

**DIFUSIÓN POR INTERACCIÓN SOCIAL Y  
TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD:  
EVIDENCIA CUANTITATIVA Y  
CUALITATIVA DE COSTA RICA**

**Luis Rosero Bixby**  
(Office of Population Research,  
Princeton University y  
Programa Centroamericano de Población,  
Universidad de Costa Rica)  
**John B. Casterline**  
(The Population Council)

**RESUMEN**

Las teorías explicativas de la transición de la fecundidad en Costa Rica y otros países suelen enfatizar el impacto de los cambios socioeconómicos sobre la demanda de hijos y el incremento de la oferta a través de programas de planificación familiar. Este artículo va más allá de este paradigma de oferta y demanda y examina la contribución adicional del “contagio” por interacción social de la planificación familiar. En procura de precisión conceptual, el documento usa un modelo dinámico sencillo para simular un proceso de transición de la fecundidad con efectos de difusión por interacción. Datos de Costa Rica sugieren de diversas maneras la presencia de efectos de difusión, en particular el hecho de que la transición ocurrió en todos los grupos sociales y la inexistencia de una reducción contemporánea en las preferencias de fecundidad. Mapas de la secuencia temporal en la transición indican un patrón de ordenamiento espacial que es sugestivo de contagio entre áreas vecinas. Análisis de regresión múltiple con áreas pequeñas revelan efectos de contagio en

la adopción de control natal inter e intra áreas. Discusiones en grupos focales ilustran situaciones del diario vivir en que tuvo lugar la difusión de la planificación familiar por interacción. Estas discusiones también dan pistas sobre las circunstancias bajo las cuales ocurrió la difusión, así como sobre los cambios más importantes en los valores que acompañaron la transición de la fecundidad en Costa Rica.

(BAJA DE LA FECUNDIDAD)  
(DIFUSIÓN DE INNOVACIONES)

(MODELOS DINÁMICOS)

# **DIFFUSION THROUGH SOCIAL INTERACTION AND FERTILITY TRANSITION: EVIDENCES FROM COSTA RICA**

## **SUMMARY**

Explanations of the fertility transition in Costa Rica, as elsewhere in developing societies, have stressed the impacts of socioeconomic changes on the demand for children and of increased supply of family planning services. This paper goes beyond this demand-supply paradigm and examines the additional causal contribution of the “contagion” of birth control practices by social interaction. Aiming at conceptual precision, a simple dynamic model is used to simulate a fertility transition process with interaction diffusion effects. An inspection of the data about the Costa Rican transition shows several characteristics suggesting interaction diffusion effects, notably its pervasiveness toward all socioeconomic strata and the lack of evidence of a downward shift in fertility preferences. Maps of the timing of fertility transition indicate an ordered spatial pattern suggestive of contagion between neighboring areas. An areal regression analysis reveals inter- and within-area contagion effects on birth control adoption. Focus group discussions show real-life situations of interaction diffusion for birth control adoption. These discussions also give qualitative hints of the circumstances surrounding diffusion of birth control, as well as give hints of major value changes that paralleled fertility transition in Costa Rica.

(FERTILITY DECLINE)  
(DIFFUSION OF INNOVATIONS)

(DYNAMIC MODELS)

## **RECONOCIMIENTOS**

El artículo se basa en una ponencia presentada en el seminario “Values and Fertility Change”, organizado por la IUSSP y el Instituto Universitario Kurt Boesch en Sión, Suiza, febrero de 1994. La investigación de base del documento tuvo el apoyo de donaciones de la Fundación Andrew W. Mellon a la Universidad de Princeton, del Instituto Nacional de Salud del Niño y Desarrollo Humano de los Estados Unidos (NICHD) y de la Agencia Sueca de Cooperación en Investigación con los Países en Desarrollo (SAREC). El Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica también auspició esta investigación. Germán Rodríguez, Charles Westoff y Mark Montgomery hicieron valiosas sugerencias al manuscrito. Irene Aguilar y Zaida Salazar fueron las moderadoras de los grupos focales.

## INTRODUCCIÓN

Este artículo trata del papel de la difusión por interacción social en la transición contemporánea de la fecundidad, ilustrado con el caso de Costa Rica. La literatura acerca de las causas de la transición de la fecundidad tradicionalmente se ha concentrado en los determinantes socioeconómicos y culturales de la motivación por procrear una familia grande o pequeña. En menor grado, la literatura también ha considerado factores de la oferta que limitan o facilitan el acceso a la contracepción, es decir, los programas de planificación familiar. (A diferencia de cierta literatura económico-demográfica, los términos “oferta” y “demanda” se refieren aquí al bien “planificación familiar”, no al bien “hijos” de esa literatura.) El documento trata de un tercer tipo de agente causal de la transición de la fecundidad: la difusión autónoma, o el contagio, del control natal. Si los datos de Costa Rica dan soporte a la premisa de que un proceso de contagio social le dio forma al descenso de la fecundidad, entonces habría fundamento empírico para afirmar, como lo hace Simmons (1986: 189), que “los programas pueden generar su propia demanda a través de difusión de los usuarios tempranos al resto”.

El artículo incluye tres enfoques complementarios. Se presenta, en primer lugar, un modelo matemático abstracto para clarificar el significado del concepto que se está investigando: la difusión por interacción social. Luego se discute una serie de evidencias o indicios empíricos de tipo cuantitativo que, en conjunto, sugieren la existencia de efectos de difusión en la transición de la fecundidad costarricense. Estos indicios cuantitativos se complementan en la sección final del documento con testimonios de tipo cualitativo de mujeres que protagonizaron el proceso en estudio.

En estos testimonios cualitativos se busca indagar la plausibilidad de la hipótesis de difusión en las vidas y opiniones de mujeres de carne y hueso. El artículo es, por tanto, un intento deliberado por amalgamar tres niveles de discurso analítico (teórico-abstracto,

empírico-cuantitativo y testimonial-cualitativo), que al complementarse atenúan las debilidades propias de cada nivel aislado.

Desde los primeros estudios de la fecundidad se ha aludido a la posibilidad de que los flujos de información y la difusión de ideas desempeñan un rol significativo en la transición de la fecundidad. Caldwell (1982: 128-129) protesta que “a fines del siglo XIX y principios del XX, los gobiernos y otras instituciones casi invariablemente explicaban el control de la fecundidad como una innovación, es decir, como la difusión de ideas perniciosas”. Las teorías difusionistas renacieron en la década pasada, en parte como una reacción al limitado poder explicativo de las teorías basadas en el paradigma de la oferta y la demanda cuando se vieron confrontadas con la evidencia empírica del estudio de Princeton de la fecundidad en Europa o de la Encuesta Mundial de Fecundidad (Cleland y Wilson, 1987). Empero, la falta de claridad conceptual sobre el significado de “difusión” y la ausencia de mayor respaldo empírico han limitado el argumento difusionista. Este artículo intenta paliar estas limitaciones. Con el propósito de anclar la teoría en formulaciones más precisas, la primera sección del artículo usa un modelo matemático de tipo dinámico para simular un proceso de transición de la fecundidad, que incluye efectos de difusión por interacción. Luego se examinan evidencias cuantitativas de efectos de difusión en la transición costarricense. Este análisis cuantitativo es finalmente complementado con un examen de situaciones de la vida real extraídas de discusiones en grupos focales de mujeres en las cohortes que protagonizaron la caída de la fecundidad en Costa Rica.

La forma más obvia del argumento difusionista simplemente anota que la regulación de la fecundidad comienza en ciertos grupos antes que en otros, es decir, se “difunde” de un grupo social a otro (Bravo, 1992). El próximo paso lógico es preguntar si la diseminación del control natal puede explicarse por fuerzas socioeconómicas solamente y, si no, proponer la existencia de “otras” fuerzas que algunos han bautizado como difusión: “La cronología y la velocidad de la transición de la fecundidad dependen básicamente de dos factores: desarrollo socioeconómico ... y difusión del control natal.” (Retherford y Palmore, 1983: 295). Esta línea de razonamiento puede conducir a una infructuosa contraposición de explicaciones socioeconómicas y difusionistas. El ejemplo más influyente de esta dicotomización es el artículo de Carlsson publicado en 1966. Carlsson contrapone “innovación” a “ajuste” en la explicación de la adopción generalizada del control natal. En la explicación del

“ajuste”, la adopción del control natal es una respuesta a cambios en las condiciones socioeconómicas, en la cual el individuo echa mano de alternativas de comportamiento preexistentes. Los autores que privilegian la explicación de “innovación” desarrollan su argumento sobre la base de características relevantes del proceso de difusión *per se* en Europa y otras regiones; en particular, la aparente diseminación autónoma del conocimiento y uso de medios de control natal, el involucramiento en el proceso de todos los grupos sociales y el hecho de ser un evento que ocurre sólo una vez en la historia, es irreversible (Knodel, 1977; Van de Walle y Knodel, 1980; Watkins, 1987). Literatura emparentada con esta explicación propone que el cambio “ideacional”, en lugar del cambio material, es el motor de la transición de la fecundidad (Cleland y Wilson, 1987), con la difusión de ideas jugando un papel causal protagónico. Freedman (1987) también atribuye un rol protagónico a las ideas y estructuras mentales que se difunden a través de las redes nacionales y mundiales de comunicación y transporte, aunque él es menos peyorativo que Cleland y Wilson hacia las explicaciones de tipo materialista. En el extremo, todas las explicaciones del cambio en la fecundidad pueden ser incluidas dentro de un paradigma difusionista (Rogers, 1973; 1983). La aceptación o rechazo de la planificación familiar es explicada por el paradigma difusionista con conceptos tales como “el potencial adoptivo” de la innovación (es decir, como un atributo substancial del control natal) o por la personalidad “innovadora” de ciertos individuos. Llevada a este extremo, difusión es más una manera de pensar que una categoría sociológica de análisis.

La hipótesis central de este artículo (que el contagio social da forma a la transición de la fecundidad) conviene traducirla a la premisa clave de que *la adopción de control natal por algunos individuos influencia la probabilidad de adopción por otros*. Algunos autores han denominado este efecto como “retroalimentación endógena” (Erbring y Young, 1979). Casterline y Knight (1993) proponen tres mecanismos de comportamiento para este proceso de retroalimentación: 1) *Flujo de información*: cuando los individuos están desinformados de los métodos anticonceptivos disponibles, los usuarios iniciales pueden servir como fuentes de información para el resto. 2) *Efecto demostración*: cuando los individuos tienen dudas sobre los beneficios y costos de ciertas decisiones reproductivas, la experiencia y ejemplo de los que se han adelantado provee evidencia concreta de los costos y beneficios de decisiones similares. 3) *Cambios en el contexto normativo*: cuando las normas sociales prohíben ciertos comportamientos reproductivos, la

transgresión frecuente de tales normas puede llevar a su modificación. Estos mecanismos de comportamiento parecen plausibles tanto en sociedades pretransicionales como en transición, donde los individuos pueden tener un limitado conocimiento de la tecnología anticonceptiva; los ejemplos de regulación exitosa de la fecundidad pueden ser raros y las normas sociales pueden favorecer una fecundidad elevada. En una perspectiva más amplia, estos mecanismos pueden también actuar sobre valores que son críticos para que la fecundidad descienda, tales como las relaciones entre los sexos, el comportamiento religioso, la dirección de los flujos intergeneracionales de riqueza y los valores sobre la salud. Sean cuales fueren los mecanismos de comportamiento exactos, lo esencial del argumento difusionista en el presente artículo es que los individuos conversan entre sí y se observan mutuamente y, al hacerlo, transmiten información, creencias y valores en materia reproductiva y, consecuentemente, influyen unos a otros.

El documento se concentra en un aspecto particular de la difusión: aquella que se genera internamente en un sistema a través de la interacción social. Otros tipos de difusión pueden originarse en fuentes externas (medios de comunicación de masas, por ejemplo), o pueden ser resultado del mercadeo de propagadores profesionales o de la proliferación de ciertas agencias como las asociaciones de planificación familiar (Coleman, 1964; Brown, 1981; Mahajan y Peterson, 1985). Si este artículo fuese epidemiológico, versaría sobre la propagación de enfermedades por contagio de persona a persona pero no por exposición a un factor fijo (como un pozo contaminado). Esta focalización en la propagación de persona a persona no niega la importancia de otros canales de difusión tales como los medios de comunicación. Sin embargo, considera que la difusión desde fuentes externas bien puede acomodarse dentro del paradigma de oferta y demanda, como un factor más que influye en el costo-beneficio de los hijos y en los costos psicológicos y materiales de la anticoncepción. La difusión por interacción social, en cambio, agrega una nueva dimensión causal al paradigma: la adopción del control natal depende no sólo de factores personales e institucionales de la oferta y la demanda, sino también del grado en que otros individuos ya han adoptado la planificación familiar y la intensidad de la interacción entre usuarios y no usuarios. La literatura sico-sociológica es rica en referencias a modelos de influencia mutua como el aquí postulado, los cuales han recibido denominaciones tales como contagio, identificación, demostración, conformidad, imitación y grupo de referencia.

