


00437.00

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Doc/M

20SV	0043700	 DOCPAL Colesde
Fecha recibida: 20/10/76		
ARCHIVO de DOCUMENTOS		
Original NO SALE de la oficina		

I 668

ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD DE EL SALVADOR:
ESQUEMA METODOLOGICO PARA EL ANALISIS DE LOS DATOS

Sector Salud y Población
7 de abril de 1975
097.

INDICE

	<u>Página</u>
I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	1
III. ALGUNOS ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN EL SALVADOR	5
IV. PLAN DE ANALISIS	5
1. Organización del análisis	5
2. Primera parte del análisis	6
2.1 Representatividad de los datos de la muestra ..	6
2.2 Factores extrínsecos a la fecundidad que deben ser controlados al estudiar diferenciales de fecundidad	6
2.3 Descripción general de las entrevistadas	7
3. Segunda parte del análisis: La fecundidad	7
3.1 La fecundidad del pasado y su asociación con ciertas variables explicativas de la fecundidad.....	11
3.2 Tendencias recientes y niveles actuales de fecundidad	17
A. Tendencias recientes	18
B. Niveles actuales de fecundidad	20
4. Tercera parte del análisis: La anticoncepción y los programas de planificación de la familia	21
4.1 El conocimiento de los anticonceptivos	22
4.2 La práctica anticonceptiva	23
4.3 Algunas actitudes hacia el uso de anticonceptivos	23
4.4 Características de las usuarias de métodos anticonceptivos	24
4.5 El proceso de decisión de uso de un método anticonceptivo	25
4.6 Actividades de promoción de la Asociación Demográfica Salvadoreña	25
4.7 Eficacia de uso de los métodos anticonceptivos	25
5. Cuarta parte del análisis: Interrelaciones entre anticoncepción, mortalidad fetal y fecundidad	26
5.1 La influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales, de la anticoncepción y de la mortalidad fetal en la fecundidad	29
5.2 El papel de los programas de planificación de la familia en la fijación del nivel de la fecundidad	29

	<u>Página</u>
5.3 Acontecimientos evitados por la anticoncepción	30
6. Quinta parte del análisis: La nupcialidad y otros temas	31
6.1 La nupcialidad y la fecundidad	32
6.2 Aporte del cónyuge al sostenimiento de la familia	33
6.3 Proporción de mujeres separadas que tienen relaciones sexuales ocasionales	33
6.4 Proporción de partos con atención institucional y profesional	33
6.5 Estimación del subregistro de nacimientos y defunciones infantiles	34
LISTA DE TABULACIONES	35

I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

La Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) realizó durante 1973 una Encuesta Nacional de Fecundidad (FESAL) a unas 3 500 mujeres de 15 a 49 años. Esta encuesta se efectuó con la asistencia financiera del Population Council, y con la asesoría técnica de esa misma institución y de CELADE.

La solicitud de asesoría técnica de CELADE fue hecha por el Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica de El Salvador. El Convenio firmado entre la ADS y CELADE especifica los puntos en que CELADE presta asesoría:

- a) Uso de los instrumentos elaborados por CELADE para este tipo de encuestas (hoja de ruta, cuestionario, manual de uso del cuestionario, manual de codificación).
- b) Elaboración del diseño, programación y calendario de la encuesta.
- c) Entrenamiento de entrevistadores, codificadores y supervisores de la encuesta.
- d) Colaboración en el análisis de los datos.

Por su parte la ADS asume la responsabilidad de conducir el estudio, informar a CELADE regularmente de la marcha del mismo y proporcionar un juego de tarjetas o una cinta con la información.

Al momento de firmar este Convenio, entre la ADS y CELADE, el Population Council había realizado la selección de la muestra y estaba comprometido para colaborar en la elaboración de los datos, según convenio propio firmado con la ADS.

En este documento se presenta el plan de análisis que CELADE propondrá a la Asociación Demográfica Salvadoreña, para coordinar un grupo de trabajo (con representantes de diferentes instituciones nacionales) que realizará el análisis de la encuesta.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Se plantearon dos propósitos de carácter general. El primero, se refiere a conocer el nivel actual y tendencias recientes de la fecundidad, y precisar la importancia relativa de algunas variables en la determinación del nivel observado. Este primer propósito permitiría un diagnóstico de la situación en la que actúan los programas de planificación de la familia de El Salvador.

El segundo propósito es que esta encuesta sirva como la situación base que se necesita para evaluar. Es decir, al repetir esta investigación en un plazo prudente (no antes de 1976), las diferencias observadas entre ambas encuestas, permitirían una evaluación de los efectos logrados por los programas de planificación de la familia. Cabe destacar que ambos propósitos generales constituyen uno solo, desde un punto de vista metodológico.

Para el logro de estos propósitos se establecen objetivos específicos. Entre los objetivos específicos figuran, además de los formulados en relación con los propósitos generales, algunos que la ADS estimó convenientes para la situación particular de El Salvador y otros que puedan representar un aporte metodológico a la investigación por medio de encuestas retrospectivas. Los siguientes objetivos específicos pueden mencionarse:

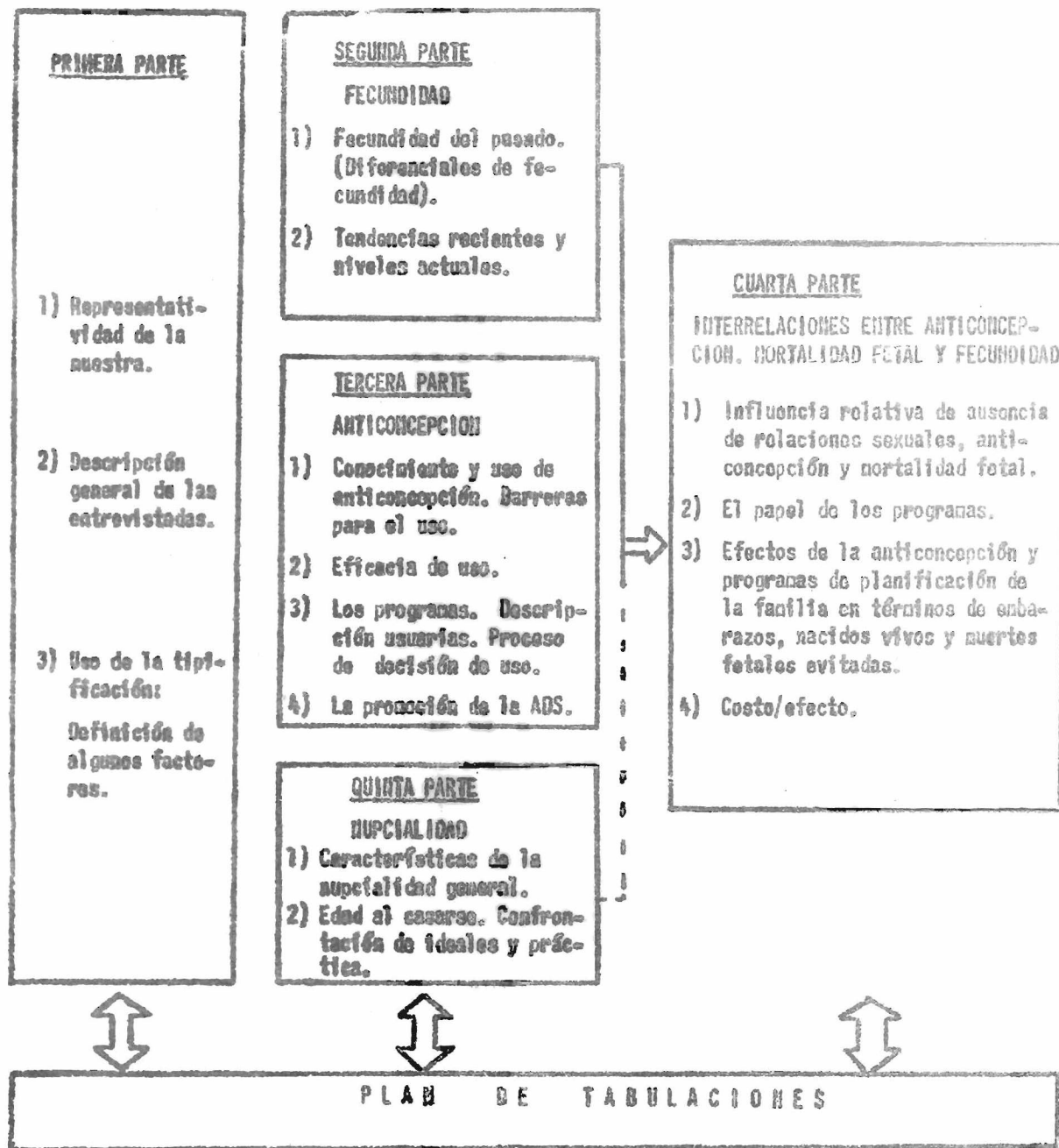
- 2.1 Determinación de los niveles actuales y de las tendencias recientes de las tasas de embarazos, mortalidad fetal y fecundidad.
- 2.2 Asociación de las medidas anteriores con algunas variables explicativas (sociales, económicas y culturales).
- 2.3 Estudio de la nupcialidad, en relación con los niveles de fecundidad.
- 2.4 Influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos y de la mortalidad fetal, en la determinación del nivel de fecundidad observado en el año anterior a la encuesta.
- 2.5 Dentro de la influencia relativa de la anticoncepción en la determinación del nivel de fecundidad, estimación del papel desempeñado por los programas de planificación de la familia.
- 2.6 Intimamente ligado al objetivo 2.4, estimación del número y características de las mujeres estériles o de aquéllas que no pueden quedar embarazadas.
- 2.7 Estimación de los embarazos, abortos y nacidos vivos evitados por las acciones anticonceptivas (dentro y fuera de los programas de planificación de la familia).
- 2.8 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- 2.9 Actitudes de las mujeres hacia el uso de anticonceptivos. Detección de algunas barreras, que sirvan de orientación para los programas de planificación de la familia.
- 2.10 Estimación de la eficacia de uso de los métodos anticonceptivos: DIU, gestágenos y otros.
- 2.11 Estudio del proceso de decisión de uso de un método anticonceptivo (dentro o fuera de un programa), a través de las fuentes de conocimiento, convencimiento y obtención.
- 2.12 Descripción sociodemográfica de las mujeres usuarias de anticonceptivos (dentro o fuera de programas).
- 2.13 Evaluación de las actividades de promoción del programa de planificación de la familia perteneciente a la ADS.

Objetivos no directamente relacionados con los dos propósitos generales, pero útiles en el caso de El Salvador:

- 2.14 Estimación de la proporción de partos (en base al último tenido por la mujer) con atención institucional y profesional.
- 2.15 Estimación del subregistro de nacimientos y defunciones de población infantil.
- 2.16 En relación con los objetivos 2.3 y 2.4, proporción de parejas separadas (de facto o legalmente) que tienen relaciones sexuales ocasionales.
- 2.17 Aporte efectivo del cónyuge de la entrevistada para el sostenimiento de la familia.
- 2.18 Ideales de las entrevistadas sobre edad al casarse de una mujer y mejor número de hijos.

Objetivos que constituyen un aporte metodológico:

- 2.19 Estimación del número y tipo de formas de término de embarazo detectados al averiguar por intervalos genéricos de tres o más años.
- 2.20 Estimación del número de mujeres con práctica abortiva no declarada en la Historia de Embarazos.



FESAL: PUBLICACION DEL INFORME (por fascículo)

- I. Descripción general del estudio (primera parte del análisis).
- II. La fecundidad (segunda parte del análisis).
- III. La Nupcialidad y la Fecundidad (Quinta parte del análisis).
- IV. La anticoncepción (Tercera parte del análisis).
- V. Efectos de la Anticoncepción y de los Programas de Planificación de la Familia (Cuarta parte del Análisis).

III. ALGUNOS ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN EL SALVADOR

Al momento de realizar esta investigación (segundo semestre de 1973), existían en El Salvador los siguientes programas de planificación de la familia, desarrollados por las siguientes instituciones:

- a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de carácter oficial, cuyas actividades se efectúan desde 1968.
- b) Instituto Salvadoreño del Seguro Social, de carácter semioficial, con actividades desde 1969.
- c) Asociación Demográfica Salvadoreña, de carácter privado (filial de la IPPF), con actividades desde 1964.

De acuerdo a las actividades proyectadas por el Ministerio de Salud Pública, éste paulatinamente irá absorbiendo las clínicas de la ADS. Esta institución, entonces, probablemente tendrá actividades sólo de entrenamiento de personal, experimentación de nuevas técnicas anticonceptivas y de investigación, (como la descrita en este documento)..

La población femenina atendida por estos tres programas, se estimaba hacia fines de 1972, en un cinco por ciento de mujeres en edad fértil de El Salvador (alrededor de 37 500 mujeres).

IV. PLAN DE ANALISIS

El Plan de Análisis propuesto se refiere a la totalidad de los objetivos específicos descritos en el párrafo 2. Sin embargo, durante la misión de asesoría para el análisis, no se pretende cumplir íntegramente el Plan de Análisis.

