

26 XL 0A49426

1-9-77



VC/m
4342

Celode
9

~~USSR General Conference~~

REUNION PARALELA SOBRE POBLACION Y DESARROLLO EN
AMERICA LATINA. México, 4-6 de Agosto, 1977

29 ADO 1977

0

EFECTOS DE LOS PROGRAMAS DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA
EN EL DESARROLLO DE LOS
PAISES DE CENTRO AMERICA Y
PANAMA.

AUTORES

María Luise García de Aybar
José Carvajal.

Panama, julio 1977

BIBLIOTECA "GIORGIO MORTARA"
CENTRO LATINOAMERICANO
DE DEMOGRAFIA

I N D I C E

INTRODUCCION		1
I ANTECEDENTES		2-3
II MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DE LOS PARTICIPANTES	USUARIAS	4-8
1.- COBERTURA		
2.- CARACTERISTICAS DE LAS ACEPTANTES		
3.- METODO ANTICONCEPTIVOS ADOPTADOS		
III EFECTOS DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA		9-17
IV COMENTARIO		17-19

INTRODUCCION

Las estimaciones más aceptables indican que la fecundidad ha descendido de un modo continuo en la mayor parte de los países de la región después de 1965.

América Central y Panamá, no han escapado a esta situación, observándose en el Istmo a dos países, Costa Rica y Panamá, en donde este descenso ha sido significativo, especialmente en el primero de ellos.

La Tasa Bruta de Natalidad de 45 por mil, de Costa Rica existente en 1960, ha descendido a 28 por mil en 1976.

Simultáneamente con el cambio demográfico, se desarrollaron en los países, desde 1965 a la fecha, programas de planificación de la familia.

Si bien es cierto que los gobiernos del área, justificaron el inicio de estas acciones por razones de orden médico-social, el desarrollo alcanzado por los programas, ameritan la realización de estudios que orienten sobre sus posibles efectos en la salud y en el desarrollo económico social. Con excepción de Salvador, ningún país ha definido una política de población.

El presente informe, resume los antecedentes, los objetivos, las características de las participantes y las actividades desarrolladas por los programas, alrededor de 1975, según la información disponible.

Cualquier intento de realizar la evaluación de estos programas es incompleta, debido a falta de información aún en aquellos países en donde los sistemas estadísticos son adecuados, y a los problemas metodológicos no resueltos, que permitan aislar los efectos debidos al programa de los no atribuibles a él.

I.- ANTECEDENTES:

Los programas de planificación de la familia se iniciaron en los últimos diez años y con excepción de Nicaragua, entidades privadas filiales de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), fueron las responsables del desarrollo de ellos. En la década del 70 la prestación de servicios se integró progresivamente a instituciones pre-existentes de salud, dependientes de los Departamentos Maternos Infantiles de los Ministerios de Salud y de las Instituciones de Seguridad Social. Recientemente Salvador creó un Comité Nacional de Población que coordina la política de Población con las de desarrollo económico social. A la fecha, coexisten en los países las Instituciones privadas y las Gubernamentales con responsabilidades compartidas en los programas: las privadas, participan fundamentalmente en el adiestramiento de personal en servicio, de educadores, periodistas, líderes comunitarios y en educación sexual, y las Instituciones Gubernamentales dirigen y coordinan las actividades de servi-

cios insertos en los programas de salud de la mujer a nivel urbano y rural.

Los objetivos de salud de los programas tales como los de disminuir los riesgos de morbi-mortalidad materna asociados a la gran paridez y al aborto inducido y, los objetivos sociales como los de paternidad responsable, bienestar de la familia, etc., demuestran que en el hecho los programas de planificación de la familia constituyen una parte del desarrollo. Sin embargo, ha habido poco esfuerzo por integrar tales programas dentro de los diversos sectores económicos y sociales de la planificación; por el contrario, los programas han sido dejados casi totalmente en manos del sector salud.

Costa Rica ha sido el único país que desde el inicio del programa coordinó el programa con el de Educación Sexual del Ministerio de Educación. Salvador, recientemente al definir la política de población creó un Consejo de Población que adelanta esfuerzos para integrar el programa dentro del desarrollo económico social del país.

En la mayor parte de los países se evidencian esfuerzos técnicos y financieros para mejorar la calidad y oportunidad de la información estadística en relación con las características de las aceptantes, el seguimiento, la permanencia en el programa y las actividades desarrolladas por los mismos. Sin embargo, la calidad y oportunidad de la información aún

es deficiente, y faltan datos sobre aportes e inversiones.

Los datos sobre el número y proporción de usuarias continuas de los métodos anticonceptivos, son inadecuados. Encuestas de seguimiento, encuestas de conocimiento y práctica de anticonceptivos han sido realizadas en varios países de la región. Los datos obtenidos con ellas contribuyen a mejorar las estimaciones del nivel de la cobertura alcanzados por los programas, así como los métodos anticonceptivos preferentemente usados por la población.

No se dispone de información que permita medir efectos posibles de estos programas en el desarrollo económico social de los países del Área Centroamericana y Panamá.

II.- MAGNITUD Y CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS

1.- Cobertura

Costa Rica y Panamá tienen una cobertura de usuarias activas más elevada que el resto de los países del área, y en nivel más bajo se ubica Guatemala. (Cuadro 1). La información sobre el uso de los métodos, que ofrecen los programas en general omiten los datos sobre la esterilización quirúrgica femenina y masculina, subestimándose por esta razón la cobertura real de los programas. El uso de los anticonceptivos en la población a nivel nacional es considerablemente mayor que el

de las aceptantes de los programas gubernamentales y/o privados, como lo demuestran los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad de Costa Rica y Panamá (Cuadro 2).