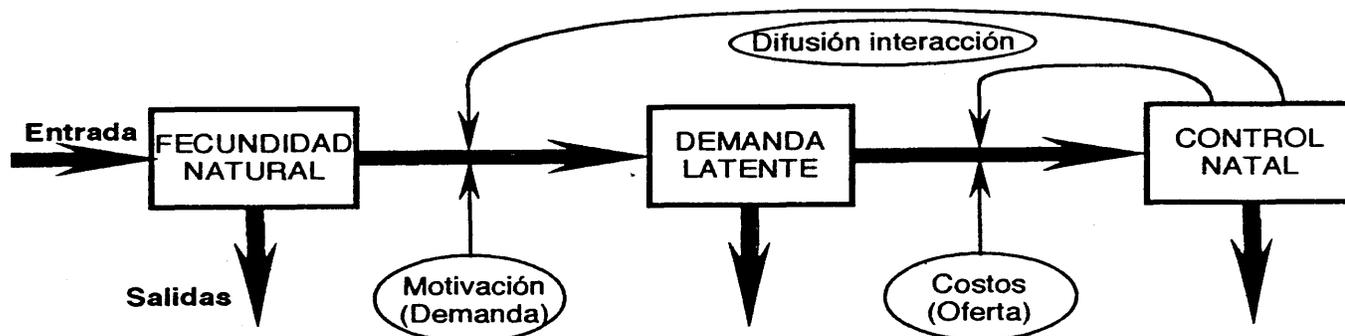
## SIMULACIÓN DE DIFUSIÓN CON UN MODELO

El gráfico 1 presenta un modelo de fecundidad, con difusión como un efecto de retroalimentación. El diagrama considera el proceso reproductivo como un sistema dinámico. Se definen tres estados: fecundidad natural, demanda latente (individuos motivados para controlar su fecundidad pero que no practican anticoncepción) y control natal. Hay flujos de individuos que entran y salen del sistema en la medida que entran a y salen de las edades reproductivas y las uniones maritales (las entradas son básicamente uniones de parejas fértiles y las salidas pueden ser muertes, rupturas de uniones y parejas que se vuelven infértiles). Dentro del modelo, las fuerzas motivacionales controlan el flujo del estado de fecundidad natural al de demanda latente. Estas fuerzas se representan en el modelo con la “tasa instantánea de demanda”, una abstracción que gobierna la velocidad de este flujo. Los costos de la anticoncepción, por su parte, determinan el paso del estado de demanda latente al de control natal, el cual es gobernado por la “tasa instantánea de oferta”. Factores de tipo socioeconómico y cultural están detrás de las fuerzas motivacionales o de demanda. Las fuerzas de la oferta se refieren a los costos de la anticoncepción, incluyendo barreras de tipo normativo, informativo, psicológico, económico y físico; éstos son costos que los programas de planificación familiar tratan de minimizar. En sociedades pretransicionales, la tasa de demanda es presumiblemente nula o muy reducida; toda o la gran mayoría de la población permanecería, entonces, en el estado de fecundidad natural. Un cambio en las fuerzas motivacionales puede producir o no un descenso en la fecundidad, dependiendo de los factores o tasa de la oferta. Si las barreras de los costos fuesen nulas (i.e. una tasa de oferta muy alta de alrededor de 1.0), nadie permanecería en el limbo de la demanda latente. Barreras de costos no nulas retienen a algunas parejas en el limbo de la demanda latente, una situación conocida en la literatura anglosajona como el “KAP-gap”, o brecha de conocimiento, actitudes y prácticas (Freedman, 1987: 66-67). Desde un punto de vista programático, esta brecha se considera como una demanda de planificación familiar insatisfecha (Westoff, 1988).

El diagrama causal considera difusión como una retroalimentación originada desde el estado de control natal, de acuerdo con la hipótesis ya mencionada de que *la adopción de control natal por algunos individuos influencia la probabilidad de adopción por otros*. Mientras más individuos se encuentren en el estado de control natal, más fuerte será

Gráfico 1

DIAGRAMA CAUSAL PARA LA ADOPCIÓN DE CONTROL NATAL

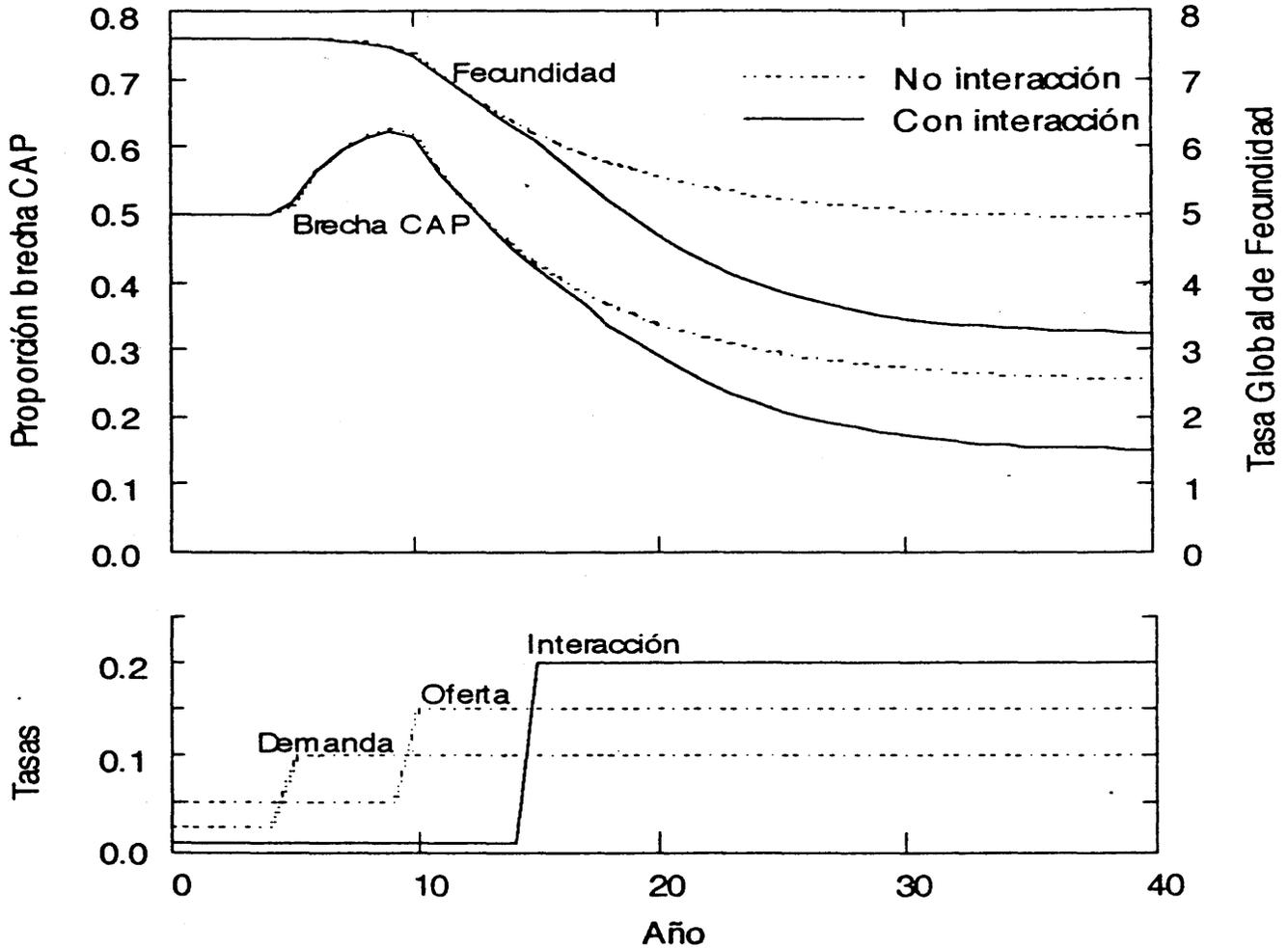


esta retroalimentación. La cantidad de individuos en el estado de fecundidad natural también influye el tamaño del flujo, el cual se torna pequeño cuando la mayoría de las parejas ya han pasado al estado de control natal. En analogía con modelos epidemiológicos de contagio, el modelo define una “tasa de interacción adecuada” para representar el contagio (una interacción adecuada de un “susceptible” es el contacto con otro individuo que resulta en la adopción de planificación familiar si el otro individuo es un “infectador”).

Para ilustrar las implicaciones del modelo, el gráfico 2 muestra un proceso de transición de la fecundidad, simulado con las ecuaciones diferenciales implícitas en el diagrama antes descrito (para mayores detalles véase Rosero Bixby y Casterline, 1993). En procura de simplicidad, la simulación asume una población estacionaria (igual cantidad de entradas y salidas del sistema). Los insumos para la simulación son las tasas de demanda, oferta e interacciones, como se muestra en el panel inferior del gráfico 2 (estas tasas son abstracciones cuyas unidades de medida no tienen otro significado que el de la velocidad de los flujos respectivos). Los productos de la simulación son la tasa global de fecundidad y la brecha CAP (la proporción de individuos en el estado de demanda latente entre todos los individuos motivados para controlar la fecundidad). Las líneas punteadas representan los productos de una simulación sin interacción, es decir con una tasa de interacción nula. La diferencia entre las líneas punteadas y las continuas representan el efecto de difusión.

Gráfico 2

**SIMULACIÓN DE EFECTOS DE DIFUSIÓN EN LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD**



La simulación parte de una situación de equilibrio, con tasas casi nulas tanto de demanda como de oferta y de interacción. Luego la simulación es alimentada con aumentos en las tasas de demanda (en el año 5), oferta (en el año 10) e interacción (año 15). En respuesta al incremento de la demanda en el año 5, se produce un pico en la brecha CAP, pero nada notable pasa en la fecundidad. La pequeña tasa de oferta es responsable de estas respuestas. Cuando la oferta se incrementa en el año 10, se inicia un descenso tanto en la brecha CAP como en la fecundidad. El incremento en la tasa de interacción en el año 15 acelera la transición de la fecundidad. Hasta el año 15 no se evidencian efectos

de difusión, principalmente porque la tasa de interacción es demasiado pequeña. (Esta tasa tiene que ser pequeña al inicio, pues de otro modo la planificación familiar se habría propagado con anterioridad desde un pequeño núcleo de usuarios al resto de la población.) A partir del año 15, la diferencia entre las curvas con y sin interacción sugiere un efecto potencialmente grande de difusión, tanto en la velocidad de descenso de la fecundidad como en el nivel postransicional de equilibrio. La difusión por interacción en esta simulación es responsable de una disminución de casi dos nacimientos en la tasa global de fecundidad en el nuevo nivel de equilibrio.

El modelo representado en el gráfico 1 es, claramente, una sobresimplificación, en especial porque asume una mezcla homogénea, esto es, que un individuo tiene la misma probabilidad de interactuar con todos y cada uno de los restantes miembros de la población. Una representación más realista debería suponer mezcla heterogénea a través de estratificación, así como efectos de difusión desde el mundo exterior (de individuos en el estado de control natal en otras poblaciones). En un sistema estratificado, con tasas de interacción diferentes en los distintos estratos y entre estratos, lo compacto e integrado del sistema social condicionará los efectos de difusión. En un sistema abierto, el grado de apertura de la población hacia el mundo exterior condicionará también el efecto de contagio desde fuera de la comunidad.

## **LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD EN COSTA RICA**

Costa Rica experimentó una de las más tempranas y rápidas, aunque incompleta, transiciones de la fecundidad en el mundo en desarrollo. La tasa global de fecundidad (TGF) cayó de 7.3 a 5.5 hijos entre 1960 y 1968, el año en que se dio inicio al programa nacional de planificación familiar, y posteriormente a 3.7 hijos en 1976, año en que el descenso paró abruptamente (UN, 1985). Esta caída de 3.6 hijos entre 1960 y 1976 fue superada en el mismo período sólo por las de Singapur y Taiwán (Coale, 1983: Cuadro 1). En la década siguiente a 1976, sin embargo, la TGF fluctuó erráticamente alrededor de 3.7 hijos y la tasa de prevalencia anticonceptiva osciló en 65-69% (ADC, 1987). Una moderada tendencia al descenso reiniciada a fines de los años 80 ha llevado la TGF a 3.0 hijos en 1990-1992 y la prevalencia anticonceptiva a 75% en 1992-1993 (CCSS, 1994: Cuadros 7.7 y 9.11). El vistazo que sigue toca

brevemente seis aspectos de la transición costarricense que, tomados en conjunto, sugieren una dinámica de difusión: 1) ausencia de control natal antes de la transición; 2) modificaciones de poca monta en las preferencias de tamaño de la familia durante la transición; 3) rápido ritmo de disminución de la fecundidad en comparación con el ritmo de desarrollo económico y social del país; 4) universalidad del descenso; 5) ordenamiento espacial en la transición; y 6) contactos interpersonales como principales canales de propagación de la información.

1. *Fecundidad pretransicional.* La determinación de si el control natal era conocido y aceptado antes de la transición es crítica en el debate innovación-ajuste (Carlsson, 1966; Knodel, 1977). Estimaciones retrospectivas muestran que hacia 1960, el año en que la fecundidad comenzó a disminuir, la TGF-conyugal era de alrededor de 8 hijos, la duración media de la lactancia de menos de 6 meses y la prevalencia anticonceptiva de 16% (Rosero Bixby y Oberle, 1989). Esta altísima fecundidad conyugal no es compatible con prácticas generalizadas de control natal. La corta duración de la lactancia es en parte responsable de la elevada fecundidad conyugal. La prevalencia anticonceptiva, aunque es baja, sugiere la existencia de un núcleo en que la práctica anticonceptiva era común. Ese núcleo era una emergente clase media urbana que utilizaba condón, ritmo y retiro (Rosero Bixby y otros, 1982). No es claro por qué el control natal no se propagó desde este núcleo al resto de la población antes de 1960. Algunos analistas sugieren que el detonante del proceso de difusión puede haber sido la introducción, por el sector comercial, de los anticonceptivos orales en 1962 y la atención prestada por los medios a este nuevo método anticonceptivo (Tin Myaing Thein y Reynolds, 1972).

2. *Preferencias del tamaño de la familia.* Encuestas levantadas en el curso de la transición muestran modestos cambios en las preferencias reproductivas de las parejas costarricenses. En la primera encuesta en el área urbana, levantada en 1964, las mujeres menores de 35 años declararon un tamaño deseado de familia de 3.9 hijos en promedio. El promedio correspondiente para la primera encuesta rural (1969) fue de 4.6 hijos. Estimaciones retrospectivas por cohorte para 1954 indican promedios de tamaño deseado de familia de 3.9 hijos en el área urbana y 4.5 hijos en el área rural entre mujeres de 20-24 años de edad (Rosero Bixby y otros, 1982: cuadros 5.3 y 5.8), valores que son similares a los promedios para 1964 y 1969. Hacia 1986, el tamaño deseado de familia se había reducido en menos de un hijo: a 3.1 en áreas urbanas y a 4.1 en áreas rurales (Hermalin y otros, 1989: cuadro 1). No hay, entonces, evidencia de un

“brinco” considerable en las preferencias reproductivas durante la década anterior a la transición; y durante ésta tampoco hay una reducción en las preferencias de magnitud comparable a la observada en la fecundidad. El contraste entre un cambio modesto en las preferencias y una caída notable en la fecundidad sugiere que las teorías motivacionales por sí solas tienen un limitado poder explicativo en Costa Rica.

Pareciera que por décadas las mujeres costarricenses querían familias de tamaño moderado, pero tenían familias grandes. La encuesta urbana de 1964 muestra que el 47% de las entrevistadas expresan el deseo de regular su fecundidad pero no están usando anticonceptivos; y la encuesta rural de 1969 muestra esta proporción en 78% (Gómez, 1989: cuadro 4.7). Estas cifras no dejan dudas de la existencia de una considerable brecha CAP en los años iniciales de la transición de la fecundidad, especialmente en las áreas rurales. En contraste, para 1976 las cifras comparables son 32% en áreas urbanas y 38% en rurales; y para 1986 éstas son de 20% y 27%, respectivamente. Esta reducción abrupta de la brecha CAP sugiere que factores distintos de los motivacionales hicieron una contribución sustantiva a la transición de la fecundidad en Costa Rica. Esos otros factores pueden haber sido una mayor disponibilidad y aceptabilidad de anticonceptivos y la propagación por interacción social postulada en este artículo.