4.1 Organización del análisis

Comprenderá cinco partes:

En una primera parte, se estudiará la representatividad (aleatoriedad) de las mujeres seleccionadas y se hará una descripción general de las mujeres entrevistadas.

En una segunda parte, se analizará la historia obstétrica de las mujeres, en términos de embarazos, muertes fetales y nacidos vivos. Este análisis de la fecundidad se hará a través del número medio de acontecimientos (embarazos, nacidos vivos, etc.) tenidos por cada mujer, y a través de tasas específicas.

La tercera parte, se referirá al estudio de la anticoncepción, en especial, una descripción del conocimiento y práctica anticonceptiva por medio de los programas de planificación de la familia, incluyendo una somera evaluación de eficacia de métodos anticonceptivos (tabla de vida de anticonceptivos).

La cuarta parte, abordará la interrelación entre conducta sexual, anticoncepción, mortalidad fetal y fecundidad. Se hará una estimación de los embarazos, muertes fetales (abortos) y nacidos vivos evitados por el uso de métodos anticonceptivos. Se destacará el papel de los programas de planificación de la familia en los acontecimientos evitados.

La quinta y última parte, comprenderá aspectos explicativos de la fecundidad -no considerados en las partes anteriores- como son, la estructura familiar, conducta de nupcialidad e ideales de la mujer salvadoreña sobre edad al casarse y número de hijos. Podrán incluirse en esta última etapa de análisis (o bien, ser tratados independientemente por un subgrupo paralelo de trabajo), temas como atención del último parto, subregistro de nacimientos y defunciones infantiles, etc.

Cerrarán este análisis, las conclusiones derivadas del mismo, los resultados que pueden adelantarse para los programas de planificación de la familia y las sugerencias estimadas convenientes.

4.2 Primera parte del análisis

4.2.1 Representatividad de los datos de la muestra. La selección de las mujeres en edad fértil (MEF) que debían ser entrevistadas, comprendió un listado de todas las mujeres integrantes de los hogares (Encuesta de Hogares) elegidos en la muestra con indicación expresa, para cada mujer, si se trataba de:

- i) MEF, seleccionada y entrevistada
- ii) MEF, seleccionada y no entrevistada
- iii) MEF, no seleccionada
- iv) No MEF

Entonces, es posible controlar si las mujeres efectivamente entrevistadas conforman una muestra representativa del universo, o sea, si no se han producido sesgos en la selección. Para esto, se comparará la distribución de las variables edad cumplida, estado civil y nivel de instrucción entre i) e iii), y entre i) e ii).

Además, se calculará la tasa de respuesta (definida por la relación $(i) / (i) + (ii)$) y su distribución según esas mismas variables.

Aparte del control de la representatividad (aleatoriedad) de la muestra de MEF, es necesario comparar la distribución de las entrevistadas según ciertas características con la distribución obtenida en el último Censo de Población (junio de 1971). Las características que se comparen, dependerán de los datos disponibles.

4.2.2 Factores extrínsecos a la fecundidad que deben ser controlados al estudiar diferenciales de fecundidad. A lo largo del análisis se realizarán comparaciones de diversas medidas de la fecundidad entre diferentes grupos de mujeres (grupos determinados por una o más variables). Para que la comparación sea válida, es necesario controlar la diferente composición de esos grupos respecto de ciertas características, tales como la edad y el estado conyugal. Entonces, será necesario utilizar una composición por edad y estado conyugal (y eventualmente otro factor) común a todos los grupos, es decir, realizar una tipificación directa. Esta composición común a todos los subgrupos de mujeres que se comparen, estará determinada por aquélla de la totalidad de mujeres entrevistadas.

Evidentemente, el control de factores extrínsecos no se restringirá a la comparación de niveles de fecundidad, sino que se efectuará cada vez que la situación particular lo requiera.

4.2.3 Descripción general de las entrevistadas. Antes de efectuar el análisis de los objetivos propuestos en el estudio, es útil presentar las características sociales, económicas, culturales y demográficas investigadas en las mujeres entrevistadas. Esta presentación permite tener una visión de conjunto, y además, puede sugerir algunas observaciones útiles para el análisis que sigue. Esas características de las mujeres son:

- edad
- estado conyugal
- lugar de nacimiento
- **nivel de instrucción**
- **condición de actividad económica y ocupación desempeñada**
- **nivel de instrucción del cónyuge**
- ocupación del cónyuge.

No es preciso indicar tabulaciones específicas para esta descripción general, por cuanto ya están disponibles las distribuciones de frecuencia de todas las variables incluidas en el estudio (marginales).

4.3 Segunda parte del análisis: La fecundidad

La segunda parte del análisis se refiere a los niveles de fecundidad en El Salvador. El término "fecundidad" es usado tradicionalmente como sinónimo de frecuencia con que ocurren nacidos vivos. En este análisis tiene una acepción más amplia y comprende la parte obstétrica del sistema de reproducción humana, vale decir, embarazos, muertes fetales y los mismos nacidos vivos. Los datos fundamentales son aportados por la Historia de Embarazos del Cuestionario, que indaga, para cada uno de los embarazos tenidos por la entrevistada, la forma de término (aborto, nacido muerto, nacido vivo, actualmente embarazada) y la fecha de término del embarazo.

Estos datos son analizados en dos formas. La primera se refiere al total de acontecimientos tenidos por cada mujer hasta el momento de la entrevista, es decir, se utilizan medidas cumulativas de la fecundidad (número medio de embarazos, de muertes fetales o de nacidos vivos). En la segunda forma se considera la fecha en que ha ocurrido el acontecimiento, más específicamente, se estudia la frecuencia anual de ellos, expresadas por las tasas respectivas.

Las medidas cumulativas se obtienen mediante tabulaciones sencillas, proporcionando una visión general del pasado obstétrico de las mujeres. De esta manera, puede realizarse fácilmente una comparación del nivel de la fecundidad entre distintos subgrupos de la población femenina (zonas urbanas y rurales, niveles de instrucción, estados conyugales, etc.). El número medio de nacidos vivos de las mujeres del grupo de edades 40 a 49 años, tiene el particular interés de representar el tamaño final de la familia. La comparación del nivel de la fecundidad en base al número medio de acontecimientos, se ve afectada por factores extrínsecos (como se mencionó en 4.2.2), los que deben ser controlados al efectuar la comparación.

La obtención de las tasas no se logra directamente de los datos, requiere una elaboración más compleja (desde el punto de vista conceptual y operacional), puesto que deben relacionarse 1/ los acontecimientos ocurridos en un intervalo de tiempo determinado (tradicionalmente, años civiles individuales) con las mujeres que pudieron tener esos acontecimientos (concepto de población media expuesta al riesgo). Si se desea obtener estas medidas para mujeres de características determinadas (tasas específicas) la complejidad de elaboración va aumentando. La elaboración de los datos de esta encuesta será computarizada y la obtención de estas tasas se verá facilitada 2/ por el uso de paquetes de programa, o simplemente, por programas de computación ya probados.

Antes de ocuparnos del análisis específico que se trata en esta segunda parte, una consideración sobre el empleo del concepto "mortalidad fetal".

Como se dijo anteriormente, la Historia de Embarazos averigua las distintas formas de término de embarazo, distinguiendo nacidos vivos, nacidos muertos y abortos (sin hacer distinción entre aborto espontáneo y aborto provocado). La declaración por parte de las entrevistadas puede verse afectada por fallas involuntarias producidas por la memoria, tales como la omisión de algún acontecimiento determinado, o no recordar la fecha exacta en que ocurrió. Estas fallas afectan a las tres formas de término de embarazo anteriormente indicadas. En cambio, omisiones voluntarias afectarán de preferencia a los abortos provocados respecto de las otras formas de término, 3/ por lo que en el momento de la entrevista no se indagó por aborto provocado. Incluso como la sola mención de "aborto" es considerado por muchas mujeres como sinónimo de "aborto provocado", se instruyó a la entrevistadora para que utilizara el término "pérdida", sinónimo de involuntario.

Por otra parte, se prefiere en el análisis tratar en conjunto los abortos y los nacidos muertos, es decir, se analizarán las muertes fetales. Al proceder de esta manera se obvia, en cierto modo, la declaración de algunos abortos provocados como espontáneos. 4/ Cuando los objetivos del estudio lo requieran, se desglosará el aborto provocado del conjunto de muertes fetales.

Respecto del análisis de la mortalidad fetal, y en especial de los abortos, mucho se ha discutido sobre las medidas adecuadas que deben utilizarse. Sin el ánimo de poner el punto final a la vieja discusión, si debe medirse el aborto (o la muerte fetal) referido exclusivamente al universo en que puede ocurrir efectivamente (o sea, embarazos), o si debe referirse al universo que mide el impacto en salud pública (o sea, mujeres en edad fértil), nos limitaremos a señalar las razones para utilizar ambas medidas.

1/ La relación tiene forma de cociente. La tasa es, por definición, el cociente entre los acontecimientos producidos en un año civil y la población media (al 30 de junio de ese año civil) en que pudieron ocurrir esos acontecimientos.

2/ Y, obviamente, de las restantes tabulaciones.

3/ Pueden citarse como razón de esta omisión preferencial, la fuerte sanción social, e incluso legal, en torno al aborto provocado.

4/ Por otra parte, no se incurre en mayor error, por cuanto los nacidos muertos presentan, respecto del total de embarazos, una proporción que varía poco entre diferentes situaciones, siendo además muy baja, pues difícilmente supera al 3 por ciento de los embarazos.

La probabilidad de que ocurra una muerte fetal (o un aborto) -bajo una hipótesis de adecuada declaración del número de nacidos vivos y muertes fetales (y por ende, de los embarazos)- puede enfocarse como una probabilidad condicionada, es decir, puede expresarse como el producto de dos probabilidades, tal como lo indica la expresión

$$\frac{MF}{N_F} = \frac{E}{N_F} \cdot \frac{MF}{E} \quad (1)$$

en que, MF = Muertes fetales, E = Embarazos y N_F = Población femenina (perteneciente a las edades fértiles). Evidentemente, el producto final (MF/N_F) de ese proceso condicionado se verá afectado por las variaciones de sus componentes, de uno o de ambos. Las medidas MF/E y MF/N_F tienen diferentes significados, la primera indica la intensidad de la mortalidad fetal en las mujeres exclusivamente expuestas a ese riesgo, vale decir las embarazadas; la segunda, indica la incidencia de la mortalidad fetal en las mujeres en edad fértil. Ambas medidas son útiles, pues su interpretación permite, en el caso de MF/E , identificar al grupo de mujeres con mayor riesgo (por ejemplo, en el caso de prevención del aborto provocado, qué mujeres deben ser protegidas preferentemente por anticonceptivos), y en el caso de MF/N_F , permite programar las actividades de salud pública de acuerdo a la expectativa de la demanda de servicios por muertes fetales.

Debemos hacer notar, que la expresión anteriormente indicada, revela una complejidad adicional en el análisis. Es posible suponer, que la variación en el tiempo (t) de la frecuencia con que se embarazan mujeres (E/N_F) y de la frecuencia con que los embarazos terminan en muertes fetales (MF/E), es lineal, es decir, que podemos expresar la regresión de E/N_F mediante $a+bt$ y la de MF/E por $c+dt$.

La variación de MF/N_F no será lineal, por cuanto tendrá la forma $a+c+(ad+bc)t+bdt^2$, que es una función de segundo grado.

Cualquiera sea el tipo de medida que se emplea en el análisis, lo importante es destacar que la parte del proceso reproductivo que abarca desde el embarazo hasta el nacido vivo (uno de nuestros objetivos básicos de la investigación) puede interrelacionarse, de la siguiente manera: 5/

- i) Los nacidos vivos producidos en un intervalo de tiempo para una población femenina en edades fértiles (podemos considerar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad, o un subgrupo de ellas, pero para los efectos del análisis no tiene importancia) representan la diferencia entre embarazos y muertes fetales, simbólicamente

$$NV = E - MF \quad (2)$$

- ii) El análisis se realiza con medidas relativas. Entonces, si en la expresión anterior dividimos todos los términos por N_F (las mujeres observadas), obtenemos

$$\frac{NV}{N_F} = \frac{E}{N_F} - \frac{MF}{N_F} \quad (3)$$

o sea, la tasa de fecundidad es igual a la diferencia entre la tasa de embarazos y la tasa de muertes fetales por mujeres (debemos agregar "por mujeres", por cuanto hemos mencionado también la tasa de muertes fetales "por embarazos").