En ambos países, el porcentaje de mujeres esterilizadas casadas o unidas de 20 - 49 años, es elevado: 21.6 por ciento en Panamá y 32.4 en Costa Rica^{1/} en el año 1976.

El uso de Dispositivos Intrauterinos, píldoras, inyecciones y otros métodos tradicionales, entre las mujeres casadas y unidas fértiles se eleva a 52.8 por ciento en Panamá y a 51.9 por ciento en Costa Rica.

La prevalencia de casadas y unidas que controlan la fecundidad por medio de la esterilización y los otros métodos mencionados, se eleva así a 57.3 por ciento en Panamá y a 72 por ciento en Costa Rica.

2.- Características de la mujeres aceptantes de los Programas.

Se analizarán a continuación las características

^{1/} Informe inédito, "Algunos resultados sobre Planificación Familiar detectados por la Encuesta Nacional de Costa Rica", Unidad de Evaluación y Planificación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual de Costa Rica: 1976.

de las aceptantes de Costa Rica y Panamá.

a) Edad:

En el cuadro 3, se observa la distribución por edad de los ingresos en los países del área. Alrededor de la mitad de las aceptantes tienen menos de 24 años. La mayor proporción se observa en el grupo 20 - 24.

Nicaragua es el único país en donde los ingresos de menores de 19 años es más bajo, y también es mayor el de mujer más vieja de 35 años y más. Aún más importante en relación con edad es el rejuvenecimiento progresivo de los ingresos observados en Costa Rica y Panamá, (Cuadros 4 y 5).

En Costa Rica en el período 1968-1973, el ingreso de menor de 25 años representaba el 32.6 por ciento, mientras que en 1965 esta proporción se eleva a 54.0. Un hecho similar se observa en Panamá, aunque en forma menos evidente. Este cambio de la estructura por edad de los ingresos tiene gran importancia en la reducción de la fecundidad y posiblemente, en la reducción del aborto inducido.

b) Estado Civil

En Costa Rica (Cuadro 4), el índice de participación de las mujeres casadas expuestas a mayor riesgo de embarazo es ocho veces superior al de las solteras.

En Panamá, el ingreso de solteras y unidas es mayor que el de casadas.

c) Fecundidad

Embarazos tenidos: En Costa Rica se observa la reducción de un embarazo en promedio entre las mujeres antiguas del programa y las que ingresan en 1975.

En el período se ha producido notorio aumento del ingreso de mujeres sin hijos. La mayor proporción se observa en mujeres con uno o dos hijos

Abortos Tenidos: Se observa que entre las usuarias nueve de cada diez embarazos terminaron en nacido vivo, y una alta proporción (73.0 y 79.9 por ciento en 1975) declararon no haber tenido ningún aborto.

Resumen: Asociado al rejuvenecimiento de los ingresos se observa un aumento de la proporción de mujeres con dos hijos, y también au-

mentarlas que no tienen ningún hijo.

d) Método Anticonceptivo adoptado

En el Cuadro 6 se presenta el uso de anticonceptivos en el área Centroamericana y Panamá. La mayoría de las mujeres adoptan pastillas orales; D.I.U., y otros métodos tradicionales, en su orden.

Los métodos utilizados son de alta eficacia probablemente por la acción de los medios de divulgación masiva.

En Costa Rica y Panamá se observa que la píldora sigue siendo prevalente. (Ver cuadro)

CUADRO

Panamá y Costa Rica: Mujeres Fértiles casadas o unidas según
Método Anticonceptivo usado: 1976

Método Anticonceptivo Usado	Porcentaje de Uso	
	Panamá	Costa Rica
Total	100.0	100.0
Píldora	52.6	44.3
D.I.U.	11.4	10.2
Diafragma, tabletas, jaleas	5.0	3.3
Condón	3.9	17.0
Ritmo y Abstinencia	12.0	11.0
Retiro	9.2	9.0
Inyección	2.0	3.9
Lavado y otros	3.3	1.4

Fuente: Panamá y Costa Rica, Encuesta Nal. de Fecundidad 1976

III.- EFECTO DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO

a) Sobre la Salud del Niño:

La variación del orden de los nacimientos observada en Costa Rica en la última década es un hecho que podemos relacionar con la implantación del Programa Nacional de Planificación Familiar. Como se muestra en el gráfico 1, el sexto hijo o más empieza a disminuir a partir de 1967 en una forma leve, acentuándose esta tendencia desde el año 1970 al año 1974. En este año, el nacimiento de orden seis disminuye en 31.6 por ciento con respecto a 1958.

