

Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica 1999-2000: Resultados de una Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.

**Mario Chen Mok
Luis Rosero Bixby
Gilbert Brenes Camacho
Miriam León Solís
María Isabel González Lutz
Juan Carlos Vanegas Pissa**

**Programa Centroamericano de Población (PCP) de la
Escuela de Estadística
e Instituto de Investigaciones en Salud (INISA),
Universidad de Costa Rica**

San José, Enero 2001

Los autores

Gilbert Brenes Camacho, Máster en Estadística con énfasis en Población, Universidad de Costa Rica.

Mario Chen Mok, PhD en Bioestadística, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill; Profesor Asociado, Universidad de Costa Rica.

Miriam León Solís, Máster en Salud y Población, Universidad de Costa Rica.

Luis Rosero Bixby, PhD en planificación de la población y Máster en Salud Pública, Universidad de Michigan; Catedrático, Universidad de Costa Rica.

María Isabel González Lutz, Máster en Salud y Población, Universidad de Costa Rica, Catedrático, Universidad de Costa Rica.

Juan Carlos Vanegas Pissa, Egresado del programa de Maestría en Bioestadística, Universidad de Chile.

Reconocimientos

Estudio efectuado con aportes de la Fundación Andrew W. Mellon, la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social.

Reconocimiento especial a Ericka Méndez Chacón por su dedicación en el trabajo de campo y procesamiento de datos de la encuesta. Colaboraron también: Martín Fallas Leiva, Daniel Antich y la Unidad de Servicios Estadísticos (USES) de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica.

Agradecemos la colaboración de Víctor Gómez Álvarez, coordinador de la encuesta de salud reproductiva de 1992-93.

Agradecemos especialmente a las personas que dieron su valioso tiempo y proporcionaron la información solicitada para esta encuesta.

Programa Centroamericano de Población (PCP)

Escuela de Estadística,
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Costa Rica
San José 2060, Costa Rica
Tel/fax: (506)207-5693, 207-4258
<http://populi.eest.ucr.ac.cr>

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
DISEÑO DEL ESTUDIO	3
1. Población de estudio.....	3
2. Muestra general	3
3. Muestra complementaria	4
4. Resultados del trabajo de campo	5
5. Bibliografía.....	7

I PARTE

SALUD Y CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE MUJERES RESIDENTES EN COSTA RICA 1999

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SUS HOGARES	11
Introducción.....	11
1. Características de las entrevistadas.....	11
2. Características de los hogares donde viven las mujeres en edad fértil.....	12
3. Referencias.....	13
II. SALUD DE LA MUJER Y DEL NIÑO	19
Introducción.....	19
1. Salud de la mujer en edad fértil	19
1.1 <i>Tabaquismo</i>	19
1.2 <i>Prevención de cáncer de útero</i>	20
1.3 <i>Prevención de cáncer mama</i>	20
1.4 <i>Vacunación antitetánica</i>	21
1.5 <i>Consulta médica</i>	21
1.6 <i>Prevalencia de patologías específicas</i>	22
2. Salud materna y del niño menor de cinco años	22
2.1 <i>Control Prenatal</i>	22
2.2 <i>Niños prematuros</i>	23
2.3 <i>Niños con bajo peso al nacer</i>	23
2.3. <i>Atención del parto</i>	23
2.4 <i>Lactancia materna</i>	24
2.5 <i>Inmunizaciones</i>	24
2.6 <i>Morbilidad del niño</i>	25
2.6.1 <i>Diarrea</i>	25
2.6.2 <i>Fiebre/tos</i>	25
2.7 <i>Atención médica del niño enfermo</i>	26
3. Nacimientos no reconocidos por el padre.....	26
4. Referencias.....	27

III. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	43
Introducción.....	43
1. Conocimiento de métodos y fuentes.....	44
2. Aprendizaje y difusión de la planificación familiar.....	44
3. Uso pasado de la planificación familiar	45
4. Prevalencia anticonceptiva	45
5. Planificación familiar entre las mujeres no unidas.....	48
6. Proveedores de los métodos anticonceptivos	48
7. Acceso a los servicios de planificación familiar	50
IV. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD	64
Introducción.....	64
1. Antecedentes.....	64
1.1 <i>Fecundidad no deseada</i>	64
1.2 <i>Deseo de un nuevo hijo y espaciamiento</i>	65
1.3 <i>Concordancia en los deseos de la pareja</i>	65
1.4 <i>Número deseado de hijos</i>	66
1.5 <i>Antecedentes en Costa Rica</i>	66
2. Objetivos.....	67
3. Metodología	67
3.1 <i>Variables a analizar</i>	67
3.2 <i>Metodología de análisis</i>	68
4. Resultados.....	69
4.1 <i>Tendencias entre 1992 y 1999</i>	69
4.2 <i>¿Qué se asocia con el comportamiento de las preferencias de fecundidad, en 1999?</i>	69
5. Discusión y conclusiones.....	70
6. Bibliografía.....	71
V. NUPCIALIDAD, PRÁCTICA SEXUAL Y FECUNDIDAD	84
Introducción.....	84
1. El estado conyugal	85
2. Preferencias Anticonceptivas.....	86
3. Percepción acerca del Aborto.....	86
4. Percepción de la mujer costarricense respecto a la posición de la iglesia, el gobierno y la enseñanza de la educación sexual a los jóvenes	87
5. La unión libre.....	87
6. Práctica sexual	88
6.1 <i>Otros aspectos importantes de la práctica sexual</i>	88
6.2 <i>Comportamiento premarital</i>	89
6.3 <i>La primera relación sexual</i>	89
7. Disolución de la primera unión y uniones sucesivas.....	90
8. Edad de la primera Unión	90
9. Fecundidad Conyugal.....	91
10. Bibliografía	92

II PARTE
MIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA 2000:
VOLUMEN, CARACTERÍSTICAS Y SALUD REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN.....	115
--------------------------	------------

VI. NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA.....	117
---	------------

Introducción.....	117
1. Fecundidad de las nicaragüenses.....	118
2. Estimación del total de nicaragüenses.....	119
3. Características de los nicaragüenses: Distribución por sexo, edad y nivel de educación.....	122
4. Características de los hogares en los que viven los nicaragüenses.....	124
5. Referencias.....	125
Anexo: Método de estimación del total de inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica.....	134
A.1 Estimación de las MEF.....	134
A.2 Estimación de la población total.....	135
A.3 Estimación de la fecundidad relativa con regresión múltiple de Poisson.....	135
A.4 Resultados.....	135

VII. SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS: UNA COMPARACIÓN ENTRE COSTARRICENSES E INMIGRANTES NICARAGÜENSES	138
--	------------

Introducción.....	138
1. Características de las entrevistadas.....	139
2. Salud y uso de servicios.....	139
2.1 Tabaquismo.....	140
2.2 Prevención del cáncer de útero.....	140
2.3 Prevención del cáncer mamario.....	141
2.4 Vacunación antitetánica.....	141
2.5 Consulta médica en el último año.....	142
2.6 Lugar de la última consulta.....	142
2.7 Prevalencia de patologías específicas.....	143
2.8 Prevalencia anticonceptiva.....	143
2.9 Proveedor de los métodos modernos.....	144
3. Salud y uso de los servicios de madres y niños menores de cinco años.....	144
3.1 Mujeres con último hijo nacido vivo menor de cinco años.....	144
3.1.1 Control prenatal adecuado.....	145
3.1.2 Niños prematuros.....	146
3.1.3 Bajo peso al nacer.....	146
3.1.4 Parto por cesárea.....	146
3.1.5 Atención profesional del parto.....	146
3.1.6 Lactancia materna.....	147
3.2 Salud y uso de los servicios en niños menores de cinco años.....	148
3.2.1 Inmunizaciones.....	148
3.2.2 Morbilidad.....	149
3.2.2.1 Diarrea.....	149
3.2.2.2 Fiebre/tos.....	149
3.3 Atención médica del niño enfermo.....	150
3.4 Niños con padre desconocido.....	150
4. Referencias.....	150

ÍNDICE DE CUADROS

DISEÑO DEL ESTUDIO	3
Cuadro 1. Resultados del trabajo de campo	6
I. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SUS HOGARES	11
Cuadro 1. Características de las mujeres entrevistadas.	14
Cuadro 2. Mujeres con último hijo nacido vivo de 5 años o menos	15
Cuadro 3. Número y porcentaje de niños menores de 5 años.....	16
Cuadro 4. Disponibilidad de servicios básicos.	17
Cuadro 5. Tenencia de artefactos y medios de transporte.....	17
Cuadro 6. Distribución porcentual del número de personas y niños menores de 5 años en el hogar.	18
Cuadro 7. Distribución porcentual del número de mujeres de 18-44 años.	18
II. SALUD DE LA MUJER Y DEL NIÑO	19
Cuadro 1. Porcentaje de fumado según características de la mujer.....	28
Cuadro 2. Porcentaje con Papanicolau o examen ginecológico	29
Cuadro 3. Porcentaje que se autoexamina los pechos mensualmente.....	30
Cuadro 4. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años.	31
Cuadro 5. Porcentaje que consultó al médico en los últimos 5 años.	32
Cuadro 5a. Porcentaje que consultó al médico en el último año.....	32
Cuadro 6. Porcentaje que consultó al médico en el sector público.....	33
Cuadro 7. Porcentaje con las patologías indicadas confirmadas por un médico o enfermera.....	34
Cuadro 8. Porcentaje con control prenatal adecuado.....	35
Cuadro 9. Porcentaje de nacimientos prematuros y con bajo peso.	36
Cuadro 10. Porcentaje con atención profesional del parto y lugar del parto.	37
Cuadro 11. Porcentaje de duración de la lactancia materna.	38
Cuadro 12. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión por edad.....	39
Cuadro 13. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y sarampión según características de la madre.	40
Cuadro 14. Porcentaje de niños fiebre/tos o diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista. Niños menores de cinco años.....	41
Cuadro 15. Porcentaje con atención médica del niño enfermo.	42
Cuadro 16. Porcentaje de niños registrados como de padre desconocido.....	42
III. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	43
Cuadro 1. Porcentaje que conoce cada método anticonceptivo, 1976-99	52
Cuadro 2. Porcentaje que sabe donde obtener cada método, 1981-99	53
Cuadro 3. Aprendizaje de la anticoncepción: distribución según edad cuando aprendió, años de unión y fuente, 1992, 1999	54
Cuadro 4. Porcentaje que ha usado cada método anticonceptivo, 1976-99	55
Cuadro 5. Porcentaje que usó alguna vez anticonceptivos según edad, 1976-1999.....	55
Cuadro 6. Porcentaje usando cada método anticonceptivo, 1976-99.....	56
Cuadro 7. Porcentaje usando anticonceptivos en los países del Istmo.....	57
Cuadro 8. Porcentaje usando anticonceptivos por edad, hijos vivos, residencia y educación, 1976-99	58
Cuadro 9. Porcentaje de esterilizadas según años desde la primera unión, 1976-99	59

Cuadro 10.	Prevalencia anticonceptiva por estado conyugal	59
Cuadro 11.	Distribución según proveedor del método anticonceptivo, 1981-99.....	60
Cuadro 12.	Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según características seleccionadas, 1981-99	61
Cuadro 13.	Mediana de los tiempos de viaje y espera y del intervalo para reabastecerse de anticonceptivos, 1992, 1999.....	62
Cuadro 14.	Distribución y mediana del tiempo de viaje al proveedor del anticonceptivo, 1981-99	63
IV. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD		64
Cuadro 1.	Porcentaje de mujeres según si deseaban el último embarazo que tuvieron. Mujeres con al menos un hijo tenido vivo 1992 y 1999.	75
Cuadro 2.	Porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos, por edad y número de hijos nacidos vivos tenidos. Mujeres en unión y fértiles. 1992 y 1999.....	76
Cuadro 3.	Porcentaje de mujeres según el espaciamiento deseado. Mujeres en unión y fértiles que desean un nuevo hijo. 1992 y 1999.	77
Cuadro 4.	Distribución relativa de las mujeres según su percepción de las preferencias reproductivas del esposo o compañero y distribución de las que han hablado con él acerca de cuántos hijos tener. Mujeres en unión. 1992 y 1999.....	78
Cuadro 5.	Numero medio deseado de hijos, por edad, según diferentes encuestas. Mujeres en unión y fértiles. 1977 - 1999	79
Cuadro 6.	Distribución relativa de las mujeres según el tamaño deseado de familia. 1992 y 1999.....	80
Cuadro 7.	Porcentaje de mujeres con al menos un hijo tenido vivo, según si deseaban o no su último embarazo, según edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, religión y condición de trabajo. 1999.	81
Cuadro 8.	Porcentaje de mujeres fértiles, en unión, según si desean o no un nuevo hijo, por edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, condición de trabajo y religión. 1999.	82
Cuadro 9.	Porcentaje de mujeres en unión, según concordancia con los deseos de su pareja, por edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, condición de trabajo, y religión. 1999.	83
V. NUPCIALIDAD, PRÁCTICA SEXUAL Y FECUNDIDAD		84
Cuadro 1.	Distribución de las entrevistadas según el estado conyugal.....	93
Cuadro 2.	Distribución de las entrevistadas de acuerdo al estado conyugal por grupo de edad y las tres últimas encuestas realizadas.	93
Cuadro 3.	Porcentaje de mujeres entrevistadas según estado conyugal por diferentes variables demográficas.....	94
Cuadro 4.	Distribución del método preferido a usar por estado conyugal.	95
Cuadro 5.	Percepción de las entrevistadas con respecto al aborto según estado conyugal	95
Cuadro 6.	Percepción respecto a la posición de la iglesia y el gobierno de la planificación familiar y opinión acerca de la educación sexual en los jóvenes por estado conyugal.	96
Cuadro 7.	Proporción de unión libre entre las mujeres unidas por edad.	97
Cuadro 8.	Proporción de mujeres cuya primera unión se inició en unión libre por distintas variables demográficas.....	97
Cuadro 9.	Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez, en el último mes y en la última semana según su estado conyugal	98
Cuadro 10.	Porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas por grupos de edad y estado conyugal.....	98
Cuadro 11.	Porcentaje de entrevistadas que tuvieron relaciones sexuales en el último mes según la encuesta de 1986 y 1992 y porcentaje que tuvo relaciones en el último mes según la encuesta de 1999.	98

Cuadro 12.	Distribución de las mujeres en unión según número de veces que tuvieron relaciones sexuales en la semana anterior a la entrevista.	99
Cuadro 13.	Comparación del número promedio de relaciones sexuales mensuales en mujeres con edad entre 18 y 44 años por distintas variables demográficas.	99
Cuadro 14.	Comparación de la edad promedio a la primera relación sexual según diferentes variables demográficas.	100
Cuadro 15.	Perfil del comportamiento premarital según distintas variables demográficas y condición al inicio de la unión.	101
Cuadro 16.	Descripción de la diferencia de edad respecto a la pareja en el primer encuentro sexual.	102
Cuadro 17.	Método anticonceptivo utilizado en el primer encuentro sexual según variables demográficas.	102
Cuadro 18.	Razones de no uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.	103
Cuadro 19.	Porcentaje de mujeres cuya primera unión fue disuelta y porcentaje de unidas más de una vez entre las mujeres alguna vez unidas por diferentes variables demográficas.	104
Cuadro 20.	Porcentaje de mujeres unidas y desunidas por edad a la primera unión y diferentes variables demográficas.	105
Cuadro 21.	Fecundidad conyugal y general por edad.	107
Cuadro 22.	Fecundidad conyugal y general por diferentes variables demográficas.	108
Cuadro 23.	Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y estado conyugal.	108
Cuadro 24.	Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y nivel de escolaridad.	108
Cuadro 25.	Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y región.	109

VI. NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES NICARAGÜENSES EN COSTA RICA..... 117

Cuadro 1.	Comparación de las distribuciones por grupos de edad y por nivel educativo, según sexo, entre costarricenses y nicaragüenses residentes en Costa Rica.	130
Cuadro 2.	Distribución de la población femenina en edad fértil, por variables sociodemográficas, según país de origen.	131
Cuadro 3.	Comparación de la distribución según tipo de hogar, entre los hogares con mujeres en edad fértil en los que vive al menos un nicaragüense, y el resto de hogares con mujeres en edad fértil en Costa Rica.	132
Cuadro 4.	Hogares completos con mujeres en edad fértil en los que vive al menos un nicaragüense, por país de origen del jefe y país de origen de cónyuge.	132
Cuadro 5.	Comparación de las distribuciones por variables sociodemográficas de los jefes de hogares asociados a mujeres en edad fértil, según si en él vive al menos un nicaragüense o no.	133
Cuadro A.1.	Tasas específicas de fecundidad estimadas para costarricenses y para nicaragüenses en Costa Rica, 1997.	137
Cuadro A.2.	Estimación del número de mujeres nicaragüenses (1998) a partir del promedio anual de nacimientos de madres nicaragüenses (1997-1999).	137

VII. SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS: UNA COMPARACIÓN ENTRE COSTARRICENSES E INMIGRANTES NICARAGÜENSES 138

Cuadro 1.	Características de las mujeres entrevistadas, nativas y migrantes. Mujeres de 18 a 44 años de edad.	152
Cuadro 2.	Prevalencia del fumado según características de la mujer. Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes.	153
Cuadro 3.	Porcentaje con papanicolau o exámen ginecológico.	154
Cuadro 4.	Porcentaje que se autoexamina los pechos.	155
Cuadro 5.	Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años.	156

Cuadro 6.	Porcentaje que consultó al médico en el último año.....	157
Cuadro 7.	Porcentaje que consultó al médico en el sector público.....	158
Cuadro 8.	Porcentaje con las patologías indicadas confirmadas por un médico o enfermera.....	159
Cuadro 9.	Porcentaje de mujeres en unión que usa cada método anticonceptivo. Mujeres en unión.....	160
Cuadro 10.	Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público. Mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos.....	161
Cuadro 11.	Mujeres con último hijo nacido vivo menor de 5 años. Nativas y migrantes.....	162
Cuadro 12.	Control prenatal adecuado del último hijo nacido vivo. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.....	163
Cuadro 13.	Porcentaje de niños prematuros y con bajo peso al nacer. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.....	164
Cuadro 14.	Porcentaje de parto por cesárea según características de la mujer. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.....	165
Cuadro 15.	Porcentaje de atención profesional del parto y lugar del parto. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.....	166
Cuadro 16.	Porcentaje de duración de la lactancia materna. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.....	167
Cuadro 17.	Número y porcentaje de niños menores de 5 años. Hijos de nativas y migrantes.....	168
Cuadro 18.	Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión. Niños vivos menores de cinco años.....	169
Cuadro 19.	Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión por edad. Niños vivos de 1 a 4 años de edad, hijos de nativas y migrantes.....	170
Cuadro 20.	Porcentaje de enfermos con fiebre/tos o diarrea. Niños vivos menores de cinco años.....	171
Cuadro 21.	Porcentaje con atención médica del niño enfermo. Niños vivos menores de 5 años enfermos y vistos por un médico.....	172
Cuadro 22.	Porcentaje de niños con padre desconocido. Niños vivos menores de cinco años.....	173

ÍNDICE DE GRÁFICOS

IV. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD	64
Gráfico 1. Porcentaje de mujeres según el espaciamiento deseado. 1992 y 1999.....	77
Gráfico 2. Porcentaje de mujeres según número ideal de hijos. 1992 y 1999	80
V. NUPCIALIDAD, PRÁCTICA SEXUAL Y FECUNDIDAD	84
Gráfico 1. Tasas quinquenales específicas de fecundidad general y conyugal por edad.....	110
Gráfico 2. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad y estado conyugal.....	110
Gráfico 3. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad y nivel de escolaridad.....	111
Gráfico 4. Número hijos nacidos vivos según grupo de edad y región.....	111
VI. NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS INMIGRANTES	
NICARAGÜENSES EN COSTA RICA.....	117
Gráfico 1. Nacimientos de madres nicaragüenses. Costa Rica 1982-99	127
Gráfico 2. Tasas de fecundidad por edad de costarricenses y nicaragüenses. 1997.....	128
Gráfico 3. Distribución por departamento de las MEF nicaragüenses en Costa Rica y de las residentes en Nicaragua.....	129

Resumen ejecutivo

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración de 1999-2000 (ESR-99) es la primera encuesta que recoge información acerca del comportamiento reproductivo de la población residente en Costa Rica que se lleva a cabo desde la salida de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), entidad que ha financiado mayormente este tipo de esfuerzos en el pasado. La última encuesta de salud reproductiva se realizó en 1992-93. También es la primera encuesta con representatividad nacional sobre los inmigrantes nicaragüenses.

El Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica llevó a cabo la ESR-99 con el fin de obtener información reciente de las características reproductivas y de salud que sirvieran para orientar las políticas de salud del país. La ESR-99 es similar a las anteriores con relación a la información que se obtiene. Sin embargo, la encuesta recoge además información dirigida a caracterizar la población que ha inmigrado desde Nicaragua. Se entrevistó un total de 1612 mujeres entre 18 y 44 años de edad, donde además se obtuvo información detallada acerca de la composición del hogar de estas mujeres. De este total, 1029 mujeres corresponde a una muestra con representatividad nacional, llevada a cabo con base en una selección probabilística y multietápica. Las restantes 583 mujeres representan una muestra únicamente de nicaragüenses, obtenida de una selección enfocada a áreas con mayor concentración de la población inmigrante nicaragüense de todo el país. La selección fue también probabilística y multietápica.

La primera parte del análisis que se presenta en este informe toma en cuenta únicamente la muestra general de 1029 mujeres, la cual es comparable a la muestra de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1992-93 (ESR-92). Las mujeres entrevistadas en 1999 son en promedio más viejas que las entrevistadas en la ESR-92, y más de la mitad residen en el área rural. El aumento en el nivel educativo refleja las mejoras ocurridas en el país en este campo. En 1999 se observó también una disminución en el tamaño de los hogares donde residen las entrevistadas.

Los indicadores de salud analizados evidencian una mejora en el perfil de la salud materno infantil costarricense en comparación con los que se tenían para 1992. Sin embargo, hay algunos para los cuales la situación de salud se mantiene invariable.

Hay importantes aumentos en las actividades de salud preventivas, tales como, el Papanicolau, el autoexamen de los pechos (aunque en menor grado), la cobertura de vacuna contra el Tétanos y de vacunación en los niños menores de cinco años.

Elevados porcentajes de consulta médica en el último año (81%) y en los últimos cinco años(97%), evidencian el buen acceso que tienen los costarricenses a la medicina moderna. El aumento en el uso de los servicios de salud del país se refleja en un importante aumento en el porcentaje de mujeres que tuvieron, para su último hijo nacido vivo, un control prenatal adecuado y un porcentaje alto (similar al de 1992) de atención profesional en el parto.

También son reflejo de las campañas que se han venido realizando en los últimos años, el aumento en el porcentaje de madres que amamantaron a su último hijo nacido vivo por al menos tres meses y la reducción del tabaquismo entre las mujeres en edad fértil.

Por su parte, permanecen prácticamente sin variar el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y el porcentaje de niños que reciben una atención médica adecuada para resolver sus problemas de salud, ya sea, fiebre/tos, diarrea o ambas.

Para la mayoría de los indicadores señalados son claras las diferencias según las características de las mujeres entrevistadas y el comportamiento es muy parecido al presentado por la encuesta de 1992: las mujeres con mayor educación y en zonas urbanas presentan mejores índices de salud.

La prevalencia anticonceptiva aumentó de 75% a 80% entre 1992 y 1999, a pesar de la salida de la AID del país. El aumento fue especialmente entre las mujeres jóvenes y con anticonceptivos hormonales. Como contrapunto, el uso del condón disminuyó de 16% a 11%.

Se está dando un proceso paulatino de privatización y desmedicalización de la planificación familiar. La fracción que se abastece del sector público bajó de 77% a 72%, y la proporción que aprendió a planificar en un servicio de salud bajó de 20% a 14%. Es insignificante la participación de los EBAIS (2%) en la provisión de servicios de planificación familiar.

La anticoncepción de emergencia sigue siendo un secreto conocido por muy pocas personas (3% ha oído hablar de ella).

La mayor barrera de acceso a la planificación familiar, no se debe a la falta de establecimientos, sino que se encuentra dentro de las clínicas. El tiempo mediano de viaje a la fuente de abastecimiento es de 20 minutos, tanto en zonas rurales como urbanas, y en el sector público y privado, en tanto que el tiempo mediano de espera dentro del establecimiento es de 120 minutos en el sector público, comparado con 15 minutos en el sector privado.

No se encontró cambio en la fecundidad no deseada (el 51.6% de las mujeres en la muestra manifestó no desear más hijos), como tampoco en la concordancia en los deseos de la pareja (alrededor del 75% de las mujeres perciben que su compañero está de acuerdo con ellas).

Se produce un cambio importante en el deseo de espaciamiento de los hijos: disminuye el porcentaje de mujeres que indican desear períodos superiores a los 24 meses y aumenta sustancialmente el porcentaje de las que indican períodos inferiores a los 24 meses (de 33.9% a 59.7%).

El porcentaje de mujeres que no desean un nuevo hijo aumenta levemente (de 49.8% a 51.6%) y el número deseado de hijos mantiene la tendencia que ha mostrado desde 1964, al disminuir de 3.4 a 2.7 ($p < .001$).

La religión y el número de hijos tenidos vivos se asocian, en 1999, al deseo del último embarazo y al deseo por un próximo embarazo. Conforme aumenta el número de hijos tenidos vivos se muestra un mayor porcentaje de mujeres que no desearon su último hijo y un mayor porcentaje que no desea un próximo hijo; la religión católica provoca un mayor porcentaje de mujeres que dicen haber deseado su último hijo y un mayor porcentaje de mujeres que desean un próximo hijo.

La edad solamente se asocia en forma congruente con el deseo de un próximo embarazo: a mayor edad, menor proporción de mujeres desean un próximo embarazo. El rechazo del último embarazo es proporcionalmente mayor entre las mujeres menos educadas. El nivel de educación no se asocia con el deseo por un nuevo hijo o con la concordancia con la pareja.

Con relación al estado conyugal, el 68% de las mujeres en edad reproductiva se encuentran unidas legal o consensualmente, el porcentaje de mujeres en unión libre se ha incrementado desde la última encuesta en 1992, pasando de 21% a 28%, la proporción de mujeres desunidas se ha mantenido estable, disminuyendo mayoritariamente las solteras.

El comportamiento de las mujeres en unión representa un grupo poblacional de gran importancia dada su exposición a una mayor práctica sexual, consecuentemente a una mayor probabilidad de embarazo y finalmente a un mayor nivel de su fecundidad. Esto se refleja en el hecho de que se encontró las mujeres en unión presentan una expectativa de hijos nacidos vivos al final de su período reproductivo de 5.1 en comparación con un 2.3 de fecundidad general para todas las mujeres en edad reproductiva incluyendo las solteras.

Cabe destacar el inicio de temprano de la práctica premarital. En el país el 40% de las mujeres han iniciado su práctica sexual estando solteras, en el grupo de 18 y 19 años el 67% iniciaron su vida sexual estando solteras; otro aspecto importante es la frecuencia de las relaciones sexuales en función directa con el nivel de escolaridad, a mayor nivel de escolaridad más alta es la frecuencia y la condición o estado de la unión al inicio de su vida en convivencia en donde las mujeres en el área metropolitana se unen en matrimonio con mayor frecuencia que el área rural, es decir que la práctica de unión libre es más frecuente en el área rural.

Se evidencia también un cambio cultural importante en donde la mujer costarricense está iniciando su vida sexual con compañeros mayores que ellas, presentándose diferencias de hasta 20 años, se encuentran a favor de la planificación familiar, evidenciándose en el uso de métodos modernos (gestágenos orales principalmente), se manifiestan en contra del aborto (a favor solo en aquellos casos en que atenta contra la salud de la madre o el niño y en caso de incesto) y apoya de forma directa la educación sexual a los jóvenes.

La segunda parte del análisis que se presenta en este informe se concentra en el estudio de la población inmigrante nicaragüense en Costa Rica, donde se incluye además de la muestra general, la información obtenida en la muestra complementaria de nicaragüenses. Con base en ambas muestras se realizó una estimación de la cantidad de nicaragüenses en Costa Rica, así como una caracterización de esta población, donde también se compara la población costarricense con la inmigrante nicaragüense. El método para la estimación utiliza la cantidad de nacimientos de madres nacidas en Nicaragua según el Registro de Nacimientos de Costa Rica, y una estimación de la razón entre el nivel de fecundidad de las nicaragüenses, con respecto del nivel de fecundidad de las costarricenses. Se encontró que la tasa de fecundidad general de las nicaragüenses en Costa Rica es un 40% mayor que la tasa correspondiente a las costarricenses. Con base en este dato, se estimó que para mediados de 1998 se encontraban en el país aproximadamente 315 000 personas nacidas en Nicaragua.

Según la ESR-99, 40% de los inmigrantes nicaragüenses tienen edades entre los 15 y los 29 años. Un poco menos de un 25% se encuentran entre los 30 y los 44 años. En cuanto a los niveles de instrucción, cerca de un 51% de los inmigrantes tiene primaria incompleta o menos. Se estimó que el total de mujeres en edad fértil es de 93 000 mujeres. Según la encuesta, casi una cuarta parte de ellas tiene entre 20 y 24 años. La mayor parte (un 57%) vive en unión libre. Un 44% tiene primaria incompleta o ningún grado de primaria. La mayoría de ellas nacieron en departamentos relativamente populosos de Nicaragua (Managua, Chinandega y León) o bien, en los departamentos fronterizos (Región Autónoma Atlántico Sur, Rivas y Río San Juan). Cabe resaltar además que, contrario a lo que se piensa, sólo 2 de cada 5 mujeres nicaragüenses entre los 18 y los 42 años se encontraban trabajando en el momento de la encuesta.

En cuanto a los hogares con mujeres en edad fértil en los que vive al menos un nicaragüense, la mayoría de ellos (42%) se clasifican como no nucleares: junto con el jefe, cónyuge e hijos, habitan otras personas. En un 82% de los hogares con inmigrantes, el jefe es un varón, y en casi la mitad de ellos (48%), el jefe tiene entre 30 y 44 años. También resalta el hecho de que en un 23% de los casos, el jefe o jefa de estos hogares es un costarricense

Las inmigrantes nicaragüenses presentan un perfil de salud materno-infantil menos favorable que el de las costarricenses, aunque hay algunos aspectos en que esta situación se invierte.

Las nicaragüenses son en promedio más jóvenes, se concentran más en el Area Metropolitana y son mucho menos educadas (el 44% no ha completado la primaria). Casi la mitad tiene más de 5 años de vivir en Costa Rica. Aunque una proporción elevada de inmigrantes en unión usa anticonceptivos (70%), ésta es menor que la excepcionalmente alta proporción de las costarricenses (80%). Las inmigrantes presentan porcentajes más altos de niños registrados como de padre desconocido (15% comparado con un 8% de las nativas).

Las actividades de salud preventivas tienen menor cobertura entre las nicaragüenses. El 27% acostumbran autoexaminarse los pechos como medida preventiva para el cáncer mamario (45% entre las nativas). Tan solo el 37% se hicieron el Papanicolau en el último año (45% las nativas). La cobertura de vacunación de los niños contra polio, DPT y sarampión es de 80% o menos, es decir 15 puntos por debajo que los costarricenses. El déficit en la cobertura de vacunación de los hijos de inmigrantes es un problema grave que urge corregir.

Las nicaragüenses usan considerablemente los servicios de salud del país, pero en menor grado que las costarricenses: el 66% (vs. 83%) consultó un médico en el último año; el 59% (vs. 83%) tuvo un control prenatal adecuado; y el 91% (vs. 96%) tuvo atención profesional al parto.

Las inmigrantes presentan una situación de salud más favorable en tres aspectos: menor tabaquismo (6% vs. 14% han fumado alguna vez); menos partos por cesárea (13% vs 20%) y mayor proporción de mujeres vacunadas contra tétanos en los últimos diez años (83% vs.73%). En otros dos aspectos prácticamente no hay diferencias entre los dos grupos: lactancia materna y proporción de partos prematuros

Las diferencias y similitudes apuntadas no se deben a diferencias en la edad, lugar de residencia o educación, pues persisten dentro de subgrupos definidos por estas variables. En contraste, el tiempo de vivir en Costa Rica sí hace diferencia: las que tienen más tiempo se asemejan más a las costarricenses.

Introducción

Luis Rosero Bixby

Mario Chen Mok

Este informe presenta los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración de 1999-2000 (ESR-99), llevada a cabo por el Programa Centroamericano de Población (PCP) de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, con la colaboración del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). Los recursos para efectuar la encuesta fueron aportados principalmente por una donación de la Fundación Andrew W. Mellon, complementados por un aporte de la Caja Costarricense de Seguro Social y los aportes en especie y en tiempo de los investigadores de la Universidad de Costa Rica. La encuesta se llevó a cabo como un proyecto de investigación de la Universidad de Costa Rica (referencia VI-224-A0-054).

Esta encuesta continúa una tradición de estudios similares efectuados en Costa Rica a intervalos de aproximadamente 5 años, la mayoría de ellos como parte de proyectos internacionales comparativos. Estas encuestas han permitido dar seguimiento a la situación del país en lo referente a fecundidad y planificación familiar en las últimas tres décadas. Encuestas de este tipo se han efectuado en 1964, 1969, 1976, 1978, 1981, 1986, 1992/3. La presente encuesta es muy similar a la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ESR-92), efectuada siete años atrás por la CCSS con recursos de la AID, la cual aún hoy sigue siendo utilizada como fuente de datos para orientar varios programas de salud del país, incluyendo los de prevención de cáncer de mama y cuello de útero impulsados por la administración del Presidente Miguel Ángel Rodríguez.

La ESR-99 se basa en una muestra probabilística, representativa de las mujeres de 18 a 44 años de edad residentes en Costa Rica. Puede notarse que, a diferencia de encuestas previas, no incluye lo que suele considerarse el rango completo de edades reproductivas que va de los 15 a los 49 años. La exclusión de mujeres menores de 18 y mayores de 45 se debió a consideraciones económicas. Los escasos recursos disponibles únicamente permitían entrevistar una muestra de aproximadamente mil mujeres, número que es mucho menor que el de tres o cuatro mil de las encuestas anteriores. Dada esta restricción en el tamaño muestral, se optó dejar fuera las edades en que hay relativamente pocos eventos de interés para el estudio de la salud reproductiva, esto es, las edades muy jóvenes y las más avanzadas.

Una importante novedad de la ESR-99 es que tomó providencias para estudiar en detalle la inmigración de nicaragüenses a Costa Rica. En particular, incluyó una muestra complementaria de alrededor de 600 mujeres nacidas en Nicaragua, así como preguntas relacionadas con la migración. Esto permitió, por una parte, estimar con precisión el volumen de la migración nicaragüense a partir de la información disponible del registro de nacimientos y, por otra, analizar la situación de la salud reproductiva y el uso de los servicios entre las inmigrantes. Los resultados del estudio de las inmigrantes se presentan en la segunda parte del informe.

Después de una descripción del diseño del estudio y los resultados del trabajo de campo, los resultados del análisis de los datos obtenidos se presentan en dos partes. La primera parte del informe se concentra en el

análisis de la muestra original de aproximadamente 1.000 mujeres en edad fértil residentes en el país. Estos resultados reflejan la situación de la salud reproductiva en Costa Rica a fines de 1999 y son comparables a los de encuestas nacionales anteriores. La primera parte del informe está organizada en cinco capítulos, a saber:

1. Características de las mujeres en edad fértil y sus hogares.
2. Salud de la mujer y del niño.
3. Planificación familiar.
4. Preferencias reproductivas.
5. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad.

La segunda parte del informe incorpora la información de la muestra complementaria de alrededor de 600 mujeres nacidas en Nicaragua para el estudio del volumen y características reproductivas de este grupo creciente de población en comparación con las mujeres costarricenses. Los resultados de esta parte del informe se presentan en dos capítulos adicionales:

6. Número y características de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica.
7. Salud y uso de servicios.

De acuerdo con el diseño original del estudio, este informe ofrece los siguientes resultados principales de la encuesta:

1. Conocimiento sobre la situación de la salud reproductiva y la fecundidad en Costa Rica. Este conocimiento es crucial para entender y proyectar las tendencias en la natalidad en el país y, consecuentemente, las tendencias poblacionales.
2. Evaluación del estado de los servicios de salud reproductiva en el país, en especial a la luz del impacto de la salida de AID y fin de ayuda externa. Esto puede ser de gran interés para toma de decisiones en otros países. La evaluación dará información a las autoridades de salud sobre las necesidades satisfechas e insatisfechas de servicios de salud reproductiva.
3. Bases para estimar mejor el volumen de la inmigración nicaragüense al país, combinando el conocimiento existente sobre el número de nacimientos de madres extranjeras con el conocimiento aportado por la encuesta de la fecundidad de los inmigrantes.
4. Conocimiento del impacto de la inmigración nicaragüense en la demografía de Costa Rica y en los servicios de salud reproductiva.
5. Conocimiento sobre las probables causas de una tendencia preocupante en el país: el aumento epidémico de nacimientos de padre desconocido (este tópico es objeto de un análisis independiente, no incluido en el presente informe).

En este informe solo se analiza de manera superficial una fracción de la información recolectada. Los investigadores que deseen analizar en profundidad estos datos, los encontrarán disponibles en Internet en el servidor del PCP: <http://populi.eest.ucr.ac.cr>.

Diseño del estudio

Mario Chen Mok

1. Población de estudio

La población de interés de la ESR-99 la constituyen todas las mujeres residentes en viviendas particulares de Costa Rica con edades entre 18 y 44 años¹. Además, dentro de esta población nos interesa estudiar la población inmigrante nicaragüense y por lo tanto se realizaron esfuerzos para obtener suficiente información para este grupo de población.

En primera instancia, se seleccionó una muestra probabilística a nivel nacional. Los segmentos censales seleccionados en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1992-93 (ESR-92) sirvieron de marco muestral para esta muestra, además de un listado complementario de segmentos que no existían en 1992. El marco muestral de la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC) fue empleado para la actualización de la información de los segmentos.

Por otro lado, con el objetivo de aumentar el número de mujeres nicaragüense en la muestra final, se obtuvo una muestra complementaria. Esta muestra fue dirigida a la selección de mujeres nicaragüenses en el país. La descripción de los procedimientos de muestreo en las secciones siguientes se hará en forma separada para la muestra general y la complementaria.

2. Muestra general

Se llevó a cabo un muestreo de áreas de etapas múltiples similar al utilizado en la ENR-92, donde se partió del listado de los segmentos censales seleccionados en la encuesta de 1992. Para las siguientes etapas, no se seleccionaron necesariamente los mismos segmentos compactos, viviendas y finalmente mujeres, sino que se llevó a cabo una selección independiente dentro de las unidades primarias de muestreo (UPM) seleccionadas. A continuación se detallan los procedimientos de selección para las etapas del muestreo:

¹ Este rango de edad constituye una diferencia importante con relación a la encuesta de salud reproductiva de 1992 que consideró mujeres de 15 a 49 años de edad. La reducción en el rango de edades se efectuó en razón de las limitaciones financieras del presente estudio y la necesidad de optimizar la cantidad de información recolectada por entrevista. Las entrevistadas menores de 18 y mayores de 45 años usualmente aportan poca información en este tipo de estudios, pues en su mayoría no participan del proceso reproductivo.

1. Selección de UPMs: Dado que se deseaba un mínimo de 1000 entrevistas, estimando que se encontrarán 0.85 mujeres elegibles por vivienda en promedio y considerando una tasa de no-respuesta de alrededor del 10% (ESR-92), se decidió visitar un total de 1300 viviendas. Con un total de 50 UPMs, se planeó visitar un total de 26 viviendas en promedio en cada UPM. La selección se llevó a cabo de la siguiente manera:
 - a) Se llevó a cabo una actualización del marco para esta selección, donde se obtuvo el número de viviendas de cada segmento censal seleccionado en la ESR-92. Para ello se utilizó el marco actual de la DGEC.
 - b) Las UPMs de la ESR-92 se ordenaron por estratos y se seleccionarán 46 UPMs con probabilidad proporcional al tamaño en forma sistemática.
 - c) Las 4 UPMs restantes se seleccionaron con probabilidad proporcional al tamaño del listado de segmentos nuevos.
2. En aquellas UPMs seleccionadas, se definieron segmentos compactos de 13 viviendas en promedio y se seleccionaron 2 de estos compactos en forma aleatoria. Todas las viviendas de estos compactos fueron visitadas.
3. Se entrevistaron a todas las mujeres elegibles que se encontraron en las viviendas visitadas.

Siguiendo este diseño, las probabilidades de selección para cada persona es la siguiente:

$$p = \left[\frac{aMDT_a}{\sum_a^k MDT_a} \right] \times \left[\frac{b}{MDT_a} \right] \times \frac{1}{2} = \frac{ab}{2 \sum_a^k MDT_a}$$

donde MDT_a es la medida de tamaño de la a -th UPM,
 a es el número de UPMs seleccionadas, $a = 50$,
 b es el número de viviendas seleccionadas en cada UPM, $b = 26$,
 k es el número total de UPMs en la ESR-92.

Esto implica que se tiene igual probabilidad de selección para cada unidad.

3. Muestra complementaria

El diseño muestral para esta parte del estudio tuvo varios obstáculos debido a la falta de información que permita localizar este grupo de población. Por lo tanto, fue necesario diseñar procedimientos dirigidos a la localización de mujeres elegibles nicaragüenses entre la población total y para ello el muestreo se concentró en áreas donde se sospecha existe mayor concentración de nicaragüenses alrededor de todo el país.

Para la construcción del marco muestral, para esta parte del estudio, se utilizaron dos fuentes de información. La primera es un listado de distritos con la cantidad de nacimientos de madres nicaragüenses ocurridos en 1998 y la segunda es el listado de distritos seleccionados en la encuesta de hogares de 1997 con información del número de mujeres nicaragüenses entre 18 y 44 años. Se decidió eliminar distritos

donde la información de ambos listados indicaban una presencia baja o nula de nicaragüenses en el área. Con base en este marco muestral de distritos, se llevaron a cabo las siguientes etapas de muestreo:

1. Selección de UPMs: Dado que la información con la que se cuenta está dada por distritos, estos fueron tomados como las UPMs de esta parte del estudio y dado que no existen estadísticas distritales del número de nicaragüenses, se utilizó el número de nacimientos de madres nicaragüenses como medida de tamaño aproximado para la selección proporcional al tamaño, la cual se llevó a cabo en forma sistemática.
2. Se obtuvieron los segmentos censales correspondientes a los distritos seleccionados. Aquí se realizó una nueva depuración de estos segmentos, con base en visitas al campo, para eliminar aquellos donde no parecen haber nicaragüenses.
3. Debido a que el número de viviendas no nos asegura un número determinado de mujeres nicaragüenses elegibles, no podemos definir compactos a priori. En su lugar, se seleccionaron puntos de arranque aleatorios dentro de cada distrito seleccionado. Cada entrevistadora recorría el distrito desde el punto de arranque, identificando mujeres elegibles. El recorrido termina cuando la entrevistadora hubo identificado exactamente 12 mujeres elegibles, lo cual incluye las entrevistas realizadas, las pendientes y los rechazos.

Se deseaba obtener un total de 500 entrevistas en esta parte del estudio. Si tomamos 50 UPMs (un distrito puede tener más de una UPM), necesitábamos un total de 10 entrevistas por UPM, o equivalentemente 10 por cada punto de arranque aleatorio, con un 12% de no-respuesta, deberá contactarse al menos 12 mujeres elegibles por UPM.

4. Resultados del trabajo de campo

El trabajo de campo fue llevado a cabo por varios equipos de entrevistadoras debidamente entrenadas en el manejo del cuestionario. Cada equipo fue supervisado por una persona entrenada además con respecto a los procedimientos de campo establecidos para la selección de las mujeres elegibles dentro de las UPMs. El trabajo de recolección de información se realizó en dos partes. Primero, se llevó a cabo la muestra general entre los meses de Octubre y Diciembre de 1999. Segundo, se llevó a cabo la muestra complementaria entre los meses de Enero y Marzo del 2000. El cuadro 1 presenta los resultados del trabajo de campo.

