

3 JUL. 1970 511.03
c.

Conf.
21706
A837
1970
Nº3

Centro Latinoamericano de Demografía
CELADE-San José

Aspectos Sociales de la Planificación Familiar:
Experiencia Latinoamericana

LA EXPERIENCIA DE OTROS PAISES

María Luisa García

Documento para ser presentado en la Conferencia Nacional
sobre Población y Desarrollo Social organizada por
la Asociación Mexicana de Población, A. C.

BIBLIOTECA "GIORGIO MORTARA"
CENTRO LATINOAMERICANO
DE DEMOGRAFIA

9295

CONTENIDO

	Página
I. Antecedentes	1
II. Uso de anticonceptivos	4
III. Características de las mujeres aceptantes de los programas de planificación familiar	10
IV. Comentarios	19

ANEXO

Cuadros

1	MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR AÑO, SEGUN PAISES	1
2	EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DEL DIU. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION, SEGUN MOTIVO DE CIERRE. 1797 MUJERES . ALAJUELA 1968 - 1972	2
3	EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DE GESTAGENOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION SEGUN MOTIVO DE CIERRE. 6529 MUJERES. ALAJUELA 1968 - 1972	3
4	EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DE TODOS LOS METODOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION SEGUN MOTIVO DEL CIERRE. 7807 MUJERES. ALAJUELA 1968 - 1972	4

Gráficos

1	EFICACIA DEL USO EXTENDIDO. TASAS ACUMULADAS DE RETENCION. TODOS LOS METODOS, DIU Y GESTAGENO. ALAJUELA 1968 - 1972	5
2	USO EXTENDIDO DEL DIU. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE SEGUN MOTIVO DEL CIERRE. ALAJUELA 1968 - 1972	6
3	USO EXTENDIDO DE GESTAGENOS. TASAS ACUMULADAS DE CIERRE SEGUN MOTIVO DEL CIERRE. ALAJUELA 1968 - 1972	7
4	EFICACIA DE USO EXTENDIDO DEL DIU Y GESTAGENO. TASAS NETAS ACUMULADAS DE RETENCION. 6 275 MUJERES. SERMENA-CHILE. 1968 - 1972	8
5	EFICACIA DE USO DEL DIU Y GESTAGENOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE SEGUN PARIDEZ. TODAS LAS MUJERES. SERMENA - CHILE. 1968 - 1972	9
6	EFICACIA DE USO DEL DIU Y GESTAGENOS!! TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE SEGUN EDAD. TODAS LAS MUJERES. SERMENA - CHILE. 1968 - 1972	10

ASPECTOS SOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR: EXPERIENCIA LATINOAMERICANA

I. Antecedentes

El conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos con propósitos de espaciar o controlar la fecundidad es un hecho observado con relativa frecuencia en las mujeres de alto nivel de educación y socioeconómico de algunas zonas urbanas de América Latina, alrededor de los años 1960 - 1964 ^{1/}. Este hecho, sin embargo, no fue el resultado de acciones de promoción o servicios otorgados por programas de planificación familiar casi inexistentes en ese período en la región ^{2/}.

Aún cuando no se dispone de información reciente y confiable que permita analizar adecuadamente los aspectos sociales de la experiencia latinoamericana en Planificación Familiar, en este documento, hacemos un esfuerzo por destacar algunos hallazgos obtenidos de investigaciones realizadas en cuatro países (Colombia, Costa Rica, Panamá y Chile), de donde ha sido posible obtener datos.

I. Los programas de planificación familiar en América Latina.

I.1. Tipo de programas

En todos los países de América Latina existen programas de planificación familiar ^{3/}. Dichos programas se encuentran a cargo, en algunos casos, de instituciones gubernamentales y, en otros, bajo la responsabilidad única de entidades privadas. La situación más generalizada es que en un mismo país existan programas dirigidos por el sector público tanto como por el privado. Lo anterior se puede apreciar en el cuadro No.1.

1/ Miró, Carmen A. : "Un Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina: Refutación de algunos conceptos erróneos". Pág. 21. CELADE, Serie A. No. 49.

2/ García, Marfa L. : Informe sobre el Estado de los Programas de Planificación en América Latina: 1968. Serie A. No. 97.

3/ García, Marfa L. y Soto, Zaida : Situación de los Programas de Planificación Familiar en América Latina alrededor de 1972. Serie A. 97. 1973. Cuadro No.1. pág. 3.

Cuadro No.1

Tipo de Programa	No. de Países
TOTAL (Países)	<u>20</u>
Sólo gubernamental	1
Sólo privado	4
Gubernamental y privado.....	15

FUENTE: CELADE, Serie A/97. Cuadro 2. Op.cit.

1.2. Año de iniciación

La mayor parte de los programas de PLANFAM fueron creados en la segunda mitad de la década de los sesenta. Un hecho importante de señalar es que hasta 1966 sólo dos países tenían programas de tipo gubernamental, mientras que en quince países existían programas de tipo privado; por otra parte, de 1967 en adelante, los programas que se han implantado son predominantemente de tipo oficial. (Cuadro No. 2)

Cuadro No.2

Año de iniciación de los programas	No. de países	
	Programa oficial	Programa privado
TOTAL (Países)	<u>14</u>	<u>19</u>
Antes de 1965	1	6
1966	1	9
1967	4	1
1968	4	2
1969 y años posteriores	4	1

FUENTE: CELADE, Serie A/97. Cuadro 2 Op.cit.

1.3. Cobertura de los programas

Los programas de planificación familiar en general tienen relativamente una baja cobertura (ver Anexo 1, Tabla 1.). El único indicador posible de calcular con la información disponible para todos los países es el porcentaje de mujeres que ingresaron a los programas desde su iniciación hasta el 31/12/72 (número acumulado) sobre la población en edad fértil*. Como se puede apreciar en el cuadro No.3, nueve países cubren menos del cinco por ciento de las mujeres en edad fértil, cinco entre el cinco y menos del diez por ciento y solo cinco exceden del diez por ciento.

Cuadro No.3

% de MEF cubiertas por el programa	No. de países
T O T A L	<u>19</u>
Menos de 1.00	3
De 1 a 1.99	4
De 2 a 4.99	2
De 5 a 6.99	2
De 7 a 9.99	3
De 10 a 15	2
De 15 y más	3

FUENTE: Anexo No. 1, Cuadro No. 1.

El indicador utilizado es burdo. La cobertura de un programa no puede calcularse con base en mujeres que ingresaron al programa independientemente de su condición de activas o casadas a una fecha determinada. Si se dispusiera del total de mujeres activas a un momento dado, llegaríamos a la conclusión, sin lugar a dudas, de que la cobertura es bastante menor que la señalada en el cuadro anterior. La mayoría de los programas han dedicado cuidadosa atención para registrar nuevas usuarias. Para fines informativos se observa que el número acumulado de usuarias nuevas es considerado como sinónimo de casos activos, lo que es una falacia y apenas si permite indicar la tendencia del ingreso.

*/ Población en edad fértil estimada en base a los datos disponibles de los Censos 1970 y a proyecciones de CELADE.

1.4. Evolución de aceptantes del programa

Es importante destacar que la aceptación del programa sigue una tendencia ascendente en la mayor parte de los países latinoamericanos (cuadro No.4). El índice de crecimiento de aceptantes entre 1968 -año en el cual se consolidaron los programas en casi todos los países de la región- y 1972 (1968=100); revela algunos aspectos importantes: tres países presentan índices menores de cien -vale decir que el número de aceptantes registradas en 1971 es inferior relativamente al de 1968-; seis países presentan índices que varían entre 100 y 199; siete entre 200 y 299; y, tres países un índice de 300 y más. Estos índices obviamente revelan que en la mayoría de países los programas de planificación familiar vienen siendo aceptados por un número creciente de mujeres; sin embargo, con la limitada información disponible, no resulta prudente cuantificar su tendencia futura.

Cuadro No.4

Indíces de aceptantes entre 1968 y 1971	Países
TOTAL (Países)	19
Menos de 100	3
De 100 a 149	4
De 150 a 199	2
De 200 a 249	2
De 250 a 299	5
De 300 y más	3

FUENTE: CELADE A/97. Op.cit. Cuadro 3.

2. Uso de anticonceptivos

Intentar medir la prevalencia del uso de anticonceptivos en la población de América Latina y tratar de establecer su relación con los programas de planificación familiar, es por el momento una tarea casi irrealizable. Los programas se iniciaron sin estudios previos encaminados a conocer la situación

pre-existente. Tampoco se dispone de datos sobre las características de las mujeres que habían adoptado por su propia decisión el uso de métodos antes del inicio de los programas.