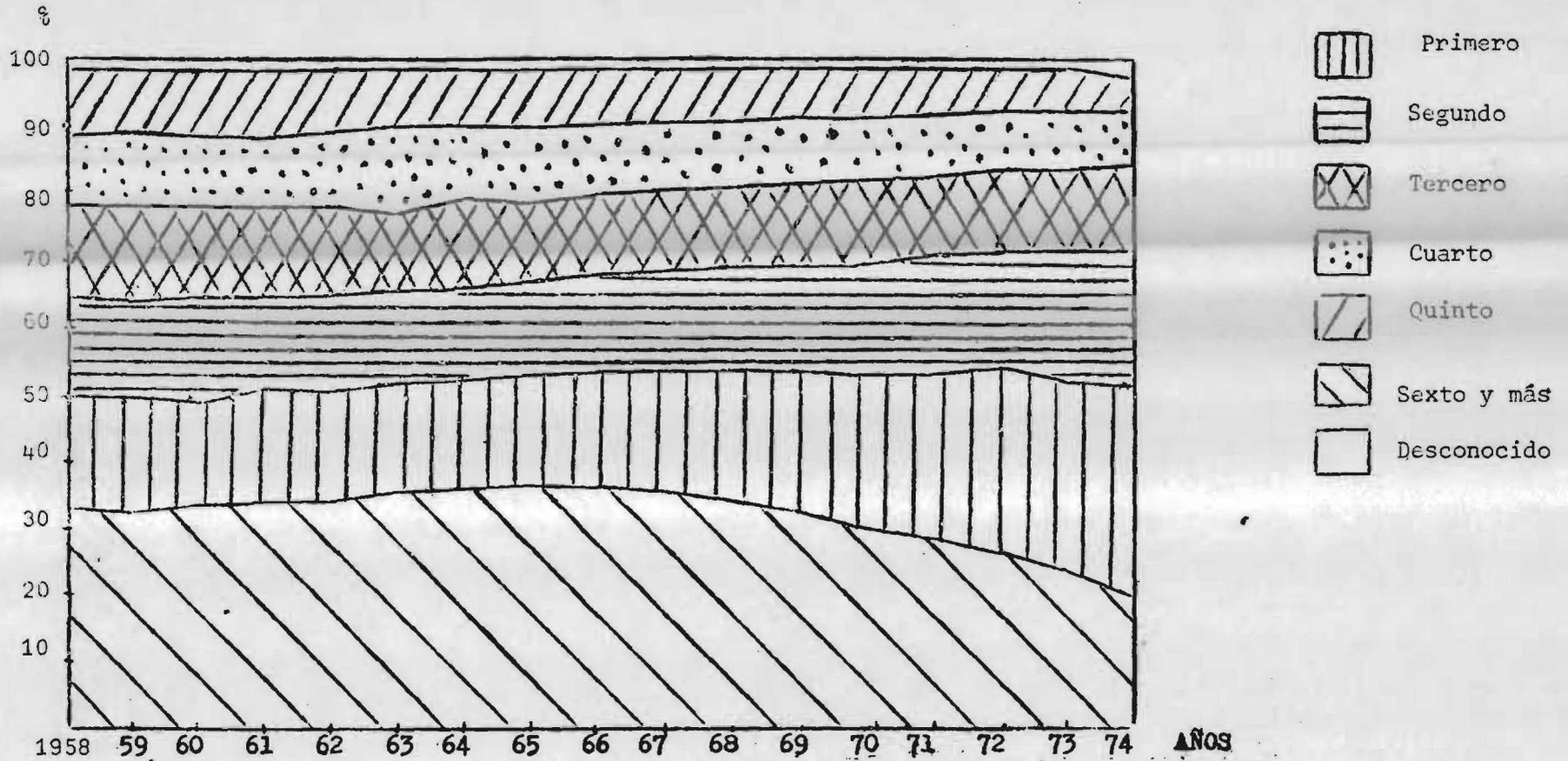
La disminución del cuarto y quinto hijo es también muy evidente, observándose un descenso en el mismo período de 21.8 y 33.7 por ciento respectivamente.

El orden de nacimiento tres se mantiene casi constante en el tiempo, ya que solamente aumenta en un 5.4 por ciento. Pero en cambio el segundo hijo se incrementa en un 51.8 por ciento y el primero en un 103.6 por ciento, lo cual demuestra que las mujeres están evitando el cuarto hijo o más, pero no el primero o segundo.

En 1974, los nacimientos de orden uno y dos representan el 51.4 por ciento del total de los nacimientos observados.

Los nacimientos de orden cinco y más se redujeron de 25,461 a 15,100 en el período 1968 a 1974 y la mortalidad infantil disminuyó de 64.7 por mil a 37.9 por mil.

GRAFICO 1
 COSTA RICA. NACIDOS VIVOS SEGUN NUMERO DE HIJOS TENIDOS
 1958-1974
 (Valores relativos)



Fuente: Costa Rica: Dirección General de Estadísticas y Censo. Anuarios Estadísticos 1958 - 1974.

La tasa de mortalidad infantil es diferencial por orden de nacimiento, siendo el riesgo de morir de los nacimientos de orden 5 y más, más del doble de la mortalidad de orden uno o dos, hecho este observado en algunas investigaciones realizadas en América Latina (ver cuadro).

CUADRO
MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL, POR ORDEN DE
NACIMIENTOS EN TRES PROYECTOS
(Tasas por mil nacidos vivos)

Orden de Nacimiento	Proyecto Chile		Mexico- Monterrey		E.E.U.U. Pro- yecto California	
	Neo- natal	Infan- til	Neo- natal	Infan- til	Neo natal	Infan- til
Total	26.6	55.2	26.0	60.7	12.7	17.5
1	19.9	39.4	19.5	40.5	8.9	12.8
2	22.8	47.8	18.9	48.4	12.1	16.7
3	27.7	57.8	19.4	49.7	16.1	22.0
4	32.3	67.0	23.9	50.9	21.8	26.9
5 y más	42.4	90.0	38.1	90.0	23.5	30.6

Fuente: Patterns of neonatalily in "Childhood". Ruth Rice
Puffer y Serrano, Carlos V.: OPS/OMS. 1975.