Cuadro 1. Resultados del trabajo de campo

Resultados	Muestra General	Muestra Complementaria
Total de viviendas ocupadas	1446	586
Viviendas con información	1357	525
Mujeres Elegibles	1171	624
Entrevistas realizadas	1029	583
Entrevistas no realizadas	142	41
Pendientes	111	36
Rechazos	22	5
Incompletas	1	0
Otras razones	8	0
Viviendas por compacto	14.46	11.72
Mujeres Elegibles por vivienda	0.86	1.19
Entrevistas por vivienda	0.76	1.11
% Viviendas con información	93.85	89.59
% Entrevistas realizadas	87.87	93.43
% Entrevistas no realizadas	12.13	6.57
% Pendientes	9.48	5.77
% Rechazos	1.88	0.80
% Incompletas	0.09	0.00
% Otras razones	0.68	0.00

5. Bibliografía

Caja Costarricense de Seguro Social, Programa de Salud Reproductiva. (1994) *Fecundidad y Formación de la Familia*. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993.

Dirección General de Estadística y Censos.(1988). *Programa de Encuesta de Hogares: Informe Final sobre la Metodología del Marco Muestral de Viviendas y los Diseños Muestrales Aplicados*. Convenio MEIC-BID-CEPAL ATN-SF-2419-CR. San José, Costa Rica.

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

Bermúdez Méndez, A., & Rosero Bixby, L. (1994). *Metas Reproductivas y Patrones de Crianza de los Hijos*. (Caja Costarricense de Seguro Social) (Encuesta de Salud Reproductiva de 1993 Informe de Trabajo N. 1). San José, Costa Rica: Reimpreso por Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Gómez, V. (Editor). (1995) *Actualidad Demográfica de Costa Rica 1994*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Programa Centroamericano de Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Findley, S.E. (1982)“Migration survey methodologies: A review of design issues”. *IUSSP papers no. 20*, Liege.

International Migration Review, Special Issue. (1987). Measuring International Migration: theory and practice”. *Cooperation with International Union for the scientific study of population*, Vol. 21, winter 1987, Center for migration studies, New York.

I Parte

Salud y características reproductivas de mujeres residentes en Costa Rica 1999



I. Características de las mujeres en edad fértil y sus hogares

Mario Chen Mok

Miriam León Solís

Introducción

La encuesta de salud reproductiva y migración de 1999 además de las variables de salud y migración de las mujeres en edad fértil, recogió información para la caracterización de los hogares donde residen las mujeres en edad fértil. A diferencia de la encuesta de 1992, la ESR99 obtuvo información más detallada acerca de la composición de estos hogares y características de sus miembros en un módulo independiente. Aunque el número de entrevistas individuales realizadas fue de 1029, el número de hogares correspondientes es de 886 ya que en 143 hogares se realizaron más de una entrevista.

Este capítulo pretende dar una visión general del tipo de mujeres que se encuentran en edad reproductiva en Costa Rica y sus hogares. La caracterización de los hogares permite valorar un poco las condiciones en que viven las mujeres.

En la primera sección de este capítulo se describen las características de las entrevistadas; en particular, la edad, el lugar de residencia y la educación. De seguido se describen las características de las mujeres con su último hijo nacido vivo menor de 5 años y las de todos los niños menores de cinco años y de sus madres.

En la segunda sección se presenta un perfil de los hogares en los que residen las mujeres en edad fértil, donde se describe la disponibilidad de servicios básicos, la tenencia de artefactos como indicador del nivel socioeconómico y finalmente el número de personas y niños que habitan en estos hogares.

1. Características de las entrevistadas

Las entrevistadas son en su mayoría costarricenses (88%). Los inmigrantes representan un 12% por ciento, 10% de Nicaragua y 2% de otro país. Estas cifras reflejan la creciente importancia de la inmigración a Costa Rica. La encuesta de 1992 no investigó este tópico.

Más de la mitad de las entrevistadas (52%) indicaron no trabajar ni estudiar, trabajan y estudian un 2%, sólo estudia un 7% y sólo trabaja un 39%. Las que trabajan se dedican a labores muy diversas, entre las que destacan principalmente: las ventas, los servicios domésticos, mensajería, operadoras de máquinas de textiles y productos de piel, oficinistas, auxiliares de contabilidad, niñeras, camareras, ayudantes de enfermería, cocineras, operarias de productos lácteos, costureras, profesionales de la enseñanza entre otros.

La distribución porcentual según la edad, el lugar de residencia y la educación de las entrevistadas se presentan en el cuadro 1. Esta distribución varía con respecto a la encuesta de 1992. Se tiene un porcentaje más alto de mujeres mayores de 30 años: un 51% comparado con un 48% en 1992. Asimismo, un 52% residen en el área rural y un 20% en el área urbana. Los porcentajes para 1992 son 43% y 26% respectivamente.

La distribución según nivel educativo evidencia una reducción del grupo con primaria incompleta y un aumento del grupo con secundaria completa y más, lo que refleja las mejoras ocurridas en el país en este campo. Cabe notar que las mujeres sin educación secundaria aun constituyen el 45% (cuadro 1).

Las mujeres con último hijo nacido vivo de cinco años o menos son 411. El 59% tiene menos de 30 años y más de la mitad reside en el área rural (56%). Una tercera parte, son mujeres con primaria completa y un 23% tiene secundaria completa y más (cuadro 2).

La distribución por lugar de residencia y educación varía entre las encuestas. No obstante, los mayores y menores porcentajes se asocian siempre con los mismos grupos.

El total de niños menores de cinco años es de 520 (511 vivos y 9 muertos). El 80% tienen edades de entre uno y cuatro años y el 20% son menores de un año. El cálculo de los indicadores se hace sólo para los niños vivos, ya que para los muertos había muchos datos faltantes.

La distribución de los niños según las características de sus madres se presenta en el cuadro 3. El 61% de los niños son hijos de madres menores de 30 años. Un 57%, residen en el área rural y un 18% en el área urbana. Más de la mitad tiene madres con a lo sumo primaria completa y una quinta parte tiene madres con secundaria completa y más (cuadro 3).

2. Características de los hogares donde viven las mujeres en edad fértil

Los resultados obtenidos indican que casi todas las residencias donde viven las mujeres en edad fértil cuentan con los servicios básicos de electricidad, agua potable y servicio sanitario con porcentajes superiores al 95% (cuadro 4). Estos niveles altos fueron observados también en la encuesta de 1992, pero sin embargo, en 1999 se observó un aumento de la cobertura de estos servicios.

Uno de los indicadores que comúnmente se han utilizado para el estudio del nivel socioeconómico de los hogares ha sido la tenencia de artefactos y medios de transporte. En el cuadro 5 se presentan los porcentajes de hogares que poseen estos bienes. Podemos notar un amplio número de hogares con los artefactos que facilitan el quehacer doméstico, como la cocina (93.1%), refrigeradora (86.0%) y lavadora (84.7%). Los porcentajes son mucho menores para artículos considerados como más de lujo. Cabe destacar que casi un tercio de las mujeres en edad fértil poseen un automóvil en el hogar donde residen.

El número medio de personas por vivienda observado en 1999 fue de 4.6, lo cual indica una reducción del número medio observado en la encuesta de 1992 de 5.0. El número de hogares con 5 o más personas disminuye en poco más de un 10% (cuadro 6). Esta disminución tiene un impacto en particular en el aumento de hogares con 3 o 4 personas. Sin embargo, el porcentaje de hogares donde solo vive la mujer entrevistada o acompañada por un miembro más, también sufre un aumento.

Paralelo a esta disminución del número de personas en el hogar, podemos observar también una disminución en el número de niños menores de 5 años, donde el porcentaje de estos hogares sin niños alcanzó un 55.9% y el de 3 niños o más bajó a 1.7% (cuadro 6).

Los hogares en este estudio son aquellos en los que reside al menos una mujer en edad fértil. La distribución porcentual del número de mujeres en edad fértil para esta encuesta se presenta en el cuadro 7. Aunque en la mayoría de estos hogares solo reside una mujer en edad fértil (83.6%), el porcentaje de hogares con mas de una mujer entre 18 y 44 años de edad es también considerable.

3. Referencias

Caja Costarricense de seguro Social. (1994). Fecundidad y Formación de la Familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Departamento de Medicina Preventiva. Programa Salud Reproductiva. San José-Costa Rica.

Cuadro 1. Características de las mujeres entrevistadas.
Mujeres en edad fértil.

Características de la mujer	ESR-92		ESR-99	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Número de casos	3618	100	1029	100
<i>Edad</i>				
15-19	613	16.9	92 ¹	8.9 ¹
20-24	598	16.5	217	21.1
25-29	676	18.7	194	18.9
30-34	601	16.6	189	18.4
35-39	493	13.6	190	18.5
40-44	375	10.4	147	14.3
45-49	262	7.2	-	-
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	1107	30.6	292	28.4
Resto Urbano	952	26.3	201	19.5
Area Rural	1559	43.1	536	52.1
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	649	17.9	149	14.5
Primaria completa	1159	32.0	319	31.0
Secundaria incompleta	782	21.6	247	24.0
Secund. completa y más	1028	28.4	314	30.5

¹ Solo incluye mujeres de 18-19 años de edad

Cuadro 2. Mujeres con último hijo nacido vivo de 5 años o menos

Características de la mujer	ESR-92		ESR-99	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Número de casos	1566	100	411	100
<i>Edad</i>				
menor de 30	889	56.8	244	59.4
30 y más	677	43.2	167	40.6
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	434	27.7	107	26.0
Resto Urbano	370	23.6	76	18.5
Area Rural	762	48.7	228	55.5
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	275	17.6	82	20.0
Primaria completa	568	36.3	131	31.9
Secundaria incompleta	319	20.4	102	24.8
Secund. completa y más	404	25.8	96	23.4

Cuadro 3. Número y porcentaje de niños menores de 5 años

Características de la madre	ESR-92		ESR-99	
	Número	Porcentaje	Número*	Porcentaje
Número de casos	1856	100	511	100
<i>Edad</i>				
menor de 30	1125	60.6	314	61.4
30 y más	731	39.4	197	38.6
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	489	26.3	128	25.0
Resto Urbano	436	23.5	90	17.6
Area Rural	931	50.2	293	57.3
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	379	20.4	108	21.1
Primaria completa	678	36.5	170	33.3
Secundaria incompleta	349	18.8	126	24.7
Secund. completa y más	450	24.2	107	20.9

* se tiene además un total de 9 niños muertos

Cuadro 4. Disponibilidad de servicios básicos.

	ESR-92	ESR-99
Número de casos	3618	886
Agua de cañería	96.4	97.6
Electricidad	97.0	98.8
Clase de servicio		
Cloaca/tanque séptico	84.2	89.7
Letrina	15.4	9.6
Otro/Ninguno	0.4	0.3

Cuadro 5. Tenencia de artefactos y medios de transporte.

	ESR-99
Número de casos	886
Cocina de gas o eléctrica	93.1
Televisor a color	87.7
Televisor con cable	12.7
Refrigeradora	86.0
Lavadora	84.7
Teléfono	50.3
Bicicleta	61.2
Motocicleta	5.0
Automóvil, Jeep o similar	28.4

Cuadro 6. Distribución porcentual del número de personas y niños menores de 5 años en el hogar.

	ESR-92	ESR-99
Número de casos	3618	886
Número de personas		
1-2	7.0	8.6
3-4	38.9	47.4
5 o más	54.1	44.0
Número de niños		
0	52.8	55.9
1-2	43.9	42.4
3 o más	3.3	1.7

Cuadro 7. Distribución porcentual del número de mujeres de 18-44 años.

	ESR99
Número de casos	886
Número de mujeres	
1	83.6
2	13.4
3 o más	2.9

II. Salud de la mujer y del niño

Miriam León Solís

Luis Rosero Bixby

Introducción

En este capítulo se presentan los resultados de la encuesta referentes a la salud de la mujer en edad fértil y de sus hijos menores de cinco años. Se presentan indicadores para caracterizar el perfil de salud materno infantil en el país y se hace una comparación con los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva de 1992, realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el análisis se abordan temas relacionados con factores de riesgo para la salud, actividades preventivas, utilización de los servicios médicos, inmunizaciones, morbilidad de la mujer y del niño, entre otros. Los indicadores analizados son: prevalencia del fumado, porcentaje de mujeres con Papanicolau (PAP), frecuencia de autoexamen de pechos, porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años, porcentaje de consultas médicas en los últimos cinco años y en el último año, porcentaje con algunas patologías confirmadas por un médico o enfermera, control prenatal adecuado, porcentaje con atención profesional en el parto, porcentaje de niños prematuros, porcentaje de duración de la lactancia materna, patrones de inmunización, incidencia de fiebre/tos y diarrea, porcentaje de niños con atención médica adecuada y porcentaje de niños registrados como de padre desconocido.

El capítulo consta de tres secciones. En la primera se analiza el perfil de salud de la mujer. En la segunda, el perfil de salud materna y del niño. La tercera sección es muy breve y no se refiere directamente a aspectos de salud: analiza la proporción de nacimientos registrados sin reconocimiento del padre o como de “padre desconocido”.

1. Salud de la mujer en edad fértil

1.1 Tabaquismo

Los resultados muestran que el tabaquismo en las mujeres en edad fértil ha disminuido. Comparando los resultados con la encuesta de 1992, tanto el porcentaje de mujeres que alguna vez ha fumado diariamente como la prevalencia del fumado (fuman actualmente) presenta una ligera disminución. El porcentaje de mujeres que ha fumado alguna vez diariamente pasó de 17% en 1992 a 14% en 1999. La reducción para la prevalencia del fumado es de dos puntos porcentuales, pasando de 8% en 1992 a un 6% en 1999.

Según las características de las entrevistadas, se evidencian algunas diferencias entre los grupos analizados. Al igual que en 1992, el tabaquismo suele ser mayor entre las mujeres de más edad. Sin embargo, en 1999 las diferencias son menores (Cuadro 1).

El porcentaje de mujeres que alguna vez ha fumado diariamente evidencia marcadas diferencias según el lugar de residencia de las entrevistadas. Los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de la zona urbana (19%) y las del área metropolitana de San José (17%). Asimismo, cabe notar una importante reducción entre quienes viven en la zona rural, pasando de 24% en 1992 a un 10% en 1999.

Las diferencias según la educación de la mujeres son claras: un 10% de las mujeres con primaria completa ha fumado alguna vez diariamente, comparado con un 16% de quienes tienen secundaria completa y más (Cuadro 1).

En cuanto a la prevalencia de fumado no se evidencian diferencias marcadas según la edad ó la educación de la entrevistada. La prevalencia es diferente según el lugar de residencia: un 3% fuma en el área rural comparado con un 9% en el área urbana (Cuadro 1).

1.2 Prevención de cáncer de útero

El porcentaje de mujeres que alguna vez se ha hecho un Papanicolau (PAP) o examen ginecológico ha aumentado en cinco puntos porcentuales, pasando de 74% en 1992 a 79% en 1999.

Como es de esperar, los porcentajes más altos se asocian con las mujeres de mayor edad (92%). Es interesante notar que los porcentajes más bajos corresponden a las mujeres con mayor educación (73%), comportamiento no tan claro en 1992.

Las diferencias son pequeñas según el lugar de residencia: se han hecho un PAP o examen ginecológico, un 77% de quienes viven en el área urbana comparado con un 80% en el área rural (Cuadro 2). En 1992, el comportamiento fue muy similar.

Con respecto al tiempo transcurrido desde que se realizaron el último PAP o examen ginecológico, un 45% de las mujeres se lo hicieron en el último año. Este porcentaje ha aumentado en 8 puntos porcentuales comparado con 1992. Las diferencias son marcadas según la edad y el lugar de residencia, pero no son tan claras según la educación de la mujer. Los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de mayor edad (50%), las residentes en el área metropolitana (48%) y quienes tienen secundaria completa y más (46%). En 1992 sólo se evidencian diferencias marcadas según la edad de la mujer (Cuadro 2).

1.3 Prevención de cáncer mama

A la pregunta ¿se examina los pechos mensualmente después de la menstruación?, un 44% respondieron que nunca y sólo un 15% contestaron que siempre. Los porcentajes para 1992 son 56% y 21% respectivamente. Si bien el porcentaje que nunca se autoexamina ha disminuido, también se ha reducido la frecuencia con que se practica el examen. Por ejemplo, el porcentaje que se autoexamina a veces pasa de un 7% en 1992 a un 24% en 1999 (Cuadro 3).

Agrupando las respuestas siempre, casi siempre y a veces como una sola categoría “acostumbra autoexaminarse” el porcentaje de respuestas positivas es de 46%, siete puntos porcentuales más alto que en 1992. Por otra parte, se evidencian marcadas diferencias según el lugar de residencia y la educación de las entrevistadas. Por ejemplo, acostumbran autoexaminarse un 45% de quienes residen en el área rural comparado con un 53% de quienes viven en la zona urbana. Los porcentajes para 1992 son 36% y 43% respectivamente.

Cabe notar que los porcentajes aumentan conforme aumenta la educación de la mujer: acostumbra autoexaminarse un 32% en el grupo de mujeres con primaria incompleta, un 41% en el grupo con primaria completa y un 56% en el grupo con secundaria completa y más (Cuadro 3).

1.4 Vacunación antitetánica

El porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años ha aumentado en 17 puntos porcentuales pasando de 58% en 1992 a 74% en 1999. Este es el indicador para el cual se tiene el mayor aumento respecto a la encuesta de 1992 (Cuadro 4).

Se evidencian marcadas diferencias según el lugar de residencia y la educación de la mujer y son menores según la edad de las mismas. Al igual que en 1992, son las mujeres más educadas quienes evidencian los menores porcentajes de vacunación. Por ejemplo, un 70% para el grupo con secundaria y más, comparado con un 80% para el grupo con primaria incompleta. En 1992, los porcentajes son 52% y 61% respectivamente.

En cuanto al lugar de residencia los menores porcentajes de vacunación corresponden a las mujeres residentes en el área urbana: un 70% comparado con un 76% de quienes viven en el área rural.

Cabe destacar un porcentaje alto de mujeres que no saben si han sido vacunadas, un 10%. Presentan los porcentajes más altos las mujeres más jóvenes, las residentes en el área rural y las del grupo con primaria completa, todos con un 12% (Cuadro 4).

1.5 Consulta médica

Las visitas al médico dan una idea del acceso que tienen las entrevistadas a los servicios médicos. Se analizan dos indicadores: el porcentaje que consultó al médico en los últimos cinco años y el porcentaje que lo hizo en el último año. Casi todas las mujeres (97%) consultaron un médico en los últimos cinco años y un 89% consultó en el último año (Cuadro 5). Estos elevados porcentajes son un reflejo del buen acceso que tienen las costarricenses a la medicina moderna.

El porcentaje que consultó en los últimos cinco años aumentó en ocho puntos porcentuales, pasando de 89% en 1992 a un 97% en 1999. Según las características de las entrevistadas, las diferencias entre los grupos de análisis, que eran claras en 1992, se han atenuado en 1999 (Cuadro 5).

Los porcentajes varían poco según la edad y el lugar de residencia de las entrevistadas. Sin embargo, persisten diferencias según la educación de ellas. Por ejemplo, consultaron en el último año un 74% del grupo con primaria incompleta comparado con un 85% del grupo con secundaria completa y más (Cuadro 5a).

En el Cuadro 6 se presenta el porcentaje que consultó un médico en el sector público. Este indicador se refiere al centro de salud (hospital, clínica, EBAIS, farmacia, etc.) que visitaron las mujeres en su última consulta médica, agrupados según el sector al que pertenecen, a saber, público, privado, otro.

El sector público es quien atiende el mayor número de consultas médicas en el país, un 74%. La institución más importante dentro de este sector es la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual atiende el 71% de las consultas. Por otra parte, el 22% de las entrevistadas señalaron como segundo proveedor de servicios médicos al sector privado (Cuadro 6).

Son las mujeres de mayor edad (76%), las residentes en el área rural (81%) y las menos educadas (86%) quienes consultan con mayor frecuencia en el sector público. Asimismo, los porcentajes son menores para las mujeres con más educación. Por ejemplo, realizaron su última consulta médica en el sector público un 86% de las mujeres con primaria incompleta comparado con un 59% de quienes tienen secundaria completa y más (Cuadro 6). No se recolectó información comparable en 1992.

1.6 Prevalencia de patologías específicas

En la encuesta se preguntó por la prevalencia (diagnosticada por un médico) de ciertas patologías que se sabe son frecuentes en la población de esta edad, tales como: presión arterial alta, várices, infección de la matriz, tumores o quistes en la matriz, tumores o quistes en los pechos, problemas de infertilidad, Diabetes Mellitus u otro problema.

Los problemas más importantes en 1999 son los mismos que en 1992; no obstante, los porcentajes tienden a disminuir. Las várices son la patología más común (15% en 1999-18% en 1992), seguida por la infección de la matriz (9% en 1999- 11% en 1992) y la presión arterial alta (9% en 1999-14% en 1992). Se mantienen con un porcentaje muy similar los tumores o quistes en la matriz (5%) y los problemas de infertilidad (3%). Asimismo, un 2% padecen de Diabetes Mellitus.

La prevalencia más alta, para la mayoría de las patologías, corresponde a las mujeres de mayor edad. Por ejemplo, padecen de várices un 8% de las mujeres menores de 30 años comparado con un 21% de las que tienen más edad. En 1992, el comportamiento es muy similar.

Las diferencias según el lugar de residencia son menos marcadas. Por ejemplo, los problemas de presión arterial alta se presentan con mayor frecuencia entre las residentes del área metropolitana y rural; un 10% comparado con un 6% en el resto urbano. Las várices y la infección de la matriz son problemas mucho mayores para quienes residen en el área urbana y rural del país: un 17% comparado con un 9 % de quienes residen en el área metropolitana. La infección de la matriz es menor entre las mujeres del área metropolitana: 6% comparado con un 11% de quienes viven en el resto del país (Cuadro 7).

2. Salud materna y del niño menor de cinco años

Los indicadores de control prenatal, atención del parto y lactancia materna, como se menciona al inicio del capítulo, corresponden al último hijo nacido vivo de cinco años o menos; mientras que los otros indicadores se calculan para todos los niños vivos menores de cinco años.

2.1 Control Prenatal

La atención prenatal es un aspecto de suma importancia durante el embarazo, tanto para garantizar un buen desarrollo del niño como para detectar y prevenir a tiempo problemas o complicaciones del parto. Definiendo como control adecuado todos aquellos casos que tuvieron mínimo tres controles prenatales y al menos uno en el primer trimestre; los resultados muestran que, aproximadamente una quinta parte de la población no tiene un control adecuado.

Un 3% señalan no haber tenido control de su último embarazo y sólo un 80% tuvieron el primer control en el primer trimestre. En cuanto al número de controles se tiene alrededor de una tercera parte con un total de entre 3 y 6 controles prenatales y, solamente, un 50% con entre 7 y 9 controles prenatales (Cuadro 8).

Comparando los resultados con la encuesta de 1992, se evidencia una mejora en la captación temprana de la embarazada. Además, el porcentaje de mujeres con control prenatal adecuado ha aumentado en siete puntos porcentuales, pasando de 74% en 1992 a un 81% en 1999. Las diferencias con respecto a la edad de la madre se reducen y se mantiene muy similares según el lugar de residencia. Por ejemplo, tuvieron control adecuado un 92% de las residentes en el área urbana comparado con un 78% para el área rural. En 1992, las diferencias se presentaban entre las mujeres del área rural (69) y las del área metropolitana de san José (79%).

Por otra parte, las diferencias según la educación de las madres evidencian un comportamiento parecido al de 1992. Tuvieron un control prenatal adecuado, un 70% de las mujeres en el grupo con primaria incompleta, comparado con un 90% de las que pertenecen al grupo con educación secundaria y más. Los porcentajes para 1992 son 62% y 84% respectivamente (Cuadro 8).

2.2 Niños prematuros

Este indicador se refiere a la edad gestacional del último hijo nacido vivo de cinco años o menos. El porcentaje de niños con nacimiento prematuro no ha cambiado mucho y se mantiene muy cercano al 10% en ambas encuestas (Cuadro 9).

No se evidencian marcadas diferencias según la edad o el lugar de residencia. Con respecto a la educación de la madre es difícil establecer un patrón ya que se presentan porcentajes altos y bajos entre los distintos grupos.

Este es uno de los indicadores que varía muy poco entre las encuestas. El cambio más claro es la desaparición de las diferencias tan marcadas según el lugar de residencia de las madres (Cuadro 9).

2.3 Niños con bajo peso al nacer

Se considera bajo peso al nacer al inferior a los 2.500 gramos. El porcentaje de niños con bajo peso al nacer es bajo y muy similar en ambas encuestas (7% en 1992 vs. 6% en 1999). Sin embargo, las diferencias entre los grupos parecen haberse acentuado (Cuadro 9).

Se evidencian claras diferencias según la edad de las entrevistadas. Reportaron su último hijo nacido vivo con bajo peso al nacer un 9% de las entrevistadas menores de 30 años, en comparación con un 3% de quienes tienen 30 años o más. En 1992 no se evidencian diferencias por edad de la mujer.

Contrario a 1992, se tienen claras diferencias según el lugar de residencia de la madre. Por ejemplo, reportaron su último hijo nacido vivo con bajo peso al nacer, un 3% de las mujeres residentes en el área urbana, comparado con un 11% de quienes viven en el área metropolitana (Cuadro 9).

Las diferencias según la educación de la madre también se acentuaron. Tuvieron niños con bajo peso al nacer, un 9% de las madres con primaria incompleta, comparado con un 3% de madres con secundaria completa y más. Los porcentajes para 1992 son 8% y 5% respectivamente (Cuadro 9)

2.3. Atención del parto

Más del 90% de los partos se aendió en centros hospitalarios del sector público y el 97% de las madres recibió atención profesional en el parto (Cuadro 10). Un porcentaje muy bajo (2%) acude en centros

privados. La encuesta de 1999 presenta porcentajes más altos de partos atendidos en el hogar (3%) o en otro lugar (3%) debido probablemente a la inmigración nicaraguense.

Los partos con atención profesional, no evidencian diferencias marcadas según la edad o el lugar de residencia de las madres y es difícil establecer un patrón por nivel educativo. Sin embargo, se debe notar porcentajes algo menores para quienes residen en el área rural y para el grupo de mujeres con primaria incompleta. El comportamiento en ambas encuestas en este indicador es muy similar (Cuadro 10).

2.4 Lactancia materna

Los datos reflejan el resultado de las múltiples campañas que se han venido realizando en los últimos años. Comparado con la encuesta de 1992, la falta de lactancia se ha reducido y la duración es mucho mayor. El porcentaje que no amamantó a su último hijo menos de cinco años se redujo en tres puntos porcentuales, pasando de un 10% en 1992 a un 7% en 1999. Un 84% de las madres amamantaron su hijo por más de tres meses, comparado con un 77% en 1992. Lo hicieron por más de un año un 24% en 1999, comparado con un 17% en 1992 (Cuadro 11).

Contrario a 1992, se evidencian marcadas diferencias según la edad y el lugar de residencia de la madre. Por ejemplo, amamantaron al menos por tres meses un 80% de las mujeres menores de 30 años, comparado con un 91% para quienes tienen mayor edad. En cuanto al lugar de residencia, el porcentaje que amamantó al menos por tres meses es de 88% entre las residentes del área rural, comparado con un 78% entre las mujeres del área urbana.

Cabe notar que la lactancia materna evidencia marcadas diferencias según el nivel educativo de la madre y, al igual que en 1992, son mayores los porcentajes entre quienes tienen más educación. Por ejemplo, amamantaron por más de tres meses un 76% de las mujeres con primaria incompleta comparado con un 93% de quienes tienen secundaria completa y más (Cuadro 11).

2.5 Inmunizaciones

Al igual que en 1992, se preguntó para todos los niños menores de cinco años la protección contra la Tuberculosis (BCG), Polio, DPT (difteria, tétanos y tosferina) y Sarampión. Los resultados muestran coberturas de vacunación altas y algunas ganancias con respecto a 1992, para todas las edades (Cuadro 12).

La vacuna BCG, que se aplica al nacimiento del niño, tiene, una cobertura superior al 96% en todas las edades. Una situación similar se observaba ya en 1992, excepto para los niños de 3 o 4 años que presentaban coberturas algo menores (94%).

Las normas vigentes de vacunación contra la polio establecen que las tres primeras dosis deben aplicarse a los tres, seis y quince meses de edad. Por tanto, la cobertura ideal de niños con tres o más dosis sería de 75% a la edad uno y de 100% a partir de la edad dos. El Cuadro 13 muestra coberturas de más de 90% a partir del primer año de edad, las cuales son mayores que las observadas en 1992. La cobertura de 93% de niños de un año de edad, sugiere que la tercera dosis se está aplicando antes de la edad que establece la norma.

Las normas y los resultados de la encuesta para la vacuna DPT son casi idénticos que los de polio. Estas dos vacunas se aplican juntas.

La vacuna contra el sarampión según la norma vigente desde 1995. Debe aplicarse a los 15 meses de edad (la norma anterior era a los 12 meses de edad). Esta norma y el hecho de que cambió en 1995. Explican que la cobertura para los niños de un año de edad sea solo de 74% y haya disminuido con respecto a 1992 (92%). Para los niños mayores de dos años la cobertura es de 92% o más. Se observa una mejora importante en los niños de cuatro años cumplidos con respecto a 1992. Estos son niños que debieron vacunarse aproximadamente en 1989 y 1996.

El Cuadro 13 resume la cobertura de vacunación para los niños de 1 a 4 años de edad según las características de la madre. Los resultados evidencian coberturas muy altas para todas las vacunas y todos los grupos analizados. Todos los grupos presentan coberturas de 90% o más. Las altas coberturas observadas en 1992 han sido, incluso superadas en 1999.

Según las características de la madre, en 1999, los niños de madres más jóvenes y con elevada educación presentan coberturas ligeramente menores. Por ejemplo, están vacunados con Sarampión un 94% de los niños cuyas madres pertenecen al grupo con primaria incompleta, en comparación con un 91% para el grupo con secundaria completa y más. En cuanto al lugar de residencia, para las vacunas Polio y DPT, los niños de madres que residen en el área rural presentan porcentajes superiores al resto del país. Por ejemplo, para ambas vacunas, la cobertura en el área rural es de 98% comparada con un 94% o un 95% en el resto del país. Por el contrario, para la vacuna de Sarampión, la cobertura es más baja en el área rural: un 91%, comparada con un 96% para quienes residen en el área urbana (Cuadro 13).

2.6 Morbilidad del niño

Se preguntó para todos los niños vivos menores de cinco años, por la presencia de fiebre, tos y diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Los resultados evidencian una prevalencia muy parecida de ambas patologías. En los 15 días anteriores a la encuesta un 9% sufrió de fiebre/tos (ambas) y un 7% de diarrea (Cuadro 14).

2.6.1 Diarrea

La incidencia de diarrea se redujo en 2 puntos porcentuales pasando de un 9% en 1992 a un 7% en 1999 (Cuadro 14).

Las diferencias según la edad de la madre se han acentuado: un 8% para quienes tienen menos de 30 años, comparado con un 4% de quienes tienen 30 años o más. Los porcentajes para 1992 son 9% y 7% respectivamente. Al igual que para 1992, las diferencias no son tan marcadas según el lugar de residencia.

La incidencia de diarrea es mayor entre las mujeres menos educadas. Por ejemplo, sufrieron de diarrea un 8% de los niños cuyas madres tienen primaria incompleta, comparado con un 5% de los niños cuyas madres tienen secundaria completa o más (Cuadro 14).

2.6.2 Fiebre/tos

Este indicador se refiere a la presencia de fiebre y tos (ambas) en las dos semanas anteriores a la encuesta. Se evidencia una reducción importante con relación a 1992. La incidencia de esta patología se redujo en 7 puntos porcentuales pasando de un 16% en 1992 a un 9% en 1999 (Cuadro 14).

Las diferencias según las características de la madre son claras sólo para la educación. Por ejemplo, la incidencia de fiebre/tos entre los niños cuyas madres tienen primaria incompleta fue de 12%, comparada

con un 6% en los niños cuyas madres tienen secundaria completa y más. Para 1992, los porcentajes fueron de 17% y 13% respectivamente. En general, para 1992 el comportamiento fue muy similar, pero las diferencias eran menos marcadas.

2.7 Atención médica del niño enfermo

Este indicador se refiere a la atención médica recibida por el niño enfermo de diarrea o fiebre/tos en los 15 días anteriores a la encuesta. Bajo la denominación “atención médica adecuada” se ha clasificado a todos aquellos niños enfermos de diarrea, fiebre/tos o ambas, que fueron atendidos por un médico. El porcentaje de niños enfermos que recibieron atención médica aumentó en tres puntos porcentuales, pasando de 52% en 1992 a 55% en 1999 (Cuadro 15).

Se evidencian claras diferencias según la edad de la madre y su lugar de residencia. Por ejemplo, el porcentaje de niños enfermos con atención médica adecuada es de 59% para quienes residen en el área rural, comparado con un 50% para el resto del país. En 1992, los porcentajes fueron 46% para quienes viven en la zona rural, comparado con un 59% de quienes viven en el área metropolitana.

Contrario a 1992, las diferencias según la educación de la madre no permiten establecer un patrón entre los distintos grupos; sin embargo el porcentaje más alto de control médico adecuado corresponde a los niños cuyas madres tienen educación secundaria completa y más, un 90% (Cuadro 15).

3. Nacimientos no reconocidos por el padre

La encuesta preguntó a las madres si cada uno de sus hijos nacidos vivos habían sido registrados como de “padre desconocido” en el certificado de nacimiento. Este tema no fue investigado en la encuesta de 1992. Aunque la información se registró para cada uno de los hijos de las mujeres entrevistadas, los resultados que se presentan en el Cuadro 20 corresponden a los niños menores de cinco años.

El 10% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años (1995-99) se registraron como de padre desconocido. Este porcentaje va de 8% en 1995 a 12% en 1999 (Cuadro 16). Debe notarse que estas cifras se originan respuestas dadas por las madres en la encuesta, es decir varios meses o años después del nacimiento. Estos resultados son substancialmente distintos de los datos oficiales de las estadísticas vitales del INEC que dan cuenta de entre 26% y 30% de hijos registrados sin padre en esos años:

Año	1995	1996	1997	1998	1999
% sin padre	25.8	27.2	27.4	27.9	30.4

¿A qué se debe una diferencia tan marcada? Si se acepta que no hay sesgos en la encuesta, solo hay dos explicaciones posibles: (1) que los datos oficiales exageran la cantidad de hijos registrados sin padre y (2) que las madres desconocen (o mienten al respecto, lo que es muy improbable) que su hijo se registró sin reconocimiento del padre. Algo de la primera posibilidad podría ocurrir si algunos padres no acuden al hospital a firmar la boleta de nacimiento pero lo hacen poco tiempo después en el Registro Civil. Es difícil, sin embargo, creer que la diferencia se explica totalmente por esta situación, es decir que nacimientos inicialmente registrados sin padre se reducen a menos de la mitad por reconocimientos tardíos. La segunda explicación es, por tanto, válida y, posiblemente es la causa más importante de la diferencia. Si esta valoración es correcta, se está en presencia de un problema doblemente grave: que no solo hay una elevada proporción de hijos registrados sin padre sino que muchas madres ni siquiera se dan cuenta de esta situación. Esto podría corregirse en parte si quienes registran el nacimiento en los hospitales le informan

debidamente a la madre de la situación y le hacen notar las graves consecuencias que tiene registrar un nacimiento sin padre.

El porcentaje de nacimientos registrados como de padre desconocido es mayor entre las mujeres más jóvenes (12% entre las menores de 30 años de edad actual), así como entre las residentes en el área metropolitana de San José (13%). Existen también diferencias por nivel educativo de las madres, pero éstas no muestran un patrón claro; los porcentajes más altos ocurren en los grupos intermedios de educación (Cuadro 16).

4. Referencias

Caja Costarricense de Seguro Social. (1994). Fecundidad y Formación de la Familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Departamento de Medicina Preventiva. Programa Salud Reproductiva. San José-Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud. (1995). Normas de Atención Integral de Salud. Primer nivel de atención. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las personas. San José- Costa Rica.

Cuadro 1. Porcentaje de fumado según características de la mujer.
Mujeres en edad fértil

Características de la mujer	Fumado alguna vez		Fuma actualmente	
	ESR-92	ESR-99	ESR-92	ESR-99
(N)	(3 618)	(1 029)	(3 618)	(1 029)
Porcentaje total	16.7	13.6	7.8	6.1
Edad				
menor de 30	12.1	10.1	5.9	5.4
30 y más	21.6	16.9	9.6	6.8
Lugar de residencia				
Metro. San José	12.1	16.8	13.0	8.9
Resto Urbano	15.7	18.9	6.9	9.5
Area Rural	23.8	9.9	4.6	3.4
Educación				
Primaria incompleta	18.3	13.4	7.4	6.0
Primaria completa	13.6	10.3	6.4	5.6
Secundaria incompleta	15.2	15.4	8.2	7.3
Secund. completa y más	19.9	15.6	9.2	5.7

Cuadro 2. Porcentaje con Papanicolau o examen ginecológico
Mujeres en edad fértil

Características de la mujer	Alguna vez		En el último año	
	ESR- 92	ESR- 99	ESR-92	ESR-99
(N)	(3 618)	(1 029)	(3 618)	(1 029)
Porcentaje total	74.1	78.8	37.2	44.8
Edad				
menor de 30	56.6	64.6	31.0	39.6
30 y más	93.4	92.4	44.5	49.8
Lugar de residencia				
Metro. San José	76.3	79.1	36.7	47.9
Resto Urbano	72.7	76.6	37.0	41.3
Area Rural	73.5	79.5	37.6	44.4
Educación				
Primaria incompleta	80.7	83.9	35.4	43.0
Primaria completa	75.0	82.8	37.8	45.5
Secundaria incompleta	63.5	77.7	33.9	43.3
Secund. completa y más	77.2	73.2	40.2	46.2

Cuadro 3. Porcentaje que se autoexamina los pechos mensualmente.

Mujeres de 30-44 años de edad

Variable /características de la mujer	ESR-92	ESR-99
(N)	(1 731)	(526)
Frecuencia de autoexamen		
Siempre	21.0	15.0
Casi siempre	6.9	7.8
A veces	11.1	23.6
Casi nunca	5.4	9.3
Nunca	55.5	43.7
Acostumbran autoexaminarse*	39.1	46.4
Edad		
30-34	39.9	46.0
35-39	37.5	45.8
40-44	40.5	47.6
Lugar de residencia		
Metro. San José	40.4	44.3
Resto Urbano	42.8	53.0
Area Rural	35.8	45.1
Educación		
Primaria incompleta	31.7	31.7
Primaria completa	35.4	41.1
Secundaria incompleta	43.2	51.9
Secund. completa y más	47.0	55.9

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años.
Mujeres en edad fértil

Características de la mujer	ESR-92			ESR-99		
	Vacunada	No vacunada	No sabe	Vacunada	No vacunada	No sabe
Porcentaje total	57.7	29.5	13.0	73.9	16.6	9.5
Edad						
menor de 30	55.5	28.8	15.7	72.6	15.5	11.9
30 y más	60.4	29.4	10.1	75.1	17.7	7.2
Lugar de residencia						
Metro. San José	51.3	39.9	8.8	73.3	21.6	5.1
Resto Urbano	61.0	26.8	12.3	70.1	19.4	10.4
Area Rural	59.8	23.8	16.4	75.6	12.9	11.6
Educación						
Primaria incompleta	61.0	26.2	12.7	79.9	10.1	10.1
Primaria completa	60.0	25.2	14.8	75.9	12.2	11.9
Secundaria incompleta	57.8	29.0	13.3	72.9	20.6	6.5
Secund. completa y más	52.2	36.9	10.9	69.7	21.0	9.2

Cuadro 5. Porcentaje que consultó al médico en los últimos 5 años.

Mujeres en edad fértil

Características de la mujer	ESR-92	ESR-99
(N)	(3618)	(1029)
Porcentaje total	89.1	97.0
Edad		
menor de 30	86.2	96.6
30 y más	92.5	97.3
Lugar de residencia		
Metro. San José	91.0	97.6
Resto Urbano	87.8	96.0
Area Rural	88.6	97.0
Educación		
Primaria incompleta	88.5	95.3
Primaria completa	87.1	95.0
Secundaria incompleta	88.0	98.4
Secund. completa y más	92.7	98.7

Cuadro 5a. Porcentaje que consultó al médico en el último año.

Mujeres en edad fértil con consulta médica

Variable	Porcentaje	Características de la mujer	Porcentaje
(N)	(1 015)	Edad	
		menor de 30	82.1
Años desde última consulta		30 y más	81.2
menos 1 año	81.6		
1 año	8.6	Lugar de residencia	
2 años	3.7	Metro. San José	82.9
3 o más años	4.6	Resto Urbano	82.1
Nunca ha consultado	0.4	Area Rural	80.8
NS/NR	1.1		
		Educación	
Consultaron el último año	81.6	Primaria incompleta	74.5
		Primaria completa	79.3
		Secundaria incompleta	84.6
		Secund. completa y más	85.0

Cuadro 6. Porcentaje que consultó al médico en el sector público.
Mujeres en edad fértil

Variable	Porcentaje	Características de la mujer	Porcentaje
(N)	(1 029)	Edad	
		menor de 30	73.0
		30 y más	76.0
Lugar de la consulta			
Total	100		
Sector Público		Lugar de residencia	
CCSS	70.7	Metro. San José	66.8
Médico de Empresa	3.7	Resto Urbano	69.2
Puesto del INS	0.1	Area Rural	80.8
Sector Privado	21.5		
Otro	3.1	Educación	
NS/NR	0.5	Primaria incompleta	85.9
		Primaria completa	84.6
Consulta en sector público	74.5	Secundaria incompleta	74.9
		Secund. completa y más	58.6

Cuadro 7. Porcentaje con las patologías indicadas confirmadas por un médico o enfermera.
Mujeres en edad fértil

Características de la mujer	Patologías confirmadas por médico o enfermera													
	Presión Arterial alta		Varices		Infección de la matriz		Tumores/quistes en la matriz		Tumores/quistes en los pechos		Infertilidad		Diabetes Mellitus	
	E-92	E-99	E-92	E-99	E-92	E-99	E-92	E-99	E-92	E-99	E-92	E-99	E-92	E-99
Porcentaje total	13.9	9.2	17.5	14.8	11.4	9.2	5.1	5.5	5.7	3.4	3.8	3.1	-	1.5
Edad														
menor de 30	9.3	6.6	9.6	8.0	7.6	7.4	2.8	4.2	4.7	3.2	2.5	3.0	-	0.4
30 y más	18.9	11.8	26.2	21.3	15.5	11.0	7.6	6.8	6.7	3.6	5.1	3.2	-	2.5
Lugar de residencia														
Metro. San José	13.1	10.3	17.2	9.2	10.0	5.5	6.1	6.5	6.8	3.4	4.9	2.4	-	2.1
Resto Urbano	15.1	6.0	15.4	16.9	9.5	10.9	5.2	6.5	5.1	4.5	4.2	2.0	-	0.0
Area Rural	13.7	9.9	19.0	17.0	13.4	10.6	4.2	4.7	5.2	3.0	2.7	3.9	-	1.7
Educación														
Primaria incompleta	-	10.1	-	18.1	-	13.4	-	9.4	-	2.0	-	3.4	-	2.7
Primaria completa	-	11.9	-	19.4	-	9.7	-	3.8	-	2.8	-	2.5	-	1.6
Secundaria incomp.	-	8.9	-	11.3	-	10.1	-	5.7	-	3.6	-	3.6	-	2.0
Secund. Comp. y +	-	6.4	-	11.1	-	6.1	-	5.4	-	4.5	-	3.2	-	0.3

Cuadro 8. Porcentaje con control prenatal adecuado.

