

**REFLEXIONES PARA EL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN *LA ANTICONCEPCIÓN EN
ESPAÑA A FINALES DEL SIGLO XX***

Magda Teresa Ruiz-Salguero

156

**REFLEXIONES PARA EL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN LA ANTICONCEPCIÓN EN
ESPAÑA A FINALES DEL SIGLO XX**

Magda Teresa Ruiz-Salguero

156

Comunicació presentada al Seminari General
de la *Red de Estudios de Población ALFAPOP*
"Temas de población latinoamericanos",
coordinat pel Centre d'Estudis Demogràfics
i celebrat a Bellaterra, 8-12 de febrer de 1999.

Centre d'Estudis Demogràfics

1999

Resum.- El document recull les primeres reflexions per a la definició del tema de la tesi doctoral. L'àrea de treball serà l'anticoncepció a finals de segle, particularment centrada a Espanya i la seva comparació amb altres països. El punt de partida ha estat la Conferència Internacional de Población y Desarrollo de El Caire i l'evolució que a partir d'allà han tingut els conceptes de salut sexual i reproductiva, de drets sexuals i reproductius i, com aquí s'emmarca l'anticoncepció. Per iniciar l'apropament a la situació d'Espanya, a estat inevitable reconstruir el procés que s'ha donat a Colòmbia, país que constitueix la referència personal més propera. Com a punt de comparació amb Europa es va disposar, en primera instància, de les dades de França. Es presenten els elements que s'han anat constituint en les línies bàsiques de la investigació i l'estructura prevista, fins ara, per a la tesi.

Paraules clau.- Anticoncepció, salut sexual, salut reproductiva, Conferència de El Caire, Colòmbia, Espanya.

Resumen.- El documento recoge las primeras reflexiones tendientes a la definición del tema de tesis doctoral. El área de trabajo será la anticoncepción a finales del siglo, particularmente en España y su comparación con otros países. El punto de partida ha sido la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y la evolución que a partir de allí han tenido los conceptos de salud sexual y reproductiva y de derechos sexuales y reproductivos y cómo se enmarca la anticoncepción en ellos. Para iniciar el acercamiento a la situación de España ha sido inevitable reconstruir el proceso que se ha dado en Colombia, país que constituye la referencia personal más cercana; como punto de comparación con Europa se dispuso, en primera instancia, de los datos de Francia. Se presentan los elementos que se han ido constituyendo en las líneas básicas de la investigación y la estructura prevista hasta ahora para la tesis.

Palabras clave.- Anticoncepción, salud sexual, salud reproductiva, Conferencia de El Cairo, Colombia, España.

Abstract.- This document gathers the first thoughts about the definition of the doctoral subject. Work's theme will be contraception at the end of the century, particularly in Spain and with a comparison with other countries. The starting point was the Cairo International Conference on Population and Development and the evolution, from this very moment, of the concepts of sexual and reproductive health and rights, and how contraception fits within these concepts. To begin our survey of the Spanish situation, it was inevitable to reconstruct the process experienced by Colombia, a country that constitutes the nearer personal reference. France was our first comparison at the European level. The elements that constitute the basic research lines and the expected structure of the thesis are presented.

Key words.- Contraception, sexual health, reproductive health, Cairo Conference, Colombia, Spain.

Résumé - Ce document recueille les premières réflexions sur la définition autour du thème de la thèse de doctorat. Le sujet du travail sera la contraception à la fin du siècle, en particulier l'Espagne et la comparaison avec d'autres pays. Le point de départ a été la Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement et l'évolution, à partir de ce moment, qu'ont connu les concepts de santé sexuelle et reproductive, de droits sexuels et reproductifs, et de quelle façon s'insère la contraception à l'intérieur de ceux-ci. Pour commencer notre examen de la situation espagnole, il a été inévitable de reconstruire le processus qu'a connu la Colombie, pays qui constitue al référence personnelle la plus proche. Comme points de comparaison avec l'Europe, nous avons eu accès, en premier lieu, aux données françaises. On présente les éléments qui constituent les bases de la recherche et la structure prévue pour la thèse.

Mots clés.- Contraception, santé sexuelle, santé reproductive, Conférence du Caire, Colombie, Espagne.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
2.- Contexto histórico de la anticoncepción en Colombia	1
2.1.- Fuentes de información	3
2.2.- Nivel de la anticoncepción	3
2.3.- Perspectivas futuras	4
3.- Líneas básicas en la investigación	4
3.1.- Inquietudes frente a la Conferencia de El Cairo	5
3.2.- Contexto de la anticoncepción en España y Europa	5
4.- Anticoncepción en España y comparación con otros países	6
5.- El proyecto de investigación	12

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión. España-95, Francia-94 y Colombia-95	6
2.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, por método. Francia-94, España-95 y Colombia-95	7
3.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión por edad. España y Colombia, 1995	8
4.- España. Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, por grandes grupos de edad, 1977 y 1995	9
5.- España. Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, según método usado, 1977, 1985 y 1995	9
6.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres de 20-24 años en unión. España y Colombia, 1995	10
7.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres de 25-29 años, en unión, según método. España y Colombia, 1995	10
8.- España. Tasas de prevalencia anticonceptiva en la cohorte de 1950-55 por método, 1985 y 1995	12

REFLEXIONES PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN *LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA A FINALES DEL SIGLO XX*

1.- Introducción

En el proceso de definición del tema de investigación para la tesis, en el marco del programa de Doctorado en Geografía Humana, opción Demografía, que se desarrolla en el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad Autónoma de Barcelona, he pasado por una serie de reflexiones que me han ayudado a precisar el objeto de estudio y a formular preguntas en las áreas de trabajo que despiertan mi interés.

