LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA SEGÚN LA ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y FAMILIA DE 1.995

Magda Ruiz-Salguero

LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA SEGÚN LA ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y FAMILIA DE 1.995

Magda Ruiz-Salguero

176

Comunicació presentada al
XXII Simposi de la Societat Catalana de Contracepció.
Acte organitzat per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i
de Baleares i per la Societat Catalana de Contracepció.

Centre d'Estudis Demogràfics

2000

Resum.- L'objectiu és establir els nivells i patrons d'utilització dels anticonceptius a Espanya a partir de l'anàlisi de la informació de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995. Els resultats mostren que durant l'època en què els mètodes anticonceptius estaven prohibits, el 47% de les dones que vivien en parella utilitzaven aquests mètodes (EF-77). Més endavant la seva utilització va augmentar fins a 58% (EF-85) i a 81% (EF-95). El major increment fou el del preservatiu (del 5% a l'any 1977 al 24% al 1995). La píndola ja era el mètode modern més utilitzat a l'any 1977 i el segon després del *coitus interruptus.* L'ús de l'esterilització es va incrementar amb la característica de que, a l'any 1995, era gairebé tant important la femenina (12%) com la masculina (8%). El *coitus interruptus* va disminuir però es mantindrà per sobre del 10%. La raó principal per la qual les parelles espanyoles deixen d'utilitzar els mètodes anticonceptius és perquè volen tenir un fill (44% de les discontinuïtats), a continuació es situen els problemes de salut i els efectes col.laterals (16%) i la ineficàcia del mètode (13%). La taxa de prevalença obtinguda per als homes és similar a la de les dones, però es troben diferències en les causes de les discontinuïtats i en la durada dels trams d'utilització.

Paraules clau.- Anticonceptius, esterilització, parelles espanyoles.

Resumen.- El objetivo es establecer los niveles y patrones de uso de anticonceptivos en España mediante el análisis de la información de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995. Los resultados muestran que durante la época en que los métodos anticonceptivos estaban prohibidos, 47% de las mujeres en unión usaban métodos (EF-77). Luego el uso se incrementó a 58% (EF-85) y a 81% (FFS-95). El mayor aumento fue del preservativo (5% en 1.977 a 24% en 1.995). La píldora ya era el método moderno más usado en 1.977 y el segundo después del *coitus interruptus*. El uso de la esterilización aumentó con la característica de que en 1.995 era casi tan importante la femenina (12%) como la masculina (8%). El *coitus interruptus* descendió pero se mantiene por encima de 10%. La principal razón por la que las parejas españolas dejan de usar los métodos es porque quieren tener un hijo (44% de las discontinuaciones), siguen los problemas de salud y los efectos colaterales (16%) y la falla del método (13%). La tasa de prevalencia dada por los hombres es similar a la de las mujeres pero se encuentran diferencias en las razones de discontinuación y en la duración de los segmentos de uso.

Palabras clave.- Anticonceptivos, esterilización, parejas españolas.

Abstract.- The objective is to establish the levels and patterns of contraceptive use in Spain by analysing the Fecundity and Family 1995 Survey data. The results show that, during the time in which the contraception was prohibited, 47% of the women within marital unions used contraceptive methods (EF-77). The use then increased to 58% (EF-85) and 81% (FFS-95). The greater increase was in the use of the condom, (5% in 1977 to 24% in 1995). The pill was already the more used modern method in 1977 and the second, after *coitus interruptus*. Sterilization increased with the characteristic that, in 1995, the use of female sterilisation (12%) was almost as important as the male sterilisation (8%). C*oitus interruptus* decreased but it remains over 10%. The main reason for which the Spanish couples stop using these methods are because they want to have a son (44%), follow by collateral effects and health problems (16%) and the failure of the method (13%). The prevalence rate reported by the men is similar to that of the women but there are differences in the reasons for discontinuing use and the duration of the periods of use.

Key words.- Contraceptive, sterilization, Spanish couples.

Résumé.- L'objectif de cette article est d'établir les niveaux et les modèles d'usage des moyens contraceptifs en Espagne à travers l'analyse des données de l'Enquête de fécondité et famille, de 1995. Les résultats indiquent que 47% des femmes en couple utilisaient des moyens contraceptifs (EF-77) durant l'époque où les méthode de contraception étaient interdites. Ensuite l'usage a augmenté jusqu'à 58% (EF-85) pour atteindre 81% (FFS-95). L'augmentation la plus importante est celle du préservatif (5% en 1977 et 24% en 1995). La pilule était le moyen moderne le plus utilisé en 1977 et le deuxième après le *coitus interruptus*. L'usage de la stérilisation a augmenté également avec cette caractéristique quand 1995 presque autant d'hommes (8%) que de femmes (12%) l'utilisait comme moyen contraceptif. La méthode du *coitus interruptus* a baissé mais elle demeure au dessus des 10%. La principale raison d'abandon des moyens contraceptifs par les couples espagnols est le désir d'avoir un enfant (44% des interruptions), suivent les problèmes de santé et effets collatéraux (16%) ainsi que les échecs de la méthode (13%). Le taux de prévalence donné par les hommes est similaire à celui des femmes mais on trouve des différences dans les raisons d'interruption de la méthode contraceptive et dans la durée des périodes d'utilisation.

Mots clés.- Contraceptifs, stérilisation, couple espagnol.