3. *Rapidez relativa de la disminución.* La fecundidad en Costa Rica cayó en 50% en solamente 15 años. En los mismos y previos años la economía nacional creció substancialmente. La tasa de crecimiento real del Producto Interno Bruto fue de 6.5% anual en las décadas de 1960 y 1970 (Lundahl, 1991). El ritmo de desarrollo social fue incluso más acelerado. Stycos (1982: 17-18) singulariza el incremento en la escolaridad como la principal causa del descenso de la fecundidad: “entre 1950 y 1963, y otra vez entre 1963 y 1973, tuvieron lugar enormes incrementos en la proporción de mujeres jóvenes con educación primaria completa: de 22% en 1950, la proporción subió a 40% en 1963 y a 72% en 1973 ... hacia 1963 tanto la universalidad del alfabetismo y los incrementos mayúsculos en la proporción con primaria completa señalaban el descenso de la fecundidad de los años 1960.” Estos rápidos incrementos en el ingreso y la educación sin duda estimularon la adopción de la planificación familiar en los costarricenses. Empero, varios esfuerzos por cuantificar su impacto sugieren que estos factores explican sólo una fracción del descenso. Un estudio basado en datos censales concluye que el 22% de la disminución de la fecundidad entre 1960 y 1970 podría atribuirse a las mejoras en la educación de la mujer (Behm

y Guzmán, 1979). Otro estudio basado en datos de encuestas concluye que los cambios en el nivel educativo, la estructura ocupacional y el empleo femenino explican en conjunto el 22% de la disminución de la fecundidad en las áreas urbanas y el 15% en las rurales, en los períodos 1961-1973 y 1966-1973, respectivamente (Rosero Bixby y otros, 1982: 41).

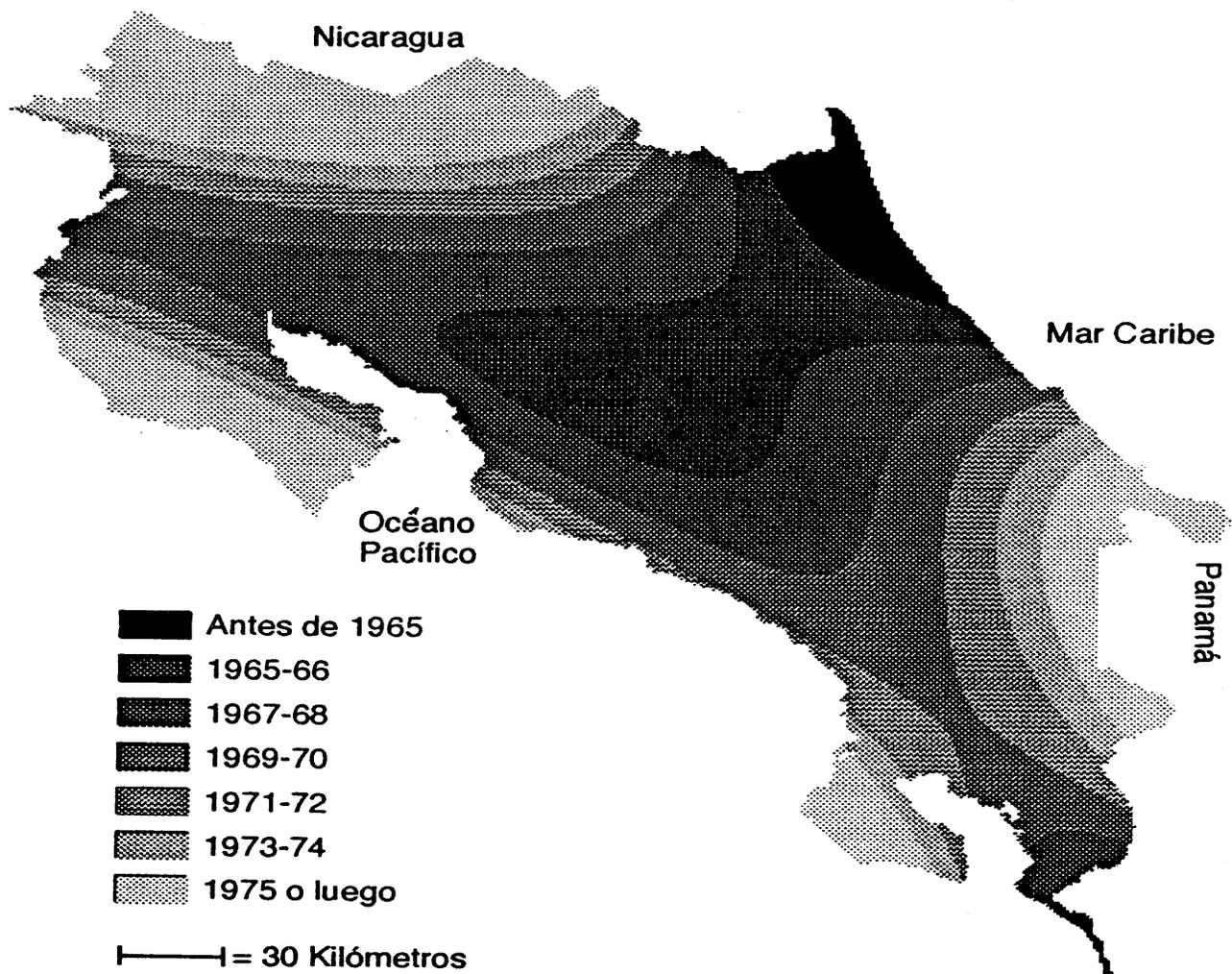
4. *Universalidad del descenso.* El limitado poder explicativo del cambio socioeconómico simplemente es un reflejo de la participación de todos los estratos socioeconómicos en el descenso de la fecundidad. A principios de los años sesenta, los diferenciales socioeconómicos de la fecundidad eran considerables y en aumento (Behm y Guzmán, 1979). El descenso de la fecundidad se inició en las clases medias urbanas, e inicialmente se limitó a ellas, en particular en las mejor educadas. En la década de los setenta, el proceso se extendió a todos los estratos. Aun entre las esposas de campesinos analfabetos, una mayoría había adoptado la planificación familiar hacia la segunda mitad de la década (Rosero Bixby y otros, 1982: 78-79; Stykos, 1982: 25). La rápida propagación del control natal a todos los estratos socioeconómicos es uno de los aspectos más impactantes de la transición de la fecundidad en Costa Rica. Un patrón en que el comportamiento innovador adoptado inicialmente por una elite rápidamente permea a todos los estratos, es altamente sugestivo de contagio social, y levanta dudas de que los cambios estructurales en la economía y la sociedad sean suficientes para explicar el curso de la fecundidad en Costa Rica desde 1960.

5. *Propagación geográfica.* La evolución en el tiempo de las diferencias geográficas en la fecundidad fue análoga a la evolución de las diferencias socioeconómicas: se ampliaron en los primeros años de la transición, alcanzaron un máximo alrededor de 1966/1967 y se redujeron luego (Klijzing, 1982). Un estudio detallado de estos patrones concluye que “La adopción del control natal ocurrió primero en el centro principal de innovación, San José, y se propagó gradualmente hacia la periferia” (Fridman, 1984: 169). El patrón de propagación de la planificación familiar a todos los rincones del país es otro indicio de difusión por interacción.

El mapa del gráfico 3 resume la secuencia espacio-temporal del inicio de la transición de la fecundidad en Costa Rica. El mapa muestra una superficie suavizada del año en que la tasa general de fecundidad conyugal traspasó un umbral de 0.350. Los años-umbral observados en 100 áreas pequeñas del país (un injerto de los cantones y distritos) están suavizados con la técnica de la “tendencia-superficie” (Cliff y Haggett, 1988). El suavizamiento se hizo con una superficie cúbica, la cual se ajustó con regresión a las coordenadas geográficas de los centroides de

Gráfico 3

MAPA DEL AÑO UMBRAL DE LA TRANSICIÓN DE LA FECUNDIDAD



las áreas, con un R-cuadrado ajustado por grados de libertad de 0.46. El mapa sugiere que la transición se inició en la parte central y nordeste del país y se propagó rápidamente por un corredor paralelo a la costa pacífica. La primera ola de descenso de la fecundidad es solamente una extrapolación del Valle Central hacia un área deshabitada en el nordeste. La primera ola sustantiva en el mapa (años-umbral 1965-1966) abarca el Valle Central y la parte norte de la provincia de Limón. En los dos años siguientes a esta ola, el descenso de la fecundidad se propagó alrededor de 120 km. hacia el oeste. Estas primeras olas cubrieron vastas

superficies del país, una indicación de rápida propagación. Más tarde, sin embargo, la transición se mueve con mayor lentitud hacia Nicaragua al norte y Panamá al este, avanzando solamente alrededor de 10 km. cada dos años. Las bandas cada vez más angostas de la propagación en los años setenta sugieren la existencia de barreras a la difusión, las que bien pudieron haber sido de naturaleza cultural, dado que en estas áreas la población se asemeja culturalmente más a la de los países vecinos que a la del Valle Central. Resultados muy similares a los descritos se obtuvieron en mapas en que el año de inicio de la transición se definió como aquel en que la tasa de fecundidad cruzó un umbral de 90% del nivel observado en la década de 1950.

El orden espacial evidenciado por este mapa sugiere que la difusión por interacción social, a través de los contactos entre áreas adyacentes, pudo haber influido en la cronología de la transición. Este patrón espacial no es, sin embargo, una prueba concluyente de difusión. Bien puede ser simplemente el reflejo del patrón espacial del desarrollo del país en esos años o, en general, del comportamiento de los diversos componentes de la oferta y la demanda.

6. *Canales de propagación del mensaje.* Datos de encuestas de fecundidad acerca de la manera en que las costarricenses se enteraron de la planificación familiar muestran que la interacción con amigas y parientes fue el canal más importante para la propagación del mensaje (cuadro 1). Entre uno y dos tercios de las mujeres en diferentes cohortes se enteraron de la planificación familiar por conversaciones con amistades y parientes. En las etapas más tempranas de la transición (antes de 1964, áreas urbanas) el esposo fue la fuente más importante de información, pero es probable que una mayoría de hombres también se haya enterado a través de amistades y parientes. El personal de salud es la segunda fuente de información más importante. Su importancia llegó a un máximo (30%) en las cohortes que adoptaron la planificación familiar a fines de los años sesenta y principios de los setenta, es decir, en la época de mayor auge del programa nacional de planificación familiar. Los medios masivos de comunicación no aparecen en estas encuestas como un vehículo particularmente importante para propagar el mensaje de la planificación familiar. Los datos del cuadro también muestran que las generaciones más jóvenes están cambiando en favor de las madres y la educación formal como fuentes principales de información, un cambio lógico, dado que se trata de una segunda generación de usuarias de planificación familiar y que la educación sexual se está institucionalizando dentro de los programas de enseñanza formal de escuelas y colegios.

Cuadro 1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA FUENTE DE CONOCIMIENTO ORIGINAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. COSTA RICA, ENCUESTAS DE 1964, 1969 Y 1992**

Encuesta y edad a la encuesta	Total	Madre	Esposo	Amigas/parientes	Personal de salud	Escuela/cursos	Medios/lecturas
<b>1964-Urbana</b>							
20-49	100	2	54	23	19	-	1
<b>1969-Rural</b>							
35-49	100	2	10	55	23	1	9
25-34	100	1	9	56	22	2	10
15-24	100	1	2	67	12	4	13
<b>1992-Nacional</b>							
35-49	100	7	3	37	30	14	10
25-34	100	11	2	32	18	32	6
15-24	100	25	2	36	7	26	5

**Fuentes:** Gómez (1968: Cuadro 70); archivo original de datos de la encuesta PECFAL-Rural 1969; Caja Costarricense de Seguro Social, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1992-93.

## CUANTIFICACIÓN DE EFECTOS DE DIFUSIÓN

La hipótesis de difusión por interacción fue confirmada por un análisis econométrico de un juego de 100 series temporales de 1958 a 1988 (lo que equivale a 33 cortes transversales anuales), correspondientes a 100 “cantones” de Costa Rica. Estas unidades de análisis fueron definidas sobre la base de la división territorial del país en 81 cantones y 420 distritos, de modo de mantener comparabilidad en el tiempo y de tener unidades con cierto grado de homogeneidad socio-espacial (Rosero Bixby, 1991). La descripción de los datos, la metodología y los resultados de este análisis aparecen en otra publicación (Rosero Bixby y Casterline, 1994). Análisis similares con datos de Taiwán sugieren también la existencia de difusión por interacción, por encima y más allá de cualquier influencia programática y socioeconómica (Montgomery y Casterline, 1993). El cuadro 2 muestra los efectos de difusión estimados a nivel de cantón con las series temporales antes citadas y luego de controlar las características socioeconómicas y programáticas del cantón. Se estimaron con regresión múltiple dos tipos de efectos de difusión: intracantonales e intercantonales. Los efectos intracantonales corresponden al predictor prevalencia anticonceptiva estimada para el año anterior y su cuadrado.

Los efectos intercantonales corresponden al predictor prevalencia anti-conceptiva en otros cantones relevantes (promedio ponderado por el volumen de interacción social con el cantón índice, estimado por el cantón de origen de las parejas jóvenes en el censo de 1994). Se estimó también la interacción de la difusión intracantonal con el grado de homogeneidad social y geográfica del cantón, así como la interacción de la difusión intercantonal y el grado de apertura del cantón al mundo exterior.

El cuadro 2 presenta los resultados de dos formulaciones estadísticas. Sin entrar en detalles de procedimientos econométricos complejos, basta señalar que ambos procedimientos toman en cuenta la posibilidad de los siguientes problemas que suelen afectar a este tipo de estimaciones: residuos autocorrelacionados dentro de cada serie temporal, variancia no-constante de un corte transversal a otro (heterosedasticidad) y endogeneidad por el uso de la variable dependiente retardada como variable independiente. La abreviatura "MCG-VI" asignada a los dos juegos de estimaciones indica que se usaron "Mínimos Cuadrados Generalizados con Variables Instrumentales" para conjurar estos posibles problemas. El segundo juego de estimaciones, MCG-VI-DEV, se obtuvo después de transformar todas las variables en desviaciones (diferencias) del promedio del cantón respectivo. Esta transformación elimina la posibilidad de que los errores estén correlacionados con las características socioeconómicas o programáticas del cantón, pero como contrapartida la estimación pierde poder estadístico y los errores en los datos se amplifican.

Los efectos en el cuadro 2 pueden interpretarse del siguiente modo. De acuerdo con la estimación MCG-VI de la *difusión intracantonal*, en cantones con cohesión social y geográfica bajas, donde el 20% practica control natal, un incremento de un punto en este porcentaje estimulará por contagio de ideas un incremento de 0.65 puntos en el período siguiente. La cifra comparable en cantones que presentan un 40% de control natal es 0.30. Los *efectos intercantonales* no se estimaron condicionados al nivel de control natal: de acuerdo con la estimación MCG-VI, incrementos de un punto en la práctica de control natal en otros cantones relevantes resultan en incrementos de 0.31 en el cantón índice en el período siguiente. La estimación MCG-VI-DEV produce resultados más conservadores (aunque quizás teóricamente superiores) de los efectos intracantonales que la anterior, efectos intercantonales más intensos e interacciones no significativas con cohesión y apertura. El mensaje de estas estimaciones es que los efectos de difusión persisten aun después de las más rigurosas pruebas estadísticas, aunque la magnitud de estos efectos varía dependiendo del procedimiento usado.