Dentro del contexto latinoamericano es poco lo que se conoce de la evolución y características de la anticoncepción en los países europeos. Cuando se hace referencia a la transición demográfica, a la duración de este proceso y al descenso de la fecundidad, en general se piensa que los métodos modernos y seguros han sido de amplia difusión y de uso generalizado desde hace mucho tiempo, o por lo menos desde antes de que se iniciara su difusión en los países de América Latina. Por esta razón quisiera hacer un breve recuento del desarrollo de la anticoncepción en Colombia, que me ha servido de referencia para acercarme al proceso europeo. Luego me referiré a dos elementos que se han ido constituyendo en las líneas básicas de la investigación y enseguida a algunos aspectos de la anticoncepción en España y Europa que han llamado mi atención. Por último presentaré la estructura prevista hasta ahora para la tesis.

2.- Contexto histórico de la anticoncepción en Colombia

En Colombia el programa de planificación familiar nace en 1965 con la creación de la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, PROFAMILIA, organización no gubernamental, financiada con fondos privados nacionales e internacionales. Si bien esta fundación no contó con el apoyo explícito del gobierno de la época, sí contó con la libertad para desarrollar sus objetivos, a pesar de las duras críticas y oposición de la Iglesia, sector de gran influencia allí.

Los organismos gubernamentales, particularmente el Ministerio de Salud, no asumieron oficialmente esta labor sino muy recientemente con algunas actividades enmarcadas dentro del programa materno-infantil, programa que desapareció con las sucesivas reformas del sector salud y la política de privatización. Actualmente, estos servicios recaen en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se han conformado a raíz de la reforma de la seguridad social, dentro del régimen privado y para las cuales los servicios de planificación familiar son de menor importancia frente a las urgencias médicas y están lejos de constituir un programa.

Colombia ha dejado de ser considerado como país prioritario para la ayuda internacional y una de las instituciones que se ha visto más afectada con este cambio es PROFAMILIA porque ha dejado de recibir estos fondos, los cuales permitían prestar servicios de calidad a bajo costo y atender a sectores más necesitados de la población. De hecho PROFAMILIA llegó a tener cuarenta y dos clínicas en treinta y ocho ciudades del país y a ser la fundación más grande afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar, IPPF. Por otro lado, Colombia fue castigada con la des-certificación¹ por parte del gobierno de los Estados Unidos, con lo cual las fundaciones norteamericanas debieron retirar sus apoyos, inclusive para proyectos de investigación. Esta crisis ha obligado, entre otras estrategias, al cierre de algunas clínicas y la fusión de dos de las clínicas para el hombre con las clínicas femeninas, así como el reajuste en las tarifas. El impacto menos visible es el cambio en el perfil socioeconómico de los usuarios; antes de estas dificultades los usuarios correspondían, en su mayor parte, a estratos socioeconómicos bajos, acusaban mayor proporción con necesidades básicas insatisfechas, entre las cuales se cuentan las carencias en educación, en el acceso a servicios públicos, en la no asistencia a la escuela de los niños en edad escolar y el hacinamiento en la vivienda, entre otras variables estudiadas; actualmente sus indicadores muestran mejores condiciones y pasaron de estar por debajo de la media nacional a estar por encima, esto es, que se dejó de atender a la población con menos recursos para atender a estrato medio, incluso medio-alto.

En la legislación y en la toma de decisiones judiciales ha primado el derecho de los individuos a decidir sobre el número de hijos. Particularmente, los fallos a las demandas de esposos que reclaman que su pareja se ha esterilizado sin su consentimiento, han respaldado a la mujer en su derecho a no tener (más) hijos y a tomar las precauciones para ello. Se considera que tener hijos es una decisión de pareja, pero que no tenerlos es una decisión de individuos.

¹ Anualmente el gobierno de los Estados Unidos califica la gestión de los gobiernos de países que solicitan ayuda o asistencia técnica y otorga o suspende una certificación; retirar la certificación, o des-certificación, a un país significa que, ni el Gobierno de los Estados Unidos ni instituciones privadas, pueden prestar o donar fondos o dar asistencia técnica en todas o en ciertas áreas establecidas.

El aborto no es permitido por ley pero su práctica es frecuente. En las ciudades grandes hay relativa facilidad para acceder a sitios donde se practican abortos en condiciones de bajo riesgo para la salud de la mujer. Cuando digo facilidad me refiero a que, a través de radio y prensa, se puede encontrar información al respecto; esto no quiere decir que las tarifas sean accesibles al común de la gente, así que también hay muchos casos de aborto inseguro. Las autoridades en general son permisivas con estos sitios, tanto con los que prestan servicios de buena calidad, como con los de mala calidad. La Iglesia periódicamente denuncia estos sitios con la consiguiente represión a los prestadores del servicio y a las usuarias (en estos casos, por ser más visibles, suelen sufrir más represalia los que tienen una infraestructura, que los más clandestinos).

2.1.- Fuentes de información

Desde 1969 se han realizado numerosas encuestas nacionales y regionales para medir la fecundidad y la prevalencia de anticoncepción. Además de los análisis tradicionales de rigor, se han hecho desarrollos metodológicos interesantes como "suma de encuestas" que consiste en reunir aquellas basadas en muestras comparables -por lo general provienen de una misma muestra maestra- y elaborar una gran muestra, que permita llegar a mayores niveles de desagregación tanto geográficos como socioeconómicos. Ya se han tenido dos experiencias en este sentido, una con encuestas realizadas en 1978-80 y otra con encuestas de 1986-90.

Otro trabajo interesante ha sido el uso del Modelo Chaid, basado en técnicas de análisis multivariado, para estimar la prevalencia anticonceptiva a nivel de municipio a partir de las estimaciones regionales obtenidas con la Encuesta de 1995 y con apoyo de la información censal.