ÍNDICE

1.- Introducción 1

2.- Antecedentes 2

2.1.- Antes de los años 70 2
2.2.- Los años 70 4
2.3.- Desde los años 80 hasta hoy 5

3.- Fuentes de datos y metodología 6

3.1.- Fuentes de datos 6
3.1.1.- Encuesta de Fecundidad (EF) – 1977 6
3.1.2.- Encuesta de Fecundidad (EF) - 1985 7
3.1.3.- Encuesta de Fecundidad y Familia (FFS) - 1995 7
3.2.- Metodología 8
3.2.1.- Prevalencia actual de uso de métodos anticonceptivos 8
3.2.2.- Dinámica anticonceptiva 9

4.- La anticoncepción en España. Niveles, tendencias y patrones de uso 9

4.1.- Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos 10
4.1.1.- Anticoncepción por edad de la mujer 12
4.1.2.- Anticoncepción por cohorte de nacimiento 15
4.1.3.- Anticoncepción femenina y masculina 17
4.2.- La anticoncepción en el contexto internacional 19
4.3.- Dinámica anticonceptiva 21
4.3.1.- Edad al inicio de relaciones sexuales y de uso de anticonceptivos 23
4.3.2.- Razones de discontinuación de métodos 24
4.3.3.- Tasas de discontinuación 25
4.3.4..- Tasas de falla 26
4.3.5.- Secuencia de uso o cambio hacia otros métodos 27
4.3.6.- Duración de los segmentos de uso 29

5.- Conclusiones 32

Bibliografía 34

ÍNDICE DE CUADROS

1.- Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas. España, 1977-1995 (%) 11

2.- Distribución porcentual de los segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. España, 1995 24

3.- Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior. España, 1995 29

4.- Duración mediana de los segmentos por edad al momento de la entrevista y sexo, según número de orden del segmento y método. España , 1995 31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.- Tasa total de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por nivel de eficacia. España, 1977-1995 10

2.- Tasas de prevalencia de uso anticonceptivo por edad. España, 1977-1995 13

3.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por método, según edad. España, 1985 y 1995 14

4.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por generación y tipo de método. España, 1977, 1985 y 1995 16

5.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por generaciones, según uso de métodos modernos o tradicionales. España, 1977, 1985 y 1995 18

6.- Prevalencia de uso de métodos masculinos y femeninos en mujeres casadas o unidas. España, 1977 y 1995 18

7.- Prevalencia de métodos masculinos y femeninos por edad. España, 1985 y 1995 19

8.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, métodos temporales. Países seleccionados 20

9.- Prevalencia de métodos masculinos y femeninos en los países seleccionados 21

10.- Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según la FFS, en mujeres casadas o unidas, por edad, países seleccionados 22

11.- Medidas resumen de eventos vitales seleccionados, por cohorte de nacimiento y sexo 23

12.- Tasas brutas de discontinuación, según razón de discontinuación, por edad y sexo 26

13.- Tasas brutas de discontinuación por fallo del método, por edad al inicio del segmento, sexo y método. España, 1995 28

14.- Duración mediana en meses de los segmentos, por sexo, según método. España,1995 30

LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA
SEGÚN LA ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y FAMILIA DE 1.995

1.- Introducción

En la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (1.994) quedó 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. En la actualidad se cuenta con una gran cantidad de métodos con diferentes mecanismos de acción, nivel de eficacia, duración y forma de administración que permiten, que cada persona que lo desee, pueda teóricamente acceder a por lo menos un método de su conveniencia.

La mayor parte de los métodos usados actualmente se caracterizan porque tanto la aplicación, como los efectos colaterales para la salud y la mayor responsabilidad del uso eficiente recaen en la mujer –es el caso de los hormonales, el dispositivo intrauterino, los espermicidas, la esterilización femenina, los métodos naturales, el diafragma y otros vaginales– y para efectos del análisis se llamarán métodos femeninos. Otros métodos que exigen más participación y responsabilidad del hombre y en los que asume los efectos colaterales se agrupan como métodos masculinos y los disponibles actualmente son la esterilización masculina o vasectomía, el preservativo o condón y el *coitus interruptus*. La mayor o menor participación del hombre en la planificación familiar es una característica importante de la dinámica anticonceptiva y hasta ahora se mide a través de la frecuencia de uso de métodos femeninos y masculinos aunque la oferta de métodos para los hombres sea limitada.

En España, la distribución y el uso de los métodos de planificación familiar estuvieron prohibidos y penalizados hasta 1.978, sin embargo la fecundidad ha sido baja lo cual revela que la sociedad controlaba los nacimientos, con distintos mecanismos como normas sobre matrimonio tardío, poca frecuencia de las segundas nupcias en las viudas o divorciadas, uso de

métodos anticonceptivos o práctica del aborto. En el caso de la anticoncepción quizás se recurría a métodos que hoy se consideran de baja eficacia como el diafragma, los espermicidas y el *coitus interruptus*. La posterior despenalización de la anticoncepción y del aborto debió favorecer un rápido cambio hacia los métodos modernos, particularmente la píldora que ya se comercializaba, aunque se recomendaba para regular el ciclo menstrual o combatir el acné.

El objetivo general de este trabajo es establecer los niveles, tendencias y patrones de uso de métodos anticonceptivos mediante el análisis de la información proveniente de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995. Para conocer los niveles y tendencias se tendrán en cuenta las Encuestas de Fecundidad de 1.977 y 1.985. Para los patrones de uso se estimarán los indicadores de dinámica anticonceptiva, a partir de la información de la FFS-1.995, como duración de los segmentos de uso, razones de discontinuación de métodos, indicadores de falla y secuencia en el uso de métodos.

