyo nacimiento fue no deseado porque no se deseaban más hijos: 17% no tenía tarjeta de vacunación contra 13% de los hijos deseados; 10% no tenía el cuadro de vacunas completo contra 8% entre los deseados; y 24% no tenía vacunación documentada y completa, contra 19% entre los deseados.

Pareciera que existe una relación entre el cuidado que se proporciona al hijo, y el hecho de que ese niño provenía de un nacimiento no deseado. De alguna manera, tal vez inconsciente, la madre no está teniendo con él los mismos cuidados que las otras madres que si desearon sus hijos o que lo que querían era espaciar el nacimiento. Puede ser también que ciertas circunstancias que conducen a embarazos no deseados, también conduzcan a menores coberturas de inmunización.

5.4 Uso de servicios médicos en niños pequeños

Se trató de determinar si la atención que se brinda al niño en caso de enfermedad se relaciona con el hecho de que el embarazo haya sido o no deseado. La

ENSR-93 pregunta primero si el niño estuvo enfermo con fiebre o con tos en las últimas dos semanas (pregunta 506), o si tuvo diarrea (pregunta 508), en caso positivo si fue llevado a un doctor para que le viera.

Como indicador de la morbilidad se utiliza si tuvieron infecciones de las vías respiratorias o diarrea en las últimas dos semanas. Como indicadores de la atención médica, si lo llevó a un Doctor para que le viera esa fiebre, tos o diarrea. Aquí el análisis se limita al grupo de los que estuvieron enfermos las últimas dos semanas.

Un 45% de los niños en cuestión estuvieron enfermos las dos semanas anteriores a la encuesta, o sea, casi la mitad de los últimos nacidos vivos estuvo enfermo la quincena anterior a la encuesta. El mismo porcentaje se encontró entre los niños de embarazos deseados, mientras que entre los de embarazos no deseados porque no querían más familia fue de 44% y entre aquellos que no deseaban esperar fue de 47%.

Al analizar si fue llevado al médico o no, si encontramos que en mayor proporción los niños cuyos nacimientos fueron no deseados, no son llevados el médico cuando enferman. 53% de los niños de nacimientos deseados fueron llevados al doctor. Entre los no deseados porque se quería espaciar el porcentaje fue 46% y entre aquellos cuyas madres no querían más hijos fue 44%. Pareciera que existe una relación entre las dos características.

5.5 Cuidado de los niños y guarderías

Al igual que en los puntos anteriores, se trató de verificar la hipótesis de que la calidad de atención y cuidado que se brinda al menor están relacionadas con el deseo por ese embarazo. Se trató de determinar qué clase de cuidado se presta al pequeño, lo cual es especialmente importante en el caso de que la madre trabaje.

Como indicador de la ayuda recibida se tomó el porcentaje de madres que recibieron ayuda de la abuela, una empleada, una guardería, u otra clase de ayuda. Se controló luego esta información según condición de actividad de la mujer.

De todas las madres con hijos menores de 5 años, una tercera parte recibe alguna clase de ayuda para el cuidado de los niños, siendo la más importante la proporcionada por la abuela. Los porcentajes según si el último nacimiento fue o no deseado son similares, 31% para los deseados, 34% entre los no deseados porque deseaban esperar y 37% entre los no deseados porque deseaban no tener más hijos.

Se encuentran las diferencias esperadas entre madres trabajadoras y aquellas que no lo son (cuadro 5.5). Las madres que permanecen en su hogar utilizan alguna ayuda para el cuidado de los niños únicamente en un 19% de los casos, las que trabajan lo hacen en un 59%, un porcentaje tres veces mayor. Entre las madres trabajadoras cuyo último nacimiento fue no deseado porque querían esperarse, aproximadamente la mitad utiliza alguna ayuda para el cuidado de sus hijos, el porcentaje entre las que no querían más familia es 62%. Con estos resultados no se puede decir que se vea una tendencia a mayor descuido de parte de las madres hacia un hijo no deseado.

Capítulo 6. Resumen.

Dimensión preferida de familia

- De 1981 a 1993 la moda en el número deseado de hijos bajó de 3 a 2 hijos y el promedio de 4.6 a 3.4 hijos.
- Educación y edad son las variables más importantes en la definición del tamaño deseado de familia. Las mujeres más jóvenes y las más educadas expresaron ideales de familia notoriamente menores.
- La religiosidad de las mujeres, medida por la frecuencia con que asisten a servicios religiosos, mostró cierta influencia en los ideales de familia. Las entrevistadas que asisten semanalmente desearían una familia de 3.5. Las que nunca van a la iglesia una de 3.0 hijos.
- El diferente grado de accesibilidad a las fuentes de planificación familiar no tiene importancia en el ideal de hijos. Únicamente en el área rural del país se encontró una diferencia en el ideal de hijos según grado de accesibilidad.
- Dado que el curso futuro de la fecundidad en Costa Rica dependerá de que se vuelvan predominantes las familias de 1 o 2 hijos, en sustitución de las de 3 o 4 hijos que predominan en la actualidad, es importante analizar la proporción de mujeres que desea menos de 3 hijos. De 1981 a 1993 el porcentaje que desean menos de 3 hijos aumentó de 49% a 63%.
- Tomando como cohortes aproximadas las mujeres que en 1981 tenían 15-19 años, en 1986, 20-24 y en 1993 25-29, y similarmente con el resto de los grupos se obtuvieron resultados interesantes. No hay efecto de edad; con el transcurso de los años las cohortes mantienen aproximadamente los mismos ideales.

- También se encontró un fuerte efecto de cohorte. Las nuevas cohortes se están incorporando con porcentajes cada vez mayores que quieren familias pequeñas. En 1981 un 38% del grupo 15-19 deseaba familias de menos de 3 hijos. El porcentaje en el grupo 15-19 de 1986 es 46%, y para 1993 alcanza un 53%.
- Se puede concluir entonces que el aumento en el total de mujeres que desean familias menores de 3 hijos se debe a la incorporación de nuevas generaciones con ideales de familias más pequeñas. No se debe a cambios en las preferencias de las mujeres.

Concordancia entre esposos

- En el país la comunicación entre parejas sobre temas reproductivos es aparentemente alta. Un 84% de las mujeres en edades reproductivas dijo haber conversado con el esposo o compañero al respecto. Las mujeres jóvenes (15-19 años), parecen estar más dispuestas a este tipo de comunicación con sus cónyuges que las mayores.
- La educación es la variable más determinante. Entre más educada la mujer, mayor la comunicación con el esposo y se da también mayor coincidencia en cuanto a preferencias de tamaño de familia.
- Un 68% de las entrevistadas coincide con sus esposos en materias de tamaño ideal de familia. Un 18% desea familias más grandes que sus compañero y un 9% más pequeñas.
- Existe una mayor concordancia de ideales con los esposos, entre las mujeres jóvenes aunque las diferencias no son muy grandes. Similarmente las mujeres con mayor grado de educación coinciden en mayor porcentaje con los ideales de sus esposos que aquellas menos educadas.

Metas de espaciamiento

- Se vio que las estimaciones del intervalo genésico deseado (IGD) basadas en datos crudos tanto del intervalo abierto como del último intervalo cerrado, pueden ser engañosas. Efectos de selección y de censura a la izquierda sesgan las estimaciones hacia arriba. Un análisis de cohortes de intervalos permitió purgar el sesgo de selección. Para adicionalmente corregir el sesgo de censura se propuso un método de tabla de vida inversa, el cual permite manejar la censura a la izquierda como si fuese censura a la derecha. Este procedimiento produjo una estimación de 1,5 años en promedio para el IGD de la unión al primer hijo y de 3,5 a 4,5 años para los intervalos restantes. Estas estimaciones son probablemente minimalistas.
- Los datos de la ENSR muestran una asociación inversa entre el tamaño deseado de familia y el IGD. Esta asociación pasa desapercibida si uno no efectúa un análisis específico por paridez. Asimismo, una cambiante composición por paridez en el transcurso de la transición de la fecundidad puede crear la ilusión de que los IGDs son cada vez más cortos, pese a que los IGDs por paridez son en realidad cada vez más largos.