A continuación se presenta el procedimiento utilizado para calcular el efecto posible de la reducción de la mortalidad infantil atribuible a la disminución de los nacimientos de orden 5 y más.

Se procedió a hacer una tipificación indirecta de las tasas de mortalidad infantil por orden del nacimiento, tomando como tasas tipo las observadas para Chile en 1970 ¹⁾

CUADRO
COSTA RICA: NACIMIENTOS OCURRIDOS Y DEFUNCIONES
ESPERADAS SEGUN ORDEN
DEL NACIMIENTO
1968 y 1974

Orden de Nacimiento	(1) Tasas Tipo	1 9 6 8		1 9 7 4	
		(2) Naci- mientos	(3) Defun- ciones Esperadas (1)x (2)	(4) Naci- mientos	(5) Defun- ciones Esperadas (1) x (4)
Total	55.2	59,213	4,003	56,769	3,366
1	39.4	11,310	446	17,769	700
2	47.0	9,356	440	11,865	558
3	57.8	7,283	421	77,266	420
4	67.0	5,803	389	4,769	320
5 y más	90.6	25,461	2,307	15,100	1,368

1) Investigación Interamericana de mortalidad en la niñez, Santiago Chile. 1970.

2, 3, 4) Dirección General de Estadística y Censos: Costa Rica

Con los datos del cuadro anterior, se calcularon las tasas de mortalidad infantil esperadas en Costa Rica para 1968 y 1974. (Vease cuadro)

CUADRO
COSTA RICA: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL TIPO
OBSERVADAS, ESPERADAS Y TIPIFICADAS
1968 y 1974

	1968	1974
Tasas Tipo	55.2 %	55.2 %
Defunciones Esperadas	4,003	3,366
Nacimientos Observados	59,213	56,769
TMI Esperada	67.6	59.3
TMI Observada	<u>59.7</u>	<u>37.6</u>
Tasa Tipificada <u>a)</u>	<u>48.8 %</u>	<u>35.0 %</u>

a) Tasas tipificada: 1968: $48.8 = 55.2 \times \frac{59.7}{67.6}$
 1974: $35.0 = 55.2 \times \frac{37.6}{59.3}$

La diferencia entre tasas observadas en 1968 y 1974 es 37.0 % ($59.7 - 37.6 = 22.1 = 37.0$ por ciento respecto a 1968). La diferencia entre tasas tipificadas en 1968 y 1974 es de 27.5 por ciento. ($48.3 - 35.0 = 13.3 = 27.5$ por ciento respecto a 1968).

La reducción atribuible al cambio de estructura de los nacimientos de orden 5 en el período es de 25.7 %: $\frac{27.5}{37.0} = 25.7 \%$

- Otro efecto favorable del programa de planificación familiar sobre el descenso de la mortalidad infantil en el período 1968 - 1975, podría ser atribuible al aumento del intervalo entre embarazos sucesivos, tal como se observara en el Ecuador^{1/} en donde a medida que aumento el intervalo entre nacimientos y la nueva concepción, la mortalidad neonatal e infantil se redujo notoriamente (ver cuadro a continuación:

CUADRO
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL Y DE MORTALIDAD INFANTIL,
SEGUN INTERVALOS ENTRE NACIMIENTO Y
CONCEPCION ^{a/}, EN MUJERES CON
ULTIMO HIJO SOBREVIVIENTE^{b/}