2.2.- Nivel de la anticoncepción

Según la Encuesta de Demografía y Salud de 1995², la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en unión es de 72 por ciento, incluyendo la esterilización; en las no unidas pero sexualmente activas es del 80 por ciento. La demanda insatisfecha se estima en 8 por ciento. El método más usado actualmente es la esterilización femenina, seguido del DIU y la píldora. El uso del preservativo, aunque ha aumentado en la última década, sigue siendo muy bajo, aún en las cohortes jóvenes.

² PROFAMILIA -MACRO International (1995). *Encuesta de Demografía y Salud 1995*. Bogotá.

Como en la mayor parte de países en desarrollo, en Colombia, la planificación familiar en sus primeros años llegó a mujeres que querían limitar el crecimiento de la familia, pero que ya tenían varios hijos y su fecundidad efectiva era muy superior a su fecundidad deseada. Luego se fue incrementando el uso de métodos para espaciar los nacimientos aunque, como ya se dijo, los permanentes (o para limitar) tienen alta prevalencia de uso.

2.3.- Perspectivas futuras

Dentro de la grave crisis social, institucional y económica que vive el país, los niveles de anticoncepción alcanzados pueden verse disminuidos. De hecho la prevalencia anticonceptiva pasó de 69 por ciento, en mujeres en unión en 1990, a 72 por ciento en 1995, diferencia que al provenir de encuestas por muestreo puede ser no significativa; aún siendo significativa refleja disminución en el ritmo de aumento observado hasta ahora. Por su parte la fecundidad se ha mantenido constante en tres hijos por mujer desde hace cerca de 10 años y hay un aparente aumento de la fecundidad de adolescentes. Si disminuyen los niveles de anticoncepción, o dentro del grupo de no usuarias aumentan las de demanda insatisfecha de métodos³, puede esperarse también un aumento del aborto, aunque es difícil prever en qué medida, precisamente porque se desconocen los niveles reales.

3.- Líneas básicas en la investigación

El interés de trabajar el tema de anticoncepción converge de varios lados. Por una parte, del proceso pre-Cairo y toda la lucha para introducir o mejorar aspectos no contemplados o contemplados débilmente en las conferencias internacionales de Budapest y México. Por otra parte, de la observación del proceso post-Cairo, al evaluar cómo ha evolucionado el concepto de la salud sexual y reproductiva y por último, de las inquietudes que han ido surgiendo de la permanente e inevitable comparación de los comportamientos sociales de la realidad española con la colombiana y buscando el esclarecimiento de mi preconcepción sobre la planificación familiar en los países desarrollados.

³ Dentro del grupo de las que no están usando métodos se encuentran las que quieren tener un hijo, las infértiles o subfértiles, las embarazadas o amenorreicas y las que conforman la demanda insatisfecha, que son aquellas que tienen un embarazo no deseado o no planeado, o que no usan métodos pero no desean tener hijos ahora o no desean más hijos.

3.1.- Inquietudes frente a la Conferencia de El Cairo

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo se logró que quedara explícita la salud sexual y reproductiva (SSR) como un derecho y la necesidad de que los gobiernos garanticen su cumplimiento. La libre elección del número de hijos y el momento de tenerlos es uno de los derechos sexuales y reproductivos que más identidad ha adquirido después de la conferencia y por ende el derecho al acceso a métodos apropiados y confiables de anticoncepción que permitan el disfrute de este derecho. Pero, si bien es cierto que debe garantizarse el acceso a servicios de planificación familiar, también conviene evitar que el concepto de salud sexual y reproductiva se reduzca a este componente. Diversos artículos sobre SSR revisados, que la definen con mayor o menor amplitud y que toman como referencia la conferencia de El Cairo, en el momento de plantear temas de investigación o áreas de trabajo en atención de salud, se refieren casi exclusivamente a la anticoncepción, tema que presentan como el eje de la SSR. Cuando se hace referencia a los países en desarrollo, la salud sexual y reproductiva parece un telón de fondo para el logro de otras políticas como es limitar el crecimiento poblacional. Para los países desarrollados, que ya tienen bajos o muy bajos crecimientos poblacionales se nota un manejo más integral del concepto.

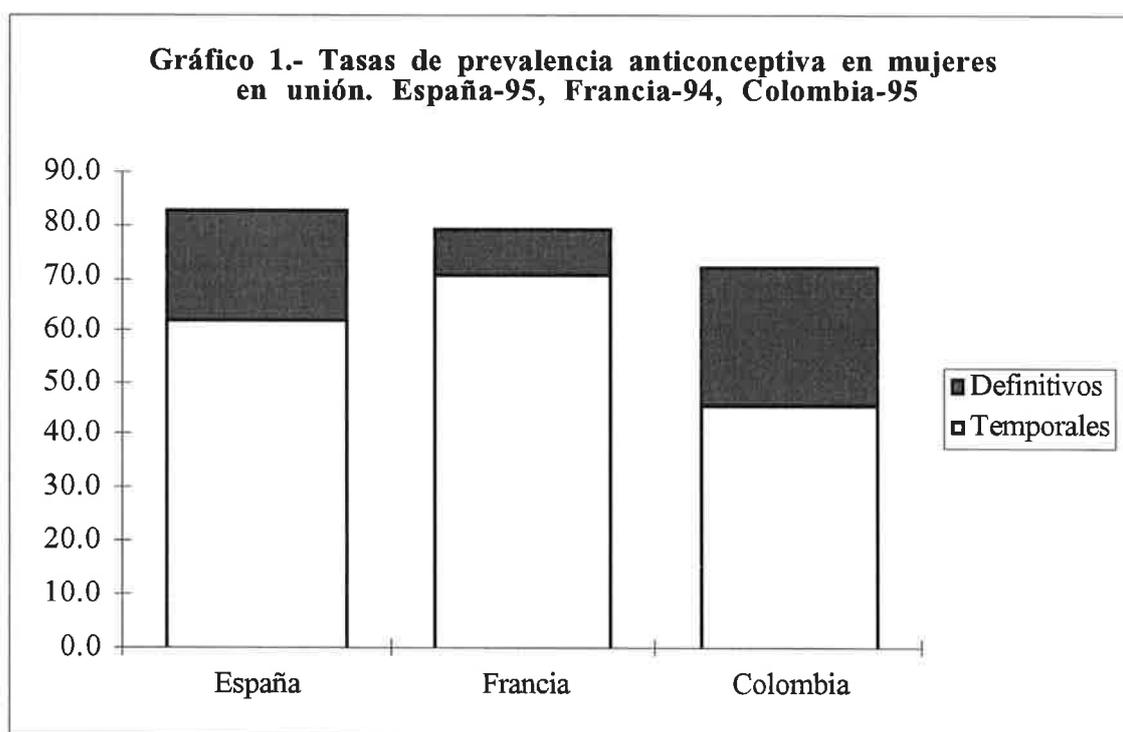
3.2.- Contexto de la anticoncepción en España y Europa