Deseo de no tener más hijos

- De cada 10 mujeres entrevistadas, 6 dijeron no desear más hijos, relación que se incrementa con la edad de la mujer y el número de hijos vivos.
- En los 12 años transcurridos desde 1981 a 1993, la proporción de mujeres que no desea más hijos aumentó de 52% a 59%. Este aumento fue un poco mayor entre las mujeres más jóvenes.

- Comparando los ideales de familia expresados por las entrevistadas con el deseo de más hijos se encontró ciertas discrepancias. Mujeres que no habían alcanzado aún su meta reproductiva dijeron no desear hijos adicionales. Podrían ser entrevistadas que no ponen mucho cuidado en sus respuestas y caen en este tipo de contradicciones, pero también podría tratarse de condiciones reales: estas mujeres no desean tener más hijos por circunstancias especiales de tipo económico, familiar o de salud.
- También se encontró el caso contrario: mujeres que aparentemente han alcanzado su meta reproductiva, sin embargo, algunas de ellas indicaron desear más hijos. En este caso no se tiene ninguna explicación lógica y la inconsistencia en las respuestas parece ser real. Debe notarse sin embargo que estas inconsistencias son relativamente poco frecuentes. La proporción de este tipo de inconsistencias es de 5%, en cambio debajo de la diagonal es de 10%.

Cronología en el logro de las metas reproductivas.

- Se utilizó la técnica de la tabla de vida para determinar que la costarricense promedio completa su meta reproductiva alrededor de los 30 años de edad o luego de 9 años de unión. La cronología en el logro de la meta reproductiva está definida por un relación matemática exacta con tres determinantes próximos: la edad a la unión (o inicio de la procreación), los intervalos genésicos y el tamaño deseado de familia. En Costa Rica la edad a la unión es de alrededor de 20 años, el intervalo genésico medio de alrededor de tres años y la familia deseada de alrededor de tres hijos, todo lo cual resulta en la susodicha edad al completar la familia de 30 años.
- Las generaciones más jóvenes están completando la familia en un periodo substancialmente más corto: las que iniciaron la procreación en los 80s lo están haciendo cuatro años más rápido que las generaciones de los años 60s.

- Se identificaron varios grupos o subpoblaciones que tienden a alcanzar la meta reproductiva dos a tres años antes que el resto, entre ellos: las residentes en la capital y áreas urbanas del Valle Central, las mujeres en los extremos mínimo y máximo de nivel educativo, las que nunca asisten a servicios religiosos y las que tienen un acceso medio o alto al servicio de planificación familiar.

Deseo de quedar embarazada inmediatamente

- El logro de las metas de espaciamiento cristaliza en el deseo de quedar embarazada inmediatamente. Únicamente 8% de las entrevistadas contestó que deseaba un hijo pronto.
- De 1981 a 1993 el porcentaje de mujeres que dijo desear embarazarse inmediatamente bajó de 19% a 8%. El descenso fue notable en todos los grupos de edad de las mujeres y en todas las categorías de hijos vivos.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

- La ENSR 1993 mostró que un 8% de las mujeres en unión tienen una demanda insatisfecha de planificación familiar, el 76% tienen demanda satisfecha y el 16% no son demandantes porque querían embarazarse o son infértiles.
- Las mujeres con demanda insatisfecha son un grupo muy importante, al cual los servicios deberán atención preferencial. En su mayoría son mujeres con edades entre 25 y 34 años de edad, con de 1 a 3 hijos vivos, residentes en áreas rurales, clasificadas como pertenecientes a la clase socioeconómica media.
- La mayor parte de demanda insatisfecha está dirigida hacia el espaciamiento de la familia. Entre las mujeres de más edad, la mayor parte de la demanda insatisfecha es con el fin de limitar la familia.

Fecundidad no deseada

- La fecundidad no deseada puede ocasionarse por dos razones: falla en los métodos anticonceptivos utilizados, o demanda insatisfecha. En este último caso, puede ser la expresión de deficiencias en la oferta de planificación familiar. Su identificación constituye, entonces, una guía importante para mejorar y focalizar los servicios.
- Para el total de mujeres costarricenses con edades entre 15-49 años, un 22% de la fecundidad de los 2 últimos años fue no deseada. La fecundidad no deseada se incrementa con la edad de la mujer, desde 13% en entre las mujeres con 15-19 años, hasta 100% en el grupo de mujeres con 45-49 años.
- Aproximadamente uno de cada cinco hijos en Costa Rica cae bajo la categoría de "no deseados". Esta cifra representa la posible reducción de la fecundidad del país en el corto y mediano plazo si se cubre la demanda de planificación familiar en forma adecuada.
- El porcentaje de últimos hijos no deseado en el país se ha mantenido prácticamente constante en los 12 años analizados. La composición al interior de dicho porcentaje ha cambiado en forma importante. En las dos encuestas anteriores analizadas la mayoría de los embarazos no deseados ocurrió entre mujeres que querían espaciar su descendencia. En 1993 el grupo mayoritario entre las mujeres cuyo último embarazo fue no deseado estuvo formado por aquellas que deseaban terminar su procreación.
- Este cambio puede tener importantes implicaciones. Pareciera que las mujeres se han movido de la creencia que el no querer embarazarse era una condición temporal, a definirlo como una situación definitiva en su vida. Podría conjeturarse

que están tomando más seriamente el problema de los embarazos no deseados, lo que podría traducirse a que tomen más en serio la planificación familiar.

Fecundidad no deseada y patrones de crianza de los hijos

- Se estudió si la condición de "no deseado" de un embarazo puede conducir, conciente o inconcientemente, a un deterioro en la atención que se presta a ese niño, tanto cuidado prenatal como durante su primera infancia.
- La calidad de la atención prenatal recibida (frecuencia de las consultas) varía dependiendo de si el embarazo fue deseado o no. Los hijos de embarazos deseados recibieron atención prenatal adecuada en mayor proporción que aquellos cuya concepción fue no deseada, especialmente cuando la madre deseaba terminar su procreación.
- En las variables incluidas para detectar el cuidado dado al niño utilizando el registro de inmunizaciones de los menores, fue más frecuente encontrar valores negativos entre aquellos niños cuyo nacimiento fue no deseado porque no se deseaban más hijos. Puede ser que ciertas circunstancias que conducen a embarazos no deseados, también conduzcan a coberturas menores de inmunización.
- Al analizar si el menor fue llevado al médico o no durante enfermedad en las dos semanas previas a la encuesta, se encontró que en mayor proporción los niños cuyos nacimientos fueron no deseados, no son llevados al médico cuando enferman, especialmente cuando la madre lo que quería era no tener más hijos.
- No se encontró asociación entre la condición deseada del embarazo y atención prenatal general, ocurrencia del parto en hospital, peso al nacer, lactancia materna y cuidado que se brinda a los niños pequeños.