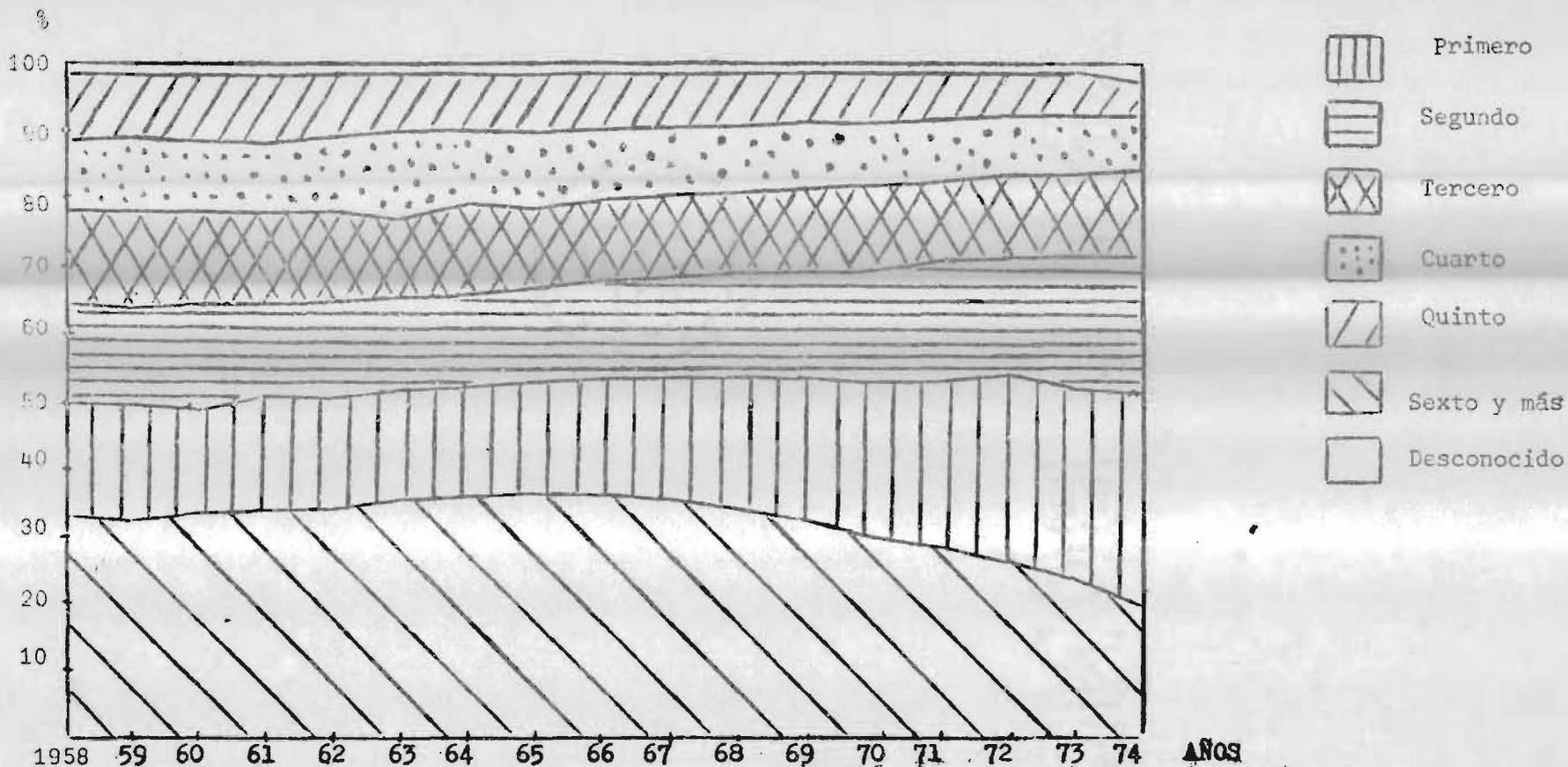
Intervalos en	Tasas de Mortalidad Neonatal	Tasas de Mortalidad Infantil
Total	22.2	52.4
0 - 2	45.2	127.0
3 - 14	19.7	57.8
15 - 26	20.8	40.1
27 - 38	26.3	37.4
39 y Más	22.8	39.6

a/ Al intervalo entre nacimientos sucesivos se le restó la duración del último embarazo.

b/ Hijo sobreviviente se definió como hijo que sobrevive hasta un año

Fuente: Wolfers, David and Scrimshaw, Susan, "Child Survival and Intervals between pregnancies in Guayaquil, Ecuador". Populations Studies, Vol 29, noviembre 1975.

GRAFICO 1
 COSTA RICA. NACIDOS VIVOS SEGUN NUMERO DE HIJOS TENIDOS
 1958-1974
 (Valores relativos)



Fuente: Costa Rica: Dirección General de Estadísticas y Censo. Anuarios Estadísticos 1958 - 1974.

El hecho de que el programa cada vez se rejuvenezca más porque ingresan a él mujeres más jóvenes, es un indicador indirecto de que el propósito de éstas es el de espaciar los nacimientos e inclusive el de posponer el nacimiento del primer (12% de los ingresos de 1976, se da en mujeres sin hijos).

Esta hipótesis deberá ser verificada.

b) Sobre la salud de la mujer.

- Hemos mencionado anteriormente, (gráfico 1) que en el período 1967-1974 se produce una disminución de 31.6 por ciento de los nacimientos de orden 6 y de 33.7 por ciento en los de orden 5 y de 21.8 de los de orden 4.

Como la morbilidad y la mortalidad asociada al embarazo, parto y puerperio es mayor en las grandes multíparas, el efecto de la disminución de los nacimientos de orden 5 y más deberá ser el de producir una disminución de este tipo de patología asociada a la gran paridez. A la fecha, se dispone de datos sobre morbilidad y mortalidad por causa y paridez que permitan medir este efecto y su relación con el programa.

- Sobre el aborto: se observa un descenso de los egresos hospitalarios por aborto en el período 1970 - 1974. Esta relación sin embargo no se produce en las mujeres jóvenes de 15 -19 en donde por el contrario hay un leve aumento. Es probable que la reducción de los egresos por aborto puedan ser atribuidos en parte al programa, pero no se dispone de la información adecuada que permita demostrarlo. Es sugestivo el hecho de que antes de ingresar las mujeres al programa, el promedio de aborto por mujer es bajo, (0.40), si se compara con los de SERMENA-VALPARAISO CHILE (Ver Cuadro a continuación). Además, varía por edad en un rango de 0.10 a 1.70 entre las mujeres de 15-19, y de 45-49 años.

CUADRO
PROMEDIO DE ABORTOS TENIDOS POR MUJERES
ANTES DE SU INGRESO AL PROGRAMA
DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

. Grupo de Edades	SIDESCO-COSTA RICA Aborto por mujer	SERMENA-VALPARAISO Aborto por mujer (Chile) 1968-1972
15-19	0.10	0.14
20-24	0.20	0.30
25-29	0.40	0.60
30-34	0.60	1.00
35-39	0.80	1.68
40-44	1.20	1.98
45-49	<u>1.70</u>	<u>3.47</u>
15-19	<u>0.4</u>	<u>0.74</u>

Fuente: Costa Rica. SIDESCO: Cuadro A-5 1974-1975.
SERMENA-Chile: Programa Materno Infantil y Planificación Familiar 1968-1972, Cuadro No. 7.