¿Cuáles son los aspectos de la anticoncepción de España y Europa que han llamado mi atención? El primer aspecto es el que la anticoncepción hubiera sido reconocida mediante una ley en algún momento y que este momento fuera tan reciente como el comienzo de la anticoncepción en países de América Latina. Así, en Francia se legaliza la anticoncepción a finales de la década de los 60 y en España a finales de los 70. Bastaría con recordar que la píldora, cumplió 30 años en 1998 para preguntarse que sucedía antes. Otro aspecto de interés es que los métodos considerados inseguros en América Latina, fueron los que permitieron justamente el descenso de la fecundidad en Europa en un proceso sostenido durante varias décadas. Algunos de ellos continúan teniendo una prevalencia importante en el caso de España.

En los medios especializados españoles se percibe que algo no armoniza en su dinámica reproductiva por cuanto se estima que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es baja -más baja que en otros países de Europa- que, asimismo la tasa de aborto es baja y que la fecundidad es una de las más bajas registradas en el mundo, con lo cual sólo quedaría por encajar una menor exposición al riesgo de embarazo.

4.- Anticoncepción en España y comparación con otros países

Una primera observación a los datos cuestiona algunas de las creencias sobre los niveles de anticoncepción en España. En el Gráfico 1 se presentan las tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en mujeres en unión, en España⁴, Francia⁵ y Colombia, alrededor de 1995. Se observa que la tasa total de anticoncepción es mayor en España (83 por ciento⁶) que en los otros dos países (79 por ciento en Francia y 72 por ciento en Colombia) y que la diferencia está en su composición. Francia tiene la mayor prevalencia de métodos temporales de los tres países -de cada cien mujeres en unión, 71 recurren a estos métodos, lo que equivale al 90 por ciento de las usuarias- en tanto que en España los usan 62 de cada cien y en Colombia 46 de cada cien mujeres en unión (que corresponde a 75% y 63% de las usuarias respectivamente).

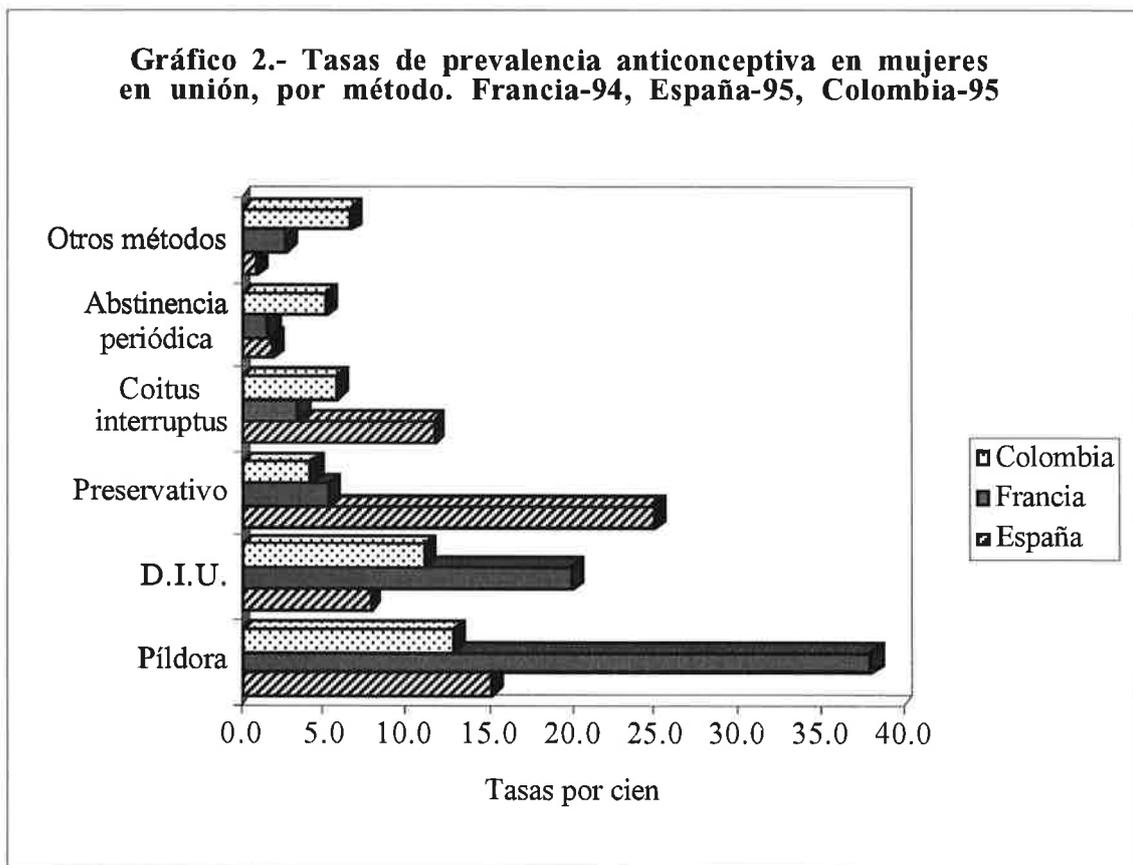


⁴ DELGADO, M. CASTRO, T. (1998). *Opiniones y actitudes Encuesta de Fecundidad y Familia 1995 (FFS)*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