Referencias Bibliográficas

- Bongaarts, J. (1991). The KAP-gap and the unmet need for contraception. *Population and Development Review*, **17**(2), 293-313.
- Bongaarts, J. (1990). The measurement of wanted fertility. *Population and Development Review*, **16**(3), 487-506.
- Gómez, M. (1982). Ideales reproductivos. En Rosero L., M. Gómez, & V. Rodríguez, *Determinantes de la Fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*. (pp. 42-63). San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos, International Statistical Institute, World Fertility Survey.
- Knodel, J., & Prachuabmoh, V. (1973). Desired family size in Thailand: Are the responses meaningful? *Demography*, **10**(4), 619-637.
- Lightbourne, R. E. (1987). Reproductive preferences and behaviour. En J. Cleland, & C. Schott (Editors.), *The World Fertility Survey: An Assessment*. (pp. 838-861). London: Oxford University Press.
- Lightbourne, R. E. (1985). "Individual preferences and fertility behavior" en J. Hobcraft J. Cleland (eds.), *Demography of Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*, Oxford University Press.
- Riley, A. P., Hermalin, A. I., & Rosero-Bixby, L. (1993). A new look at the determinants of nonnumeric response to desired family size: the case of Costa Rica. *Demography*, **30**(2), 159-174.
- Westoff, C. F. (June 1988). Is the KAP-gap real? *Population and Development Review*, **14**(2), 225-232.
- Westoff, C. F. (1981). "Unwanted fertility in six developing countries". *International Family Planning Perspectives*, **7**, 2, pp. 43-52.
- Westoff, C. F. (1988). The Potential Demand for Family Planning: A New Measure of the Unmet Need and Estimates for Five Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives*, **14**(2), 45-53.
- Westoff, C. F. (1991). Reproductive preferences: a comparative view. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, **3**,

Cuadro 1.1 Distribución porcentual de las mujeres tamaño deseado de familia. Comparación con la EPA-81 y EFES-86

Hijos deseados	EPA-81	EFES-86	ENSR-94
Total	100	100	100
0	0	1	1
1	2	4	4
2	21	23	30
3	26	28	28
4	19	17	19
5	8	7	7
6 y más	13	9	9
Respuesta no numérica	10	10	2
Moda	3.0	3.0	2.0
Mediana	3.0	3.0	3.0
Promedio	4.6	4.3	3.4

Cuadro 1.2 Tamaño promedio deseado de familia según características socioeconómicas y de la madre

Característica	(N)	Promedio deseado de hijos
Total	(2152)	3,4
Edad de la madre		
15-19	(90)	2,8
20-24	(319)	2,8
25-29	(487)	3,0
30-34	(450)	3,4
35-39	(360)	3,6
40-44	(260)	4,0
45-49	(186)	4,4
Hijos tenidos*		
0	(123)	2,6
1	(407)	2,5
2	(583)	2,9
3	(501)	3,6
4	(245)	3,9
5	(145)	4,0
6 y más	(148)	6,0
Tipo de unión actual		
Matrimonio	(1691)	3,4
Consensual	(461)	3,2
Residencia		
AMSJ	(602)	3,1
Otra área urbana	(545)	3,2
Area rural	(1005)	3,6
Nivel de educación		
Menosde 3 primaria	(162)	4,6
3 a 5 primaria	(289)	4,0
Primaria completa	(720)	3,4
Secundaria	(386)	3,0
Secundaria completa**	(595)	2,9
Nivel de Ingreso		
Pobre	(408)	3,6
Medio	(1381)	3,3
Alto	(363)	3,2
Trabajan		
Si	(842)	3,2
No	(1310)	3,5

* Incluido el embarazo actual como hijo vivo

** Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.3 Distribución porcentual de las entrevistadas según grandes grupos de edad y educación

Categorías de educación	Edad			Total
	15-24	25-34	35-49	
Total	19	43	38	100
Menos 3 primaria	9	28	63	100
3-5 primaria	23	28	49	100
Primaria completa	24	41	35	100
Secundaria incompleta	23	49	28	100
Secundaria completa*	11	54	35	100

* Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.4 Tamaño promedio deseado de familia segun educación de la madre y grandes grupos de edad de la madre

Educación	Grupos de edad			Total
	15-24	25-34	35-49	
Total	2,8	3,2	3,9	3,4
Menosde 3 primaria	3,0	3,8	5,2	4,6
3 a 5 primaria	3,4	3,8	4,4	4,0
Primaria completa	2,9	3,3	3,8	3,4
Secundaria	2,4	3,0	3,7	3,0
Secundaria completa*	2,5	2,9	3,2	2,9

* Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.5: Tamaño promedio deseado de familia según religiosidad y educación

Educación	Asistencia a la iglesia			
	Semanal	Mensual	Menos de 1 mes	Nunca
Total	3,5	3,4	3,4	3,0
Menos de 3 primaria	4,9	5,0	4,0	4,0
3 a 5 primaria	4,4	3,8	3,9	3,5
Primaria completa	3,5	3,3	3,5	3,0
Secundaria	3,2	3,0	2,9	2,8
Secundaria completa*	3,0	2,9	3,0	2,7

* Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.6: Tamaño promedio de familia según acceso a fuentes y servicios públicos de Planificación Familiar

Acceso	Residencia			Total
	AMSJ	Resto U	Resto R	
Total	3,1	3,2	3,6	3,4
Contacto Semanal con usuarias de PF				
Si	3,0	3,1	3,5	3,2
No	3,3	3,4	3,9	3,6
Acceso a servicios públicos de PF				
Bajo	3,2	3,8	4,2	4,1
Medio	3,0	3,2	4,0	3,3
Alto	3,1	3,1	3,3	3,2
Hogar visitado por trabajador de salud ofreciendo PF				
Si	3,6	3,5	3,8	3,7
No	3,0	3,2	3,6	3,3

Acceso Bajo: 45 o más minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Medio: de 20 a 44 minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Alto: menos de 20 minutos de tiempo mediano de viaje

Cuadro 1.7: Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos según diferentes características socioeconómicas y de la madre

Característica	% de mujeres que desean menos de 3 hijos
Total	34
Edad de la madre	
15-19	53
20-24	49
25-29	42
30-34	29
35-39	33
40-44	20
45-49	18
Hijos tenidos*	
0	57
1	61
2	41
3	15
4	21
5	26
6 y más	13
Tipo de unión actual	
Matrimonio	33
Consensual	41
Residencia	
AMSJ	41
Resto urbano	36
Resto rural	30
Nivel de educación	
Menos de 3 primaria	23
3 a 5 primaria	26
Primaria completa	31
Secundaria	43
Secundaria completa**	40
Nivel de Ingreso	
Pobre	31
Medio	35
Alto	35
Trabajan	
Si	37
No	33

* Incluido el embarazo actual como hijo vivo

** Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.8: Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos segun nivel de educación y grandes grupos de edad de la mujer

Educación	Grupos de edad			Total
	15-24	25-34	35-49	
Total	50	36	25	34
Menosde 3 primaria	47	27	19	23
3 a 5 primaria	38	29	20	26
Primaria completa	47	30	21	31
Secundaria	61	41	32	43
Secundaria completa*	55	41	34	40

* Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.9: Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos segun religiosidad y educación

Educación	Asistencia a la iglesia			
	Semanal	Mensual	Menos de 1 mes	Nunca
Total	30	33	35	49
Menosde 3 primaria	17	17	33	36
3 a 5 primaria	22	25	28	36
Primaria completa	28	27	27	50
Secundaria	37	47	49	53
Secundaria completa*	34	43	42	57

* Incluye algún grado de universidad

Cuadro 1.10: Porcentaje de mujeres que desean menos de 3 hijos, según información y acceso a fuentes de Planificación Familiar