Para cuatro países ha sido posible estimar el aumento del uso de métodos anticonceptivos en períodos muy cortos que fluctúan entre 5 y 8 años. Sin embargo, a la fecha, en estos países sólo es posible suponer, y no afirmar categóricamente que los cambios observados son, por lo menos en parte producidos por las actividades de los programas.

En el cuadro 5 se compara el uso de anticonceptivos en Colombia, Costa Rica y Panamá según los resultados de las encuestas de fecundidad urbana y rural, de aborto y de seguimiento realizadas en períodos diversos en cada país entre los años 1964 a 1973.

2.1. Colombia

En la ciudad de Bogotá en el año 1964^{4/}, comparada con el país urbano^{5/} en el año 1969, el uso de anticonceptivos aumentó en 56.9 por ciento. Apesar de este evidente incremento, sigue siendo el país de los tres analizados, que tiene el menor porcentaje de mujeres casadas y convivientes de áreas urbanas que usan anticonceptivos (43 por ciento).

El programa de planificación familiar se desarrolló desde el año 1966 en clínicas privadas de las ciudades y el programa gubernamental se inició en todo el país en el año 1968 (ver Tabla 1 del Anexo). No ha sido posible establecer la relación de este aumento con el programa de planificación familiar.

4/ Durán, R. y Cuca, R.: Análisis de la Encuesta de Fecundidad de Bogotá. Monografía No. 19. CEDE 1966. Cuadro No.6, Tabla 306.

5/ Estrada A.; Heredia, R.; Prada, E.; Cifuentes, F.; Pinto, E.; Horta, M.: Resultados Generales de la Encuesta Nacional de Fecundidad. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, División de Medicina Social y Población. Bogotá 1972, Cuadros 18 y 19.

Cuadro No.5

PORCENTAJE DE MUJERES SEGUN USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS PARA VARIOS PAISES EN DIFERENTES EPOCAS

U s o	C o l o m b i a 1/			C o s t a R i c a 2/			P a n a m á 3/		
	1964	1969	Aumento o dismi- nución en el pe- rdo	1966	1973	Aumento o dismi- nución en el pe- rdo	1963	1968	Aumento o dismi- nución en el pe- rdo
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
TOTAL	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	-	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	-	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	-
Uso actual.....	27.4	43.0	+56.9	32.5	56.1	+72.6	43.4	65.4	+50.7
No usan	72.6	57.0	-21.5	67.5	43.9	-35.0	56.6	34.6	-39.0

1/ El dato para 1964 se refiere únicamente a Bogotá, y el de 1969 al total urbano del país.

2/ Total del país.

3/ Ciudad de Panamá.

FUENTE: (1) Bogotá: PECFAL URBANO 1964, Tabla 36.

Uso de anticonceptivos en áreas urbanas de todo el país:

(2) Resultados Generales de la Encuesta Nacional de Fecundidad - Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Medicina Social y Población (Pág. 33).

(4) Promedio ponderado de los resultados de PECFAL-URBANO (64) y PECFAL -RURAL (68), utilizando como ponderación el porcentaje de mujeres urbanas y rurales en el Censo de 1963.

(5) Estudio de Seguimiento y Campo dirigido a la población en edad fértil en Costa Rica - CESPO (Informe preliminar), 1974.

(7) y (8) Gaslonde, Santiago : Algunos hallazgos de investigaciones de CELADE. Utilidad de estos hallazgos para mejorar programas de Planificación Familiar en América Latina. CELADE A/112 (Cuadro 11). (PECFAL-URBANO, Panamá 1963 y PEAL 1968).

2.2. Costa Rica

En todo el país, el porcentaje de aumento del uso de anticonceptivos en ocho años alcanza la cifra de 72.6 por ciento ^{6,7,8/}. Este hecho guarda estrecha relación con la implantación y grado de cobertura alcanzado por el programa nacional gubernamental de planificación familiar (ver Tabla 1 del Anexo)*.

2.3. Panamá (Ciudad)

El uso de anticonceptivos aumentó en 6 años en 50.7 por ciento, porcentaje menor que el que se observa en Colombia y Costa Rica, pero en cambio es la ciudad donde se observa una mayor proporción de mujeres casadas y convivientes que usan métodos anticonceptivos (65.4 por ciento).

El programa privado y gubernamental ha alcanzado menor grado de desarrollo en el período que el observado en Costa Rica y Colombia.

En relación con el tipo de métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres en esta ciudad (cuadro No.7), llama la atención el notable aumento observado en el uso de los gestágenos. Si bien es cierto que el programa otorga este método, también las tabletas se venden libremente en esa ciudad. El método usado preferentemente, es la esterilización femenina. Este método a la fecha de la encuesta no estaba incluido entre los que ofrecía el programa de planificación familiar.

Estos hechos sugieren que el aumento observado en el uso de métodos de alta eficacia en Panamá, hasta el año 1968, se ha debido fundamentalmente a la acción privada de la mujer y no a la del programa de planificación familiar.

-
- 6/ Gómez, M. : Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Area Metropolitana. Universidad de Costa Rica. Instituto Centroamericano de Estadística. San José 1968, Costa Rica. Pág. 76.
- 7/ Blanch, J.M. ; Carvajal, J. : Encuesta de Fecundidad Rural de Costa Rica, 1969. Resultados generales.
- 8/ Centro de Estudios Sociales y de Población - CESPO - Departamento de Evaluación, Universidad de Costa Rica: Estudio de seguimiento y campo, dirigido a la población femenina en edad fértil de Costa Rica.
- */ NOTA: No se dispone de datos a nivel nacional sobre el tipo de métodos que utiliza actualmente la población.

Cuadro No.7

CIUDAD DE PANAMA: PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS Y CONVIVIENTES QUE USAN, SEGUN METODO USADO, Y NO USAN ANTICONCEPTIVOS, EN EL MOMENTO DE LAS ENCUESTAS

Uso de Método	E n c u e s t a	
	PECFAL-1962	PEAL-1968
<u>Usan eficaces</u>	<u>22.5</u>	<u>45.5</u>
Gestágeno oral	2.4	17.4
DIU	0.0	3.2
Esterilización femenina	20.1	24.7
<u>Usan menos eficaces</u>	<u>20.9</u>	<u>20.1</u>
<u>No usan anticonceptivos</u>	<u>56.6</u>	<u>34.6</u>
TODAS	<u>100.00</u>	<u>100.00</u>

FUENTE: Programas de Encuestas Comparativas de Fecundidad Urbana en América Latina (PECFAL-1963).
Programa de Encuestas de Aborto en América Latina (PEAL-1968).

2.4. Chile

La información disponible para Chile se refiere a la ciudad de Santiago en donde se realizó una encuesta del Gran Santiago en 1966 (cita 2 cuadro No.7) y dos encuestas comparables en el área occidente de la ciudad en los años 1962 (Op.cit., cuadro No.7) y 1968 (cita 4, cuadro No. 7). Otra fuente utilizada ha sido la encuesta de la Comuna de San Gregorio en el área sur de la ciudad (cita 3, cuadro No.7). En esta ciudad, se observa que el uso de anticonceptivos subió en el período 1962-1968 en proporción elevada (65.3 por ciento), entre las mujeres casadas y convivientes.

Este aumento se puede relacionar con el desarrollo del programa privado y gubernamental de planificación familiar que se inició en el país en el año 1963; alcanzando hasta fines del año 1973 la mayor cobertura de todos los países de la región (Tabla 1 del Anexo).

Por otra parte, se observa un cambio en el tipo de los métodos adoptados por las parejas. Antes del programa se utilizaban fundamentalmente métodos tradicionales (condón, diafragma y otros). Después de iniciado éste, se observa un franco predominio en el uso de los dispositivos intrauterinos, gestágenos orales y esterilización femenina, métodos eficaces que ofrece el programa gratuitamente.