Cuadro 2

**EFFECTOS DE DIFUSIÓN POR INTERACCIÓN EN REGRESIONES  
CON SERIES TEMPORALES DE 100 CANTONES.  
COSTA RICA, 1958-88**

Proporción de control natal	Modelo MCG-VI		Modelo MCG-VI-DEF	
	<b>Difusión intracantonal</b>			
	Cohesión			
	Baja	Alta	Baja	Alta
0.00	1.00	1.08	0.35	0.32
0.20	0.65	0.73	0.19	0.16
0.40	0.30	0.38	0.03	0.00
0.60	-0.06	0.02	-0.13	-0.16
	<b>Difusión intercantonal</b>			
	Apertura			
	Baja	Alta	Baja	Alta
Todas	0.31	0.36	0.50	0.46

**Fuente:** Rosero Bixby y Casterline, 1994.

Efectos controlados por indicadores de desarrollo socioeconómico, mortalidad en la niñez, cobertura de seguridad social, acceso a servicios del programa de planificación familiar, una tendencia lineal del tiempo y nivel de la fecundidad pre-transicional.

Ambos juegos de estimaciones indican que los efectos de difusión intracantonal son más fuertes en las etapas iniciales de la transición de la fecundidad. La importancia decreciente de la difusión refleja en parte el agotamiento de la reserva de personas que aún no han adoptado la planificación familiar. Refleja también la mayor relevancia de los mecanismos de difusión antes descritos –flujos de información, efecto demostración y cambio en el contexto normativo– en las primeras etapas de la transición. Conforme el proceso avanza, los flujos de información y efectos demostración pueden pasar a agentes externos (tales como los mensajes de información y educación en planificación familiar y la consulta médica) e instituciones sociales (la familia y la escuela). Según la estimación MCG-VI, la difusión intracantonal desaparece cuando la práctica del control natal es de alrededor de 60%. La cifra comparable de la estimación MCG-VI-DEV es 40%, una proporción que parece muy baja. Estas estimaciones para Costa Rica no permiten aceptar la hipótesis de que la difusión está condicionada por la homogeneidad interna de las comunidades y su grado de apertura al mundo exterior.

## **EVIDENCIA CUALITATIVA DE GRUPOS FOCALES**

¿Es la hipótesis de difusión por interacción plausible en la vida real? Datos cualitativos de grupos focales sirvieron de base para abordar esta pregunta. En noviembre de 1993 efectuamos seis sesiones de grupo, con las siguientes poblaciones:

- Dos en barrios populares de la ciudad capital, San José
- Dos en pueblos tradicionales del Valle Central (Puriscal y Orosi).
- Dos en pueblos en áreas costeras al noroeste (Santa Cruz y Cañas).

Los grupos constaban de ocho mujeres por sesión. Las participantes son mujeres de 45-59 años de edad, con al menos un hijo y alguna experiencia en planificación familiar. Fueron seleccionadas de entre lo que podría llamarse clase media costarricense: habitan viviendas humildes pero bien mantenidas y con todas los servicios básicos (electricidad, agua, servicio sanitario, pisos no de tierra), no tienen automóvil familiar y generalmente han completado la educación primaria. La mayoría de las participantes son amas de casa, y entre las pocas que no lo son, la ocupación predominante es maestra de primaria.

Las costarricenses en este grupo de edades son testigos de excepción y principales protagonistas de la transición de la fecundidad. Estas cohortes iniciaron su período reproductivo bajo un régimen de fecundidad natural y lo terminaron bajo fecundidad controlada. Las tasas de fecundidad por edad muestran que las cohortes nacidas entre 1930 y 1945 aproximadamente (edades 45 a 59 en 1990) fueron responsables de la mayor parte del descenso de la fecundidad en Costa Rica (Rosero Bixby, 1983: cuadro A2). Las cohortes anteriores y posteriores añadieron poco al descenso de la fecundidad ocurrido en las cohortes 1930-1945.

Dos sicólogas con experiencia en grupos focales para estudios de mercado moderaron las sesiones. El presente artículo se basa en la observación directa de los grupos, las notas de las sesiones, las transcripciones literales y las cintas grabadas. Como es usual con las investigaciones cualitativas, los resultados que se presentan no pretenden ser representativos de la población en el sentido estadístico del término y la selección e interpretación de testimonios tienen un innegable margen de subjetividad.

Para poner en contexto el tema de la difusión, conviene examinar primero las discusiones en torno al tópico general de los determinantes

del paso de familias grandes a familias pequeñas y del proceso de adopción de la planificación familiar. En todos los grupos las discusiones giraron espontáneamente alrededor de cinco tópicos (además del de difusión y del relato de experiencias personales con los métodos anti-conceptivos): 1) educación sexual y acceso a la anticoncepción, 2) salud, 3) relaciones de género, 4) religión y 5) factores socioeconómicos. Pareciera que éstas son las cinco dimensiones de la toma de decisiones reproductivas, según las participantes en las sesiones. En especial, las tres primeras dimensiones dominaron gran parte de las sesiones. La impresión duradera de la observación de los grupos es que las participantes consideran que la caída de la fecundidad se debió no tanto a factores socioeconómicos (cambios en las condiciones materiales de vida) como a cambios en los modos de pensar en lo referente a sexo, salud de la mujer, relaciones de género y religión, así como al incremento en la oferta de anticonceptivos. Examinemos brevemente el contenido de las discusiones alrededor de estos cinco tópicos.

### **Educación sexual y acceso a la anticoncepción**

Las discusiones acerca de por qué la gente tenía antes muchos hijos y ahora tiene pocos desembocan invariablemente en la falta de anticonceptivos e ignorancia sobre el sexo en el pasado. Las siguientes son explicaciones típicas de la alta fecundidad en el pasado:

**Dora:** Yo diría que una parte era más que todo ignorancia y la otra parte que no existían medios. Se llenaban de hijos porque no tenían ningún conocimiento acerca de eso.

**Zelmira O.:** ...antes había más familia que ahora, porque antes no se veía tanto la planificación familiar como lo hay ahora..., nosotros íbamos ahí... ¡llevándonos cada sorpresa! Que hoy me vino la menstruación y ya el otro mes no nos vino. Cada hijo nos daba cada sorpresa porque uno hacía el hecho y lo menos que se imaginaba era que quedaba embarazada.

**Dinora:** Yo creo en lo mismo que dice ella. Antes era por sencillez de uno que salía embarazada y salía embarazada y ya está y no había nada qué pensar.

A menudo las participantes indican que esta falta de acceso a la anticoncepción producía embarazos no deseados, una manifestación de la brecha CAP.

**Ana Cecilia:** ... mi suegra dice que a ella no le hubiera gustado tener el número de hijos que tiene, a ella le hubiera gustado cuatro, tres menos de los que tienen, no planificaba no porque no quería sino porque no tenían esa opción.

**Flor C.:** Mi mamá dice: “yo a todos mis hijos los adoro sobre todas las cosas, pero si yo hubiera sabido una forma de planificar hubiera tenido menos hijos”.

**Olga C.:** ...yo todo el tiempo he pensado que si en aquella época que yo me casé hubiera existido la planificación, como está ahora en la mano (ahora las personas no planifican porque no quieren), yo sólo hubiera tenido dos hijos. Tuve cuatro, un aborto y un parto prematuro que se me murió, por todos seis. Yo sólo hubiera tenido dos hijos en mi vida.

Las quejas de las participantes por su propia ignorancia acerca del sexo y asuntos reproductivos son frecuentes. Estas quejas emergen espontáneamente en los grupos. Los tópicos reproductivos eran tabú en la época en que las participantes se desarrollaron y casaron. La comunicación con las madres sobre estas materias era prácticamente inexistente y no se conocía la educación sexual. Muchas participantes mencionan espontáneamente su experiencia con la primera menstruación –su temor e ignorancia– para puntualizar la falta de educación sexual y comunicación con las madres. En general se da a entender que la planificación familiar fue una innovación, un punto que es crítico en muchos argumentos difusionistas.

**Ma. Elena:** Pues yo también pienso que era la ignorancia acerca de la planificación, porque era como un tabú hablar de planificación y ni siquiera las señoras que se casaron sabían a lo que iban.

**Angelina:** La mamá mía era tan estricta que yo me casé y no sabía por dónde nacía el niño, porque le decían a uno que era por el estómago, que le rajaban el estómago...

**Ma. Teresa O.:** Es que antes no se hablaba de eso. Uno nunca oía que hablaban de cosas así, más bien uno no se daba cuenta ni de la menstruación ni nada, jamás; mucho menos hacer comentarios de planificar.

**Aída:** Aquello era un secreto, un mito.

**Olga O.:** Yo sinceramente nunca oí a mamá sobre planificación.

**Damaris:** Daba pena preguntarle a la mamá.

**Betty:** ... éramos once y mi madre, muy mayor; yo era de las últimas, nunca tuvo una relación de confianza conmigo, yo la respeté y

la adoré sobre todas las cosas, pero mi mami nunca conversó conmigo ningún aspecto relacionado con el sexo ni siquiera me habló de la regla. Cuando a mí me vino la regla, cuando yo estaba con monjas, fue la experiencia más asustadiza que pudo haber tenido una mujer, era una ignorancia tremenda en cuestión de sexo y en esa forma me casé también sin saber nada...

**Dinora:** En mi tiempo no. Yo me casé de 16 años y ya le digo que ni de la menstruación que me iba a venir, porque mi mamá decía: “La van a asustar, la van asustar” ... Uno se casó inocentemente ... En mi caso mi mamá no me contaba nada. Yo me casé y de eso de planificación nada...

**Esperanza:** A mí nunca me dijeron ni de la menstruación. Cuando a mí me vino eso yo me asusté toda. Vale que, gracias a Dios, había una prima más viva que yo y le dije...

**Lidia:** Ese tema siempre fue algo limitado. Yo me acuerdo que incluso cuando me vino la menstruación era una cosa que yo no hallaba ni cómo hablar ni nada, porque ya una vez había preguntado qué era una toalla y mi madre, con su poco estudio y la formación que le dieron a ella, no me quiso decir.

**Xinia:** Antes eran muy reservados, así lo criaron a uno. Daba vergüenza hacerle una pregunta al doctor... Al menos a mí nunca me dijo mi mamá: a usted le va a bajar la regla ...

**Yolanda:** ...como mi mamá fue criada en un ambiente de campo, una familia que no tuvo mucha preparación, ella nunca, al menos a mí y a las hermanas que me siguen, nunca nos habló de la regla, ni nada de eso...

**Zelmira:** En el colegio yo creo que no, no nos decían todavía, daban biología, pero no.

**Sonia:** ... yo era ignorante de eso. Ni siquiera en quinto año nos hablaban de eso. Estudiamos biología pero nunca nos hablaron de planificación. Me informé cuando me casé, por medio del ginecólogo.

Paralelamente con los reproches anteriores, las participantes dan a entender que la situación ha cambiado, que hoy la gente es más abierta en cuestiones reproductivas, que hay más comunicación con las madres y que los niños están recibiendo alguna educación sexual. Estos cambios en actitudes y valores hacia la reproducción y el sexo se mencionan como parte de la explicación del descenso de la fecundidad observado por las participantes. En el contexto de un modelo con efectos de

difusión, estos cambios sugieren que un incremento en la “tasa de interacción” puede ser un factor explicativo de la transición. Más adelante retornamos sobre este punto.

**Isabel O.:** En cambio ahora, las mamás les cuentan todo a los chiquitos. En cambio antes no, yo tenía una vecina, un día llegué a decirle a mami que a fulanita le regalaron un bebé y me dijo: “Sí, pasaron dejándoselo, a mí me lo ofrecieron pero te tengo a vos y yo, más chiquillas, no”. Yo no le notaba el estómago, ni tenía malicia, en cambio ahora a los chiquitos les dicen [señalando su vientre]: “aquí está su hermanito”... Sí, mi mamá también callaba, nada le contaban a uno, ni de la menstruación. A mí cuando me vino yo me asusté... En cambio ahora las chiquillas, en la escuela y en todas partes lo hablan.

**Lidia:** Sí, era más bien como miedo, así como se lo habían infundido a ellas, ellas lo transmitían, que eso es lo que nosotros no hacemos ahora.

**Marita:** ... porque hubo más información ya llegó otra forma de pensar en los hogares, se instruyó más la planificación familiar; antes era un mito, era desconocido...

## Salud

Los indicadores de la salud en Costa Rica están muy por encima de lo que cabría esperar, dado el nivel de desarrollo económico del país (Rosero Bixby, 1993). La esperanza de vida, por ejemplo, es de 75 años en 1990, es decir, similar a la de los países más desarrollados. Estos excelentes niveles sugieren que la salud en Costa Rica es un bien muy importante, no sólo en los programas y políticas públicos, sino también en las vidas privadas de la gente. No es entonces mayor sorpresa que las participantes en los grupos focales mencionaran frecuentemente el tópico de la salud. Este tópico emerge espontáneamente como muy cercano a todo lo referente con el tamaño de la familia y las decisiones acerca de usar anticonceptivos.

La manera más obvia en que las participantes vinculan la salud con la reproducción, es en el rol pasivo del médico y el establecimiento de salud como proveedor de consejos y de métodos anticonceptivos bajo demanda. Este es el rol que se espera que desempeñen los programas de planificación familiar integrados al sector salud. Las parejas, en estas situaciones, ya se encuentran motivadas y han adquirido un conocimiento básico acerca de planificación familiar.

**Ana Cecilia:** Yo había escuchado qué era planificar no tan a fondo –a veces uno lee un periódico o escucha un programa de radio por ahí–, pero yo no sabía de ningún tipo de planificación seguro, ni mucha importancia de lo que era la planificación sino hasta que el médico me llamó a una charla y él me explicó qué se podía usar. Y fue con DIU con lo que yo empecé a planificar, entonces él me dio el conocimiento de lo que era y de ahí para acá fue que yo empecé a planificar. Yo creo que yo había visto un librito que daban no sé..., en alguna parte, creo que en la Unidad Sanitaria...