5/ Una presentación similar se encuentra en A. Bocaz, S. Gaslonde: Método para medir variaciones en el nivel de la fecundidad. CELADE, Serie A, n° 107.

iii) En la expresión (3), reemplazaremos MF/N_F por $E/N_F \cdot MF/E$:

$$\frac{NV}{N_F} = \frac{E}{N_F} - \frac{E}{N_F} \cdot \frac{MF}{E} \quad (4)$$

lo que también puede anotarse

$$iv) \quad \frac{NV}{N_F} = \frac{E}{N_F} \left(1 - \frac{MF}{E} \right) \quad (5)$$

Esta relación es de mucha importancia por cuanto nos permite explicar las variaciones de la fecundidad en términos de las variaciones de los embarazos por mujeres y de las muertes fetales por embarazos. ^{6/} El lector podrá advertir, por la deducción de esta fórmula, que la expresión contiene en forma implícita las muertes fetales por mujeres.

v) La frecuencia con que ocurren nacidos vivos, o sea el producto final del proceso reproductivo, puede ser expresado en un contexto más amplio. Para esto, consideremos que la expresión E/N_F puede anotarse:

$$\frac{E}{N_F} = \frac{N_{FF}}{N_F} \cdot \frac{N_{FF(RS)}}{N_{FF}} \cdot \frac{E}{N_{FF(RS)}} \quad (6)$$

en que:

N_{FF} = Población femenina fértil

$N_{FF(RS)}$ = Población femenina fértil con relaciones sexuales

La expresión (5) puede anotarse entonces:

$$\frac{NV}{N_F} = \frac{N_{FF}}{N_F} \cdot \frac{N_{FF(RS)}}{N_{FF}} \cdot \frac{E}{N_{FF(RS)}} \cdot \left(1 - \frac{MF}{E} \right) \quad (7)$$

La expresión 7 nos dice que la frecuencia del producto "exitoso" del proceso reproductivo (nacido vivo) está condicionado por la proporción de mujeres fértiles en el total de mujeres (N_{FF}/N_F), por la proporción de mujeres fértiles con relaciones sexuales, ^{7/} en el total de mujeres fértiles ($N_{FF(RS)}/N_{FF}$), por la proporción de mujeres que se embarazan en el total de mujeres fértiles con relaciones sexuales ($E/N_{FF(RS)}$) y por la proporción de embarazos que originan nacidos vivos en el total de embarazos producidos ($1-MF/E$). La relación (7) no hace sino traducir un hecho por todos conocidos, pero difícil de analizar. Una de las dificultades del análisis radica en la ausencia de

^{6/} Por ejemplo, si se produce una reducción drástica de la fecundidad, podría ser a expensas de E/N_F y no de $(1 - MF/E)$, o sea, porque aumentó el uso de anticonceptivos.

^{7/} Si el período de tiempo analizado en un año, debería imponerse la condición que tengan relaciones sexuales en cada uno de los meses, o bien puede hacerse el ajuste correspondiente por el número de meses efectivamente con relaciones.

datos, o en la información poco fidedigna de (N_{FF}/N_F) y de $(N_{FF(RS)}/N_{FF})$. El cuestionario utilizado en la encuesta aporta estimaciones bastante confiables de mujeres con relaciones sexuales (información que obtenida a través de una encuesta por muestreo, posee un gran mérito, por lo difícil que resulta obtener un dato de esa naturaleza), pero no podemos conocer cuántas de esas mujeres con relaciones sexuales son fértiles (por lo menos, no de una manera confiable, aunque pueden intentarse estimaciones). Es decir, sólo conocemos la "condición" $(N_{F(RS)}/N_F)$.

Por los datos disponibles en la encuesta FESAL, la expresión (7) se ve reducida a la siguiente expresión:

$$\frac{NV}{N_F} = \frac{N_{F(RS)}}{N_F} \cdot \frac{E}{N_{F(RS)}} \cdot \left(1 - \frac{MF}{E}\right) \quad (8)$$

Al evaluar el impacto de un programa de planificación de la familia, el término $E/N_{F(RS)}$ de la expresión (8) cobra una importancia particular, por cuanto podemos descomponerlo de acuerdo a tres grupos de mujeres: las que no usaron anticoncepción, las que usaron algún anticonceptivo (que obtuvieron por su cuenta) y las que usaron un anticonceptivo proporcionado por un programa de planificación de la familia.

Concluiremos las observaciones de este párrafo, indicando la necesidad de trabajar con tasas o probabilidades referidas a intervalos de tiempo breve, en lo posible una observación mensual de mujeres.

La segunda parte del análisis comprende los objetivos:

- (2.1) Determinación de los niveles actuales y de las tendencias recientes de las tasas de embarazos, mortalidad fetal y fecundidad.
- (2.2) Asociación de las medidas anteriores con algunas variables explicativas (sociales, económicas y culturales).

4.3.1 La fecundidad del pasado y su asociación con ciertas variables explicativas diferenciales de fecundidad.

En este tema utilizaremos las medidas número medio de embarazos por mujer (NME), número medio de muertes fetales por embarazo (NMFPE), número medio de muertes fetales por mujer (NMFPM) y número medio de nacidos vivos por mujer (NMNV).

Estas medidas, resumen la experiencia obstétrica de cada mujer, desde el momento que comienza su vida fértil (la que hemos convenido en fijar a los 15 años) hasta el momento de la entrevista. De inmediato podemos advertir algunas limitaciones de estas medidas, tales como la imposibilidad de explicar el comportamiento reproductivo en sucesivas etapas de la vida de las mujeres (en el caso de nacidos vivos, no podemos precisar cómo se ha ido formando la prole existente al momento de la entrevista). Más adelante, (párrafo 4.3.2) se presentan otras medidas que superan estas limitaciones recién anotadas.

Entonces, estas medidas no son adecuadas para el estudio de la tendencia de los fenómenos estudiados. Sin embargo, estas medidas (aunque bastante crudas) nos indican fácilmente la "targa" demográfica que "soportan" mujeres de determinadas características. Por la simpleza de su elaboración en la generación de tabulaciones, facilitan el estudio de los diferenciales de fecundidad, 8/ esto es, la identificación de aquellas variables que señalan apreciables diferencias en los niveles de fecundidad (o de las otras medidas). Finalmente, el estudio de los diferenciales de fecundidad aporta algunas pistas sobre variables (podría pensarse también en hipótesis) explicativas del proceso de reproducción, útiles para el análisis posterior.

Una vez más se señala la conveniencia de controlar factores extrínsecos a la fecundidad, al estudiar estos diferenciales.

Al comentar las variables del estudio que se propondrán como diferenciales de la fecundidad, será de gran utilidad la experiencia ya recogida 9/ al respecto en diversos estudios de la fecundidad de América Latina, los que figuran en la bibliografía de esta segunda parte del análisis.

Es conveniente anotar, a manera de recapitulación, que el estudio de los diferenciales de fecundidad intenta, tradicionalmente en la literatura demográfica, ser de utilidad en el estudio de los cambios de fecundidad, especialmente en el paso de niveles altos a bajos.

Ese cambio no ocurrió (en el caso de países que ya presentan bajos niveles de fecundidad) uniformemente entre los diferentes sectores de la población, sino que comenzó y ganó terreno más rápidamente entre los sectores socioeconómicos más altos. 10/ En el contexto de una encuesta de fecundidad con fines de evaluación de programas de planificación de la familia, debe entenderse que el estudio de los diferenciales de fecundidad es útil, por cuanto nos permite identificar los grupos de población (en este caso, mujeres en edad fértil) que soportan una mayor carga obstétrica (embarazos, nacidos vivos, muertes fetales), y, de acuerdo a las razones de ganancia de salud pública (reducción del aborto provocado, reducción de la morbilidad materna e infantil) que pueden sostener los programas, constituirían (esos grupos) la población "blanco" de las acciones del programa.

A continuación, pasamos a comentar las variables que serán consideradas en el estudio de la fecundidad diferencial:

- 8/ Esto no significa que al utilizar estas medidas, como tasas actuales, no resulta posible estudiar la fecundidad diferencial. Sólo resultará más difícil lograr las tabulaciones pertinentes.
- 9/ Lo que representa una ventaja adicional, por cuanto permite la comparabilidad de las medidas.
- 10/ El supuesto implícito, es que estos grupos tuvieron una exposición diferencial a los subyacentes factores determinantes.

- Edad actual de la entrevistada. Una de las variables que mejor diferencia a la fecundidad. Intimamente relacionada con el proceso reproductivo (debido a la estrecha relación entre la edad y los factores biológicos de la reproducción humana).

El número medio de hijos crece ininterrumpidamente a medida que aumenta la edad y lo mismo cabe esperar de los embarazos y, en cierta medida, 11/ para las muertes fetales. En especial, el número medio de acontecimientos tenidos por mujeres de 40 a 49 años puede asociarse con el estado "terminal" de la reproducción, útil para las comparaciones.

- Estado conyugal al momento de la entrevista. Cada vez que los datos de fecundidad se desglosan por el estado conyugal de las entrevistadas, aparecen grandes diferencias. Como cabe esperarlo, es mucho mayor entre las mujeres alguna vez unidas (ya sea en unión civil, o en convivencia o "acompañamiento" que es el término local en El Salvador). Dentro del grupo de mujeres alguna vez unidas, presentan una fecundidad mayor las mujeres que han tenido uniones más estables. En el caso de El Salvador, resultará de interés confrontar la fecundidad de mujeres "acompañadas" con la de uniones civiles (o legales), por la incidencia de cierta consideración que puede esperarse en las mujeres acompañadas. En base a los datos de la Encuesta al Área Metropolitana de San Salvador, puede encontrarse para las mujeres de 14 y más años, que un 41 por ciento corresponde a mujeres unidas al momento de la encuesta. De esta cifra, 18 corresponde a mujeres en unión libre y 23 a casadas. 12/

- Antecedentes urbano/rurales de la entrevistada. Esta es, otra variable que muestra grandes diferencias en la fecundidad de América Latina, en general. Los aspectos, beneficios y accesos de la vida moderna son exclusivos de las zonas urbanas de un país latinoamericano, en particular de las grandes ciudades. Incluso, en muchos casos, las ventajas de salud, educación, mejores ingresos, diversiones, constituyen un privilegio de la capital del país. Estos factores, unidos a otros que "rechazan" al individuo del medio rural, han originado una persistente corriente migratoria desde las zonas rurales hacia las urbanas, siendo uno de los principales focos de "atracción", la capital del país.

El fenómeno migratorio plantea diversas interrogantes sobre los posibles cambios que pueden producirse en el individuo, o en su respectivo grupo familiar.

Desde luego, las condiciones de la vivienda urbana apuntan hacia una familia nuclear (padre, madre, e hijos de la pareja) en contraposición a la familia extendida que predomina en la zona rural. Este hecho puede tener una repercusión inmediata en las pautas reproductivas de una mujer (en especial de la mujer que comienza a formar su prole), por cuanto al no contar con parientes

11/ En cierta medida, por cuanto es posible que la incidencia de la mortalidad fetal surja o alcance una magnitud considerable a edades muy distantes del comienzo del período reproductivo (15 años). En el caso de la mortalidad fetal voluntaria (aborto provocado) es muy probable que alcance mayor frecuencia cuando la mujer ya tiene un número de hijos que ella estima "suficiente".

12/ J. Van den Boomen, Aspectos Demográficos y Socioeconómicos del Área Metropolitana de San Salvador. Comisión Económica para América Latina, Comité de Cooperación Económica del Itsmo Centroamericano. Enero, 1968.

u otras personas que colaboren en la crianza de los hijos, condiciona a la mujer hacia una familia pequeña de preferencia. Otros factores de la vida urbana apuntan también hacia una familia pequeña, lo que significa un cambio respecto de los patrones de fecundidad predominantes en las zonas rurales. Sin el ánimo de agotar estos factores, podemos mencionar aquéllos que implican una "asimilación" de las normas urbanas, (educación, oportunidad de trabajo, oportunidades culturales en general).

Por todas estas consideraciones, se estudiará la fecundidad diferencial respecto a las siguientes variables:

- a) Lugar de nacimiento de la entrevistada (que por sí misma constituye un diferencial de la fecundidad).
- b) Lugar donde vivió la mayor parte del tiempo antes de cumplir 15 años (íntimamente relacionado con el proceso de socialización y formación cultural básica).
- c) Tipo de lugar (urbano, rural, o una mezcla de ambos) en que ha vivido a partir de los 15 años^o. En este período de la vida de la mujer podemos asociar con propiedad, cualquier desplazamiento de un lugar a otro con una "voluntad migratoria" de la entrevistada. Antes de los 15 años, los individuos no hacen sino seguir al grupo familiar del cual forman parte. Entonces, la asociación entre fecundidad y movilidad migratoria es preferible estudiarla a partir de los 15 años de edad.

- Nivel de instrucción (escolaridad) de la entrevistada. Tal vez sea esta la principal variable en el estudio de la fecundidad diferencial. Íntimamente ligada al proceso de adquisición de pautas culturales, las que a su vez, condicionan en gran medida (pero no exclusivamente) los factores motivacionales hacia la fecundidad. Por otra parte, el nivel de escolaridad alcanzado por la entrevistada determina en buena parte la participación de la mujer en la actividad económica, lo que a su vez se traduce, generalmente, en la preferencia (tal vez conveniencia) de una prole reducida. Más adelante veremos, que el nivel de instrucción tiene íntima relación con el uso de anticonceptivos, la adopción de una forma determinada de anticoncepción y la eficacia que puede esperarse si es bien empleado el método anticonceptivo. Es conveniente remarcar que el nivel de instrucción estudiado en personas de 15 o más años (como es el caso de esta encuesta) cambia muy poco o prácticamente el cambio es nulo (mujeres de 25 o más años); por lo que la educación formal una vez obtenida, no sufre cambios en el tiempo. Al igual que la ocupación del esposo (o tal vez mejor) puede utilizarse como un indicador de status de la mujer. 13/

En el estudio de la fecundidad diferencial según nivel de instrucción, resulta de particular interés identificar la categoría de escolaridad considerada en el cuestionario 14/ que mejor discrimina a las mujeres de alta y baja (o moderada) fecundidad. Esta discriminación es de gran utilidad para la orientación de los programas de planificación de la familia y para el estudio de los cambios en la fecundidad misma.