Cuadro No.7

SANTIAGO DE CHILE: PROPORCION DE MUJERES CASADAS Y CONVIVIENTES QUE USAN ANTICONCEPTIVOS SEGUN METODO, EN EL PERIODO 1962-1970

A ñ o	Porcentaje de uso	Proporción según método				
		DIU	G.O.	Est. Fem.	Otros	Total
1962 <u>1/</u>	17.8	-	-	-	17.8	100.00
1966 <u>2/</u>	40.00	47.8	14.4	13.9	23.9	100.00
1966 <u>3/</u>	48.47	10.8	2.4	9.9	25.4	100.00
1968 <u>4/</u>	51.3	60.3	18.0	11.5	15.0	100.00

- 1/ Requena, M. : Estudio sobre Planificación de la Familia en la Comuna de Quinta Normal de Santiago de Chile (área occidental) 1962. CELADE A/59, Cuadro 1.
- 2/ Armijo R. y Monreal, T. : Encuesta de aborto en el Gran Santiago, 1964. Epidemiology of abortion in Santiago de Chile. The John Hopking Press 1965. P. 1957-1966.
- 3/ Faundes, A. ; Rodríguez, G. y Avendaño, O. : Encuesta San Gregorio en el área sur de Santiago de Chile. 1966. Segundo Informe Proyecto San Gregorio. Pág. 18.
- 4/ CELADE A/116. PLANFAM 1968. Encuesta sobre Planificación Familiar en el área occidente de Santiago. Cuadro No.9. (Estos datos son comparables a la encuesta hecha en 1962 en la misma área de salud).

III. Características de las mujeres aceptantes de los programas de planificación familiar

La mayoría de los países ignora las características de la población que ingresa o abandona los programas de planificación familiar.

CELADE desarrolló un sistema de registro de Estadísticas de Servicio (SIDES) ^{9/} de uso continuo, computarizado, el que se aplica en dos países Chile ^{10/} y Costa Rica ^{11/} y permite recoger datos sobre las actividades del programa de planificación familiar y materno infantil. Para este documento analizaremos algunos de los datos recogidos en forma prospectiva y retrospectiva que nos han permitido conocer los cambios observados en las características de las mujeres que ingresaron al programa en el período 1968-1972, en las áreas de salud de la Provincia de Alajuela (Costa Rica) ^{12/} y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) Valparaíso en Chile ^{13/}. También analizaremos los resultados obtenidos sobre la eficacia de los métodos utilizados por el programa.

3.1. Características de las mujeres ingresadas al programa de planificación familiar de la Provincia de Alajuela - Costa Rica, en el período 1968 - 1972.

En el cuadro No.8, se observa que a través del tiempo, el programa se ha rejuvenecido y ha atraído a una mayor proporción de mujeres jóvenes. El grupo de edad menor de 20 años aumentó de 3.7 por ciento en 1968 a 16.2 en 1972. Los dos grupos de edades siguientes (20 - 24 y 25 - 29) incrementaron también de 49.1 en 1968 a 55.7 en 1972.

-
- ^{9/} Lopes, V.; García, M.L. : "Estadísticas de Servicio en Planificación Familiar". CELADE A/115, Octubre/1971.
- ^{10/} Dirección General de Salud, Dpto. Técnico, Unidad de Investigación y Evaluación: Investigación de Cobertura de los Programas de Atención de la Mujer e Infantil. Manual de Operaciones en la Unidad Local. Santiago, Chile. Mayo/1973.
- ^{11/} Manual de Procedimientos del Sistema de Estadísticas de Servicio de Costa Rica. San José - Costa Rica. Setiembre/1973.
- ^{12/} Proyecto Demostrativo de Estadísticas de Servicio en Planificación Familiar. Distrito IV de Salud - Provincia de Alajuela. Informe Final (inédito). 1974.
- ^{13/} CELADE-Sermena. Resultados de la aplicación del sistema de estadísticas de servicio (SIDES) en el Servicio Médico Nacional de Empleados - Regional Valparaíso. Documento de discusión.

Este rejuvenecimiento del programa, sugiere la posibilidad de que en el futuro se produciría en mayor impacto sobre la reducción de la fecundidad en estas mujeres.

Cuadro No.8

COSTA RICA: MUJERES QUE INGRESARON AL PROGRAMA POR AÑO DE INGRESO, SEGUN GRUPOS DE EDAD. PROVINCIA DE ALAJUELA. PERIODO 1968 - 1972

GRUPO DE EDAD	P e r i o d o											
	TOTAL		1968		1969		1970		1971		1972	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	7 705	100.0	759	100.0	1 176	100.0	1 624	100.0	2 265	100.0	1 881	100.0
Menos de 20 años	839	10.8	28	3.7	83	7.1	145	9.0	269	11.9	305	16.2
20 - 24	2 191	28.4	165	21.7	318	27.0	447	27.5	661	29.2	600	32.0
25 - 29	1 972	25.6	208	27.4	340	29.0	436	26.8	542	24.0	446	23.7
30 - 34	1 377	17.9	177	23.3	224	19.0	317	19.5	390	17.2	269	14.3
35 - 39	883	11.5	128	16.9	142	12.1	189	11.6	257	11.3	167	8.9
40 y más	447	5.8	53	7.0	68	5.7	89	5.5	146	6.4	91	4.8
Sin dato	5	0.1	-	-	1	0.1	1	0.1	-	-	3	0.1

3.1.2. Nivel de instrucción

Las mujeres ingresadas en el programa (cuadro No.9), tienen en su mayoría (más del 93 por ciento) algún nivel de instrucción. Se observa que el grupo de nivel de instrucción primaria disminuye en el tiempo (de 89.4 por ciento en 1968 a 80.3 por ciento en 1972). Los grupos de nivel de instrucción secundaria y superior aumentan de 5.8 a 12.6 en los mismos años. Las ventajas de la elevación del nivel de instrucción son obvias y deberán incidir en el mejor rendimiento del programa.

Cuadro No.9

MUJERES QUE INGRESARON AL PROGRAMA POR AÑO DE INGRESO, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION. PERIODO 1968 - 1972

Nivel de instrucción	Total		1968	1969	1970	1971	1972
	No.	%	%	%	%	%	%
TOTAL	<u>7 705</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Ninguno	471	6.1	5.8	5.7	6.0	6.0	6.8
Primaria: 1-3	2 807	36.4	38.7	39.8	36.6	36.0	33.7
4 y más ...	3 630	47.1	48.7	45.4	47.3	47.7	46.6
Secundaria	651	8.4	5.1	7.0	8.2	8.3	10.4
Superior	98	1.3	0.7	1.0	1.2	1.0	2.2
Ignorado	48	0.7	1.0	1.1	0.7	0.4	0.3

3.1.3. Estado civil

La mayoría de los programas establecen metas de cobertura para las mujeres casadas y convivientes que tienen un mayor riesgo de embarazo. En el estudio de Alajuela se observa que si bien es cierto que la proporción de casadas es siempre superior en el programa durante todos los años, al comparar lo que ocurre de 1968 a 1972 se observa que las casadas disminuyen de 93.3 por ciento a 84.5 respectivamente, en tanto que las unidas y solteras, para los mismos años, aumentan de 2.4 a 6.5 (unidas) y 4.3 a 9.0 (solteras) (cuadro No.10).

Este hecho haría suponer que las mujeres casadas fueron al inicio del programa las más motivadas y decididas a aceptar la planificación familiar y en el tiempo el programa está atrayendo a las mujeres de otros grupos.

Cuadro No.10

COSTA RICA: MUJERES QUE INGRESARON AL PROGRAMA POR AÑOS DE INGRESO, SEGUN ESTADO CIVIL. PROVINCIA DE ALAJUELA. PERIODO 1968 - 1972

Estado Civil	Total		1968	1969	1970	1971	1972
	No.	%	%	%	%	%	%
TOTAL	7 705	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Casadas	6 787	88.1	93.3	90.9	89.3	87.0	84.5
Unidas	401	5.2	2.4	4.0	4.9	6.0	6.5
Otros	517	6.7	4.3	5.1	5.8	7.0	9.0

3.1.4. Método anticonceptivo adoptado al ingresar al Programa.

La adopción de métodos anticonceptivos en el momento en que las mujeres ingresen al programa, presenta variaciones importantes a través del tiempo. En el cuadro No.11 se observa que en general el método más usado, ha sido el gestágeno oral, el cual se ha ido incrementando a través del tiempo desde un 65.1% a un 70.0% entre 1968 a 1972, en tanto que el DIU que había comenzado con un 34.5% en 1968 para 1972 fue solo del 9.3%. El gestágeno inyectable y el condón presentan un incremento importante en el período y en el año 1972 representaban el 6.8% y 11.7% respectivamente.

Al hacer la distribución por edad, se observa que el gestágeno es más usado por las mujeres más jóvenes, representando para el grupo de menos de 20 años el 81.6% en 1972. A medida que aumenta la edad este porcentaje disminuye a través de todo el período y aumenta en relación inversa el uso del gestágeno inyectable.

Cuando se hace intervenir la variable nivel de instrucción en cada uno de los años del programa, se observa que a mayor nivel de instrucción es menor el uso del DIU.