2.- Antecedentes

Se pueden distinguir varios períodos en la evolución de la anticoncepción española del siglo XX. Las primeras tres décadas en las que el tema se trataba con relativa libertad, luego las cuatro décadas del régimen de Franco en las que la anticoncepción estaba explícitamente prohibida por ley, período que incluye la década de los años 70 en la que a pesar de las prohibiciones, la sociedad se permitió una ligera apertura. Hasta el 7 de octubre de 1978 los anticonceptivos estuvieron prohibidos en España; ese día se firmaba el Real Decreto 2275/78 que modificaba los artículos del Código Penal, en los que se establecía que vender, prescribir, divulgar u ofrecer cualquier cosa destinada a evitar la procreación era delito. Para ese momento era el único país europeo en que la anticoncepción era ilegal. Los años 80, ya sin restricciones legales comienzan a cerrar el siglo en un proceso de acomodación a los métodos modernos. A continuación se destacarán los sucesos claves en cada una de estas épocas.

2.1.- Antes de los años 70

Como se ha dicho, en los comienzos del siglo los temas sobre planificación familiar se abordaban con relativa amplitud, especialmente si se compara con las limitaciones vividas durante el período franquista. Por ejemplo, la Real Academia de Medicina de Madrid organizó

reuniones sobre procreación, sexualidad, eugenesia, métodos anticonceptivos así como de la importancia del certificado prenupcial para evitar una descendencia enferma. En 1928 se organizó en Madrid el Primer Curso Eugenésico Español, el cual suscitó una gran polémica y fue suspendido dos meses después de su inicio. En 1932 se conformó la sección española de la Liga Mundial Para La Reforma Sexual Sobre Bases Científicas y en 1933 se celebraron las Primeras Jornadas Eugenésicas Españolas, en las que muchos de los participantes eran miembros fundadores de la Liga. Este dinamismo se vio interrumpido por la Guerra Civil, por las normas del régimen de Franco y por la Segunda Guerra Mundial.

No obstante la legislación en contra, en España la fecundidad descendía paulatinamente y aunque era mayor que la de otros países europeos, estaba muy lejos del nivel de fecundidad natural. En el año 1900, el índice sintético de fecundidad era de 4.71 hijos por mujer, en 1925 era de 3.89, en 1950 de 2.46; entre 1950 y 1965 se dio un aumento situándose en este último año en 2.94 hijos por mujer, para luego volver a bajar (CABRÉ A., 1.999 Tabla 2.6) -este aumento se registró en muchos países y en España tardíamente y correspondió al *baby boom* de la posguerra-. La sociedad española, al igual que el resto de Europa, practicaba los métodos conocidos hasta entonces: el *coitus interruptus* -quizás era el más usado en la primera mitad del siglo- y las duchas vaginales.

Cuando se comercializó la píldora en otros países, muchas españolas trataban de conseguirla a través de amigas extranjeras o españolas que podían viajar a Francia o a Inglaterra; lo mismo sucedía con el dispositivo intrauterino y el diafragma. La información sobre métodos más eficaces se fue generalizando a través de los grupos de mujeres y se fue creando una red de solidaridad en este sentido.

En 1965 ocurrieron dos hechos que mostraron suavizamiento de la postura oficial frente a la anticoncepción: una orden del Ministerio de la Gobernación (no una ley) que permitía la distribución de anovulatorios con prescripción médica y otra orden de Presidencia del Gobierno que excluía de la categoría de delito el acto médico de recetar anovulatorios con fines terapéuticos. La consulta privada se liberó rápidamente de los prejuicios y favoreció el uso de la anticoncepción hormonal a las mujeres que tenían acceso a ella, que eran precisamente las más educadas, las más liberales y progresistas, de clase media o media-alta y de edad entre 20 y 30 años (DEXEUS S., PARERA N., 1999).

2.2.- Los años 70

Así se inician los años 70, con una presión de los distintos estamentos de la sociedad al régimen vigente, con un cierto conocimiento de los métodos modernos, reducido y desigual acceso a ellos por no ser legales y menos aún formar parte de la atención del estado.

En 1972 fue realizada la primera encuesta dedicada exclusivamente al tema de la fecundidad en España. Formó parte del estudio titulado "Natalidad y planificación familiar", sobre conocimientos y opiniones acerca de los métodos de control natal en una muestra representativa de las mujeres casadas de 15 a 49 años. En la prueba piloto se encontró que no era aconsejable preguntar directamente por el uso de algún método, "pues el recelo que tal pregunta despertaba podía invalidar el resto de respuestas del cuestionario". Un hallazgo interesante es que el método más conocido fue la píldora (72 de cada cien mujeres), en segundo lugar el método de Ogino (58 por ciento), en tercer lugar el preservativo (42%) y luego el *coitus interruptus* (35%) (DEXEUS S., PARERA N., 1999).

Entre 1974 y 1977, estando todavía vigente de la ley que penalizaba el uso de la anticoncepción, algunas universidades como la Autónoma de Barcelona, la de Barcelona y de Valencia abrieron espacios a los temas de planificación familiar (LINHARD J., 1987). En 1976, un grupo de médicos de Barcelona solicitó, en un escrito al Presidente del Colegio de Médicos la "inclusión de la PF en los Programas de Actuación Sanitaria" (DEXEUS S., FARRÉ J.M., pág. 238).