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

Si la captación progresiva de mujeres jóvenes se mantiene en el programa nacional, se podría evitar que el promedio de abortos por mujer llegara a los niveles de las mujeres de Chile; al final de la vida reproductiva (3.47) y el efecto del programa sería entonces el de prevenir el aborto y no el de sustituir el aborto por anticonceptivos. Debería probarse esta hipótesis utilizando en parte los datos de la encuesta nacional de fecundidad (en procesamiento)

IV.- COMENTARIOS:

Los Programas de Planificación de la Familia en el área Centroamericana y Panamá han alcanzado diversos grados de cobertura geográfica y están algunos en proceso de expansión y otros, en evaluación de sus posibles efectos.

Los Programas gubernamentales y privados han contribuido a aumentar en la población el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de alta eficacia.

El efecto que la regulación de la fecundidad podría tener en la disminución de la morbilidad materna e infantil, en parte se debe a que han cambiado algunos patrones reproductivos y disminuido el nacimiento de niños de orden 5 y más (Costa Rica y Panamá). Estos niños son los que tienen mayor probabilidad de morir antes de los dos meses en cualquiera medio social, aún cuando el nivel de mortalidad es más alto en los niños de bajo nivel socio-económico.* Este hecho también está asociado a la edad de la madre. El ingreso creciente de mujeres jóvenes a los programas, ha contribuido a la disminución de los nacimiento de ordenes 5 y más.

Sin embargo, cualquiera que fuese el grado de asociación existente entre la mortalidad infantil y materna y el orden nacimiento y el programa de planificación de la familia, ninguna de estas relaciones es tan estable como la existente entre la mortalidad y la clase social.

El grado de desarrollo socio-económico determina un conjunto de circunstancias y factores que condicionan el estado nutricional, el consumo de agua potable, vivienda adecuada, acceso a la atención médica oportuna, etc.

Estos factores interactúan con los biológicos de una manera tan compleja que en definitiva sólo se logrará reducir la mortalidad materna e infantil cuando realmente se eleven los niveles de vida de los habitantes de esta área y se disponga además de calificada atención médica para toda la población.

Siendo a la fecha, el nivel socio-económico del área bajo, ningún programa de planificación podrá por sí sólo cambiar la situación.

Los programas de Planificación de la Familia de Costa Rica y Panamá seguramente han contribuido al descenso de la fecundidad observada en estos países en el periodo 1960-1974. Deberá cuantificarse este efecto.

Efecto sobre el desarrollo económico social.

En el Istmo Centroamericano y Panamá se invierten recursos humanos técnicos y financieros para acelerar el proceso del despegue económico. Es indudable que algunos indicadores revelen mejoramiento en varios países. Sin embargo, aún el caso de Costa Rica y Panamá donde los programas tienen cobertura elevada, no se puede establecer ningún tipo de correlación o de relación de causa a efecto. Cómo explicar

que la desnutrición aumenta en algunas zonas aisladas geográficamente, o en grupos indígenas, o en obreros marginalizados de algunas ciudades con densidad más elevada y simultáneamente aumenta la cobertura de los programas de planificación familiar?. Las perspectivas y los esfuerzos tienen que acelerarse en otros cambios que favorezcan el desarrollo, sin dejar por supuesto de perfeccionar estos programas de salud materno-infantil y planificación familiar.

ANEXO 1

CUADRO No. 1

CENTRO AMERICA Y PANAMA: MUJERES INGRESADAS Y USARIAS ACTIVAS
POR AÑO DE INGRESO A LOS PROGRAMAS DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA.

PAIS Y AÑO	MUJERES INGRESADAS TOTAL	USUARIAS ACTIVAS AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO	TASA DE USUARIAS ACTIVAS POR CIEN MUJERES EN EDAD FERTIL 15-49 AÑOS
<u>COSTA RICA</u>			
TOTAL	206.705,00	...	...
ANTERIOR A 1970	21.609	...	...
1970	19.246	...	...
1971	25.757	...	...
1972	26.717	...	...
1973	27.569	...	...
1974	25.827	68.888	16,0
1975	31.010	77.540	16,8
1976	28.970	...	...
<u>EL SALVADOR</u>			
TOTAL	153.672	...	...
ANTERIOR A 1970	53.548	...	...
1970	28.898	...	...
1971	36.775	...	...
1972	15.892	...	...
1973	32.532	...	...
1974	15.367	76.836 2)	8,4 2)
<u>GUATEMALA</u>			
TOTAL	121.157	...	...
ANTERIOR A 1970	42.171	...	...
1970	22.262	...	...
1971	18.478	25.223	2,1 2)
1972	17.920	29.815	...
1973	20.326	26.485	...
1974	22.182	29.609	2,5 2)
1975 1)	12.800 1)	...	...
1976 1)	9.200	...	...