Acceso	Residencia			Total
	AMSJ	Resto U	Resto R	
Total	41	36	30	34
Acceso a servicios públicos de PF				
Bajo	43	30	18	21
Medio	42	36	33	36
Alto	40	36	37	28
Contacto semanal con usuarias de PF				
Si	42	40	34	38
No	39	28	23	28
Hogar visitado por trabajador de salud ofreciendo PF				
Si	42	40	34	38
No	39	28	23	28

Acceso Bajo: 45 o más minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Medio: de 20 a 44 minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Alto: menos de 20 minutos de tiempo mediano de viaje

Cuadro 1.11 Porcentaje de mujeres que desea menos de 3 hijos por edad, según las encuestas EPA-81, EFES-86 y ENSR-93

Edad	EPA-81	EFES-86	ENSR-93
Total	24	28	34
15-19	38	46	53
20-24	33	41	49
25-29	25	30	42
30-34	23	23	29
35-39	18	24	33
40-44	11	18	20
45-49	14	14	18

Cuadro 1.12: Distribución de las mujeres según si ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos, y si las preferencias del esposo coinciden con las de ella

Preferencias del esposo	Ha conversado		No ha conversado		Total
	Mujeres	%	Mujeres	%	
Igual	1336	73	163	46	68
Desea más	322	18	67	19	18
Desea menos	149	8	40	11	9
Desconocido	25	1	87	24	5
Total	1832	100	357	100	100
	(84)		(16)		

Cuadro 1.13 Porcentaje de mujeres que ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos por características sociodemográficas

Característica	Si ha conversado	(N)
Total	84	(2189)
Edad de la mujer		
15-24	87	(414)
25-34	89	(944)
35-49	76	(831)
Hijos tenidos*		
0	84	(127)
1	88	(409)
2	90	(588)
3	85	(505)
4	82	(250)
5 y más	66	(310)
Residencia		
AMSJ	87	(604)
Resto Urbano	86	(556)
Rural	80	(1029)
Educación		
Menos de 3 años primaria	68	(170)
3-5 primaria	73	(302)
Primaria completa	82	(732)
Secundaria incompleta	88	(386)
Secundaria completa **	93	(599)
Nivel de Ingreso		
Bajo	75	(423)
Medio	85	(1400)
Alto	89	(366)
Participación en el mercado laboral		
Si trabaja	86	(851)
No trabaja	83	(1338)
Asistencia a la Iglesia		
Semanal	86	(1106)
Mensual	84	(459)
Menos que mensual	78	(241)
Nunca	80	(377)
Tipo de unión actual		
Matrimonio	86	(1725)
Consensual	75	(464)

* Incluido el embarazo actual como hijo vivo

** Incluye algún grado de Universidad

Cuadro 1.14 Porcentaje de mujeres que ha conversado con el esposo acerca del número ideal de hijos y según diferencias entre el número deseado y número real de hijos

Característica	Si ha conversado	(N)
Número de mujeres	1832	(2189)
Deseo de más hijos		
Desea más hijos	89	(857)
No desea más hijos	80	(1238)
Ella no puede	78	(32)
No sabe	87	(53)
Diferencia entre número real y deseado de hijos		
Deseado menor que el real	69	(324)
Deseado igual al real	88	(581)
Deseado mayor que el real	86	(1245)

**Cuadro 1.15 Distribución porcentual de las mujeres según
coincidencia de las preferencias del esposo acerca del número ideal
de hijos, y características sociodemográficas**

Características	Preferencias del esposo			
	Iguales	Desea más	Desea menos	No sabe
(N)	(1499)	(389)	(189)	(112)
Edad de la mujer				
15-24	73	17	7	3
25-34	68	19	9	4
35-49	67	17	8	7
Hijos vivos*				
0	79	6	6	9
1	73	16	8	3
2	69	19	9	3
3	64	21	11	4
4	66	20	8	6
5	67	15	7	11
6 y más	63	16	9	12
Residencia				
AMSJ	69	19	8	4
Resto Urbano	69	20	7	4
Rural	68	15	10	7
Educación				
Menos de 3 primaria	60	21	9	10
3-5 primaria	67	14	9	10
Primaria completa	69	16	10	5
Secundaria incompleta	70	21	6	3
Secundaria completa **	69	19	9	3
Nivel de Ingreso				
Bajo	64	16	11	9
Medio	69	18	8	4
Alto	72	18	7	3
Participación en el mercado laboral				
Si trabaja	68	18	10	4
No trabaja	69	17	8	6
Asistencia a la Iglesia				
Semanal	71	17	8	4
Mensual	67	18	9	6
Menos que mensual	65	20	10	5
Nunca	65	20	8	6
Tipo de unión actual				
Matrimonio	70	17	8	4
Consensual	63	20	9	8

* Includido el embarazo actual como hijo vivo

** Incluye algún grado de Universidad

Cuadro 1.16: Porcentaje de mujeres cuyos ideales de familia coinciden con los del esposo, según grupos de edad de la mujer y nivel de educación

Edad	Nivel de educación			Total
	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria o más	
Total	65	69	70	68
15-24	65	76	73	73
25-34	60	68	69	68
35-49	66	66	69	67

Cuadro 1.17: Distribución porcentual de las mujeres según coincidencia con el esposo en número ideal de hijos según y acceso y disponibilidad de Planificación Familiar

Variables	Preferencias del esposo			No sabe	(N)
	Iguales	Desea más	Desea menos		
(N)	(1499)	(389)	(189)	(112)	(2189)
Contacto semanal con usuaria de PF					
Sí	67	20	9	4	(1399)
No	72	14	8	6	(790)
Acceso a servicios públicos de PF					
Bajo	67	16	10	7	(342)
Medio	67	18	10	5	(1060)
Alto	71	18	7	4	(787)
Hogar visitado en el último año por un trabajador de la salud ofreciendo PF					
Sí	71	17	7	5	(489)
No	68	18	9	5	(1700)

Cuadro 1.18: Distribución porcentual de las mujeres según coincidencia de las preferencias del esposo acerca del número ideal de hijos, deseo de más hijos y diferencias entre el número real y el número deseado de hijos

Variables	Preferencias del esposo				(N)
	Iguales	Desea más	Desea menos	No sabe	
(N)	(1499)	(389)	(189)	(112)	(2189)
Deseo de más hijos					
Desea más hijos	72	13	12	3	(857)
No desea más hijos	66	21	6	7	(1238)
Ella no puede	75	9	3	13	(32)
No sabe	59	21	11	9	(53)
Diferencia entre número real y deseado de hijos					
Deseado menor que el real	65	21	8	6	(324)
Deseado igual al real	70	20	4	6	(581)
Deseado mayor que el real	68	16	11	4	(1245)

Cuadro 1.19 Tablas de vida para estimar el IGD para los cinco años previos a la encuesta, todos los órdenes de nacimiento.