En 1977, la Dirección General de Sanidad organizó un Seminario en Mahón para orientar una política nacional de control de la natalidad incluida la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) marcando el camino hacia la despenalización que se logra en 1978, aunque no de manera completa, lo cual ocurre en 1983 cuando se despenaliza la esterilización (DEXEUS S., FARRÉ J.M., pág. 238). También en 1977 el Instituto Nacional de Estadística con apoyo de las Naciones Unidas y del Instituto Internacional de Estadística realizó la Encuesta de Fecundidad a 5.814 mujeres de 15 a 49 años, casadas alguna vez. En 1.978 se creó la Federación de Planificación Familiar de España –FPFE– que posteriormente se afilió a la Federación de Internacional de Planificación Familiar –IPPF– (DÍEZ J., DE MIGUEL J., 1981).

Según la citada Encuesta de Fecundidad de 1977 nueve de cada diez mujeres no solteras conocía por lo menos un método anticonceptivo eficaz. El hecho de haber realizado la encuesta en un período en que la anticoncepción no era legal pudo influir en la declaración dada por las mujeres, especialmente en las mayores que habían vivido durante muchos años esta prohibición y tal vez prefirieron ocultar sus conocimientos acerca de los métodos. Esto es más notorio si se observa que las mujeres de mayor edad revelaban menor conocimiento, que las jóvenes, en métodos como el *coitus interruptus*, el método del ritmo o abstinencia periódica, la lactancia prolongada o los lavados vaginales, a los que seguramente recurrieron en algún momento si se tiene en cuenta que al final de su vida reproductiva tuvieron en promedio 2.66 hijos (CABRÉ A., 1.999 Tabla 2.7).

2.3.- Desde los años 80 hasta hoy

A pesar de haber sido despenalizado el uso de anticonceptivos, aún en 1.981 la Seguridad Social no incluía el control de natalidad en sus servicios sanitarios con las consecuencias de desigualdad social de acceso a los métodos. En 1.983 se despenaliza la esterilización y en 1.985 la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a tres supuestos básicos: malformaciones congénitas del feto, riesgos físicos y psíquicos para la madre, y en caso de violación. Actualmente se mantiene la discusión para legalizar un cuarto supuesto que alude fundamentalmente a razones socioeconómicas.

En 1.986 se promulgó la Ley General de Sanidad (LGS) cuyo objetivo era la universalización de la asistencia sanitaria, la garantía de igualdad de acceso de toda la población a las prestaciones sanitarias y la coordinación de los recursos sanitarios públicos para hacer efectivas estas prestaciones. En 1.995 mediante el Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) se definían y regulaban, entre otras, las prestaciones relacionadas con salud materno infantil y PF con cargo a la Seguridad Social.

Según la FPFE la situación de los servicios y programas de planificación familiar, "se puede definir como de escasez de información, descoordinación de servicios, desigualdad de acceso, disminución de recursos de PF y pérdida del modelo de servicios generados en la década de los 80 de acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS y la

IPPF" (FPFE, 1999).

En consecuencia se pueden caracterizar dos etapas. La década de los 80 cuando la prestación de servicios de PF se hizo mediante la creación de Centros de PF dependientes en su mayoría de la sanidad municipal y la década de los 90 con la incorporación de estos servicios a las áreas de atención primaria y atención especializada del sistema de Seguridad Social con la progresiva desaparición de dichos centros (FPFE-1999).

Es posible que los bajos índices de fecundidad que está registrando España lleven a muchos a pensar que la PF es un asunto resuelto o que justamente se requiere favorecer un aumento de la natalidad. Sin embargo el problema está en que las personas tienen el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo y con esta estructura de servicios lo que se logra es iniquidad en la garantía de los derechos y fortalecimiento de los sistemas privados de salud. Por otra parte mientras se siga recurriendo a la interrupción voluntaria del embarazo, hay indicios de una necesidad no satisfecha de planificación familiar.

3.- Fuentes de datos y metodología

3.1.- Fuentes de datos

La información básica para el análisis de la anticoncepción en España proviene de las encuestas nacionales sobre fecundidad realizadas desde 1.977, las cuales incluyeron algunas preguntas o bien un capítulo completo sobre el tema. Las características de estas encuestas, su alcance y posibilidades de comparación se describen a continuación:

3.1.1.- Encuesta de Fecundidad (EF) - 1977

Realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1.977 en el marco de la Encuesta Mundial de Fecundidad (INE, 1978). El objetivo general fue disponer de información de las variables necesarias para realizar proyecciones demográficas más precisas que las que se tenían en ese momento y desarrollar estudios concretos en campos insuficientemente investigados, con metodología homogénea entre los países participantes que permitiera la comparación internacional. Las unidades de análisis fueron las mujeres en edad fértil (15-49 años) alguna vez casadas. Se tomó una muestra de 6.450 mujeres que representa algo más de uno por mil de

la población en estudio (5´216.388 mujeres según el censo de población de 1.970).

3.1.2.- Encuesta de Fecundidad (EF) - 1985

Esta encuesta también fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 1987). La recolección de información se hizo entre mayo y junio de 1.985. Uno de los objetivos de la encuesta fue acopiar información en conocimiento, práctica, vigilancia médica y eficacia de los métodos anticonceptivos. Las unidades de análisis fueron todas las mujeres de 18-49 años, independientemente de su estado civil. El ámbito de la encuesta cubrió todo el territorio nacional incluidas Ceuta y Melilla. El tamaño de la muestra se fijó en 9.000 unidades estableciendo un mínimo de 250 entrevistas en cada comunidad autónoma.