Mujeres con último hijo nacido vivo de 5 años o menos

Variable/características de la madre	ESR-92	ESR-99
(N)	(1566)	(411)
Primer control prenatal		
I trimestre	74.7	80.5
II trimestre	19.7	13.4
III trimestre	2.2	1.5
Sin control	3.4	3.2
NS/NR	-	1.5
Número de controles		
menos de 3	4.4	1.2
3-6	34.7	27.0
7-9	52.3	49.9
10 o más	5.2	17.3
Sin control	3.4	3.2
NS/NR		1.5
Control adecuado *	74	81.2
Edad		
Menor de 30	71.4	79.5
30 y más	76.5	83.7
Lugar de residencia		
Metro. San José	77.1	79.4
Resto Urbano	78.7	92.1
Area Rural	68.9	78.4
Educación		
Primaria incompleta	62.1	69.5
Primaria completa	71.0	80.9
Secundaria incompleta	74.8	83.2
Secund. completa y más	83.7	89.6

Cuadro 9. Porcentaje de nacimientos prematuros y con bajo peso.

Mujeres con último hijo nacido vivo de 5 años o menos

Características de la mujer	Prematuros		Bajo peso al nacer	
	ESR- 92	ESR- 99	ESR-92	ESR-99
(N)	(1566)	(411)	(1566)	(411)
Porcentaje total	10.0	8.6	7.0	6.4
Edad				
menor de 30	13.0	10.0	7.5	8.8
30 y más	11.0	6.7	7.0	3.0
Lugar de residencia				
Metro. San José	14.0	11.4	7.0	11.2
Resto Urbano	8.0	6.8	8.0	2.7
Area Rural	8.0	7.9	6.0	5.4
Educación				
Primaria incompleta	8.0	6.1	8.0	8.9
Primaria completa	10.0	9.2	7.0	7.0
Secundaria incompleta	8.0	12.1	7.0	6.9
Secund. completa y más	11.0	6.3	5.0	3.1

Cuadro 10. Porcentaje con atención profesional del parto y lugar del parto.

Mujeres con último hijo nacido vivo de 5 años o menos

Variable	ESR-92	ESR-99
(N)	(1 566)	(411)
Lugar del parto		
Hosp./Clín. Público	97.0	91.5
Hosp./Clín. Privado	1.0	1.7
Hogar	1.0	2.9
Otro	1.0	3.3
NS/NR	-	0.5
Atención del parto		
Médico	56.0	57.2
Enfermera	41.0	39.4
Otro	3.0	3.4
Parto con atención profesional*	97.0	96.6
Edad		
menor de 30	96.5	96.3
30 y más	97.0	97.0
Lugar de residencia		
Metro. San José	99.0	98.1
Resto Urbano	99.0	98.7
Area Rural	96.0	95.2
Educación		
Primaria incompleta	93.0	93.9
Primaria completa	98.0	99.2
Secundaria incompleta	99.0	95.1
Secund. completa y más	98.0	96.9

* incluye atención por médico o enfermera

Cuadro 11. Porcentaje de duración de la lactancia materna.

Ultimo hijo nacido vivo de 1 a 4 años de edad

Variable	ESR-92	ESR-99
(N)	(1 016)	(297)
Duración de la lactancia		
No lacto	10.4	7.1
1-2 meses	11.9	8.4
3-6 meses	32.4	23.9
7-12 meses	21.0	22.6
Mas de un año	16.6	23.9
Aun lactando	7.7	14.1
NS/NR	-	
Amamantaron al menos 3 meses*	77.7	84.5
Edad		
menor de 30	76.6	79.6
30 y más	79.1	90.7
Lugar de residencia		
Metro. San José	76.4	82.5
Resto Urbano	80.3	77.8
Area Rural	75.9	87.7
Educación		
Primaria incompleta	73.3	75.8
Primaria completa	78.4	84.6
Secundaria incompleta	76.8	83.1
Secund. completa y más	80.5	93.1

* Excluye a los niños menores de 3 meses aun lactando

Cuadro 12. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión por edad.
Niños menores de cinco años

Variable	ESR-92						ESR-99					
	Total	Edad en años cumplidos					Total	Edad en años cumplidos				
(N*)	(1789)	(385)	(308)	(344)	(397)	(357)	(502)	(101)	(101)	(100)	(92)	(108)
BCG												
No vacunados	1	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0
Sí vacunados	95	96	96	95	94	94	97	96	98	96	98	98
No sabe	4	3	4	5	5	4	2	3	1	4	2	2
Polio												
No vacunados	3	12	1	1	0	0	5	24	0	0	2	0
1 dosis	5	19	1	1	1	1	4	18	1	0	0	3
2 dosis	6	18	6	4	0	2	5	18	4	2	2	0
3 dosis ó más	78	42	87	87	91	88	81	35	93	93	92	94
No sabe	8	9	5	7	8	9	4	6	2	5	3	4
DPT												
No vacunados	4	13	1	1	1	1	5	24	0	0	2	0
1 dosis	5	18	1	1	2	1	4	16	1	0	0	3
2 dosis	6	17	6	4	1	3	5	19	4	2	1	0
3 dosis ó más	77	43	86	87	87	85	82	35	93	93	95	94
No sabe	8	9	5	7	9	10	4	6	2	5	2	3
Sarampión												
No vacunados	10	41	2	1	1	2	19	67	19	3	4	3
Si vacunados	81	46	92	92	91	88	74	18	74	92	92	94
No sabe	9	13	6	7	8	10	7	15	7	5	3	4

* 10 casos sin historia de vacunación en 1999

Cuadro 13. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y sarampión según características de la madre.

Niños de 1 a 4 años de edad/1

Características de la madre	BCG		Polio*		DPT*		Sarampión	
	ESR-92	ESR-99	ESR-92	ESR-99	ESR-92	ESR-99	ESR-92	ESR-99
Porcentaje total	99	99	85.0	96.4	83.0	96.7	88.0	92.4
Edad								
menor de 30	99.2	99	84.0	95.3	83.0	95.7	87.0	91.1
30 y más	99.0	100	86.0	98.1	84.0	98.1	90.2	94.2
Lugar de residencia								
Metro. San José	99.0	98.9	85.0	94.7	81.0	95.7	88.0	93.3
Resto Urbano	99.0	100.0	84.0	94.0	82.0	94.1	87.0	95.6
Area Rural	99.3	100.0	83.0	97.8	84.0	97.8	88.0	91.1
Educación								
Primaria incompleta	98.0	100.0	83.1	96.2	81.4	96.3	86.0	93.8
Primaria completa	98.7	100.0	86.3	96.9	85.0	96.9	88.9	93.0
Secundaria incompleta	99.6	100.0	81.8	97.8	80.0	98.9	86.6	92.1
Secund. completa y más	100.0	98.9	84.0	94.3	83.0	94.3	89.0	90.6

1/ Excluye todas las madres que dicen no sabe

*Tres dosis o más

Cuadro 14. Porcentaje de niños fiebre/tos o diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista.

Niños menores de cinco años

Características de la Madre	Diarrea		Fiebre/tos	
	ESR-92	ESR-99	ESR-92	ESR-99
(N*)	(1804)	(478)	(1804)	(492)
Total con síntoma	9.0	6.5	16.0	9.3
Edad de la madre				
menor de 30	9.4	8.2	16.5	9.6
30 y más	7.0	3.8	15.5	9.0
Lugar de residencia				
Metro. San José	8.2	6.2	17.0	9.8
Resto Urbano	6.6	6.9	16.0	10.1
Area Rural	9.6	6.5	15.7	8.9
Educación				
Primaria incompleta	11.9	8.2	17.3	12.1
Primaria completa	9.0	7.2	17.9	10.3
Secundaria incompleta	9.6	5.2	15.2	9.0
Secund. completa y más	4.3	5.1	13.4	5.7

* no se tiene datos para 33 casos en diarrea y 19 en fiebre/tos

Cuadro 15. Porcentaje con atención médica del niño enfermo.

Niños con diarrea o tos/fiebre en dos semanas previas

Características de la madre	ESR-92	ESR-99
(N)	(388)	(71)
Porcentaje total	51.8	54.9
Edad		
menor de 30	50.2	53.1
30 y más	54.9	59.1
Lugar de residencia		
Metro. San José	58.7	50.0
Resto Urbano	55.4	50.0
Area Rural	46.4	59.0
Educación		
Primaria incompleta	44.2	47.4
Primaria completa	51.0	53.8
Secundaria incompleta	52.8	43.8
Secund. completa y más	61.0	90.0

Cuadro 16. Porcentaje de niños registrados como de padre desconocido.

Niños nacidos vivos menores de cinco años

Características del niño y la madre	Porcentaje	Características de la madre	Porcentaje
(N)	(520)		
Porcentaje total	9.8		
Año de nacimiento		Lugar de residencia	
1995	8.3	Metro. San José	14.4
1996	10.9	Resto Urbano	7.7
1997	9.9	Area Rural	8.4
1998	6.0		
1999	12.4	Educación	
Edad de la madre		Primaria incompleta	7.1
menor de 30	11.7	Primaria completa	10.9
30 y más	6.9	Secundaria incompleta	14.2
		Secund. completa y más	5.6

III. Planificación Familiar

Luis Rosero Bixby

Introducción

En este capítulo se presentan y analizan los resultados de la encuesta referentes al conocimiento, acceso y uso de la planificación familiar en Costa Rica. En el análisis de uso de anticonceptivos se analiza el uso en el pasado y el uso actual de métodos, incluyendo la esterilización. Aspectos relacionados con la oferta y acceso a servicios de planificación familiar se consideran en las dos secciones finales del capítulo. En lo posible, el análisis compara los resultados de la ESR-99 con los de la encuesta de 1992-93 (ESR-92) y otras encuestas nacionales previas, incluyendo la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 (ENF-76), la Encuesta de prevalencia Anticonceptiva de 1981 (EPA-81) y la Encuesta de Fecundidad y Salud de 1986 (EFS-86). La información de esas encuestas se obtuvo de los informes respectivos y, en algunos casos, mediante procesamiento de las bases de datos originales, las cuales se encuentran a disposición del público en el servidor Internet del Programa Centroamericano de Población: <http://populi.eest.ucr.ac.cr>.

Aunque la encuesta investigó el tema de la planificación familiar entre todas las entrevistadas, en este informe se presentan los resultados para las mujeres que están en unión legal o consensual únicamente. La principal razón para referir el análisis a este grupo es comparativa: encuestas previas en Costa Rica y encuestas en otros países siguen este mismo procedimiento. La razón de fondo para dejar fuera a las mujeres que no están en unión es que en su gran mayoría no se encuentran en riesgo de embarazo y no están, por tanto, expuestas a usar anticonceptivos. La sección 5 de este capítulo presenta algunos resultados para las mujeres no unidas.

Para interpretar los cambios que registra esta encuesta con respecto a la de 1992 es importante destacar las siguientes tres modificaciones ocurridas en el contexto programático del país:

1. La finalización de la asistencia externa para actividades de planificación familiar, especialmente con el cierre de la representación de USAID en 1995. Esto significó para la CCSS dejar de recibir donaciones de anticonceptivos y recursos para el programa de salud reproductiva.
2. Asociado con lo anterior, la desaparición del programa de salud reproductiva de la CCSS. Las actividades de este programa pasaron a formar parte del de salud de la mujer.
3. El proceso de reforma del sector salud iniciado en 1995. Esta reforma significó el traspaso de todos los servicios que prestaba el Ministerio de Salud a la CCSS. El Ministerio pasa a cumplir un papel rector exclusivamente. Como parte de esta reforma se establecieron los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) para cubrir las necesidades de atención primaria de la salud y se abrieron muchos consultorios comunales.

1. Conocimiento de métodos y fuentes

Como es costumbre en este tipo de encuestas, se pidió a las entrevistadas que mencionaran los métodos de planificación familiar que conocían. Para cada método no mencionado espontáneamente se preguntó si había oído hablar de este método, incluyéndose en la pregunta una breve explicación u otras acepciones con las que el método es conocido.

La totalidad de las entrevistadas dijeron haber oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo (Cuadro 1). En particular, todas o casi todas las mujeres han oído hablar de los anticonceptivos orales (100%), el condón (99%), los inyectables (97%) y el DIU (96%). La gran mayoría también sabe de la existencia del ritmo (89%) y la esterilización femenina (84%) y masculina (70%). El conocimiento es menor, para los métodos vaginales (51%), que incluyen espumas, cremas, óvulos y diafragma, el retiro o coito interrumpido (43%), el método de Billings (23%) y el Norplant (14%). Llama la atención que casi nadie ha oído hablar de la anticoncepción de emergencia (3%) o píldora del día siguiente.

Las cifras anteriores son similares a encuestas pasadas, es decir que en Costa Rica desde los años 70 existe una conocimiento universal de por lo menos lo más elemental de la planificación familiar. Hay empero, algunas diferencias, entre las que destaca la disminución del conocimientos del retiro, los métodos vaginales y el método de Billings, en contraste con el aumento en el conocimiento de los inyectables y los implantes. La mayoría de estas tendencias son consistentes con cambios ocurridos en el métodos usados para planificar, como se vera más adelante.

Haber “oído hablar” de un método es apenas el primer paso en la cadena de conocimiento que eventualmente le permitirá a una persona obtener y utilizar apropiadamente este método. Un segundo paso importante en esta cadena es saber donde obtener el método (Cuadro 2). Prácticamente todas las entrevistadas indicaron conocer algún lugar donde obtener los anticonceptivos orales (97%) y el condón (96%). Una amplia mayoría de más de las tres cuartas partes sabe también donde acudir por los inyectables (91%), el DIU (88%), la esterilización femenina (80%). Los métodos inyectables presentan un fuerte aumento respecto a la encuesta anterior. Pocas personas o casi nadie sabe donde obtener el Norplant y la anticoncepción de emergencia.

2. Aprendizaje y difusión de la planificación familiar

Para comprender mejor cómo tiene lugar en Costa Rica el proceso de aprendizaje y difusión de la planificación familiar se preguntó, al igual que en la encuesta de 1992, la edad cuando las entrevistadas oyeron por primera vez de los métodos anticonceptivos y la fuente de esta información.

El Cuadro 3 presenta los resultados relativos al aprendizaje de la planificación familiar. Se observa que las costarricenses están recibiendo información anticonceptiva a edades cada vez más jóvenes. La proporción que recibió esta información antes de los 15 años de edad fue 29%, comparado con el 21% de 1992. Un 66% dijo haberse informado antes de la unión, porcentaje que es cinco puntos mayor que hace siete años. Hay, por tanto, un claro incremento en la información y educación sexual que reciben las jóvenes del país.

El Cuadro 3 en su último panel muestra que hay básicamente cuatro fuentes de información sobre este tema: las aulas (cursos/charlas), los círculos de amigos, el consultorio médico y el hogar (madre o pariente). Los medios de comunicación de masas aparecen con una importancia menor (4% para radio, TV e impresos). El perfil de las fuentes de información está, sin embargo, cambiando substancialmente. El cambio mayor es una sustitución del consultorio por el aula y, especialmente, por el hogar como la fuente

donde las jóvenes reciben las primeras informaciones de planificación familiar. El 26% dijo haber recibido información de la madre u otro pariente, comparado con el 20% en la encuesta anterior. La difusión por interacción social, es decir entre amistades, se mantiene estable en 23% de las fuentes primarias de información. Parte del cambio descrito es, simplemente, consecuencia del envejecimiento de las generaciones pioneras de la planificación familiar, las que ahora pueden transmitir a sus hijas la información que en el pasado tuvieron que aprenderla por su cuenta. Otra parte del cambio parece deberse a la mayor cobertura escolar y a la inclusión de educación sexual en la enseñanza formal. Por otra parte, estas tendencias son indicativas de que el tópico de la planificación familiar se está desmedicalizando, lo que contrasta con el cambio hacia un enfoque cada vez más médico del programa oficial de la CCSS, el cual pasó primero de ser de “planificación familiar” a ser de “salud reproductiva”, y a ser actualmente una actividad más del programa de “salud de la mujer”.

3. Uso pasado de la planificación familiar

El 96% de las entrevistadas en unión indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos (Cuadro 4), es decir que prácticamente todas las parejas fértiles de hoy tienen alguna experiencia anticonceptiva. El porcentaje que indicó haber usado algún método moderno, contando los quirúrgicos y de barrera, fue también casi universal: 92%. Estos indicadores del grado de adopción de la planificación familiar en el país han estado aumentando de encuesta a encuesta desde 1976. En ese año, 83% había usado algún anticonceptivo y 74% alguno moderno. Con excepción de los métodos vaginales y el retiro, el uso alguna vez de los otros métodos también ha venido aumentando consistentemente desde 1976, lo que es un indicador de la continua propagación de la planificación familiar en el país. Los aumentos más notables son en el condón y los inyectables. Por otra parte, hay tres métodos que prácticamente no se usan en Costa Rica: la vasectomía, el Norplant y la anticoncepción de emergencia.

La mayoría de entrevistadas han experimentado alguna vez con los anticonceptivos orales (73%) y con el condón (62%). En un distante tercer lugar se ubica el ritmo con un 32%, mientras que algo más de 20% de mujeres dijo tener alguna experiencia con el DIU, los inyectables y la esterilización. Estas cifras sugieren una considerable y creciente sofisticación y experiencia en el uso de toda una gama de anticonceptivos de las costarricenses.

El indicador de adopción de la planificación familiar (uso alguna vez) alcanza rápidamente un máximo de 96% en el grupo de edad de 20-24 años y permanece en ese nivel en las edades restantes (Cuadro 5). Entre las mujeres de 18-19 años ya un 87% tiene alguna experiencia anticonceptiva. La comparación con la encuesta de 1992, muestra un importante aumento en las mujeres más jóvenes.

4. Prevalencia anticonceptiva

Por prevalencia anticonceptiva se entiende el porcentaje de mujeres en unión utilizando algún método anticonceptivo al momento de la encuesta, sin importar cuándo lo adoptaron. En la ESR-99 la prevalencia anticonceptiva resultó de 80% (Cuadro 6), lo que representa un incremento importante con respecto a la encuesta anterior (ESR-92) que arrojó un 75%. De esta manera continúa la tendencia creciente observada desde la encuesta de 1986.

El método anticonceptivo más importante según la ESR-99 es la pastilla. Una de cada cuatro mujeres en unión está tomando anticonceptivos orales, método que ha recuperado aceptación luego de una caída que presentó en los años 80. En segundo lugar se encuentra la esterilización femenina. Una de cada 4 mujeres

en unión está esterilizada. El tercer método en orden de importancia es el condón con un 11% de uso, pero este método ha retrocedido considerablemente luego del pico de popularidad que presentó en 1992. Con importancia similar de (6 a 7% de usuarias) siguen el DIU, los inyectables y el ritmo. La inyección anticonceptiva es el método que más rápidamente está aumentando en el país.

Bajo la denominación de métodos modernos se agrupan los anticonceptivos orales, el DIU, los inyectables y el Norplant. Este grupo de métodos es el de mayor importancia relativa. Incluye como usuarias a un 38% de las entrevistadas. Los métodos de barrera —condón y los anticonceptivos vaginales— fueron mencionados por 11% de las mujeres. Entre los métodos tradicionales se incluyen la abstinencia periódica (Billings o ritmo), el retiro y otros. Una de cada diez mujeres en la encuesta dijo utilizar esta clase de métodos, proporción que ha permanecido estable por más de 20 años.

¿Hasta qué punto las diferencias con la encuesta de 1992 se deben a que en 1999 se decidió no entrevistar a mujeres menores de 18 y mayores de 45 años? La tabla siguiente muestra los porcentajes de prevalencia anticonceptiva de la encuesta de 1992 tabulados para mujeres de 18 a 44 años de edad, es decir, el rango de edades de la encuesta de 1999. La comparación con las cifras originales para el grupo de 15 a 49 sugiere que el cambio del rango de edades no hace mayor diferencia en los resultados. La prevalencia total aumenta en un punto, los anticonceptivos orales y el condón aumentan ligeramente y la tubectomía disminuye en dos puntos.

Método usado	ESR-92		ESR-99
	15-49	18-44	18-44
<u>Total usan</u>	<u>75</u>	<u>76</u>	<u>80</u>
Orales	18	20	26
DIU	9	9	7
Condón	16	17	11
Tubectomía	20	18	21
Ritmo/retiro	10	10	8
Otros	3	3	7
(N)	(2 191)	(1 969)	(667)

La comparación de las encuestas de 1992 y 1999 para el grupo de 18 a 44 años ratifica las tendencias del Cuadro 6. Los cambios más destacados son el aumento general de la prevalencia anticonceptiva en 4 puntos porcentuales, los aumentos considerables en el uso de los anticonceptivos orales e inyectables y la caída de 6 puntos en el uso del condón. La proporción de mujeres esterilizadas también presenta un aumento de cierta importancia (de 18% a 21%). Puede afirmarse, entonces, que de 1992 a 1999 en el país continuó aumentando el uso de anticonceptivos, especialmente de los de tipo hormonal y, en menor grado, de la esterilización femenina. Hubo también una sustitución del uso del condón en favor de los anticonceptivos hormonales.

La caída en el uso del condón, probablemente se debe a la discontinuación de las campañas de mercadeo de PROFAMILIA, así como a la pérdida de ímpetu de las campañas de prevención del SIDA que promovían su uso con fines profilácticos. Pareciera que en 1992 el uso del condón llegó a un auge debido a esas campañas. Este auge fue, sin embargo, pasajero.

El Cuadro 7 compara la prevalencia anticonceptiva en los países del Istmo Centroamericano a fines de la década de 1990 (no se incluye Panamá porque los datos disponibles más recientes son de 1984). El Cuadro compara solo mujeres en unión de 15 a 44 años de edad (18-44 en Costa Rica). Es evidente la más alta prevalencia de anticonceptivos en Costa Rica con un 80%. En un distante segundo lugar siguen Nicaragua y El Salvador con 60%, adelante de Belice (56%) y Honduras (50%). Con excepción de Guatemala, más de la mitad de las mujeres unidas en edad fértil planifican la familia en los países del Istmo; es decir que la planificación familiar ya ha sido aceptada por la mayoría de la población.

La clara diferenciación de Costa Rica está presente también en el uso de métodos anticonceptivos específicos. En particular, el uso del condón en Costa Rica es mucho mayor que en otros países. También las pastillas son mucho más utilizadas. En contraste, la esterilización femenina es relativamente menos popular en Costa Rica que en el resto del área. En El Salvador, por ejemplo, más de la mitad de la anticoncepción corresponde a la esterilización, y en Nicaragua y Guatemala cerca del 45% corresponde a este método. En Costa Rica, poco más de la quinta parte de la anticoncepción corresponde a esterilización.

¿Hay diferencias en la prevalencia anticonceptiva según características demográficas y socioeconómicas de la mujer? ¿Cómo han variado en el tiempo estas características?

El Cuadro 8 muestra que, al igual que en encuestas anteriores, la prevalencia aumenta con la edad hasta un máximo a los 35-39 años. Este máximo es de 84% de uso en 1999. La prevalencia es sensiblemente menor entre las jóvenes menores de 20 y entre las mayores de 45 años (grupo no entrevistado en 1999). Este patrón curvilíneo está también presente en la prevalencia según hijos tenidos. Las mujeres con 4 hijos vivos son las de mayor uso de anticonceptivos (91%). Las mujeres sin hijos tienen una prevalencia substancialmente más baja de solamente 50%. La menor prevalencia entre las mujeres más jóvenes o sin hijos obedece al deseo de los recién casados de engendrar su primogénito, pero en parte también puede deberse a inexperiencia y falta de conocimientos sobre la planificación familiar. En cambio, la menor prevalencia entre las mujeres de mayor edad probablemente obedece a su menor fecundabilidad.

Aunque el lugar de residencia no establece diferencias muy marcadas en la prevalencia anticonceptiva, éstas son en el sentido esperado: hay una mayor prevalencia en el Valle Central y en las áreas urbanas. La tasa más alta de prevalencia se encuentra en el Valle Central urbano (84%), y la más baja en las áreas rurales de fuera del Valle Central (75%). Debe subrayarse que incluso este mínimo de 75% de las regiones más atrasadas del país es bastante elevado para cualquier estándar: es substancialmente mayor que en cualquier país del Istmo y semejante a la prevalencia observada en países más desarrollados.

Los datos por educación muestran una asociación, con algunos altibajos, de aumento de la prevalencia conforme se incrementa la educación. Empero, luego de completar la primaria, mayores niveles de educación parecen incrementar poco la prevalencia anticonceptiva.

La religiosidad, medida por la asistencia a servicios religiosos, no hace diferencia en la proporción que usa anticonceptivos.

La comparación con encuestas previas, especialmente con la de 1992, muestra que el incremento más importante ha tenido lugar entre las mujeres más jóvenes o con pocos hijos. Esta es una tendencia reciente, pues en el pasado los aumentos mayores se concentraban en las edades avanzadas o intermedias. El aumento de la planificación familiar en las jóvenes y en familias pequeñas se nutre tanto de una creciente preferencia por familias de 1 o 2 hijos como por el deseo de espaciar o posponer los nacimientos, incluyendo el primero.

Según residencia y educación, se observan incrementos en prácticamente todos los grupos sociales y ámbitos geográficos.

La esterilización es un método importante y con características peculiares, entre las que destaca el ser irreversible. A principios de 1999 se aprobó en el país un nuevo reglamento para la práctica de esta cirugía en hospitales públicos, el cual en esencia, eliminó restricciones para su práctica. A pesar de que la prensa ha difundido noticias de grandes aumentos en el número de esterilizaciones, los datos de la encuesta no corroboran esa apreciación. Ello podría deberse al poco tiempo transcurrido desde la aprobación del nuevo reglamento. El Cuadro 9 muestra que el ligero aumento ocurrido respecto a 1992 se concentra especialmente en mujeres con 20 o más años desde que se unieron por primera vez. Casi la mitad de estas mujeres se han esterilizado. La concentración del aumento en este periodo avanzado de la formación de la familia sugiere que la liberalización de estas cirugías tendrá poco impacto en la fecundidad del país.

5. Planificación familiar entre las mujeres no unidas

Como se indicó en la introducción, este capítulo centra el análisis de la planificación familiar entre las mujeres en unión conyugal exclusivamente. Conviene, sin embargo, dar un vistazo a la anticoncepción entre las mujeres no unidas. El Cuadro 10 presenta la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres no unidas clasificadas según si son mayores o menores de 30 años de edad.

La prevalencia anticonceptiva es substancialmente menor entre las mujeres no unidas, especialmente entre las jóvenes menores de 30 años (22%). Entre las no unidas mayores de 30 años la prevalencia anticonceptiva tiene cierta importancia (43%), pero ello se debe en gran parte a una prevalencia de 18% de esterilización, es decir, a mujeres que probablemente se operaron cuando estaban en unión y ahora no pueden dejar este método irreversible. Es probable que también algunas de ese 3% de usuarias del DIU en este grupo tampoco estén activas sexualmente, es decir, que conservan un dispositivo colocado en tiempos en que estaban unidas. Dejando fuera la esterilización y el DIU, el perfil del uso de anticonceptivos de las no unidas mayores de 30 años es similar al de las menores de esta edad.

De todas las entrevistadas que dijeron estar usando anticonceptivos o esterilizadas, un 17% no se encontraba en unión al momento de la encuesta. Debe reconocerse, por tanto, que un segmento importante de uso de anticonceptivos tiene lugar fuera de las uniones legales o consensuales. Pero una parte considerable de ese segmento (un tercio aproximadamente) está compuesto por mujeres que se esterilizaron o pusieron un DIU cuando estaban unidas. Aunque el número de mujeres no unidas usando anticonceptivos es considerable, no conviene abandonar la práctica de referir el estudio de la prevalencia anticonceptiva a las mujeres en unión exclusivamente. Referirlo a todas las mujeres en edad fértil daría una imagen distorsionada y afectada por el hecho de que muchas no están en riesgo de quedar embarazadas. Como puede verse en el Cuadro 10, la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres en edad fértil es de solo 63%: substancialmente menor que el 80% de prevalencia según la definición tradicional, es decir solo para mujeres en unión.

6. Proveedores de los métodos anticonceptivos

La ESR por su naturaleza no es el medio más idóneo para estudiar la oferta o los proveedores de planificación familiar. Un estudio de la oferta requeriría de una encuesta o censo a los proveedores. A pesar de esto, las entrevistadas en la ESR dan alguna información sobre los lugares donde obtienen los anticonceptivos, la que permite hacerse una idea, aunque solo sea rudimentaria, de la oferta y segmentación

del mercado de anticonceptivos en el país. Debe notarse que la ESR-99 preguntó y codificó el establecimiento exacto donde las entrevistadas acudieron por planificación familiar y por otros servicios de salud. Esta información puede ser usada en análisis a fondo del acceso y uso de servicios de planificación familiar no incluidos en el presente informe.

Los principales proveedores de métodos de planificación familiar en Costa Rica son, por mucho, los hospitales y clínicas de la CCSS (Cuadro 11). De las parejas que usan anticonceptivos modernos (esterilización, orales, condón y DIU principalmente), 52% los obtienen de estos establecimientos. Los Centros y puestos de salud, que en el pasado dependían del Ministerio de Salud pero que ahora son parte de la CCSS, abastecen el 11% del uso de anticonceptivos modernos, sensiblemente menos que el 18% de hace 7 años. Una novedad de la Reforma del sector salud fue el establecimiento de los EBAIS y consultorios comunales. Estos establecimientos, sin embargo, parece que no se involucran en la prestación de servicios de planificación familiar: solamente el 2% del mercado se abastece en ellos. El médico de empresa abarca 3% de este mercado y muestra un interesante aumento respecto a 1992.

La cuarta parte de las usuarias de anticonceptivos se abastecen en el sector privado (Cuadro 11), es decir en consultorios privados, farmacias, y comercios varios en el caso de los condones. Este segmento del mercado presenta un aumento importante de cinco puntos con respecto a 1992. Parece que en el país está ocurriendo un silencioso y paulatino proceso de privatización de la planificación familiar.

Conviene notar que un 7% de las usuarias de anticonceptivos modernos no pudieron indicar con precisión el proveedor del método. Este porcentaje incluye entrevistadas cuyos esposos se encargan de su adquisición. Un rápido análisis de este grupo por método y costo del anticonceptivo (no se muestra) sugiere que su composición es similar al resto de usuarias, es decir que una mayoría son en realidad usuarias del sector público.

El 72% de las usuarias de anticonceptivos modernos se abastecen en servicios públicos provistos por el Estado (Cuadro 12). Se incluye en esta proporción a las usuarias de los hospitales y clínicas de la CCSS, médico de empresa, centros y puestos de salud, EBAIS y consultorios comunales y a la mitad de ese 7% que no indicó con precisión el proveedor. Este 72%, comparado con el 77% de la ESR-92, refleja el proceso de privatización antes mencionado.

La esterilización femenina es, por mucho, el método anticonceptivo en el que el sector público juega el rol más importante: el 95% de las esterilizadas fueron operadas en hospitales de la CCSS. Le siguen el DIU (76%) y los anticonceptivos inyectables (70%) y orales (65%). Menos de la mitad de las usuarias de condones se abastecen en el sector público. La comparación con la encuesta de 1992 muestra una fuerte caída en el abastecimiento público de pastillas y condones y un gran aumento en los inyectables.

¿Hay grupos poblacionales que tienden en mayor medida a abastecerse de anticonceptivos en el sector público? El Cuadro 12 muestra que sí; que los servicios públicos de planificación familiar sirven en mayor medida a las mujeres de mayor edad, residentes en el área rural o fuera del Valle Central y de menor condición socioeconómica (medida por la educación). Mientras el 87% de las usuarias del área rural fuera del Valle Central acuden al sector público, solo el 57% de las usuarias con secundaria completa o universidad, o el 59% de las residentes en el AMSJ, se abastece allí. Estas diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios públicos son similares a las observadas en las encuestas anteriores, aunque conviene notar que la caída ocurrida respecto a 1992 se concentra en las ciudades intermedias dentro y fuera del Valle Central y en las mujeres que no han completado estudios primarios.

7. Acceso a los servicios de planificación familiar

Las entrevistadas que estaban usando anticonceptivos que requieren reabastecimiento (orales, inyectables, DIU y de barrera) proporcionaron información sobre los tiempos de viaje y de espera en la última visita a la fuente de abastecimiento. Esta información, que está resumida en el Cuadro 13, da una idea de la accesibilidad física de los servicios de planificación familiar en Costa Rica y de su calidad. Además, dado que en el país la mayoría de anticonceptivos se obtienen en forma gratuita de los servicios públicos, estos tiempos son el principal componente del costo de planificar la familia en el país (otros componentes son los costos síquicos y los efectos secundarios de los métodos).

La mediana del tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento del anticonceptivo resultó de 20 minutos y la del tiempo de espera, de 60 minutos. Destaca el hecho de que el tiempo de espera es el triple que el de viaje, es decir que la barrera o costo mayor para el acceso a la planificación familiar no está en la lejanía de las clínicas sino en las largas esperas dentro de ellas. Dicho de otro modo, las mayores mejoras en accesibilidad a la planificación familiar podrían lograrse en Costa Rica agilizando la atención de las usuarias en las unidades de atención

El sector privado es un proveedor mucho más ágil y eficiente que el sector público: mientras en el primero la espera mediana es 15 minutos, en los establecimientos públicos es 2 horas, es decir 8 veces más. Los establecimientos de ambos sectores tienen igual grado de acceso físico (20 minutos). Una medición directa efectuada en 1992 por el Programa de Salud Reproductiva en ocho clínicas de la CCSS encontró que la espera promedio entre la llegada a la clínica y la atención del médico es del orden de las tres horas. Vale decir que la memoria de las entrevistadas en la ESR-99 puede haberse quedado corta en estimar el tiempo gastado en la clínica.

Las cifras de tiempos de viaje y espera para obtener los distintos métodos anticonceptivos (segundo panel del Cuadro 13), están fuertemente afectadas por el peso que los distintos proveedores tienen en el abastecimiento de cada método. Por ejemplo, dado que el sector privado juega un papel importante en el abastecimiento del condón, el tiempo de espera para abastecerse de este método es de 30 minutos, comparado con 60 minutos de los anticonceptivos orales.

Según área de residencia, el acceso físico a los establecimientos no difiere mayormente, lo que habla bien de la red de servicios en el área rural del país. Sin embargo el tiempo de espera es mucho mayor en el área rural (90 minutos) que en la urbana (30 minutos). Esto último se debe a que en el área rural tienen mayor peso los establecimientos públicos, en los cuales la espera es de alrededor de 2 horas en todas las regiones (último panel del cuadro 13).

La comparación con la encuesta de 1992 (Cuadro 13) sugiere una ligera mejora en los dos indicadores de acceso a los servicios. En parte ella es producto al proceso de privatización ya mencionado. Sin embargo, cuando la comparación se restringe solamente al sector público, también se observa una leve mejoría: el tiempo de viaje baja de 28 a 20 minutos y la espera de 129 a 120 minutos.

El Cuadro 14 compara los resultados del tiempo de viaje a la fuente de abastecimiento en la serie de 4 encuestas que han investigado este tópico. La proporción de usuarias que viajan menos de 15 minutos para abastecerse de anticonceptivos ha aumentado de 25% en 1981 a 31% en 1999. Concomitantemente, la proporción que viaja una hora o más ha disminuido de 20% a 14%. Puede concluirse, entonces, que hay una paulatina mejoría en la accesibilidad a las fuentes de abastecimiento de anticonceptivos en el país. La mediana de viaje en minutos ha disminuido de 28 en 1981 a 20 en 1999. Este cambio puede provenir tanto

de una mejora en la red de caminos y medios de transporte como o de una ampliación de la oferta de servicios.

Cuadro 1. Porcentaje que conoce cada método anticonceptivo, 1976-99
(Mujeres en unión)

Método	ENF-76	EPA-81	EFS- 86	ESR- 92	ESR- 99
(N)	(2 684)	(2 593)	(2 097)	(2 191)	(667)
Modernos					
Orales	98	99	99	100	100
Antic. emergencia	...	...	...	...	3
DIU	93	93	95	97	96
Inyectables	89	88	89	91	97
Norplant	...	...	...	8	14
Tubectomía	94	97	95	84	86
Vasectomía	68	62	65	64	70
Condón	92	93	97	99	99
Vaginales	72	74	77	68	51
Tradicionales					
Billings	...	...	6	30	23
Ritmo	82	87	90	89	89
Retiro	68	68	61	57	43
Otros	7	11	5	3	2
Algún método	100	100	100	100	100

Cuadro 2. Porcentaje que sabe donde obtener cada método, 1981-99
(Mujeres en unión)

Método	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
(N)	(2 593)	(2 097)	(2 191)	(667)
Orales	95	95	97	98
Anticonc. emergencia	...	...	...	2
DIU	81	84	87	88
Inyectables	77	78	76	91
Norplant	...	...	4	11
Tubectomía	91	87	78	80
Vasectomía	54	56	58	66
Condón	87	93	96	96
Vaginales	67	70	59	45
Billings	...	...	19	15
Algún método	98	99	99	99

Cuadro 3. Aprendizaje de la anticoncepción: distribución según edad cuando aprendió, años de unión y fuente, 1992, 1999
(Mujeres en unión)

Aprendizaje de anticoncepción	ESR-92	ESR-99
(N)	(2 191)	(665)
TOTAL	100	100
Edad		
<15	21	29
15-19	50	56
20-29	27	14
30-39	2	0
40-49	0	0
Años de unión		
Antes de unirse	61	66
0-2 años	30	28
3-9 años	7	6
10+ años	2	0
Fuente		
Cursos	24	27
Amiga	23	23
Médico/enfermera	20	14
Madre	12	17
Otro pariente	8	9
TV/Radio	4	2
Lecturas	3	2
Marido	2	3
Otro	4	3

Cuadro 4. Porcentaje que ha usado cada método anticonceptivo, 1976-99
(Mujeres en unión)

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
(N)	(2 684)	(2 593)	(2 097)	(2 191)	(667)
Modernos					
Orales	52	58	61	69	73
Anticonc. emergencia	...	...	...	...	0
DIU	12	15	19	23	24
Inyectables	9	11	9	10	21
Norplant	...	...	...	0	0
Tubectomía	15	17	17	20	21
Vasectomía	1	1	1	1	1
Condón	37	43	45	58	62
Vaginales	12	11	7	6	5
Tradicionales					
Billings	...	...	...	3	3
Ritmo	21	26	25	32	32
Retiro	26	25	18	17	10
Otros	2	2	1	1	0
Algún método	83	88	91	95	96
Alguno moderno	74	82	85	91	92

Cuadro 5. Porcentaje que usado alguna vez anticonceptivos según edad, 1976-1999
(Mujeres en unión)

Edad	(N-99)	ENF-76	ESR-92	ESR-99
Total	(667)	83	95	96
15-19	(30)	nd	79	87
20-24	(109)	85	94	96
25-29	(143)	89	96	97
30-34	(140)	85	99	96
35-39	(134)	84	97	96
40-44	(111)	80	95	95
45-49	...	59	89	...

Cuadro 6. Porcentaje usando cada método anticonceptivo, 1976-99
(Mujeres en unión)

Método	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
(N)	(2 684)	(2 593)	(2 097)	(2 191)	(667)
Total usando	67	65	69	75	80
Modernos					
Orales	23.0	20.6	19.2	18.0	25.6
DIU	5.0	5.7	7.4	8.7	6.9
Inyectables	1.9	2.2	1.2	1.0	5.9
Norplant	...	...	...	-
Esterilización					
Tubectomía	14.7	17.3	16.7	19.7	21.4
Vasectomía	1.0	0.5	0.5	1.3	0.5
Barrera					
Condón	8.6	8.4	12.9	15.7	10.9
Vaginales	2.0	1.2	0.6	0.2	0.3
Tradicional					
Billings	...	...	...	0.1	0.5
Ritmo	5.0	6.2	7.6	6.9	6.0
Retiro	4.5	2.8	3.1	3.3	1.8
Coito anal/oral	...	...	...	-
Otros	0.9	0.3	0.1	0.1	0.2
Tipo de método					
Modernos	30	28	28	28	38
Esterilización	16	18	17	21	22
Barrera	11	10	13	16	11
Tradicional	10	9	11	10	9

Cuadro 7. Porcentaje usando anticonceptivos en los países del Istmo
(Mujeres de 15-44 años de edad, en unión)

Método	Costa Rica 1999	Nicaragua 1998	Honduras 1996	El Salvador 1998	Guatemala 1999	Belice 1999
(N15-44)	(667)	(8 045)	(4 693)	(2 276)	(3 964)	(2 326)
Total usan	80	60	50	60	38	56
Orales	26	14	10	8	5	16
DIU	7	9	8	2	2	2
Condón	11	3	3	3	2	6
Esterilización	21	26	18	32	17	18
Ritmo/Billings	7	2	4	3	6	4
Otros	8	7	7	12	6	10

Cuadro 8. Porcentaje usando anticonceptivos por edad, hijos vivos, residencia y educación, 1976-99
(Mujeres en unión)

Variable	(N-92)	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
Total	(666)	67	65	69	75	80
Edad						
15-19	(30)	nd	47	51	53	70
20-24	(108)	64	58	60	66	80
25-29	(143)	70	65	65	76	76
30-34	(140)	73	72	74	79	82
35-39	(134)	75	76	84	82	84
40-44	(111)	70	70	78	80	80
45-49	...	51	57	68	65	...
Hijos vivos						
0	(52)	24	29	27	33	50
1	(138)	65	57	63	66	76
2	(214)	74	67	73	80	80
3	(126)	77	77	79	84	90
4	(65)	74	76	78	87	91
5	(43)	75	72	79	81	86
6+	(28)	67	67	65	76	75
Residencia						
AMSJ	(179)	nd	70	74	77	83
Urbano Valle Central	(56)	nd	70	72	78	84
Rural Valle Central	(225)	nd	66	67	75	80
Resto urbano	(60)	nd	65	74	74	77
Resto rural	(146)	nd	57	62	70	75
Años educación						
<3 primaria	*	nd	58	62	68	*
3-5 primaria	(112)	nd	62	66	64	71
Primaria completa	(235)	nd	65	70	75	83
Secun. incompleta	(154)	nd	71	72	81	79
Sec. Completa y +	(165)	nd	70	73	78	82
Asiste a iglesia						
Semanalmente	(349)	nd	nd	nd	75	82
Esporádicamente	(227)	nd	nd	nd	74	78
Nunca o casi nunca	(90)	nd	nd	nd	75	78

* Un solo grupo "primaria incompleta"

Cuadro 9. Porcentaje de esterilizadas según años desde la primera unión, 1976-99
(Mujeres no solteras)

Años desde la primera unión	(N-99)	ENF-76	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
Total	(773)	16	18	17	20	21
0-4	(155)	2	1	2	1	1
5-9	(190)	9	7	7	10	12
10-14	(147)	20	22	16	21	19
15-19	(150)	27	32	28	33	33
20-24	(131)	26	38	40	39	49
25-29	*	20	34	42	41	*
30+	*	30	25	42	46	*

* Un solo grupo de 20 y más años

Cuadro 10. Prevalencia anticonceptiva por estado conyugal
(Todas las entrevistadas)

Método	Total	En unión	No unida, edad <30	No unida, edad 30+
(N)	(1 025)	(666)	(220)	(139)
Total usando	63	80	22	43
Orales	21	26	12	13
DIU	5	7	2	3
Condón	8	11	2	1
Tubectomía	17	21	2	18
Ritmo/retiro	6	8	1	4
Otros	6	7	3	4

Nota: el 17% de quienes usan anticonceptivos no están en unión.