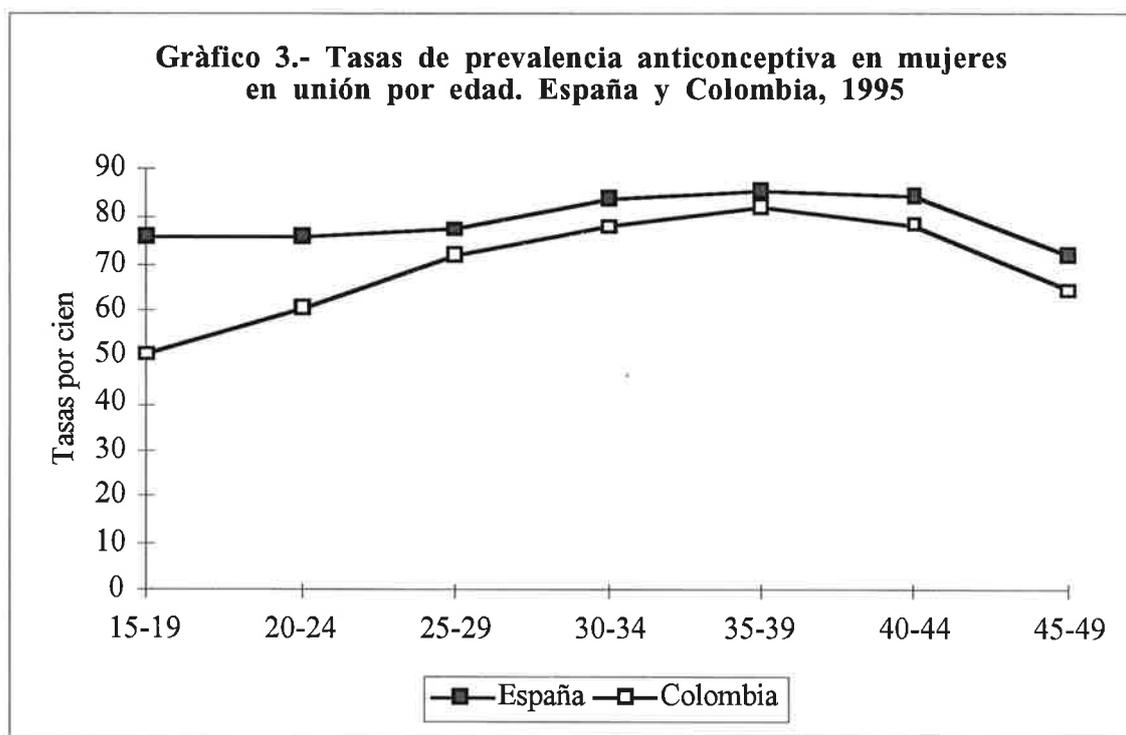
⁵TOULEMON, L. GUIBERT-LANTOINE C (1998). *Fertility and Family Survey in countries of the ECE Region. Standard Country Report France*. ECE-NU New York.

⁶ Para el presente trabajo se hizo un ajuste proporcional con el fin de distribuir los casos sin información y hacerlos comparables con los otros países.

Dentro de los métodos temporales también hay diferencias en el patrón de uso (véase gráfico 2). El método más usado en España es el preservativo (25 por ciento de mujeres en unión) seguido de la esterilización (12 por ciento de las mujeres y 8 por ciento de los hombres en unión) y en tercer lugar la píldora con 15 por ciento; el *coitus interruptus* (12 por ciento) sigue siendo un método importante en la anticoncepción española aunque ha disminuido su uso, como se verá más adelante. En Francia, 38 de cada cien mujeres en unión usan la píldora y 20 de cada cien el dispositivo intrauterino. Estos dos métodos tienen tasas de prevalencia sensiblemente más altas que los demás y cubren a tres cuartas partes de las usuarias. En Colombia, en cambio el método más usado es la esterilización (25 de cada cien mujeres y uno de cada cien hombres en unión) seguida de la píldora y el DIU (13 y 11 por ciento respectivamente).



En el gráfico 3 se presentan las tasas de prevalencia por edad, en mujeres en unión, para España y para Colombia. Se observa que después de los 25 años las tasas son cercanas, ligeramente mayores en España y describen una curva con el máximo en 35-39 años, edad en la que la diferencia es mínima. En las mujeres jóvenes se observan las mayores diferencias especialmente en las adolescentes donde la tasa de España es un 50 por ciento mayor que la de Colombia.



Entre 1977⁷ y 1995 la prevalencia de uso de métodos en España pasó de 50 a 83 por ciento en las mujeres en unión, lo cual representa un incremento de 64 por ciento. La mayor diferencia se observa en las mujeres de más edad dentro del período fértil. Mientras que las mujeres mayores de 40 años en 1977 terminaban su período fértil con tasas bajas, inferiores a 40 por ciento, las de 1995 lo terminan con tasas cercanas a 80 por ciento, o sea que prácticamente se duplicó la tasa en este grupo de edad. Debe reconocerse que éstas últimas, cuando tenían menos de treinta años -en 1977- ya presentaban una tasa de prevalencia de 60 por ciento (Gráfico 4). En 1995 no se observan diferencias substanciales de las tasas por edad.