**Flor C.:** ...desde que me casé tuve las tres hijas y yo nunca planifiqué. Cuando tuve la tercera sí, porque me fue muy mal en el parto y me dio miedo tener más hijos; de ahí en adelante hubo un doctor aquí que me inyectaba todos los meses y con eso planifiqué un tiempo, después con la pastilla y cuando ya tuve cierta edad mi ginecólogo era Mangel y me quitó todo; ¡ah, bueno! con la T de cobre también planifiqué, y después él me quitó eso y yo le dije: doctor, cuidado, porque yo tengo miedo de volver a tener otro hijo más...

**Zelmira:** El caso mío, yo recién casada no planifiqué cuando nacieron los dos primeros, prueba de ello es que son bien seguidos (cuando tenía 14 meses el mayor nació la segunda). Claro, de ahí en adelante yo me asusté mucho y me fui donde el ginecólogo que me veía y él me recomendó primero pastillas, después DIU, T de cobre.

**Xinia:** Yo más me guíé por la Unidad Sanitaria, ahí pasaban películas de cómo usar los anticonceptivos, las pastillas y otros métodos. Daban siempre hojitas, esos papelitos de los métodos y explicaban cómo se usaban.

Más allá del rol pasivo del sector salud, a menudo las participantes anotan que la motivación para planificar la familia surge de consideraciones de salud, incluyendo no sólo prevenir enfermedades y sufrimiento sino también una mayor conciencia de las mujeres sobre sus propios cuerpos y la importancia de mantenerlos saludables. Un incremento en el aprecio de un cuerpo saludable podría, entonces, contarse entre los cambios de tipo ideacional que precipitan el descenso de la fecundidad.

**Cecilia:** Ya uno tiene más conciencia de la salud de uno.

**Mayela:** Es que uno se cansa también. Le da miedo saber uno, se le hace como un trauma, que tiene que llegar al hospital, y el dolorcito aquel... y ya comienza a pensarlo uno mucho...

**Teresa:** Yo por puro temor de los achaques, le dije a mi esposo que había que buscar alguna forma de no quedar embarazada...

**Xinia:** También yo soy pendeja: a mí me daba pavor quedar embarazada.

**Teresita:** ... uno desea distanciar los nacimientos. Entre más hijos tiene uno la mujer se va deteriorando físicamente...

**Gladys:** El me decía que él quería que yo tuviera sólo dos hijas. A mí me pareció porque a mí también me iba muy mal, igual que a la señora (Teresa). Con la menor pasé seis meses vomitando, la pancita era chiquitita, nació chiquitita, pesó seis libras y cinco onzas. Entonces yo dije para qué voy a tener más, ya los otros no van a nacer.

**Luz:** Incluso yo cuando ya tuve la pérdida, después quedé embarazada de la última chiquita que tengo; entonces yo fui donde un doctor y le dije que si él creía que a mí me podían operar, entonces él me dijo que por qué, yo le dije que ya no quería más hijos, que las pastillas me estaban poniendo muy gorda. El doctor dijo: hay dos problemas, estás muy joven y no tenés várices, porque antes operaban a las mujeres que tenían várices; dijo: vamos a hacer todo lo posible... A los dos meses de nacida la chiquita me operaron.

El contacto con el sistema de salud también parece haber sido decisivo para que algunas mujeres tomaran la decisión de controlar su fecundidad. En estos casos el sistema de salud es un generador de demanda y no sólo un proveedor de oferta. La mayor disponibilidad y acceso a los servicios de salud y un incremento en la utilización de estos servicios (especialmente para la atención prenatal y del parto) pudieron, por tanto, haber contribuido a la transición de la fecundidad. (Más adelante se muestra que las salas de espera de los centros de salud también facilitaron la interacción social en asuntos reproductivos.)

**Lidia:** Cuando una se mejoraba del primer hijo, una seguía yendo a control de niño sano y ya le hablaban de la planificación ahí mismo en la Unidad en aquel entonces, hace 24 años.

**Olga O.:** ...después de que tuve mi primer hijo, el médico que me atendió me hizo mucho hincapié en la planificación. No sólo doña Carmen, antes me aconsejó el pediatra que me vio la chiquita.

**Luz:** ...cuando yo estaba embarazada del mayor, cuando ya me faltaba poquito para mejorarme, me dijeron que si yo pensaba planificar... Una enfermera. Entonces yo le dije que sí y me dijo que en cuanto salga del embarazo usted viene aquí y nosotros la mandamos a planificación.

**Ana Cecilia:** Yo conocí la planificación porque tuve mis ... cuatro hijos en tres años y cuando yo fui a la Maternidad Carit con el cuarto hijo ... fíjese que me dice el doctor: “Ah no, usted a su edad (en esa época yo creo que tenía como 19 años) a ese paso que va usted o se va a morir o quién sabe que va a pasar con usted, lo mejor es que siga planificando”. A mí me sonó muy bien.

**Ma. Antonia:** Hace 22 años que me mejoré de la cosecha más grande que tengo de niños. Entonces fui donde el médico y me regaló una caja y yo no sabía para qué era y me la llevé para la casa. El me la dio y me dijo: tome esto para que lo use usted, y yo le pregunté: “¿Esto para qué es?”, y me dice: “Para su marido”...

Algunas veces el personal de salud parece haber ejercido liderazgo en la comunidad. En estos casos, el personal no se limitó a esperar en la unidad de atención, sino que salió al encuentro de la población fuera de la clínica, para promover la planificación familiar. En uno de los grupos focales –el efectuado en Orosi, un pueblecito tradicional en el Valle Central– aparentemente todas las participantes fueron motivadas a planificar la familia por *Doña Carmen*, la enfermera a cargo del centro de salud del pueblo por muchos años.

**Mayela:** Por medio del centro de salud. Doña Carmen siempre iba a las casas y le hablaba a uno de eso. Era una trabajadora social o enfermera, visitaba, guiaba, le ayudaba a uno...

**Isabel O.:** Sí, inclusive cuando uno asistía a las consultas prenatales, mientras ella la examinaba, iba explicando y haciendo hincapié que apenas saliera del embarazo se pusiera en control, que ahora había mucha cosa para planificar y que ya en la Unidad se estaba dando planificación familiar.

La razones de salud, además, les dieron a algunas mujeres la excusa para planificar la familia y contrarrestar la oposición de parientes, los temores religiosos e, incluso, sus propias preferencias por familias numerosas.

**Olga C.:** Cuando yo hablo con mi mamá ella me dice: “no debo ningún pecado porque fue un médico el que me lo dijo y por algo me lo dijo, ya eran siete”. Ella se escuda ahí.

**Teresa:** Sí, me hubiera gustado tener unos dos hijos más. Tengo tres, pero el caso mío era que yo me veía muy mal con los achaques, me daban unos achaques tremendos, entonces yo dije... Cuando tuve las dos primeras me dije no tengo uno más porque me veía tan mal

que mi esposo estaba también de acuerdo. Cuando la pequeñita tenía nueve años, cuando él me decía que tuviéramos otro hijo, siempre buscando el varoncito. Y de veras dije, voy a correr el riesgo, me fue igual y nació el varón. Ya después de eso, dije ya ahora sí uno más no, porque la verdad después de tantos años y probé y me fue mal, dije ni uno más.

**Ana Cecilia:** ... el Dr. Porras le dijo que mejor le hacía una esterilización y vino y le dijo a mi papá y mi papá brincó y hizo desastres, dijo que eso no era permitido y mi abuela y mucha gente de mi familia se opusieron. Al tiempo quedó mi mamá otra vez embarazada..., casi se muere..., y mi papá la llevó donde un doctor de apellido Calboza y él dijo que no, que la única salvación que tenía mi mamá era una esterilización, que no podía seguir teniendo hijos así cada vez y en ese estado. En realidad ya mi papá estuvo de acuerdo y la operaron y toda la gente, toda la familia se le vino encima porque eso era condenado...

### **Relaciones de género**

El machismo y la subordinación de la mujer en el hogar emergen una y otra vez cuando las participantes explican por qué las familias eran grandes en el pasado. Los hombres son a menudo descritos como deseosos de tener muchos hijos e imponiendo su voluntad a las mujeres. Algunas participantes mencionan explícitamente el *machismo* (afirmación de la masculinidad por medio de la procreación de muchos hijos) como la motivación para este comportamiento, pero otras veces no aparece muy clara la motivación del hombre para preferir familias numerosas.

**Ana Cecilia:** Yo tenía una amiga que planificaba a escondidas del esposo y de toda la familia porque era pecado. Ella no podía planificar, ella mandaba a comprar las pastillas para defenderse porque ya tenían cuatro niños y ¡Dios me libre! supiera, y una vez que las encontró el esposo, ella las escondía donde guardaba las medias de los niños, y le dio una paliza que la dejó desde aquí hasta abajo cicatrizada, le dio con un chilillo, con una faja, con lo que se encontró, seguro le dio porque planificaba.

**Carmen:** ... Yo para poder planificar tuve que hacerlo a escondidas porque era todos los años que tenía que tener un bebé... Sí, él se disgustó bastante porque ellos era ¿no sé qué sería el deseo de estarla viendo a una así y llena de hijos y todo el tiempo chineando y dando de mamar?

**Dulcelina:** El machismo. El hombre entre más hijos tenía más hombre era, porque conozco un señor, era compadre mío, ya murió, dice que él le decía a la esposa: “usted tiene todos los hijos que Dios quiera porque el día que yo sepa que usted no tiene un hijo por algo hasta ahí llegamos”. El machismo aquí entre más hijos tiene es más hombre...

**Edecia:** Tengo 26 años de trabajar en la escuela y en la escuela uno se da cuenta de los problemas que hay en los hogares a montones y a mí muchísimas madres me dicen: “Yo estoy embarazada y yo no quería más, pero este hombre que yo me tengo, que no hay manera, no me deja ni planificar”. Otra me decía:” Yo planifico a escondidas, a escondidas me tomo las pastillas”. Yo lo digo porque me lo han manifestado muchas madres...

**Gerardina:** A veces era que los maridos eran muy machistas, decían que no, que había que tener los hijos que Dios les mandara... aunque hubiera habido [planificación familiar] no las hubieran dejado. En el caso de mi mamá no la hubiera dejado mi papá.

**Lidia:** ... oía a mi papá que decía que había que tener los hijos que Dios quisiera y que esas mujeres que no querían tener más hijos eran unas tales y unas cuales y ahí unas palabrotas que se refería a las señoras que no tenían tantos hijos porque planificaban.

**Ma. Elena:** Al menos yo le pregunté a mi mamá por qué tuvo tantos hijos. ¡Diay!, ese hombre siempre dijo que tuviéramos tantos, entonces quiere decir que ella nunca tuvo voz y voto.

**Mayela:** Ellos se sentían muy hombres teniendo bastantes hijos. Se sentían muy machos... Decía papá que la mujer que planificaba era que ya sabía que si andaba con otro hombre ya no había peligro, entonces se animaba a mucho. Ese era el problema y sí, uno a eso le tenía miedillo... Porque si ya uno trataba de evitarlos un poquito decían: “Seguro es que ya le gusta otro. Es que ya le gusta otro, ya no quiere tener hijos de uno”. Porque yo tuve ese problema. Esto es lo que sucede cuando uno topa con un marido machista...

**Olga C.:** Cuando ella le decía: “ah Beltrán, otra vez embarazada”, porque igual siete hijos y así; él lo que le contestaba era: “¿qué, quiere tenerlos de otro?” Y no era porque quería hijos. Era el hecho nada más de saber que su mujer estaba embarazada pero no era porque deseaba los hijos, porque a él toda la vida le daba lo mismo...

**Olga O.:** Yo creo que esa dependencia que tenían las mamás hacia el esposo. Ellas esperaban siempre que fuera iniciativa del esposo,

que dijera vamos a planificar, no vamos a tener más hijos. Como los esposos no decían nada, entonces ellas tampoco decían nada.

Paradójicamente, considerando esta denuncia generalizada del machismo y de relaciones de subordinación, muchas participantes manifiestan con respecto a sí mismas una considerable autonomía y alto grado de cooperación con sus esposos. Más de un estudio ha notado que el *machismo* está extinguiéndose en Latinoamérica, aunque tras una larga agonía (Stycos, 1981). Pareciera, entonces, que las participantes en los grupos focales fueron testigos de esta importante metamorfosis en la relación entre los sexos. En las citas siguientes varias participantes puntualizan este cambio. Las citas también ilustran casos en que fue el esposo quien tomó la iniciativa para planificar la familia.

**Angelina:** Dependía del esposo porque el esposo me ayudaba a mí. El trabaja y cuando llegaba del trabajo él me ayudaba pero hay otros que no.

**Carmen:** Sí, ya ahora los tiempos son más distintos, ahora las parejas antes de casarse ya van donde el médico... Yo pienso que ahora hay más diálogo entre el marido y la esposa, ellos se ponen de acuerdo, un convenio.

**Cecilia SJ2:** Yo no quería porque con dos o tres era más que suficiente. Mi marido trabajaba con la Caja y qué no veía: que pastillas, inyecciones y él siempre llegaba a contarme...

**Cecilia:** Los maridos de antes toda la carga era para uno. Uno iba al hospital solito con el enfermo, todo era uno. Los de ahora ayudan a bañarlos, se turnan para cuidar los recién nacidos. ... El los evitaba con preservativo, pero a mí no me gustaba porque maltrataba, él le preguntó al doctor con qué trabajaba y le dijo que tomara pastillas y me recetó esas pastillas.

**Dora:** Tanto mi esposo como yo desde que nos casamos nos fijamos una meta (ya nos casamos bastante maduritos): uno o dos y punto. Entonces nosotros fuimos muy cuidadosos en eso. Al menos yo si hubiera tenido un marido que me obligara, no hubiera aguantado. Definitivo. Gracias a Dios, en eso y en todo hemos sido muy...

**Edecia:** Cuando yo me di cuenta cómo iba la cosa con tanto chachalín a la cola... Yo le dije: "Mijito, yo creo que mejor vayamos planificando porque ya el ritmo no nos sirvió ..., planifico yo, usted no". Y él estuvo de acuerdo.

**Gerardina:** ...cuando yo supe [de los anticonceptivos], le conté y él estuvo de acuerdo que planificáramos porque ya teníamos tres.

**Gladys:** Yo desde que me casé tomé pastillas para evitarlos porque mi esposo quería tener sólo dos hijos. Tengo 31 años de casada y planifico desde que me casé. Como mi esposo quería tener sólo dos hijos, entonces me operaron. Yo no pensaba tener nada, no hice planes pero mi esposo sí.

**Luz:** A uno quien lo enseñaba era el esposo... Uno era muy sumiso. En cambio ahora no, ya uno se espabila y si le dicen a uno no salgas, uno le dice: “no, no, no, ahora vengo, quédate un rato ahí”.

**Ma. Elena:** ... En mi caso mi esposo era el que andaba jalando los preservativos, pero yo creo que ése no es el caso de todas... Nosotros siempre lo planificamos muy bien...