Cuadro 11. Distribución según proveedor del método anticonceptivo, 1981-99
(Mujeres en unión usando anticonceptivos modernos)

Proveedor	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
(N)	(1 499)	(1 229)	(1 404)	(568)
Total	100	100	100	100
Sector Público				
Hosp./clínica CCSS	57	55	55	52
Centro/Puesto Salud	15	19	18	11
EBAIS, Consl. comunal	-	-	-	2
MD Empresa	-	-	1	3
Cupones	3	2	-	-
Sector Privado				
	23	22	20	25
Otro/NS	2	2	6	7

Cuadro 12. Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público según características seleccionadas, 1981-99

(Mujeres en unión usando anticonceptivos modernos)

Variable	(N-99)	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
Total	(568)	75	76	77	72
Método					
Orales	(214)	77	81	79	65
DIU	(54)	72	66	70	76
Condon	(79)	52	56	61	44
Inyección	(50)	79	52	48	70
Vaginales	(2)	*	*	*	*
Tubectomía	(166)	90	90	95	95
Vasectomía	(2)	50	36	27	*
Edad					
15-24	(129)	74	79	70	64
25-34	(226)	71	73	72	69
35+	(213)	81	78	82	80
Residencia					
AMSJ	(177)	60	60	61	59
Urbano Valle C.	(45)	72	75	72	64
Rural Valle C.	(175)	82	81	81	81
Resto urbano	(55)	75	78	81	64
Resto rural	(116)	90	90	87	87
Años educación					
<3 primaria	**	88	94	95	**
3-5 primaria	(83)	85	88	91	80
Primaria completa	(194)	84	83	82	84
Secun. incompleta	(130)	66	70	72	69
Sec. Completa y +	(161)	47	51	58	57

* Menos de 20 observaciones en el denominador.

** Un solo grupo "primaria incompleta"

Cuadro 13. Mediana de los tiempos de viaje y espera y del intervalo para reabastecerse de anticonceptivos, 1992, 1999
(Usuarías de orales, inyectables, DIU y de barrera)

Proveedor, método y residencia	(N) 1999	Minutos de viaje		Minutos de espera	
		1992	1999	1992	1999
Total	(382)	25	20	72	60
Proveedor					
Público	(216)	28	20	129	120
Privado	(132)	19	20	21	15
Método					
Orales	(198)	26	20	125	60
DIU	(153)	32	20	91	95
Condon	(79)	21	15	44	30
Inyección	(50)	21	22	50	60
Residencia					
Todo proveedor					
AMSJ	(119)	22	20	55	30
Resto urbano	(65)	21	15	67	30
Rural	(198)	32	20	124	90
Solo Sector Público					
Total	(216)	28	20	129	120
AMSJ	(48)	25	20	122	120
Resto urbano	(30)	23	18	125	105
Rural	(138)	33	20	165	120

Cuadro 14. Distribución y mediana del tiempo de viaje al proveedor del anticonceptivo, 1981-99
(Usuarías de orales, inyectables, DIU y de barrera)

Minutos de viaje	EPA-81	EFS-86	ESR-92	ESR-99
(N)	(987)	(856)	(901)	(382)
Total	100	100	100	100
<15	25	27	32	31
15-29	29	29	26	31
30-44	21	23	21	20
45-59	5	4	6	4
60-119	14	13	12	11
120+	6	4	3	3
Mediana en minutos	28	27	25	20

IV. Preferencias de Fecundidad

María Isabel González Lutz

Mario Chen Mok

Introducción

Las preferencias de fecundidad, y entre ellas el número deseado de hijos, han sido estudiadas ampliamente en todo el mundo: en los países desarrollados desde la década de los 40's y en los países en desarrollo especialmente a partir de los inicios de la década de los 80's (Bushan & Hill, 1995). Medir las preferencias de fecundidad es importante como elemento de juicio que coadyuve a la predicción y al seguimiento del crecimiento demográfico y su composición, con el fin de contar con información útil para la formulación de políticas en los campos social y económico.

Las preferencias de fecundidad involucran conceptos tales como la fecundidad no deseada (vista en forma retrospectiva y prospectiva), el tamaño deseado de familia, el espaciamiento de los hijos y la concordancia en los deseos de la pareja.

En todos estos ámbitos hay una amplia gama de investigaciones en la mayoría de los países del mundo, así como también variados intentos para relacionar su comportamiento con variables explicativas que puedan ayudar a predecirlos, como por ejemplo la edad, el lugar de residencia, el estado civil, el número de hijos tenidos, la condición socioeconómica, el nivel educativo, la religión y la comunicación.

1. Antecedentes

1.1 Fecundidad no deseada.

La fecundidad no deseada (o su contraparte la fecundidad deseada) puede verse desde dos puntos de vista: la fecundidad a destiempo (que es una forma de embarazo no deseado), o la fecundidad que no se desea (Madrigal et al, 1992; Bushan y Hill, 1995). La forma más común de medición de este fenómeno es estimar la proporción de embarazos que no se deseaban y agregar la proporción de embarazos que se produjeron a destiempo (Bongaarts, 1990; Madrigal et al, 1992). Para estos últimos, (los producidos a destiempo) se ha utilizado el término de embarazo no planeado. Con frecuencia se utilizan las estimaciones de necesidad insatisfecha de anticoncepción para estimar la magnitud de embarazos no planeados (Jain, 1999).

Las investigaciones muestran una amplia gama de resultados en torno a esta realidad: en Uganda, casi uno de cada tres nacimientos son no deseados o a destiempo (Breslin, 1998), en Senegal, el 27% de los nacimientos se habrían deseado posteriormente y el 7% fueron no deseados (Chen,1997), mientras que en Benin el porcentaje de nacimientos a destiempo era de 26% y el de nacimientos no deseados de 6% (De

Souza y Zomahoun, 1997). En Marruecos, la Encuesta de Población de 1995 mostró un 12.5% de embarazos no planeados pero deseados y un 14.1% de embarazos no deseados (Ayad, 1996) mientras que en Turquía esta cifra se elevó a un 33% (Anonymus, 1995). En Estados Unidos, por otra parte, el embarazo no deseado se reduce a un 6.2% (Williams et al, 1996). Bongaarts (1997) mostró en un análisis de 20 países que el promedio de hijos no deseados fluctuó entre .82 y 1.02 hijos por mujer. No parece hacerse una distinción, en las diferentes investigaciones, entre hijos no deseados y embarazos no deseados. Es posible que la variabilidad que se observa en los porcentajes sea causada, en parte, por diferentes definiciones del concepto y diferentes forma de hacer las preguntas para medirlo.

1.2 Deseo de un nuevo hijo y espaciamento.

El deseo por un nuevo hijo y el deseo de espaciar los hijos también han sido ampliamente investigados en las encuestas de fecundidad en el mundo. En términos generales, se ha encontrado que el deseo por un nuevo hijo está asociado al número de hijos tenidos, así como el deseo de espaciar el nacimiento de uno nuevo (Ayad, 1996; Ayad, 1997; Soultanov et al, 1997; Ndamobissi, 1995).

Por otra parte, el espaciamento deseado con más frecuencia es de dos años, seguido por uno de tres años (Ayad, 1996; Ayad, 1997; Guako, 1997; Soultanov et al, 1997; Bankhole y Westhoff, 1995; Ndamobissi, 1995).

1.3 Concordancia en los deseos de la pareja.

En el inicio de las encuestas de fecundidad, solamente se investigaban las preferencias de las mujeres. Paulatinamente se ha reconocido la importancia de la posición de la pareja y de la comunicación entre hombre y mujer para la toma de decisiones en este aspecto. Por ejemplo, Dadoo (1998) estudió el efecto de las preferencias interactivas y las preferencias aditivas por género sobre el comportamiento reproductivo en Kenya y encontró una mayor influencia de las preferencias de los hombres sobre el comportamiento reproductivo que la que se da en las mujeres. Este mismo autor (1998) encontró en el Africa Sub-Sahariana que el uso de anticonceptivos es mayor cuando son los hombres los que no desean más hijos. Bankhole y Singh (1998) encontraron que en 8 de 13 países sub- Saharianos menos del 50% de las parejas estuvieron de acuerdo en cuanto a sus preferencias y que la proporción de maridos que desean al menos dos hijos más que la esposa varía de 27% en Nigeria a 70% en Bangladesh. En Bostwuana, por el contrario, Campbell y Campbell (1997) encontraron que, en promedio, las mujeres desean más hijos que los maridos, aunque, afirma, la diferencia “no es significativa”. En Uganda, Hollander (1997) encontró que los hombres y las mujeres en general creen conocer los deseos de su pareja, aunque las parejas raramente discuten el número de hijos que desean tener, mientras que en Egipto (Zaky, 1995), dos terceras partes de las parejas manifiestan tener comunicación en cuanto al número de hijos que desean tener. Estados Unidos no se aparta mucho de este patrón (Thompson, 1997), pues el 20% de las parejas estuvieron en desacuerdo en cuanto a tener un nuevo hijo, sin embargo, en este país el desacuerdo tendió hacia no tenerlo. En este mismo país Miller y Pasta (1996) estudiaron los efectos del desacuerdo de pareja en la formación y en la implementación de las decisiones de fecundidad y argumentaron que la distinción entre acuerdo positivo y negativo es válida y que los patrones representan estados psicológicos que cambian con el fluir de eventos en el transcurso de la vida. Este mismo autor (1996) estudió la relación entre los planes de la pareja y los nacimientos en Suecia y encontró que la igualdad de género en este país no produjo una influencia igualitaria en las decisiones en cuanto a tener un nuevo hijo y que los generosos beneficios que se ofrecen a las parejas que tienen hijos no inclinó el desacuerdo hacia la decisión de tenerlo. En un estudio de 28 países, Bankhole (1995) encontró que, con excepción del Africa Sub-Sahariana, la mayoría de las mujeres discuten el tamaño deseado de la familia con su compañero y llegan a un acuerdo.

1.4 Número deseado de hijos.

El número deseado de hijos resume, de alguna manera, las preferencias de fecundidad de una mujer o de una pareja, y determina, en cierta forma, el crecimiento demográfico.

En el mundo, el número deseado de hijos ha ido decreciendo (Bankhole, 1995) y suele ser mayor para las mujeres en unión que para las mujeres en general.

En países de Africa, el número deseado de hijos es relativamente alto comparado con otras partes del mundo: en Senegal, Ayad (1997) encontró un número deseado de hijos promedio de 5.3 para las mujeres en general y de 5.7 para las mujeres en unión; en la República de Benin, De Souza y Zomahoun (1997) encontraron uno de 5.5 para las mujeres en general y uno de 5.8 para las mujeres en unión; para Bostwana, Kaufmann encontró un promedio de 3.1 en 1992 comparado con uno de 4.7 para 1988; Kenya mostró uno de 4.4 (Guako,1997), que descendió de un nivel de 6.7 presentado 8 años antes; Marruecos uno de 3.2 para mujeres en general y uno de 3.7 para mujeres en unión (Ayad,1996). Bankhole y Westhoff (1995) encontraron este mismo fenómeno para países del Africa sub-Sahariana, así como un número deseado de hijos promedio que fluctúa entre 2.4 y 4.0 en otras regiones. A manera de ejemplo, pueden citarse Thailandia, (Mahler, 1997) con un número de hijos deseado promedio de 2.4 en 1993, y Turquía, cuyo promedio fue de 2.4 en 1993 (Unalan, 1997).

1.5 Antecedentes en Costa Rica.

Hasta 1999, se realizaron encuestas de salud reproductiva en Costa Rica, en los años 1964, 1969, 1976, 1978, 1981, 1986 y 1993, además del estudio realizado por Madrigal et al (1992) sobre embarazo no deseado. Los autores encontraron, para el año 1991, con base en una encuesta hecha a 2047 mujeres embarazadas, un porcentaje de embarazos no deseados del 45% y un 67% de embarazos no planeados. Se encontró, como en otros países, que el deseo del embarazo en el hombre (77%) fue mayor que en la mujer (55%). El papel del compañero, según ella lo percibe, es importante; en una de cada cinco mujeres el deseo del compañero se contrapone al interés de la mujer por evitar el embarazo y él logra imponer su deseo. Las principales razones que expresaron las mujeres para no desear el embarazo son el espaciamiento inadecuado y el deseo de no tener más hijos del todo, y, ante la pregunta ¿cuándo le habría gustado tener el embarazo actual?, 36% de las mujeres afirmaron que habrían preferido su embarazo “después” y 15% no deseaba más hijos del todo.

En cuanto al número deseado de hijos, las encuestas muestran una disminución sistemática desde 1976; el promedio de hijos deseados pasó de 4.6 en este año a 3.4 en 1992 (Caja Costarricense de Seguro Social, 1994).

En un análisis longitudinal de tres encuestas Gómez (en Rosero, 1982) encontró que, para mujeres con una duración del matrimonio entre 0 y 9 años, la edad, la condición de trabajo de la mujer y la clase ocupacional del marido explican una fracción moderada de la variancia del número ideal de hijos, (entre 2 y 7%) y que toda la contribución (alrededor del 24%) proviene de la educación.

En 1999 se llevó a cabo una nueva Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, la cual cuenta con una serie de preguntas en torno al tema de las preferencias de fecundidad. Como se mencionó anteriormente, la última de estas encuestas se realizó en 1992, y en el lapso que ha transcurrido desde ese año hasta ahora han ocurrido sucesos que pueden haber afectado en forma importante las preferencias de fecundidad, como la inmigración masiva de nicaragüenses a nuestro país. Otro suceso no menos importante fue el retiro de la

Agencia Internacional de Desarrollo, con la consiguiente suspensión del financiamiento que ella daba a este tipo de investigaciones y a los programas de planificación familiar. La intensificación de las comunicaciones y la globalización en el mundo pueden también haber coadyuvado a la producción de cambios en las preferencias de fecundidad en este lapso de tiempo.

Todo lo anterior llevó a plantear los objetivos que se describen en el apartado siguiente.

2. Objetivos.

El objetivo general de este capítulo es estudiar las preferencias de fecundidad en Costa Rica a partir de las respuestas obtenidas en la Encuesta de Fecundidad de 1999 y hacer algunas comparaciones con los resultados obtenidos en la Encuesta de 1992. Para el desarrollo de este objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- a) Comparar los resultados obtenidos en 1999 con los de 1992 en cuanto a:
 - Fecundidad no deseada.
 - Deseo de un nuevo hijo
 - Espaciamiento
 - Concordancia en los deseos de la pareja
 - Número ideal de hijos
- b) Determinar si existe asociación, en 1999, entre la fecundidad no deseada y la edad, el número de hijos tenidos, el nivel educativo, la condición de trabajo y la religión.
- c) Determinar si existe asociación, en 1999, entre el deseo de un nuevo hijo y la edad, el número de hijos tenidos, el nivel educativo, la condición de trabajo y la religión.
- d) Determinar si existe asociación, en 1999, entre la concordancia en los deseos de la pareja y la edad, el número de hijos tenidos, el nivel educativo, la condición de trabajo y la religión.

3. Metodología

3.1 Variables a analizar.

Las variables que se seleccionaron para ser analizadas en este trabajo fueron las respuestas a las siguientes preguntas:

- Para la medición de la fecundidad no deseada:
¿Cuándo usted quedó embarazada, quería quedar embarazada en ese momento, quería esperarse un poco, o del todo no quería embarazarse?
- Para la medición del deseo de un nuevo hijo:
¿Le gustaría tener un/otro hijo o preferiría no tener más hijos?
- Para la medición del espaciamiento entre hijos:
¿Cuánto tiempo le gustaría esperar a partir de ahora para tener más hijos?
- Para la medición de la concordancia en los deseos de la pareja:

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

¿Cree usted que su esposo o compañero quiere más, igual, o menos hijos que los que usted quiere?

- Para la medición del tamaño deseado de familia:

Si pudiera escoger el número de hijos, ¿cuántos le gustaría tener en toda su vida?

Además, las siguientes, con el fin de utilizarlas para medir asociaciones con las variables de interés:

- Edad en años cumplidos.
- Número de hijos tenidos vivos.
- Nivel educativo, medido como número de grados/cursos/años aprobados.
- Si la entrevistada trabaja o no.
- Si la entrevistada es de la religión católica o no.

Las variables anteriores fueron seleccionadas para medir asociaciones porque son variables cuya medición es sencilla; incluso algunas de ellas pueden ser obtenidas de registros. No se incluyeron variables como tipo de lugar de residencia (urbano o rural) y nivel socioeconómico por la dificultad de definir las y medirlas.

3.2 Metodología de análisis.

Para la comparación entre el promedio deseado de hijos obtenido en 1999 y el de 1992 se utilizó una prueba de comparación de promedios (t de Student).

Para las comparaciones de los resultados obtenidos en 1999 con los de 1992 referentes al deseo del último hijo tenido, el deseo de un nuevo hijo, el espaciamiento deseado entre hijos y la concordancia con los deseos del compañero se utilizaron pruebas de Chi cuadrado, como también para determinar la asociación, en 1999, entre cada una de estas variables y las variables edad, años de estudio, condición de trabajo, religión y número de hijos tenidos vivos.

En vista de que la muestra de 1999 consistió en un subconjunto aleatorio de los conglomerados seleccionados en 1992, y a pesar de que las viviendas y las mujeres entrevistadas no son las mismas, existe la posibilidad de que los resultados de 1999 y los de 1992 no sean independientes. Como metodología alternativa, se decidió realizar un análisis de panel para la variable número deseado de hijos. Este consistió en hacer una comparación de promedios para observaciones pareadas utilizando como variables los promedios de los conglomerados incluidos en ambas muestras, en lugar de los datos individuales, y contrastar este resultado con el obtenido a partir del análisis comparativo de individuos. Se usaron promedios porque el tamaño de los conglomerados es diferente en cada muestra. El uso de promedios tiene la ventaja de que elimina el efecto de una posible correlación intra-clase, pero la desventaja de que disminuye los grados de libertad del estimador. Por otra parte, la comparación por pares tiene un efecto de disminución de la variabilidad, y por ende un aumento en la precisión del estimador, pero solamente en los casos en los cuales hay dependencia entre las observaciones. (Ver Diggle, 1994)

4. Resultados.

4.1 Tendencias entre 1992 y 1999.

La fecundidad no deseada no ha sufrido cambios en el período 92-99, las diferencias que se observan en la distribución de mujeres según si desearon o no su último embarazo (Cuadro 1) no alcanzaron significancia ($p = .946$).

En 1992, el 49.8% de las mujeres en la muestra (Cuadro 2) manifestó no desear más hijos. Este porcentaje se elevó a 51.6% en 1999 ($p < .001$). Por otra parte, la distribución de los porcentajes de mujeres que no desean tener más hijos, según el número de hijos tenidos no difiere de un período a otro ($p = .196$), como tampoco la distribución según edad ($p = .879$).

La distribución de mujeres según el período que desean esperar para tener un nuevo hijo cambia de manera importante en el período en consideración ($p < .001$), con una disminución del porcentaje que marca períodos superiores a los 24 meses y un aumento sustancial en los porcentajes correspondientes a “pronto/dentro de un año y a 12 a menos de 24 meses (Cuadro 3, Gráfico 1).

No existe evidencia de cambio en la concordancia en los deseos de la pareja al pasar de 1992 a 1999; las diferencias observadas para los porcentajes de mujeres que dicen percibir que el compañero desea el mismo número de hijos que ellas, aunque parecieran importantes (el porcentaje para todas las mujeres pasa de 69% a 75% y el de las que han hablado con el compañero pasa de 73% a 80%), no son significativas a un nivel del 5%. (Cuadro 4)

El número deseado de hijos ha mostrado en nuestro país una tendencia a disminuir de un valor de 4.6 en el año de 1976, hasta uno de 2.7 en 1999 (Cuadro 5). La disminución se da en todos los grupos de edad y la correspondiente al total en el período 92-99 (que pasó de 3.4 a 2.7) fue significativa al 1%. Una diferencia en las distribuciones relativas de las mujeres según el número deseado de hijos ($p = .001$), con un aumento de los porcentajes de mujeres que desean menos hijos provocó la disminución en el promedio general de hijos deseados (Cuadro 6, Gráfico 2).

El análisis de panel aplicado a la variable número deseado de hijos también dio como resultado una diferencia entre el promedio de 1992 y el de 1999, pero con una probabilidad de error asociado sustancialmente menor ($p < .0001$). Este resultado indica que ambas muestras están correlacionadas y que la comparación hecha con esta metodología es una buena alternativa. Ambos resultados, en todo caso, llevan a la misma conclusión, por lo que la interpretación no presenta problema alguno.

4.2 ¿Qué se asocia con el comportamiento de las preferencias de fecundidad, en 1999?

La fecundidad no deseada se manifiesta por medio de las respuestas “sí deseaba quedar embarazada en ese momento”, “no deseaba embarazarse” y “deseaba esperar”. Esta variable está asociada con el número de hijos tenidos vivos ($p < .001$) con los años de estudio de la entrevistada ($p = .018$), con el hecho de ser católica o no ($p < .001$) y con la condición de trabajo ($p = .042$).

En el caso de los hijos tenidos vivos, el porcentaje de mujeres que deseaban tener su último embarazo disminuye conforme aumenta el número de hijos, mientras que el porcentaje de las que dicen no haberlo

deseado aumenta conforme aumenta el número de hijos. La tendencia contraria se observa para los años de estudio: entre más educada es la mujer más tiende a aceptar su último embarazo. La religión católica, por su parte provoca un mayor porcentaje de mujeres que dicen haber deseado su último embarazo. Por otra parte, entre las mujeres que trabajan es más alto el porcentaje que no deseó su último embarazo (Cuadro 7).

La asociación entre el deseo por un nuevo hijo y los determinantes estudiados se midió considerando solamente el sí desea y el no desea, o sea, eliminando del análisis a las mujeres que dijeron no saber. Así definida, la asociación resultó ser significativa en el caso de la edad de la entrevistada ($p < .001$), el número de hijos tenidos vivos ($p < .001$) y la religión ($p = .016$).

En el caso de la edad, como era de esperar, el porcentaje de mujeres que manifiesta querer más hijos disminuye conforme aumenta la edad y lo mismo sucede con el número de hijos tenidos vivos: el porcentaje de mujeres que desean más hijos disminuye conforme aumenta el número de hijos tenidos. En cuanto a la religión, el porcentaje de mujeres que desea más hijos es mayor entre las mujeres católicas (Cuadro 8).

La concordancia en los deseos de la pareja fue medida con la percepción de la mujer del deseo del compañero. Así, se considera concordancia si ambos desean igual número de hijos y no concordancia si el compañero desea más o menos hijos. Para medir la asociación se agruparon estas dos categorías en una sola de desacuerdo y se eliminó la categoría “no sabe”. Definido de esta manera, ningún determinante se asocia con la concordancia. (Cuadro 9).

5. Discusión y conclusiones.

La comparación entre los resultados de 1992 y 1999 no muestra cambios en la fecundidad no deseada ni en la concordancia en los deseos de la pareja. El porcentaje de acuerdo en la pareja se sitúa en el orden del 80%, similar al observado para Estados Unidos (Thomson, 1997). Por su parte, el porcentaje de nacimientos no deseados en Costa Rica se ubica, en el período, en el orden del 30%, similar al observado para Turquía (Anonymus, 1995). Si a este porcentaje se le agrega el de las mujeres que deseaban esperar el embarazo, se obtiene uno del orden de 42%, muy similar al detectado por Madrigal et al (1991) que mostró un porcentaje de 45%. La pequeña diferencia es, posiblemente, producto de la metodología empleada en ambas encuestas para estimar la magnitud del problema. Mientras en las encuestas de fecundidad y salud la pregunta se hace referida al último embarazo tenido, en la encuesta de Madrigal la pregunta se hizo a mujeres que estaban embarazadas en ese momento, y por consiguiente no existe sesgo de olvido o racionalización. Esto permitiría afirmar que las respuestas son más reales.

Sí se producen, en el período 92-99, cambios congruentes en el deseo por un nuevo hijo y el número deseado de hijos: se incrementa el porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos y se reduce, en todos los grupos de edad, el tamaño promedio deseado de familia, que para todas las mujeres en conjunto llega a un nivel de 2.7. A este resultado se llega mediante un análisis comparativo de los deseos de las mujeres a nivel individual, el cual es reforzado por una comparación de panel hecha a partir de promedios de los conglomerados que conforman ambas muestras (la de 1992 y la de 1999), en la cual se toma en consideración la posibilidad de que estén correlacionadas.

El espaciamiento de los hijos merece un comentario especial: disminuye el porcentaje de mujeres que indican períodos superiores a los 24 meses como espaciamiento deseado y aumenta sustancialmente el de mujeres que indican períodos inferiores a 24 meses: las mujeres quieren tener menos hijos pero quieren tenerlos pronto y seguido. Un espaciamiento de los hijos de “pronto/dentro de un año” es el que se da con más frecuencia en 1999 (39.4%), seguido por uno a dos años (20.3%). Este fenómeno se aparta de lo

encontrado en la bibliografía, donde el espaciamiento deseado con más frecuencia es de dos años seguido por uno de tres (Ayad, 1996; Ayad, 1997; Guako, 1997; Souldanov et al, 1997; Bankhole y Westhoff, 1995; Ndamobissi, 1995). En el pasado, uno de los factores que causaron disminución en la tasa de natalidad costarricense fue un mayor espaciamiento entre los nacimientos (Rosero, 1983). Este deseo actual por un menor espaciamiento puede tener como efecto un aumento en la tasa de natalidad, si no es neutralizado por el deseo de una familia de menor tamaño o la disminución de la fecundidad no deseada.

La religión y el número de hijos tenidos vivos se asocian, en 1999, al deseo del último embarazo y al deseo por un próximo embarazo. Conforme aumenta el número de hijos tenidos vivos se muestra un mayor porcentaje de mujeres que no desearon su último hijo y un mayor porcentaje que no desea un próximo hijo; la religión católica provoca un mayor porcentaje de mujeres que dicen haber deseado su último hijo y un mayor porcentaje de mujeres que desean un próximo hijo. Estos resultados son todos congruentes con lo esperado.

La edad solamente se asocia en forma congruente con el deseo de un próximo embarazo: a mayor edad, menor proporción de mujeres que desean un próximo embarazo. La asociación con la concordancia con la pareja no muestra patrón alguno.

Por otra parte, el rechazo del último embarazo es proporcionalmente mayor entre las mujeres menos educadas. El nivel de educación no se asocia con el deseo por un nuevo hijo o con la concordancia con la pareja, lo cual no es extraño, por cuanto se encontró (Rosero, 1993) para el período 1960-70 en Costa Rica, que la educación explicaba muy poco del descenso en la fecundidad real: incluso las analfabetas disminuyeron su fecundidad.

La condición de trabajo no se asocia con ninguna de las tres variables en cuestión.

En resumen, el comportamiento de las preferencias de fecundidad parece mantener, en el caso de el número deseado de hijos, la tendencia que ha tenido en el pasado, y en el caso de las demás variables, el nivel anterior, con excepción del deseo de espaciamiento de los hijos.

6. Bibliografía

Anonymus. Turkish women show preference for small families. DHS. Demographic and Health Surveys Newsletter. 1995; 2(7):9.

Asociación Demográfica Costarricense. Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense. 1987.

Informe de la Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivos. Costa Rica. 1978. Asociación Demográfica Costarricense. 1978.

Ayad M. Fertility preferences. Royaume De Maroc: Enquette De Panel Sur La Population Et La Santé. 1996:57-66.

Fertility preferences. Enquete Demographique Et De Sante Au Senegal. 1997:69-78.

Bankhole, A. and Singh, S. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice. International Family Planning Perspectives. 1998; 1(24):15-24.

Bankhole, A and Westhoff, CF. Childbearing attitudes and intentions. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*. 1995(17).

Bermúdez A and Rosero-Bixby L. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993. Costa Rica. Informe de Trabajo 1. Caja Costarricense De Seguro Social. 1994.

Bongaarts J. The measurement of wanted fertility. *Population and Development Review*. 1990; 16(3):487-506.

Bongaarts, J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Presented at the Annual Meeting of the Population Association. 1997:27-29.

Breslin M. Almost one in three Ugandan births are unwanted or mistimed, but few women practice contraception. *International Family Planning Perspectives*. 1998; 1(24):46-7.

Bushan, I and Hill, K. The measurement and interpretation of desired fertility. Johns Hopkins Population Center. Papers on Population WP. 1995; 1(95).

Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de Salud Reproductiva. Fecundidad y Formación de la Familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993. 1994.

Campbell, EK and Campbell, PB. Family size and sex preferences and eventual fertility in Bostwana. *Journal of Biosocial Science*. 1997; 2(29):191-204.

Chen, H. Fertility desires of married Tibetan women of childbearing age in Tibet. *China Population Today*. 1997; 3-4(14):24.

De Souza, L. and Zomahoun, S. Fertility preferences. *Republique Au Benin Enquette Demographic Et De Santé* . 1997:91-101.

Diggle, Peter J.; Kung-Yee, Liang, and Zeger, Scott L. *Analysis of Longitudinal Data*. Oxford Science Publications. 1994.

Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta Nacional de Fecundidad en Costa Rica. Dirección General De Estadística y Censos. 1976.

Dodoo FN. Marriage type and reproductive decisions: a comparative study in sub-Saharan Africa. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 1(60):232-42.

Men matter: additive and interactive gendered preferences and reproductive behaviour in Kenya. *Demography*. 1998; 2(35):229-42.

Freeman, R. Do family planning programs affect fertility preferences?. A literature review. *Studies in Family Planning*. 1997; 28(1).

Gómez M. Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Area Metropolitana de Costa Rica. Instituto Centroamericano De Estadística. 1968.

González Cervera, Alfonso S. La fecundidad no deseada en México. *Estudios Demográficos y Urbanos* 23. 1993; 8(2).

Gwako, EL. Married women's ideal family size preferences and family planning practices: evidence from rural Kenya. *Social Science Journal*. 1997; 3(34):369-82.

Hermalin, AI; Riley, AP, and Rosero-Bixby, L. Regional differences in family size preferences in Costa Rica and their implications within the Transition Theory. *De Los Mayas a La Planificación Familiar: Demografía Del Istmo*. 1997:209-37.

Hollander, D. Ugandan couples may discuss reproductive issues, but do not always understand each other's desires. *International Family Planning Perspectives*. 1997; 2(23):90-2.

Jain, Anrudh. Debería seguir siendo una prioridad la eliminación de la necesidad insatisfecha de anticoncepción? *Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar*. 1999; Número especial.

Kaufmann, RB; Morris, L., and Spitz, AM. Comparison of two question sequences for assessing pregnancy intentions. *American Journal of Epidemiology*. 1997; 9(145):810-6.

Knodel, J and Prachuabmoh, V. Desired family size in Thailand. Are the responses meaningful? *Family Planning Resumé*. 1997; 1(1):32-43.

Lightbourne Robert E. Desired number of births and prospects for fertility decline in 40 countries. *International Family Planning Perspectives*. 1995; 11(2).

Madrigal, J.; Sosa, D., and Gómez, M. Deseo y planeamiento del embarazo. El embarazo deseado en Costa Rica. *Informe de resultados*. 1992:49-65.

Mahler, K. For most Thai women, the ideal family consists of two children: one boy and one girl. *International Planning Perspectives*. 1997; 3(23):140-1.

Miller, WB and Pasta, DJ. Couple disagreement: effects on the formation and implementation of fertility decisions. *Personal Relationships*. 1996; 3(3):307-36.

Ndamobissi, R. Fertility preferences. *Enquette Demographic Et De Santé, Republique Centrafricaine, 1994-95*. 1995:101-110.

Pritchett, Lant. Desired fertility and the impact of population policies . *Population and Development Review*. 1994; 20(1).

Razzaque, A. Reproductive preferences in Matlab, Bangladesh: levels, motivation and differentials. *Asia-Pacific Population Journal*. 1996; 1(11):25-44.

Rosero-Bixby L. Determinantes de la Fecundidad Costarricense. *Asociación Demográfica Costarricense. Octavo Seminario Nacional De Demografía*. 1983.

Rosero-Bixby L. Fecundidad y Anticoncepción en Costa Rica. 1981. *Resultados de la Segunda Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva*. Maryland: Westinghouse Health Systems. 1981.

Rosero-Bixby L; Gómez M, and Rodríguez V. Determinantes de la Fecundidad en Costa Rica. *Análisis Longitudinal de Tres Encuestas*. Dirección General De Estadística y Censos. 1982.

Soultanov, SN; Weinstein, KI, and Usmanova, RM. Fertility preferences. *Uzbekistan Demographic and*

Health Survey. 1997:89-97.

Stash, S. Ideal family size and sex composition preferences among wives and husbands in Chitwan, Nepal. The introduction of multiple-response fertility preference scale . Presented at the Annual Meeting of The Population Association of America. 1995.

Ideal family size and sex composition preferences among wives and husbands in Nepal. *Studies in Family Planning*. 1996; 2(27):107-18.

Thailand National Statistical Office. Determinants of desire for more children: an analysis of the 1993 Social Attitudes Towards Children Survey . 1996:10-16.

Thomson, E. Couple childbearing desires, intentions and births. *Demography*. 1997; 3(34):343-54.

Thomson, E and Hoem, JM. Couple childbearing plans and births in Sweden. *Stockholm Research Reports in Demography*. 1996(113).

Unalan, T. Reproductive expectations and fertility trends in Turkey. Results and Further Analysis of the Turkish Demographic and Health Survey. 1997:105-27.

Willen, H and Montgomery, H. The impact of wish for children and having children on attainment and importance of life values. *Journal of Comparative Family Studies* . 1996; 3(27):499-518.

Williams, LB; Abma, J, and Piccinino, L. Fertility intentions, subsequent behavior, and wantedness reports of births: a comparison of prospective and retrospective attitudes. *Population and Development Program Working Papers*. 1996(96).

Zaki, HH. Profile of men's and women's fertility preferences in Egypt. Cairo, Egypt National Population Council. *Demographic and Health Surveys*. 1995:55-79.

Cuadro 1. Porcentaje de mujeres según si deseaban el último embarazo que tuvieron. Mujeres con al menos un hijo tenido vivo. 1992 y 1999.

Deseo del último embarazo	1992	1999
Sí lo deseaba	57.7	58.6
Deseaba esperar	11.9	12.4
No lo deseaba	30.4	29.0
Porcentaje total	100.0	100.0
Total de mujeres	2553	778

 $\chi^2=0.11$

p=0.946

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos, por edad y número de hijos nacidos vivos tenidos. Mujeres en unión y fértiles. 1992 y 1999.

	1992		1999		
	No. de casos	Porcentaje	No. de casos	Porcentaje	
Edad					
			a/		
15 - 19	90	24.4	31	16.1	
20 - 24	313	29.1	108	34.3	
25 - 29	438	41.6	127	47.2	
30 - 34	356	50.3	108	48.1	$\chi^2 = 1.78$
35 - 39	230	67.8	96	67.7	p = .879
40 - 44	146	81.5	64	81.3	
45 - 49	84	90.5			
Total	1657	49.8	534	51.6	
Hijos nacidos vivos					
0	103	4.9	49	0	
1	377	20.4	132	24.2	
2	514	53.1	193	61.1	
3	326	61.7	74	70.3	$\chi^2 = 8.62$
4	150	71.3	40	72.5	p = .196
5	87	89.7	27	85.2	
6 y más	100	84	19	89.5	
Total	1657	49.8	534	51.3	

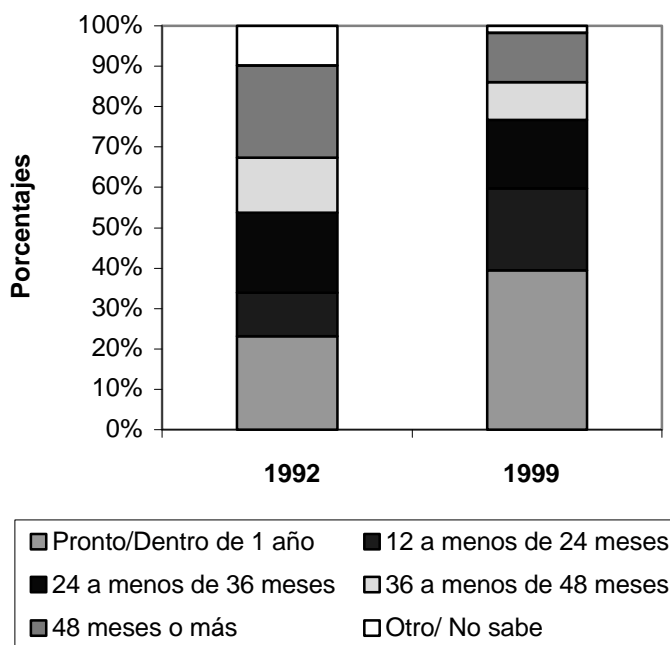
a/ Incluye sólo mujeres de 18 y 19 años

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres según el espaciamiento deseado. Mujeres en unión y fértiles que desean un nuevo hijo. 1992 y 1999.

Espaciamiento deseado	1992	1999
Pronto/Dentro de 1 año	23.1	39.4
12 a menos de 24 meses	10.8	20.3
24 a menos de 36 meses	19.9	16.9
36 a menos de 48 meses	13.5	9.3
48 meses o más	22.9	12.3
Otro/ No sabe	9.8	1.7
Porcentaje total	100.0	100.0
Total de mujeres	832	236

p = .000
 $\chi^2 = 26.585$ (no incluye otro/no sabe)

Gráfico 1
Porcentaje de mujeres según el espaciamiento deseado. 1992 y 1999



Cuadro 4. Distribución relativa de las mujeres según su percepción de las preferencias reproductivas del esposo o compañero y distribución de las que han hablado con él acerca de cuántos hijos tener. Mujeres en unión. 1992 y 1999

Preferencias del esposo	1992		1999	
	Han hablado	Todas	Han hablado	Todas
Más hijos	18	18	12	13
Mismo número	73	69	80	75
Menos hijos	8	9	7	8
No sabe	1	5	1	4
Total	100	100	100	100
Número de casos	1832	2189	570	674

Valores de χ^2 (no incluyen la categoría "no sabe") y probabilidades asociadas

Para comparar las distribuciones de las mujeres que han hablado con el esposo: 2.796 (p=.247)

Para comparar las distribuciones de todas las mujeres: 2.02 (p=.364)

Cuadro 5. Numero medio deseado de hijos, por edad, según diferentes encuestas. Mujeres en unión y fértiles. 1977 - 1999

Edad	ENF-76 ^{1/}	EPA-81 ^{1/}	EFS-86 ^{1/}	ESR-92	ESR-99
15 - 19	-	3.4	3.7	2.9	2.2 ^{2/}
20 - 24	3.5	3.6	3.3	2.9	2.3
25 - 29	3.9	4.0	3.8	3.0	2.5
30 - 34	4.9	4.4	4.1	3.4	2.8
35 - 39	5.4	5.4	4.3	3.6	3.0
40 - 44	6.0	5.8	5.6	4.0	3.1
45 - 49	6.1	6.5	6.6	4.1	-
Total	4.8	4.6	4.3	3.4	2.7

1/ Estos promedios fueron calculados asignando 13 hijos a las mujeres sin declaración numérica y a las que declararon más de 12 hijos

2/ Este promedio incluye sólo mujeres de 18 y 19 años

ENF-76 = Encuesta Nacional de Fecundidad, 1976

EPA-81 = Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva, 1981

EFS-86 = Encuesta de Fecundidad y Salud, 1986

ESR-92 = Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1992-93

ESR-99 = Encuesta de Salud Reproductiva y Migración 1999-2000

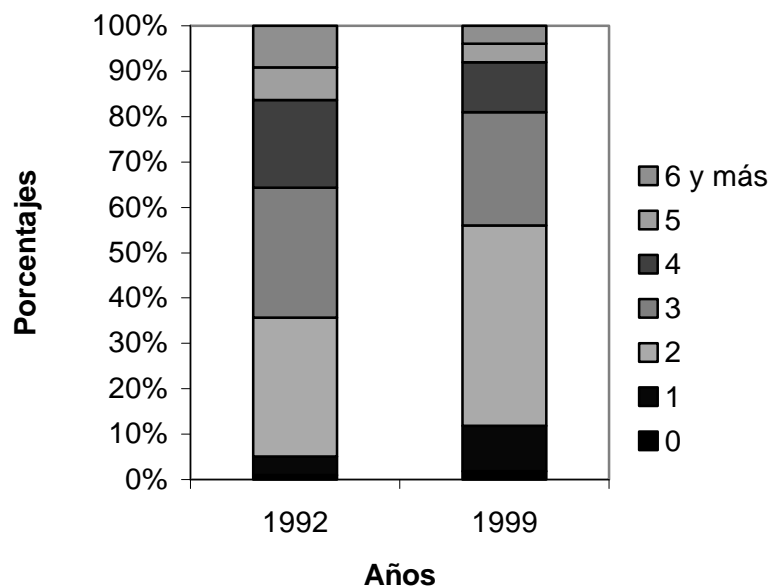
Cuadro 6. Distribución relativa de las mujeres según el tamaño deseado de familia. 1992 y 1999.

Número deseado de hijos	Porcentajes	
	1992	1999
0	1	2
1	4	10
2	30	44
3	28	25
4	19	11
5	7	4
6 y más	9	4
Respuesta no numérica	2	0
Total	100	100
Numero de casos	2191	1020

$\chi^2 = 24.1$

Probabilidad asociada = .001

Gráfico 2
Porcentaje de mujeres según número ideal de hijos. 1992 y 1999



Cuadro 7. Porcentaje de mujeres con al menos un hijo tenido vivo, según si deseaban o no su último embarazo, según edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, religión y condición de trabajo. 1999.

	Deseo por el último embarazo			Número de Mujeres	
	Sí deseaba	Deseaba esperar	No deseaba		
Edad					
15-19	55.9	20.6	23.5	34	
20-24	57.1	15.2	27.7	112	
25-29	61.8	14.5	23.7	152	$\chi^2 = 15.8$ p = .105
30-34	57.3	15.2	27.4	164	
35-39	57.3	10.1	32.6	178	
40-44	60.1	5.1	34.8	138	
Total	58.6	12.3	29.0	778	
Hijos tenidos vivos					
1	69.3	11.6	19.0	189	
2	59.8	16.0	24.2	256	
3	59.6	11.3	29.1	151	$\chi^2 = 53.2$ p = .000
4	55.4	10.8	33.7	83	
5	39.3	5.4	55.4	56	
6 o más	32.6	9.3	58.1	43	
Total	58.6	12.3	29.0	778	
Años de estudio					
0	30.8	7.7	61.5	13	
1 - 2	46.9	12.5	40.6	32	
3 - 5	56.2	7.9	36.0	89	$\chi^2 = 21.5$ p = .018
6	56.0	14.3	29.7	266	
7 - 10	57.5	13.8	28.7	181	
11 y +	68.6	10.3	21.1	194	
Total	58.7	12.3	29.0	775	
Condición de trabajo					
Trabaja	54.7	10.9	34.4	285	
No trabaja	60.9	13.2	26.0	493	$\chi^2 = 6.3$ p = .042
Total	58.6	12.3	29.0	778	
Religión					
Católica	61.1	12.7	26.2	592	$\chi^2 = 9.38$ p = .000
Otra o ninguna	50.8	11.4	37.8	185	
Total	58.7	12.4	29.0	777	

Cuadro 8. Porcentaje de mujeres fértiles, en unión, según si desean o no un nuevo hijo, por edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, condición de trabajo y religión. 1999.

	Deseo por un próximo embarazo			Número de Mujeres	
	Sí desea	No desea	No sabe		
Edad					
15-19	83.3	16.7		29	
20-24	63.5	35.6	1.0	103	
25-29	50.8	49.2		125	$\chi^2 = 64.6$ p = .000
30-34	50.0	49.1	0.9	104	
35-39	27.2	70.7	2.2	92	
40-44	17.5	82.5		62	
Total	46.8	52.4	0.6	515	
Hijos tenidos vivos					
0	93.3		6.6	4	
1	74.2	25.0	0.8	126	
2	37.2	62.8		186	
3	27.8	72.2		75	$\chi^2 = 134.3$ p = .000
4	23.7	76.3		39	
5	14.8	85.2		29	
6 o más	10.5	89.5		18	
Total	46.8	52.4	0.8	477	
Años de estudio					
0	28.6	71.4		8	
1 - 2	39.1	60.9		27	
3 - 5	45.0	55.0		62	
6	47.3	52.2	0.5	181	
7 - 10	43.0	55.4	1.7	115	$\chi^2 = 3.8$ p = .571
11 y +	52.5	46.7	0.8	123	
Total	46.6	52.6	0.8	516	
Condición de trabajo					
Trabaja	49.3	50.0	0.7	500	
No trabaja	45.8	53.4	0.8	19	$\chi^2 = .511$ p = .475
Total	46.8	52.4	0.8	519	
Religión					
Católica	49.7	49.5	0.8	399	
Otra o ninguna	37.4	61.8	0.8	118	$\chi^2 = 5.8$ p = .016
Total	46.8	52.4	0.8	517	

Nota: Los valores de Chi cuadrado excluyen a la categoría "no sabe"

Cuadro 9. Porcentaje de mujeres en unión, según concordancia con los deseos de su pareja, por edad, número de hijos tenidos vivos, nivel educativo, condición de trabajo, y religión. 1999.