3.1.3.- Encuesta de Fecundidad y Familia (FFS) - 1.995

Realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas en el marco de la serie de encuestas de Fecundidad y Familia llevadas a cabo en varios países europeos, dentro del programa de investigación impulsado por la Population Activity Unit (PAU) de la Comisión Económica para Europa (ECE) con el propósito de disponer de datos para al análisis de los cambios relacionados con la fecundidad y la familia (DELGADO M., CASTRO T, 1.999). En España, además de estos objetivos, se trató de mantener la comparabilidad con las encuestas de fecundidad citadas anteriormente. La muestra mantuvo el diseño general que utiliza el Centro de Investigaciones Sociológicas para las encuestas. Se seleccionó una muestra de 2.587 hombres y 4.812 mujeres entre 18 y 49 años. Se obtuvieron 1.991 entrevistas de hombres y 4.021 mujeres. De las diferencias metodológicas de esta encuesta con las anteriores pueden resaltarse: (i) la aplicación de cuestionario a hombres, (ii) no poder hacer desagregaciones geográficas puesto que la muestra no tiene representatividad por regiones y menos aún por comunidades autónomas y (iii) que la muestra no fue con reemplazamiento en caso de ausencia definitiva o rechazo de la persona seleccionada.

3.2.- Metodología

3.2.1.- Prevalencia actual de uso de métodos anticonceptivos

A todas las mujeres que habían usado alguna vez métodos anticonceptivos y que no estaban embarazadas en el momento de la entrevista se les preguntó si ella o su esposo o compañero usaba en el momento de la entrevista[1] algún método para evitar un embarazo. Con base en esta información se puede calcular la tasa de prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos para las mujeres actualmente unidas y para las no unidas actualmente pero sexualmente activas, clasificadas por grupos quinquenales de edad. De manera similar se estiman las tasas de prevalencia para hombres y por tipo de método. Al estar construida para mujeres actualmente unidas, u hombres actualmente unidos, esta tasa mide la protección de la pareja.

Para efectos de comparación con otros países o con otras fuentes de información, la tasa de prevalencia anticonceptiva se define como el cociente entre el total de usuarias –métodos temporales y definitivos– y el total de mujeres en unión. En consecuencia, se refiere al uso de métodos con fines anticonceptivos independientemente del tipo de método, nivel de efectividad, forma de administración o irreversibilidad. Se parte del supuesto de que la persona o la pareja ha elegido un método que la protege.

Además de los datos de España, se presentan algunos de los resultados de la FFS de Francia (TOULEMON L., GUIBERT-LANTOINE C., 1988), Italia (DE SANDRE P., ONGARO F., RETTAROLI R., SALVINI S., 1.988), Noruega(NOACK T., OSTBY L. 1.996) y Canadá (ZHENG W. 1.999). Para la comparación de los niveles de anticoncepción de estos países se recurrió a los resultados presentados en la Tabla 19 del informe estándar, correspondiente al esquema anticonceptivo (DELGADO M., CASTRO T., 1998, Tabla 19, pag.85), en el que las mujeres casadas o unidas se clasifican según método usado o según las condiciones que las caracterizan en el momento de la encuesta[2]. En el caso del Canadá debió hacerse un ajuste

---

[1] Se usa el término "actualmente" para referirse a lo sucedido en un período de referencia anterior a la entrevista o a lo que el/la encuestada esta viviendo. Así, "uso actual de métodos anticonceptivos", se refiere a si usó en el mes anterior a la entrevista y constituye el numerador de la tasa de prevalencia; "mujeres actualmente unidas" se refiere a las que en el momento de la entrevista conviven con el esposo o compañero.

[2] Las categorías son: (a) infecunda –esterilizada o cónyuge esterilizado, infecunda por otras razones–, (b) embarazada, (c) fecunda no embarazada no sexualmente activa, (d) fecunda-no embarazada-sexualmente activa-usa métodos, (e) fecunda-no embarazada-sexualmente activa-no usa métodos, (f) estatus desconocido.

previo dado que el grupo residual contenía las categorías (c) fecunda no embarazada no sexualmente activa y (e) fecunda- no embarazada- sexualmente activa- no usa métodos.

3.2.2.- Dinámica anticonceptiva

El objetivo del análisis de la dinámica anticonceptiva es estudiar el tiempo de uso consecutivo de un método, las tasas de discontinuación de los métodos, las razones por las que se discontinúa el uso de un método, el cambio hacia otros métodos, y las tasas de falla de cada método durante su uso habitual (OJEDA G. 1.997). La unidad de análisis de la dinámica anticonceptiva es el segmento de uso de un método, que se define como el tiempo durante el cual una persona usa un método sin interrupción. Segmentos de uso abiertos o censurados son aquellos en que la mujer está usando el método en el momento de la encuesta. Los demás –aquellos que tienen fecha de inicio y fecha de discontinuación– son segmentos de uso cerrados. Cada segmento se puede identificar con el ordinal de uso, así el primer segmento corresponde a la primera vez que una persona ha usado algún método, el segundo ocurre cuando reinicia el uso de métodos, sea el mismo que había usado u otro, y así sucesivamente.

La frecuencia con que una población argumenta porqué discontinúa los métodos da idea de la forma como se está manejando la información, orientación y elección de usuarias, y en últimas, de la aceptación de un método en una comunidad. La FFS-95 recogió las siguientes razones por las que se discontinúa un método: el método falló y se quedó embarazada, quería tener un hijo, desaprobación del/de la cónyuge o pareja, efectos secundarios, razones de salud, dificultad de acceso o disponibilidad, prefería otro método, incómodo de usar, no tenía relaciones sexuales, precio elevado, otra razón.