La evolución en el período 1977-1995 según el tipo de método usado se presenta en el gráfico 5. Se observa un incremento de casi cinco veces tanto en el uso del preservativo como de la esterilización, mientras que el *coitus interruptus* y la abstinencia periódica han disminuido. Otros métodos que han tenido un aumento moderado son la píldora y el dispositivo intrauterino.

⁷ INE (1978). *Encuesta de Fecundidad. Metodología y resultados 1977*. Madrid.

Gráfico 4.- España. Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, por grandes grupos de edad, 1977-1995

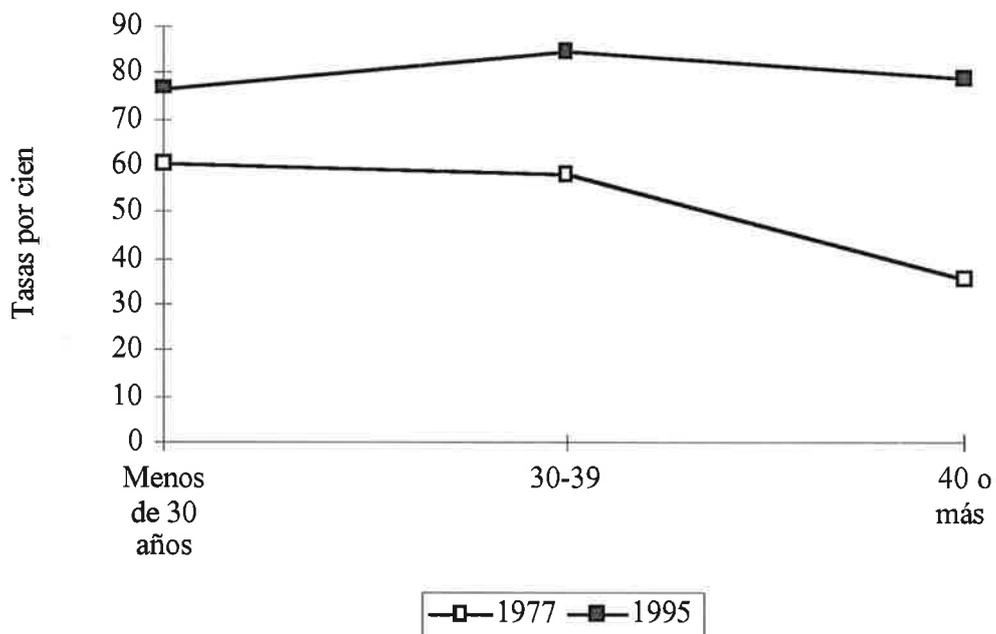


Gráfico 5.- España. Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, según método usado, 1977,1985 y 1995

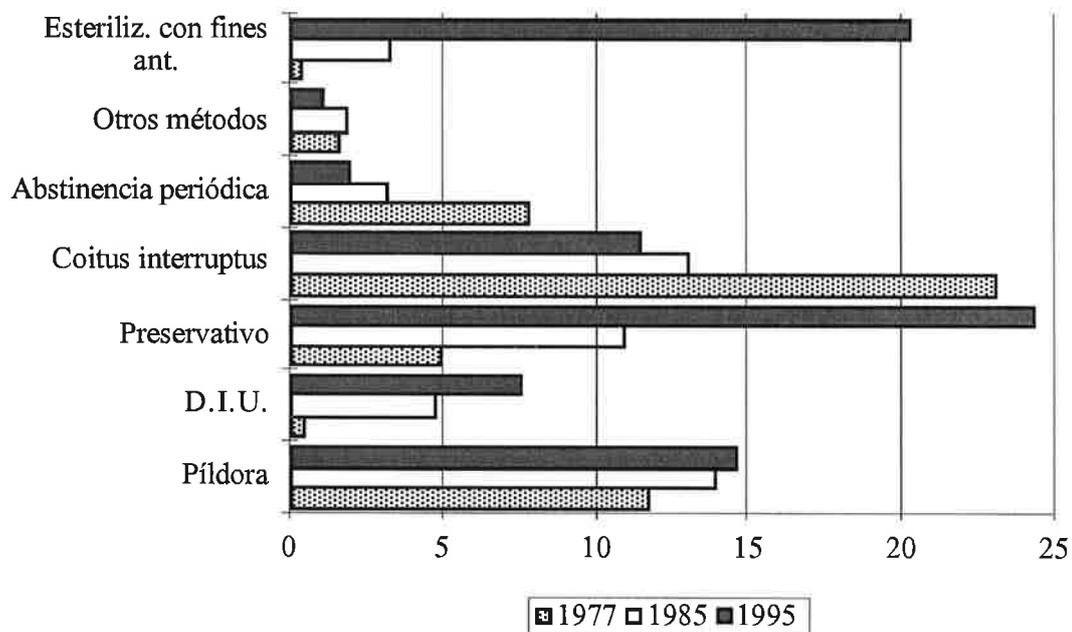


Gráfico 6.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres de 20-24 años en unión. España y Colombia 1995