El comportamiento en el uso (adopción) de métodos anticonceptivos puede estar relacionado con múltiples factores (como entrenamiento de

personal, motivación de las usuarias, distribución de anticonceptivos, nivel de instrucción, preferencia de los médicos, influencia religiosa, temor a daños, mala información, etc.), factores éstos que deberán ser investigados.

Cuadro No.11

MUJERES QUE INGRESARON AL PROGRAMA POR AÑO DE INGRESO, SEGUN METODO ADOPTADO

Método adoptado	Total		1968	1969	1970	1971	1972
	No.	%	%	%	%	%	%
TOTAL	7 705	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
DIU	1 343	17.4	34.5	22.0	16.2	17.0	9.3
Gestágeno oral...	4 861	63.1	65.1	73.0	56.4	56.4	70.0
Gestágeno inyect.	703	9.1	0.1	3.9	18.0	10.4	6.8
Condón	670	8.7	0.1	1.1	8.9	12.9	11.7
Otros	128	1.7	0.2	-	0.5	3.3	2.2

3.1.5. Fecundidad al ingresar al programa

La investigación de la historia reproductiva es muy importante en un programa de PLANFAM, pues la mayoría de los programas tienen como objetivos de salud, disminuir el riesgo que puede presentar la frecuencia de los embarazos para la salud de la madre y el niño; prevenir los embarazos no deseados y por ende disminuir el aborto provocado; y ofrecer oportunidades a la pareja para espaciar los nacimientos o no tener más hijos.

En el cuadro No.12, se observa que los totales de embarazos y de hijos nacidos vivos, disminuyen en cerca de 2, entre las mujeres que ingresaron en 1968 y 1972. Dentro de cada grupo de edad también se observa una tendencia a la disminución con el tiempo.

En relación con el nivel de instrucción tanto los embarazos como los hijos nacidos vivos presentan diferencias muy importantes entre ningún nivel de instrucción y la enseñanza superior. Esta diferencia es de 8.4 a 3.8 el promedio de embarazos en 1968 y cambia de 6.3 a 2.3 en 1972. En tanto que el promedio de nacidos vivos cambia entre 7.6 a 3.2 en 1968, de 5.6 a 1.4 en 1972.

Cuadro No.12

COSTA RICA: PROMEDIO DE EMBARAZOS Y DE HIJOS NACIDOS VIVOS, TENIDOS POR LAS MUJERES QUE INGRESARON AL PROGRAMA SEGUN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCION PROVINCIA DE ALAJUELA. PERIODO 1968 - 1972

Características	Promedio de embarazos						Promedio de hijos nacidos vivos					
	Total	1968	1969	1970	1971	1972	TOTAL	1968	1969	1970	1971	1972
1. Edad												
Total	<u>4.7</u>	<u>6.0</u>	<u>5.5</u>	<u>4.9</u>	<u>4.6</u>	<u>4.1</u>	<u>4.0</u>	<u>5.2</u>	<u>4.6</u>	<u>4.1</u>	<u>3.8</u>	<u>3.3</u>
Menos de 20 años	1.4	2.1	1.8	1.4	1.4	1.3	1.3	1.9	1.6	1.4	1.4	1.3
20 - 24	2.6	2.9	2.9	2.7	2.6	2.1	2.2	2.6	2.5	2.4	2.3	2.0
25 - 29	4.5	5.3	5.0	4.5	4.4	4.2	3.8	4.5	4.1	3.8	3.8	3.6
30 - 34	6.7	7.4	7.7	6.6	6.3	6.1	5.6	6.2	6.4	5.6	5.4	5.1
35 - 39	8.2	8.7	8.9	8.4	7.9	7.7	7.0	7.5	7.7	7.2	6.6	6.4
40 y más	9.1	9.8	10.1	9.4	8.9	8.9	8.3	9.0	9.1	8.5	8.0	7.9
Ignorado	5.0	0	2.0	2.0	0	5.0	4.4	0	1.0	8.0	0	4.3
2. Nivel de instrucción												
Total	<u>4.7</u>	<u>6.0</u>	<u>5.5</u>	<u>4.9</u>	<u>4.6</u>	<u>4.1</u>	<u>4.0</u>	<u>5.2</u>	<u>4.6</u>	<u>4.1</u>	<u>3.8</u>	<u>3.3</u>
Ninguno	6.7	8.4	7.5	7.3	6.2	6.3	6.1	7.6	6.6	6.6	5.5	5.6
Prim. 1-3	5.7	6.9	6.2	4.5	5.7	4.9	5.2	6.3	5.6	5.3	5.2	4.4
4 y más	4.1	5.3	4.9	4.3	3.9	3.4	3.7	4.8	4.4	3.8	3.4	3.0
Secund.	2.8	4.0	3.9	3.1	2.7	2.5	2.5	3.7	3.5	2.6	2.4	1.9
Superior	2.3	3.8	2.9	2.4	3.1	2.3	2.1	3.2	2.5	2.2	2.6	1.4
Ignorado	4.9	7.3	6.7	4.1	2.6	4.7	4.7	6.7	6.6	3.6	2.6	3.9

La diferencia entre el promedio de nacidos vivos, según nivel de instrucción entre los ingresos del año 1968 y 1972, es de alrededor de 2 nacidos vivos.

Cuadro No.13

Nivel de Instrucción	1968	1972	Diferencia
TOTAL	<u>5.2</u>	<u>3.3</u>	<u>-1.9</u>
Ninguno.....	7.6	5.6	2.0
Primaria: 1 a 3	6.3	4.4	1.9
Primaria: 4 y más ...	4.8	3.0	1.8
Secundaria	3.7	1.9	1.8
Superior	3.2	1.4	1.8
Ignorado	6.7	3.9	2.8

Estas diferencias se deben en parte a distintas estructuras por edad y en parte también expresan un cambio de actitud de las mujeres que ingresan a los programas con propósitos de limitar los nacimientos más que con propósitos de espaciarlos. Esta hipótesis la confirma el hecho de que entre las causas de retiro de las mujeres del programa, sólo un 4,3 por ciento lo han hecho "para tener otro hijo".

3.2. Características de las mujeres que ingresaron al programa de planificación de SERMENA-Valparaíso (1968 - 1972)

3.2.1. La edad promedio de las mujeres que ingresan al programa en el período de estudio fue de 29,6 años y las ingresadas en el último semestre fue de 26,9 años, tendencia similar al rejuvenecimiento observado en Costa Rica en la Provincia de Alajuela.

3.2.2. El nivel de instrucción de las mujeres de este programa es relativamente alto. El porcentaje de mujeres con ninguna instrucción es de menos de 1 por ciento y el promedio de años de estudio fue de 8.7 años, manteniéndose en el tiempo a un nivel constante.

3.2.3. El nivel de fecundidad de las ingresadas es relativamente bajo. El 62.2 por ciento de las mujeres tiene menos de dos hijos y no difieren en el tiempo. El grupo de 3-4 hijos representa solo el 27.6 por ciento de las ingresadas y el grupo de 5 y más el 11.2. Este último grupo disminuye notoriamente entre las ingresadas en el último semestre en el programa y representan apenas el 4.4 por ciento. En este programa se observa también el hecho, apesar de tratarse de un grupo seleccionado de fecundidad relativamente baja, de que las mujeres de mayor fecundidad han ingresado en una proporción mayor al inicio del programa, probablemente más motivadas.

En el caso de Chile no se investigó sobre el estado civil.

3.2.4. Método anticonceptivo utilizados en el programa

Se observó grandes diferencias en la adopción del DIU y Gestágeno Oral por edad. Las mujeres de 25 años y más preferían el uso del DIU al gestágeno. Este diferencia se mantenía constante cualquiera que fuera el nivel de educación.

En el programa en el período ingresaron 4 083 mujeres, de las cuales el 48.5 por ciento seleccionaron DIU; 44.45 gestágenos y 7.05 otros métodos.

4. Eficacia de los métodos anticonceptivos utilizados en los programas de Alajuela - Costa Rica y Sermena - Valparaíso - Chile. 1968 - 1972.

Con los datos obtenidos mediante el sistema SIDES, y utilizando el método de la tabla de vida se estimó la eficacia de uso y uso extendido de los diferentes métodos utilizados en los programa y de todos los métodos en su conjunto. (Ver cuadros 2, 3, 4, y gráficos 1, 2, 3, 4, 5, 6 del Anexo).