El interés de analizar la secuencia de uso de métodos se orienta a establecer si el cambio de un método a otro tiende a buscar aquellos de mayor efectividad, de menos efectos secundarios o de menos interferencia en el momento del coito u otro tipo de tendencia.

4.- La anticoncepción en España. Niveles, tendencias y patrones de uso

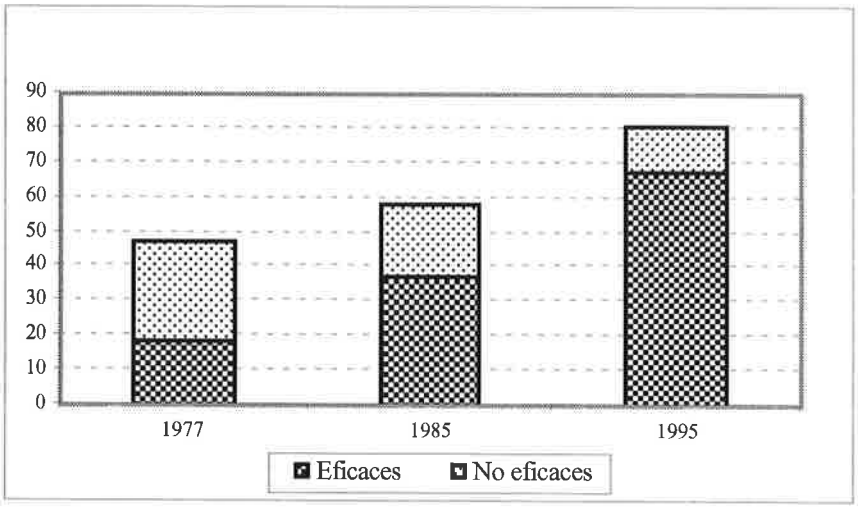
Se puede esperar que para antes de 1.977 las tasas de uso de métodos anticonceptivos sean bajas y que después de esta fecha se marquen incrementos importantes, sin embargo las encuestas de la época no formularon preguntas sobre el uso de métodos por considerar que era

un tema demasiado íntimo. A partir de 1977 se pueden obtener cifras comparables para las mujeres casadas.

4.1.- Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

Según las encuestas de fecundidad, en España, aún durante la época en que los métodos anticonceptivos estaban expresamente prohibidos, 47 de cada cien mujeres en unión usaban algún método anticonceptivo (EF-77). Durante la década en la que se dan grandes cambios en la legislación el uso de métodos se incrementó y la tasa de prevalencia pasó a 58 de cada cien (EF-85) incluyendo aquellas parejas que usaban la esterilización masculina o femenina, lo que significa un aumento relativo de 3 puntos porcentuales anualmente. Si bien el incremento en el período fue importante, podría considerarse pequeño comparado con la apertura y liberalización que vivió la sociedad española en esa década. Un incremento mayor se produjo entre 1985 y 1995, cuando el uso pasó de 58 por ciento en 1985 a 81 por ciento en 1995 (Gráfico 1 y Cuadro 1) y el aumento anual relativo fue de 4 puntos.

Gráfico 1.- Tasa total de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por nivel de eficacia. España, 1.977-1.995.



Aunque no hay un consenso sobre cuáles son los métodos eficaces y cuáles no lo son, se tiende a calificar como ineficaces a los métodos usados antes del desarrollo de los métodos

modernos por tener menor eficacia que éstos. En este sentido se consideran como eficaces los métodos hormonales en cualquiera de sus presentaciones –píldora, inyectables, implantes subcutáneos– el dispositivo intrauterino, la esterilización femenina o masculina y el preservativo. Se observa que entre 1.977 y 1.985 en España se duplicó el uso de los eficaces y entre 1.985 y 1.995 prácticamente se duplica de nuevo la anticoncepción moderna o eficaz

Cuadro 1.- Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas. España, 1.977-1.995 (tasas por cien).

	Cohorte de nac.	Todos métodos	Píldora	DIU	Inyecc.	Diafrag.	Preserv.	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Ritmo	*Coitus interru.*	Otros
1.977												
Total		**47,1**	**11,0**	**0,5**	**0,0**	**0,0**	**4,6**	**2,5**	**0,0**	**6,0**	**21,6**	**0,9**
18-29	1948-59	**52,3**	19,8	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	4,4	18,0	4,8
30-39	1938-47	**55,3**	11,3	1,4	0,0	0,0	5,3	1,7	0,0	8,1	26,1	1,4
40-49	1928-37	**36,8**	3,2	0,1	0,0	0,0	3,4	4,1	0,0	5,4	20,4	0,2
1.985												
Total		**58,4**	**15,7**	**5,7**	**0,0**	**0,0**	**12,3**	**2,9**	**0,3**	**3,7**	**15,7**	**2,1**
18-19	1966-67	**44,8**	26,4	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	6,3	8,2
20-24	1961-65	**64,5**	33,7	4,7	0,0	0,0	11,4	0,0	0,0	1,7	9,5	3,6
25-29	1956-60	**65,0**	27,4	6,4	0,0	0,0	15,2	1,4	0,0	1,8	10,6	2,0
30-34	1951-55	**68,4**	18,2	10,3	0,0	0,0	14,6	4,1	0,5	4,3	14,6	1,7
35-39	1946-50	**62,9**	9,9	6,1	0,0	0,0	15,4	5,0	0,8	4,9	18,7	2,1
40-44	1941-45	**53,6**	5,2	5,1	0,0	0,0	10,1	4,3	0,4	5,6	21,4	1,5
45-49	1936-40	**34,2**	2,7	0,8	0,0	0,0	5,4	1,3	0,0	3,4	18,9	1,7
1.995												
Total		**81,0**	**14,5**	**7,6**	**0,2**	**0,6**	**24,4**	**12,2**	**8,1**	**1,9**	**11,3**	**0,2**
18-19	1976-77	**85,7**	44,4	7,6	0,0	0,0	12,1	0,0	0,0	0,0	21,6	0,0
20-24	1971-75	**76,6**	33,6	3,2	0,8	0,8	29,0	0,8	0,8	0,0	7,5	0,0
25-29	1966-70	**77,4**	29,1	7,7	0,4	0,6	28,8	1,1	3,5	0,4	5,5	0,5
30-34	1961-65	**84,0**	22,2	9,2	0,0	0,5	28,7	6,7	8,1	1,0	7,4	0,0
35-39	1956-60	**86,0**	7,5	8,8	0,4	1,3	25,9	15,5	13,1	2,6	11,0	0,0
40-44	1951-55	**84,7**	5,1	8,5	0,0	0,5	20,7	19,6	12,0	3,0	15,3	0,0
45-49	1946-50	**71,9**	0,5	4,4	0,3	0,3	14,4	22,9	4,8	3,3	20,2	0,9