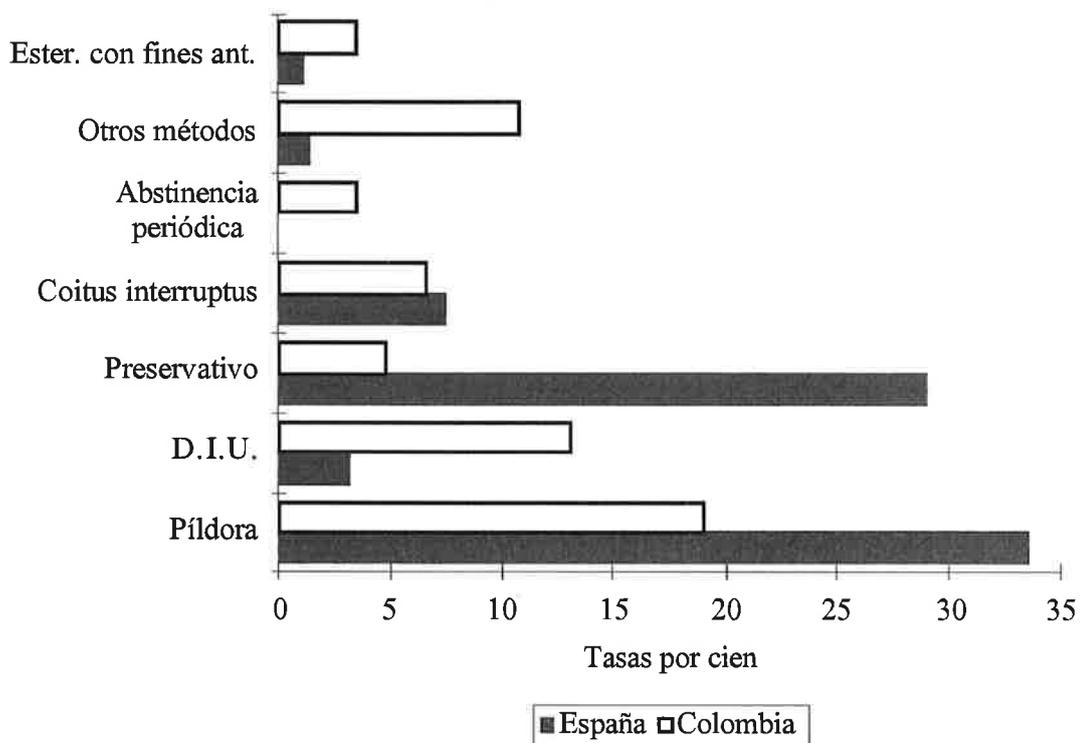
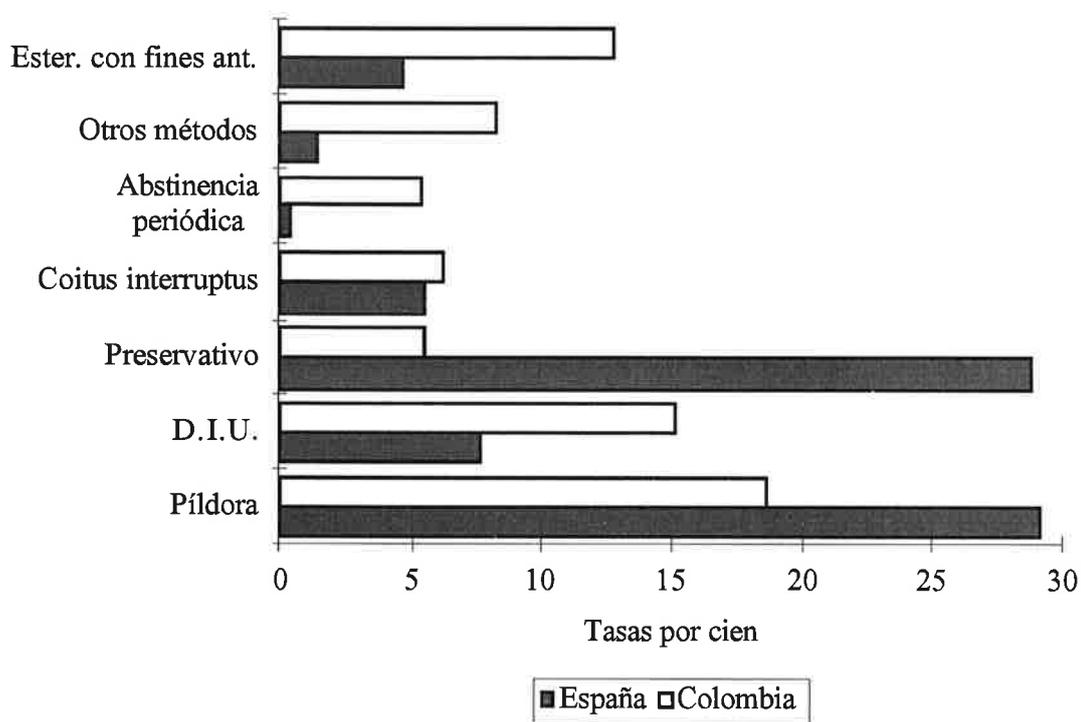


Gráfico 7.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres de 25-29 años, en unión, según método. España y Colombia 1995