4.1. Alajuela: a los 52 meses de observación de los ingresos por gestágenos, permanecían activos el 34.8 por ciento de los casos, cifra muy

cercana a la retención observada en 1749 mujeres usuarias de DIU en el mismo período.

La mitad de los casos con ambos métodos permanecen activos alrededor de los 30 meses. La pérdida de seguimiento representó solo el 18 por ciento del total de casos ingresados en el período.

Las tasas de fracaso por embarazos alcanzan valores acumulados del orden de 3 - 5 por ciento similares a los obtenidos en otros programas.

Las tasas de suspensión del método por razones médicas son debidas fundamentalmente a hemorragias y dolores para el DIU (51. por ciento) y en menor proporción para los gestágenos (16 por ciento).

Infecciones pelvianas (anexitis y endometritis en el caso del DIU representaron el 3.94 por ciento de las complicaciones observadas que r determinaron cierre de casos.

En el caso de los gestágenos, trastornos nerviosos (7.20 por ciento) e hipertensión (6.70 por ciento) y cefaleas (5.75 por ciento) fueron otras de las causas que merecen ser mencionadas en el uso de este método.

La mayor parte (58 por ciento) del total de complicaciones médicas para ambos métodos se presentaron en el primer año de uso.

4.2. SERMENA - Valparaíso: en los gráficos 4, 5, y 6 se presentan las tasas de retención de los métodos utilizados en el programa.

A los 42 meses de observación (gráfico 4) se observa que las tasas de retención del DIU son altas (64 por ciento del total de los casos ingresados). En cambio para el gestágeno la tasa es de 20 por ciento.

Se observa diferencias notorias por edad y paridez. (Gráficos 5 y 6).

A mayor edad mayor retención del DIU y a mayor paridez mayor reten ción del mismo.

V. Comentarios

1. Los programas de planificación familiar de América Latina iniciados al rededor del primer quinquenio del sesenta, han incrementado sus actividades con relativa rapidez.
2. Aún cuando no es posible conocer con exactitud la cobertura de casos activos alcanzada por los programas, se estima baja en la mayoría de los países, con excepción de Chile y Costa Rica.
3. La inexistencia de información para la gran mayoría de países, al igual que la limitada y no siempre comparable, para aquellos que cuentan con algunos datos, es la razón por la que se dificulta la realización de estudios relacionados con aspectos sociales de la planificación familiar.
4. Para aquellos países que disponen de algún dato, éstos se refieren a las actividades de los programas de planificación familiar y no a las acciones privadas que realiza el resto de la población.
5. En los dos programas en que ha sido posible estudiar las características de las mujeres aceptantes, se observa un rejuvenecimiento de la población en el tiempo.
6. La "modernización" en los sistemas de recolección de información sobre actividades y características de las mujeres que acuden a los programas, es de urgente necesidad en los países para conocer si la población sujeta a éstos es la deseable según las metas establecidas y para medir la eficacia demográfica de los métodos utilizados.

Cuadro 2

EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DEL DIU. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION,
SEGUN MOTIVO DE CIERRE. 1 797 MUJERES

ALAJUELA 1968-1972

Motivo de cierre	Tasas acumuladas por 100 mujeres								
	6m.	12m	18m	24m	30m	36m	42m	48m	49 y +
Embarazo.....	0.67	1.91	2.61	3.27	3.46	4.23	4.90	4.90	4.90
Motivos personales.*	3.85	7.56	10.80	14.48	16.58	19.53	22.28	24.53	24.63
Motivos médicos....	4.85	8.00	10.21	12.26	13.82	15.74	16.91	17.41	17.41
Expulsión.....	7.72	10.22	11.31	12.49	12.69	14.36	14.72	16.01	18.25
TOTAL CIERRE.....	17.09	27.69	34.93	42.49	46.55	53.85	56.81	62.96	65.20
TOTAL RETENCION.	82.91	72.31	65.07	57.51	53.45	46.15	41.19	37.04	34.80

*/ Incluye: Prohibición del cónyuge: 0.62
para tener hijos : 0.71

FUENTE: Programa de Planificación Familiar de Alajuela. Uso de LIPPES C y D.

Cuadro 3

EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DE GESTAGENOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION
SEGUN MOTIVO DE CIERRE. 6 529 MUJERES

ALAJUELA 1968-1972

Motivo de cierre	Tasas acumuladas por 100 mujeres								
	6m	12m	18m	24m	30m	36m	42m	48m	49 y +
Embarazo.....	0.75	1.70	2.14	2.52	2.91	3.27	3.63	3.80	4.22
Motivos personales*	8.30	14.62	20.75	24.66	29.97	33.26	35.24	37.81	42.01
Motivos médicos....	3.99	7.33	11.35	13.87	16.39	18.58	19.86	21.25	24.80
TOTAL CIERRE.....	13.04	23.65	34.24	41.05	49.27	55.11	58.73	61.86	71.03
TOTAL RETENCION...	86.96	76.35	65.76	58.95	50.75	44.89	41.27	37.14	28.97

*/ Incluye: Prohibición del cónyuge: 1.32
Para tener hijos : 0.35

FUENTE: Programa de Planificación Familiar de Alajuela. Gestágenos orales e inyectables. Alajuela, enero 1968 a diciembre 1972.

Cuadro 4

EFICACIA DEL USO EXTENDIDO DE TODOS LOS METODOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE Y DE RETENCION
SEGUN MOTIVO DE CIERRE. 7 807 MUJERES

ALAJUELA 1968-1972

Motivo de cierre	Tasas acumuladas por 100 mujeres								
	6m	12m	18m	24m	30m	36m	42m	48m	49 y +
Embarazo.....	0.93	1.93	2.56	3.10	3.50	4.03	4.44	4.68	5.05
Motivos personales..	5.78	10.00	14.02	16.60	20.13	22.40	24.12	25.85	28.37
Motivos médicos....	2.79	5.03	7.33	8.70	10.32	11.68	12.41	13.01	14.10
Expulsión.....	6.26	9.32	12.22	14.25	16.06	17.87	19.19	20.57	22.86
TOTAL CIERRE.....	15.76	26.28	36.13	42.65	50.01	55.98	60.16	64.11	70.38
TOTAL RETENCION..	34.24	73.72	63.87	57.35	49.99	44.02	39.84	35.89	29.62

FUENTE: Programa de Planificación Familiar de Alajuela. Enero 1968 a diciembre 1972.

ANEXO I

Cuadro I

MUJERES INGRESADAS A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR AÑO, SEGUN PAISES ^{a/}

País	Mujeres Ingresadas											Porcentaje de mujeres ingresadas (acumulado hasta 1972) por cada 1000 MEF
	Por año								Acumulados			
	Hasta 1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1970	1971	1972	
Argentina	-	2 915	8 058	11 314	11 000	11 162	15 841	...	44 449	60 290	60 290	1.02
Bolivia	1 697	...	984	1 267	512	518	657	816	4 978	5 635	6 451	0.60
Brasil .....	...	2 198	11 936	43 018	35 047	71 147	110 654	...	164 146	274 600	274 600	1.30
Colombia	63	6 689	22 405	56 405	64 888	64 573	60 004	71 473	215 043	275 047	346 520	7.51
Costa Rica	-	-	-	9 678	11 931	18 226	25 306	26 717	39 635	65 221	91 938	24.03
Chile	48 122	36 867	59 367	96 842	88 807	62 737	82 648	62 633	394 742	477 390	540 223	25.14
Ecuador	-	1 754	3 562	3 155	5 241	8 844	14 329	16 121	22 556	36 885	53 006	3.91
El Salvador	-	6 061	10 309	14 655	22 503	28 898	36 775	14 779	82 446	119 221	134 000	15.63
Guatemala	2 121	2 510	4 362	8 371	11 035	22 202	18 067	...	50 601	68 663	68 668	5.67
Honduras	4 461	5 866	5 645	6 367	6 964	14 383	15 777	9 536	43 636	59 463	68 939	11.44
México	12 081	8 065	10 254	24 630	25 495	29 005	34 905	37 451	109 530	144 435	181 886	1.61
Nicaragua	-	-	-	1 536	6 379	10 021	13 722	13 620	17 936	31 658	45 273	10.05
Panamá	-	146	771	515	14 294	5 724	17 658	6 447	21 450	39 308	45 755	9.05
Paraguay	-	-	-	315	1 931	4 296	5 559	3 782	6 542	12 101	15 833	2.93
Perú	-	-	760	1 240	1 702	3 302	4 429	3 109	7 004	11 433	14 533	0.31
Rep. Dominicana ....	...	...	...	10 440	15 490	17 191	19 735	20 271	43 121	62 856	83 127	6.15
Uruguay .....	...	...	...	7 800	...	2 677	1 808	1 685	10 477	12 265	13 970	1.92
Venezuela	1 772	4 139	5 568	14 079	29 436	38 164	50 552	54 467	93 178	143 730	198 197	2.59
Haití	-	207	1 308	1 629	1 640	2 155	...	...	6 939	6 939	6 939	0.60
TOTAL PAISES	70 337	77 437	145 301	315 256	355 095	415 225	528 706	343 096	1 378 659	1 907 365	2 250 463	

a/ En base a datos suministrados por el Ministerio de Salud; Seguridad Social y Asociaciones privadas.