**Mireya SJ:** Mi esposo decía: yo no sé si Dios me va a castigar o no. Si Dios me lo permite pienso tener cuatro hijos (si vos los podés tener) y allí vamos a llegar.

**Olga O.:** El [su esposo] siempre me dijo que yo opte por el preservativo y una gel porque él me decía que pastillas no.

**Teresita:** Nosotras fuimos muy sumisas al esposo, yo creo que para la mayoría lo que él dijera estaba bien. Ahora ya no, ¿qué es eso? Los dos trabajamos. Antes como la mayoría no trabajábamos. Mi marido me ayudaba cuando estaban enfermos.

## Religión

Muchas participantes argumentan que las normas religiosas han sido un obstáculo importante a la práctica de la planificación familiar en Costa Rica, especialmente en el pasado.

**Cecilia SJ2 :** ... [las familias] eran numerosas. Tal vez por ignorancia o por temor a Dios. O a Dios tal vez no, sino a lo que decía el padre.

**Ma. Elena:** ...se le había muerto un hijo y había tenido varios partos con sangrado y el médico le advirtió que si tenía otro parto se moría. Ella le consultó al sacerdote y le dijo: “mi hijita, lo siento mucho pero no te puedo dar permiso, si quedás embarazada y te morís de eso pues te morís”, y se murió la señora.

**Esperanza:** Antes no había planificación familiar porque yo me acuerdo que cuando yo me casé, me casé de 14 y 1/2, una chiquilla, ¡jamás Dios libre! El Santo Papa, yo leía en los periódicos que era descomulgada la mujer que planificaba, que mujer que ingería la pastilla anticonceptiva era descomulgada. Yo vine a planificar hasta que tuve el quinto de mis hijos...

**Mayela:** Le enseñaron a uno una religión..., un respeto..., que Dios libre tomara esas pastillas..., que Dios libre planificar porque... bueno eso me decían mis padres, ¿verdad? De que uno tenía que dar los hijos que Dios le manda. Entonces, con esa cosa uno se cría pero no es porque uno los quiere tampoco, porque hay que ver eso también. Con cada embarazo a uno hasta que el corazón le hacía así...

**Zelmira:** Yo me quité el DIU porque un sacerdote me dijo que era abortivo, que era un mini-abortivo y cuando me lo fui a quitar me dijo el médico: “si usted se lo quiere quitar, pues quítese, pero lo tiene muy bien”.

Estas historias en que la religión inhibe el uso de anticonceptivos están, sin embargo, balanceadas con historias en que las parejas adoptan la planificación familiar a pesar de las objeciones religiosas. ¿Cómo las parejas manejaron este conflicto con sus creencias? Principalmente dejando de lado algunas de sus prácticas religiosas, como ir a misa, comulgar y confesarse, ya sea temporal o permanentemente. Algunas mujeres también se las arreglaron para encontrar un sacerdote más comprensivo que las autorizó para usar anticonceptivos (una indicación de que la iglesia no es monolítica en estos asuntos). Unas pocas se limitaron a usar la abstinencia periódica exclusivamente. Los testimonios de los grupos focales son importantes para entender cómo una población 95% católica y una sociedad donde la Iglesia Católica tiene gran influencia, llegaron a adoptar masivamente métodos anticonceptivos inaceptables para esta iglesia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1992-1993, la prevalencia anticonceptiva en Costa Rica es de 75%, y de 68% excluyendo la abstinencia periódica (CCSS, 1993). La encuesta muestra también que no hay asociación alguna entre religiosidad (asistencia a servicios religiosos) y prevalencia anticonceptiva. (Hay, sin embargo, asociación entre el método elegido y la religiosidad: quienes van semanalmente a la iglesia tienden a usar mucho más tanto los métodos naturales como la esterilización quirúrgica.) Estas cifras y algunas de las citas que siguen sugieren que un proceso de secularización (Lesthaeghe y Surkyn, 1988) bien pudo haber contribuido al cambio reproductivo en Costa Rica.

**Claudia:** Desobedientes, ya no le hacemos caso. Es que ellos no nos van a ayudar a formarlos y educarlos, ni a mantenerlos... El padrecito puede hablar y hablar y ya no le hacemos caso... Yo planifiqué y yo no le pedí permiso al padre, lo dialogué con mi esposo y punto. No he sentido ningún cargo de conciencia.

**Mayela:** Hay que ser sincero. El padre no va a pasar por lo que uno está pasando. El padre puede decir todo lo que quiera pero es uno el que está...

**Olga O.:** Como le digo uno va a misa pero se retira de la comunión porque uno ve que no está haciendo bien. Al menos yo lo vi así, que no estaba haciendo bien con planificar. Pero la necesidad era otra cosa.

**Mireya:** Yo no volví ni a la iglesia, duré años..., bueno no voy..., por no confesarlo. ¡Qué vergüenza! me digo: Me irá a sopapear el padre o ¿quién sabe qué va a hacer?

**Xinia:** A mí una vez no me confesaron porque dije al padre que estaba planificando con pastillas. Sigo tomando las pastillas. Duré como diez años sin confesarme.

**Teresa:** Yo planificaba con los preservativos y una vez fui a confesarme y se lo dije al padre porque uno tenía la idea de que era malo, entonces me dice: si usted piensa seguir en esa situación no se vuelva a confesar. Yo no me volví a confesar...

**Teresita:** Yo al menos fui y le dije [al cura] que era por la edad que uno arriesga mucho y me dijo no se preocupe. Eso depende del sacerdote.

**Betty:** En el mundo católico los sacerdotes no todos están en la misma línea, hay las dos fuerzas dentro del clero..., uno va donde más le convenga.

### **Factores socioeconómicos**

Los grupos focales hacen sólo una débil conexión entre las condiciones materiales de vida y las decisiones reproductivas, especialmente en comparación con la gran atención que la literatura ha prestado a los cambios macroestructurales como determinantes de la transición de la fecundidad. Factores motivacionales que la literatura ha singularizado como claves para la transición, tales como la seguridad en la vejez, el reemplazo de (y seguro contra) la mortalidad de los niños y las estrategias de supervivencia de los pobres, para citar unos cuantos, no aparecen del todo en las discusiones de los grupos, pese a los intentos de las moderadoras por canalizar la discusión hacia estos factores. Algunas participantes, sin embargo, establecen un vínculo del control natal con los niveles de vida, en particular con las aspiraciones de una vida mejor para los hijos (a través de la educación), así como con aspiraciones de consumo de ciertos bienes materiales.

**Aída:** Y sobre todo uno dice: bueno, yo llegué hasta aquí, uno quiere que los hijos lleguen más allá, si tengo más, tal vez no se pueda darles todas las oportunidades..., como todas las profesiones son tan competitivas, uno dice: Si hay muchos, pues... menos oportunidad va a tener..., como le pasó a mi esposo que eran tantos que tuvieron que escoger y sólo el mayor fue a estudiar y todos los demás a trabajar.

**Janet:** Influye también muchísimo el aspecto económico porque la gente quiere a sus hijos mejor, entonces entre menos hijos tenga mejor los crían económicamente.

**Mireya SJ:** ...ahora los nuevos matrimonios tienen que pensarlo mucho, el tener una familia numerosa, por el costo de la vida, la educación, como todo se va desarrollando diferente. Antes todo era más sano... Entonces hay que reducir porque mejor cuida uno dos o tres bien cuidados que no un montón...

**Teresita:** Yo creo que antes se daban mucho las familias muy grandes porque a uno casi no lo ponían a estudiar, ahora los hijos de nosotros tienen más experiencia en eso y que ellos quieren darle lo mejor a los hijos en estudio, posición y en muchas de las cosas que nosotros no pudimos dar a ellos por muchas circunstancias de la vida.

**Olga O.:** ...antes se tenían muchos hijos y se pasaban muchas estrecheces. En cambio ahora uno quisiera vivir no con grandes comodidades pero al menos pasando con lo indispensable, que no falte lo que uno tiene. Eso me imagino yo, por eso es que ha bajado tanto el número de hijos. Yo veo que los matrimonios se preocupan más por darle a los hijos educación, pues todo eso cuesta dinero y si no hay, hay que buscar la manera de reducir la familia... También otros matrimonios veo yo que tal vez dicen: "Yo no me lleno de hijos. ¡Dios guarde!: que la casa, la nevera, la comodidad..." Todo tienen que pedirlo primero antes de los hijos.

**Xinia:** A mí me parece que ahora la mujer tiene un nivel social donde ella quiere sobresalir y superarse, entonces por medio de eso la mayoría para también surgir necesita un poco de comodidad y no puede llenarse de hijos.

Un giro interesante en las consideraciones socioeconómicas es que algunas participantes tienden a vincularlas con el comportamiento reproductivo de los hombres pero no con el de las mujeres. Esto sugiere que los determinantes de la transición podrían ser específicos y diferentes

para cada sexo. En tanto que los factores de la demanda y las motivaciones socioeconómicas parecen ser más importantes entre los hombres, los factores de la oferta y de los costos de la anticoncepción parecen tener una mayor relevancia entre las mujeres. Lamentablemente la presente investigación no efectuó grupos de discusión con hombres, los cuales pudieron haber aportado más luces sobre estas conjeturas.

**Isabel:** No, lo que Dios me mandara, pero mi esposo dijo que no porque después uno tiene muchos y como ha visto uno en muchos matrimonios, tal vez pasan mucha hambre los chiquitos, entonces es mejor poquitos y verlos uno más o menos.

**Mireya SJ:** Mi esposo sí planificó los cuatro que tenemos. Dijo: voy a trabajar como un caballo, cuando tenga mis cuatro hijos si Dios me los da y vos los podés tener y todo, ahí, aunque me tenga que poner veinte preservativos, me los pongo, pero vamos a tener cuatro porque yo ya para 45 años, entonces me quedaré con sólo un trabajo para poderlos ver bien.

**Teresita:** En mi caso yo quería tener como diez..., pero él [su esposo] pensó mejor que yo, yo estaba muy jovencita, tenía 18 años. Él decía que no, que no era conveniente tener muchos hijos porque era bonito darles estudio, tal vez yo por tan jovencita y por la inexperiencia no pensaba en eso y el sí, él tenía 24 años, trabajó mucho desde jovencito, entonces él decía que no, que él veía que costaban mucho. Yo seguro por lo menos una docena hubiera tenido y tuve cinco y se murió uno.

**Moderador:** O sea que los hombres cambiaron de lo que contaban ustedes antes de sus papás.

**Varias:** Completamente.

**Dulcelina:** Por la situación económica.

**Socorro:** ...tan rápido que cambió todo, la carestía de la vida...

**Olga C.:** Es que antes cada persona tenía una parcelita, tenía el patio donde se dedicaba a algo, sea criar gallinitas, animales, con el avance de las ciudades no se puede tener animales, gallinas, cerdos, no se puede tener nada, entonces cómo van a mantener una prole tan numerosa, eso es también parte.

Una dimensión socioeconómica, que no fue anticipada y que no ha sido estudiada como factor de la transición de la fecundidad, emerge de frecuentes menciones de la carga que para las participantes constituyó ayudar a sus madres en las tareas del hogar y en la crianza de sus hermanos menores. Varias indican que su motivación clave para plani-

ficar la familia fue una reacción a las excesivas obligaciones que ellas tuvieron, derivadas de una familia numerosa en su hogar materno. Esta línea de pensamiento sugiere un eslabón causal novedoso entre las mejoras en la sobrevivencia infantil (con el consecuente agrandamiento de las familias) y la disminución de la fecundidad.

**Flor C.:** ...desde que yo me casé yo siempre le dije a mi marido yo quiero tener tres hijos porque en mi casa han habido tantos güilas y a mí me tocó casi criarlos porque mi mamá era maestra y yo los cuidaba. Bueno, me aburrí tanto de los hijos que yo siempre cuando yo me casé dije tres hijos.

**Lidia:** En el caso mío yo decía que no quería tener ninguno, porque yo soy la tercera de trece y estaba tan aburrida de chinear que yo no quería más chiquitos..., vino el segundo [hijo], dije ahora sí ya no más porque yo me acuerdo que a mi mamá se le enfermaban los chiquitos y ella amanecía y mi papá roncaba, y eso no me pasa a mí decía yo.

**Marita:** ...mi mamá tuvo dos parejas de gemelos y un montón más y yo trabajaba cantidades. Yo llegaba de la escuela y yo recuerdo que cogía café y le ayudaba a mi mamá a coser (porque había que tener ese dinerito porque se ocupaba para ese montón de chiquitos) y era chinear y era cambiar mantillas y era lavar. Entonces el trabajo era agotador. Entonces ya uno tenía la idea de tener un montón de chiquitos como un trabajo de mucha esclavitud y ya nosotros no queríamos, ya teníamos otra mente, otra visión...

**Olga O.:** Yo sí decía, de tres a cuatro, lo más cuatro, porque como en mi casa éramos tantos y yo era la mayor, ya estaba cansada de batallar con todos mis hermanos, entonces nunca opiné por tener una familia numerosa.

## **EVIDENCIA CUALITATIVA DE DIFUSIÓN POR INTERACCIÓN**

Las sesiones de grupo proveen evidencia considerable de interacciones en asuntos reproductivos en la vida real de las participantes. Parece que estas interacciones en ciertos casos fueron decisivas para la adopción de la planificación familiar. Las discusiones de los grupos también es un rico material acerca de los contenidos y circunstancias de estas interacciones, útiles para entender cómo opera el proceso de difusión. Sin embargo, es justo anotar que los grupos focales también muestran muchas

circunstancias en que la difusión por interacción tuvo poco o nada que ver con la adopción de la planificación familiar. La misma dinámica de las sesiones refleja en cierto grado la presencia o ausencia de comunicación en cuestiones reproductivas en el pasado de las participantes. Algunos grupos aparecen muy abiertos para discutir el tema, mientras que otros se muestran reacios. En estos últimos, la planificación familiar tiende a ser considerada como algo privado y las participantes se muestran tímidas y avergonzadas al hablar del asunto.

La forma más obvia de interacción mencionada en los grupos es el mero intercambio de información acerca de los métodos anticonceptivos. Estos intercambios incluyen información acerca de la existencia de ciertos métodos, sus características, efectos secundarios y la forma de obtenerlos. Hay también intercambios de impresos e incluso de los mismos métodos anticonceptivos. Estos intercambios pudieron ser un importante agente causal, ya que simplemente saber qué gente como uno está controlando la natalidad tiene implícito el mensaje de que es posible y correcto hacerlo.

**Cecilia:** Yo tuve muchas cuñadas y todas teníamos el montón de chiquillos y todas hablábamos sobre cómo evitar y no tener tan seguidos. Se decían: “anda a la clínica ahí dan pastillas o baños con ácidos”.

**Damaris:** Yo usé la inyección. Me la recomendó una amiga que me dijo: ahora salió una inyección que dura un mes, hay otra de tres meses, entonces vos te la ponés y no tenés que tomar pastillas todos los días, entonces yo usé la inyección...