	Percepción de los deseos de la pareja			No sabe	Número de Mujeres
	Igual número	Más hijos	Menos hijos		
Edad					
15-19	83.9	12.9	3.2		29
20-24	79.3	12.6	5.4	2.7	106
25-29	81.7	9.9	7.7	0.7	139
30-34	69.0	13.4	11.3	6.3	136
35-39	72.4	17.8	4.6	5.3	147
40-44	72.4	11.2	8.6	7.8	113
Total	75.2	13.1	7.3	4.3	670
Hijos tenidos vivos					
0	90.4	1.9		7.7	4
1	76.9	15.7	6.0	1.5	126
2	75.5	10.4	9.9	4.2	205
3	75.6	14.1	6.7	3.7	131
4	72.4	18.4	6.6	2.6	74
5	64.6	16.7	10.4	8.3	50
6 o más	64.9	16.2	8.1	10.8	36
Total	75.2	13.1	7.3	4.3	626
Años de estudio					
0	75.0		16.7	8.3	13
1 - 2	64.3	28.6	7.1		31
3 - 5	77.9	14.3	2.6	5.2	80
6	73.2	12.6	7.7	6.5	240
7 - 10	77.7	8.9	10.8	2.5	143
11 y +	76.6	15.8	4.7	2.9	163
Total	75.3	13.2	7.2	4.3	670
Condición de trabajo					
Trabaja	75.6	13.8	7.8	2.8	654
No trabaja	75.1	12.8	7.1	5.0	20
Total	75.2	13.1	7.3	4.3	674
Religión					
Católica	76.6	13.2	6.3	3.9	522
Otra o ninguna	70.3	12.9	11.0	5.8	149
Total	75.2	13.1	7.3	4.3	671

Nota: Para el cálculo de Chi cuadrado se agruparon las categorías "más hijos" y "menos hijos" en una sola de "desacuerdo" y se excluyó la categoría "no sabe".

V. Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad

Juan Carlos Vanegas Pissa

Introducción

La creciente necesidad de conocer y analizar los problemas relacionados con la salud reproductiva, en especial la fecundidad como uno de los principales componentes que originan el cambio demográfico, no es nuevo, muchos son los interesados en este aspecto y las ideas son planteadas de manera muy acertada en el documento publicado por el Estado de la Población Mundial 1997, en su capítulo sobre los Derechos de Procreación y Salud de la Reproducción; algunos de estos se señalan a continuación:

Las lagunas y deficiencias en los servicios de salud de la reproducción, sumadas a la discriminación y la violencia generalizadas contra las mujeres, constituyen una masiva violación a los derechos humanos. La privación de los derechos sexuales y de procreación - incluida la libertad de opción con respecto al embarazo y el alumbramiento - causa cada año millones de defunciones y muchos más casos de enfermedad y discapacidad. Casi todos los afectados son mujeres y la vasta mayoría de ellas se encuentra en países en desarrollo.

Sobre la base de los tratados de derechos humanos, en la CIPD (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo) se reconoció un conjunto básico de derechos sexuales y de procreación: el derecho a la salud sexual y de la reproducción a lo largo de todo el ciclo vital; la libre determinación en materia de procreación, incluido los derechos a contraer matrimonio voluntariamente y a disponer de la información y los medios para determinar el número y el espaciamiento de los propios hijos, y el momento de tenerlos; la igualdad y equidad para hombres y mujeres en todas las esferas de la vida; y la seguridad sexual y de procreación, incluida la protección contra la violencia y la coacción sexuales.

La frecuencia de la violación y otras formas de violencia sexual están aumentando en forma galopante, aun cuando muchos casos de violación no se denuncian debido al estigma y el trauma asociados y a la falta de un trato acogedor por parte de los sistemas jurídicos.

Si bien el derecho a la salud es reconocido casi universalmente, las mujeres soportan una carga pesada y, en gran medida evitable, de enfermedades en la relación con la procreación y la sexualidad:

La malnutrición y la anemia, causadas por la pobreza y agravadas por la desigualdad de cuestiones de género, contribuyen a muchos problemas del embarazo y el parto y desempeñan un papel en muchas defunciones relacionadas con la maternidad.

Las complicaciones del embarazo: obstrucciones del parto, hemorragias e infecciones en el postparto, podrían reducirse sustancialmente mediante exámenes prenatales, una más amplia disponibilidad de parteras diplomadas y una rápida remisión a establecimientos que ofrezcan atención obstétrica de emergencia. Muchas vidas podrían salvarse si mayor cantidad de mujeres pudiera evitar el embarazo en la adolescencia o después de los 35 años, o demasiado pronto después de haber alumbrado otro niño.

Las madres adolescentes corren un riesgo de defunción superior al promedio por causas relacionadas con la maternidad, y sus hijos tienen niveles más altos de morbilidad y mortalidad. El matrimonio precoz y los alumbramientos precoces también obstaculizan las oportunidades educacionales y de empleo de las jóvenes mujeres.

En este capítulo se enfoca la situación actual de la fecundidad de manera comparativa dentro del estado conyugal de la mujer, concepto dentro del cual la unión no puede ser definida con la misma precisión que un nacimiento o una defunción. En este concepto se incluye el matrimonio propiamente dicho (obligaciones legales y dé lugar a un registro estadístico –casada-) y las uniones consensuales (uniones de hecho o uniones libres) sin verdadera sanción jurídica, en ambos casos las implicaciones demográficas son de la misma naturaleza, de modo que a efecto de análisis se tomará esta definición y se recomienda tener precaución cuando se realizan comparaciones con otros países.

Como es de esperar la condición de nupcialidad genera patrones de comportamiento diferentes, las mujeres en unión presentan una probabilidad de embarazo mayor a las que no están unidas pues están más expuestas al “riesgo de embarazo”, así entonces el estudio de la fecundidad conyugal introduce una forma más precisa para el conocimiento de la práctica sexual y la salud reproductiva de las mujeres unidas fundamentalmente como una subpoblación de análisis. Otras características pueden ser estudiadas en este mismo grupo como son las uniones sucesivas y la disolución en especial por las consecuencias de tipo social, económico y psicológico de innegable importancia.

Este capítulo describe los patrones actuales de la nupcialidad y los cambios si los ha habido a través de los años, los cuales serán analizados por las siguientes variables demográficas: región, edad, escolaridad, credo religioso y actividad laboral, a la vez que se comparara con otras variables asociadas.

1. El estado conyugal

En este capítulo se clasificó al estado conyugal en tres categorías: Unidas, solteras y desunidas; se consideraran mujeres unidas a aquellas que son casadas legalmente y a las que conviven con su pareja sin ningún vínculo legal; las desunidas serán las separadas, divorciadas y las viudas.

Comparando con las dos encuestas anteriores empieza a percibirse un cambio en la estructura de la mujeres desunidas. Cabe destacar que en esta encuesta el primer grupo etareo se tomó de 18-19 años y no de los 15-19 años como en encuestas anteriores. En el cuadro 1 se presenta la distribución de las entrevistadas según su estado conyugal con respecto a las últimas encuestas realizadas, donde la proporción de las unidas se incremento de 61 % a 68 % y las mujeres solteras disminuyeron de 29 % a 23 %, manteniéndose estables las desunidas. Sin embargo por grupos de edad (ver cuadro 2) no se presentan diferencias importantes, con excepción del grupo de edad de 15-19 años.

De acuerdo al cuadro 3, el 56.0 % de las unidas son del área urbana, con un 26.6% del área metropolitana; sin que se presenten diferencias significativas entre 20-44 años, con excepción del grupo de edad de 18-19 años con el 4.6 %; aproximadamente la mitad tiene educación primaria, con un 35.7 % de secundaria; el 77.4 % profesan la religión católica y el 64.7 % no trabaja; también se observa que las mujeres unidas es el grupo que presenta una menor proporción de mujeres que no trabajan (64.7 %) y parece que su única función es la de ser amas de casa, concentrándose en las mujeres de 20-44 años, mientras que las que trabajan son un 29.1 % en edades de 25-44 años; las desunidas y solteras son las que más oportunidad tienen de desempeñarse laboralmente con un 57.3 % y 58.9 % respectivamente, en edades para las

desunidas de 35-44 años mayoritariamente, en las solteras, las mujeres jóvenes poseen más actividad laboral (20-24 años, 43.9 %), a la vez que son las que más oportunidad tienen de estudiar (18.2 % entre los 18-24 años).

2. Preferencias Anticonceptivas

En general las mujeres entrevistadas independientemente del estado conyugal que poseen están muy de acuerdo con la planificación familiar, (unidas 93.7 %, desunidas 96.8 %, solteras 95.2 %); de las mujeres unidas, las casadas están más de acuerdo con la planificación familiar (72.6 %) que las de unión libre (27.4 %); en las mujeres desunidas, las separadas están más de acuerdo con la planificación familiar (70.7 %) que las divorciadas (25.0 %) y las viudas (4.3 %).

El método de planificación familiar de su predilección, son los métodos modernos independiente de su estado conyugal (66.1 %), seguidos por los naturales (13.8 %) donde se aprecia una leve diferencia de dicho método entre las solteras (20.6 %) con las unidas y desunidas, cuadro 4. El método moderno no presenta diferencias significativas entre las unidas, (Casadas y unión libre) , pero el método natural presenta una leve diferencia entre las casadas (15.3 %) y las de unión libre (4.4 %); de los métodos modernos el que más usarían las mujeres entrevistadas son los gestágenos orales con una diferencia entre las solteras (79.4 %) y las unidas y desunidas (62.2 % y 57.4 % respectivamente); el método natural de preferencia es el ritmo sin haber diferencias entre los estados conyugales.

3. Percepción acerca del Aborto

Para analizar la opinión y la posición de las mujeres respecto al aborto, se construyó un índice² que incluye 8 ítems, en cinco categorías: Totalmente en contra, medianamente en contra, ni a favor ni en contra, medianamente a favor y totalmente a favor.

Más de la mitad de las mujeres en edad fértil se muestran totalmente en contra del aborto (55.1%), el 37.7% se muestra medianamente en contra porque acepta como una posibilidad de aborto aquellos casos en que se pone en riesgo la salud de la madre, la vida de la madre o el incesto.

El cuadro 5 muestra la distribución de las mujeres por estado conyugal y su opinión con respecto al aborto, observando que las mujeres unidas son las que más rechazan el aborto (están totalmente en contra) (64.8 %) seguidas por las mujeres solteras (25.8 %), siguiendo la tendencia para las mujeres que están medianamente en contra; respecto a las mujeres unidas se encuentra una diferencia marcada entre las casadas (73.2 %) y las mujeres en unión libre (26.8 %) con respecto a estar totalmente en contra del aborto, siguiendo esta tendencia para las que opinan estar medianamente en contra.

² Se incluyeron los siguientes ítems: Peligro para la vida de la madre, peligro para la salud de la madre, hijo será anormal, violación, embarazada por su padre o hermano, el hombre no quiere casarse, no puede mantener y educar a los hijos, por otro motivo; a partir de ellos se generó una escala de puntos de 0 a 8, donde los extremos representan totalmente en contra y totalmente de acuerdo respectivamente, las categorías intermedias se definen en función de intervalos de variación: de 1 a 3 medianamente en contra, 4 ni a favor ni en contra, de 5 a 7 medianamente a favor. Cada ítem fue calificado de manera dicotómica.

4. Percepción de la mujer costarricense respecto a la posición de la iglesia, el gobierno y la enseñanza de la educación sexual a los jóvenes

Las entrevistadas perciben que la iglesia católica está en contra de la planificación familiar, teniendo unas diferencias muy leves entre estados conyugales, las solteras son las más visualizan tal situación (81.0 %), seguidas de las unidas (72.4 %) y las desunidas (66.7 %); con respecto a la posición del gobierno referente a la planificación familiar, no se encuentran diferencias entre los estados conyugales y opinando que el gobierno esta a favor por encima del 80.0 %; las mujeres costarricenses están de acuerdo (por encima del 90.0 %) que se debe enseñar educación sexual en los colegios y a su vez que les expliquen los métodos de planificación familiar en dichas clases; un análisis más detallado se presenta en el cuadro 6

5. La unión libre

Los resultados de algunas encuestas documentan una leve tendencia ascendente en la incidencia de la unión libre en Costa Rica (Rosero, 1981), como muestran los siguientes datos.

Encuesta:	Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años en unión libre
Encuesta Nacional de Fecundidad 1976 (ENF-76)	18
Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva 1981 (EPA-81)	20
Encuesta de Fecundidad y Salud 1986 (EFS-86)	21
Encuesta Nacional de Salud reproductiva 1992 (ESR-92)	20
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración 1999(ESR-99)	28*

* En la encuesta de 1999 se tomo a las mujeres entre los 18 y 44 años de edad

Las cifras disponibles indican un aumento en la proporción de uniones libres a partir de la encuesta de 1992, lo cual indica que se está dando un cambio en el comportamiento conyugal de las mujeres costarricenses.

Teniendo en cuenta que en la encuesta de 1999 se tomaron las mujeres entre los 18 y 44 años de edad, el cuadro 7 permite observar que el comportamiento de la unión libre por grupos etáreos, se incrementó considerablemente, en el grupo de 20-24 años, de 26 % en 1992 a 38 % en 1999 lo que da 12 puntos porcentuales; siguiendo los cambios en los demás grupos aunque en más baja proporción, cabe destacar que los dos primeros grupos de edad en ambas encuestas no son comparables, pero a pesar de esto la diferencia es poca, lo que nos lleva a concluir que la incidencia de la unión libre se está incrementando aceleradamente en las mujeres jóvenes.

El 52.6 % de las mujeres unidas por primera vez, se casó por la iglesia, el 8.7 % por lo civil y el 38.7 % comenzaron su vida de pareja sin haberla formalizado. Esta proporción es mayor a la obtenida en el cuadro 8 de mujeres en unión libre a la fecha de la entrevista (28.2 %), lo cual indica que varias de tales uniones libres fueron legalizadas después. Este comportamiento comparativamente hablando con la última encuesta (1992) no refleja cambios significativos; es decir se ha mantenido estable.

La unión libre o unión consensual varía según diferentes variables demográficas, como se ilustra en el cuadro 8. La unión libre es más frecuente en zonas rurales (57.5 %), seguida del Area Metropolitana (26.5 %); con respecto a la edad de unirse, es más frecuente en mujeres de 20-24 años (22.4 %) y 25-29 años

(23.5 %); la escolaridad influye mucho, pues mayoritariamente escogen esta forma de unirse, las mujeres que tienen un nivel de escolaridad de primaria (62.8 %), lo cual va disminuyendo a medida que mejora su condición de escolaridad, cabe anotar que no tiene en cuenta a las mujeres sin ningún tipo de educación por ser muy pocos casos; y con la creencia religiosa pasa algo muy particular, esta no determina el hecho de empezar su vida conyugal en unión consensual, pues el 71.4 % de las entrevistadas dijo ser católica a la hora de la entrevista y vivir actualmente en unión libre.

6. Práctica sexual

De acuerdo al estado conyugal, las mujeres solteras costarricenses siguen teniendo poca actividad sexual, pues el 65.6 % dijo no haber tenido relaciones sexuales, pero comparándolo con la encuesta de 1992 dicho porcentaje empieza a disminuir (paso de 73 % en el '92 a 65.6 % en el '99). Una mejor información se ofrece en el cuadro 9.

En el cuadro 10 tenemos el comportamiento de las mujeres con respecto a si tuvieron relaciones en las últimas cuatro semanas por estado conyugal y edad, notándose claramente la diferencia en el grupo de edad de 20-24 años, donde las solteras tienen un 35.7 % con respecto a las unidas (15.9 %) y las desunidas (3.8 %), cabe destacar también el primer grupo de edad 18-19 años que se está incrementando rápidamente; en las mujeres solteras a medida que aumenta el grupo de edad va disminuyendo la actividad sexual. Otro dato importante es que las mujeres desunidas entre 35-39 años son las que presentan mayor actividad sexual en el último mes. Comparando estos datos en forma general con la encuesta de 1992 notamos que la actividad sexual en las unidas y desunidas está cayendo aceleradamente y a su vez aumentando la de las mujeres solteras, quienes en la última encuesta presentaban poca variabilidad con respecto a los grupos etáreos.

En el cuadro 11 se presenta la comparación de la actividad sexual en las últimas cuatro semanas para las tres últimas encuestas y la conclusión a la que se llegó (en la comparación de la encuesta de 1986 y 1992) fue: “ Los datos sugieren una mayor actividad sexual en las mujeres entrevistadas en 1992 respecto a las entrevistadas en 1986. Aunque las diferencias son sistemáticas y de la misma dirección en todos los grupos de edad, los resultados de la comparación no son concluyentes, pues la diferencia entre las series de cifras podrían deberse a un aumento en la actividad sexual de las mujeres entre 1986 a 1992, a una mayor desinhibición para informar sobre la actividad sexual en tiempos recientes, a la forma en que las preguntas fueron planteadas, o a una combinación de los factores citados”.(ESR-92). Pero en la encuesta de 1999 los datos por grupo etáreo cayeron notablemente. En la encuesta de 1992 se preguntó de la misma forma que en la encuesta de 1999.

Con respecto al número de veces que tuvieron relaciones sexuales durante la última semana antes de la entrevista (cuadro 12) y comparándola con la encuesta de 1992, no se perciben grandes cambios, pues el valor modal sigue siendo 1 relación sexual por semana para las mujeres unidas y disminuyendo levemente el promedio de relaciones sexuales por semana de 1.5 en 1992 a 1.3 en 1999.

6.1 Otros aspectos importantes de la práctica sexual

En Costa Rica, el 85.6% de las mujeres entre 18-44 años ha tenido relaciones sexuales y en promedio han iniciado su vida sexual activa a los 18 años, con una frecuencia mensual de relaciones sexuales de 4.4 veces.

La práctica sexual en mujeres de áreas urbanas o rurales no es diferente, la edad si es un determinante importante de la frecuencia en especial en el grupo de 25-29 años que es el conglomerado que presenta la frecuencia más alta como se aprecia en el cuadro 13 (4.9 veces al mes), seguido por el grupo de 30-34 años con una frecuencia relativamente menor (4.81 veces al mes).

El nivel de escolaridad si muestra un comportamiento ampliamente diferente, como se aprecia en el cuadro 13, a mayor escolaridad más frecuente son las relaciones sexuales, las mujeres con educación superior presentan una práctica sexual 23% mayor que las mujeres con nivel de secundaria.

El 23% de las mujeres se encuentran en estado de soltería con mayor frecuencia en las edades más jóvenes entre 18-19 años y 20-24 años, lo cual evidencia una práctica sexual temprana en condición premarital, al contrastar con la edad a la primera relación sexual, como se analiza en las siguientes secciones.

6.2 Comportamiento premarital

La práctica sexual premarital se define para efecto de este análisis como las mujeres que iniciaron su vida sexual estando solteras. En Costa Rica, el porcentaje de mujeres en esta condición, de acuerdo con los resultados de la encuesta es de 40%.

Esta práctica es mucho más frecuente en las zonas rurales del país, el porcentaje alcanza el 43.5% comparativamente con un 33% y un 40% en el Area Metropolitana y el resto Urbano del país respectivamente (cuadro 15).

De acuerdo con la edad este comportamiento es mucho más frecuente en mujeres jóvenes, en el grupo de 18-19 años el porcentaje de mujeres que iniciaron su actividad estando solteras fue de 67%, en el grupo de 20-24 este porcentaje fue de 49%, la tendencia es a disminuir conforme la edad de la mujer aumenta (cuadro 15).

También se encuentra una relación interesante con el nivel de escolaridad de la mujer, a mayor nivel de escolaridad menor es el porcentaje de mujeres con actividad sexual premarital (cuadro 15).

6.3 La primera relación sexual

De acuerdo con la información obtenida en esta encuesta, el 50% de las mujeres costarricenses tuvieron su primera relación sexual entre los 16-21 años, la edad promedio se centra en 18.6 años, se observa un comportamiento diferente entre la mujer de Area Urbana y la de Area Rural, en esta última la edad promedio disminuye cerca de 6 meses (cuadro 14).

Con respecto a la edad actual de las mujeres se observa que la edad promedio de la primera relación sexual aumenta conforme la edad actual aumenta también, así en el grupo de 20-24 años la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 17.6 años en contraposición con el grupo de 40-44 años donde esta edad se desplaza a 19.7 años.

Otro punto importante de analizar es el comportamiento de la primera relación sexual respecto al nivel de escolaridad de mujer, como se aprecia en el cuadro 14, a mayor nivel de escolaridad el inicio de las relaciones sexuales es más tardío, las mujeres con nivel de primaria iniciaron a los 18 años en tanto las que presentan educación superior iniciaron su actividad sexual a los 21.3 años. Cabe anotar que en estos datos aparecen dos casos de niñas que fueron objeto de abuso sexual de 7 y 9 años.

En el primer encuentro sexual la mujer costarricense tiene en promedio 18.6 años mientras que su compañero tiene 23.3 años en promedio, sin embargo la diferencia de edad muestra una brecha generacional importante en tanto el 50% de las mujeres tienen su primer experiencia sexual con compañeros 18 años mayores que ellas. Este valor se incrementa en los extremos del nivel de escolaridad como se muestra en el cuadro 16, principalmente en aquellas mujeres que no tienen escolaridad, y en el grupo de mujeres con escolaridad superior se presenta una leve diferencia.

Con respecto al uso de anticonceptivos en el primer encuentro, solamente el 29.8% utilizaron, de ellos el 48.7% utilizó métodos modernos principalmente los gestágenos orales, el 34.7% métodos de barrera (condón) y el 17% métodos naturales particularmente el ritmo.

La prevalencia en el uso de métodos de barrera es más alta en los grupos de menor edad y en las mujeres mayores la prevalencia de los métodos modernos es mucho mayor, ver cuadro 17. La mayoría adquirió el método en farmacias (56%), un porcentaje de mujeres acudió al sector público (CCSS y Ministerio) para adquirir el método anticonceptivo (20%) y consultorio médico privado (16%).

Las principales razones por las cuales no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual de acuerdo con las mujeres entrevistadas fue lo inesperado del hecho (36%), seguido por el deseo de embarazarse (24%) y luego por desconocimiento (20%) como se aprecia en el cuadro 18.

7. Disolución de la primera unión y uniones sucesivas

Comparando la disolución de la primera unión y uniones sucesivas con respecto a la encuesta de 1992 encontramos una estabilidad del porcentaje en la disolución de la primera unión (23 % en la ESR-92 y 22.8 % en la ESR-99), mientras que el porcentaje de mujeres que se unieron más de una vez se incremento de 12 % en la ESR-92 a 17.4 % en la ESR-99.

El cuadro 19 muestra el comportamiento de la primera unión disuelta y disoluciones sucesivas por diferentes variables demográficas; las mujeres entre 35-39 años representan el grupo donde se concentra principalmente las disolución de la primera unión (36.1 %), seguidas del grupo de 40-44 años (21.3 %); las mujeres del área rural (45.9 %) son las que generalmente se separan de la primera unión; en este fenómeno no influye la condición laboral pues las mujeres que trabajan se separan por primera vez un 55.7 %, mientras que las que no trabajan lo hacen un 37.7 %; las mujeres que dicen profesar la religión católica son las que más se separan (78.7 %), teniendo en cuenta que no hay diferencias significativas entre las casadas y las no casadas.

Las mujeres de 25 años en adelante son las más propensas en volverse a unir; siguiendo la misma tendencia para la región, condición laboral, religión que la encontrada en la primera disolución, con un leve cambio en la situación legal en la primera unión, donde las no casadas son las que más se vuelven a unir.

8. Edad de la primera Unión

De acuerdo con un análisis descriptivo, el promedio de edad de la primera unión es de 20 años, la mediana de 19 años, el cuartil uno 17 años y el cuartil tres 22 años, lo que da evidencia que las mujeres costarricenses se unen muy jóvenes.

Se determinaron tres grupos etareos para la edad de la primera unión, los cuales fueron de 12-17 años, 18-20 años y de 21 años y más, teniéndose que un 61 % de las mujeres costarricenses tienen su primera unión entre los 12- 20 años, lo cual refuerza lo dicho anteriormente; sin tener en cuenta la edad de la primera unión, la región de la cual proceden dichas mujeres es del área rural, notándose que se comportan de manera muy similar entre las unidas y las desunidas. Los datos también muestran (cuadro 20) que independiente de la edad a la primera unión, las mujeres entre 35-44 años forman los grupos más representativos de las desunidas; cuya escolaridad predominante es la primaria y la secundaria; las mujeres cuya condición laboral está definida son las que más rápido se desunen, mientras que las mujeres que no poseen trabajo definido socialmente, que son los porcentajes más altos en los diferentes grupos de edad a la primera unión son las que comparativamente menos se desunen; las creencias religiosas no tienen relevancia en este comportamiento.

9. Fecundidad Conyugal³

La introducción de ajustes a la tasa de fecundidad global y específica no es reciente, se acostumbra presentar la tasa para diferentes colectivos demográficos (región, escolaridad, entre otros), y recientemente se introduce el ajuste por estado conyugal a partir del cual se construye una tasa más depurada que brinda información acerca del número promedio de hijos por mujer en unión.

En esta sección se analiza la fecundidad de manera comparativa para las mujeres unidas (fecundidad conyugal) y para todas las mujeres en edad reproductiva, a efecto de dar estabilidad a las mediciones se ajustaron tasas quinquenales tomando los nacimientos desde 1995 hasta 1999 y ajustando la edad de las mujeres incluidas en el estudio al año 97 para el cálculo de las tasas.

Es evidente que una reducción en la población expuesta elevará las tasas esperadas de fecundidad, así se encuentra que la fecundidad general (mujeres unidas y desunidas –incluyendo a las solteras-) es de 2.3 hijos por mujer y en la fecundidad conyugal esta tasa se duplica, es decir que las mujeres en unión tienen en promedio 5.1 hijos nacidos vivos.

En el cuadro 21 se puede apreciar la contribución por grupo de edad a la fecundidad general y específica, como es lógico las mayores diferencias se presentan en los grupos de menor edad debido a la práctica de la unión a edades superiores a los 20 años, con lo cual las mujeres expuestas al riesgo de embarazo (unidas) es menor, gráficamente se puede apreciar como la contribución a la fecundidad conyugal disminuye conforme la edad de la mujer aumenta (gráfico 1).

Un aspecto importante es que las diferencias en las tasas de fecundidad conyugal respecto a la fecundidad general está entre 30% y 40%, se puede apreciar la convergencia de las tasas hacia el final del periodo reproductivo evidenciando la práctica de convivencia en unión de las mujeres costarricenses (gráfico 1).

Es importante señalar además que no se aprecian diferencias importantes en la fecundidad conyugal por nivel de escolaridad, si por región y por condición laboral. De acuerdo con el nivel de escolaridad la fecundidad conyugal es de alrededor de 0.7 hijos por mujer y la fecundidad general muestra un comportamiento diferente, a mayor nivel de escolaridad la fecundidad es menor (cuadro 22).

³ Por definición la fecundidad conyugal se refiere a un ajuste de la fecundidad global y específica considerando como factor de riesgo aquellas mujeres que se encuentran en unión legal o consensual excluyendo a las mujeres solteras, separadas y viudas de la población expuesta al riesgo de embarazo en el periodo de referencia.

Analizando por región la fecundidad conyugal es menor en el Area Metropolitana 0.5 hijos por mujer, sin embargo la fecundidad general no presenta diferencias por región como se aprecia en el cuadro 22.

La condición laboral muestra diferencias en la fecundidad tanto conyugal como general, y presenta una tasa menor en las mujeres que trabajan.

Respecto al número promedio de hijos nacidos vivos por mujer se observa que existen diferencias importantes entre las mujeres unidas, desunidas y las solteras, como se aprecia en el cuadro 23 y en el gráfico 2, las mujeres unidas son las que presentan un mayor número de hijos a cualquier edad con excepción del primer y último grupo de edad, las mujeres en unión presentan al final de su edad fértil un promedio de 3.6 hijos, las desunidas un promedio de 3.1 hijos y las solteras 1.1 hijos.

Respecto al nivel de escolaridad, en todas las edades se aprecia que el número de hijos nacidos vivos por mujer es mayor conforme disminuye el nivel de escolaridad (cuadro 24 y gráfico 3) , se notan diferencias también en el análisis por región en donde las mujeres que residen en el área rural presentan un número mayor de hijos nacidos vivos (cuadro 25 y gráfico 4).

10. Bibliografía

Caja Costarricense de Segura Social, “Encuesta Nacional de Salud Reproductiva”. San José, 1994.

Estado de la Población Mundial 1997: “El Derecho a Optar: Derechos de Procreación y Salud de la Reproducción”. <http://www.unfpa.org>.

Oruç S, Esen A, Laçın S y colaboradores: “Actividad Sexual Durante el Embarazo”. 1999
<http://www.siicsalud.com>

Tapinos, Georges, “Elementos de Demografía”. Espasa-Calpe, S.A. , Madrid, 1988

Welti, Carlos, “Demografía II”. CELADE. Chile.

Cuadro 1. Distribución de las entrevistadas según el estado conyugal.

	ENF-76*	EPA-81***	EFS-86***	ESR-92***	ESR-99**
Estado conyugal					
Total (%)	100	100	100	100	100
Unidas	68	57	59	61	68
Solteras	23	37	31	29	23
Desunidas	9	7	10	10	9

* Mujeres de 29-49 años

** Mujeres de 18-44 años

*** Mujeres de 15-49 años

Cuadro 2. Distribución de las entrevistadas de acuerdo al estado conyugal por grupo de edad y las tres últimas encuestas realizadas.

Edad actual	EFS-86	ESR-92	ESR-99
Porcentaje de Unión			
Total	59	61	68
15-19	18	15	35*
20-24	54	54	53
25-29	72	73	74
30-34	80	76	79
35-39	76	75	76
40-44	74	73	78
45-49	73	73	ND
Porcentaje de solteras			
Total	31	29	23
15-19	80	83	60*
20-24	41	38	44
25-29	17	18	19
30-34	9	14	13
35-39	8	12	7
40-44	7	8	8
45-49	9	9	ND
Porcentaje de desunidas			
Total	10	10	9
15-19	3	2	5*
20-24	5	8	3
25-29	11	10	7
30-34	11	10	8
35-39	16	14	17
40-44	19	20	14
45-49	18	18	ND

* En ESR-99 se investigó a las mujeres entre 18-44 años, el primer grupo de edad es de 18-19 años

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres entrevistadas según estado conyugal por diferentes variables demográficas.

	Unidas %	Desunidas %	Solteras %	Total %
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos	695	96	236	1027
Región				
Area metropolitana	26.6	30.2	32.6	28.3
Rural	56.0	47.9	42.8	52.2
Urbano	17.4	21.9	24.6	19.5
Edad				
18-19	4.6	5.2	23.3	9.0
20-24	16.5	7.3	40.3	21.1
25-29	20.6	15.6	15.3	18.9
30-34	21.3	15.6	10.6	18.3
35-39	20.7	34.4	5.5	18.5
40-44	16.3	21.9	5.1	14.2
Escolaridad				
Ninguna	1.6	3.1	0.8	1.6
Primaria	50.2	42.7	26.3	44.0
Secundaria	35.7	41.7	42.8	37.9
Superior	12.5	12.5	30.1	16.6
Religión				
Católica	77.4	68.8	84.7	78.3
Otra	19.9	26.0	12.7	18.8
No creyente	2.7	5.2	1.7	2.7
Condición laboral				
Trabaja	29.1	57.3	58.9	38.6
Trabaja y estudia	2.0	5.2	2.5	2.4
Estudia	4.2	3.1	18.2	7.3
No trabaja	64.7	34.4	20.3	51.7

Cuadro 4. Distribución del método preferido a usar por estado conyugal.

	Unidas %	Desunidas %	Solteras %	Total %
Número de casos	658	95	204	957
Porcentaje de casos	68.8	9.9	21.3	100
Total %	100	100	100	100
Método				
Ninguno	2.3	4.2	2.5	2.5
Modernos	65.2	71.6	66.7	66.1
Barrera	6.8	4.2	7.8	6.8
Esterilización	12.9	10.5	2	10.3
Naturales	12.3	9.5	20.6	13.8

Cuadro 5. Percepción de las entrevistadas con respecto al aborto según estado conyugal

	Totalmente en contra	Medianamente en contra	Total
Número de casos	472	323	857
	55.1	37.7	100.0
Total	100.0	100.0	100.0
Unidas	64.8	68.1	66.6
Desunidas	9.3	11.5	9.9
Solteras	25.8	20.4	23.5

Cuadro 6. Percepción respecto a la posición de la iglesia y el gobierno de la planificación familiar y opinión acerca de la educación sexual en los jóvenes por estado conyugal.

	Unidas %	Desunidas %	Solteras %	Total %
Posición de la iglesia de la planificación familiar				
Número de casos	623	84	210	917
Porcentaje de casos	67.9	9.2	22.9	100
Total %	100	100	100	100
A favor	17.7	27.4	11.9	17.2
En contra	72.4	66.7	81	73.8
Neutral	10	6	7.1	8.9
Posición del gobierno de la planificación familiar				
Número de casos	596	88	207	891
Porcentaje de casos	66.9	9.9	23.2	100
Total %	100	100	100	100
A favor	80.9	81.8	80.2	80.8
En contra	4	3.4	2.9	3.7
Neutral	15.1	14.8	16.9	15.5
Educación sexual en los colegios				
Número de casos	685	96	232	1013
Porcentaje de casos	67.6	9.5	22.9	100
Total %	100	100	100	100
De acuerdo	93.7	91.7	95.3	93.9
En contra	3.1	5.2	3	3.3
Depende	3.2	3.1	1.7	2.9
Enseñanza de la planificación familiar				
Número de casos	659	90	225	974
Porcentaje de casos	67.7	9.2	23.1	100
Total %	100	100	100	100
De acuerdo	92.6	96.7	96	93.7
En contra	5.2	1.1	3.6	4.4
Depende	2.3	2.2	0.4	1.8

Cuadro 7. Proporción de unión libre entre las mujeres unidas por edad.

Edad actual	% ESR-92*	% ESR-99
15-19	58	56**
20-24	26	38
25-29	20	32
30-34	19	26
35-39	20	21
40-44	17	18
45-49	14	ND
Total	21	28

* En la encuesta de 1992 los grupos de edad van desde los 15-49 años

** En la encuesta de 1999 el primer grupo de edad es de 18-19 años

Cuadro 8. Proporción de mujeres cuya primera unión se inició en unión libre por distintas variables demográficas.

	Número de casos	Porcentaje
Total	196	28.2
Región		
Area Metropolitana	52	26.5
Rural	113	57.7
Urbano	31	15.8
Edad		
18-19	18	9.2
20-24	44	22.4
25-29	46	23.5
30-34	38	19.4
35-39	30	15.3
40-44	20	10.2
Escolaridad		
Ninguno	9	4.6
Primaria	123	62.8
Secundaria	53	27.0
Superior	11	5.6
Religión		
Católica	140	71.4
Otra	45	23.0
No creyente	11	5.6

Cuadro 9. Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales alguna vez, en el último mes y en la última semana según su estado conyugal.

Relaciones sexuales	Total %	Solteras %	Unidas %	Desunidas %
No han tenido	17.1	65.6		
Han tenido alguna vez	82.9	34.4	100	100
En el último mes	77.5	42	89.6	27.4
En la última semana	59.2	30.6	69.7	11.7

Cuadro 10. Porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas por grupos de edad y estado conyugal.

	Unidas %	Desunidas %	Solteras %	Total %
Grupos de edad				
Total	90.1	3.8	6.1	77.5
Número de casos	617	26	42	685
18-19	4.1	11.5	14.3	5.0
20-24	15.9	3.8	35.7	16.6
25-29	20.7	11.5	23.8	20.6
30-34	22.0	7.7	14.3	21.0
35-39	20.7	46.2	9.5	21.0
40-44	16.5	19.2	2.4	15.8

Cuadro 11. Porcentaje de entrevistadas que tuvieron relaciones sexuales en el último mes según la encuesta de 1986 y 1992 y porcentaje que tuvo relaciones en el último mes según la encuesta de 1999.

Grupos de edad	1986	1992	1999
Total %	54	61	77.5
15-19	16	19	5*
20-24	50	58	16.6
25-29	66	72	20.6
30-34	74	75	21
35-39	68	75	21
40-44	64	72	15.8
45-49	58	63	ND

* En la encuesta de 1999 el primer grupo de edad es de 18-19 años

Cuadro 12. Distribución de las mujeres en unión según número de veces que tuvieron relaciones sexuales en la semana anterior a la entrevista.

	Porcentaje
Total	100
Número de casos	690
Número de relaciones	
0	30.3
1	33.2
2	22.2
3	10.1
4	2.2
5 y más	2
Promedio	1.3

Cuadro 13. Comparación del número promedio de relaciones sexuales mensuales en mujeres con edad entre 18 y 44 años por distintas variables demográficas.

Variables	Número de mujeres	Promedio	Desviación estándar
Región			
Area Metropolitana	292	4.52	0.27
Rural	536	4.39	0.21
Urbano	201	4.46	0.36
Grupos de edad			
18-19	92	3.41	0.68
20-24	217	4.53	0.36
25-29	194	4.98	0.36
30-34	189	4.81	0.33
35-39	190	4.11	0.31
40-44	147	4.03	0.38
Nivel de escolaridad			
Ninguno	16	4.62	1.95
Primaria	452	4.13	0.21
Secundaria	390	4.43	0.24
Superior	171	5.45	0.44

Cuadro 14. Comparación de la edad promedio a la primera relación sexual según diferentes variables demográficas.

Variables	Casos	Promedio	Desviación estándar
Región			
Area Metropolitana	292	19.1	0.23
Rural	536	18.6	0.17
Urbano	201	19.3	0.31
Grupo de edad			
18-19	92	16.0	0.24
20-24	217	17.6	0.21
25-29	194	18.8	0.26
30-34	189	19.8	0.31
35-39	190	19.1	0.30
40-44	147	19.7	0.33
Escolaridad			
Ninguno	16	16.3	0.97
Primaria	452	18.0	0.17
Secundaria	390	19.0	0.20
Superior	171	21.3	0.33

Cuadro 15. Perfil del comportamiento premarital según distintas variables demográficas y condición al inicio de la unión.

Variables	Iglesia	Civil	No casados	Total
Número de mujeres	398	74	316	788
Región				
Area Metropolitana	113	29	70	212
Rural	217	28	189	434
Urbano	68	17	57	142
Porcentajes				
Area Metropolitana	53.3	13.7	33.0	100
Rural	50.0	6.5	43.5	100
Urbano	47.9	12.0	40.1	100
Grupos de edad				
18-19	7	5	25	37
20-24	49	13	60	122
25-29	84	10	64	158
30-34	86	18	59	163
35-39	88	18	69	175
40-44	84	10	39	133
Porcentajes				
18-19	18.9	13.5	67.6	100
20-24	40.2	10.7	49.2	100
25-29	53.2	6.3	40.5	100
30-34	52.8	11.0	36.2	100
35-39	50.3	10.3	39.4	100
40-44	63.2	7.5	29.3	100
Nivel de Escolaridad				
Ninguno	2	1	11	14
Primaria	171	23	195	389
Secundaria	155	39	94	288
Superior	70	11	16	97
Porcentajes				
Ninguno	14.3	7.1	78.6	100
Primaria	44.0	5.9	50.1	100
Secundaria	53.8	13.5	32.6	100
Superior	72.2	11.3	16.5	100

Cuadro 16. Descripción de la diferencia de edad respecto a la pareja en el primer encuentro sexual.

Variables	Número de mujeres	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Escolaridad				
Ninguno	16	21	19	24
Primaria	452	18	16	22
Secundaria	390	18	16	21
Superior	171	19	16	22
Región				
Area Metropolitana	292	18	16	21
Rural	536	18	16	22
Urbano	201	19	16	21

Cuadro 17. Método anticonceptivo utilizado en el primer encuentro sexual según variables demográficas.

Edad	Modernos	Barrera	Naturales	Total
Número de mujeres				
18-19	4	18	1	23
20-24	19	25	11	55
25-29	34	21	12	67
30-34	24	16	8	48
35-39	26	8	4	38
40-44	22	3	9	34
Porcentajes				
18-19	17.4	78.3	4.3	100.0
20-24	34.5	45.5	20.0	100.0
25-29	50.7	31.3	17.9	100.0
30-34	50.0	33.3	16.7	100.0
35-39	68.4	21.1	10.5	100.0
40-44	64.7	8.8	26.5	100.0

Cuadro 18: Razones de no uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Razones	Numero de mujeres	Porcentaje
No esperaba tener relaciones sexuales	220	36.3
Quería embarazarse	147	24.3
No conocía método	122	20.1
Otro	55	9.1
Compañero Opuso	22	3.6
No consiguió en el momento	14	2.3
No sabía donde obtenerlo	12	2.0
Malos para salud	8	1.3
Coito no satisfactorio	4	0.7
Religión no permitía	2	0.3
Total	606	100.0

Cuadro 19. Porcentaje de mujeres cuya primera unión fue disuelta y porcentaje de unidas más de una vez entre las mujeres alguna vez unidas por diferentes variables demográficas.

	Alguna vez unidas	Primera unión disuelta	Unida dos veces o más
Total de casos	791	61	127
Porcentaje de casos	76.9	22.8	17.4
Porcentaje	100	100	100
Edad actual			
18-19	4.7	8.2	1.6
20-24	15.4	8.2	8.7
25-29	20.0	13.1	21.3
30-34	20.6	13.1	21.3
35-39	22.4	36.1	26.0
40-44	16.9	21.3	21.3
Región			
Area Metropolitana	27.1	32.8	30.7
Rural	55.0	45.9	54.3
Urbano	18.0	21.3	15.0
Condición laboral			
Trabaja	32.5	55.7	37.8
Trabaja y Estudia	2.4	3.3	5.5
Estudia	4.0	3.3	1.6
No trabaja	61.1	37.7	55.1
Religión			
Católica	76.4	78.7	61.4
Otra	20.6	18.0	33.1
No creyente	3.0	3.3	5.5
Situación legal primera unión			
Total de casos	788		
Porcentaje	100		
Casados por iglesia	50.5	42.6	26.0
Casados Civil	9.4	13.1	7.9
No casados	40.1	44.3	66.1

Cuadro 20. Porcentaje de mujeres unidas y desunidas por edad a la primera unión y diferentes variables demográficas.