Tabla de vida inversa del IGD						Tabla de vida ordinaria del IGD*			
Tiempo $t = \omega - x$ meses	Observaciones	"Muer- tes"	Censura	Sobrevi- vencia RS_t	Fallas 1 - RS_t	Tiempo x meses	Sobrevi- vencia S_x	Riesgo $6h_x000$	IGD Esperado años
0	805	3	4	1.0000	.0000	0	1.0000	0.0	2.9
6	798	4	0	.9963	.0037	6	1.0000	102.9	2.4
12	794	2	1	.9913	.0087	12	.5281	5.0	3.8
18	791	2	0	.9888	.0112	18	.5124	9.3	3.5
24	789	5	0	.9863	.0137	24	.4847	12.8	3.1
30	784	3	1	.9800	.0200	30	.4488	18.0	2.9
36	780	5	1	.9763	.0237	36	.4027	14.8	2.7
42	774	18	2	.9700	.0300	42	.3684	22.4	2.4
48	754	9	5	.9474	.0526	48	.3221	25.2	2.2
54	740	14	2	.9361	.0639	54	.2769	30.1	2.0
60	724	23	3	.9183	.0817	60	.2311	34.4	1.9
66	698	25	5	.8891	.1109	66	.1879	45.3	1.7
72	668	35	5	.8571	.1429	72	.1429	42.0	1.7
78	628	33	15	.8121	.1879	78	.1109	50.5	1.6
84	580	34	18	.7689	.2311	84	.0817	40.8	1.6
90	528	32	33	.7231	.2769	90	.0639	32.3	1.5
96	463	30	46	.6779	.3221	96	.0526	91.2	1.3
102	387	20	39	.6316	.3684	102	.0300	39.1	1.6
108	328	23	60	.5973	.4027	108	.0237	28.2	1.5
114	245	14	60	.5512	.4488	114	.0200	62.3	1.2
120	171	7	81	.5153	.4847	120	.0137	33.5	1.1
126	83	2	42	.4876	.5124	126	.0112	41.9	0.8
132	39	39	0	.4719	.5281	132	.0087	134.4	0.5
138				.0000	1.0000	138	.0037	333.3	0.3
144					1.0000	144	.0000		

* filas reordenadas en x ascendente; la primera fila corresponde a la última fila de la tabla inversa.
 $\omega = 144$ meses.

Cuadro 1.20 Estimaciones del IGD en años según cuatro procedimientos.

Intervalo genésico	Intervalo abierto (N)	Intervalo cerrado (N)	Cohorte (N)	Tabla* de vida inversa
<i>Total</i>	5.7 (758)	4.9 (1462)	3.9 (805)	2.9
0-1	3.8 (121)	2.9 (362)	2.3 (315)	1.5
1-2	5.1 (279)	5.5 (461)	4.7 (176)	3.5
2-3	6.7 (196)	5.8 (322)	5.1 (169)	4.3
3-4	6.9 (105)	5.8 (148)	5.5 (78)	4.5
4+	6.8 (57)	5.4 (169)	4.8 (67)	3.9

* Mismo N que en estimación de "cohorte".

Cuadro 1.21 IGD medio en años según el tamaño deseado de familia.

Intervalo deseado (IGD)	Total	Tamaño deseado de familia		
		< 3 hijos	3 hijos	4 hijos &+
<i>Total</i> (N)	2.9 (805)	2.5 (303)	3.2 (228)	3.1 (274)
0-1 (N)	1.5 (315)	1.6 (180)	1.5 (85)	1.0 (50)
1-2 (N)	3.6 (176)	4.0 (93)	2.8 (42)	3.0 (41)
2-3 (N)	4.3 (169)		5.2 (88)	3.2 (67)
3-4 (N)	4.5 (78)			4.3 (62)
4+–5+ (N)	3.9 (67)			3.9 (54)

IGD estimado por el método de la tabla de vida inversa.

Cuadro 2.1: Porcentaje de mujeres que desea más hijos según característica socio-demográficas

Características	No quiere más hijos	(N)
Total de Mujeres	1196	(2018)
Edad:		
15-24	30	(398)
25-34	53	(898)
35-49	83	(722)
Hijos vivos		
0	1	(90)
1	22	(380)
2	59	(547)
3	72	(482)
4	80	(239)
5	90	(137)
6 y más	84	(143)
Residencia		
AMSJ	62	(562)
Otro Urbano	63	(513)
Rural	55	(943)
Educación		
Menos de 3 primaria	70	(152)
3-5 primaria	63	(263)
Primaria completa	59	(684)
Secundaria incompleta	59	(361)
Secundaria completa*	54	(558)
Nivel de Ingreso		
Pobre	56	(390)
Medio	58	(1293)
Alto	69	(335)
Participación en el mercado laboral		
Si trabaja	59	(780)
No trabaja	59	(1238)
Asistencia a la Iglesia		
Semanal	60	(1013)
Mensual	55	(425)
Menos que mensual	60	(224)
Nunca	63	(351)
Tipo de unión actual		
Matrimonio	59	(1583)
Consensual	62	(435)

* Tomado el embarazo actual como un hijo vivo

**Incluye algún grado de Universidad

Cuadro 2.2: Distribución porcentual de las mujeres según deseo de hijos adicionales y exposición y acceso a la Planificación Familiar

Características	Desea hijos pronto	Desea hijos espaciados	No quiere más hijos	(N)
Total de Mujeres	170	652	1196	(2018)
Contacto semanal con usuaria de PF				
Si	8	33	59	(1302)
No	9	32	59	(716)
Acceso a servicios públicos de PF				
Bajo	11	41	48	(315)
Medio	8	30	62	(976)
Alto	8	31	61	(727)
Hogar visitado en el último año por trabajador de la salud ofreciendo PF				
Si	8	30	62	(460)
No	8	33	58	(1558)
Alto	8	31	61	(727)

Acceso Bajo: 45 o más minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Medio: de 20 a 44 minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Alto: menos de 20 minutos de tiempo mediano de viaje

Cuadro 2.3 Porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, según edad e hijos vivos. Comparación con las encuestas EPA-81 Y EFES-86

Variable (N)	EPA-81 (2454)	EFES-86 (1627)	ENSR-94 (2189)
Total	52	50	59
Edad de la madre			
15-19	10	18	24
20-24	24	29	31
25-29	38	47	47
30-34	60	55	60
35-39	75	77	78
40-44	89	84	84
45-49	90	89	91
Hijos vivos*			
0	5	4	8
1	8	17	22
2	43	66	59
3	63	76	72
4	74	79	80
5	83	79	90
6 y mas	86	83	84

* Considerando el embarazo actual como un hijo tenido

Cuadro 2.4 Porcentaje de mujeres que no desean más hijos según tamaño ideal de familia e hijos tenidos

Hijos Deseados	Hijos tenidos *							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
0	100	100	100	100	100	100	-	100
1	0	94	86	86	80	100	100	86
2	2	17	92	95	91	94	76	59
3	5	13	34	92	91	88	90	56
4	11	9	42	49	90	91	91	50
5	0	0	30	52	33	97	100	58
6	0	20	50	36	52	63	84	61
No num.	50	0	25	100	67	100	60	61
Total	8	22	59	72	80	90	84	59

*Incluido el embarazo actual como un nacido vivo

Cuadro 2.5 Definición del indicador de si ha completado la familia deseada y la fecha en que la completó.

Indicador	Definición (condiciones)	N
No ha completado	Desea tener más hijos	857
Ha completado	No desea tener más hijos	1 238
<u>Fecha en que completó:</u>	<u>(Solo para las que no desean más hijos):</u>	
Al nacimiento del último hijo	Deseaba quedar embarazada del último hijo.	817
Al nacimiento del penúltimo hijo	No deseaba último embarazo y tamaño deseado de familia menos hijos tenidos es igual o menor que 1.	319
Al nacimiento del antepenúltimo hijo	No deseaba último embarazo y tamaño deseado de familia menos hijos tenidos es igual o mayor que 2.	102

Cuadro 2.6 Porcentaje que ha completado la familia deseada y promedio de edad y años de unión al completarla, por edad

Edad en 1993	(N)	Porcentaje ha completado	Media al completar	
			Edad	Años unión
Total	(2095)	59	27.0	6.6
15-19	(89)	24	17.0	0.9
20-24	(318)	31	19.7	1.9
25-29	(474)	47	23.3	4.1
30-34	(433)	60	26.8	6.7
35-39	(344)	78	28.5	7.9
40-44	(257)	83	30.7	9.0
45-49	(180)	88	30.5	8.5