13/ Véase S. Gaslonde, Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de Encuestas en América Latina. CELADE, Serie A, N° 118, págs. 41 y 42.

14/ Las categorías consideradas son: 0. Ningún año aprobado, analfabeta; 1. Ningún año, alfabeto; 2. Primaria (1°-3° grado); 3. Primaria (4°-5° grado); 4. Primaria completa; 5. Secundaria (1°-3°); 6. Secundaria (4°-5°); 7. Secundaria completa; 8. Superior (Universitaria).

- Participación en la actividad económica. La indicación de participación se refirió a un trabajo efectuado alrededor del momento de la entrevista, remunerado, ya fuera en dinero o en especies. De esta manera se excluye a los trabajadores familiares no remunerados, cuya participación en la actividad económica no implica la misma preparación o responsabilidad que el trabajo remunerado. Debe recordarse que variables tales como migración, educación, trabajo, no constituyen una finalidad de investigación en sí mismas, para este estudio. Su inclusión se debe justamente al estudio de la relación que, con ellas, presentan los niveles de fecundidad (u otras variables, por ejemplo, uso de anticoncepción).

La experiencia de otros países, muestra generalmente que la participación de la mujer en la actividad económica significa una preferencia por pocos hijos. Sin embargo, esa experiencia se basa en países que han alcanzado un nivel alto de desarrollo industrial, en los cuales la participación en la agricultura, por ejemplo, tiene una escasa incidencia. Cuestiones como éstas llevaron a precisar si el trabajo de la entrevistada se efectuaba dentro o fuera del hogar. Evidentemente, el hecho de que la mujer debe abandonar su hogar (aunque sea pocas horas al día) para trabajar, entra en conflicto con una familia numerosa, o con un período prolongado de crianza de los hijos. 15/

- Ocupación de la entrevistada. Esta variable es, en cierto sentido, complementaria de la anterior. Para el grupo de mujeres que participa en la actividad económica, estudiaremos cómo varía el nivel de la fecundidad según el tipo de ocupación desempeñada. Esta variable está fuertemente condicionada por el nivel de educación logrado por la entrevistada, como se anotó anteriormente. Al igual que en el caso de la escolaridad, interesa precisar el o los tipos de ocupación que identifican niveles altos o bajos de fecundidad. En el caso de El Salvador, como en el de otros países latinoamericanos que no han alcanzado un desarrollo industrial considerable y sostenido, se espera encontrar grandes diferencias entre las ocupaciones asociadas con estratos socioeconómicos altos y bajos; mientras más alto sea el nivel de la ocupación, menor será el nivel de la fecundidad.

Sin embargo, esta asociación inversa no se cumple rigurosamente. Como lo muestran los resultados del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (Zonas urbanas) 16/ y otros estudios, las ocupaciones directivas, profesionales, altos administrativos, presentan un nivel algo superior al de empleados de bajo rango, e incluso de mando medio. Este aspecto muestra relaciones, además, con las teorías sobre las etapas transicionales del descenso de la fecundidad: al comienzo del proceso, (es decir, para niveles altos de fecundidad) es posible advertir diferencias claras de fecundidad entre los estratos de ocupación altos, medios y bajos. Además la fecundidad de cada uno de esos estratos es claramente superior a la del estrato inferior. En cambio, cuando el proceso ya concluye, no es fácil advertir diferencias entre los estratos y no siempre la fecundidad de un estrato es mayor que la del estrato inferior. 17/

15/ Es posible pensar, que una mujer que necesita o decide trabajar, no sólo prefirió pocos hijos, sino además, que la crianza de ellos no se vea dificultada por el trabajo. Entonces, podría preferir tener sus hijos muy seguidos, por ejemplo.

16/ Véase C. A. Miró y W. Nertens, Influencia de algunas variables intermedias en el nivel y en los diferenciales de fecundidad urbana y rural de América Latina. CELADE, Serie A, N° 92, Cuadro 8.

17/ Véase L. J. Cho et al., "Differential current fertility in the United States", op.cit., págs. 241 y 242

Los resultados aportados por el Programa de Estudios Comparativos sobre el Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos en América Latina (PEAL), efectuado en Lima, Bogotá, Panamá y Buenos Aires, resultan ilustrativos sobre el aspecto que comentamos. Lima y Bogotá presentan altos niveles de fecundidad, y son justamente las ciudades con diferencias claras de fecundidad entre estratos y de acuerdo a un orden decreciente de la fecundidad a medida que aumenta el estrato socioeconómico (representado por la ocupación del jefe de hogar). La ciudad de Panamá tiene una fecundidad moderada y Buenos Aires ya completó su ciclo de transición demográfica, habiendo alcanzado niveles bajos de fecundidad desde hace varios lustros.

En Panamá, los estratos alto y medio presentan niveles de fecundidad muy parecidos. En Buenos Aires la asociación entre estrato y fecundidad, lejos de ser negativa, es francamente positiva, tal como la presentan las cifras del cuadro siguiente:

NUMERO MEDIO DE NACIDOS VIVOS POR MUJER, OBSERVADO Y TIPIFICADO, SEGUN ESTRATO SOCIOECONOMICO, EN CUATRO CAPITALES LATINOAMERICANAS (1968-1970)

Estrato Socio-económico	Bogotá		Lima		Panamá		Buenos Aires	
	O	T	O	T	O	T	O	T
Alto	2,14	1,95	1,68	1,68	1,70	2,47	1,51	1,52
Medio	2,26	2,23	2,24	2,27	1,46	1,53	1,28	1,23
Bajo	2,50	2,63	2,76	2,73	2,30	2,45	1,29	1,31

Fuente: S. Casanide, "Análisis preliminar" op.cit., pág. 1

Notas: O = Observado

T = Tipificado (utilizando la exposición por edad y estado conyugal en el conjunto de los estratos, en cada ciudad).

Los antecedentes del cónyuge actual de la entrevistada. Se investigaron datos del cónyuge sólo para las entrevistadas que indicaron que eran casadas o vivían "acompañadas" al momento de la entrevista. De esos datos, se han seleccionado el nivel de educación y la ocupación del cónyuge para estudiar su asociación con los niveles de fecundidad. Obviamente, este análisis no es comparable con el que se ha descrito anteriormente en este párrafo. No por eso pierde interés, por cuanto enfocamos el estudio de los niveles de fecundidad en el grupo de mujeres que representa una exposición más seleccionada al proceso reproductivo. Por otra parte, al confrontar los diferenciales de fecundidad obtenidos por estas variables del cónyuge, con los de las respectivas variables de la entrevistada, estudiaremos si es el hombre o la mujer quien presenta una influencia mayor en los niveles de fecundidad observados.

- Regiones económicas: En la investigación se consideraron cinco regiones económicas, de acuerdo a su ubicación geográfica y a su condición urbana/rural. Estas regiones son las siguientes: Occidental (urbana y rural); Oriental (urbana y rural); Central (urbana - excepto San Salvador - y rural) y Región Central San Salvador. Esta clasificación va más allá de meras consideraciones geográficas, pues son las regiones económicas definidas por el

Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Entonces, resultan de interés estudiar las diferencias de fecundidad entre estas regiones. Es posible, que de las siete regiones, algunas presenten niveles más o menos homogéneos, lo que permitiría dos o tres agrupaciones de las regiones, facilitando el análisis.

- Comparación del número medio de nacidos vivos con otras fuentes. A lo largo del análisis, se compararán los resultados de esta encuesta con aquéllos provenientes de otras fuentes, siempre que sea posible. ^{18/} En este caso, se propone comparar el número medio de nacidos vivos tenidos con las estimaciones del último Censo de Población (junio de 1971) y de la Encuesta al Area Metropolitana de San Salvador (1960).

4.3.2 Tendencias recientes y niveles actuales de la fecundidad

En este tema emplearemos las siguientes medidas: Tasas de embarazos por mujeres, (e_x); Tasas de muertes fetales por embarazos (mfe_x); tasas de muertes fetales por mujeres (mfm_x) y tasas de fecundidad (f_x). (Por grupos de edades y por años civiles).

Todas estas tasas indican la frecuencia anual de los embarazos, muertes fetales y nacidos vivos, en la población de mujeres. Las muertes fetales, además, se expresan en términos de frecuencia por embarazos, por las razones ya anotadas en el párrafo 4.3, páginas 7 y 8.

Al utilizar tasas para años corrientes, estaremos precisando tanto el año en que se produce el acontecimiento (embarazo, muerte fetal o nacido vivo) como la edad que tenía la mujer al momento del acontecimiento. En esta forma, estamos describiendo de una manera bastante aproximada la formación de la descendencia de las mujeres.

Cada una de las tasas descritas anteriormente queda definida, respectivamente:

$$e_x^z = \frac{E_x^z}{N_F^z(x)} ; \quad mfe_x^z = \frac{MF_x^z}{E_x^z} ; \quad mfm_x^z = \frac{MF_x^z}{N_F^z(x)} ; \quad f_x^z = \frac{NV_x^z}{N_F^z(x)}$$

en que: E_x^z , MF_x^z y NV_x^z corresponden a los acontecimientos (embarazos, muertes fetales y nacidos vivos, respectivamente) tenidos en el año z por mujeres (N_F) de la(s) característica(s) x . En general, x denota la edad de la entrevistada.

Entre estas medidas, se verifican las siguientes relaciones (ya descritas en el párrafo 4.3, página 8):

$$mfm_x^z = e_x^z \cdot mfe_x^z ; \quad f_x^z = e_x^z (1 - mfe_x^z)$$

^{18/} Ya sea por la disponibilidad de la tabulación pertinente o por la comparabilidad en la obtención del dato básico.

A. Tendencias recientes

Estas medidas resultan apropiadas para estudiar la tendencia de estos acontecimientos. En el caso de la encuesta FESAL, para cada mujer, se averiguó toda la vida obstétrica, anotando para cada uno de los embarazos tenidos, la fecha en que ocurrió y su forma de término. Aceptando que, en promedio, el período reproductivo de las mujeres comienza a los 15 años de edad, en nuestra muestra de mujeres de 15 a 49 años, tendremos mujeres que recién comienzan su período reproductivo, hasta mujeres que comenzaron 35 años antes de la entrevista. Este hecho ya nos indica que mujeres de edades 40-49 años pueden tener problemas de memoria para recordar algunos embarazos ocurridos muchos años antes de la entrevista. 19/

Otra dificultad en el estudio de la tendencia de la fecundidad en base a estos datos de la Historia de Embarazos, es el inherente a un estudio retrospectivo: a medida que retrocedemos en el tiempo, desaparecen de la observación las mujeres de edades avanzadas. En el año de la entrevista tenemos representadas mujeres de 15 a 49 años. En el año anterior, consecuentemente, las entrevistadas tenían un año menos y quedan representadas las edades 15-48 años. Cuando nos situemos 35 años antes de la entrevista, sólo tendremos representada la edad 15.

La dificultad recién anotada puede provocar una distorsión en los niveles reproductivos de la fecundidad si han existido cambios en la fecundidad de las mujeres. Por ejemplo, si las generaciones "viejas" tienen una fecundidad mayor que la de las "jóvenes", a medida que retrocedemos en el tiempo, tendremos representadas de preferencia a mujeres de niveles más altos de fecundidad.

Todas las consideraciones recién expuestas determinan: a) la conveniencia de estudiar las tendencias de la fecundidad en un período reducido de tiempo, para eso elegimos el decenio anterior al año de la entrevista, y b) una estructura por edad de las mujeres, común para los años del decenio (tipificación de las medidas por estructura de edad). Se elige como estructura común la obtenida para el año de la entrevista.

Una vez realizados estos controles, si las tendencias de las tasas muestran cambios de fecundidad (en su sentido amplio), intentaremos una explicación de la causa de ese cambio. En líneas generales, podemos citar como factores explicativos del cambio de la fecundidad a las variables socioeconómicas utilizadas para la fecundidad diferencial, cambios en la nupcialidad, el uso de la anticoncepción, variación de la mortalidad fetal voluntaria, sólo por mencionar a los más importantes.

Para esta explicación, deberemos obtener tasas cruzadas con esas variables. Sin embargo, las medidas utilizadas permiten adelantar una explicación.