Edad primera unión					
12-17	Región	Unidas	Desunidas	Total	
	Area Metropolitana	19.1	30.3	20.8	
	Rural	66.5	54.5	64.7	
	Urbano	14.4	15.2	14.5	
	Total de casos	188	33	221	
	Porcentaje total	100	100	100	
18-20	Area Metropolitana	29.5	32.4	29.9	
	Rural	56.4	35.3	53.5	
	Urbano	14.1	32.4	16.5	
	Total de casos	220	34	254	
	Porcentaje total	100	100	100	
21 y más	Area Metropolitana	29.4	29.2	29.4	
	Rural	48.4	50.0	48.5	
	Urbano	22.2	20.8	22.1	
	Total de casos	279	24	303	
	Porcentaje total	100	100	100	
12-17	Edad actual	Unidas	Desunidas	Total	
	18-19	11.2	12.1	11.3	
	20-24	20.7	15.2	19.9	
	25-29	19.7	12.1	18.6	
	30-34	15.4	12.1	14.9	
	35-39	15.4	42.4	19.5	
	40-44	17.6	6.1	15.8	
	Total de casos	188	33	221	
	Porcentaje total	100	100	100	
	18-20	18-19	4.5	2.9	4.3
		20-24	21.4	5.9	19.3
25-29		21.4	17.6	20.9	
30-34		16.8	17.6	16.9	
35-39		22.3	26.5	22.8	
40-44		13.6	29.4	15.7	
Total de casos		220	34	254	
Porcentaje total	100	100	100		
21 y más	20-24	10.0		9.2	
	25-29	20.8	12.5	20.1	
	30-34	29.0	16.7	28.1	
	35-39	22.9	41.7	24.4	
	40-44	17.2	29.2	18.2	
	Total de casos	279	24	303	
	Porcentaje total	100	100	100	

Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad

12-17	Escolaridad	Unidas	Desunidas	Total
	Ninguna	1.6	9.1	2.7
	Primaria	72.3	48.5	68.8
	Secundaria	23.9	36.4	25.8
	Superior	2.1	6.1	2.7
	Total de casos	188	33	221
	Porcentaje total	100	100	100
18-20				
	Ninguna	1.4		1.2
	Primaria	48.6	41.2	47.6
	Secundaria	40.9	50.0	42.1
	Superior	9.1	8.8	9.1
	Total de casos	220	34	254
	Porcentaje total	100	100	100
21 y más				
	Ninguna	1.4		1.3
	Primaria	36.2	33.3	36.0
	Secundaria	39.8	41.7	39.9
	Superior	22.6	25.0	22.8
	Total de casos	279	24	303
	Porcentaje total	100	100	100
12-17	Condición laboral	Unidas	Desunidas	Total
	Trabaja	23.4	51.5	27.6
	Trabaja y estudia	1.6	6.1	2.3
	Estudia	4.3	3.0	4.1
	No trabaja	70.7	39.4	66.1
	Total de casos	188	33	221
	Porcentaje total	100	100	100
18-20				
	Trabaja	28.2	67.6	33.5
	Trabaja y estudia	3.2	2.9	3.1
	Estudia	3.2		2.8
	No trabaja	65.5	29.4	60.6
	Total de casos	220	34	254
	Porcentaje total	100.0	100	100
21 y más				
	Trabaja	33.3	58.3	35.3
	Trabaja y estudia	1.4	4.2	1.7
	Estudia	4.7	4.2	4.6
	No trabaja	60.6	33.3	58.4
	Total de casos	279	24	303
	Porcentaje total	100	100	100

Nupcialidad, práctica sexual y fecundidad

12-17	Religión	Unidas	Desunidas	Total
	Católica	70.2	63.6	69.2
	Otra	25.0	33.3	26.2
	No creyente	4.8	3.0	4.5
	Total de casos	188	33	221
	Porcentaje total	100	100	100
18-20				
	Católica	76.8	73.5	76.4
	Otra	21.4	20.6	21.3
	No creyente	1.8	5.9	2.4
	Total de casos	220	34	254
	Porcentaje total	100	100	100
21 y más				
	Católica	82.4	70.8	81.5
	Otra	15.4	20.8	15.8
	No creyente	2.2	8.3	2.6
	Total de casos	279	24	303
	Porcentaje total	100	100	100

Cuadro 21. Fecundidad conyugal y general por edad.

Edad 97	Fecundidad Conyugal	Fecundidad General
18-19	2.1	0.4
20-24	1.1	0.4
25-29	0.8	0.6
30-34	0.6	0.5
35-39	0.3	0.2
40-44	0.2	0.2
Total	5.1	2.3

Cuadro 22. Fecundidad conyugal y general por diferentes variables demográficas.

VARIABLES	Fecundidad Conyugal	Fecundidad General
Región		
Area Metropolitana	0,5	0,3
Rural	0,7	0,4
Urbano	0,7	0,4
Escolaridad		
Ninguna	0,4	0,3
Primaria	0,7	0,5
Secundaria	0,6	0,4
Superior	0,6	0,3
Condición laboral		
Trabaja	0,5	0,2
Estudia	0,9	0,3
No trabaja	0,7	0,6

Cuadro 23. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y estado conyugal.

Grupo de Edad	Unidas	Desunidas	Solteras	Total
18-19	0,9	0,6	0,2	0,5
20-24	1,3	2,0	0,1	0,8
25-29	2,0	1,9	0,3	1,7
30-34	2,5	2,5	0,5	2,3
35-39	3,2	3,4	0,9	3,1
40-44	3,6	3,1	1,1	3,3

Cuadro 24. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y nivel de escolaridad.

Grupo de Edad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Universitaria
18-19		0,7	0,4	0,0
20-24	2,0	1,2	0,8	0,2
25-29	4,5	2,1	1,4	0,7
30-34	3,0	2,7	2,0	1,6
35-39	5,3	3,5	2,7	2,0
40-44	2,7	3,6	3,5	2,4

Cuadro 25. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad de la mujer y región.

Grupo de Edad	Area Urbana	Rural
18-19	0,3	0,6
20-24	0,7	0,9
25-29	1,5	1,9
30-34	2,0	2,5
35-39	2,7	3,4
40-44	3,0	3,7

Gráfico 1. Tasas quinquenales específicas de fecundidad general y conyugal por edad.

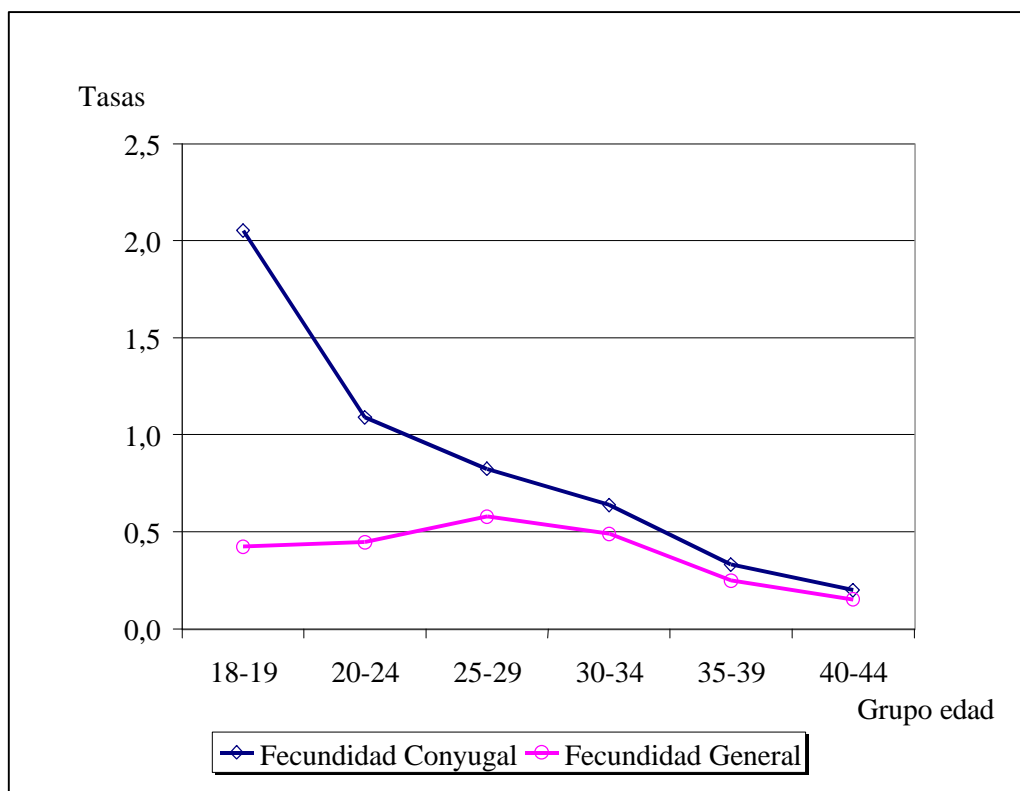


Gráfico 2. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad y estado conyugal.

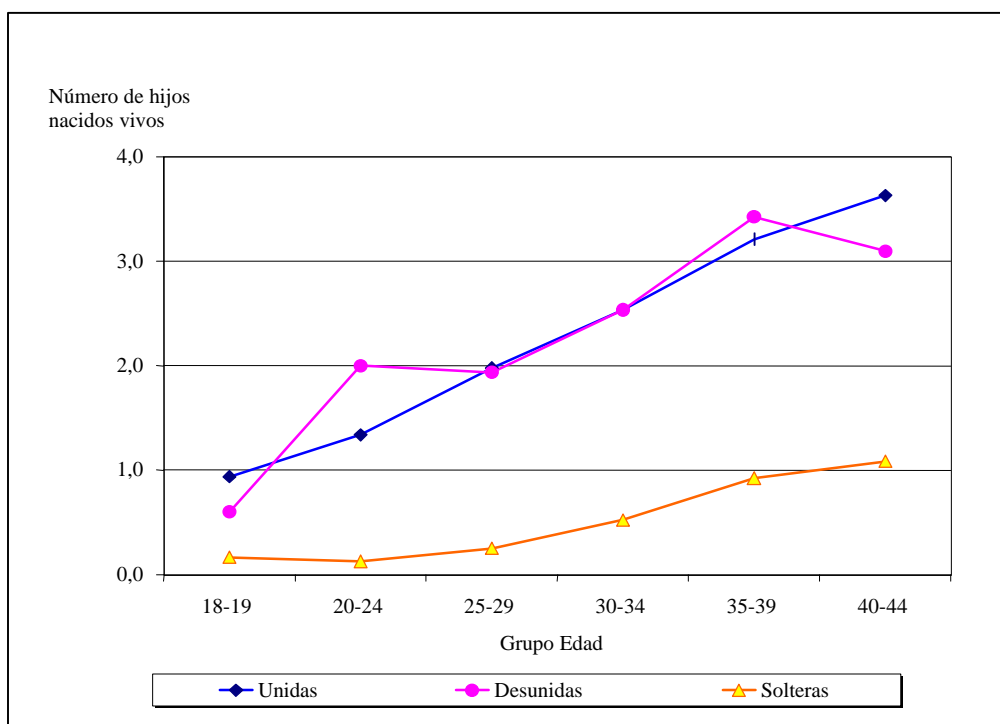


Gráfico 3. Número de hijos nacidos vivos según grupo de edad y nivel de escolaridad.

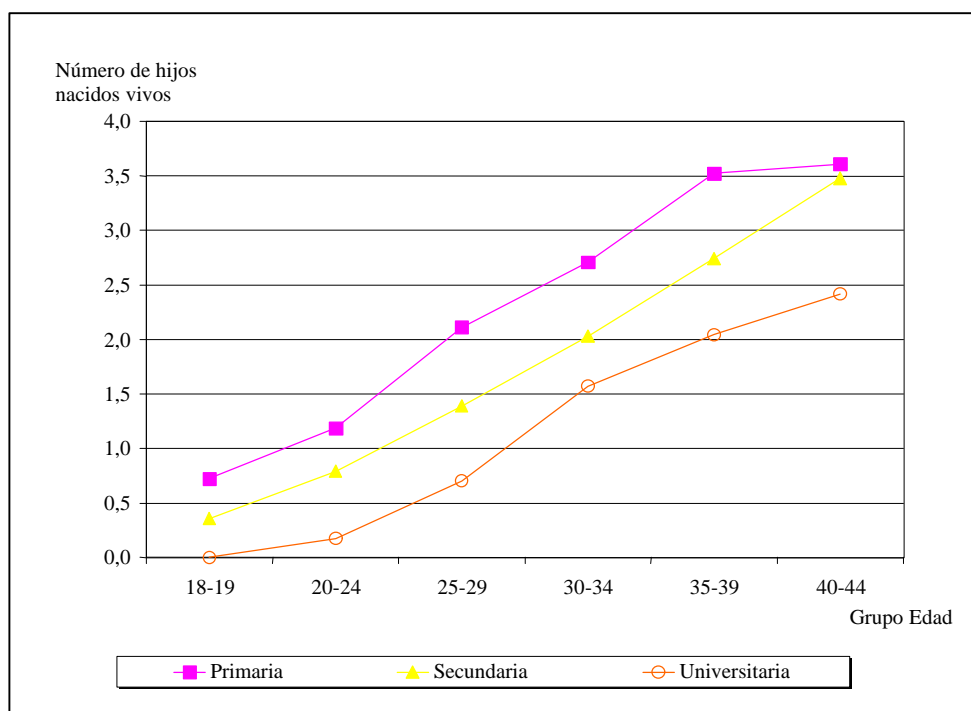
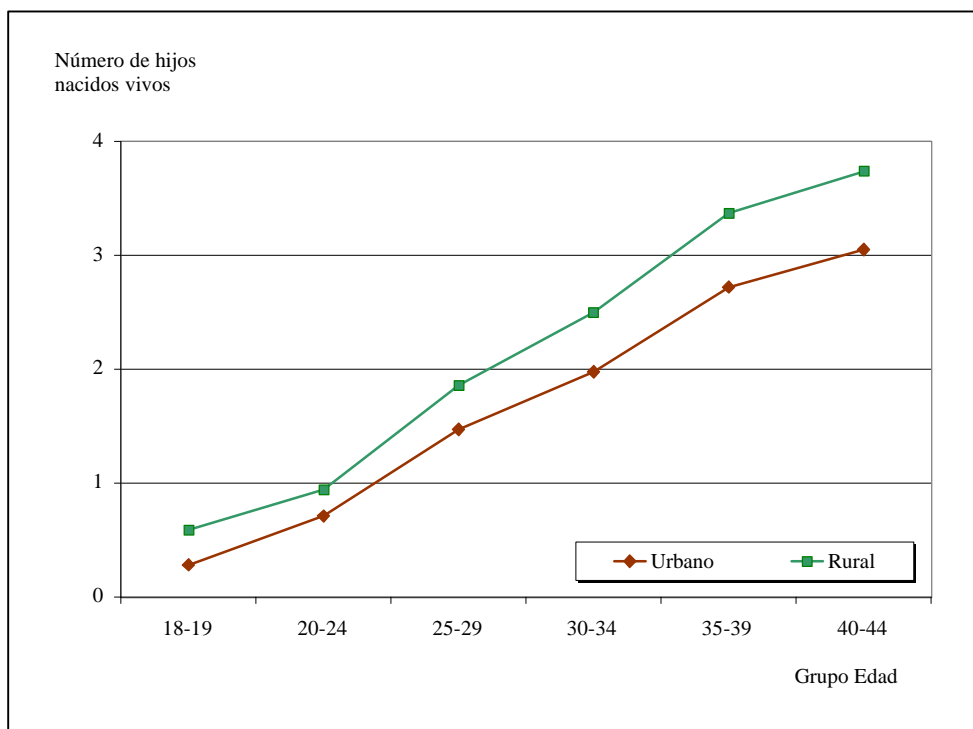


Gráfico 4. Número hijos nacidos vivos según grupo de edad y región.



II Parte

Migrantes nicaragüenses en Costa Rica 2000: Volumen, características y salud reproductiva

Introducción

Luis Rosero Bixby

El masivo y creciente flujo de inmigrantes de Nicaragua es un fenómeno que está cambiando radicalmente Costa Rica y que tiene, además, hondas repercusiones en los inmigrantes y sus familias, así como en los lugares de origen y destino. No existen, sin embargo, datos fidedignos sobre la magnitud y características de esta inmigración, lo que hace prácticamente imposible el diseño de políticas para manejarla adecuadamente. En diversos círculos se manejan cifras que van de los 200.000 a 1 millón de inmigrantes. Esta incertidumbre se debe en parte a la falta de datos de un censo de población reciente –el último disponible se efectuó en 1984. El presente es un estudio detallado de los patrones reproductivos de los inmigrantes nicaragüenses que permite, entre otras cosas, determinar de manera fidedigna el volumen global de esta migración, sus características y la salud reproductiva de las inmigrantes y sus hijos, incluyendo el uso de servicios.

El registro de nacimientos en Costa Rica proporciona datos confiables del número de niños nacidos a madres nicaragüenses. En 1998, por ejemplo, el 11% de las mujeres que dieron a luz en el país fueron de esa nacionalidad. Este dato, que es bastante robusto, podría servir para estimar con precisión la población fuente de esos nacimientos si se conociese sus patrones reproductivos y estructura familiar. La presente investigación es para adquirir este conocimiento y pasar de estadísticas de nacimientos a estimados de la población inmigrante. El estudio proporciona, además, datos cruciales sobre el impacto demográfico de esta migración (tanto en Costa Rica como en Nicaragua), su composición familiar, la salud reproductiva de los inmigrantes y la presión que ejercen sobre los servicios de salud.

El estudio consiste en una encuesta a aproximadamente 600 hogares con inmigrantes nicaragüenses de una muestra representativa de toda Costa Rica. Esta muestra es un complemento a una encuesta en aproximadamente 900 hogares, representativa de la población nativa de Costa Rica. La encuesta a los nicaragüenses se efectuó en su mayor parte en el primer trimestre del 2000, la de los costarricenses, a finales de 1999. Las dos encuestas usan idénticos cuestionarios, pero diferentes procedimientos de muestreo. Los temas investigados son los clásicos de las encuestas de demografía y salud.

El estudio original en una muestra representativa de hogares de Costa Rica (con o sin migrantes) se proponía responder, entre otras, las siguientes preguntas: ¿Cómo ha cambiado la fecundidad, la familia y la salud reproductiva de los costarricenses desde la última encuesta en 1992? ¿Cómo afectó a la planificación familiar el retiro de la ayuda externa, especialmente de la AID? ¿A qué se debe el incremento epidémico de nacimientos con padre desconocido observado en el país en años recientes? ¿Cuál es la situación basal para evaluar el programa de detección precoz de cáncer impulsado por la Oficina de la Primera Dama? En un informe separado (en preparación) se presentan los hallazgos de este estudio original. Gracias a un aporte económico de la CCSS, se complementó este estudio original con una muestra ampliada de hogares nicaragüenses. La muestra complementaria de nicaragüenses permite también responder: ¿Cuáles son las similitudes y diferencias en el comportamiento reproductivo y uso de servicios de salud de costarricenses e inmigrantes nicaragüenses? ¿Cuál es el volumen de la inmigración de Nicaragua? ¿En qué se diferencian los hogares de los inmigrantes de los hogares del lugar de origen (en Nicaragua) y de destino? ¿Cómo se han adaptado los inmigrantes a sus nuevas condiciones de vida?

Como antecedentes a la ESRM99, cabe indicar que la última encuesta de salud reproductiva se efectuó en Costa Rica en 1992-93. Antes el país venía realizando una encuesta de este tipo cada 5 años aproximadamente (1964, 1969, 1976, 1978, 1981, 1986, 1992). En Nicaragua se han efectuado dos encuestas de este tipo: en 1992 y 1998. Todas estas encuestas fueron íntegramente financiadas con ayuda externa, principalmente de la AID. En 1995 la AID salió de Costa Rica. El fin del financiamiento de AID a la CCSS y la eliminación del programa de salud reproductiva, abren importantes interrogantes sobre la situación actual de los servicios de planificación en el país. La administración del Presidente Miguel Angel Rodríguez ha iniciado un importante programa de prevención de cáncer de mama y cuello de útero. Este programa está usando como datos de línea de base los de la encuesta de 1992-93, los cuales pueden ser obsoletos en el 2000. Por otra parte, se ha detectado en el país una clara tendencia al aumento del número de nacimientos de "padre desconocido", pero se conoce muy poco sobre la naturaleza de esta "epidemia". Estas carencias de datos se suman a las ya anotadas respecto a la inmigración nicaragüense. Motivados por este faltante de información actual, el Programa Centroamericano de Población de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica llevó a cabo la Encuesta de Salud Reproductiva y Migración en Costa Rica en 1999 e inicios del 2000 (ESRM99).

Se espera que el conocimiento e información generada por la ESRM99 sirva en último término para mejorar los servicios de salud reproductiva en el país y para mejorar la toma de decisiones en lo referente a las tendencias poblacionales en Costa Rica. Las bases de datos de la encuesta estarán disponibles en breve en Internet en el servidor del PCP (<http://populi.eest.ucr.ac.cr/archiv/index.htm>), así como el presente informe y otros que emanen de esta encuesta.

El presente informe comprende un capítulo metodológico sobre el diseño del estudio y dos capítulos de presentación de resultados. El primero de ellos versa sobre el volumen de inmigrantes nicaragüenses y sus características. El segundo analiza la situación de la salud reproductiva e infantil y el uso de servicios entre las inmigrantes nicaragüenses y sus hijos.

VI. Número y características de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Gilbert Brenes Camacho

Luis Rosero Bixby

Introducción

Desde el censo de población de 1984 no se cuenta con datos confiables sobre el total de inmigrantes en el país. Los anuarios estadísticos de la Dirección General de Migración y Extranjería y los resultados del último “Régimen de Excepción Migratoria” en 1999 hacen suponer que alrededor de 250 000 nicaragüenses cuentan con algún tipo de permiso para residir permanente o temporalmente en Costa Rica (Dirección General de Migración y Extranjería, 1999; Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1999). Las estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, incluyen información sobre el país de procedencia de la madre de los nacimientos registrados en el país. De acuerdo con esta fuente, el 11% de nacimientos de 1998 fueron hijos de madres nacidas en Nicaragua. Para estimar el total de inmigrantes a partir del dato de nacimientos se requiere conocer el patrón reproductivo de las inmigrantes y la composición familiar de sus hogares. La ESRM99 fue diseñada de modo que proporcione información fidedigna sobre estos dos aspectos con el fin de generar estimaciones del total de inmigrantes en el país y sus características.

El presente capítulo utiliza la información sobre los hijos tenidos en los últimos 5 años por las entrevistadas en la ESRM99, para determinar la fecundidad relativa de las inmigrantes nicaragüenses en comparación con las mujeres costarricenses. Investiga también la existencia de variaciones significativas en esta fecundidad relativa, según edad, regiones geográficas, y otras variables. La fecundidad relativa y sus variaciones se determinan con regresión múltiple de Poisson. En la contabilidad de los nacimientos de las inmigrantes se toma en cuenta su año de llegada al país y se contabiliza únicamente la fecundidad ocurrida en Costa Rica.

El conocimiento de la fecundidad relativa de las inmigrantes permite estimar el número mujeres nicaragüenses en edad fértil en el país, a partir de los datos del registro de nacimientos de madres nacidas en Nicaragua, clasificados por las variables significativas en el análisis de regresión. Paralelamente, el cuestionario de hogar de la ESRM99 proporciona dos datos adicionales requeridos para estimar el total de inmigrantes a partir de la cantidad de mujeres en edad fértil: (1) el número de nicaragüenses por cada mujer en edad fértil (MEF) del mismo origen; y (2) la cantidad de nicaragüenses residentes en hogares sin MEF nicaragüenses. El Anexo A al final del capítulo describe la metodología empleada para la estimación.

En este capítulo también se presenta un perfil de los inmigrantes nicaragüenses según variables sociodemográficas de interés como el sexo, edad, estado conyugal, nivel de educación, tipo de hogar en que habita y la distribución geográfica según zona urbana o rural, y según región de residencia.

1. Fecundidad de las nicaragüenses.

Las estadísticas vitales muestran que el número de nacimientos cuya madre es nicaragüense ha crecido sostenidamente desde 1984, año del último censo (gráfico 1). El crecimiento se acelera a partir de 1992: de 2.980 nacimientos registrados en ese año, se llega en 1999 a 9.346. Esta aceleración, que paradójicamente coincide con el fin de la guerra civil en Nicaragua, es una expresión de la creciente entrada de mujeres en edad fértil desde el Norte.

¿Cuál es el volumen de la población que generó estos nacimientos? La repuesta requiere conocer la fecundidad de las mujeres que tuvieron estos hijos. El gráfico 2 presenta las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad para las mujeres costarricenses y las nicaragüenses en Costa Rica. Las tasas de las inmigrantes se estimaron con un modelo de regresión múltiple de Poisson descrito en el Anexo metodológico y la información extraída de la ESRM99. También muestra las tasas de fecundidad de las mujeres residentes en Nicaragua, estimadas en el informe de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998. Se aprecia que la fecundidad de las mujeres en Nicaragua es mayor que la fecundidad en Costa Rica. Las inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica presentan una fecundidad intermedia entre su países de origen y destino, salvo en el grupo de 15 a 19 años, cuya tasa es un 55% mayor que la de las costarricenses, y un 25% mayor que la de las coterráneas en su país. Las diferencias más importantes se dan en los grupos más jóvenes. Así, mientras la tasa específica de fecundidad de las inmigrantes de 20 a 24 años en el país es un 38% mayor que la de las costarricenses de la misma edad, en el grupo de 40 a 44 años, las tasas son prácticamente iguales. Cabe aclarar que estas tasas corresponden a los hijos nacidos en Costa Rica; si se incluyeran los hijos tenidos por las inmigrantes en su país de origen, las diferencias serían más acentuadas, sobre todo en los grupos de edades mayores.

Las tasas globales de fecundidad (TGF)⁴ calculadas con las tasas específicas del gráfico son de 2.8 hijos por mujer para las costarricenses⁵; de 3.6 para las inmigrantes y de 3.8 hijos por mujer para sus compatriotas en Nicaragua. La TGF de las inmigrantes es, por tanto, 29% mayor que la de las costarricenses. Esta diferencia sería menor si la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años no mostrase el comportamiento atípico recién comentado.

Con el modelo de regresión múltiple de Poisson (anexo metodológico) se determina la fecundidad relativa de las inmigrantes nicaragüenses respecto a las costarricenses y su variación a través de subgrupos para 1995-99. Aparte de la variación por edad ya comentada, el modelo identifica importantes diferencias regionales y por estado civil. Es en el Área Metropolitana de San José⁶ y entre las mujeres que no están casadas legalmente donde se presentan las mayores diferencias de fecundidad entre inmigrantes y nativas. Fuera de la capital, la fecundidad de los dos grupos es esencialmente la misma. Más aún, entre las mujeres legalmente casadas de fuera de San José, las nicaragüenses tienen menos hijos que las costarricenses, pero este es un grupo minoritario de inmigrantes dado que ellas usualmente están en uniones libres o son solteras. A continuación se muestran las razones de las tasas de fecundidad entre inmigrantes y costarricenses, estimadas con el modelo de regresión para mujeres de 25 años de edad (estas razones son menores a edades más avanzadas):

⁴ Para efectos de comparabilidad, las tasas globales de fecundidad se calcularon con la información de las mujeres entre los 15 y los 44 años, es decir sin incluir al grupo de 45 a 49 años.

⁵ Téngase en cuenta que la TGF para las costarricenses fue calculada con base en el modelo de regresión de Poisson. El valor es ligeramente distinto si se calcula directamente con los resultados de la encuesta.

⁶ Cabe aclarar que el Área Metropolitana, en el presente estudio, comprende los cantones de San José, Escazú, Alajuelita, Montes de Oca, Curridabat, Moravia, Goicoechea, Tibás, Santa Ana y Desamparados.

<u>Mujeres de 25 años de edad</u>	<u>Fecundidad relativa</u>
Casadas del Área Metropolitana	1.35
No casadas del Área Metropolitana	2.21
Casadas del Resto del País	0.61
No casadas del Resto del País	1.00
<u>Total</u>	<u>1.40</u>

Se observa que una típica inmigrante de 25 años de edad tiene una fecundidad 40% mayor que una costarricense. Pero si esta inmigrante reside en la capital y no esta casada legalmente su fecundidad es más del doble (121% mayor) que la de una costarricense con idénticas características. Fuera de San José no hay diferencia en la fecundidad del grupo mayoritario de no casadas, en tanto que el grupo minoritario de inmigrantes legalmente casadas que residen fuera de la capital tienen una fecundidad 39% menor que sus similares costarricenses. Las diferencias de fecundidad entre inmigrantes y nacionales son, por tanto, complejas. Entre las mujeres casadas, un factor que tiende a reducir la fecundidad de las inmigrantes es la separación en algunos casos de su esposo. Entre las no casadas, un factor que eleva la fecundidad de las inmigrantes es la elevada proporción de uniones libres. Las diferencias regionales probablemente se originan en que en la capital las inmigrantes son de un nivel socioeconómico sustancialmente menor que las costarricenses, en tanto que fuera de la capital las diferencias socioeconómicas entre inmigrantes y nativas son probablemente menores.

2. Estimación del total de nicaragüenses

Para estimar el total de inmigrantes a partir de los nacimientos primero se estima el número de mujeres en edad fértil (MEF) que dieron lugar a esos nacimientos. Para ello es necesario determinar la fecundidad de las inmigrantes con base en el conocimiento de las tasas relativas antes analizadas y las tasas de fecundidad de Costa Rica que son conocidas. El factor de expansión para pasar de los nacimientos a la MEF, que es el inverso de la tasa de fecundidad, fue de 10.9 en promedio. Vale decir que por cada nacimiento de madre nicaragüense hay 10.9 mujeres en edad fértil de esa nacionalidad. Este factor varía sustancialmente según la región: es de alrededor de 7 en el área metropolitana y de 13 en el resto del país.

En un segundo paso se estima toda la población a partir de las MEF y el conocimiento de dos razones o factores de expansión:

$$M_i = \frac{\text{Nicaragüenses que viven con MEF nicaragüenses}}{\text{MEF nicaragüenses}}$$

$$T_i = \frac{\text{Total de nicaragüenses}}{\text{Nicaragüenses que viven con MEF nicaragüenses}}$$

El primer cociente M_i se calculó por regiones. Estos fueron los resultados a partir de los datos de la encuesta:

Área Metropolitana y Región Fronteriza	2.6
Resto del País	3.2

Estos valores significan que, en el Área Metropolitana o en la Región Fronteriza⁷, en hogares con mujeres nicaragüense en edad fértil hay 2.6 nicaragüenses en promedio. Por su parte, en el resto del país, hay en promedio, 3.2 nicaragüenses residentes en hogares con mujeres nicaragüenses en edad fértil (los hijos de inmigrantes nacidos en Costa Rica ya son costarricenses).

La segunda razón (T_i) es en realidad un factor de corrección que considera que algunos nicaragüenses residen en hogares donde no hay MEF nicaragüenses y, por tanto, no serían contabilizados si solo se considerase M_i . Según los datos de la encuesta, la razón T_i es similar en todas las regiones e igual a 1.23. Vale decir que hay un 23% adicional de nicaragüenses que residen en hogares sin MEF de su país. Estos pueden ser hombres solos, hombres que viven con costarricenses únicamente o con mujeres nicaragüenses mayores de 45 años, así como estas mujeres nicaragüenses que ya han salido de las edades reproductivas.

La estimación del número de nicaragüenses a partir del número de nacimientos de madres inmigrantes de ese país en 1998, se resume a continuación:

Subgrupos	Nacimientos de nicaragüenses	MEF nicaragüense	Nicaragüenses con MEF	Total nicaragüenses
Área Metropolitana				93 369
Casadas	700	4 738	12 318	
No casadas	2 488	19 891	51 718	
Resto del País				256 045
Casadas	847	11 543	33 160	
No casadas	4 561	57 197	158 850	
TOTAL	8 596	93 369	25 045	314 936

En suma, la ESRM99 permite estimar en alrededor **315 000** el número de nicaragüenses que se encontraban en Costa Rica a mediados de 1998, **93 000** de ellos mujeres en edad fértil.

Como se indica en el anexo, el método supone que la cobertura del registro de nacimientos de madres nicaragüenses es tan completa como la del registro de nacimientos de madres costarricenses.

Si algunas inmigrantes no registran sus nacimientos en Costa Rica, el método subestimaría la cantidad de inmigrantes. Tal subregistro solo puede ocurrir cuando el parto no ocurre en un hospital. La ESRM99 muestra que el 15% de los partos de las inmigrantes ocurren en el hogar, comparado con el 2% de las costarricenses (Cuadro 15 del Capítulo 3). Si, en un caso extremo, la tercera parte de estos nacimientos quedaran sin inscribir, se tendría un subregistro de 5% de los nacimientos y una subestimación de los inmigrantes de la misma magnitud. Dado que esto corresponde a una situación extrema, puede

⁷ El Área Metropolitana comprende los cantones de San José, Escazú, Alajuelita, Montes de Oca, Curridabat y partes de Moravia, Goicoechea, Santa Ana y Desamparados, mientras que la Región Fronteriza abarca La Cruz, Liberia, Carrillo, Tilarán, Bagaces, Cañas, San Carlos, Los Chiles, Upala, Guatuso, Sarapiquí y toda la provincia de Limón.

considerarse que, a lo sumo, el método puede haber subestimado en 5% el tamaño de la población inmigrante.

A la inversa, si algunas mujeres nicaragüenses viniesen a Costa Rica con el único propósito de dar a luz y sin ser realmente migrantes, habría un sobre registro de nacimientos y, consecuentemente, de la población inmigrante. Aunque esto puede ocurrir en casos esporádicos en los hospitales fronterizos, no hay evidencias de que sea un fenómeno generalizado. Dado el volumen de nacimientos atendidos en hospitales fronterizos, este eventual sobre registro difícilmente puede ser mayor que el 5%.

Es posible que en realidad coexistan, al mismo tiempo, un pequeño porcentaje de subregistro y otro pequeño porcentaje de sobre registro. Esta situación haría que los dos errores se cancelen mutuamente y la estimación estaría, entonces, libre de error. Empero, ante la eventualidad de un error máximo de estimación de 5% en cualquiera de los dos sentidos, puede decirse conservadoramente que el método estima entre **300.000 y 330.000** el número de nicaragüenses en Costa Rica en 1998.

¿Cómo se comparan estas cifras con las de otras estimaciones? Vargas Madrigal, investigador del Ministerio de Trabajo, con base en la información recopilada durante el régimen de concesión de las Tarjetas de Trabajo Estacional, estima que en 1995 en el país había cerca de 250 000 nicaragüenses. Esta estimación comparada con la presente supondría que entre 1995 y 1998, se registró un saldo neto de 65 000 inmigrantes; o sea, algo más de 20 000 por año. Más recientemente, Castro y Morales (1998) y Ramírez (1999) proponen cifras entre los 500 000 y los 750 000 inmigrantes para finales de la década de los noventas. Estas estimaciones son el doble o más que la presente. Otras estimaciones llegan a cifras más bajas. La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, del INEC preguntó en 1997 el país de nacimiento y nacionalidad de las personas entrevistadas. A partir de los factores de expansión, la encuesta estimaba que el total de nicaragüenses en Costa Rica era de 90 000 personas (Brenes, 1999). Esta estimación se considera muy baja, ya que la Dirección General de Migración y Extranjería (1997, 1998) registraba a cerca de 100 000 nicaragüenses con permiso temporal para residir en Costa Rica a principios de ese mismo año.

En la elaboración de proyecciones de población para Costa Rica, el Programa Centroamericano de Población y el Área de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Censos (actual INEC) con una variante del método utilizado en el presente estudio estiman que, en 1995, la cantidad total de extranjeros residentes en Costa Rica era cercana a las 300 000 personas (PCP-MEIC, 1999). Brenes (1999) también usa este método para estimar que, en 1997, un poco más de 260 000 inmigrantes nicaragüenses se encontraban en el país. Estas últimas estimaciones son consistentes con estudios efectuados en Nicaragua que consideraban que a principios de la década del noventa cerca de 350 000 personas habían emigrado de Nicaragua (García, 1997) y que a mediados de la década, el total de emigrantes era cercano al medio millón (Brenes, 1999). Las estimaciones realizadas en el presente capítulo y en las fuentes recién expuestas tienen una ventaja sobre las cifras que sobrepasan el medio millón de inmigrantes: La metodología utilizada para su estimación está documentada, por lo que está expuesta a ser revisada para analizar su confiabilidad y validez. Las otras estimaciones, por el contrario, han sido esbozadas sin presentar el método con el que fueron calculadas.

La cifra de 315 000 inmigrantes en 1998 hace pensar que la mayoría de los nicaragüenses en el país tenían un estatus migratorio que les permitía residir en el país, o bien, optaron por acogerse al Régimen de Excepción Migratoria (amnistía) concedido por la Administración Rodríguez Echeverría a los centroamericanos que llegaron al país antes de que terminara 1998. Como ya se mencionó, la Dirección General de Migración y Extranjería contabilizaba un poco más de 115 000 nicaragüenses que residían legalmente en Costa Rica a principios de 1999; en el Régimen de Excepción Migratoria, fueron inscritos

casi 150 000 nicaragüenses (FLACSO, 1999). Si se considera que algunos de los que tenían algún permiso temporal para residir en el país también optaron por acogerse a la “Amnistía”, se podría pensar que a la mitad del año 1999, alrededor de 250 000 nicaragüenses contaban con algún tipo de permiso legal, cifra consistente con la presente estimación. Esta consistencia sugiere, además, que el número de nicaragüenses “indocumentados” que habían llegado al país a mediados de 1998 y no optaron por regularizar su situación durante la “Amnistía” es del orden de los 65 000.

3. Características de los nicaragüenses: Distribución por sexo, edad y nivel de educación

Además de brindar información útil para estimar el volumen nicaragüense en el país, la ESRM99 fue diseñada para aportar datos sobre el perfil sociodemográfico de esta población. El cuadro 1 muestra la distribución relativa de los inmigrantes y los nativos⁸, por sexo, grupos de edad y nivel de instrucción. SE confirman estudios anteriores elaborados en Nicaragua, que concluyen que hay una cantidad muy similar de hombres y mujeres entre la población que emigra desde Nicaragua. (INEC, 1997; García Urbina, 1997).

En cuanto a la edad, entre la población inmigrante, hay una proporción importante que se encuentra entre los 15 y los 44 años. Esta concentración era de esperarse pues son personas con estas edades quienes tienen más posibilidades de insertarse en el mercado laboral, lo cual aumenta su propensión a migrar y sus posibilidades de ser asimilados en la sociedad receptora. Mientras un 65% de los nicaragüenses se encontraban en estos grupos de edad, los costarricenses en este mismo rango representaban el 46% de la población total. Los 19 puntos porcentuales de diferencia se revierten parcialmente en el grupo de edades más jóvenes: mientras que el 45% de los costarricenses tienen entre 0 a 14 años, sólo el 26% de los inmigrantes tienen estas edades. En parte, esto se debe a que los hijos de inmigrantes que nacen en Costa Rica no se contabiliza dentro de este grupo de edad, porque son costarricenses. Es digno de recalcar además que las distribuciones por grupos de edad de los nicaragüenses, son prácticamente iguales entre la población masculina y la femenina.

El cuadro 1 también compara las distribuciones por nivel de instrucción para las personas de 6 años ó más. Se aprecia una mayor proporción de personas que no tienen ningún año de instrucción o no terminaron la primaria, entre los inmigrantes (51%) que entre los costarricenses (34%). Sin embargo, se observa también que, según la ESRM99, tan sólo un 3% de los nicaragüenses en Costa Rica no tienen educación⁹; esta proporción llega al 22% entre los nicaragüenses que residen en su país, según la ENDESA-98 (INEC Nicaragua, 1999). En otras palabras, el nivel medio de instrucción entre los inmigrantes es menor que el de los costarricenses, pero mayor que el de los nicaragüenses no migrantes. Resalta también el hecho de que el 54% de los hombres nicaragüenses tenían este nivel de instrucción, mientras que entre las mujeres inmigrantes esta proporción es ligeramente menor (49%); en otras palabras, entran al país mujeres con un mejor nivel medio de instrucción que los hombres.

⁸ Cabe aclarar que la encuesta estima las distribuciones del total de inmigrantes nicaragüenses, en tanto que para los costarricenses estima las de aquéllas que viven en hogares en los que hay al menos una mujer en edad fértil. Esto se debe a los procedimientos de selección utilizados durante el trabajo de campo. En el apartado metodológico se explica la situación en detalle. Se debe aclarar también que los cuadros sobre hogares se refieren solamente a los hogares asociados a mujeres en edad fértil.

⁹ Esta proporción no aparece en el cuadro 1 porque se calculó separadamente.

La ESRM99 centra su atención en las mujeres en edad fértil por lo que es posible describir en más detalle sus características. El cuadro 2 muestra el perfil de las mujeres nicaragüenses de 18 a 44 años que se encontraban en Costa Rica a mediados de 1998 en comparación con el perfil de las costarricenses. Hay una proporción mayor de mujeres nicaragüenses en los grupos más jóvenes de 18 a 29 años (57% vs. 49%). La composición por estado conyugal es sustancialmente distinta. Mientras la mitad de las costarricenses afirmó estar casada legalmente y apenas un 15% reportó vivir en unión libre, el 57% de las inmigrantes se declararon como unidas y sólo un 23% casadas. De acuerdo con la ENDESA-98, la proporción de mujeres en edad fértil residentes en Nicaragua que viven en unión libre es de un 33%, y la proporción de casadas es de un 26%. Según los datos de las distintas fuentes, se puede concluir que hay una mayor propensión a vivir en uniones de hecho entre las inmigrantes que entre las no migrantes. Es digno de resaltar también que cerca de una cuarta parte de las mujeres nacionales permanecen solteras; entre las nicaragüenses en Costa Rica, el porcentaje de solteras llega apenas a un 8% y entre las nicaragüenses que no migraron, el porcentaje es equivalente al 24%.

En cuanto a la educación, cerca de un 45% de las inmigrantes cuenta con un nivel de primaria incompleta o menos. Por el contrario, sólo un 12% de las costarricenses de 18 a 44 años tenía un nivel similar; un tercio de estas últimas aprobaron el 6° grado de primaria, y otro tercio terminaron la secundaria o siguieron con algún año de universidad. En resumen, las nicaragüenses tienen un nivel mediano de instrucción de quinto grado de primaria, mientras que las costarricenses presentan una mediana superior: segundo año de secundaria. No obstante, al revisar la información de la ENDESA-98, se aprecia el patrón ya comentado: un 16% de las mujeres que se encuentran en Nicaragua no tienen ningún nivel de instrucción; entre las migrantes, esta proporción es de un 11%.

Los resultados de la distribución según condición laboral son también destacables. A pesar de que se considera que la inmigración nicaragüense tiene fundamentalmente una motivación económica, los porcentajes de mujeres trabajando son prácticamente iguales entre costarricenses y extranjeras: un 41%. El relativamente alto porcentaje de trabajadoras entre las costarricenses evidencia la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral.

El gráfico 3 muestra los departamentos en que nacieron las mujeres inmigrantes según la ESRM99, y se compara con la distribución de la población femenina según departamento de residencia, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998 (ENDESA-98).¹⁰ Los siete principales lugares de origen se pueden clasificar en dos grandes grupos: Managua, León y Chinandega tienen dentro de su circunscripción algunas de las ciudades más pobladas de Nicaragua; según la ENDESA-98, casi la mitad de las mujeres en edad fértil habitan en estos lugares.¹¹ El otro grupo claramente definido es el de las circunscripciones fronterizas con Costa Rica: la Región Autónoma del Atlántico Sur (R.A.A.S.), Rivas y Río San Juan. De estas regiones provienen el 35% de las entrevistadas en la ESRM99, comparado al 8% de las mujeres en edad fértil en Nicaragua. Esta región fronteriza ha sido históricamente el origen de flujos de movilización humana entre ambos países. Morales (1997) define tres ejes tradicionales de relaciones ínter fronterizas que coinciden con estos lugares: eje occidental Pacífico (Rivas-La Cruz), el eje central (San Carlos de Nicaragua-Los Chiles) y el eje oriental caribeño (San Juan del Norte-Barra del Colorado). La importancia relativa de Chontales como lugar de origen de la inmigración es difícil de explicar con la evidencia existente.

¹⁰ Nótese que el gráfico muestra dos características diferentes de dos fuentes distintas: el departamento de nacimiento de las nicaragüenses en la ESRM99 de Costa Rica, y el departamento de residencia de las nicaragüenses en Nicaragua, según la ENDESA-98.

¹¹ Según el Censo de Población de 1995, en estos tres departamentos vive un poco más del 44% de todos los habitantes de Nicaragua. (Instituto Nacional de Estadística y Censos Nicaragua, 1997)

4. Características de los hogares en los que viven los nicaragüenses

La ESRM99 también ofrece información de los hogares de los inmigrantes. Para estudiarlos se comparó los hogares en los que hay al menos un nicaragüense (a los que se les denominó “Hogares con nicaragüenses”), con el resto de los hogares. Para efectos de comparabilidad en los resultados, todos los cuadros siguientes se refieren a hogares en los que habita al menos una mujer en edad fértil.

El cuadro 3 presenta una tipología simplificada de hogares: los hogares nucleares son los compuestos únicamente por jefe, hijos y -si existe- cónyuge, mientras que en los hogares no nucleares viven también miembros con otra relación de parentesco (padres o suegros del jefe o jefa, hermanos o hermanas del jefe o jefa, etc.). Los hogares completos son los jefeados por una persona con cónyuge, mientras que en los incompletos, el jefe no tiene compañero o compañera.