Cuadro 2.7 Indicadores de la cronología al completar la familia deseada según sus tres determinantes próximos

Determinantes próximos	(N)	Porcentaje completado a edad 25	Mediana (años)	
			Edad	En unión
Total	(2074)	24	30	9
Edad a la unión				
< 20	(1046)	36	28	11
20-24	(725)	15	31	8
25+	(300)	5	34	6
Intervalo protogenésico (meses)				
<9	(674)	28	29	7
9-29	(987)	24	29	8
30+	(271)	18	32	11
Número deseado de hijos				
0-2	(715)	38	27	6
3-4	(976)	19	31	10
5+	(383)	9	34	13

Estimaciones obtenidas con tablas de vida

Cuadro 2.8 Indicadores de la cronología al completar la familia deseada según características seleccionadas

Características seleccionadas	(N)	Porcentaje completado a edad 25	Mediana (años)	
			Edad	En unión
Total	(2074)	24	30	9
Cohorte (año a edad 15)				
1958-67	(431)	15	33	9
1968-77	(766)	18	31	10
1978-92	(877)	34	27	8
Tipo de primera unión				
Matrimonio	(1477)	20	31	9
Convivencia	(597)	32	29	9
Región de residencia				
AMSJ	(574)	25	29	7
Resto urbano VC	(278)	22	30	8
Rural VC	(459)	18	31	10
Urbano fuera del VC	(248)	27	30	8
Rural fuera del VC	(515)	26	31	10
Educación				
<3 primaria	(159)	23	32	12
Primaria 3-5	(278)	26	30	10
Primaria completa	(700)	26	30	9
Secundaria incompleta	(370)	28	29	8
Sec. com. /universitaria	(567)	16	31	8
Condición económica				
Baja	(399)	28	30	10
Media	(1331)	24	30	9
Alta	(344)	18	30	8
Religión (asistencia a servicios)				
Semanal	(1049)	18	31	9
Mensual	(438)	25	31	10
< Mensual	(227)	26	28	8
Nunca	(355)	37	28	6
Acceso a servicio de planificación familiar				
Bajo	(326)	21	32	12
Medio	(1001)	25	30	9
Alto	(747)	23	30	8

Estimaciones obtenidas con tablas de vida

Cuadro 2.9 Riesgo relativo (RR) de completar la familia deseada y años agregados (AA) a la duración media de la unión, según características seleccionadas

Cracterísticas	RR (IC al 95%)	AA (IC al 95%)
Edad a la unión		
< 20	1.00 Referencia	0.0 Referencia
20-24	1.37 (1.19 a 1.56)	-2.7 (-3.6 a -1.6)
25+	2.47 (2.06 a 2.98)	-6.0 (-6.6 a -5.1)
(Chi2)	(85.0) *	
Cohorte (año a edad 15)		
1958-67	1.00 Referencia	0.0 Referencia
1968-77	1.09 (0.94 a 1.26)	-0.8 (-2.1 a 0.6)
1978-92	1.65 (1.38 a 1.98)	-3.9 (-4.9 a -2.7)
(Chi2)	(34.7) *	
Tipo de primera union		
Matrimonio	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Convivencia	1.07 (0.93 a 1.23)	-0.6 (-1.8 a 0.7)
(Chi2)	(0.9)	
Región de residencia		
AMSJ	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Resto urbano VC	1.02 (0.84 a 1.23)	-0.2 (-1.9 a 1.9)
Rural VC	0.84 (0.70 a 1.00)	1.9 (0.0 a 4.2)
Urbano fuera del VC	0.85 (0.70 a 1.03)	1.8 (-0.3 a 4.3)
Rural fuera del VC	0.79 (0.66 a 0.95)	2.6 (0.5 a 5.0)
(Chi2)	(9.8) *	
Educación		
<3 primaria	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Primaria 3-5	1.25 (0.98 a 1.59)	-2.0 (-3.7 a 0.2)
Primaria completa	1.27 (1.02 a 1.59)	-2.1 (-3.7 a -0.2)
Secundaria incompleta	1.40 (1.08 a 1.80)	-2.8 (-4.4 a -0.8)
Sec. com./ universitaria	1.08 (0.83 a 1.40)	-0.7 (-2.8 a 2.0)
(Chi2)	(12.8) *	
Condición económica		
Baja	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Media	0.95 (0.81 a 1.12)	0.6 (-1.0 a 2.4)
Alta	1.02 (0.81 a 1.29)	-0.2 (-2.2 a 2.3)
(Chi2)	(1.2)	
Religión (asistencia)		
Semanal	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Mensual o menos	1.05 (0.92 a 1.20)	-0.5 (-1.7 a 0.8)
Nunca	1.27 (1.08 a 1.50)	-2.1 (-3.3 a -0.8)
(Chi2)	(8.2) *	
Acceso a planificación familiar		
Bajo	1.00 Referencia	0.0 Referencia
Medio	1.39 (1.15 a 1.67)	-2.8 (-4.0 a -1.3)
Alto	1.41 (1.15 a 1.73)	-2.9 (-4.2 a -1.3)
(Chi2)	(13.8) *	

Estimaciones obtenidas con regresión de Cox. * Chi2 significativa al 5%

Cuadro 2.10 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según edad e hijos vivos. Comparación con las encuestas EPA-81 Y EFES-86

Variable (N)	EPA-81 (2006)	EFES-86 (1627)	ENSR-94 (2189)
Total	19	20	8
Edad de la madre			
15-19	25	28	10
20-24	19	25	10
25-29	21	23	8
30-34	19	19	10
35-39	20	14	9
40-44	16	8	4
45-49	11	9	2
Hijos vivos*			
0	76	70	39
1	28	34	15
2	18	19	6
3	10	11	6
4	8	6	2
5	8	8	2
6 y mas	8	3	1

* Considerando el embarazo actual como un hijo tenido

Cuadro 2.11 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según variables sociodemográficas

Variable	Porcentaje que desean un hijo pronto
Total	8
(Número de mujeres)	(170)
Residencia	
AMSJ	8
Otra área urbana	8
Area rural	9
Nivel de educación	
Menosde 3 primaria	5
3 a 5 primaria	8
Primaria completa	8
Secundaria	8
Secundaria completa*	9
Nivel de Ingreso	
Pobre	10
Medio	8
Alto	7
Trabajan	
Si	9
No	8
Asistencia a la iglesia	
Semanal	9
Mensual	8
Menos de mensual	10
Nunca	6
Tipo de unión actual	
Matrimonio	8
Consensual	8

*Incluye algún grado de universidad

Cuadro 2.12 Porcentaje de mujeres que desean tener un hijo pronto, según exposición y acceso a la Planificación Familiar

Variable	Porcentaje que desean un hijo pronto
Total	8
Contacto semanal con usuaria de PF	
Si	8
No	9
Acceso a servicios públicos de PF	
Bajo	11
Medio	8
Alto	8
Hogar visitado en el último año por trabajador de la salud ofreciendo PF	
Si	7
No	9

Acceso Bajo: 45 o más minutos tiempo mediado de viaje

Acceso Medio: 20 a 44 minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Alto: menos de 20 minutos tiempo mediado de viaje

Cuadro 3.1 ENSR Distribución relativa de las mujeres según satisfacción de su demanda de planificación familiar, por grandes grupos de edad

Demanda de planificación familiar (N)	Grupos de edad			Total
	15-24 (413)	25-34 (944)	35-49 (826)	
<u>Demanda Insatisfecha</u>	<u>12</u>	<u>8</u>	<u>8</u>	<u>8</u>
Espaciar	7	4	2	3
Limitar	5	4	6	5
<u>Demanda Satisfecha</u>	<u>64</u>	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>76</u>
Espaciar	45	37	14	30
Limitar	19	41	64	46
<u>No demanda</u>	<u>24</u>	<u>14</u>	<u>14</u>	<u>16</u>