- Si se observan variaciones en las tasas de embarazos por mujer (e_x) y ninguna en la nupcialidad, edad al casarse, duración de la unión, etc., ellas pueden estar relacionadas con cambios en la exposición al uso de anticonceptivos, ya sea porque una proporción diferente de mujeres usa, porque usan de preferencia los de alta eficacia sobre los de eficacia menor, o por una combinación de ambas causas. En el caso de nuestra

19/ Estos problemas se traducen en subdeclaración de embarazos y poca precisión para la fecha del acontecimiento. En cuanto a la forma de término, el olvido puede afectar de preferencia a las muertes fetales. En el entrenamiento de las entrevistadoras y en el Cuestionario se tomaron medidas para disminuir al máximo posible estas deficiencias.

investigación, sabemos que desde hace algunos años existen esfuerzos organizados (programas de planificación de la familia) para aumentar el uso de métodos anticonceptivos altamente eficaces (esterilizaciones, gestágenos, DIU) en las parejas salvadoreñas. La variación en la exposición a relaciones sexuales varía poco en el tiempo, o por lo menos no tan ostensiblemente como puede ocurrir con el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, un aumento en la exposición de relaciones sexuales puede atribuirse a un aumento de la nupcialidad. ^{20/} Sin embargo, este tipo de cambio, que implica un cambio de mentalidad bastante pronunciado, se produce lentamente en el tiempo; la inercia de los factores culturales condiciona cambios graduales. Esta graduación podría suponerse válida tanto para la nupcialidad como para la anticoncepción. No obstante, las escasas evidencias indican que las mujeres (o ciertos grupos de mujeres) parecen estar "esperando" la disponibilidad de anticonceptivos eficaces para provocar el cambio brusco en la práctica anticonceptiva. Por estas razones las variaciones, si se observan, de las tasas de embarazo pueden atribuirse mayormente a variaciones de las prácticas anticonceptivas (ya sea en número o tipo de anticoncepción).

- Las variaciones en las tasas de mortalidad fetal por embarazos (mfe_x), si se presentan, pueden atribuirse casi exclusivamente al componente voluntario, es decir, al aborto provocado. En el caso de la mortalidad fetal involuntaria (aborto espontáneo, nacidos muertos) las variaciones pueden esperarse sólo de factores fisiológicos, y éstos se mantienen uniformes (para propósitos prácticos podemos considerarlos "uniformes") en el tiempo.
- Las posibles variaciones de las tasas de mortalidad fetal por mujer, (mfm_x) son el producto de los cambios experimentados en " e_x " y en " mfe_x ", tal como se apuntó en el párrafo 4.3, página 9.
- De acuerdo al enfoque del análisis propuesto, las variaciones en las tasas de fecundidad (f_x) podemos explicar por la diferencia de las variaciones experimentadas en e_x y en mfm_x ($f_x = e_x - mfm_x$).

Evidentemente, el análisis propuesto para el estudio de los cambios en fecundidad observados en las tendencias recientes, se reduce al campo de las principales variables "intermedias" de la fecundidad. ^{21/} Tal como se expresara en este mismo párrafo, se intentará estudiar las tendencias según algunas variables no intermedias, para profundizar en la explicación de las causas primarias de los cambios. El paso lógico, posterior a la descripción de las tendencias de las tasas (e_x , mfe_x , mfm_x , f_x), en la presentación de la situación resultante, es decir, los niveles observados al momento de la entrevista.

^{20/} También podría imaginarse un aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales en las parejas, sin que necesariamente existan más parejas. Pero esta explicación, aunque posible, es muy poco probable.

^{21/} De acuerdo al esquema analítico enunciado por Davis y Blake.

Esta determinación de niveles "actuales" reviste gran utilidad por los propósitos generales del estudio, cuales son los de presentar un diagnóstico de la situación en que están los programas de planificación de la familia de El Salvador. Ese diagnóstico servirá de referencia para compararlo con niveles que se produzcan en el futuro. Al realizar esta comparación (evaluación) podemos realizar dos estimaciones:

- i) lo que debería presentarse en un instante del futuro, si los niveles observados al momento de la entrevista se mantuvieran inalterables en el tiempo;
- ii) lo que podría presentarse en ese mismo instante del futuro, si proyectamos hasta esa fecha las tendencias observadas en el último decenio.

Estas estimaciones "teóricas" (de muy distinto significado) se comparan con los niveles "observados", obteniéndose una visión global de los programas de planificación de la familia.

B. Niveles actuales de fecundidad

Con el objeto de lograr la mayor confiabilidad posible en las mediciones de los niveles actuales, se elegirán las respectivas tasas de los censos civiles anteriores a la entrevista, vale decir las tasas del período inmediatamente anterior. De esta manera se reducen las posibles fluctuaciones de las mediciones y se cuenta con estimaciones basadas en un número suficiente de casos, evitando el error de muestreo.

Para los niveles actuales se obtendrán las siguientes tasas:

Tasas generales de embarazos, muertes fetales y fecundidad, con respecto a la frecuencia anual con que se producen acontecimientos en las edades 15 a 49 años.

Tasas especificas por grupos quinquenales de edad. Se referirán a la frecuencia anual de acontecimientos en los grupos de edades 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 y 45-49.

Estas medidas resultan útiles para conocer los patrones de fecundidad por diversas características (edad, educación, etc.).

Las tasas de embarazo, muertes fetales y fecundidad generales expresan el nivel de los fenómenos expresados por las respectivas tasas.

Expresa el total de acontecimientos que tendrá una mujer durante su vida reproductiva (15-49 años) si durante ese lapso de tiempo se mantienen los patrones específicos observados al momento de la medición. Estas medidas se relacionan con la generación de reemplazo (nivel de sustitución) de la población a largo plazo.

Igual que en el estudio de la fecundidad del pasado (p. 10) se comparan los niveles actuales de fecundidad con los reportados en el censo de población de 1971 (pregunta sobre hijos vivos) y con los niveles de las Estadísticas Vitales.

La fecundidad específica se supone referida a la mujer que cumple 50 años.

4.4 Tercera parte del análisis: La anticoncepción y los programas de planificación de la familia

En la segunda parte del análisis se había descrito la situación de la fecundidad de las mujeres salvadoreñas, cuál es el número de acontecimientos acumulados en el pasado obstétrico, cuáles son las tendencias recientes, y en qué niveles desembocan esas tendencias.

Los posibles cambios experimentados en la fecundidad pueden explicarse por múltiples factores. Por los propósitos generales de la investigación, interesa conocer la influencia que puede haber tenido la anticoncepción en esos cambios de fecundidad. En esta tercera parte, se estudiarán las prácticas anticonceptivas, tanto las que han obedecido a acciones "espontáneas" de las mujeres, como aquellas que corresponden a acciones sugeridas y organizadas (programas de planificación de la familia).

El cuestionario utilizado en esta encuesta, destinó una sección para el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en general, y otra sección que intenta evaluar las actividades de promoción de la ADS, en particular.

En el estudio de los métodos anticonceptivos resulta útil distinguir la eficiencia de éstos, es decir, los de alta eficacia, como los gestágenos y los DIU; ^{23/} y los de eficiencia menor, como diafragma, espermecidas, condón, ritmo, dacha y toda la gama de los comúnmente designados por "folklóricos".

El criterio que guía esta clasificación obedece a dos razones. La primera es que los métodos designados de alta eficacia se asocian con los modernos progresos médicos en el campo de la anticoncepción. Una población de mujeres (o de parejas) que conozca, o haga uso, en mayor o menor medida de estos métodos, puede asociarse a una mayor o menor exposición a factores de la vida moderna. La segunda razón es de orden programático, por cuanto las acciones dirigidas de planificación de la familia utilizan de preferencia ^{24/} los métodos modernos de alta eficacia.

Con el objeto de tener una visión de la situación en una población determinada en cuanto a su conocimiento de métodos anticonceptivos, agruparemos a las mujeres en tres categorías: no conocen métodos anticonceptivos; conocen, pero sólo métodos de eficacia menor; conocen, al menos un método de alta eficacia. Una clasificación similar se empleará para el estado de uso de anticonceptivos.

^{23/} El caso de la esterilización (masculina o femenina) se trata aparte. No se le considera un método anticonceptivo propiamente tal (por su irreversibilidad) y por su eficacia claramente superior a la de DIU, o gestágenos, conviene estudiar por separado la proporción de mujeres que han sido esterilizadas, o aquellas cuyos cónyuges se han sometido a la vasectomía.

^{24/} Decimos "de preferencia" y no "exclusivamente" por cuanto algunos programas recomiendan también métodos anticonceptivos de eficacia menor (condones, ritmo) en situaciones como amenorrea postparto o postaborto.

En las encuestas de fecundidad en que se incluye el tema de anticoncepción, se acostumbra incluir preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación con la anticoncepción (Encuestas CAP). En el caso de FESAL, se ha dado mayor importancia al conocimiento y a la práctica. Las actitudes de las mujeres hacia el uso de anticonceptivos son investigadas en forma muy ligera: se desea conocer, para aquellas mujeres que declaran conocer un método específico de anticoncepción y no lo han usado, la razón de no haberlo usado. La intención de esta pregunta es descubrir las posibles barreras que impiden un empleo más o menos difundido de las prácticas anticonceptivas, en especial, de los métodos modernos de alta eficacia. No se insistió mayormente, en esta investigación, en determinar las actitudes hacia la anticoncepción por considerar que la naturaleza de las preguntas y la estrategia a seguir, eran muy disímiles a las del resto del cuestionario. Se estimó que era preferible que, de acuerdo a los resultados del diagnóstico de conocimiento y uso de anticonceptivos, se planificara una investigación posterior sobre actitudes.

En la tercera parte del análisis, en consecuencia, se estudiarán los siguientes objetivos:

- 2.8 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
- 2.9 Actitudes de las mujeres hacia el uso de anticonceptivos: detección de algunas barreras, que sirvan de orientación para los programas de planificación de la familia.
- 2.10 Estimación de la eficacia de uso de los métodos anticonceptivos: DIU, gestágenos y otros.
- 2.11 Estudio del proceso de decisión de uso de un método anticonceptivo (dentro o fuera de un programa), a través de las fuentes de conocimiento, convencimiento y obtención.
- 2.12 Descripción sociodemográfica de las mujeres usuarias de anticonceptivos (fuera o dentro de los programas).
- 2.13 Evaluación de las actividades de promoción del programa de planificación de la familia perteneciente a la ADS.

4.4.1 El conocimiento de los anticonceptivos^{25/}

En esta encuesta se averiguó primero por un conocimiento, en general, de los métodos anticonceptivos. Para las entrevistadas que respondieron afirmativamente, se preguntó por los métodos específicos que conocían. Para esto se formuló una pregunta abierta, es decir, no se mencionó cada método en particular, sino que se pidió a la entrevistada que dijera todos los que conocía. Evidentemente, al formular una pregunta abierta aumentan las probabilidades de omisión por olvido, sin embargo, presenta la gran ventaja de reflejar los métodos que están en el foco de atención de la entrevistada, es decir, aquéllos que han sido interiorizados mejor por las mujeres en edad fértil.

^{25/} ADVERTENCIA:

En el análisis propuesto para el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, debe tenerse muy en cuenta el número de observaciones comprendidas en las tabulaciones. Un análisis refinado, que exija el cruce de muchas variables, sólo podrá efectuarse si se dispone de un mínimo adecuado de observaciones en cada celda de la tabulación.

Dentro del grupo de mujeres que conocen, se identificará la proporción de ellas que conoce al menos un método de alta eficacia. Esta proporción puede servir de índice de conocimiento de la anticoncepción moderna y se estudiará para diversas características de las entrevistadas (edad, estado conyugal, nivel de instrucción, región económica, embarazos, muertes fetales, nacidos vivos tenidos, etc.).

Para el grupo de mujeres que conoce la anticoncepción en general, se determinará la difusión de cada método, es decir, la mayor o menor indicación de ser conocido por las entrevistadas. De aquí, puede utilizarse el mayor número de indicaciones de métodos de alta eficacia como un indicador que las mujeres de ese sector de población han estado sometidas a una mayor exposición a la difusión de anticoncepción moderna. Este índice podría estudiarse para diversos subgrupos de las entrevistadas.

4.4.2 La práctica anticonceptiva

En el subgrupo de mujeres que conocen la anticoncepción, se estimará la proporción de mujeres que han usado los métodos anticonceptivos. Representa un particular interés, la proporción de mujeres que indiquen haber usado al menos un anticonceptivo de alta eficacia, por las razones ya expuestas. También se establecerá para cada método conocido, la proporción de mujeres que indican haberlo usado alguna vez.

La práctica anticonceptiva se relacionará con dos aspectos motivacionales. Uno de ellos es la diferente exposición de las entrevistadas a los métodos de difusión del programa de la ADS. El otro está compuesto por las posibles barreras hacia el uso de anticonceptivos (pregunta que se refiere a por qué no se ha usado un método que se indicó conocerlo).