Casi dos terceras partes de los hogares en los que no habita nicaragüense alguno, son nucleares completos, o sea, con jefe, cónyuge e hijos únicamente. Un 12% adicional son hogares nuclear incompletos. En contraste, el 42% de los hogares con nicaragüenses fueron clasificados como no nucleares, la mayoría completos (33%). La preponderancia de los hogares no nucleares (donde habitan familiares y no familiares junto al núcleo del hogar) coincide con apreciaciones de otras investigaciones de corte más cualitativo. Alvarenga (1997), por ejemplo, enfatiza los mecanismos de solidaridad entre los inmigrantes: los nicaragüenses con residencia consolidada le brindan su hogar a inmigrantes recién llegados, mientras estos encuentran un trabajo y una vivienda. Mediante esta red de relaciones se mantiene y refuerza el proceso migratorio.

Entre los hogares completos (nucleares y no nucleares), vale la pena determinar la importancia relativa de aquellos jefeados por matrimonios interculturales. El cuadro 4 expone la distribución de los hogares completos (que tienen jefe y cónyuge), según el país de origen de cada uno. Más de dos tercios (71%) de los hogares completos en los que habita al menos un nicaragüense es jefeados por una pareja de nicaragüenses, mientras que un 28% es jefeados por parejas “mixtas” (un cónyuge costarricense y el otro nicaragüense). Además, es mayor el porcentaje de hogares en que el jefe es costarricense y su cónyuge nicaragüense (24%) que a la inversa (jefe nicaragüense y cónyuge costarricense: 4%). Mientras tanto un 1% restante es jefeados por una pareja de costarricenses.

Otra información de la ESRM99 es la de los jefes de estos hogares, la que, al compararla con la de hogares costarricenses ayuda a comprender las particularidades del proceso de inserción del inmigrante (cuadro 5). El porcentaje de hogares jefeados por mujer es muy parecido entre los nicaragüenses (16%) y los costarricenses (18%). Los jefes de hogares nicaragüenses tienden a ser más jóvenes. Un 34% son jefes de 15 a 29 años de edad, mientras que entre los costarricenses el 17% son jefes con esas edades.

La distribución por país de nacimiento del jefe ya se comentó anteriormente de forma indirecta. En el 77% de los hogares en que habita un inmigrante, el jefe es nicaragüense. Resalta el hecho de que en casi una cuarta parte de estos hogares, el jefe sea un costarricense. Las distribuciones por nivel de instrucción para los jefes de hogar son muy similares a las ya descritas para toda la población. Un 39% de los hogares con inmigrantes tienen como jefe a una persona sin educación o con la primaria sin concluir, mientras que en el resto de los hogares, este porcentaje apenas llega al 18%.

Para finalizar este capítulo, es importante subrayar que la comparación del presente estudio, con los resultados del Censo de Población realizado en Costa Rica en junio de 2000, dirá la última palabra sobre la

validez de los procedimientos aquí utilizados y la posibilidad de seguir usándolos en el futuro tomando en cuenta su costo relativamente más bajo.

5. Referencias

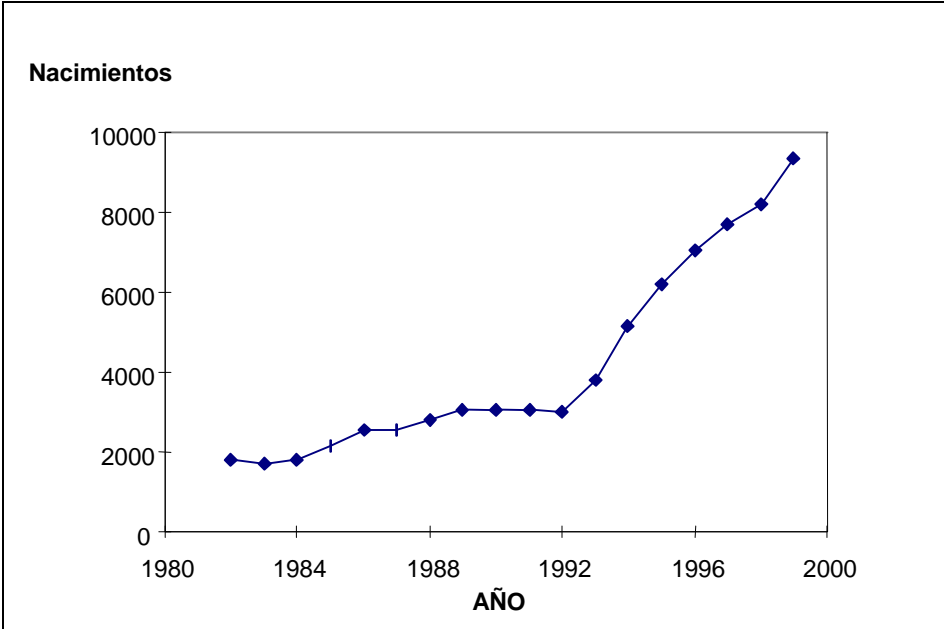
- Alvarenga Venutolo, P. (1997). *Conflictiva convivencia. Los nicaragüenses en Costa Rica*. San José, Costa Rica: FLACSO.
- Brenes, G. (1999). *Estimación del volumen y características sociodemográficas de los inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica*. Tesis. Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, San José.
- Castro Valverde, C., & Morales Gamboa, A. (1998). *La inserción laboral de la fuerza de trabajo nicaragüense en el sector de la construcción, la producción bananera y el servicio doméstico en Costa Rica*. San José, Costa Rica: FLACSO (C.R.).
- Dirección General de Migración y Extranjería. (1998). *Informe de Actividades 1997*. San José, Costa Rica: Dirección General de Migración y Extranjería.
- Dirección General de Migración y Extranjería. (1999). *Informe de Actividades 1998*. San José, Costa Rica: Dirección General de Migración y Extranjería.
- FLACSO Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (1999). *Análisis de los alcances sociales y del impacto del régimen de excepción migratoria para los inmigrantes de origen centroamericano*. San José, C.R..
- Gómez Barrantes, M. (s.f.). *Apuntes sobre Demografía*. s.l.
- García Urbina, A. L. (1997). *Nicaragua: ¿País de emigrantes?* Santiago de Chile: CELADE.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. República de Nicaragua. INEC Nicaragua (1991). *ESDENIC 85. Encuesta Socio-Demográfica Nicaragüense. Informe General*. Managua: INEC-Nicaragua.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. República de Nicaragua. (1998). *VII Censo Nacional de Población y III de Vivienda de Nicaragua*. PCP. Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. Home Page en Internet: www.populi.eest.ucr.ac.cr/observa/.
- Long, J. S. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morales Gamboa, A. (1997). *Los territorios del cuajipal. Frontera y sociedad entre Nicaragua y Costa Rica*. San José, Costa Rica: FLACSO.
- PCP-MEIC. Programa Centroamericano de Población, U. d. C. R., & Área de Estadística y Censos (AEC), M. d. E. M. (1998). *Estimaciones y proyecciones de población actualizadas a 1996. Costa Rica 1975-2050*. San José, Costa Rica: PCP.
- Ramírez, L. (1999). El patio de los niños. *La Nación*, p. 15A.
- Rosero, L., Barrantes, R., & Bermúdez Alicia. (1987). La información no procesada por las estadísticas

vitales. En: *Noveno Seminario Nacional de Demografía* San José, Costa Rica.

Sosa, R. (1992). Notas sobre migración internacional en Nicaragua en la década del 80 y principios del 90. IDESPO Instituto de Estudios Sociales en Población *La migración internacional: Su impacto en Centroamérica. Memorias del Seminario*. Heredia, Costa Rica: IDESPO.

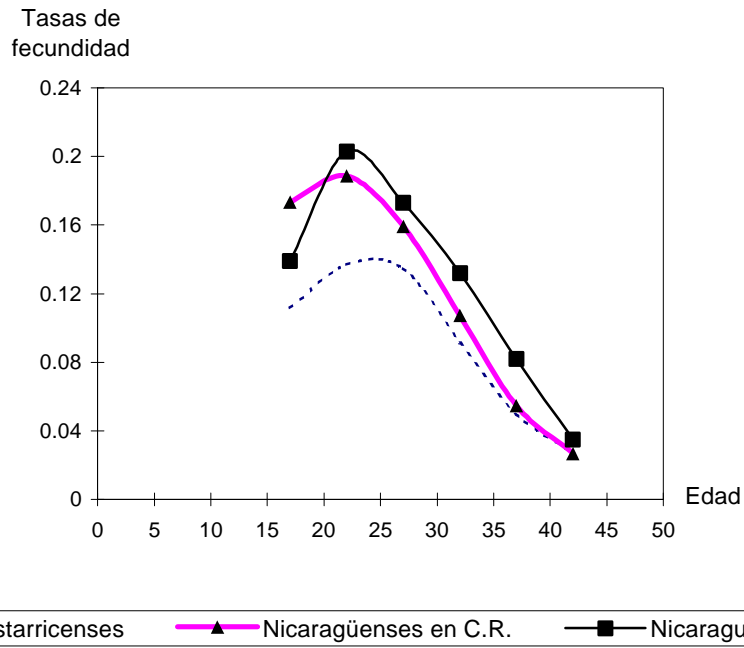
Vargas Madrigal, O. F. (1996a). *Características de la población nicaragüense solicitante de la Tarjeta de Trabajo Estacional*. San José, Costa Rica: Programa de Tarjeta de Trabajo Estacional, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Gráfico 1. Nacimientos de madres nicaragienses. Costa Rica 1982-99



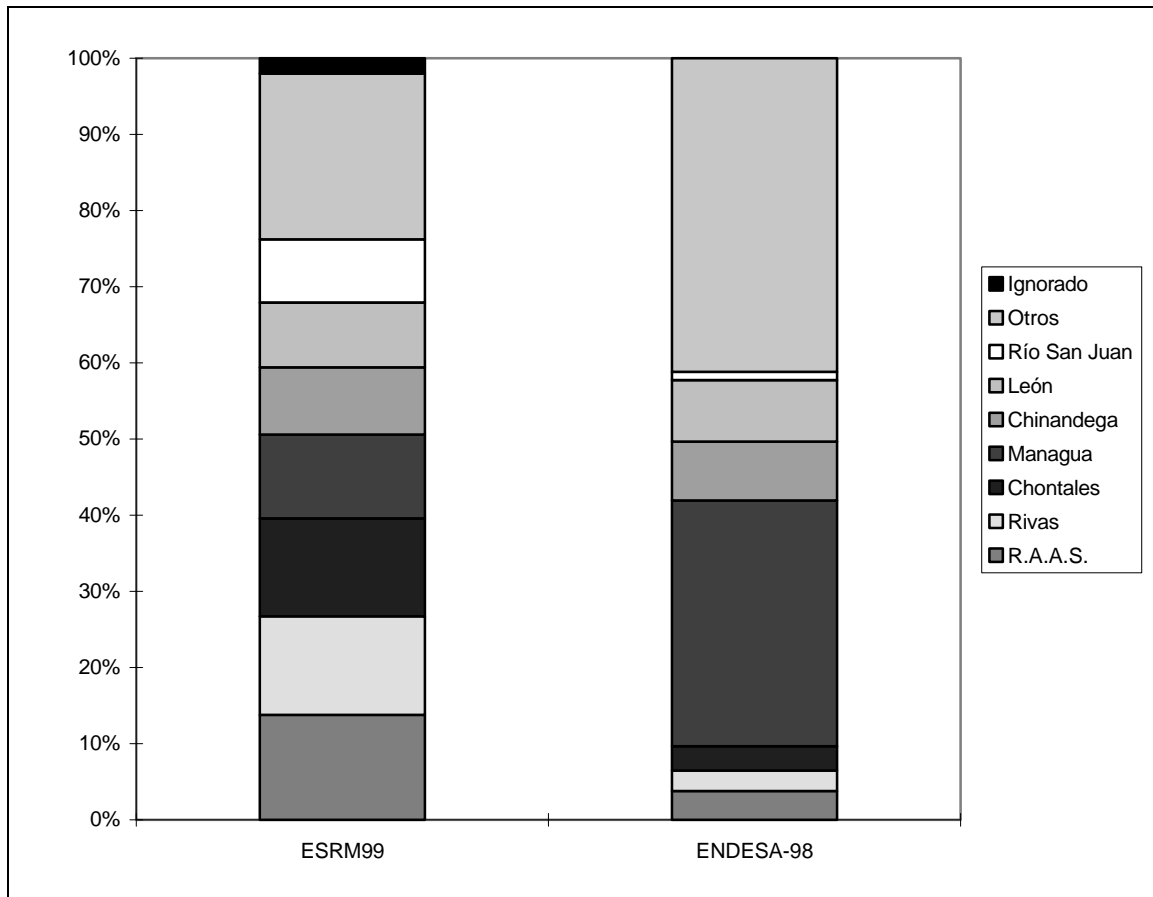
Fuente: Base de datos del registro de nacimientos, en <http://www.populi.eest.ucr.ac.cr>

Gráfico 2. Tasas de fecundidad por edad de costarricenses y nicaragüenses. 1997.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1999-2000 de Costa Rica, e INEC (Nicaragua), Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1998.

Gráfico 3. Distribución por departamento de las MEF nicaragüenses en Costa Rica y de las residentes en Nicaragua.



Nota: Departamento de nacimiento para las que emigraron y departamento de residencia para las que permanecen en Nicaragua

Cuadro 1. Comparación de las distribuciones por grupos de edad y por nivel educativo, según sexo, entre costarricenses y nicaragüenses residentes en Costa Rica.

(Distribución relativa, en %) ^{1/}

Edad y nivel de instrucción	Nicaragüenses			Costarricenses		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Grupos de edad						
(N):	(1 038)	(1 198)	(2 236)	(2 268)	(2 245)	(4 513)
TOTAL	100	100	100.00	100	100	100
0 a 14 años	27	25	26	47	43	45
15 a 29 años	41	40	41	22	28	25
30 a 44 años	22	26	24	21	21	21
45 a 59 años	6	6	6	7	5	6
60 años ó más	4	3	3	3	3	3
Ignorado	0	0	0	0	0	0
Nivel de instrucción ^{2/}						
(N)	(887)	(994)	(1 881)	(1 685)	(1 758)	(3 443)
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Prim. incomp.o menos	54	49	51	35	33	34
Primaria completa	18	22	20	25	25	25
Secundaria incompleta	17	20	19	21	22	21
Secund. compl. o más	5	7	6	18	20	19
Ignorado	6	2	4	1	0	1

NOTA:

1/ Los datos acerca de los costarricenses se refieren a la población costarricense que habita en hogares con mujeres en edad fértil.

2/ Corresponde a la población de 6 años ó más y excluye el nivel de instrucción ignorado.

Cuadro 2. Distribución de la población femenina en edad fértil, por variables sociodemográficas, según país de origen.

(Distribución relativa en %).

Variables	Costarricenses	Nicaragienses
TOTAL	100	100
(N)	(912)	(682)
Grupos de edad		
18-19	10	11
20-24	20	23
25-29	19	23
30-34	19	19
35-39	18	14
40-44	14	10
Estado Conyugal		
Soltera	24	9
Casada	51	23
Unida	15	57
Otras	9	11
Ignorado	1	0
Nivel de instrucción		
Prim. incomp.o menos	12	44
Primaria completa	32	24
Secundaria incompleta	24	24
Secund. compl. ó más	32	8
Mediana nivel de instrucción	Segundo año de secundaria	Sexto grado de primaria
Condición laboral		
Trabaja	40	41
No trabaja	60	59

Cuadro 3. Comparación de la distribución según tipo de hogar, entre los hogares con mujeres en edad fértil en los que vive al menos un nicaragüense, y el resto de hogares con mujeres en edad fértil en Costa Rica.

(Frecuencias relativas en %)

Tipo de hogar.	Nicaragüenses	Costarricenses
(N hogares)	(537)	(787)
TOTAL	100	100
Nuclear completo	51	64
Nuclear incompleto	7	12
No nuclear completo	33	16
No nuclear incompleto	9	8

Cuadro 4. Hogares completos con mujeres en edad fértil en los que vive al menos un nicaragüense, por país de origen del jefe y país de origen de cónyuge.

(Distribución relativa en %).

País de origen del:		Distribución (%)
Jefe(a)	Cónyuge	
(N)		(574)
TOTAL		100.00
Nicaragüense	Nicaragüense	68.29
Nicaragüense	Costarricense	5.75
Costarricense	Nicaragüense	23.69
Costarricense	Costarricense	1.57
Ignorado		0.70

Cuadro 5. Comparación de las distribuciones por variables sociodemográficas de los jefes de hogares asociados a mujeres en edad fértil, según si en él vive al menos un nicaragüense o no.

(Distribución relativa en %). ^{1/}

Variables Sociodemográficas	Hogares nicaragüenses	Hogares costarricenses
(N jefes)	(537)	(784)
TOTAL	100	100
Sexo		
Hombres	84	82
Mujeres	16	18
Grupos de edad		
15-29	34	17
30-44	48	55
45-59	14	20
60 ó más	3	8
Ignorado	1	0
País de nacimiento		
Costa Rica	23	98
Nicaragua	77	0
Otro	0	2
Nivel de instrucción		
Prim. incomp.o menos	39	18
Primaria completa	27	32
Secundaria incompleta	19	18
Secund. compl. ó más	8	31
Ignorado	7	1

Nota: 1/ Los datos se refieren a hogares con mujeres en edad fértil.

Anexo: Método de estimación del total de inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica.

Se utiliza el “método de los niveles diferenciales de fecundidad” para estimar el número de inmigrantes nicaragüenses a partir del número de nacimientos de madres nicaragüenses. Una variante de este método fue utilizada por Rosero, Barrantes y Bermúdez (1987).

La estimación se efectúa en dos pasos. (1) Estimación del número de mujeres en edad fértil (MEF) que dieron origen a los nacimientos. (2) Estimación del tamaño de la población total (N) de la que forman parte las MEF. El paso más crítico es el primero pues involucra un factor de expansión muy grande (del orden de 10 unidades) y con gran variabilidad entre subpoblaciones. Además, determinar este factor requiere conocer los patrones de fecundidad de las inmigrantes, aspecto sobre el que antes de la ESRM99 había muy poca información. El segundo paso es menos crítico pues involucra factores de expansión mucho menores (del orden de 2 unidades), se dispone de más información sobre la composición por edad y sexo de los inmigrantes y los márgenes de variación son menores que para la fecundidad.

El supuesto básico del método es que la cobertura del registro de nacimientos de madres nicaragüenses es tan completa como la del registro de nacimientos de madres costarricenses (Rosero, Barrantes & Bermúdez, 1987)

A.1 Estimación de las MEF

Sea B el número de nacimientos (que es conocido) y NF la población femenina que dio origen a esos nacimientos (que se desea estimar). Dada la definición de tasa de fecundidad, (cociente entre nacimientos y población), las siguientes relaciones permiten estimar la población femenina en un subgrupo i:

$$NF_i = B_i R_i \quad \text{siendo} \quad R_i = \frac{1}{f_i r_i}$$

En donde f_i es la fecundidad de las costarricenses (conocida);
 r_i es la fecundidad relativa de las inmigrantes nicaragüenses;
el producto $f_i r_i$ es en realidad la tasa de fecundidad de las inmigrantes;
 R_i es el factor de expansión de los nacimientos;
i simboliza subgrupos poblacionales definidos por la edad de la mujer y otras características relevantes como el lugar de residencia o el estado civil.

La suma de las poblaciones NF para todas las edades (x) reproductivas estima el número de mujeres en edad fértil (MEF) del grupo i:

$$MEF_i = \sum_x NF_{ix}$$

A.2 Estimación de la población total

El siguiente paso es estimar el número total de nicaragüenses a partir de las MEF. Para ello hace falta determinar con datos de la encuesta dos factores de expansión:

$$M_i = \frac{\text{Nicaragüenses que viven con MEF nicaragüenses}}{\text{MEF nicaragüenses}}$$

$$T_i = \frac{\text{Total de nicaragüenses}}{\text{Nicaragüenses que viven con MEF nicaragüenses}}$$

Con estos factores, la población total de inmigrantes N en el grupo i está determinada por:

$$N_i = MEF_i M_i T_i$$

A.3 Estimación de la fecundidad relativa con regresión múltiple de Poisson

Para estimar la fecundidad relativa de las inmigrantes r_i , se utilizó un modelo de regresión múltiple de Poisson (Long, 1997). Con el modelo se estimó el valor esperado del número de nacidos vivos tenidos por mujer en los 5 años anteriores a la encuesta, o desde que ingresó al país si lo hizo hace menos de 5 años:

$$E[y] = A e^{(b_0 + b_1 h + b_2 X_i + b_3 h X_i)}$$

En donde:

- $E[y]$ valor esperado de nacimientos tenidos en el periodo de referencia;
- A años-persona de exposición en el periodo, el cociente $E[y]/A$ es la tasa anual de fecundidad;
- h 1 si es inmigrante y 0 en caso contrario;
- X_i vector de variables socio-demográficas que definen el subgrupo i ;
- hX_i vector de variables de interacción entre las X y la condición de inmigrante;
- β_j coeficientes de regresión, los que exponenciados estiman la fecundidad relativa.

El modelo de regresión incluyó a la variable edad (a mitad del periodo de referencia) como variable continua y a su cuadrado, para permitir una relación curvilínea. También se incluyeron en el modelo la proporción del tiempo vivido en el estado de casada, dos variables indicatrices de residencia en el Área Metropolitana de San José o en la zona fronteriza¹², así como las variables correspondientes de interacción con la condición de inmigrante. Se dejó fuera del modelo a las variables explicativas que no están disponibles en las bases de datos del registro nacimientos, tales como la educación de la mujer.

A.4 Resultados

El modelo mostró que la interacción de edad con condición de inmigrante no es significativa, es decir que la fecundidad relativa de las inmigrantes es aproximadamente constante en todas las edades (cuando se

¹² Cabe aclarar que el Área Metropolitana comprende los cantones de San José, Escazú, Alajuelita, Montes de Oca, Curridabat y partes de Moravia, Goicoechea, Santa Ana y Desamparados, mientras que la Región Fronteriza abarca La Cruz, Liberia, Carrillo, Tilarán, Bagaces, Cañas, San Carlos, Los Chiles, Upala, Guatuso, Sarapiquí y toda la provincia de Limón.

controla el estado civil y la región de residencia). En vista de ello se dejó fuera esta interacción y otras no significativas. Los resultados del modelo finalmente estimado se muestran a continuación.

Variable	e^{β}	Significancia
Edad en años	0.9647	0.000
Edad al cuadrado	0.9949	0.000
Casada	1.4565	0.000
Nicaragüense y casada	0.6098	0.001
Area Metropolitana	0.5546	0.000
Nicaragüense y Area Metropolitana	2.2103	0.000
Resto del país	0.6373	0.000

El cuadro A.1 muestra la tasas de fecundidad estimadas con el modelo para las inmigrantes y costarricenses, así como la fecundidad relativa (r_{xi}) de las inmigrantes. Las Nicaragüenses no casadas del área metropolitana de San José presentan la fecundidad relativa más elevada: 2.2 veces mayor que la de las costarricenses. Fuera del área metropolitana no hay diferencia entre migrantes y nativas o, en el caso de las mujeres casadas, las nicaragüenses presentan una fecundidad 39% más baja.

El cuadro A.2 muestra el número promedio anual de nacimientos para cada grupo para el trienio 1997-1999, según el registro de nacimientos. Se tomó un promedio anual para eliminar perturbaciones aleatorias en los nacimientos registrados año a año. El periodo de referencia para las tasas de fecundidad estimadas con el modelo de regresión es 1995-1999. Asumiendo que estas tasas son aplicables a 1997-99, en la segunda parte del cuadro A.2 se estima el número de mujeres nicaragüenses que generaron estos nacimientos. La estimación de mujeres corresponde a mediados de 1998.

Cuadro A.1. Tasas específicas de fecundidad estimadas para costarricenses y para nicaragüenses en Costa Rica, 1997.

Edad	Área Metropolitana		Región Fronteriza		Resto del país	
	Casada	No casada	Casada	No casada	Casada	No casada
Costarricenses						
15-24	0.1846	0.0594	0.2375	0.0875	0.1455	0.0906
25-34	0.1169	0.0538	0.1217	0.1520	0.1297	0.0873
35-44	0.0326	0.0500	0.0486	0.0200	0.0416	0.0375
Nicaragüenses						
15-24	0.2492	0.1313	0.1449	0.0875	0.0888	0.0906
25-34	0.1578	0.1189	0.0742	0.1520	0.0791	0.0873
35-44	0.0440	0.1105	0.0296	0.0200	0.0254	0.0375
Fecundidad relativa de las nicaragüenses						
15-24	1.35	2.21	0.61	1.00	0.61	1.00
25-34	1.35	2.21	0.61	1.00	0.61	1.00
35-44	1.35	2.21	0.61	1.00	0.61	1.00

Cuadro A.2. Estimación del número de mujeres nicaragüenses (1998) a partir del promedio anual de nacimientos de madres nicaragüenses (1997-1999)

Edad	Área Metropolitana		Región Fronteriza		Resto del país	
	Casada	No casada	Casada	No casada	Casada	No casada
Promedio anual de nacimientos 1997-99						
15-24	286	1 442	217	1 971	165	878
25-34	355	875	211	954	162	452
35-44	59	171	58	230	34	76
Total	700	2 488	486	3 155	361	1 406
Mujeres nicaragüenses 1998						
15-24	1 148	10 982	1 498	22 526	1 858	9 691
25-34	2 250	7 359	2 844	6 276	2 048	5 178
35-44	1 341	1 548	1 959	11 500	1 339	2 027
Total	4 738	19 889	6 301	40 302	5 245	16 895

VII. Salud y uso de los servicios: Una comparación entre costarricenses e inmigrantes nicaragüenses

Miriam León Solís

Luis Rosero Bixby

Introducción

Este capítulo presenta un perfil del estado de la salud materno-infantil y reproductiva de las mujeres inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica con edades entre 18 y 44 años cumplidos a enero del 2000. La presentación compara el perfil de las inmigrantes con el de las mujeres no nicaragüenses residentes en Costa Rica en la misma época, grupo al que se denomina de “nativas”.

En el análisis se abordan indicadores relacionados con actividades preventivas, conductas o factores de riesgo para la salud, lugar y tiempo desde la última consulta médica, morbilidad, atención médica del niño enfermo y planificación familiar, entre otros. Los resultados se presentan en cuadros comparativos por nacionalidad según grupos de edad, lugar de residencia, educación y, para el caso de las inmigrantes nicaragüenses, por tiempo de vivir en Costa Rica.

Para cada indicador, se hace una comparación entre las inmigrantes nicaragüenses y las nativas. Se analizan las diferencias entre los grupos y las variaciones según las características de las mujeres entrevistadas. Por otra parte, cuando se cuenta con la información, se comparan los indicadores de las inmigrantes nicaragüenses con los valores respectivos de las mujeres en Nicaragua que no son migrantes. La información para esta comparación es tomada de dos informes: “Equidad y Salud Materno Infantil en Nicaragua”(Blanco, 2000) y la “Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998” (DHS, 1999).

El total de mujeres entrevistadas y la distribución porcentual de cada una de las clasificaciones utilizadas para el análisis se presenta en el cuadro 1. La mayoría de los indicadores se calcularon a partir de estas cifras, por lo tanto, sólo en aquellos casos en los que varía el número de observaciones válidas se incluye dentro del cuadro o en uno aparte el número de casos correspondiente.

El reducido número de observaciones de la categoría secundaria completa y más entre las nicaragüenses (10 entrevistas), obligó a incluir las observaciones de este grupo dentro del de secundaria incompleta.

Los resultados se presentan en tres secciones: la primera describe las características principales de las mujeres entrevistadas. La sección dos, presenta los resultados para las mujeres en edad fértil y la sección tres se refiere a los indicadores calculados para las madres y los niños menores de cinco años.

1. Características de las entrevistadas

Se entrevistó un total de 682 inmigrantes nicaragüenses. El grupo de comparación de mujeres “nativas” incluye 930 mujeres entrevistadas¹³. En esta sección se presentan las características generales de las mujeres que fueron entrevistadas (cuadro 1). Las inmigrantes nicaragüenses entrevistadas son en promedio más jóvenes que el grupo equivalente de nativas: 57% son menores de 30 años, en comparación con el 49% de las nativas.

Las inmigrantes tienen poca educación pues solo un 23% ha completado la primaria y un 44% no la ha completado. El 11% no tiene educación alguna, es decir son probablemente analfabetas. En comparación, solo un 13% de las costarricenses no ha completado la primaria.

Otra característica que distingue a las inmigrantes es que están relativamente más concentradas en el Área Metropolitana de San José (42% en comparación al 27% de las nativas) y la zona rural del país. Muy pocas residen en el resto urbano del país: 15% comparado al 20% de las nativas (cuadro 1).

El 40% de las inmigrantes en la muestra indicó estar trabajando, porcentaje que no es muy diferente al de las nativas (41%). El perfil ocupacional de las nicaragüenses que trabajan, en contraste es muy peculiar: el 42% se dedican a las ventas ambulantes y oficios domésticos, comparado con el 18% de las nativas. Asimismo, un 14% se desempeñan como camareras, cocineras o niñeras, comparado con el 8% de las nativas (no se muestra en el cuadro 1).

Cerca de la mitad de las inmigrantes tienen más de cinco años de vivir en Costa Rica (48%) y señalan que la razón principal de su estadía en el país es el trabajo (52%) y el estudio (31%). En cuanto a su situación migratoria el 54% son residentes, un 28% acogidas a la amnistía y un 9% están sin papeles.

En relación con el estado conyugal, un 8% son solteras, un 23% son casadas y un porcentaje alto se encuentra en unión consensual (57%), el 12% restante son mujeres viudas, separadas o divorciadas. Agrupando bajo la denominación “mujeres en unión” todas aquellas que están casadas o unidas y viviendo con su marido o compañero. El 77% de las inmigrantes nicaragüenses son mujeres en unión, porcentaje algo mayor al de las nativas (65%).

Al preguntarles sobre sus parientes, la mayoría (97%) dijo tener en Costa Rica el marido o compañero u otros familiares tales como la madre (33%), el padre (21%), los hijos (81%), los suegros (31%) y los hermanos, primos o tíos (56%).

2. Salud y uso de servicios

Los indicadores analizados en esta sección dan un perfil de la salud de las mujeres entrevistadas. Asimismo, se analizan algunos indicadores que permiten evaluar el acceso y uso de los servicios de salud que caracterizan a las inmigrantes nicaragüenses.

¹³ En este grupo se incluyeron todas las mujeres no nicaragüenses residentes en el país, aunque no fuesen costarricenses.

2.1 Tabaquismo

La incidencia y prevalencia del fumado entre las inmigrantes nicaragüenses es relativamente baja. Solamente un 6% indicó que alguna vez ha fumado diariamente (en comparación con el 14% de las nativas) y tan solo un 2% indicó ser fumadoras al momento de la encuesta (7% entre las nativas).

A pesar de que el consumo de tabaco para esta población es bajo, se evidencian diferencias según la edad y el lugar de residencia. Al igual que entre las nativas, el tabaquismo suele ser mayor entre las inmigrantes de mayor edad (9%) y las que residen en el área urbana (9%). La educación, por el contrario, no establece diferencias para ninguno de los grupos analizados.

Si bien el porcentaje que fuma actualmente es relativamente bajo, la diferencia por edad y lugar de residencia se mantiene aunque su magnitud es menor. Por ejemplo, un 4% para quienes viven en el área urbana, comparado con un 1% de las que residen en el área rural. Los porcentajes para las nativas son 10% y 4% respectivamente.

La prevalencia de tabaquismo es más alta entre quienes tienen más tiempo de vivir en el país, 3% para las inmigrantes que han vivido un año o menos en Costa Rica en comparación con un 6% para quienes tienen más de 5 años en el país (cuadro 2).

2.2 Prevención del cáncer de útero

El porcentaje de inmigrantes que alguna vez se ha hecho un Papanicolau (PAP) es de 75% en comparación con un 79% de las nativas (cuadro 3). Esto significa que, aproximadamente, una cuarta parte de las inmigrantes nicaragüenses entrevistadas nunca se ha hecho un Papanicolau o examen ginecológico. Este porcentaje es relativamente alto, sobre todo, considerando la importancia del examen para la detección temprana de cáncer de útero.

Como es de esperar, los porcentajes más altos corresponden a las mujeres de mayor edad. Indicaron alguna vez haberse realizado el examen, un 87 de quienes tienen 30 años y más, comparado con un 66% de las que tienen menos de 30 años. En comparación, los porcentajes para las nativas son 93% y 64% respectivamente.

Contrario a las nativas, el lugar de residencia establece claras diferencias en las inmigrantes nicaragüenses que alguna vez se han hecho un PAP. Por ejemplo, se han realizado el examen, un 80% de las inmigrantes que viven en el área metropolitana en comparación con el 70% de quienes residen en el área rural.

La educación de la mujer, también marca diferencias en el porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que alguna vez se ha hecho un PAP. Además, su comportamiento es diferente al de las nativas. Son las inmigrantes más educadas quienes presentan los mayores porcentajes de PAP: un 77% para quienes tiene primaria completa y más, comparado con un 72% para quienes no han completado la primaria. Por el contrario, las nativas evidencian los porcentajes más altos para quienes tienen menos educación.

Por otra parte, el porcentaje de mujeres inmigrantes con PAP aumenta conforme aumentan los años de residir en Costa Rica. Por ejemplo, indicaron alguna vez haberse hecho un PAP el 63% de las inmigrantes que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con el 81% de quienes tienen más de cinco años de vivir en Costa Rica (cuadro 3).

Con respecto al tiempo transcurrido desde el último PAP o examen ginecológico, se realizaron el examen en el último año un 37% de las inmigrantes nicaragüenses, comparado con un 45% de las nativas. En Nicaragua, el porcentaje de mujeres con PAP en los últimos doce meses ha venido aumentando; pasando de un 21% en 1992 a un 28% en 1998 (Blanco, 2000). A pesar del aumento evidenciado, el porcentaje de mujeres con PAP anual es menor que el de las migrantes.

La variación por edad de la mujer inmigrante nicaragüense es similar a las nativas. Se realizaron un PAP el último año, un 34% de las inmigrantes menores de 30 años, comparado con un 41% de quienes tienen mayor edad. No se evidencian diferencias según el lugar de residencia y para la educación es difícil establecer un patrón (cuadro 3). Asimismo, el porcentaje de mujeres nicaragüenses con PAP en el último año aumenta conforme aumenta el tiempo de vivir en Costa Rica. Por ejemplo, un 30% para las que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con un 40% para quienes tienen cinco años o más (cuadro 3).

2.3 Prevención del cáncer mamario

La práctica del autoexamen de pechos entre las inmigrantes nicaragüenses es mucho menor que el de las nativas. A la pregunta ¿se examina los pechos mensualmente después de la menstruación?; el 64% de las inmigrantes nicaragüenses respondió que nunca y tan solo un 11% indicó que siempre. En comparación, los porcentajes para las nativas son un 45% y un 14% respectivamente (cuadro 4).

Agrupando las respuestas siempre, casi siempre y a veces como una sola categoría “acostumbran autoexaminarse”, el porcentaje de respuestas positivas es muy bajo, un 27% comparado con un 45% de las nativas. Este porcentaje varía según las características de las entrevistadas.

Los menores porcentajes corresponden a las mujeres más jóvenes (25%), las residentes en el área rural (24%) y las que tienen un nivel educativo más bajo (22%). Las diferencias más claras se presentan según el nivel educativo. Por ejemplo, acostumban autoexaminarse un 22% de las inmigrantes con primaria incompleta, en comparación con el 32% para el grupo con secundaria incompleta o más (cuadro 4).

2.4 Vacunación antitetánica

El porcentaje de inmigrantes nicaragüenses vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años es alto y mayor que el de las nativas. Un 83% comparado con un 73% de las nativas (cuadro 5). En Nicaragua el porcentaje de mujeres en edad fértil vacunadas contra el Toxoide Antitetánico en los últimos 10 años es también alto, un 84%, similar al reportado por las inmigrantes nicaragüenses.

Los resultados muestran diferencias claras según la edad y el lugar de residencia. Por ejemplo, se han vacunado en los últimos diez años el 80% de las mujeres inmigrantes con edades de entre 18 y 29 años, comparado con el 87% de quienes tienen 30 años y más. Los porcentajes para las nativas son 71% y 74% respectivamente.

Según el lugar de residencia las diferencias se presentan entre quienes viven en el área urbana y las del resto del país. Se han vacunado contra el tétano en los últimos 10 años, el 88% de las inmigrantes nicaragüenses en la zona urbana y, aproximadamente, un 83% de quienes viven en el resto del país.

Este es uno de los indicadores en los que las inmigrantes nicaragüenses superan a las costarricenses. En parte esto se debe a la mayor fecundidad de las inmigrantes, pues esta vacuna se aplica durante el

embarazo. También pareciera que las costarricenses tienen menos información sobre esta vacuna, lo que se refleja en los mayores porcentajes de respuesta ignorada. Por otra parte, los programas de salud de Nicaragua han dado mucha más importancia a esta vacuna que los programas costarricense, puesto que en los últimos años han tenido un alto porcentaje de niños menores de un año que murieron por Tétanos Neonatal (TNN). Por esto, a partir de 1993 han iniciado una vacunación masiva a mujeres en edad fértil (DHA, 1999).

2.5 Consulta médica en el último año

Este indicador se refiere al tiempo transcurrido desde la última visita a un médico. El indicador da una idea del acceso que tienen las inmigrantes nicaragüenses a los servicios médicos.

Al igual que las nativas, menos del 1% de las inmigrantes entrevistadas nunca han visitado un médico y más del 90% lo han hecho en un período menor a dos años. Pese a que una considerable proporción de inmigrantes (66%) consultó al médico en el último año, las costarricenses fueron a consulta médica en mayor proporción (83%).

En las consultas del último año, no se evidencian diferencias con respecto a la edad o educación de la mujer. En cambio, contrario a las nativas, las variaciones son claras según el lugar de residencia. Por ejemplo, consultaron en el último año un 70% de las inmigrantes nicaragüenses residentes en el área rural, comparada con un 63% de quienes viven en el área metropolitana (cuadro 6). Los porcentajes para las nativas son 81% y 84% respectivamente.

Contrario a otros indicadores, la variación es poca según el tiempo de vivir en Costa Rica. Consultaron en el último año un 65% de las inmigrantes que tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con un 68% de quienes tienen más de cinco años de vivir en Costa Rica (cuadro 6).

2.6 Lugar de la última consulta

Este indicador se refiere al establecimiento (hospital, clínica, EBAIS, farmacia, etc.) que visitaron las mujeres en su última consulta médica. Los establecimientos se agruparon según si pertenecen al sector público o privado.

Las inmigrantes nicaragüenses indicaron como proveedor principal de sus consultas médicas al sector público. Un porcentaje alto señaló realizar sus consultas en la Caja Costarricense de Seguro Social, un 79% comparado con un 71% de las nativas. Cabe notar que sólo el 48% de las entrevistadas nicaragüenses indicó ser asegurada de esta institución, comparado con el 78% de las costarricenses. Por otra parte, el porcentaje que utiliza el sector privado es muy reducido, un 8% en comparación con un 22% de las nativas (cuadro 7).

La consulta en el sector público, no varía según la edad. Por su parte, las variaciones son claras según el lugar de residencia. Por ejemplo, consultaron en el sector público un 77% de quienes residen en el área metropolitana de San José, comparado con 84% de las residentes en la zona urbana.

En cuanto a la educación, similar a las nativas, es evidente que los porcentajes de consulta médica en el sector público disminuyen conforme aumenta la educación de las entrevistadas. Señalaron consultar en el sector público, un 82% de las mujeres que no completaron su primaria, comparado con un 77% de

quienes pertenecen al grupo con mayor educación. Los porcentajes para las nativas son 89% y 58% respectivamente.

Al igual que en otros indicadores, se debe notar la variación en los porcentajes según el tiempo de vivir en Costa Rica. Por ejemplo, consultan en el sector público un 59% de las inmigrantes que tienen menos de un año de vivir en Costa Rica, comparado con un 85% de las que tienen más de cinco años de vivir en el país.

2.7 Prevalencia de patologías específicas

En la encuesta se preguntó por la prevalencia (diagnosticada por un médico) de ciertas patologías que se sabe son frecuentes en la población de esta edad, tales como: presión arterial alta, várices, infección de la matriz, tumores o quistes en la matriz, tumores o quistes en los pechos, problemas de infertilidad, Diabetes Mellitus u otro problema.

Los problemas reportados como más frecuentes en esta población son las várices (15%), la hipertensión, (14%) y a infección de la matriz (8%). La prevalencia de hipertensión es sustancialmente más alta que en las costarricenses, especialmente entre las mayores de 30 años de edad (20% vs. 12%). El resto de patologías presentan prevalencias de 2% o menos, las que, además, son menores que entre las costarricenses.

La prevalencia más alta, para la mayoría de patologías, corresponden a las mujeres de mayor edad. Sin embargo, contrario a las nativas, las diferencias por edad entre las inmigrantes no son tan marcadas (excepto para la presión arterial alta). Por ejemplo, sufren de várices, el 12% de las inmigrantes nicaragüenses menores de 30 años, comparado con un 18% del grupo con 30 años y más. En comparación, los porcentajes para las nativas son de 7% y 22% respectivamente.

Las diferencias son pequeñas según el lugar de residencia. Por ejemplo, sufren de presión arterial alta un 12% de quienes residen en el área rural comparado con un 16% de las residentes en el área metropolitana de San José. Cabe notar, para quienes padecen de presión arterial alta, la reducción en la prevalencia conforme aumenta el tiempo de vivir en Costa Rica (cuadro 8).

2.8 Prevalencia anticonceptiva

Este indicador se refiere al uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en unión al momento de la encuesta.

La prevalencia anticonceptiva entre las inmigrantes nicaragüenses es muy alta pues alcanza al 70%, pero no llega al nivel excepcionalmente alto de las nativas (80%) (cuadro 9). La prevalencia de uso de anticonceptivos en Nicaragua es también alta (60%) pero menor que la de las migrantes.

Los métodos anticonceptivos de planificación familiar más utilizados son los anticonceptivos modernos (39%) y la esterilización (20%). Entre los anticonceptivos modernos, son más importantes para las inmigrantes los anticonceptivos orales (22%) y los inyectables (11%). En comparación, las nativas dependen más de los anticonceptivos orales(24%) y del DIU (8%).

El uso de métodos de barrera y los tradicionales, establecen la diferencia entre los grupos analizados. El porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que hace uso de los métodos tradicionales es mucho menor que

el de las nativas. Por ejemplo, un 3% de las inmigrantes usan los métodos tradicionales de planificación familiar en comparación con un 9% de las nativas. Asimismo, el porcentaje que hace uso de los métodos de barrera es menor: un 7% comparado con un 12% de las nativas (cuadro 9).

2.9 Proveedor de los métodos modernos

Al igual que las nativas, la mayoría de las inmigrantes nicaragüenses (64%), indicaron que la fuente principal para obtener el anticonceptivo moderno es el sector público y dentro de éste los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social (cuadro 10). En Nicaragua, el sector público (MINSAL) es también el mayor proveedor de servicios de planificación familiar (62%) (DHS, 1999).

El segundo proveedor es el sector privado, un 18% de las inmigrantes nicaragüenses señalaron el sector privado como fuente para obtener el método anticonceptivo de planificación familiar, destacando las farmacias particulares (15%). Para las nativas el porcentaje es de 21%. En Nicaragua, un 37% de las mujeres en unión obtienen el anticonceptivo moderno en el sector privado, sin embargo, la participación de las farmacias es menor al de las migrantes, tan solo un 11% (DHS, 1999).

El porcentaje de inmigrantes que hace uso del sector público como proveedor de anticonceptivos modernos varía según la edad de las entrevistadas. Son las mujeres más jóvenes quienes usan menos el sector público. Por ejemplo, un 61% de las inmigrantes menores de 30 años, comparado con un 69% de quienes tienen 30 años y más. Los porcentajes para las nativas son 65% y 76% respectivamente (cuadro 10).