Cuadro 3.2 Distribución porcentual de las mujeres con demanda insatisfecha y demanda satisfecha de planificación familiar, según características sociodemográficas

Característica	Demanda no satisfecha	Demanda satisfecha
(N)	(189)	(2191)
Total	100	100
Edad		
15-24	26	16
25-34	39	45
35-49	35	39
Hijos vivos		
0	7	3
1	23	17
2	25	28
3	20	25
4	9	13
5	5	7
6 y más	12	7
Residencia		
AMSJ	25	29
Otra área urbana	23	26
Area rural	52	46
Nivel de educación		
Menos de 3 primaria	15	7
3 a 5 primaria	17	12
Primaria completa	37	33
Secundaria	14	20
Secundaria completa*	17	28
Nivel de Ingreso		
Pobre	32	16
Medio	59	65
Alto	9	19
Trabajan		
Si	28	40
No	72	60
Asistencia a la iglesia		
Semanal	43	51
Mensual	24	21
Menos de mensual	12	11
Nunca	21	17
Tipo de unión actual		
Matrimonio	68	80
Consensual	32	20

*Incluye algún grado de universidad

Cuadro 3.3 Distribución porcentual de las mujeres con demanda insatisfecha y demanda satisfecha de planificación familiar según exposición y acceso a la Planificación Familiar

Variable	Demanda insatisfecha	Demanda satisfecha
Total	100	100
Contacto semanal con usuaria de PF		
Si	57	66
No	43	34
Acceso a servicios públicos de PF		
Bajo	22	14
Medio	47	49
Alto	31	37
Hogar visitado en el último año por trabajador de la salud ofreciendo PF		
Si	24	23
No	76	77

Acceso Bajo: 45 o más minutos tiempo mediado de viaje

Acceso Medio: 20 a 44 minutos tiempo mediano de viaje

Acceso Alto: menos de 20 minutos tiempo mediado de viaje

Cuadro 4.1 Tasas de fecundidad total, deseada, no deseada y porcentaje de fecundidad no deseada, por edad de la madre

Edad	F	FD	F-FD	%
15-19	0.515	0.448	0.067	13
20-24	0.475	0.388	0.087	18
25-29	0.384	0.309	0.075	19
30-34	0.241	0.162	0.079	33
35-39	0.142	0.090	0.052	37
40-44	0.071	0.033	0.037	53
45-49	0.006	0	0.006	100
Tasa Global	4.6	3.6	1.0	22

Cuadro 4.2 Tasas de fecundidad total, deseada, no deseada y porcentaje de fecundidad no deseada, por residencia de la madre

Residencia	TFG	TFGD	TFG-TFGD	%
Total	4.6	3.6	1.0	22
AMSJ	4.5	3.5	1.0	22
Resto Urbano	4.7	3.8	0.8	18
Rural	4.6	3.5	1.1	24

Cuadro 4.3 Porcentaje de mujeres cuyo último hijo no fue deseado, encuestas de 1981, 1986 y 1993

Hijos vivos	EPA-81	EFES-86	ENSR-93
(N)	(2407)	(1275)	(1376)
Total no deseado			
<u>Total</u>	<u>39</u>	<u>40</u>	<u>40</u>
1	18	18	29
2	36	38	32
3	40	44	47
4	50	52	50
5	46	54	60
6 y más	58	56	59
No deseaba más hijos			
<u>Total</u>	<u>19</u>	<u>14</u>	<u>27</u>
1	2	1	17
2	10	6	16
3	18	17	34
4	30	23	40
5	30	32	47
6 y más	41	38	53
Quería esperar			
<u>Total</u>	<u>20</u>	<u>26</u>	<u>13</u>
1	16	17	12
2	26	32	16
3	22	27	13
4	20	29	10
5	16	22	13
6 y más	17	18	6

Cuadro 4.4 Distribución porcentual de las mujeres con hijos según si el último hijo fue deseado, por características socio-demográficas

Característica	Porcentaje que no deseaba		
	Total	No deseaba más hijos	Quería esperar
Total	40	27	13
Edad			
15-24	41	24	17
25-34	36	23	13
35-49	48	42	6
Edad al primer nacimiento			
Menos de 20	43	31	12
20-24	38	24	14
25 y más	32	21	11
Edad a la primera unión			
Menos de 20	41	29	12
20-24	37	23	14
25 y más	38	24	14
Hijos vivos			
0	14	0	14
1	30	18	12
2	32	16	16
3	47	34	13
4	50	40	10
5	60	47	13
6 y más	59	53	6
Tienen hijos muertos			
No	39	26	13
Si	43	38	5
Residencia			
AMSJ	41	29	12
Resto urbano	40	25	15
Rural	38	26	12
Educación			
Menos de 3 primaria	44	36	8
3-5 primaria	35	26	9
Primaria completa	41	28	13
Secundaria incompleta	39	28	11
Secundaria completa	39	22	17
Nivel de ingreso			
Bajo	42	31	11
Medio	39	26	13
Alto	36	23	13
Participación en la fuerza de trabajo			
No	39	26	13
Si	40	27	13
Religiosidad			
Semanal	35	24	11
Mensual	43	26	17
Menos que mensual	37	26	11
Nunca	47	34	13

Cuadro 5.1 Indicadores de la atención en el embarazo y parto según si el embarazo fue deseado

(Ultimo hijo tenido en los últimos 5 años)

Indicador	Hijo deseado	Quería esperar	Hijo no deseado	Total
(N)	(833)	(176)	(367)	(1 376)
% con atención prenatal	98	97	94	97
% con aten. prenatal adecuada	78	73	62	74
% parto en hospital	96	94	96	95
% parto por cesárea	24	20	17	21
% nacimiento pre-término	3	2	2	3
% bajo peso al nacer	8	3	7	7
% a término y bajo peso	7	5	5	6

Cuadro 5.2 Indicadores de la lactancia materna según si el embarazo fue deseado

(Ultimo hijo tenido en los últimos 5 años, mayores de 3 meses)

Lactancia materna	Hijo deseado	Quería esperar	Hijo no deseado	Total
(N)	(782)	(159)	(349)	(1 290)
% recibieron 3 meses o más	77	75	75	77
% exclusiva 3 meses o más	53	53	53	53

Cuadro 5.3 Indicadores de las inmunizaciones recibidas según si el embarazo fue deseado
(Últimos hijos con edades de 1 a 4 años)

Inmunizaciones	Hijo deseado	Quería esperar	Hijo no deseado	Total
(N)	(590)	(120)	(276)	(986)
% con carné de vacunas	87	90	83	87
% con esquema de vacunación completo	92	94	90	91
% con esquema de vacunas documentado y completo	81	85	76	80

Cuadro 5.4 Indicadores de la morbilidad de los niños y atención dispensada según si el embarazo fue deseado
(Últimos hijos menores de 5 años)

Indicadores morbilidad	Hijo deseado	Quería esperar	Hijo no deseado	Total
(N)	(833)	(176)	(367)	(1376)
% enfermos en 2 semanas previas	45	47	44	45
Consultado médico por enfermedad				
(N)	(378)	(83)	(162)	(623)
% consultó médico (si enfermo en 2 semanas previas)	53	46	44	50

Cuadro 5.5 Ayuda en la crianza de los hijos según si el embarazo fue deseado

(Madres con hijos menores de 5 años)