4.4.3 Algunas actitudes hacia el uso de anticonceptivos

La idea que guía esta parte del análisis, consiste en que es preferible que una mujer use algún anticonceptivo a que no use, y que es mejor que use uno de alta eficacia a uno de baja eficacia. Entonces, resultará conveniente averiguar por qué no usa un método anticonceptivo cuya existencia se conoce. Las respuestas pueden indicar desde lo innecesario del uso (mujeres solteras, solteras con relaciones sexuales esporádicas, separadas, viudas, subfertilidad temporal, esterilidad definitiva, etc.) o porque desea embarazarse, hasta aquellas que representan una barrera (obstáculo), tales como prohibición del cónyuge, desconfianza por la eficacia del método, porque es malo para la salud. En una experiencia de evaluación, similar a la Encuesta FESAL, realizada en un barrio obrero y de clase media baja de Santiago (1968-1969), se encontró que en aquellas mujeres que tenían una opinión desfavorable hacia el uso de anticonceptivos, la mitad de las razones indicadas se referían a "temores por la salud".^{26/}

^{26/} Véase M. Vaessen y H. Sanhueza, Resultados de una Encuesta sobre Planificación Familiar en el área occidental de Santiago. CELADE, Serie A, N° 116, Cuadro 15.

Esa frecuencia de la respuesta indicaba que el conocimiento que habían adquirido las mujeres, resultó inadecuado para desterrar temores o prejuicios. En el caso de la encuesta FESAL, además de detectar las posibles barreras hacia el uso de anticonceptivos (y especialmente hacia el uso de anticonceptivos de alta eficacia) se estudiará la relación con la manera cómo se informó la entrevistada acerca del método particular rechazado. Es posible, que usuaria de métodos de alta eficacia los difunda entre sus amistades, pero no son capaces de retransmitir adecuadamente el "mensaje" recibido del médico o profesional de salud que le aconsejó su uso.

4.4.4 Características de las usuarias de métodos anticonceptivos

Una vez conocida la magnitud del conocimiento y del uso de anticonceptivos, interesa conocer las características de las mujeres que lo han empleado. Una primera distinción puede aportarla la comparación de las mujeres que han usado alguna vez versus las que nunca han usado. Resultará útil saber qué características de edad, total de embarazos, muertes fetales y nacidos vivos tenidos, educación, etc., poseen uno y otro grupo. Del mismo modo, conviene comparar de esta manera, el grupo de mujeres que ha usado algún método de alta eficacia, con el grupo que ha usado sólo métodos de baja eficacia. Otra consideración de gran utilidad para nuestro diagnóstico, proviene de las características de las mujeres que han sido usuarias de los servicios de planificación de la familia (de cualquiera de los programas existentes en El Salvador). En este caso, la condición de usuaria se refiere a los dos últimos métodos usados. Si la entrevistada responde que uno o ambos métodos fueron proporcionados por un programa, se la considerará usuaria de programas. En caso contrario, usuaria fuera de programas.

El interés de estudiar las características de las mujeres que han sido usuarias de programas está íntimamente relacionado con la estrategia para captar la población blanco (o población objeto de los programas). Cualquiera sean los objetivos finales de estos programas de salud (prevención del aborto provocado y el consiguiente descenso de la morbin mortalidad materna, niveles moderados de fecundidad, etc.), las mujeres que deben conformar la cobertura del programa de planificación de la familia se definen en términos de aquéllas que han tenido muchos embarazos, que ya no desean embarazarse. A su vez, estas características está asociadas con otras, como bajos niveles de escolaridad, una incidencia relativamente alta de abortos provocados, algún estado conyugal determinado, residencia en una región determinada, etc.

En esta etapa del desarrollo de los programas de planificación de la familia de El Salvador (cuyas estimaciones conocidas de cobertura indican que aún es insuficiente), es conveniente saber si se captan de preferencia mujeres fáciles de convencer, o si están ingresando aquéllas que serían deseables de acuerdo a las normas recién descritas.

Otra consideración útil es la del estado conyugal. Si el uso de anticonceptivos es mayoritario (o casi exclusivo) del grupo de mujeres actualmente unidas (ya sea como casadas o como "acompañadas"), el conocimiento de las características de las usuarias de anticoncepción puede limitarse a este subgrupo de mujeres. De todas maneras, convendrá estudiar algunas características del cónyuge de la entrevistada (edad, estado conyugal, nivel de escolaridad, tipo de ocupación).

Finalmente, se asociarán los ideales de reproducción y de edad al casarse con la práctica anticonceptiva ¿Son coherentes las mujeres que piensan que es ideal un número de hijos menor al que efectivamente tienen, o sólo es expresión de una intención? ¿Han usado alguna vez anticonceptivos? ¿Cuáles?

4.4.5 El proceso de decisión de uso de un método anticonceptivo

Además de conocer las principales características de las mujeres con práctica reciente de anticonceptivos (dos últimos métodos), se estudiará la forma cómo cada mujer tomó la decisión de usar cada método. Se estudiará desde la manera cómo se informó (fuente de conocimiento), quién la convenció que usara el método (fuente de convencimiento), y finalmente, cómo y dónde obtuvo el método (fuente de obtención). La intención es contrastar las mujeres que terminan usando métodos de alta eficacia con los de baja eficacia, las que terminan obteniéndolo en un programa o fuera de él. ¿Existe alguna etapa del proceso que resulta fundamental para que la mujer prefiera el método de alta eficacia y dentro del programa?

Al comparar este proceso de decisión, para el último y penúltimo método anticonceptivo usado, se tendrá una idea de la tendencia a usar, de preferencia, métodos de alta eficacia y métodos proporcionados por programas.

4.4.6 Actividades de promoción de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS)

En el estudio del papel que juegan los programas de planificación de la familia de El Salvador, se incluyó en el cuestionario un conjunto de preguntas relacionadas con la promoción de las actividades de planificación de la familia. Estas preguntas indagaron tanto por los posibles canales de comunicación (qué estación de radio escucha con más frecuencia y en qué horario), como por la exposición a medios de comunicación utilizados por la ADS (publicaciones escritas, programas radiales, reuniones voluntarias a domicilio). Para la evaluación de los métodos de promoción del programa de la ADS, se estudiarán algunas características de las entrevistadas (edad, estado conyugal, zona de residencia, nivel de escolaridad, ocupación de la entrevistada y del cónyuge, etc.).

4.4.7 Eficacia de uso de los métodos anticonceptivos

Para los dos últimos métodos usados se anotó el tiempo (en meses) que había usado y la causa si correspondía, por la que había dejado de usar ese método. Si la mujer (en el caso del último método), todavía usaba el método al momento de la entrevista, figura esa indicación. Se está en condición, con todos estos elementos, para elaborar una tabla de vida de uso de anticonceptivo para una experiencia reciente en el tiempo. En principio, se elaborarían sendas tablas, para gestágenos, DIU y métodos de baja eficacia. Si el número de casos lo permite, también se elaborarían tablas distinguiendo si el uso fue dentro o fuera de programas. Los resultados obtenidos se compararán con otras posibles estimaciones (por ejemplo, del registro continuo de actividades en las fichas de los programas). Los resultados aportados por

estas tablas de vida de anticonceptivos, pueden significar un índice resumen para conocer si están bien encaminados los esfuerzos para que las mujeres usen anticonceptivos y prevengan embarazos no deseados (aspectos mencionados en los párrafos precedentes). En base a las tablas de vida de anticonceptivos y otros datos aportados por el Cuadro de Vida Sexual (forma de término de los embarazos que se produjeron a pesar de usar un anticonceptivo), se puede estimar el número de embarazos, muertes fetales y nacidos vivos tenidos. Esta estimación de acontecimientos evitados se realiza en la cuarta parte del análisis, que se describe a continuación.

4.5 Cuarta parte del análisis: Interrelaciones entre anticoncepción, mortalidad fetal y fecundidad

En las partes anteriores del análisis, se ha estudiado la situación de la fecundidad (incluyendo bajo este concepto, embarazos, muertes fetales y nacidos vivos) y de la anticoncepción (con especial referencia al papel de los programas de planificación de la familia). En estos casos, se intenta conocer la situación general del pasado y tendencias recientes. En esta parte del análisis se estudiarán el efecto de la ausencia de relaciones sexuales, de la anticoncepción y de la mortalidad fetal sobre la fecundidad, en referencia a los doce meses anteriores al mes de la entrevista.

Para este análisis, 27/ se plantean dos temas fundamentales: el primero, la influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos y de la mortalidad fetal, en la determinación del nivel de fecundidad actual. El segundo, la estimación de acontecimientos (embarazos, muertes fetales y nacidos vivos) evitados por el uso de anticonceptivos, en especial por el uso dentro de programas de planificación de la familia.

El primero de estos temas puede expresarse en términos tales como: si no existiera la anticoncepción o la mortalidad fetal, 28/ qué nivel de embarazos se produciría entonces en una población de mujeres. Tal situación hipotética puede estudiarse para el efecto aislado de la anticoncepción y de la mortalidad fetal, o considerando que ambos factores en la realidad actúan en presencia de otros factores (riesgos competitivos).

Es conveniente anotar que la mortalidad fetal, y en especial el aborto inducido, pueden jugar un doble papel al evaluar los efectos de un programa de planificación de la familia. El programa puede definir como uno de sus objetivos, la prevención y reducción del aborto inducido con miras a reducir la morbilidad materna. En este caso, la reducción del aborto constituye un objetivo final del programa. Por otra parte, el programa puede definir como objetivo la reducción de la fecundidad a través de métodos anticonceptivos. Entonces, el posible efecto de las acciones del programa

27/ Véase también: S. Gaslonde y E. Carrasco: Una encuesta modelo ... OP. CIT. capítulos I, II y V.

E. Carrasco: Incidencia del Aborto, Fecundidad y Anticoncepción en América Latina. Documento de la Conferencia Internacional de Población, Lieja, 1973. Unión Internacional para el Estudio de la Población.

28/ En una situación hipotética puede plantearse la ausencia absoluta de la mortalidad fetal, pero sabemos que aquélla, debida a causas involuntarias (abortos espontáneos y nacidos muertos), es difícil de reducir en su totalidad.

"compiten" con otros factores que actúan sobre la fecundidad, entre otros, la práctica del aborto. En esta situación, el programa puede establecer la reducción del aborto como un objetivo intermedio para lograr la reducción de la fecundidad a través de métodos anticonceptivos.

Al precisar el papel de diversas variables en la determinación de la fecundidad, podemos considerar variables de muy diversa índole. En esta parte del análisis de la encuesta FESAL, nos limitaremos a conocer el efecto de algunas de las variables intermedias, 29/ y en especial, de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticoncepción y de la mortalidad fetal.

El segundo tema fundamental de esta cuarta parte del análisis, el de estimar los embarazos, muertes fetales y nacidos vivos evitados por las acciones anticonceptivas (ya sean de iniciativa particular de las mujeres, o dentro de programas de planificación de la familia), se plantea como una comparación de las tasas (embarazos, muertes fetales, fecundidad) entre el grupo de mujeres que usaron anticonceptivos menos eficaces y las que usaron anticonceptivos de alta eficacia (la elección de estos dos grupos se explica más adelante). 30/

Para el estudio de estos temas, se diseñó una sección especial del Questionario, el Cuadro de Vida Sexual. La intención de este Cuadro es conocer la frecuencia con que se producen términos de embarazo en las mujeres que estuvieron expuestas a este riesgo, de acuerdo a si la (o las) relación sexual que originó el embarazo, contó con alguna protección anticonceptiva (método de alta o baja eficacia), o con ninguna. El Cuadro también investiga por los períodos de tiempo en que no pudieron producirse términos de embarazo.

La unidad de tiempo considerada, comprende los doce meses íntegramente transcurridos antes del mes de la entrevista. No se eligen más de doce meses para evitar las fallas de memoria. No se eligen menos de doce meses, para evitar las posibles variaciones estacionales de la fecundidad o de las relaciones sexuales.

El año considerado se subdivide en unidades de observación (doce meses civiles) con el objeto de reproducir lo más fielmente posible el ciclo menstrual. En términos prácticos, puede considerarse que para cada ciclo menstrual del último año, averiguaremos para cada entrevistada si estuvo embarazada, si no tuvo relaciones sexuales (y cuál fue la razón de ello) o si tuvo relaciones sexuales (sin anticoncepción o protección). Cada mujer participa, entonces, doce veces en la observación. Cada vez puede pertenecer a cualquiera de las categorías recién descritas. En otras palabras, para el cálculo de las tasas buscadas, consideramos mujeres-mes de observación.

29/ Estas variables son, de acuerdo a la definición de Davis y Blake: a) las que afectan la exposición al coito, 1. Edad de iniciación de las relaciones sexuales; 2. Celibato; 3. Disolución de las uniones; 4. Abstinencia voluntaria; 5. Abstinencia involuntaria; 6. Frecuencia del coito. b) las que afectan el riesgo de concebir; 7. Esterilidad involuntaria; 8. Uso de anticonceptivos; 9. Esterilidad voluntaria. c) las que afectan el éxito de tener un nacido vivo; 10. Mortalidad fetal involuntaria; 11. Mortalidad fetal voluntaria.

30/ Además de esta estimación, se realizará la descrita en el párrafo 4.4.7, en base a la tabla de vida de anticonceptivos.