Fuentes: INE. "Encuesta de Fecundidad, 1.977. Metodología y resultados" Madrid, mayo de 1.978
INE. "Encuesta de Fecundidad, 1.985" Madrid, diciembre de 1.986
UNECE-UNPF. FFS Spain-1.995. Tabla 19 New York-Geneve 1.998

Dentro de los métodos en particular, el aumento más significativo corresponde quizás al condón o preservativo cuya tasa pasó de 5 por ciento en 1.977 a 24 por ciento en 1.995, método que ofrece la doble protección –frente al embarazo y frente a las enfermedades de transmisión sexual- y en particular responde a las campañas de prevención del VIH/SIDA. La píldora en cambio no tuvo el aumento que cabría esperar después de la legalización de la anticoncepción; en 1.977 era el método moderno más usado y el segundo después del *coitus*

interruptus. El DIU tuvo un aumento significativo en el primer período de análisis (1.977-1.985) al pasar prácticamente de cero a 5 por ciento pero luego el aumento es discreto y en 1.995 lo usan 7 de cada cien mujeres en unión. La esterilización es uno de los métodos que más aumenta el uso en las dos décadas analizadas con la característica de que en 1.995 es casi tan importante la esterilización femenina (12 por ciento) como la masculina (8 por ciento). El *coitus interruptus* o la retirada desciende sustancialmente en el primer período –pasa de 22% a 16%– pero luego, aunque sigue descendiendo, se mantiene por encima de 10 por ciento, lo cual llama la atención si se observa la amplia gama de métodos de que se dispone y de la idea que se tiene acerca de su baja efectividad.

Según estos resultados, en España prácticamente no se usan los inyectables y los implantes subcutáneos que corresponden a los hormonales y tampoco se usa el diafragma. Con bajísima prevalencia y cada vez menor se sitúan los métodos naturales –ritmo, abstinencia periódica, método sintotérmico–.

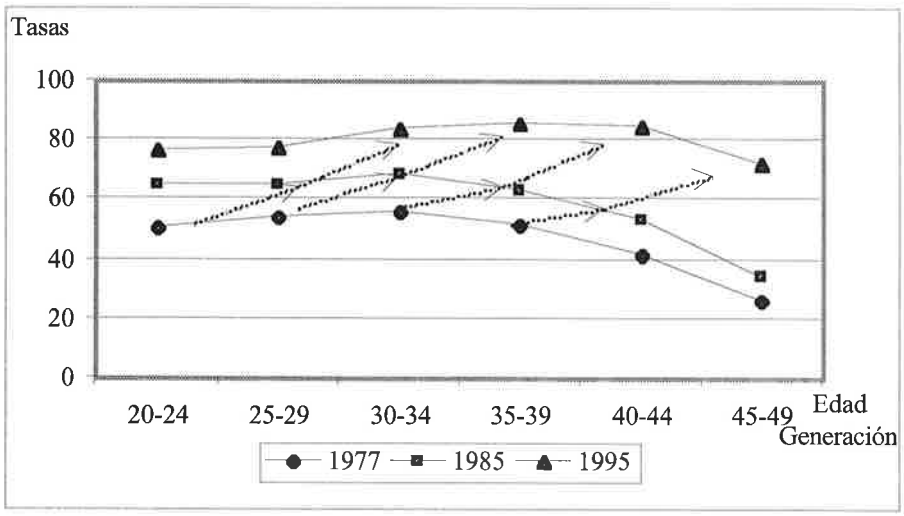
4.1.1.- Anticoncepción por edad de la mujer

La práctica de la anticoncepción tiene diferencias según la edad de los usuarios y en particular se han documentado más los diferenciales por edad de la mujer. En los primeros años del período fértil puede ser menor porque las parejas no conocen los métodos o porque se consideran subfecundas o porque desean tener hijos. Se espera que en las edades centrales el uso sea mayor porque se ha completado el tamaño deseado de familia y se suspende el uso sólo cuando se desea tener un hijo; en estas edades no es frecuente que la mujer se considere estéril, lo que sí sucede en los años finales del período fértil y es una de las razones por las que las mujeres dejan de usar métodos. Los indicadores de prevalencia se refieren a mujeres casadas o unidas, que se consideran expuestas al riesgo de embarazo, sin embargo, en algunos casos, que con frecuencia coinciden con las edades extremas, se argumenta que no se usan métodos por no tener relaciones sexuales frecuentes. En consecuencia se espera que el uso de métodos sea mayor en las edades centrales del período fértil.