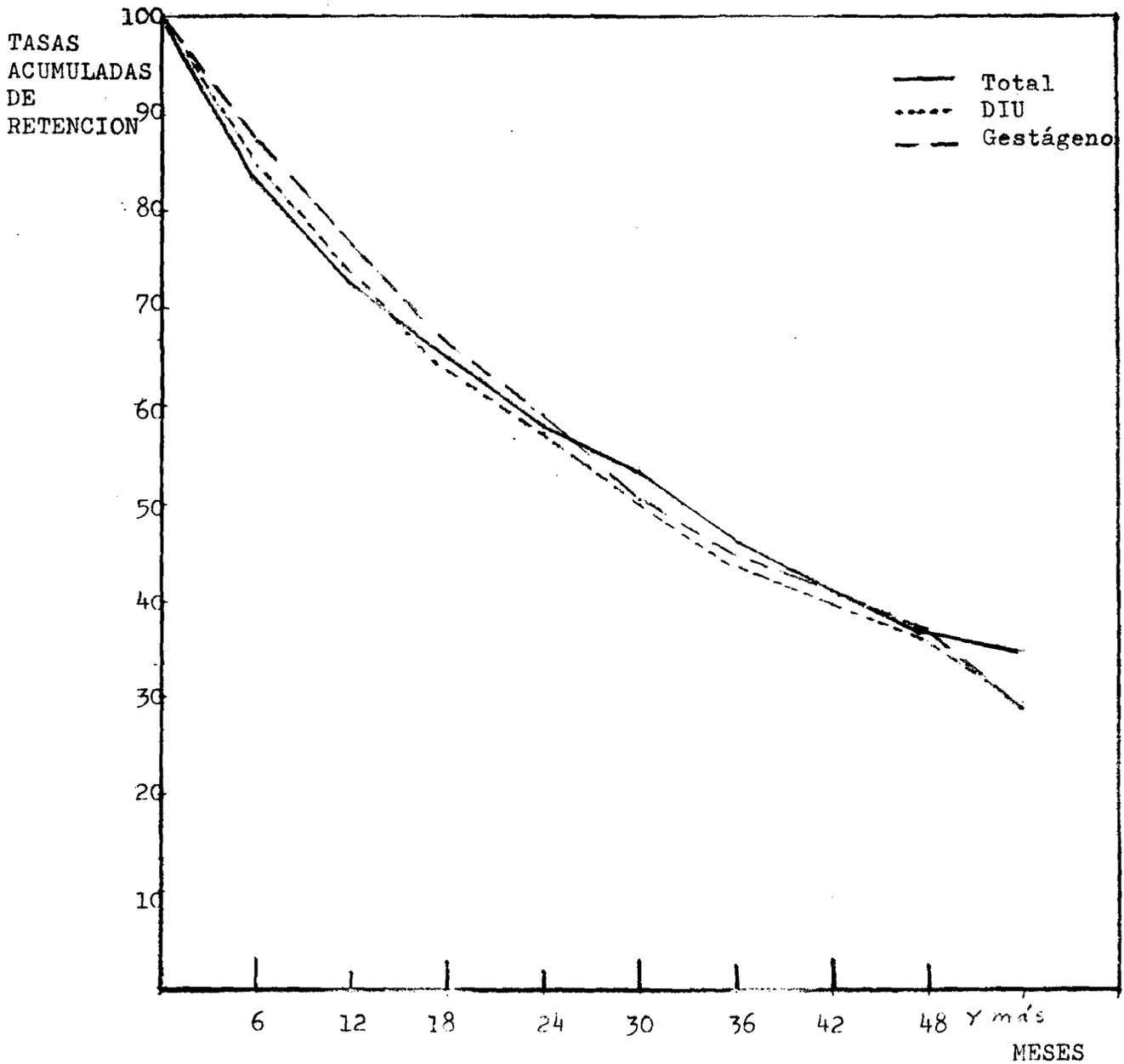
... sin dato disponible.

- no se aplica.

CMA: información no disponible.

Gráfico 1

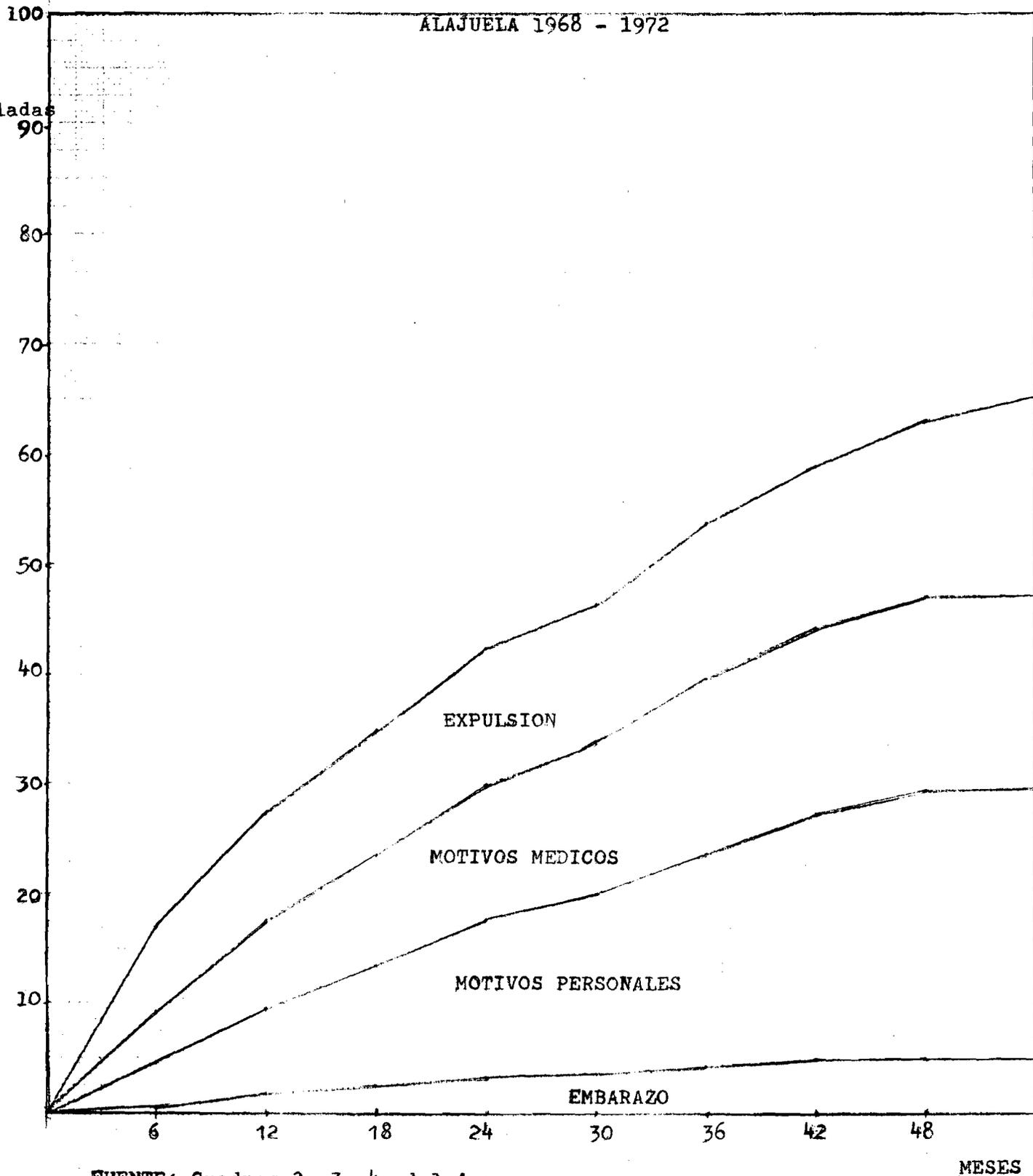
EFICACIA DEL USO EXTENDIDO. TASAS ACUMULADAS DE RETENCION
TODOS LOS METODOS, DIU Y GESTAGENO
ALAJUELA 1968 - 1972



FUENTE: Cuadros 2, 3, 4, del Anexo.