Continuación

CUÁDRO No. 1

Continuación

PAIS Y AÑO	MUJERES INGRESADAS TOTAL	USUARIAS ACTIVAS AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO	TASA DE USUARIAS ACTIVAS POR CIENTO MUJERES EN EDAD FERTIL 15-49 AÑOS
<u>HONDURAS</u>			
TOTAL	100.669	...	...
ANTERIOR A			
1970	29.303	...	...
1970	14.383	...	...
1971	15.777	...	...
1972	22.456	...	...
1973	9.230	...	...
1974	8.520	10.201 1)	7.4 2)
<u>NICARAGUA</u>			
TOTAL	69.994	...	...
ANTERIOR A			
1970	7.915	...	...
1970	10.021	...	...
1971	13.722	...	...
1972	13.356	...	...
1973	15.596	...	...
1974	9.384	47.705	9.5 2)
<u>PANAMA</u>			
TOTAL	80.755	...	...
ANTERIOR A			
1970	6.135	...	...
1970	5.724	...	...
1971	17.858	...	...
1972	6.447	...	...
1973	14.276	...	...
1974	10.013	...	...
1975	8.894	...	...
1976	11.408	40.105 2)	11.1 2)

1) Información incompleta: Asociación Hondureña de Planificación Familiar y Asociación Guatemalteca de Protección de la Familia 1974.

2) Estimado.

FUENTE: A- Soto G. Zaida: América Latina: Actividades desarrolladas por los Programas de Planificación de la Familia: 1974

B- COSTA RICA: Consolidación de Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual de Costa Rica. Informes del Sistema de Estadísticas de Servicio de Costa Rica (SIDESCO) 1976.

C- PANAMA : Ministerio de Salud, Subprograma Maternal-Planificación Familia Estadísticas y Cómputos Electrónicos 1974-1975-1976.

D- GUATEMALA : Anuario Estadístico Programa Nacional de Planificación Familiar 1974. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Servicios de Salud.

CUADRO No. 2

PANAMA: MUJERES CASADAS, UNIDAS, VIUDAS, DIVORCIADAS Y SEPARADAS
 SEGUN SU CONDICION DE FERTILIDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVOS:
 ENERO 1976

CONDICION DE FERTILIDAD Y USO DE ANTICONCEPTIVO	TOTAL	CASADAS O UNIDAS	VIUDAS, DIVOR- CIADAS Y SEPARADAS	PORCENTAJE %
TOTAL	<u>222,384</u>	<u>189,058</u>	<u>33,326</u>	<u>100.0</u>
ESTERILIZADAS	56,100	49,018	7,082	
Por Motivos Anticonceptivos	<u>46,241</u>	<u>40,756</u>	<u>5,485</u>	<u>21.6</u>
Por Otros Motivos	9,859	8,262	1,597	
NO ESTERILIZADAS	<u>166,284</u>	<u>140,040</u>	<u>26,244</u>	
Embarazadas	19,440	18,607	833	8.8
No Embarazadas	146,844	121,433	25,411	
No Fértiles	5,485	5,485	--	
Fértiles	<u>115,948</u>	<u>115,948</u>	--	
No Usan Anticonceptivos	54,711	54,711	--	47.2
Usan Anticonceptivos	<u>61,237</u>	<u>61,237</u>	--	<u>52.8</u>

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad. 1976, (Inédito)

CONTROLAN FECUNDIDAD

Esterilizadas por Motivos Anticonceptivos	46,241
Fértiles que Usan Anticonceptivos	<u>61,237</u>
Total Controlan	107,478
Mujeres de 20 - 49	222,384
Porcentaje Controlan	<u>57.3 %</u>

CUADRO No. 3

CENTRO AMERICA Y PANAMA:
DISTRIBUCION RELATIVA DE EDADES AL INGRESO DE LAS USUARIAS
DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA SEGUN PAISES

PAIS Y AÑO DE REFERENCIA	DISTRIBUCION RELATIVA DE LAS EDADES AL INGRESO DE LAS USUARIAS						EDAD PROMEDIO
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y Más	
Costa Rica (1976)	18.4	36.7	21.6	12.3	6.4	4.6	27.0
El Salvador (1972)	20.0	28.0	22.0	17.0	9.0	4.0	26.5
Guatemala (1974)	13.2	35.9	26.1	13.8	8.1	3.2	25.3
Honduras (1973)	16.0	35.1	25.3	15.0	5.9	2.7	25.7
Nicaragua (1971)	9.2	30.8	27.9	15.8	11.2	4.0	27.5
Panamá (1976)	15.4	38.1	21.9	10.8	6.3	2.5	25.2

Fuente: Soto, G. Zaida: América Latina: Situación de los Programas de Planificación de la Familia hasta 1974. CELADE A: 144 junio 1976.

- Informe Ministerio Salud Pública de Panamá 1976
- Informe de Progreso UFEV: Costa Rica, San José 1976.