El numerador de estas tasas, es decir, los acontecimientos (embarazos, muertes fetales, nacidos vivos) se anotarán de acuerdo a si fueron originados por relaciones sexuales con o sin anticoncepción. En el cómputo de las tasas, los meses-mujer de embarazo se agregan a los meses-mujer con relaciones sexuales. Como ya se anotó, se intenta conocer la frecuencia con que ocurren términos de embarazo en las categorías de mujeres-mes consideradas. No se trata de determinar la frecuencia con que se embarazan las mujeres-mes (fecundabilidad), en cuyo caso deben considerarse sólo los meses de riesgo efectivo, (es decir, a las mujeres-mes con relaciones sexuales). 31/

Finalmente, una consideración sobre la protección "innecesaria" de la anticoncepción. En esta parte del análisis nos enfrentaremos a la tarea de estimar el efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad, en términos de acontecimientos evitados. La pregunta que surge es ¿el embarazo no deseado fue evitado gracias a la anticoncepción o por un factor ajeno a ella? Existen periodos en los cuales la mujer no puede quedar embarazada aunque no use anticonceptivos. Uno de esos periodos es el ocasionado por subfertilidad temporal o por esterilidad definitiva. De estas causas, la última es relativamente factible de detectar en una encuesta del tipo de FESAL. Por esta razón se incluyó en el Cuestionario una pregunta destinada a identificar las mujeres que con cierto grado de certeza afirmaban "no poder volver a embarazarse nunca más". Ante esta situación, se preguntó la razón del estado estéril. Se consideraron respuestas tales como menopausia, histerectomía, insuficiencias ováricas, secuelas de enfermedades o intervenciones quirúrgicas, etc. Todas estas razones deben ser tenidas en cuenta al momento de analizar la influencia de las variables intermedias en la determinación de la fecundidad actual. También se distinguió la respuesta "esterilización voluntaria", precisando -si ese era el caso- si se trataba de laparotomía o vasectomía. Esto, por el programa experimental que desarrolla la ADB en este campo. (Este tema se estudiará en la última parte del análisis).

Los objetivos considerados en esta segunda parte del análisis son:

- 2.4 Influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos y de la mortalidad fetal, en la determinación del nivel de fecundidad observado en el año anterior a la encuesta.
- 2.5 Dentro de la influencia relativa de la anticoncepción en la determinación del nivel de la fecundidad, estimación del papel desempeñado por los programas de planificación de la familia.
- 2.6 Estimación del número y características de las mujeres estériles o de aquellas que no pueden quedar embarazadas.
- 2.7 Estimación de los embarazos, muertes fetales y nacidos vivos, evitados por la anticoncepción (dentro o fuera del programa).

31/ Evidentemente, un enfoque de "comienzo de embarazo" puede intentarse. Pero entonces, deberíamos obtener con nuestra encuesta retrospectiva por muestras, datos tales como estado de fertilidad (o mejor, grado de fertilidad), duración de la amenorrea postparto o postaborto, duración de la lactancia, etc. Es difícil suponer que una encuesta de esta naturaleza logre proporcionar datos confiables al respecto. El enfoque de "término de embarazo" mide la práctica efectiva que puede observarse en una investigación social.

4.5.1 La influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales, de la anticoncepción y de la mortalidad fetal en la fecundidad

A lo largo de este análisis utilizaremos tasas específicas de embarazos, de muertes fetales por mujeres y de fecundidad. La idea central es estimar el nivel hipotético que alcanzaría la tasa de fecundidad si no se viera deprimida por una serie de factores. Podríamos preguntarnos: si no actuara la mortalidad fetal ¿a qué nivel de embarazos (e) se elevaría el nivel observado de la fecundidad (f)? Si no actuara la mortalidad fetal y no se recurriera al uso de anticonceptivos ¿a qué nivel de embarazos (e^0) llegaría e ? Si además de esos dos factores, no actuara la ausencia de relaciones sexuales ¿cuál sería entonces el nivel teórico máximo (e^t) que alcanzaría e^0 ?

Con las tasas recién descritas (e^t , e^0 , e y f) se explica cómo se pasa desde un nivel teórico máximo de embarazos hasta el nivel observado de la fecundidad, por la influencia de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos y de la mortalidad fetal. Al expresar cada una de esas reducciones parciales en relación a la reducción total, se obtiene la influencia relativa buscada.

La información básica (como se indicó en el párrafo 4.5) la proporciona el Cuadro de Vida Sexual. En el caso de ausencia de relaciones sexuales (ARS) se especificó la razón: celibato, ausencia del cónyuge, separación o desacuerdo con el cónyuge, enfermedad de uno de los cónyuges, otras razones. En el caso de la anticoncepción se distinguen tres categorías: uso de anticonceptivo de alta eficacia (DIU, gestágenos), uso de anticonceptivos de baja eficacia (restantes métodos), y sin uso de anticonceptivos.

4.5.2 El papel de los programas de planificación de la familia en la fijación del nivel de fecundidad

En el punto anterior, la obtención de la influencia relativa de la anticoncepción en la determinación del nivel actual de la fecundidad ha sido explicada. La influencia de la anticoncepción puede desglosarse en aquella de los anticonceptivos de baja eficacia y en los de alta eficacia. Es posible que en una población que no recurre a los métodos de alta eficacia (por desconocimiento, porque no están disponibles, por un costo elevado, etc.) pero que esté muy motivada a limitar su familia, se pretenda una alta incidencia del uso de anticonceptivos de baja eficacia. En esta situación, a pesar de recurrir a métodos de baja eficacia, puede esperarse una influencia considerable de la anticoncepción. Es fácil suponer que si en esa población, altamente motivada hacia una familia pequeña, los anticonceptivos de alta eficacia quedan disponibles, la influencia de la anticoncepción crecerá enormemente.

Una situación cambiante en el tiempo, como la recién descrita, es captada al aplicar el Cuadro de Vida Sexual en dos instantes de tiempo. Los resultados que presenta la encuesta FRSAL pueden mostrar muy diferentes situaciones de la influencia relativa de la anticoncepción; por ejemplo, por regiones del país. En especial, pueden observarse diversas influencias de los programas de planificación de la familia. Los responsables de esos programas tendrían, entonces, una visión global para la planificación de las futuras actividades.

Al estudiar la influencia relativa de la anticoncepción, será conveniente estudiar por separado el efecto de los anticonceptivos de baja y de alta eficacia. También se estudiará por separado el efecto de la anticoncepción administrada por programas de planificación de la familia y la extraprogramática.

A pesar del tamaño relativamente grande de la muestra final obtenida (3 300 mujeres), la escasa cobertura alcanzada por los programas,^{32/} no permitirá identificar con cierto grado de certeza, el papel de cada uno de los programas existentes en El Salvador. Sin embargo, se intentarán algunas estimaciones.

Tanto para la influencia de la anticoncepción en general, como para la anticoncepción dentro o fuera de los programas, se harán los ajustes pertinentes por esterilidad de las mujeres.

4.5.3 Acontecimientos evitados por la anticoncepción

A través de este tema, se estimará el impacto demográfico de la práctica anticonceptiva, cualquiera sea la fuente de obtención (dentro o fuera de programa). Si fuese posible, se intentará conocer el probable efecto de los programas de planificación de la familia.

Es difícil precisar el efecto de un programa de planificación de la familia. Sus acciones no se verifican en un mundo cerrado. La mayor parte de las veces, un programa es sólo un factor más en una madeja de factores que actúan sobre la fecundidad. ¿Hasta qué punto se puede delimitar el efecto de un programa?

Al evaluar los efectos de los programas de planificación de la familia, se formula la pregunta ¿qué habría ocurrido si no hubiera existido el programa? Si en el período de evaluación no hubiera funcionado el programa ¿qué niveles de fecundidad se habrían registrado en las usuarias del programa? Todas estas interrogantes sugieren las debidas precauciones al evaluar los efectos de planificación de la familia, con el objeto de no sobrevalorar los efectos de los programas.

En algunos casos, ingeniosos análisis demográficos han mostrado que un descenso de la fecundidad efectivamente producido, no es, o por lo menos no lo es del todo, consecuencia de las acciones anticonceptivas de un programa. Ese descenso se habría producido aunque no hubiera existido el programa. En estos casos, los programas sólo han ayudado a hacer más ostensible la reducción de la fecundidad.

Todas estas razones llevan a pensar que el procedimiento lógico para evaluar el efecto de un programa, es la comparación de mujeres que usaron anticonceptivos con aquéllas que no los usaron durante el período en estudio.

^{32/} Aproximadamente 5 por ciento de las mujeres en edad fértil. Esto indicaría que alrededor de 115 entrevistadas serían usuarias de programas de planificación de la familia.

Las tasas de fecundidad observadas en uno y otro grupo, darían una estimación del efecto reductor de la anticoncepción. Sin embargo, este procedimiento es erróneo. Como puede probarse, ambos grupos no son comparables para el propósito de medir el efecto de la anticoncepción en la fecundidad. El grupo de mujeres que no usa anticonceptivos, tiene, en promedio, una fecundidad menor que la del grupo que usa anticonceptivos,^{33/} y cuando se trata de evaluar el efecto de los anticonceptivos mediante la comparación de la fecundidad producida en esos dos grupos, este efecto queda subestimado.

En cambio, si son comparables las mujeres que usan anticonceptivos de baja eficacia con aquéllas que usan de alta eficacia. Como puede probarse,^{33/} ambos grupos presentan, en promedio, el mismo riesgo de embarazarse. Las mujeres de ambos grupos usan anticonceptivos porque saben que están expuestas al riesgo del embarazo. Por esta razón, la posible diferencia que se observa en las tasas de fecundidad de estos dos grupos, reflejaría la diferente eficacia de los métodos anticonceptivos empleados. Tendríamos entonces, una estimación del efecto de los anticonceptivos de alta eficacia, en el que podemos desglosar la parte atribuible a los programas de planificación de la familia. Estas estimaciones se realizarán en una primera etapa para la totalidad de la muestra de mujeres, (es decir, a nivel nacional), y a lo sumo, para el área metropolitana de San Salvador y el resto del país. Nuevamente el exiguo número de usuarias de programas no permite un análisis más fino.

4.6 Quinta parte del análisis: La municipalidad y otros temas

El análisis descrito hasta aquí, ha mostrado los principales elementos de una encuesta con fines de evaluación de programas de planificación de la familia. Podríamos decir que se han estudiado las variables más íntimamente ligadas a la fecundidad y que representan un gran valor práctico para el diagnóstico de la situación y para la futura planificación de actividades anticonceptivas programáticas. Al mismo tiempo se puede lograr una evaluación de metas parciales, que permitirían algunas rectificaciones en la planificación.

Sin embargo, no queda dicho todo en cuanto a evaluación. Tampoco están analizados todos los objetivos de la encuesta FESAL. Incluso, sería posible pensar en temas adicionales de análisis en base a los mismos datos. Como se puntualizó al comienzo, el análisis propuesto para esta misión de asesoría, no es exhaustivo, pero sí cubre la mayor parte de los temas, y especialmente, los puntos indispensables de acuerdo a los dos propósitos generales del estudio.

En esta parte nos referiremos a los objetivos aún no discutidos:

- 2.3 Estudio de la municipalidad, en relación con los niveles de fecundidad.
- 2.14 Estimación de la proporción de partos (en base al último tenido por la mujer) con atención institucional y profesional.

^{33/} Véase S. Gaslonde y E. Carrasco, Una encuesta modelo ... op.cit. páginas 65 a 68.

- 2.15 Estimación del subregistro de nacimientos y defunciones de población infantil.
- 2.16 En relación a los objetivos 2.3 y 2.4, proporción de parejas separadas (de facto o legalmente) que tienen relaciones sexuales condicionales.
- 2.17 Aporte efectivo del cónyuge de la entrevistada para el sostenimiento de la familia.
- 2.18 Ideales de las entrevistadas sobre edad al casarse de una mujer y mejor número de hijos.
- 2.19 Estimación del número y tipo de formas de término de embarazo detectados al averiguar por intervalos genéricos de tres o más años.
- 2.20 Estimación del número de mujeres con práctica abortiva no declarada en la Historia de Embarazos.

4.6.1 La impacialidad y la fecundidad

Este tema ha sido tratado, aunque en forma muy ligera, en la cuarta parte del análisis. El enfoque que se propone aquí es diferente, y se basa en los datos de la sección del Cuestionario destinado a conocer el estado conyugal de la entrevistada. Se dispone del estado conyugal actual de la entrevistada, el tiempo que dura la unión actual (o duró la última unión, en el caso de separadas y viudas), la edad que tenía la entrevistada cuando comenzó la unión actual (o última unión), y el número de uniones anteriores a la actual.

Con estos datos pueden sugerirse los siguientes temas de análisis:

- a) Composición del estado conyugal según regiones y características de las mujeres y de sus cónyuges.
- b) Mujeres alguna vez unidas, según número de uniones anteriores.

Esos temas preliminares pueden orientar sobre dos temas de interés para estudiar los cambios de la fecundidad.

- c) Asociación entre niveles de fecundidad (expresadas por el número medio de acontecimientos) y tipo de unión actual. ¿Se observa una fecundidad mayor entre las casadas o las convivientes?
- d) Además del tipo de unión ¿influye la estabilidad de la unión? Relación entre niveles de fecundidad, número de uniones anteriores, según tipo de unión actual. No se intenta saber si es más estable una convivencia o una unión civil. Se trata más bien, de averiguar si la inestabilidad de cualquiera de esos tipos de unión provoca (o favorece) una mayor fecundidad.
- d) Comparación de la edad al casarse o acompañarse (exclusivamente mujeres con una sola unión) y edad ideal para que una mujer se case.