Gráfico 2

USO EXTENDIDO DEL DIU. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE SEGUN MOTIVO DEL CIERRE

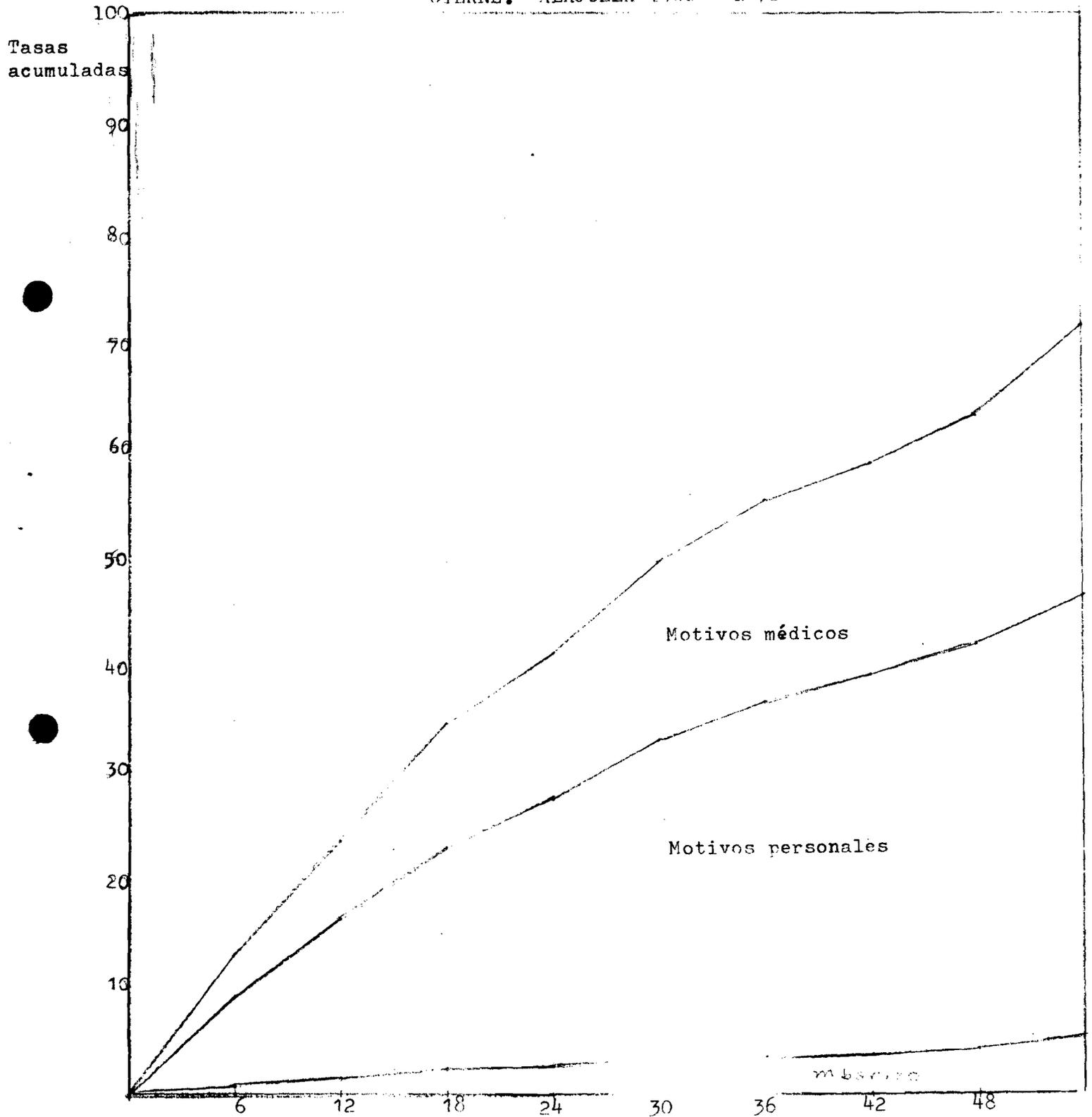


FUENTE: Cuadros 2, 3, 4, del Anexo.

MESES

Gráfico 3

USO EXTENDIDO DE GESTAGENOS. TASAS NETAS ACUMULADAS DE CIERRE. SEGUN MOTIVO DEL CIERRE. ALAJUELA 1968 - 1972

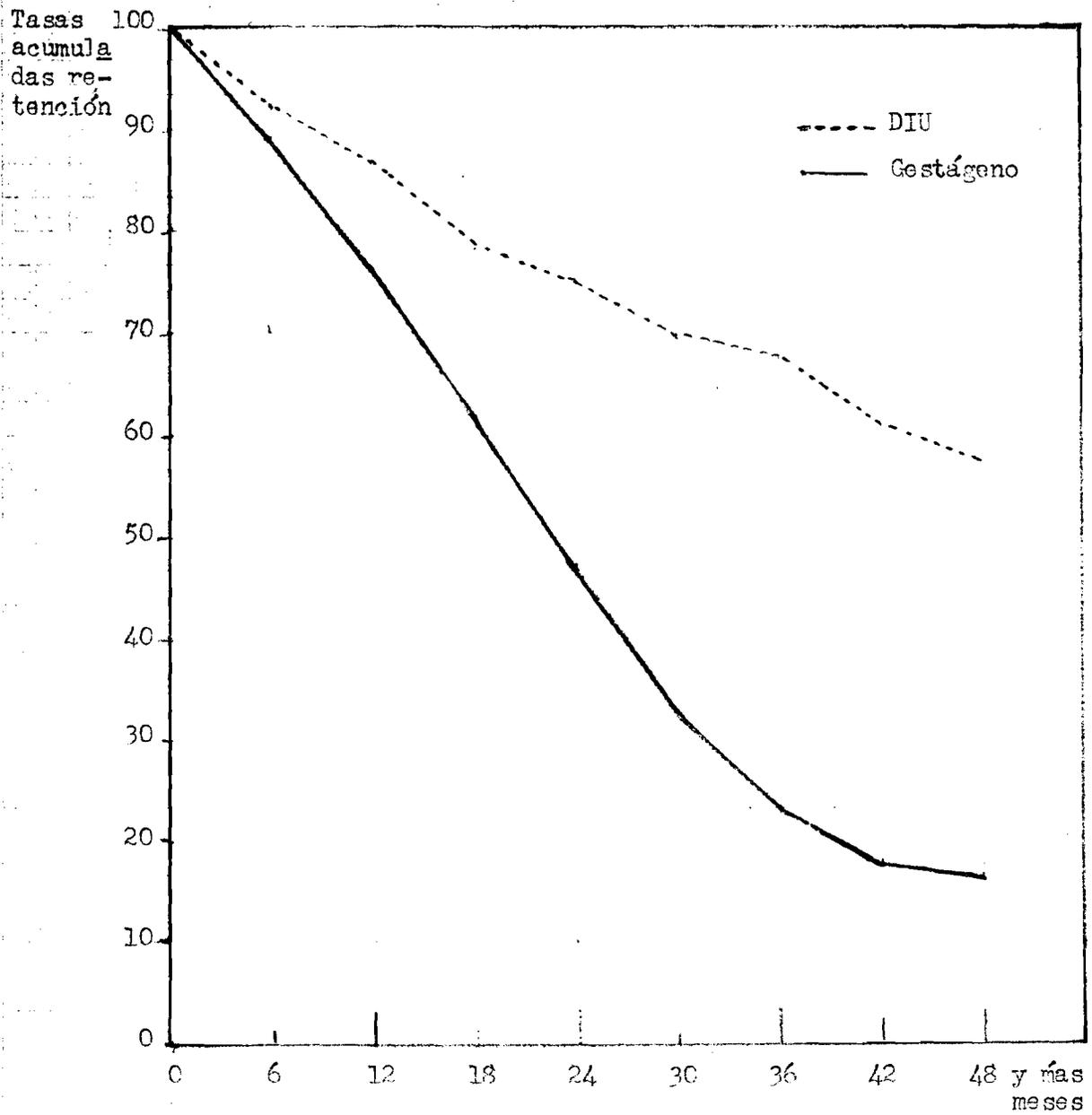


FUENTE: Cuadros 2, 3, 4, del Anexo.