Ayuda en la crianza	Hijo deseado	Quería esperar	Hijo no deseado	Total
TOTAL				
(N)	(815)	(176)	(364)	(1355)
<u>% le ayudan (total)</u>	<u>31</u>	<u>34</u>	<u>37</u>	<u>33</u>
% ayuda de la abuela	17	19	18	17
% ayuda de empleada	4	3	5	4
% usa guardería	3	4	5	4
% otra ayuda	6	8	9	7
MADRES QUE TRABAJAN				
<u>% le ayudan (total)</u>	<u>59</u>	<u>49</u>	<u>62</u>	<u>59</u>
% ayuda de la abuela	30	26	26	28
% ayuda de empleada	11	5	11	10
% usa guardería	7	5	10	7
% otra ayuda	11	13	15	12
MADRES QUE NO TRABAJAN				
<u>% le ayudan (total)</u>	<u>15</u>	<u>27</u>	<u>23</u>	<u>19</u>
% ayuda de la abuela	10	15	13	12
% ayuda de empleada	1	2	2	1
% usa guardería	1	4	2	2
% otra ayuda	3	6	6	4

Gráfico 1.1 Curvas de sobrevivencia de los IGDs estimados con tabla de vida

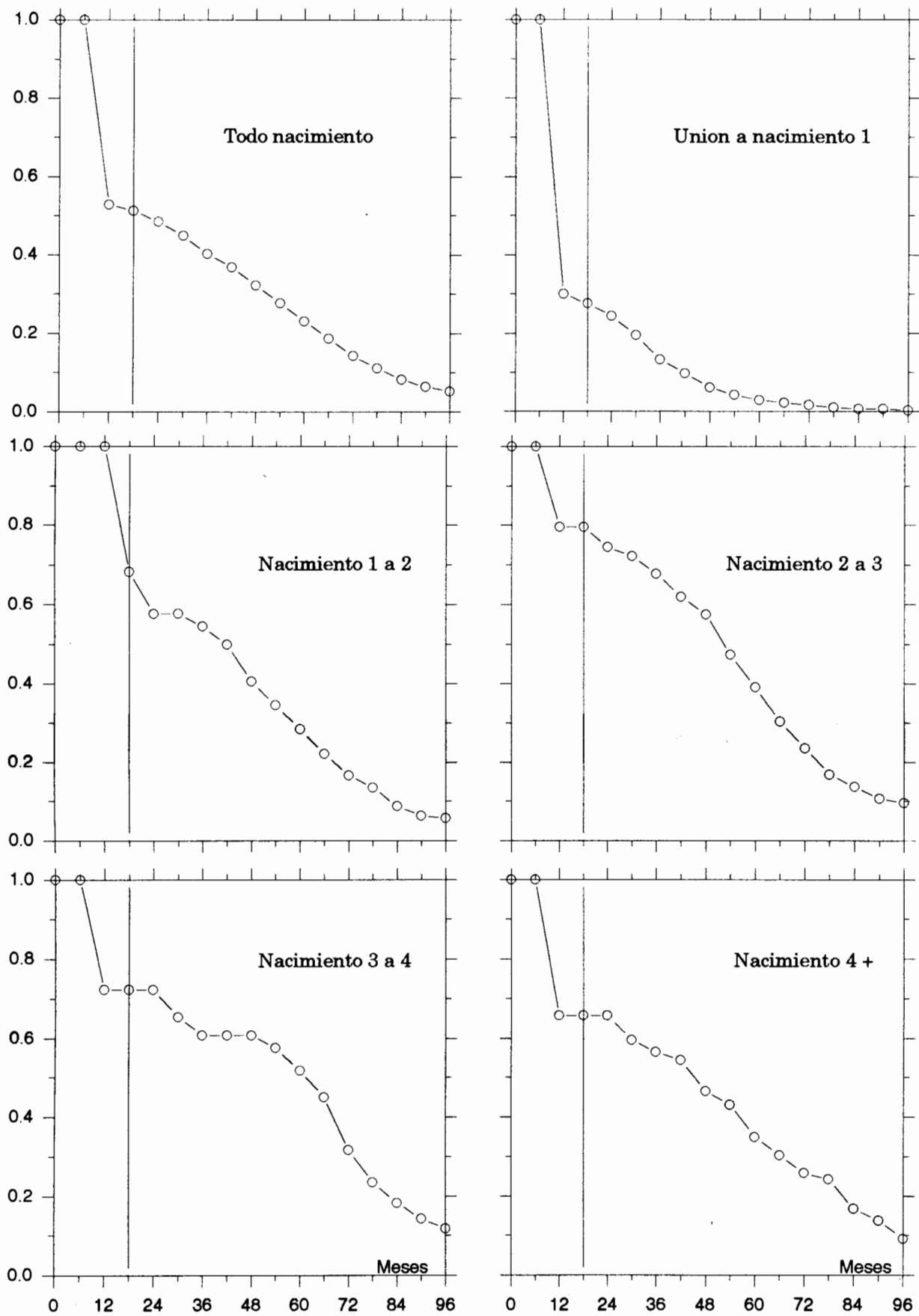
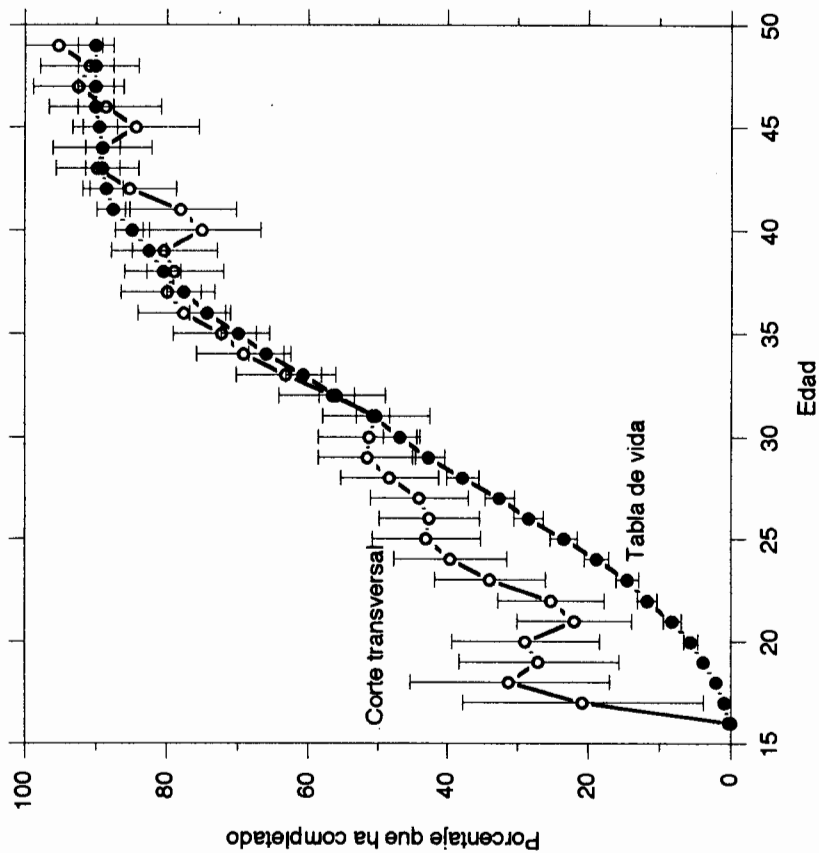


Gráfico 2.1. Porcentaje que ha completado la familia deseada por edad en (A) toda la muestra y (B) por cohorte. Datos de corte transversal y estimación de la tabla de vida

A. Toda la muestra



B. Cohortes (año en que alcanzan edad 15)