**Edecia:** Cuando yo me casé ya había planificación. Las pastillas. Yo me enteré por las mismas amigas, por las compañeras [de trabajo] de la escuela.

**Lidia:** ...si había un periódico, yo se lo pasaba a mi amiga, mirá lo que dice aquí, y si escuchábamos algo por la radio, también lo pasábamos, si había un folletito por ahí también lo pasábamos. De esa manera me enteraba yo y se enteraban ellas también [de la planificación familiar].

**Luz:** ...cuando yo me casé algo sabía por una prima mía que cuando me fui a casar me contaba que habían preservativos para no quedar muy ligero embarazada.

**Ma. Elena:** Porque venía de boca en boca... Además, los comentarios en los grupos de señoras que uno tiene y habla. A veces nos sentábamos a conversar y entonces decíamos ¿usted con qué plani-

fica?, y ¿usted?, y ya empezaban: yo con las pastillas, yo con preservativo, ya había quienes hablaban del DIU y así comentarios como de café... Mi hermana me dijo: me voy a poner el DIU porque dicen que es un método anticonceptivo muy efectivo y no hay que estar tomando pastillas y nosotras todas tenemos várices y dicen que no es malo para las várices. Fue a la Unidad Sanitaria a recibir una charla y se lo puso. Me dijo que era como un alambrito con algo guindando.

**Ma. Teresa O.:** Yo viví en una colonia del ICE, allá por Cachí, y yo recuerdo que se nos terminaba la pastilla y llamábamos por teléfono a la otra para que me prestara un paquetito mientras comprábamos.

**Sonia:** Mis amigas aconsejaban a otra. Que los preservativos no es conveniente para la satisfacción del hombre, no es la misma sensación, eran mejor las pastillas. Entonces venía otra y le decía: sí pero es que a mí las pastillas me inflan, se me olvidan o me dan náuseas.

**Teresita:** Uno tal vez por medio de la amiga va donde el médico y le pregunta.

**Betty:** Lo que sé de sexo lo aprendí aquí en Guanacaste, con mis amigas me pusieron vivísima, yo me quedaba sorprendida de todo lo que ellas sabían, aquí sabían mucho más que yo que venía del mero San José.

Cuando las moderadoras tratan de canalizar la discusión hacia el tópico de las comunicaciones interpersonales sobre preferencias de tamaño de familia, las participantes tienen poco que decir. Pareciera que el deseo de tener familias pequeñas entre las participantes y sus madres fue tan obvio que ellas no recuerdan discusiones relevantes sobre este tópico. Los ejemplos siguientes son más la excepción que la regla sobre este tipo de interacciones.

**Marita:** Cuando nosotras estábamos en el colegio hablábamos la ilusión de toda joven de casarse, tener un esposo y tener hijos, pero pocos. Generalmente se hablaba de número: una pareja, tanto que algunas compañeras usaban en los portafolios estampas de niños con sus nombres, que eran los hijos que iban a tener, y muchas de las compañeras mías tuvieron dos y punto...

**Olga O.:** Yo tenía dos compañeras que me decían: “Yo más de tres no voy a tener”.

**Sonia:** Yo comentaba con mis amigas que lo más que queríamos eran tres. Yo tuve dos...

En contraste, hay bastante evidencia de interacciones en las que parece haber tenido lugar un apoyo de grupo para adoptar la planificación familiar. La primera experiencia con métodos anticonceptivos produjo en algunas participantes cierta ansiedad por lo desconocido, temores religiosos y preocupación por la eventual oposición del esposo. Las interacciones con amigas y parientes parece haberles ayudado a lidiar con estos temores y ansiedades. En algunos casos, amigas y parientes aparentemente fueron más allá y ejercieron cierta presión sobre mujeres indecisas y temerosas para que adoptaran la planificación familiar.

**Carmen:** Ah sí, mis amigas todas planificaban pero como yo tenía un marido que era tan así y no me dejaba, pero sí yo recuerdo de muchas amigas que llegaban todas contentas a contarme a mí, hasta que a escondidas me puse a planificar.

**Dinora:** Como yo ya tenía tantos, me decían: “Doña Dinora, por qué no planificas?” Yo les decía: “Yo no sé. A mí me da miedo, a mí me da miedo”. Tanto miedo me dio que la primera caja de pastillas que compré sin receta médica me atrasó la menstruación un mes...

**Dora:** Eso de planificar yo creo que existe hace rato, ¿verdad? Pero lo mismo la bola se corría de boca en boca. Uno no lo oía en medios como ahora... Yo lo oía con las amigas, vecinas. Yo me daba cuenta que ellas planificaban. Yo oía hablar de inyecciones y todas esas cosas pero a mí siempre me dio miedo y a mi esposo también. A mí me sigue pareciendo que aquello es pecado, digamos ir contra las leyes de Dios, pero tampoco queríamos llenarnos de hijos, entonces planificábamos así, con el ritmo.

**Edecia:** ...[después del sexto hijo] una señora mayor amiga me dijo: “Pero por qué no planificás”. Le digo: “Porque a mí me da un miedo..., el padre dice que es pecado. Pero “mirá, muchacha, cómo te vas a llenar vos tan joven de hijos”. Entonces un día le dije al doctor que yo no quería tener más chiquitos. Le dije, acabo de perder ésa y hay uno más.

**Esperanza:** ...yo me fui solita para la Clínica Bíblica y me puse el DIU (me costó 25 centavos cuando eso). A mí me lo habían aconsejado las amistades, amigas, las murmuraciones que se oían. Mi esposo se puso bravísimo, que por qué me ponía esas cosas, seguro él pensaba que eso era malo. El pensaba que si uno se ponía eso uno iba a estar con montones de hombres.

**Lidia:** En el caso mío sí porque la cuñada lo usaba y ella me decía a mí: “así que salís de ese embarazo vas a planificar para que no tengas tantos hijos: vea a su mamá”.

**Olga C.:** Yo estando jovencilla oía hablar de eso a (como le explicara ...) las muchachas que planificaban recién casadas, que por qué no planifica, pero a mí me daba miedo...

**Aída :** Yo me di cuenta cuando me iba a casar. Las compañeras de trabajo me decían: “No puede tener hijos tan rápido, tiene que amoldarse al matrimonio, mejor planificar”. Yo fui a donde el doctor, me manda un examen de sangre para ver cómo está uno y ya le dan las pastillas. Así fue como planifiqué yo antes de casarme para no quedar embarazada tan pronto.

**Bernarda:** Sí, habían muchas que tenían muchos chiquitos y se decían unas a otras que por qué no planificaba, que era bueno, con cinco o seis chiquitos ya eran demasiado, ya por el trabajo del campo, ya por la familia. Yo sólo hacía como la lora, poner cuidado.

Hubo también casos en que las amigas y parientes dieron no sólo consejos sino que proveyeron el acceso a los métodos de planificación familiar.

**Dulcelina:** ...gracias le doy a una prima hermana de mi marido, que trabajaba en el Calderón Guardia, que cuando yo me mejoré de mi último hijo me dijo: “Dulce, pero cómo es posible que vos tengas seis hijos en siete años, no, no, no, no, voy a hacer una carta”, y puso al marido a que la firmara como que era mi marido y yo estaba en la casa de ella cuando yo me mejoré, entonces cuando yo me mejoré de mi último hijo ella le presentó una carta a un doctor Alvarez y a los dos días me operaron... Yo lo hice a espaldas de mi marido, pero como era la prima hermana la enfermera y yo sabía que lo que ella dijera era... La prima hermana se encargó de contarle todo y le dijo mirá cómo es posible tan joven y con tantos hijos. Sino tuviera seis más. Mi esposo dijo que estaba bien.

**Ma. Teresa O.:** Cuando yo me casé, el primer tiempo usé óvulos porque yo tenía dos hermanas que vivían en Estados Unidos y una vino para casarse y ya allá era un montón de años de adelanto, entonces ella fue la que me dijo: “Vamos y compramos éstos para que usted los use y todo eso”.

**Teresita:** Esa señora trabajaba en la central telefónica del Calderón y mi marido tiene negocio de zapatería y él le hacía los zapatos,

entonces cuando nació el bebé y ella vio la edad mía me dice y no se va a operar, Teresita, y le dije hay no, es que me da mucho miedo porque nunca me habían operado ni una uña. Ella me llevó la carta y me dijo aquí está la carta, ahí está el médico que la va a operar y va recomendada. Ella lo hizo por mi edad y porque los médicos me lo mandaron y yo era la que no quería, me decía que pensara en mi salud. Si por mí hubiera sido no me hubiera operado.

La evidencia presentada hasta este punto da pie para pensar que la hipótesis de un contagio de persona a persona en la adopción de planificación familiar es plausible. Parece claro que las mujeres conversaban entre ellas acerca de la planificación familiar y en estas interacciones intercambiaban información, daban y recibían consejos y apoyo –incluso, a veces, un poco de presión–, elementos que facilitaban y motivaban el uso de anticonceptivos. Estas interacciones, sin embargo, no estuvieron siempre presentes. Para algunas mujeres la planificación familiar era un asunto privado, algo de lo que uno no conversa abiertamente. Esta percepción de la planificación familiar está sin duda relacionada con la falta de educación sexual y comunicación en el hogar materno sobre esta materia que, como se ha visto, prevalecía en el pasado. Los siguientes son ejemplos de lo difícil que fue para algunas mujeres la interacción en estas materias.

**Lidia:** Cuando uno podía hablar en el grupito de amigas se sentía uno libre para hablar, pero sólo ahí.

**Ma. Antonia:** La planificación se hablaba muy reservado, casi uno hablaba en secreto con esa persona. Pero uno lo hacía para que se avivara un poquito, porque era tan tonto uno... ¡Tan humilde!

**Mireya SJ:** Se hablaba de todo, no de esto. Mi mejor amiga nunca me contó que quedó embarazada ni yo me animé a preguntarle.

**Olga C.:** Es algo como que no se puede estudiar..., no sé... Yo diría que es por falta de educación sexual. Si a uno en las escuelas le hablaban como si fuera una materia como sociales y matemáticas, uno se va familiarizando y no se siente tanta pena de hablar. Porque eso es lo que le da a uno, como vergüenza de hablar, no sé por qué..., ¿verdad?

**Olga O.:** Siempre es una conversación como muy tapadita, no es con todas las personas que uno lo puede comentar. Inclusive uno no halla cómo comentarlo con otras personas actualmente. En las reuniones se tratan otras cosas que no fuera eso, pero no se da, así mucho.

Otro elemento en los grupos focales que no se alinea con la hipótesis de interacción, es el poco contacto de algunas mujeres con el mundo fuera del hogar: amas de casa muy ocupadas con sus quehaceres domésticos, que estaban en sus hogares casi todo el tiempo y que no tenían vida social. Las cinco mujeres que aparecen a continuación para ilustrar este punto son amas de casa con poca educación que nunca tuvieron un empleo. Todas ellas adoptaron tardíamente la planificación familiar y, con la excepción de Mireya, que tuvo cuatro hijos, procrearon familias numerosas: Zelmira tuvo once hijos; Angelina, ocho; Socorro, seis; y Alicia, que se divorció, tuvo cinco hijos.

**Alicia:** Yo vivía largo, casi no se tenían amistades, era poca la comunicación.

**Angelina:** Ni en las amigas, soy poco comunicativa a contarle los problemas míos a una amiga, nunca los he tenido pero... Tampoco ellas llegaban a contarme..

**Mireya SJ:** Yo francamente en esa época no tenía amigas porque era sólo cuidar chiquillos, cambiar mantillas y lavar. Era como muy solitario, estaba muy encerrada.

**Socorro:** Yo no comentaba porque yo no me reunía con amigas, yo trabajaba mucho y no tenía amistades así como ahora las tengo... Pues hasta ahora hace poco [me enteré de la PF] porque, como le digo, yo nunca he tenido reuniones, ni grupo de amigas, no era salidora...

**Zelmira O.:** Yo la verdad es que nunca tuve amistades ni soltera ni casada.

La existencia de estas barreras para la difusión por interacción –aislamiento de algunas mujeres y hermetismo de la planificación familiar– sugiere que un factor para la transición de la fecundidad debió ser la desaparición o atenuación de estas barreras. Los medios de comunicación de masas y el programa nacional de planificación familiar probablemente precipitaron la apertura del tópico a la discusión pública. Por ejemplo, varias participantes en las sesiones mencionaron el mensaje de un programa de radio de hace más de una década, que decía aproximadamente: “no te avergüences de hablar de cosas que Dios no tuvo vergüenza en crear”. Ciertas transformaciones socioeconómicas, particularmente la educación de la mujer y su mayor participación en la fuerza laboral, probablemente redujeron el aislamiento de las mujeres. Al respecto, es ilustrativo notar que, según la encuesta de Salud Reproductiva de 1992-93, la probabilidad de que una mujer conozca y esté

en contacto con usuarias de planificación familiar se incrementa con la educación; y la probabilidad de usar anticonceptivos se incrementa con el contacto con otras usuarias (cuadro 3).

Dada la existencia en el pasado de estas barreras a la interacción, uno se pregunta las circunstancias en que la interacción en materia reproductiva tenía lugar. De citas anteriores pareciera que tales circunstancias fueron principalmente el contacto diario con ciertos parientes (hermanas, cuñadas y primas), así como el contacto frecuente con compañeras de trabajo y de estudios. Los festejos y eventos sociales en ciertos casos también ofrecieron oportunidades para interactuar. Las participantes, sin embargo, notan que tales eventos son algo relativamente nuevo, que no ocurrían frecuentemente en el pasado. Asimismo, números importantes de mujeres que asisten al colegio o que salen a trabajar son hechos de la vida moderna solamente.

**Betty:** Cuando nos reuníamos las viejas en una fiestecilla o cualquier cosa, y más aquí que todos los maridos toman, y hacíamos rueda de mujeres: “y vos con qué los evitás”, ése era el tema... Eso, dos cosas para serle sincera, y yo les voy a decir, ustedes si quieren pueden creer que es mentira, pero como yo sé que es verdad, se hablaba cómo lo evita y cómo lo haces y ése era el tema que más me gustaba a mí.

**Marita:** Generalmente uno en alguna reunión familiar, en algún té o en alguna fiestecita o cuando llevaba los chiquitos al doctor ahí se encontraba a algunas conocidas y entonces comentaba.

**Mireya SJ:** Es que no había núcleo de amigas como ahora. Bueno... empezando que no habían los tés. Yo me casé y no supe lo que era un té de nada. Por lo general, ahora todo eso se comenta en el té de despedida, en los baby-shower... En cambio antes no. Uno era casarse para los hijos, para el marido, para la casa y como no había las comodidades de ahora, uno se pasaba dándole al cepillo de raíz, poniéndole al coco, vuele plancha...