MESES

Gráfica 4

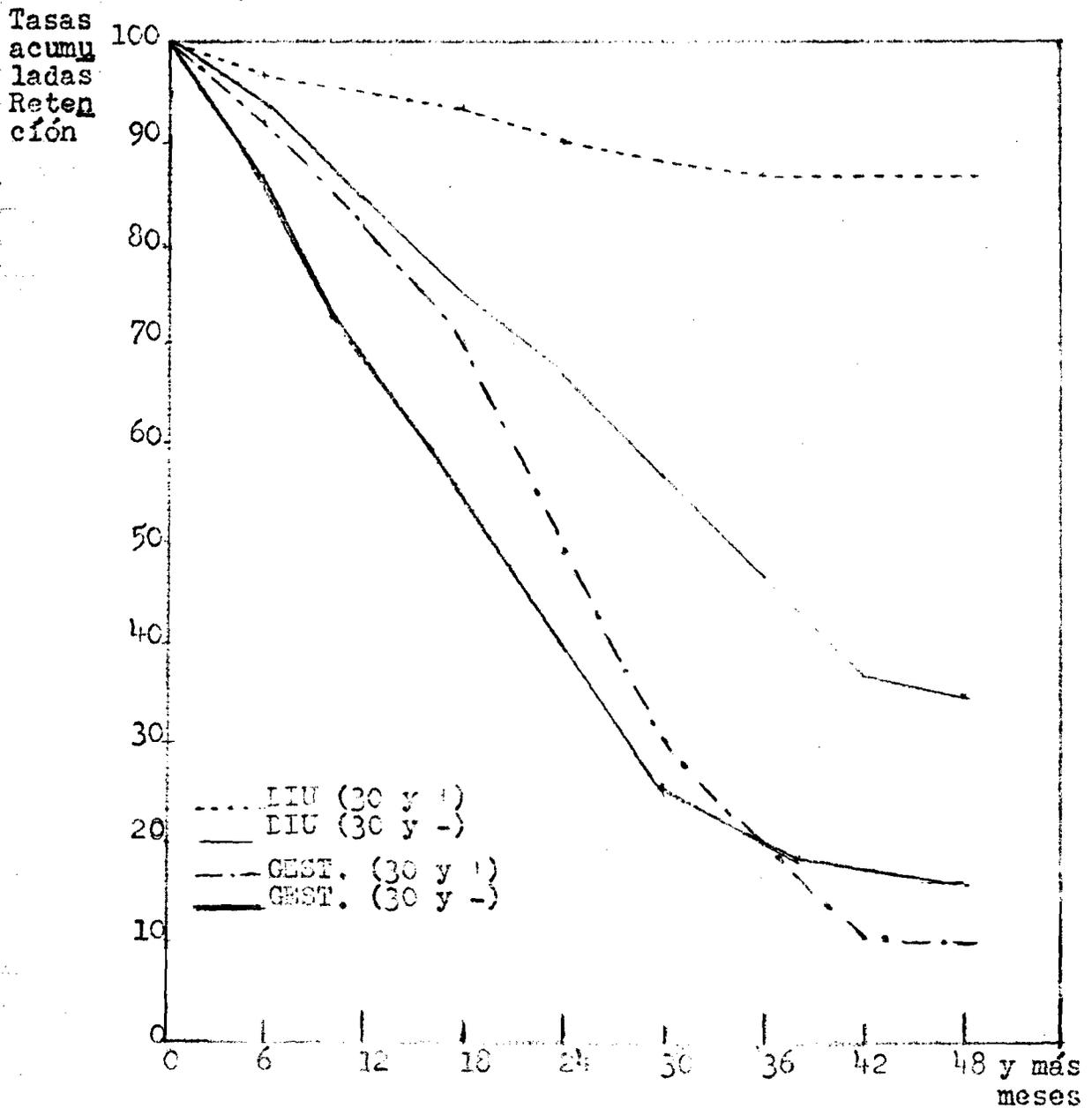
EFICACIA DE USO EXTENDIDO DE DIU Y GESTAGENO
TASAS NETAS ACUMULADAS DE RETENCION
SERMANA VALPARAISO 1968-1972



FUENTE: Sermana - Valparaíso
Programa de Planificación Familiar.

GRAFICA 5

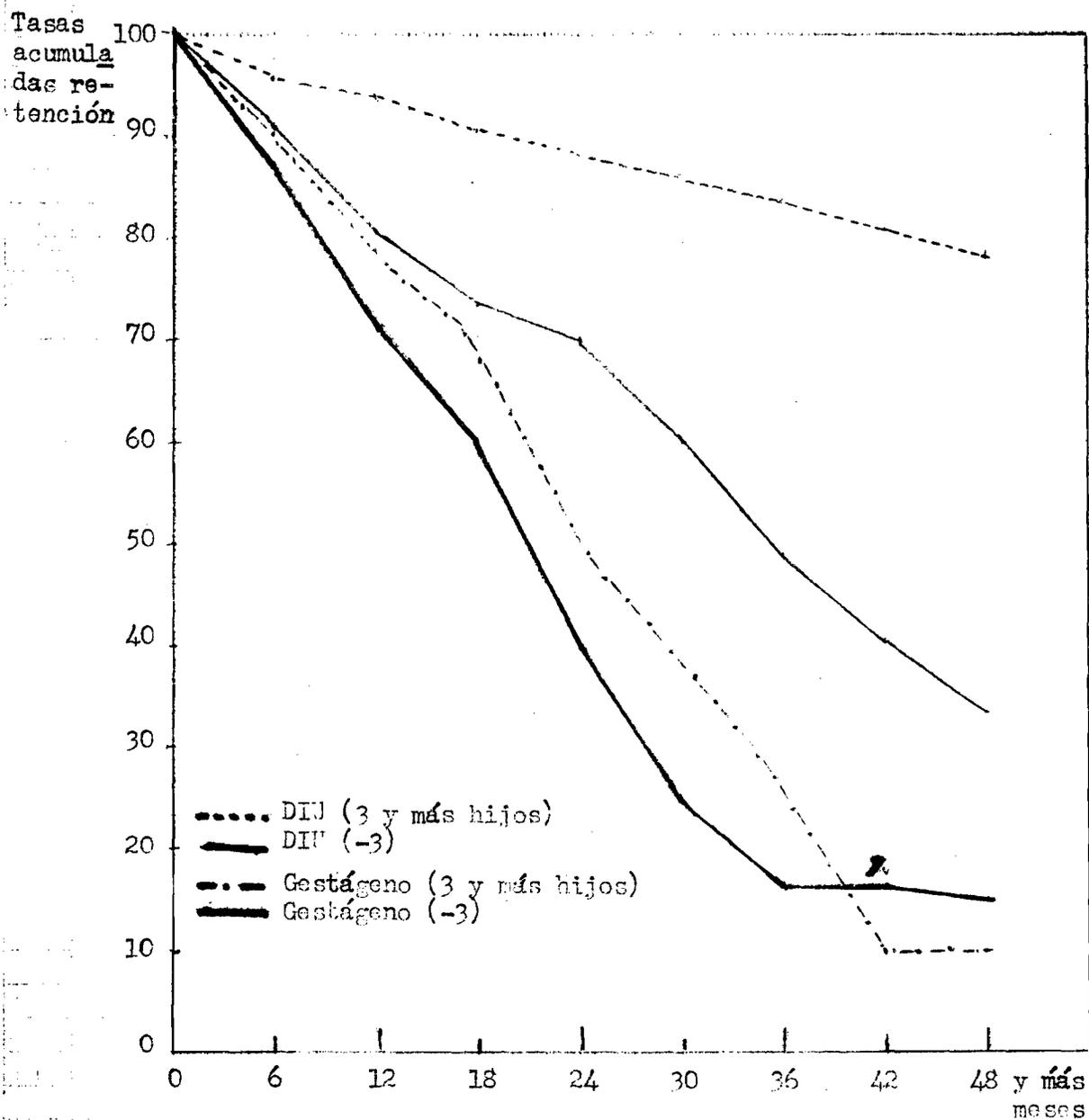
EFICACIA DE USO DE DIU Y GESTAGENO TASAS
NETAS ACUMULADAS DE RETENCION SEGUN EDAD
SERENA-VALPARAISO
1968-1972



Fuente: Programa Planificación Familiar.
Serena-Valparaíso.

Gráfica 6

EFICACIA DE USO DE DIU Y GESTÁGENO. TASAS NETAS ACUMULADAS DE RETENCIÓN SEGUN PARIDEZ SERMENA-VALPARAISO 1968-1972



FUENTE: Sermana-Valparaíso
Programa de Planificación Familiar.