4.6.2 Aporte del cónyuge al sostenimiento de la familia

Este tema está bastante relacionado con el anterior. Por algunos indicios aportados en una investigación anterior, ^{34/} se piensa que en algunos estratos sociales el aporte económico del cónyuge no es del todo satisfactorio, lo que en muchos casos incide en la búsqueda de trabajo remunerado por parte de la mujer. Ambos hechos, el insuficiente aporte y la participación en la actividad económica, pueden repercutir en la fecundidad de la mujer, la que tratará de no tener más hijos, o por lo menos, pensará en cuántos hijos más puede tener.

4.6.3 Proporción de mujeres separadas que tienen relaciones sexuales ocasionales

Como secuela del estudio citado anteriormente, ^{34/} se evidenció que algunas mujeres separadas (ya sea de una convivencia o de una unión legal), tienen relaciones sexuales con ocasión de visitas esporádicas del cónyuge. Una de las causas más frecuentes para estas visitas es el compromiso legal de la entrega de la mesada o el aporte para la leche de los hijos. En cualquier caso, la mujer está expuesta a una relación sexual no prevista, y la protección deseada no siempre estará disponible. Es posible que este fenómeno no presente una incidencia de consideración, pero en cambio, puede pensarse que un embarazo ocasionado por esa relación sexual "inesperada" tiene una probabilidad alta de terminar en aborto provocado, con todos los riesgos de salud (para la madre y los hijos a su cuidado) que es dable imaginar. Esas mujeres representan entonces, un grupo que necesitaría una muy particular protección anticonceptiva para esas relaciones ocasionales.

4.6.4 Proporción de partos con atención institucional y profesional

En base al último nacido vivo tenido por cada mujer (es decir, estos recientes), se averiguó si el parto ocurrió en el hospital, en la casa u otro lugar. También se indagó si la mujer había recibido la atención de un profesional de la salud. Esta información es de un invaluable valor para las acciones del programa de salud maternoinfantil, y, eventualmente, para las acciones integradas de regulación de fecundidad.

Al estudiar conjuntamente las características institucionales y profesionales del parto, se forman cuatro grupos: los partos con atención institucional y profesional, con atención institucional y no profesional (poco probable, pero digno de probar porqué), sin atención institucional pero sí profesional, y sin atención institucional ni profesional. Este último grupo identifica a los sectores que más precisan de la atención y mejoría de los servicios maternoinfantiles.

^{34/} Dr. Henríquez, Un dilema: Educación Sexual. Asociación Demográfica Salvadoreña, San Salvador, El Salvador C.A., 1970.

4.6.5 Estimación del subregistro de nacimientos y defunciones infantiles

Esta estimación no sólo se referirá a fechas recientes, sino que puede abarcar un período mayor de tiempo, dado que se indagó para los acontecimientos tenidos en cualquier época por la mujer.

Con el objeto de limitarlo a un intervalo de mayor confianza para medir el efecto de las fallas de memoria de la entrevistada, esta información debe limitarse a los últimos diez años. Resultará conveniente conocer el subregistro de hechos vitales para diferentes regiones del país. Asimismo, resultará de interés conocer las características de las mujeres que omiten, de preferencia, el registro de estos hechos.

En este tema, debe considerarse que la información es proporcionada por madres sobrevivientes al momento de la encuesta. Es posible que el subregistro de hechos vitales esté asociado con el riesgo de defunción materna (a mayor riesgo, mayor subregistro), por lo que deberán efectuarse los ajustes correspondientes.

LISTA DE TABULACIONES

Primera parte del análisis.

1.1. Confiabilidad de la muestra.

1.1.1 Distribución de las mujeres anotadas en la Encuesta de Hogares (Clase de Tarjeta 0), de 15 a 49 años de edad (Sexo aparece en col. 15 y comprende el código 2), según:

- Grupos quinquenales de edades (col.16-17 y estado civil (col.18)
- Grupos quinquenales de edades (GQE) y nivel de educación (col. 20)
- GQE y trabajo por especie o dinero (código 1 en col.26 y 27)

1.1.2 Distribución de las mujeres entrevistadas, según:

- GQE (1; 26-27)*/ y estado civil (1; 33)
- GQE y nivel de educación (1; 28)
- GQE y trabajo remunerado (1; 29)

1.2. Descripción socioeconómica de las entrevistadas (1; 28-30, 32-34, en algunos factores extrínsecos).

- GQE (1;26-27), estado civil (1;33), y lugar de nacimiento (1;18)
- GQE, estado civil, y nivel de educación (1;28)
- GQE, estado civil, y condición de actividad económica (1;29)
- GQE, estado civil, y ocupación de la entrevistada (1;30)
- GQE, estado civil, y nivel de educación del cónyuge (1;28)
- GQE, estado civil, y ocupación cónyuge (1;30)
- GQE, estado civil, y región económica (1;31)
- GQE (1;26-27), nivel de educación entrevistada (1;28), y lugar de nacimiento (1;18)
- GQE, educación entrevistada, y condición actividad entrevistada (1;29)
- GQE, educación entrevistada, y ocupación entrevistada (1;30)

entre paréntesis se indica: (N° tarjeta; N° columna(s))

- GQE, educación entrevistada, y educación cónyuge (1;41)
- GQE, educación entrevistada, y ocupación cónyuge (1;43)
- GQE, educación entrevistada, y región económica (1;...)

2. Segunda parte de análisis: La fecundidad.

2.1 Fecundidad acumulativa. Distribución de las mujeres entrevistadas y del total de acontecimientos tenidos: embarazos (2;28-29), abortos (2;22-23), nacidos muertos (2;24), y nacidos vivos (2;17-18), según:

- GQE (1;26-27), estado civil (1;33), y lugar nacimiento (1;18)
- GQE, estado civil, y lugar que vivió antes de 15 años (1;19)
- GQE, estado civil, y otros lugares (1;20)
- GQE, estado civil, y nivel educación entrevistada (1;28)
- GQE, estado civil, y trabajo entrevistada (1;29)
- GQE, estado civil, y ocupación entrevistada (1;30)
- GQE, estado civil, y región económica (1;...)
- GQE, estado civil, y educación cónyuge (1;41)
- GQE, estado civil, y ocupación cónyuge (1;43)
- GQE (1;26-27), educación entrevistada (1;28), y lugar nacimiento (1;18)
- GQE, educación entrevistada, y lugar que vivió antes 15 años (1;19)
- GQE, educación entrevistada, y otros lugares (1;20)
- GQE, educación entrevistada, y trabajo entrevistada (1;29)
- GQE, educación entrevistada, y ocupación entrevistada (1;30)
- GQE, educación entrevistada, y región económica (1;...)

2.2 Tendencias recientes y niveles actuales de la fecundidad: ya elaboradas en CELADE-Santiago.

Se agrega:

- Distribución de los nacidos vivos del total de la muestra, ocurridos durante 1963-1972, según mes de ocurrencia, en cada año civil del decenio considerado:

Mes de ocurrencia <u>(3;14-15)</u>	Año de ocurrencia (3;16-17)			
	<u>1963</u>	<u>1964.....</u>	<u>1972</u>	<u>Total</u>
Enero				
Febrero				
.				
.				
.				
<u>Diciembre</u>				
Total				

Nota: Se consideran sólo las tarjetas 3 que indiquen código 1 ó 2 en la columna 9.

3. Tercera parte del análisis: La anticoncepción.

3.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos (A.C.) Se formarán tres grupos de entrevistadas, según tipo de conocimiento:

- i) No conocen, código 2 ó 9 (1;46)
- ii) Conocen, pero sólo métodos de baja eficacia. Código 1 en las columnas 47, 48, 49, 50 y 51 de tarjeta 1; y algún código distinto de 1, 9 ó 0 en columnas 52 a 56 de tarjeta 1.
- iii) Conocen, al menos un método de alta eficacia. Código distinto de 1, 9 ó 0 en algunas de las columnas 47 a 51.

Distribución de las entrevistadas, de acuerdo al tipo de conocimiento de AC, y según diversas características:

- GQE (1;26-27), estado civil (1;33), y lugar de nacimiento (1;18)
- GQE, estado civil, y lugar que vivió antes de 16 años (1;19)
- GQE, estado civil y otros lugares (1;20)
- GQE, estado civil, y nivel educación entrevistada (1;28)
- GQE, estado civil, y trabajo entrevistada (1;29)

- GQE, estado civil, y ocupación entrevistada (1;30)
- GQE, estado civil, y región económica (1;...)
- GQE, estado civil, y educación cónyuge (1;41)
- GQE, estado civil y ocupación cónyuge (1;43)
- GQE (1;26-27), educación entrevistada (1;28), y lugar nacimiento (1;18)
- GQE, educación entrevistada, y lugar que vivió antes 15 años (1;19)
- GQE, educación entrevistada, y otros lugares (1;20)
- GQE, educación entrevistada, y trabajo entrevistada (1;29)
- GQE, educación entrevistada, y ocupación entrevistada (1;30)
- GQE, educación entrevistada, y región económica (1;...)

3.1.2 Tipo de conocimiento y conducta reproductiva del pasado.

- Distribución de las entrevistadas según tipo de conocimiento y número de acontecimientos: embarazos (2;28-29), abortos (2; 22-23), nacidos muertos (2;24), nacidos vivos actualmente vivos (2;14-15); total de nacidos vivos (2;17-18)

3.2 Práctica anticonceptiva: Se formarán tres grupos de entrevistadas que conocen de AC: según tipo de uso de AC:

- i) Nunca ha usado. Nunca aparecerá código 8 en columnas 47 a 56.
- ii) Ha usado, pero sólo AC de baja eficacia. Código 8 en alguna de las columnas 52 a 56, y no debe aparecer código 8 en columnas 47 a 51.
- iii) Ha usado por lo menos uno de alta eficacia. Código 8 en alguna de las columnas 47 a 51.

Se formarán los mismos cruces indicados en 3.1.1 y 3.1.2, cambiando tipo de conocimiento por tipo de uso. Se originan así, los grupos de tabulaciones 3.2.1 y 3.2.2, respectivamente.

Se agrega:

3.2.3 Práctica anticonceptiva y promoción de la ADS

Cruce del tipo de uso y:

- Programas radiales sobre planificación familiar (1;77)
- Publicaciones sobre planificación familiar (1;78)
- Asistencia a reuniones (1;79)
- Información domiciliaria (1;80)

3.2.4 Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos Específicos.

Para cada uno de los métodos AC considerados en las columnas 47 a 56, se cruzan las categorías indicadas en 3.1.1. y 3.1.2.

3.3 Detección de barreras hacia el uso de AC. Las tabulaciones correspondientes aparecen en el grupo de tabulaciones 3.2.4, puesto que ^{para} las mujeres que conocen un método específico y no lo han usado, aparece la razón del no uso en las categorías 2,3,4,5,6 y 7.

3.4 Características de las usuarias.

3.4.1 Según tipo de uso (ya señaladas en 3.2.1, 3.2.2 y 3.2.3)

3.4.2 Según que el uso sea dentro o fuera de programas. Estas tabulaciones se restringen a los dos últimos métodos usados:

- Distribución de las entrevistadas de acuerdo al último anticonceptivo usado, según que fuera obtenido dentro o fuera de un programa de planificación de la familia, controlado por:
 - GQE y Nivel de Educación
 - GQE y estado civil
 - GQE y trabajo de la entrevistada
 - GQE y acontecimientos tenidos (embarazos, abortos, nacidos muertos, nacidos vivos actualmente vivos y total de nacidos vivos).

Penúltimo método usado. Las mismas tabulaciones que para el último método usado.

3.5 Práctica anticonceptiva e ideales reproductivos.

Distribución de mujeres entrevistadas que conocen anticonceptivos, según: Tipo de uso de anticonceptivo, total de nacidos vivos tenidos y número ideal de hijos (1;32).

3.6 El proceso de decisión de uso. Sólo para los dos últimos anticonceptivos usados (las tabulaciones en ambos casos son iguales, indicándose sólo las del último AC):

- Distribución de las entrevistadas de acuerdo al último AC usado según si la obtención de AC fue dentro o fuera de programa (1; 60), agente de convencimiento (1;59) y fuente de información (1;58).

Esta tabulación se controla por:

- Edad
- Nivel de educación
- Región económica.

3.7 Eficacia de uso de los métodos AC. Se indica sólo la tabulación para el último método AC usado. La del penúltimo AC, es similar.

- Distribución de las entrevistadas de acuerdo al último AC usado, según que lo usen o no al momento de la entrevista, y número de meses de uso.
- Distribución de las entrevistadas que dejaron de usar el último AC, según método usado y causa de abandono de uso.

4. Cuarta parte del análisis: Interrelaciones entre anticoncepción, mortalidad fetal y fecundidad.

Las tabulaciones se obtendrán en CELADE.