**Sonia:** Yo sí tuve la oportunidad de tener amigas porque mi esposo es muy amigüero, entonces los compañeros de la oficina se reunían con las esposas y nos preguntábamos: con qué planificas vos y contestaban con esto, con lo otro. Había comunicación. Por lo general, hablaban de las pastillas, alguna que otra del DIU y los preservativos. Era lo que más usaban. Solamente del DIU decían que era muy riesgoso porque se quedaba pegado, las infecciones y otras cosas. Algunas también decían que el preservativo no le gustaba al

Cuadro 3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA  
SEGÚN EL NÚMERO DE USUARIAS DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR QUE CONOCE LA ENTREVISTADA.  
COSTA RICA, 1992**  
*(Mujeres de 15 a 49 años, casadas o unidas)*

Variable	Usuarías conocidas				
	Total	Ning.	1	2	3+
Total	100	25	10	14	51
Edad					
15-24	100	22	10	14	55
25-34	100	21	9	13	58
35+	100	32	11	15	42
<i>Años de educación</i>					
6 primaria	100	35	11	16	38
Primaria completa	100	27	11	15	48
Secundaria o más	100	20	9	12	59
		<b>Prevalencia anticonceptiva (%)</b>			
Todos los métodos	75	68	73	80	77
Métodos modernos	64	54	61	70	68

**Fuente:** CCSS, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1992-93.

esposo porque no sentía la misma sensación. Las pastillas eran inconvenientes porque les producían vrices, engordaban. Esto se podía hablar no sólo en paseos, no era planeado, podía ser en cualquier momento.

Las interacciones en materia reproductiva no son algo que —cuando ocurrían— tenía lugar de una manera casual o con personas desconocidas. Nadie en los grupos focales describió estos intercambios en, digamos, un autobús o en un mercado. La excepción a esto era la sala de espera de las clínicas, centros de salud y unidades sanitarias, especialmente cuando las mujeres acudían a consulta prenatal o pediátrica. Varias participantes describen espontáneamente situaciones en las que recuerdan haber intercambiado información sobre planificación familiar con otras mujeres en la Unidad Sanitaria. Esta es otra dimensión de los fuertes vínculos entre salud y reproducción.

**Flor:** ...cuando uno iba a control de niño sano, ahí comentaba uno con las amigas, con una, dos, tres, cuatro.

**Gerardina:** Yo me daba cuenta por las conversaciones de las señoras en la Unidad.

**Isabel:** Uno iba a la Unidad ya cuando tenía uno el primer bebé, porque antes no habían clínicas y entre todas las señoras oía hablar que una planificaba con un método y otra con otro y así.

**Olga O.:** Como dice la señora, uno en las consultas de planificación ahí se oían comentarios de las señoras: que unas planificaban con preservativo, que otras con pastillas, no se oía tanto lo del DIU, lo más corriente eran las pastillas prácticamente.

**Zelmira O.:** Yo oí hablar por primera vez de planificación cuando traje a una chiquita muy fregadita aquí a la Unidad..., entonces fue cuando comencé a oír entre las señoras. Se decían: "Oíste a doña Carmen que va a haber planificación familiar, que van a traer pastillas"... Yo una vez escuché a una de las señoras que ella usaba el preservativo y cuál fue la sorpresa que había quedado embarazada. No sabía que había pasado ahí dentro, si se había roto, la cuestión fue que salió embarazada. Eran señoras que llegaban a la Unidad, eran de todas partes.

## DISCUSIÓN

Las teorías de la transición de la fecundidad implícitamente tienden a asumir individuos aislados: mujeres o parejas que toman sus decisiones reproductivas aisladamente, ponderando en privado los beneficios y costos de tener hijos y las barreras objetivas y subjetivas al control natal. La sujeción a comportamientos rutinarios, dictados por normas culturales, a veces es también reconocida por estas teorías. En esta perspectiva, la fecundidad de una población es la simple suma de motivaciones individuales y limitaciones de costos.

Este artículo remueve el supuesto de aislamiento al incorporar la posibilidad de que el comportamiento reproductivo sea influenciado por contagio social. La premisa central es, en breve, que la adopción del control natal por unos individuos afecta la probabilidad de adopción por otros. Esto implica que el comportamiento reproductivo de, por ejemplo, la esposa analfabeta de un campesino será diferente si aquellos con quienes ella interactúa están planificando la familia o si no lo están. Vista de este modo, la hipótesis de contagio parece razonable y plausible.

En las ciencias sociales no son nuevas las teorías de imitación social (véase por ejemplo Tarde, 1890). Que la práctica de controlar la natalidad se propaga de una élite a las masas es una descripción que ha estado presente desde la literatura más antigua sobre la disminución de la natalidad. En las dos últimas décadas los estudios de la transición contemporánea y pasada de la fecundidad han invocado cada vez más frecuentemente la noción de difusión para explicar comportamientos peculiares en los patrones espacio-temporales de descenso de la fecundidad. Un objetivo de este artículo es agregar rigor al debate mediante la focalización en el concepto de interacción social y mediante el aporte de evidencia cuantitativa y cualitativa de efectos de difusión en un caso concreto: Costa Rica.

La transición de la fecundidad en Costa Rica presenta varias características que sugieren una dinámica de difusión: el descenso de la fecundidad tuvo lugar de modo extraordinariamente rápido en comparación con las transformaciones socioeconómicas y alcanzó a todos los estratos sociales; no hay evidencia de una caída en el tamaño preferido de familia que corresponda, en cronología y magnitud, a la caída de la fecundidad; existe además un ordenamiento espacio-temporal en la transición muy sugerente de contagio entre áreas vecinas. Evidencia de un modelo econométrico con datos agregados apoya la hipótesis de contagio de ideas en la adopción del control natal, especialmente en las etapas iniciales de la transición. Aunque esta evidencia es indirecta y, por tanto, no concluyente, se suma al resto de indicios de difusión por interacción.

Este artículo agrega evidencia de tipo cualitativo sobre la existencia de difusión por interacción en las vidas de personas reales. Discusiones de grupos focales con las protagonistas de la transición de la fecundidad en Costa Rica, muestran a mujeres que hablaban entre ellas sobre asuntos reproductivos y que intercambiaban información sobre planificación familiar. En estas interacciones ellas recibían y daban consejos y apoyo moral —a veces incluso ejercían un poco de presión— que facilitaron y motivaron el uso de anticonceptivos. Estas interacciones no tuvieron lugar con extraños o de una manera casual, excepto en una situación muy particular: la sala de espera de los centros de salud. Las interacciones fueron con parientes, probablemente en casa, y con amigas en el trabajo y en ciertos eventos sociales.

Los datos cualitativos también sugieren que el tabú que rodeaba en el pasado a los asuntos reproductivos y el aislamiento social de algunas mujeres pudieron haber inhibido la difusión por interacción. De alguna manera estas barreras cayeron y ello hizo posible la difusión del

control natal. Tal y como lo sugiere el modelo de simulación presentado en este artículo, un incremento en la tasa de interacción parece ser ingrediente necesario para que opere la dinámica de difusión. Los medios de comunicación de masas y el programa de planificación familiar probablemente contribuyeron a que los tópicos reproductivos se abrieran a la discusión pública. Incrementos en la educación y participación de la mujer en la fuerza laboral bien pudieron, por su parte, reducir el aislamiento social de algunas mujeres y expandir la tasa de interacción. Estos resultados refuerzan el argumento de que la expansión de las redes de comunicación y transporte es un importante factor subyacente en la transición de la fecundidad. Les dan, además, otra dimensión a los vínculos causales de la fecundidad con la educación y participación laboral de la mujer.

Los datos cualitativos también sugieren que ciertos cambios en los valores pudieron contribuir substancialmente a la transición de la fecundidad en Costa Rica. Cabe citar, entre ellos, cambios en la relación entre los sexos, la apertura de la discusión en público de temas relacionados con sexualidad y reproducción, cierto grado de secularización o menor adherencia a los preceptos religiosos y, por último, un mayor aprecio de la salud y el cuidado del cuerpo. Modelos de contagio de ideas similares al manejado en este documento pueden ser relevantes para explicar estos cambios en los valores.

## BIBLIOGRAFÍA

- ADC (1987), *Resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*, San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.
- Behm, H. y J. M. Guzmán (1979), Diferencias socioeconómicas del descenso de la fecundidad en Costa Rica 1960-1970, *Séptimo Seminario Nacional de Demografía*, San José (pp. 158-183), San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.
- Bravo, J. H. (1992), "Visiones teóricas de la transición de la fecundidad en América Latina: ¿Qué relevancia tiene un enfoque difusionista?", *Notas de Población*, 56, 33-55.
- Brown, L. A. (1981), *Innovation Diffusion: A New Perspective*, New York: Methuen.
- Caldwell, J. C. (1982), "Theory of Fertility Decline", New York: Academic.
- Carlsson, G. (1966), "The Decline of Fertility: Innovation or Adjustment Process", *Population Studies*, 20(2), 149-174.
- Casterline, J. y R. Knight (1993), "Social Structure and Fertility Change", Documento presentado a la Annual Meetings of the Population Association of America, Cincinnati.
- CCSS (1994), *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Fecundidad y Formación de la Familia*, San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.

- Cleland, J. y C. Wilson (1987), "Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View", *Population Studies*, 41(1), 5-30.
- Cliff, A. D. y P. Haggett (1988), *Atlas of Disease Distribution. Analytic Approaches to Epidemiological Data*, Oxford: Basil Blackwell Inc.
- Coale, A. J. (1983), "Recent Trends in Fertility in Less Developed Countries", *Science*, 221, 828-832.
- Coleman, J.S. (1964), *Introduction to Mathematical Sociology*, London: The Free Press of Glencoe.
- Erbring, L. y A. A. Young (1979), "Individuals and Social Structure: Contextual Effects as Endogenous Feedback", *Sociological Methods and Research*, 7(4), 396-430.
- Freedman, R. (1987), "The Contribution of Social Science Research to Population Policy and Family Planning Program Effectiveness", *Studies in Family Planning*, 18(2), 57-82.
- Fridman, S. (1984), *Spatial and Temporal Aspects of Contraceptive Adoption: An Analysis of Contemporary Fertility Behavior in Costa Rica*, Disertación doctoral no publicada, Cornell University, Nueva York.
- Gómez, M. (1968), *Informe de la Encuesta de Fecundidad en el Area Metropolitana*, San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Instituto Centroamericano de Estadística.
- Gómez, V. (1989), *Fertility Change in Costa Rica: 1964-86*, Disertación doctoral, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin.
- Hermalin, A. I., A. P. Riley y L. Rosero Bixby (1989), Determinants of Family Size Preference among Costa Rican Women. (*Annual Meeting of the Population Association of America*). Population Studies Center of the University of Michigan, Ann Arbor.
- Klijzing, F. y H. Taylor (1982), "Spatial Order in the Demographic Transition: The Costa Rican Case", *Revista Geográfica*, 96, 54-59.
- Knodel J.A. (1977), "Age Patterns of Fertility and the Fertility Transition: Evidence from Europe and Asia", *Population Studies*, 31(2), 219-250.
- Lesthaeghe, R. y J. Surkyn (1988), "Cultural Dynamics and Economic Theories of Fertility Change", *Population and Development Review*, 14 (1), 1-45.
- Lundahl, M. (1991), "Export-led Growth as Determinant of Social Development in Costa Rica", *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplement N. 46*, 92-103.
- Mahajan, V. y R. A. Peterson (1985), *Models for Innovation Diffusion*, Beverly Hills: Sage Publications.
- Montgomery, M. R. y J. B. Casterline (1993), "The Diffusion of Fertility Control in Taiwan: Evidence from Pooled Cross-section, Time-series Models", *Population Studies*, 47 (3), 457-480.
- Retherford, R. D. y J. A. Palmore (1983), Diffusion Processes Affecting Fertility Regulation, en R. A. Bulatao y R. D. Lee (Editores), *Determinants of Fertility in Developing Countries. II* (pp. 295-339). New York: Academic Press.
- Rogers, E. M. (1983), *Diffusion of Innovations*, Third Edition, New York: MacMillan Free Press.
- Rogers, E. M. (1973), *Communication Strategies for Family Planning*, New York: The Free Press.
- Rosero Bixby, L. (1993), Studies of the Costa Rican Model I: Peace, Health and Development in Costa Rica, en L. Hanson y L. Kohler (Editores), *Peace, Health and Development. A Nobel Seminar*, Goteborg, Sweden (pp. 47-58), Estocolmo, Suecia: University of Goteborg and The Nordic School of Public Health.

- Rosero Bixby, L. (1991), *Interaction Diffusion and Fertility Transition in Costa Rica*, Disertación doctoral, University of Michigan, Ann Arbor U.M.I, Dissertation Information Service.
- Rosero Bixby, L. (1983), "Determinantes de la fecundidad en Costa Rica", *Notas de Población*, 32, 70-122.
- Rosero Bixby, L. y J. B. Casterline (1994), "Interaction Diffusion and Fertility Transition in Costa Rica", *Social Forces*, 73 (2), en prensa.
- Rosero Bixby, L. y J. B. Casterline (1993), "Modelling Diffusion Effects in Fertility Transition", *Population Studies*, 47 (1), 147-167.
- Rosero Bixby, L., M. Gómez y V. Rodríguez (1982), *Determinantes de la fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*, San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos, World Fertility Survey, International Statistical Institute.
- Rosero Bixby, L. y M. W. Oberle, (1989), "Fertility Change in Costa Rica 1960-84: Analysis of Retrospective Lifetime Reproductive Histories", *Journal of Biosocial Science*, 21(4), 419-432.
- Simmons, G. B. (1986), Family Planning Programs, en J. A. Menken (Editor.), *World Population and U.S. Policy* (pp. 175-203). New York: The American Assembly.
- Stycos, J. M. (1982), "The Decline of Fertility in Costa Rica: Literacy, Modernization, and Family Planning", *Population Studies*, 36(1), 15-30.
- Stycos, J. M. (1981), "A Critique of Focus Group and Survey Research: The Machismo Case", *Studies in Family Planning*, 12 (12), 450-456.
- Tarde, G. (1890), *The Laws of Imitation*. New York: Holt.
- Tin Myaing Thein y J. Reynolds (1972), *Contraception in Costa Rica. The Role of the Private Sector, 1959-1969*, San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.
- UN (1985), *Socio-economic Development and Fertility Decline in Costa Rica*, New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- van de Walle, E. y J. Knodel (1980), "Europe's Fertility Transition: New Evidence and Lessons for Today's Developing World", *Population Bulletin*, 34(6).
- Watkins, S. C. (1987), "The Fertility Transition: Europe and the Third World Compared", *Sociological Forum (número especial)*, 2(4), 645-673.
- Westoff, C. E. (1988), "Is the KAP-gap real?", *Population and Development Review*, 14(2), 225-232.