CUADRO No. 4

COSTA RICA: MUJERES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA
 POR CONDICION DE INGRESO SEGUN EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL DE
 INSTRUCCION, NUMERO DE EMBARAZOS, NACIDOS VIVOS, ABORTOS
 E HIJOS VIVOS 1974-1975

CARACTERISTICA	CONDICION DE INGRESO AL PROGRAMA			
	TOTAL	USUARIAS ANTIGUAS 1)	USUARIAS NUEVAS 1974	USUARIAS NUEVAS 1975
NUMERO DE MUJERES	(106,379)	(55,891)	(19,478)	(31,010)
1. EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0
Menos de 25 años	42.6	32.6	52.5	54.0
25 a menos de 35	40.8	46.6	35.0	34.2
35 años y más	16.6	20.8	12.5	11.8
Edad mediana	26.8	29.4	24.6	24.4
2. ESTADO CIVIL	100.0	100.0	100.0	100.0
Soltera	9.6	7.1	11.7	12.6
Casada	74.8	79.4	71.6	68.4
Unida	13.9	11.7	15.1	17.2
Otro (viuda, divorciada)	1.7	1.8	1.6	1.8
3. NIVEL DE INSTRUCCION	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	5.0	5.0	4.8	5.0
1 a 3 años primaria	24.0	25.8	22.2	21.7
4 años y más primaria	51.2	52.4	50.5	49.5
Algún año enseñanza media	16.2	13.7	18.1	18.6
Algún año de enseñanza superior	3.6	3.1	4.4	4.2
Número medio de años estudio	5.7	5.7	5.7	5.4
4. EMBARAZOS	100.0	100.0	100.0	100.0
0	4.2	1.7	6.7	7.3
1-2	42.9	37.7	47.9	49.1
3-4	23.3	25.8	20.5	20.5
5-6	12.4	14.5	10.6	10.0
7 y más	17.2	20.3	14.3	13.1
Número medio	3.9	4.3	3.6	3.4
5. NACIDOS VIVOS	100.0	100.0	100.0	100.0
0	5.2	2.1	8.2	8.8
1-2	46.9	42.4	51.4	52.5
3-4	23.1	26.1	19.8	19.9
5-6	11.6	13.6	9.6	9.1
7 y más	13.2	15.8	11.0	9.7
Número medio	3.4	3.8	3.1	3.0

Continuación

Continuación

CUADRO No. 4

CARACTERISTICA	CONDICION DE INGRESO AL PROGRAMA			
	TOTAL	USUARIAS	USUARIAS	USUARIAS
		ANTIGUAS 1)	NUEVAS	NUEVAS
		1974	1975	
6. ABORTOS	100.0	100.0	100.0	100.0
0	75.1	73.0	76.5	77.9
1	16.0	17.0	15.5	14.6
2	5.2	5.9	4.7	4.4
3 y más	3.7	4.1	3.3	3.1
Número medio	0.4	0.5	0.4	0.4
7. HIJOS VIVOS AL INGRESAR	100.0	100.0	100.0	100.0
0	5.6	2.4	8.8	9.3
1-2	48.4	44.0	52.7	53.6
3-4	23.4	26.6	19.8	19.0
5-6	11.4	13.5	9.3	9.0
7 y más	11.2	13.5	9.4	8.2
Número medio	3.2	3.5	2.9	2.8

1) Usuaría antigua es la mujer que ingresó al programa antes de la implantación del Sistema Estadística de Costa Rica (SIDESCO) y que son usuarias activas.

FUENTE: "CONSOLIDACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION Y EDUCACION SEXUAL DE COSTA RICA, INFORME DE PROGRESO. COMITE DE POBLACION UPEV: 1976 SIDESCO, CUADROS A.1-A.3 A.14:1974-1975

CUADRO No. 5

PANAMA: MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA POR EDAD
1974 y 1975

GRUPOS DE EDADES	MUJERES INGRESADAS AL PROGRAMA			
	1974		1975	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
TOTAL	<u>9,005</u>	<u>100.0</u>	<u>8,894</u>	<u>100.0</u>
15 - 19	1,055	10.5	1,240	14.0
20 - 24	2,730	27.3	2,851	32.0
25 - 29	2,061	20.6	2,109	23.6
30 - 34	1,206	12.0	1,220	13.7
35 - 39	613	6.1	664	7.5
40 - 44	255	2.5	232	2.6
45 y Más	463	4.6	66	0.8
No informado	622	6.2	512	5.8

Fuente: Ministerio de Salud, Sub-Programa Maternal, Planificación Familiar.
Estadísticas y Computos Electrónicos: 1974 y 1975.

CUADRO No. 6

CENTRO AMERICA Y PANAMA:

MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA
POR METODOS ADOPTADOS SEGUN PAISES Y PERIODOS DE DESARROLLO DEL PROGRAMA

PAISES Y PERIODO	TOTAL		M U J E R E S I N G R E S A D A S							
			TIPOS DE METODOS							
			DIU		ORALES		ESTERILIZACION		OTROS	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
<u>Costa Rica</u>										
1966 - 1975	206,705	100.0	19,804	9.6	158,700	76.0	4,547	2.2	23,564	11.4
<u>El Salvador</u>										
1968 - 1975	173,364	100.0	30,009	17.3	118,071	68.1	15,841	9.1	8,994	5.2
<u>Guatemala</u>										
1965 - 1974	101,168	100.0	16,897	16.7	75,093	74.2	3,665	3.6	5,533	5.4
<u>Honduras</u>										
1963 - 1974*	70,366	100.0	12,351	17.6	41,535	59.0	125	0.2	573	0.8
<u>Nicaragua</u>										
1968 - 1974	62,343	100.0	20,821	33.4	39,294	63.0	25	0.4	2,203	3.2
<u>Panamá</u>										
1966 - 1975	80,755 ¹⁾	100.0	16,958	21.0	53,161	65.8	4,520	5.6	5,596	7.0

* Honduras: No se conoce la distribución de los métodos en uso del año 1971.

1) Panamá : Incluye 101 casos no informados