El lugar de residencia, también establece claras diferencias en el uso del sector público como proveedor de anticonceptivos. Los porcentajes más altos de inmigrantes nicaragüenses que se abastecen en el sector público corresponden a las residentes en la zona rural y el resto urbano. Por ejemplo, se abastecen de anticonceptivos modernos en el sector público un 76% de las inmigrantes residentes en el área rural, comparado con un 49% para quienes residen en el área metropolitana. En comparación, los porcentajes para las nativas son un 80% y un 61% respectivamente.

Contrario a las nativas, la educación de las inmigrantes nicaragüenses entrevistadas no evidencia claras diferencias en el uso del sector público como proveedor de anticonceptivos modernos de planificación familiar (cuadro 10).

Conviene notar, que el porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que se abastecen de anticonceptivos modernos en el sector público aumenta conforme es mayor el tiempo de vivir en Costa Rica. Por ejemplo, un 51% de las que tienen un año o menos de vivir en el país comparado con un 69% de las que tiene más de 5 años (cuadro 10).

3. Salud y uso de los servicios de madres y niños menores de cinco años

3.1 Mujeres con último hijo nacido vivo menor de cinco años

Los resultados sobre control prenatal, parto y lactancia materna, se presentan para el último hijo nacido vivo que a la encuesta es menor de 5 años. El número de casos (349 nativas-370 migrantes) y los porcentajes respectivos por grupo de interés se presentan en el cuadro 11. Estos números y porcentajes

son válidos para la mayoría de indicadores analizados en esta sección. Al igual que en la sección anterior, los totales que varían son incorporados en el cuadro respectivo.

3.1.1 Control prenatal adecuado

A pesar de que la atención prenatal es un aspecto de suma importancia durante el embarazo, tanto para garantizar un buen desarrollo del niño como para detectar y prevenir a tiempo problemas o complicaciones del parto, aun existe un alto porcentaje de mujeres que no tiene control o que tienen un control inadecuado.

Los resultados muestran que el problema es mucho mayor entre las inmigrantes nicaragüenses. Un 10% señalan no haber tenido control de su último embarazo y tan solo un 62% tuvieron el primer control en el primer trimestre. En comparación, los porcentajes para las nativas son 3% y 84% respectivamente. Por otra parte, las inmigrantes nicaragüenses también tienen menor número de controles que las nativas. Por ejemplo, un 9% tiene menos de tres controles, en comparación con el 1% de las costarricenses (cuadro 12).

En Nicaragua, el porcentaje de mujeres sin control prenatal es alto (16%) y supera el de las migrantes. El porcentaje con el primer control antes de los seis meses también es alto, un 73%; pero menor que el de las migrantes (82%). Asimismo, el número de controles es bajo: un 15% tienen de entre dos y tres y tan sólo un 62% tiene más de cuatro controles (DHS, 1999).

Definiendo como control adecuado todos aquellos casos que tuvieron mínimo tres controles prenatales y al menos uno en el primer trimestre, se evidencia una brecha importante en los grupos analizados. Los porcentajes de inmigrantes nicaragüenses con control prenatal adecuado son muy bajos en comparación con las nativas. Tuviron control prenatal adecuado de su último hijo nacido vivo, un 59% de las inmigrantes comparado con un 83% de las nativas. En Nicaragua, el porcentaje de mujeres con control prenatal adecuado es superior al de las migrantes, un 68% tuvieron control prenatal adecuado de último hijo nacido vivo (Blanco, 2000).

Al igual que las nativas, el control adecuado es mayor entre las mujeres inmigrantes de mayor edad (63%) y las más educadas. Por ejemplo, tuvieron control prenatal adecuado un 53% de las inmigrantes nicaragüenses que no completaron la primaria, comparado con un 68% del grupo con educación secundaria o más.

Según el lugar de residencia de las inmigrantes, se evidencian claras diferencias en este indicador y su comportamiento es opuesto al de las nativas. Son las inmigrantes residentes en el área rural, quienes presentan los porcentajes más altos de control prenatal adecuado para su último embarazo. Por ejemplo, tuvieron control prenatal adecuado de su último embarazo, un 65% de las inmigrantes nicaragüenses en la zona rural, comparado con un 53% de quienes viven en el área metropolitana de San José. Por el contrario, las nativas en el área rural son quienes evidencian los menores porcentajes de control prenatal adecuado.

A diferencia de otros indicadores analizados, el porcentaje de inmigrantes nicaragüenses con control prenatal adecuado para su último hijo nacido vivo se mantiene cerca del 60% sin importar el tiempo de vivir en Costa Rica (cuadro 12).

3.1.2 Niños prematuros

Este indicador se refiere a la edad gestacional del último hijo nacido vivo menor de cinco años. El porcentaje de niños prematuros entre las inmigrantes nicaragüenses es relativamente bajo y prácticamente no difiere de las nativas: un 7% y un 8% respectivamente. Este es uno de los indicadores que varía poco entre los grupos.

Contrario a las nativas, las diferencias con respecto a la educación y el lugar de residencia son claras para las inmigrantes. Los porcentajes más altos corresponden a las mujeres más educadas y las residentes en el área metropolitana. Por ejemplo, tuvieron parto prematuro un 13% de las residentes en el área metropolitana, comparado con un 2% de las residentes en el área rural. En comparación, los porcentajes para las nativas son 8% y 9% respectivamente (cuadro 13).

3.1.3 Bajo peso al nacer

Este indicador se refiere al peso del niño a su nacimiento y se considera bajo peso aquel inferior a los 2500 gramos.

Entre las inmigrantes nicaragüenses el porcentaje de niños con bajo peso al nacer es superior al de las nativas: un 8% comparado con un 5% de las nativas (cuadro 13). En Nicaragua, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer es algo mayor al de las migrantes, un 10% (Blanco, 2000).

Contrario a las nativas, la edad y la educación de la madre no evidencian claras diferencias. Sin embargo, las variaciones son claras según el lugar de residencia y varían entre 2% para quienes viven en el área urbana y 13% para quienes viven en el área metropolitana de San José. Los porcentajes para las nativas son 3% y 7% respectivamente (cuadro 13). El tiempo de vivir en Costa Rica evidencia porcentajes altos para quienes tienen más años de vivir en el país. Por ejemplo, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer es de un 2% para quienes tienen un año o menos de vivir en el país, comparado con un 10% para quienes tienen más de dos años de vivir en Costa Rica (cuadro 13).

3.1.4 Parto por cesárea

El porcentaje de partos por cesárea entre las inmigrantes nicaragüenses, 13%, es bajo comparado con las nativas (20%) (cuadro 14). En Nicaragua, el porcentaje de partos por cesárea es algo mayor que el de las migrantes, un 15% (DHS, 1999).

A diferencia de las nativas, en los porcentajes de partos por cesárea, no se evidencian marcadas diferencias según la edad de la inmigrante nicaragüense y es difícil establecer un patrón para el nivel educativo. Por el contrario, las variaciones son claras según el lugar de residencia. Indicaron tener su último parto por cesárea un 11% de las inmigrantes nicaragüenses residentes en el área rural, comparado con un 23% de quienes viven en el área urbana.

Al igual que para otros indicadores, cabe destacar el aumento en los porcentajes conforme aumenta el tiempo de las inmigrantes de vivir en el país. Por ejemplo, 7% de las quienes tienen un año o menos de vivir en Costa Rica, comparado con un 17% de las quienes tienen más de cinco años de vivir en el país (cuadro 14).

3.1.5 Atención profesional del parto

Al igual que las nativas, las inmigrantes nicaragüenses señalaron que en su mayoría los partos son atendidos en los hospitales/clínicas públicos. Sin embargo, el porcentaje entre las nicaragüenses es menor. Tuvieron su último parto en hospitales de la CCSS, un 84% de las inmigrantes, comparado con un 96% de las nativas (cuadro 15).

Por otra parte, alrededor de un 1% de los partos son atendidos en los hospitales o clínicas privadas y un porcentaje relativamente alto de las inmigrantes nicaragüenses tiene sus hijos en el hogar: un 15%, comparado con tan solo un 2% de las nativas.

Denominando con “atención profesional del parto”, todos aquellos partos atendidos por un médico o enfermera. El porcentaje de inmigrantes nicaragüenses que tuvieron, para su último hijo, atención profesional del parto es alto, pero menor al de las nativas: un 91% comparado con un 96% de las nativas. En Nicaragua, la atención profesional del parto es mucho más baja que el de las migrantes, un 65% de las mujeres tuvieron su último hijo nacido vivo con atención profesional (Blanco, 2000).

Los resultados muestran que, al igual que las nativas, más del 90% de los partos son atendidos por un profesional (médico o enfermera). No obstante, entre las inmigrantes la atención por médicos (67%) es muy superior al de las nativas (56%) y se evidencia una menor participación de las enfermeras obstetras(21%). Asimismo, es alto el porcentaje de partos atendidos por parteras empíricas (5%) lo cual esta muy relacionado con los partos atendidos en el hogar.

Contrario a las nativas, según el lugar de residencia y la educación de las inmigrantes nicaragüenses se evidencian claras diferencias en la atención profesional del parto. Los porcentajes son mucho menores para las mujeres residentes en la zona rural: 84% comparado con un 95% de quienes viven en el área metropolitana de San José. En cuanto a la educación, son menores los porcentajes entre quienes no han completado la primaria: un 85% comparado con un 95% en los otros grupos con mayor educación.

Por otra parte, cabe notar el aumento en los partos con atención profesional para aquellas inmigrantes nicaragüenses que tienen más tiempo de vivir en el país. Por ejemplo, tuvieron atención profesional de su último parto un 80% de quienes tienen un año o menos de vivir en Costa Rica, comparado con un 93% de quienes tienen más de 5 años de vivir en el país (cuadro 15).

3.1.6 Lactancia materna

La duración de la lactancia materna entre las inmigrantes nicaragüenses es muy similar a las nativas. Alrededor de un 6%, no amamantaron a su último hijo nacido vivo y más de un 80% lo amamantaron al menos por tres meses. La diferencia está en quienes amamantaron por más de un año, un 10% de las inmigrantes, comparado con un 18% de las nativas (cuadro 16). En Nicaragua, el porcentaje de mujeres que amamantaron al menos por tres meses es de 64%, mucho menor al de las migrantes (Blanco, 2000).

Al igual que las nativas, las mujeres mayores de 30 años y las que residen en la zona rural son quienes presentan los porcentajes más altos de amamantamiento. Sin embargo, contrario a las nativas, no se evidencian claras diferencias según la edad. Por ejemplo, amamantaron al menos por tres meses un 82% de las inmigrantes nicaragüenses con edades de entre 18 y 29 años, comparado con un 82% de las quienes tienen 30 años o más. En comparación, los porcentajes para las nativas son 81% y 91% respectivamente.

Por otra parte, contrario a las nativas, la duración de la lactancia materna en el grupo de inmigrantes nicaragüenses no evidencia marcadas diferencias con respecto a la educación de la mujer. Asimismo, cabe notar porcentajes mayores entre quienes tienen más tiempo de vivir en Costa Rica (cuadro 16).

3.2 Salud y uso de los servicios en niños menores de cinco años

Todos los indicadores en esta sección se calcularon para los niños vivos menores de cinco años de edad. Los niños muertos (5 nativos-10 migrantes) fueron eliminados del análisis ya que para ellos había muchos datos faltantes. La distribución del número y porcentaje de niños según las características de la madre se presenta en el cuadro 17. Un total de 534 niños hijos de madres inmigrantes nicaragüenses y un total de 432 niños hijos de nativas.

Los niños menores de 5 años, en su mayoría, son hijos de mujeres inmigrantes más jóvenes que las nativas. El 70% de los niños inmigrantes son hijos de madres mayores de 30 años, en comparación con un 60% de los hijos de nativas. Más de la mitad de los niños hijos de inmigrantes residen en la zona rural (53%) y tan solo un 10% en el área urbana. En comparación, los porcentajes para las nativas son 59% y 19% respectivamente.

Por otra parte, un alto porcentaje (70%) de los niños hijos de inmigrantes tiene madres con a lo sumo primaria completa (el porcentaje de las nativas es un 53%). Asimismo, el 51% son hijos de madres inmigrantes con 5 o más años de vivir en el país y un 79% son niños de inmigrantes nicaragüenses nacidos en Costa Rica (cuadro 17).

3.2.1 Inmunizaciones

Las coberturas de vacunación, entre los hijos de inmigrantes nicaragüenses, son menores a las coberturas en los hijos de nativas. La vacuna contra la tuberculosis (BCG) es la única que evidencia porcentajes muy similares al de los niños de nativas, superiores al 95% para todas las edades (cuadro 18).

Alrededor del 80% de los hijos de inmigrantes de 1 a 4 años de edad han recibido por lo menos tres dosis de polio y de DPT, comparado con el 95% de los hijos de costarricenses. La cobertura de vacuna contra el sarampión en estos niños es de 75% entre inmigrantes y 89% entre costarricenses. Se evidencia, por tanto, un déficit de 20% a 25% en la cobertura de vacunación por polio, DPT y sarampión entre los hijos de inmigrantes, situación que los programas de salud del país deben corregir de inmediato para evitar epidemias.

Para el sarampión las normas de atención señalan que la vacuna debe ser aplicada al año y tres meses, por lo que si se analizan los niños mayores de 2 años se tiene que más del 80% de los niños con madres inmigrantes cumplen con la norma, comparado con un 90% de los hijos de nativas.

Contrario a las nativas, cabe notar el alto porcentaje (13% y 14%) de madres inmigrantes que no saben si sus hijos han sido vacunados contra la Polio, la DPT o el Sarampión (cuadro 18).

La vacunación para los niños de 1 a 4 años de edad según las características de la madre se presenta en el cuadro 19. Las nativas evidencian coberturas altas de vacunación, aunque mucho menores a las de los hijos de nativas. Asimismo, se debe notar el aumento en las coberturas de vacunación para aquellos hijos de inmigrantes que tienen más tiempo de vivir en el país (cuadro 19).

Los niños de 1 a 4 años vacunados con BCG, no presentan diferencias por edad de la madre, el lugar de residencia, la educación o el tiempo de vivir en Costa Rica; pero si hay una importante diferencia según el país en que nació. La cobertura de BCG es menor entre los niños migrantes nacidos en otro país en comparación con los nacidos en Costa Rica. Por ejemplo, están vacunados con BCG un 88% de los hijos de inmigrantes nacidos fuera del país, comparado con el 100% de los niños hijos de inmigrantes nicaragüenses nacidos en Costa Rica.

En general, contrario a los niños de nativas y para todas las vacunas, los hijos de inmigrantes nicaragüenses evidencian diferencias claras según las características de la madre. Las coberturas más bajas corresponden a los niños de mujeres más jóvenes (80% DPT y Polio – 73% Sarampión), residentes en el área urbana (75% DPT y Polio- 70% Sarampión) y con niveles educativos más bajos. Las coberturas aumentan conforme aumenta la educación de las madres. Por ejemplo, un 78% (DPT y Polio) para el grupo que no completó la primaria, comparado con un 85% para las que tienen secundaria incompleta o más.

Cabe señalar que las coberturas son mucho mayores para los niños inmigrantes nacidos en Costa Rica y los hijos de mujeres que tiene más tiempo de vivir en el país. Por ejemplo, la cobertura de vacunas de Sarampión es de un 56% para los hijos de migrantes que tienen un año o menos de vivir en Costa Rica, comparado con un 84% de las que tienen más de 5 años de vivir en el país (cuadro 19).

En Nicaragua, los niños entre 12 a 23 meses con esquema de vacunación completo (1 BCG, 3 DPT, 3 Polio, 1 Sarampión) es también alto (80%), pero menor al de las migrantes (Blanco, 2000).

3.2.2 Morbilidad

Se preguntó para todos los niños vivos menores de cinco años, por la presencia de fiebre, tos y diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. El problema mayor entre los hijos de inmigrantes nicaragüenses lo constituyen las diarreas; mientras que para los niños costarricenses la prevalencia de ambas patologías es similar (cuadro 20).

3.2.2.1 Diarrea

Para los hijos de inmigrantes nicaragüenses, la prevalencia de diarrea en los 15 días anteriores a la encuesta es algo mayor que la de los hijos de nativas: un 11% comparado con un 7% en los niños de nativas (cuadro 20). En Nicaragua, la incidencia de diarrea es alta (14%) y supera ligeramente al de las migrantes (Blanco, 2000).

La presencia de diarrea en los hijos de inmigrantes no evidencia marcadas diferencias según la edad, educación de la madre o el tiempo de vivir en Costa Rica. Por el contrario, son claras las diferencias según el lugar de residencia de las inmigrantes. Por ejemplo, la prevalencia de diarrea es 9% en la zona rural, comparado con un 16% entre los inmigrantes que residen en la zona urbana (cuadro 20).

3.2.2.2 Fiebre/tos

Este indicador se refiere a la presencia de fiebre y tos (ambas) en las dos semanas anteriores a la encuesta. El porcentaje de niños con esta patología es bajo, alrededor de un 8% en ambos grupos (cuadro 20). En Nicaragua, la incidencia de enfermedades respiratorias es muy alta. Para 1998, se reporta una incidencia de diarrea de 18%, porcentaje que supera enormemente el porcentaje de las migrantes (Blanco, 2000).

Contrario a las nativas, se evidencian claras diferencias según el lugar de residencia de las madres inmigrantes. Por ejemplo, sufrieron de fiebre/tos un 12% de los que viven en el área metropolitana en comparación con un 2% de los residentes en la zona urbana. Los porcentajes para las nativas son 7% y 11% respectivamente.

Al igual que el indicador de diarrea, el tiempo de vivir en Costa Rica no establece diferencias marcadas entre los niños que sufrieron de fiebre/tos (cuadro 20).

3.3 Atención médica del niño enfermo

Este indicador se refiere a la atención médica recibida por el niño enfermo de diarrea o fiebre/tos en los 15 días anteriores a la encuesta. Bajo la denominación “atención médica” se ha clasificado todos aquellos niños enfermos de diarrea, fiebre/tos o ambas que fueron atendidos por un médico para resolver cada uno (o ambos) de sus problemas.

Al igual que las nativas, sólo la mitad de los niños enfermos recibieron atención médica (cuadro 21). En Nicaragua, el porcentaje de niños enfermos con atención médica es similar al de las migrantes, un 48% (Blanco, 2000).

La proporción de niños con atención médica varía mucho según las características de la madre. Son las madres inmigrantes más jóvenes (56%) y las residentes en la zona urbana (75%) quienes con mayor frecuencia buscan atención de un médico para que resuelva la morbilidad de su hijo. Además, son más altos los porcentajes de atención médica entre las inmigrantes nicaragüenses cuyo niño nació en Costa Rica (52%) y las que tienen menos tiempo de estar en el país (60%). Al igual que las nativas, las diferencias más claras se asocian con la edad de la madre y su lugar de residencia. Por ejemplo, recibieron atención médica un 75% de los niños cuyas madres residen en la zona urbana, comparado con aproximadamente un 50% de los niños que residen en el resto del país (cuadro 21).

3.4 Niños con padre desconocido

El registro de nacimientos sin padre, es un problema en aumento. Puede considerarse una patología social a la que debe hacerse frente ya que podría afectar la salud infantil. La información sobre este tópico se registró para todos y cada uno de hijos de las mujeres entrevistadas. Sin embargo, los resultados que se presentan en el cuadro 22 corresponden a los niños menores de cinco años.

El porcentaje de niños registrados como de padre desconocido es mucho mayor entre las inmigrantes nicaragüenses: un 15% comparado con un 8% de las nativas. En ambos grupos, existen diferencias según las características de las madres; aunque menos marcadas en las inmigrantes nicaragüenses. Entre las inmigrantes, la edad, la educación de la madre y el tiempo de vivir en Costa Rica no evidencia claras diferencias como sí lo hace el lugar de residencia. Por ejemplo, un 20% de las residentes en la zona urbana comparado con un 12% de las que residen en el área rural (cuadro 22).

4. Referencias

Blanco Mejía, Laura.(2000). *Equidad y Salud Materno Infantil en Nicaragua*. Estudio desarrollado como proyecto de graduación para optar por el título de Maestría en Población y Salud. Universidad de Costa Rica. San José –Costa Rica.

Caja Costarricense de seguro Social. (1994). *Fecundidad y Formación de la Familia. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. Departamento de Medicina Preventiva. Programa Salud Reproductiva. San José-Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud. (1995). *Normas de Atención Integral de Salud. Primer nivel de atención*. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las personas. San José-Costa Rica.

Demographic and Health Surveys et al . (1999). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998*. Managua – Nicaragua.

Cuadro 1. Características de las mujeres entrevistadas, nativas y migrantes. Mujeres de 18 a 44 años de edad.

Características de la mujer	Costa Rica		Nicaragua	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Número de casos	930	100	682	100
<i>Edad</i>				
18-29	454	48.8	387	56.7
30 y más	476	51.2	295	43.3
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	252	27.1	287	42.1
Resto Urbano	188	20.2	104	15.2
Area Rural	490	52.7	291	42.7
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	117	12.6	303	44.4
Primaria completa	292	31.4	159	23.3
Secundaria incompleta	217	23.3	210	30.8
Secund. completa y más*	304	32.7	10	1.5
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	-	117	17.2
2-5 años	-	-	237	34.8
más de 5 años	-	-	328	48.1
<i>Estado conyugal</i>				
En Unión	598	65.4	521	77.4
No en Unión	316	34.6	152	22.6

* Para el caso de Nicaragua, por el reducido número de observaciones se han unido lo dos últimos grupos para el análisis.

**Cuadro 2. Prevalencia del fumado según características de la mujer.
Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes.
(porcentajes)**

Características de la mujer	Alguna vez ha fumado diariamente		Fuma actualmente	
	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
(Número de casos)	(930)	(682)	(930)	(682)
Porcentaje total	14.0	5.7	6.5	2.1
<i>Edad</i>				
18-29	11.0	3.1	5.9	1.0
30 y más	16.8	9.2	6.9	3.4
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	17.5	6.3	9.5	2.4
Resto Urbano	19.1	8.7	9.6	3.8
Area Rural	10.2	4.1	3.7	1.0
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	14.5	7.0	7.7	2.0
Primaria completa	10.2	3.1	5.8	1.9
Secundaria incompleta	15.7	5.9	7.4	2.3
Secund. completa y más	16.1	-	5.9	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	2.6	-	0.0
2-5 años	-	6.8	-	2.1
más de 5 años	-	6.1	-	2.7

**Cuadro 3. Porcentaje con papanicolau o exámen ginecológico.
Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes.**

Características de la mujer	Porcentaje con Papanicolau			
	Alguna vez		En el último año	
	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(930)</i>	<i>(682)</i>	<i>(930)</i>	<i>(682)</i>
Porcentaje total	79.1	74.8	44.6	37.1
<i>Edad</i>				
18-29	64.3	65.6	39.0	34.1
30 y más	93.3	86.8	49.9	41.0
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	79.8	79.8	46.4	36.6
Resto Urbano	77.7	74.0	42.2	36.5
Area Rural	79.4	70.1	44.6	37.8
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	87.2	71.5	42.6	36.4
Primaria completa	83.2	76.7	45.5	39.6
Secundaria incompleta	77.4	77.8	44.2	36.2
Secund. completa y más	73.4	-	44.7	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	63.2	-	29.9
2-5 años	-	71.3	-	36.3
más de 5 años	-	81.4	-	40.2

**Cuadro 4. Porcentaje que se autoexamina los pechos.
Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes.**

Variable /características de la mujer	Costa Rica	Nicaragua
	(930)	(682)
<i>(Número de casos)</i>		
<i>Frecuencia de autoexamen</i>		
Siempre	13.9	10.9
Casi siempre	7.2	7.9
A veces	24.2	8.2
Casi nunca	9.4	8.2
Nunca	44.9	64.5
<i>Acostumbran autoexaminarse*</i>	45.1	27.0
<i>Edad</i>		
18-29	41.2	24.5
30 y más	48.7	30.2
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	49.6	30.0
Resto Urbano	50.0	26.9
Area Rural	40.8	24.1
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	29.9	22.1
Primaria completa	39	29.6
Secundaria incompleta	47.5	32.1
Secund. completa y más	54.9	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	27.4
2-5 años	-	24.5
más de 5 años	-	28.7

* incluye las respuestas siempre,casi siempre y a veces

**Cuadro 5. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétano en los últimos 10 años.
Mujeres de 18 a 44 años nativas y migrantes.**

Características de la mujer	Costa Rica			Nicaragua		
	Vacunada	No vacunada	No sabe	Vacunada	No vacunada	No sabe
Porcentaje total	72.9	17.0	10.1	83.3	12.3	4.4
<i>Edad</i>						
18-29	71.4	15.4	13.2	80.4	14.7	4.9
30 y más	74.4	18.5	7.1	87.1	9.2	3.7
<i>Lugar de residencia</i>						
Metro. San José	73.0	21.9	5.2	81.5	15.0	3.5
Resto Urbano	70.0	20.0	10.6	87.5	6.7	5.8
Area Rural	74.0	14.0	12.4	83.5	11.7	4.8
<i>Educación</i>						
Primaria incompleta	78.0	10.3	12.0	84.8	12.2	3.0
Primaria completa	76.0	12.0	12.0	76.7	14.5	8.8
Secundaria incompleta	70.0	22.6	7.0	86.0	10.9	3.2
Secund. completa y más	70.0	20.4	10.0	-	-	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>						
1 año o menos	-	-	-	83.8	11.1	5.1
2-5 años	-	-	-	80.6	17.3	2.1
más de 5 años	-	-	-	85.1	9.1	5.8

**Cuadro 6. Porcentaje que consultó al médico en el último año.
Mujeres en edad fértil nativas y migrantes.**

Variable/caract. de la mujer	Costa Rica	Nicaragua
	(930)	(682)
Años desde última consulta		
Total	100	100
menos 1 año	82.6	66.3
1 año	8.0	19.1
2 años	3.8	5.7
3 o más años	4.1	8.1
Nunca ha consultado	0.3	0.4
Ns/Nr	1.3	0.4
Consultaron en el último año	82.6	66.3
Edad		
18-29	81.9	67.8
30 y más	83.0	65.0
Lugar de residencia		
Metro. San José	84.1	62.6
Resto Urbano	83.5	68.3
Area Rural	81.2	69.9
Educación		
Primaria incompleta	76.1	67.0
Primaria completa	80.1	65.4
Secundaria incompleta	85.3	66.8
Secund. completa y más	85.2	-
Tiempo en Costa Rica		
1 año o menos	-	64.7
2-5 años	-	65.0
más de 5 años	-	68.4

**Cuadro 7. Porcentaje que consultó al médico en el sector público.
Mujeres en edad fértil con consulta médica, nativas y migrantes.**

Variable/características de la mujer	Costa Rica	Nicaragua
	(930)	(682)
Lugar de la consulta		
Total	100	100
Sector Público		
CCSS	71.0	78.9
Médico de Empresa	4.0	0.7
Puesto del INS	-	0.3
Sector Privado	21.8	8.2
Otro	2.4	11.1
Nunca han consultado	0.3	0.4
Ns/Nr	0.5	0.3
Consulta en sector público	75.0	79.9
Edad		
18-29	73.3	79.1
30 y más	76.5	81.0
Lugar de residencia		
Metro. San José	66.7	76.7
Resto Urbano	69.1	83.7
Area Rural	81.4	81.8
Educación		
Primaria incompleta	88.9	81.8
Primaria completa	85.6	79.9
Secundaria incompleta	77.0	77.4
Secund. completa y más	57.9	-
Tiempo en Costa Rica		
1 año o menos	-	59.0
2-5 años	-	82.7
más de 5 años	-	85.4

Cuadro 8. Porcentaje con las patologías indicadas confirmadas por un médico o enfermera. Mujeres en edad fértil nativas y migrantes.

Características de la mujer	Presión arterial alta		Varices		Infección de la matriz		Tumores o quistes en la matriz		Tumores o quistes en los pechos		Problemas de Infertilidad		Diabetes Mellitus		Otro problema	
	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.	CR	Nic.
Porcentaje total	10	14	15	15	9	8	6	2	4	2	3	1	2	1	24	25
<i>Edad</i>																
18-29	7	10	7	12	7	7	4	2	3	2	3	1	0	1	21	22
30 y más	12	20	22	18	11	9	7	2	4	2	4	2	3	1	28	28
<i>Lugar de residencia</i>																
Metro. San José	10	16	8	15	5	7	7	4	3	2	3	2	2	2	21	29
Resto Urbano	6	14	17	14	11	6	7	0	5	2	2	1	0	1	27	24
Area Rural	10	12	17	14	10	9	5	1	3	1	4	1	2	0	25	21
<i>Educación</i>																
Primaria incompleta	11	15	19	13	12	9	9	2	3	1	4	1	3	1	34	23
Primaria completa	12	15	19	17	10	6	4	4	3	1	3	1	2	1	22	26
Secundaria incompleta	10	13	11	15	10	7	7	1	4	3	4	1	2	1	23	26
Secund. completa y más	6	-	11	-	6	-	6	-	4	-	3	-	0	-	24	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>																
1 año o menos	-	20		14		9	-	2	-	1	-	3	-	1	-	23
2-5 años	-	11		14		6	-	2	-	2	-	2	-	0	-	26
más de 5 años	-	14		15		8	-	2	-	2	-	1	-	2	-	24

Cuadro 9. Porcentaje de mujeres en unión que usa cada método anticonceptivo. Mujeres en unión.

Método anticonceptivo	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(598)</i>	<i>(521)</i>
Total usando	80.1	69.5
Modernos	37.6	39.2
Orales	24.1	22.3
DIU	7.9	5.8
Inyectables	5.6	11.1
Norplant	-	-
Esterilización	21.6	20.3
Tubectomía	21.1	20.0
Vasectomía	0.5	0.3
Barrera	11.5	6.9
Condón	11.2	6.7
Vaginales	0.3	0.2
Tradicional	8.7	3.1
Billings	0.5	-
Ritmo	6.4	1.5
Retiro	1.7	1.2
Otros	0.2	0.4

Cuadro 10. Porcentaje que obtuvo el anticonceptivo del sector público. Mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos.

Variable	Costa Rica	Nicaragua
	(424)	(346)
<i>(Número de casos)</i>		
Sector público	72.0	64.5
CCSS	69.9	63.3
Médico Empresa	2.1	1.2
Sector privado	21.2	18.5
Centro de salud privado	5.4	3.8
Farmacia	16.3	14.7
Casa	0.2	0.9
Otro	5.9	14.1
Ns/Nr	0.5	2.1
Obtienen anticonceptivo en sector público	71.7	64.5
Edad		
18-29	65.3	61.1
30 y más	76.1	68.6
Lugar de residencia		
Metro. San José	61.2	49.3
Resto Urbano	63.8	73.5
Area Rural	79.8	76.0
Educación		
Primaria incompleta	80.4	65.5
Primaria completa	82.4	61.4
Secundaria incompleta	67.3	65.8
Secund. completa y más	57.3	-
Tiempo en Costa Rica		
1 año o menos	-	51.0
2-5 años	-	62.8
más de 5 años	-	69.3

* incluye: pastillas, DIU, inyectables y esterilización

Cuadro 11. Mujeres con último hijo nacido vivo menor de 5 años. Nativas y migrantes.

Características de la madre	Costa Rica		Nicaragua	
	Número	%	Número	%
<i>(Número de casos)</i>	<i>(349)</i>	<i>100</i>	<i>(370)</i>	<i>100</i>
<i>Edad</i>				
18-29	207	59.3	253	68.4
30 y más	142	40.7	117	31.6
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	84	24.1	148	40.0
Resto Urbano	68	19.5	56	15.1
Area Rural	197	56.4	166	44.9
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	61	17.2	159	43.0
Primaria completa	118	33.2	94	25.4
Secundaria incompleta	84	24.1	117	31.6
Secund. completa y más	89	25.5	-	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	-	59	15.9
2-5 años	-	-	132	35.7
más de 5 años	-	-	179	48.4

**Cuadro 12. Control prenatal adecuado del último hijo nacido vivo.
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.
(porcentajes)**

Variable/características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
(Número de casos)	(344)	(370)
Primer control prenatal		
I trimestre	83.5	61.5
II trimestre	12.8	20.9
III trimestre	1.1	7.8
Sin control	2.6	9.9
Número de controles		
menos de 3	0.9	9.2
3-6	24.7	39.7
7-9	52.9	35.7
10 o más	18.9	5.1
Sin control	2.3	9.7
Ns/Nr	0.3	0.5
Control adecuado *	83.1	59.2
Edad		
18-29	79.9	57.3
30 y más	87.8	63.2
Lugar de residencia		
Metro. San José	84.3	53.4
Resto Urbano	93.9	57.1
Area Rural	78.9	65.1
Educación		
Primaria incompleta	75.0	52.8
Primaria completa	82.3	59.6
Secundaria incompleta	81.7	67.5
Secund. completa y más	90.9	-
Tiempo en Costa Rica		
1 año o menos	-	61.0
2-5 años	-	58.3
más de 5 años	-	59.2

* mínimo tres controles y al menos uno en el primer trimestre

**Cuadro 13. Porcentaje de niños prematuros y con bajo peso al nacer.
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.**

Características de la madre	niños con nacimiento prematuro		niños con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos)	
	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(349)</i>	<i>(370)</i>	<i>(338)</i>	<i>(335)</i>
Porcentaje total	8.3	7.0	5.0	8.4
<i>Edad</i>				
18-29	9.2	6.7	7.0	8.6
30 y más	7.0	7.7	2.2	7.8
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	8.3	13.5	7.2	13.1
Resto Urbano	5.9	5.4	3.1	2.0
Area Rural	9.1	1.8	4.7	6.1
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	4.9	4.4	5.2	7.9
Primaria completa	8.6	7.4	7.2	8.2
Secundaria incompleta	11.9	10.3	4.9	9.0
Secund. completa y más	6.7	-		
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	8.5	-	2.0
2-5 años	-	8.3	-	10.1
más de 5 años	-	5.6	-	9.0

**Cuadro 14. Porcentaje de parto por cesárea según características de la mujer.
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.**

Características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(349)</i>	<i>(370)</i>
Porcentaje total	19.8	13.2
<i>Edad</i>		
18-29	17.9	12.6
30 y más	22.5	14.5
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	23.8	12.2
Resto Urbano	14.7	23.2
Area Rural	19.8	10.8
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	18.3	11.9
Primaria completa	18.6	17.0
Secundaria incompleta	14.3	12.0
Secund. completa y más	27.0	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	6.8
2-5 años	-	10.6
más de 5 años	-	17.3

Cuadro 15. Porcentaje de atención profesional del parto y lugar del parto. Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.

Variable/Características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
	(349)	(370)
<i>(Número de casos)</i>		
<i>Lugar del parto</i>		
Hosp./Clín. Público	96.3	84.2
Hosp./Clín. Privado	1.1	0.8
Hogar/otro	2.3	15.0
Ns/Nr	0.3	-
<i>Atención del parto</i>		
Médico	56.4	67.1
Enf. Obstetra	36.7	21.4
Enfermera	2.9	2.1
Partera empírica	0.9	5.3
Pariente	1.4	1.1
Otro	1.4	2.9
<i>Parto con atención profesional*</i>	96.3	90.6
<i>Edad</i>		
18-29	95.7	90.6
30 y más	97.2	90.8
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	97.6	94.7
Resto Urbano	98.5	100
Area Rural	95.0	83.9
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	93.4	85.1
Primaria completa	99.2	93.7
Secundaria incompleta	94.0	95.8
Secund. completa y más	96.6	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	79.7
2-5 años	-	91.7
más de 5 años	-	93.4

* incluye atención por médico o enfermera

**Cuadro 16. Porcentaje de duración de la lactancia materna.
Mujeres con embarazo en los últimos 5 años, nativas y migrantes.**

Variable/características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
(Número de casos)	(349)	(370)
Duración de la lactancia		
No lacto	5.7	6.8
1-2 meses	8.0	8.9
3-6 meses	21.8	22.4
7-12 meses	17.8	20.5
Mas de un año	17.8	10.5
Aun lactando	28.9	30.0
NS/NR	-	0.8
<i>Amamantaron al menos 3 meses*</i>	85.0	82.9
<i>Edad</i>		
18-29	81.0	81.8
30 y más	90.9	85.3
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	84.6	80.4
Resto Urbano	78.7	80.8
Area Rural	87.2	85.8
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	74.5	84.1
Primaria completa	85.6	80.7
Secundaria incompleta	81.6	83.0
Secund. completa y más	94	-
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	79.2
2-5 años	-	81.5
más de 5 años	-	85.1

* No contempla los niños menores de 3 meses aun lactando

**Cuadro 17. Número y porcentaje de niños menores de 5 años.
Hijos de nativas y migrantes.**

Características de la madre	Costa Rica		Nicaragua	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
<i>(Número de casos)</i>	<i>(432)</i>	100	<i>(534)</i>	100
<i>Edad</i>				
18-29	261	60.4	378	70.8
30 y más	171	39.6	156	29.2
<i>Lugar de residencia</i>				
Metro. San José	97	22.5	198	37.1
Resto Urbano	81	18.8	51	9.6
Area Rural	254	58.8	285	53.4
<i>Educación</i>				
Primaria incompleta	79	18.3	240	44.9
Primaria completa	151	35.0	132	24.7
Secundaria incompleta	99	22.9	158	29.0
Secund. completa y más*	103	23.8	4	0.7
<i>Tiempo en Costa Rica</i>				
1 año o menos	-	-	74	13.9
2-5 años	-	-	187	35.0
más de 5 años	-	-	273	51.1
<i>Nacidos en Costa Rica</i>	-	-	421	78.8

* Para Nicaragua, por tener pocos datos se han unido los dos últimos grupos

** Se tiene también 5 muertos en CR y 10 en las inmigrantes

**Cuadro 18. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión.
Niños vivos menores de cinco años.**

Vacunas	Costa Rica						Nicaragua					
	% Total	Edad en años cumplidos					% Total	Edad en años cumplidos				
	(432)	(87)	(93)	(83)	(78)	(91)	(510)	(108)	(92)	(111)	(95)	(104)
<i>(Número de casos*)</i>												
BCG												
No vacunados	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Sí vacunados	98	95	99	95	99	100	97	96	98	100	98	91
No sabe	2	3	0	5	1	0	3	3	2	0	2	8
Polio												
No vacunados	5	23	0	0	0	0	9	39	0	1	2	0
1 dosis	4	16	1	0	0	2	6	18	4	3	0	4
2 dosis	5	17	4	0	3	0	9	16	10	8	10	3
3 dosis ó más	83	36	94	94	96	97	70	25	78	86	81	81
No sabe	3	7	1	6	1	1	6	3	8	2	7	13
DPT												
No vacunados	5	25.3	0	0	0	0	9	36	0	3	2	1
1 dosis	4	15.3	1	0	0	2	6	17	4	5	1	4
2 dosis	5	17.6	4	0	1	0	8	14	11	7	8	2
3 dosis ó más	84	35.6	94	94	97	97	70	31	76	84	82	80
No sabe	3	7	1	6	1	1	6	3	9	2	6	14
Sarampión												
No vacunados	18	64	21	1	3	3	30	87	30	16	9	5
Sí vacunados	75	20	75	93	96	94	61	4	59	80	82	80
No sabe	6	17	4	6	3	2	9	9	11	4	8	15

* Para 24 casos en Nicaragua, no se indica historia de vacunación

Cuadro 19. Porcentaje de niños vacunados con BCG, Polio, DPT y Sarampión por edad. Niños vivos de 1 a 4 años de edad, hijos de nativas y migrantes.

Características de la madre	BCG		Polio*		DPT*		Sarampión	
	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
Porcentaje total	98.3	96.8	95.0	81.8	95.3	80.5	89.2	75.6
<i>Edad</i>								
18-29	98.0	96.2	95.0	79.7	95.5	78.4	87.5	72.9
30 y más	98.6	98.2	95.1	87.0	95.1	86.4	91.6	83.5
<i>Lugar de residencia</i>								
Metro. San José	96.1	95.9	93.5	83.0	94.8	80.1	87.0	79.3
Resto Urbano	100.0	95.0	90.5	75.0	90.5	75.0	90.5	70.0
Area Rural	98.5	97.7	97.0	82.1	97.0	81.9	89.2	74.2
<i>Educación</i>								
Primaria incompleta	96.8	96.0	95.2	77.9	95.2	78.3	91.9	74.0
Primaria completa	98.4	97.1	93.5	83.3	93.5	82.4	87.8	75.5
Secundaria incompleta	98.6	97.6	97.3	85.5	98.6	82.3	89.0	78.0
Secund. completa y más	98.8	-	95.3	-	95.3	-	89.4	-
<i>Nació en CR</i>								
Si	-	99.7	-	89.3	-	88.0	-	81.1
No	-	88.4	-	56.6	-	55.8	-	57.0
<i>Tiempo en Costa Rica</i>								
1 año o menos	-	96.3	-	63.5	-	63.0	-	55.6
2-5 años	-	94.9	-	79.3	-	79.4	-	70.4
más de 5 años	-	98.1	-	87.7	-	85.8	-	84.2

* tres dosis o más

**Cuadro 20. Porcentaje de enfermos con fiebre/tos o diarrea.
Niños vivos menores de cinco años.**

Características de la madre	Patología			
	Diarrea		fiebre/tos	
	Costa Rica	Nicaragua	Costa Rica	Nicaragua
(Número de casos*)	(432)	(498)	(432)	(498)
Porcentaje total	6.6	11.5	8.8	8.4
Edad				
18-29	8.9	12.0	9.1	9.4
30 y más	3.0	10.1	8.3	5.8
Lugar de residencia				
Metro. San José	6.7	13.9	7.3	12.1
Resto Urbano	7.6	16.3	11.1	2.3
Area Rural	6.2	9.0	8.6	6.8
Educación				
Primaria incompleta	9.5	9.9	11.8	5.7
Primaria completa	6.8	15.6	9.5	10.9
Secundaria incompleta	5.4	10.3	8.3	10.1
Secund. completa y más	5.2	-	5.8	
Nació en CR				
Si	-	12.5	-	8.5
No	-	7.4	-	6.0
Tiempo en Costa Rica				
1 año o menos	-	10.0	-	5.7
2-5 años	-	10.5	-	9.2
más de 5 años	-	12.5	-	8.7

* En Costa Rica no se tiene datos para 22 casos y en Nicaragua faltan datos para 36

**Cuadro 21. Porcentaje con atención médica del niño enfermo.
Niños vivos menores de 5 años enfermos y vistos por un médico.**

Características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(58)</i>	<i>(87)</i>
Porcentaje total	53.4	51.7
<i>Edad</i>		
18-29	51.2	56.1
30 y más	58.8	38.1
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	58.3	47.7
Resto Urbano	50.0	75.0
Area Rural	53.1	51.4
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	46.7	51.7
Primaria completa	52.4	50.0
Secundaria incompleta	33.3	53.6
Secund. completa y más	90.0	-
<i>Nació en CR</i>		
Si	-	52.1
No	-	30.0
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	60.0
2-5 años	-	41.4
más de 5 años	-	56.3

**Cuadro 22. Porcentaje de niños con padre desconocido.
Niños vivos menores de cinco años.**

Características de la madre	Costa Rica	Nicaragua
<i>(Número de casos)</i>	<i>(432)</i>	<i>(534)</i>
Porcentaje total	8.1	14.8
<i>Edad</i>		
18-29	10.0	14.6
30 y más	5.3	15.4
<i>Lugar de residencia</i>		
Metro. San José	10.3	17.1
Resto Urbano	7.4	19.6
Area Rural	7.5	12.3
<i>Educación</i>		
Primaria incompleta	6.3	15.4
Primaria completa	7.9	15.8
Secundaria incompleta	13.1	13.0
Secund. completa y más	4.9	-
<i>Nació en CR</i>		
Si	-	14.7
No	-	13.7
<i>Tiempo en Costa Rica</i>		
1 año o menos	-	14.9
2-5 años	-	12.2
más de 5 años	-	16.5

Apéndice

Cuestionarios de encuesta