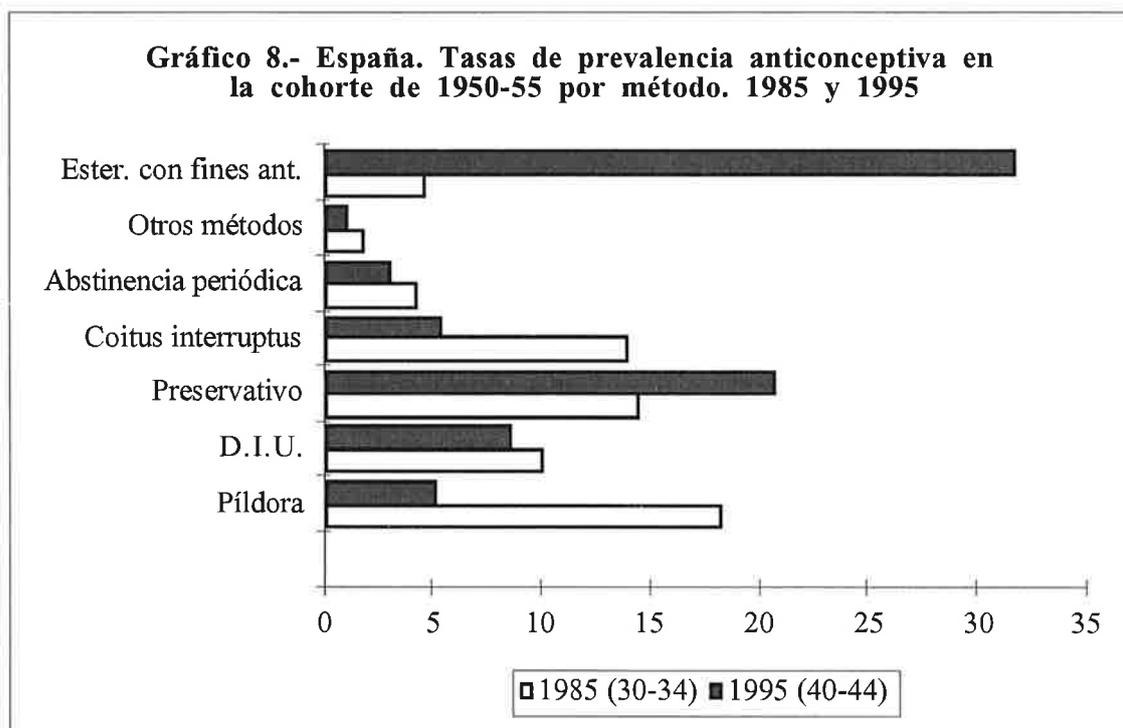


Los cambios en los patrones de uso de anticonceptivos ocurren frecuentemente con mayor intensidad en las edades jóvenes. Son mujeres que han tenido más acceso a información y educación que las cohortes anteriores y también que tienen más expectativas que ellas frente a los roles tradicionales de ama de casa y madre. Por otra parte, son mujeres que están iniciando su fecundidad con lo cual seguramente prefieren los métodos para espaciamiento frente a los de limitación del tamaño de la familia. Con este fin se comparan las tasas de prevalencia de las mujeres de 20-24 y de 25-29 años de España y Colombia (Gráficos 6 y 7 respectivamente). En los 20-24 años, como ya se dijo hay una diferencia en las tasas de prevalencia, siendo la de España superior en un 20 por ciento a la de Colombia. Se observa que, en España, la píldora y el preservativo son muy usados por las parejas jóvenes y el tercer método es el *coitus interruptus*. En Colombia también se usa la píldora pero con tasa muy inferior a la de España y en cambio es más frecuente el DIU; en tercer lugar está el grupo residual "otros métodos", compuesto por los métodos hormonales (inyección e implantes subdérmicos) que son de muy escaso uso en España. En este grupo de edad se comienza a ver la importancia de la esterilización.

En las mujeres en unión de 25-29 años en comparación con las de 20-24 años, se observan en España tasas ligeramente menores de píldora e iguales para preservativo y un ligero incremento en DIU y esterilización. En Colombia la mayor diferencia entre los dos grupos de edad se observa en la tasa de esterilización.

Al hacer el seguimiento a la cohorte que tenía 30-34 en 1985, en cuanto al uso de métodos, se observa que entre este año y 1995 disminuyó el uso de la píldora (18 de cada cien mujeres en unión la usaban en 1985 y 5 de cada cien en 1995) y el *coitus interruptus* (pasó de 14 por ciento a 5 por ciento). Estas disminuciones se compensan con el aumento del preservativo (de 14 por ciento a 21 por ciento) y de la esterilización (pasó de 4 por ciento a 31 por ciento) lo cual quiere decir que en el lapso de esos diez años una de cada cuatro parejas optó por la esterilización ya fuera masculina o femenina (véase Gráfico 8).

En resumen, en Colombia la anticoncepción se basa más en métodos hormonales y esterilización, los cuales son seguros y no requieren pasar por la "negociación" del uso en cada relación sexual. En España, en cambio, hasta ahora, se recurre más a métodos temporales pero que requieren de una decisión consciente de la pareja en cada relación sexual. En términos de protección contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, España tiene gran ventaja tanto por el nivel de uso actual de preservativo como por la posibilidad de que las parejas que usan el *coitus interruptus* opten con cierta facilidad por el uso del preservativo. No es así de fácil en las parejas que usan píldora, DIU o los implantes que protegen durante cuatro o cinco años y menos aún en el caso de la esterilización; los usuarios de estos métodos al sentirse protegidos de un embarazo no deseado difícilmente usarán un preservativo.



5.- El proyecto de investigación

De estos antecedentes y del interés de continuar trabajando en el área de la salud y particularmente con salud sexual y reproductiva se deriva la selección del tema de investigación. El objetivo es conocer la evolución de la planificación familiar en España, establecer, analizar y comparar sus niveles y diferenciales con otros países de la región e identificar los patrones de comportamiento de la dinámica anticonceptiva de los años recientes.

En primer término se enmarcará la anticoncepción dentro de la sexualidad y las relaciones de género, como insumo para la salud sexual y reproductiva y la planificación familiar, como un derecho sexual y reproductivo y como un determinante próximo de la fecundidad. Luego se hará una reconstrucción de lo que ha sido la anticoncepción en España en diferentes aspectos como normatividad, mecanismos de distribución de los métodos, sectores de oposición, aspectos institucionales y protocolos médicos entre otros. Finalmente se estimarán y analizarán los indicadores de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, para los distintos subgrupos poblacionales de interés así como los indicadores de dinámica anticonceptiva.

La principal fuente de información prevista es la Encuesta de Fecundidad y Familia de España, realizada en 1995, en una muestra representativa de la población. Consta de cerca de dos mil entrevistas a hombres y cuatro mil a mujeres. En caso necesario se complementará con información de los servicios de salud.