En el Gráfico 2 se presentan las tasas de prevalencia por edad según las tres encuestas y se puede ver que en general describen este patrón, tasas ligeramente menores en las jóvenes (20-24 años), incremento en las edades centrales y descenso después de los 40 años. El uso ha

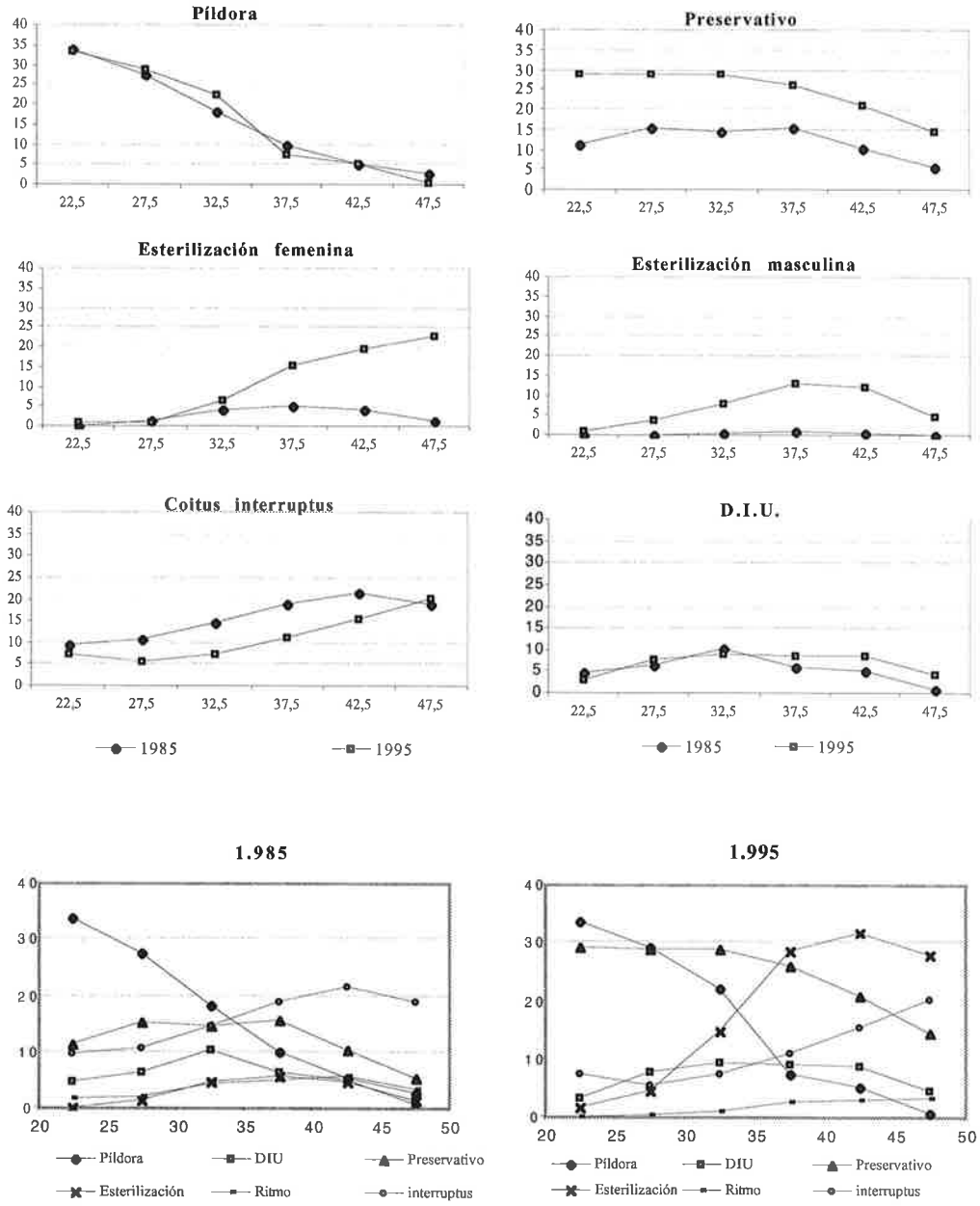
venido en aumento en todas las edades, de manera que actualmente las mujeres que están completando su período fértil en 1.995 usan, a sus 40-49 años, más anticoncepción que las de estas mismas edades, diez o veinte años atrás. Mientras que las mujeres mayores de 40 años en 1977 terminaban su período 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. En consecuencia, el patrón por edad tiene un componente importante asociado al proceso reproductivo pero es mayor el componente de acceso a métodos anticonceptivos el cual ha afectado de manera diferencial a las generaciones, al punto que en 1995 no se observan diferencias sustanciales de las tasas por edad.

Gráfico 2.- Tasas de prevalencia de uso anticonceptivo por edad. España, 1.977 y 1.995.



En el Gráfico 3 se presentan las tasas de prevalencia por edad, para los métodos más usados en España en 1.985 y en 1.995. Se observa que justamente el uso de la píldora disminuye con la edad lo que parece confirmar, que al aumentar los riesgos de usarla en estas edades, las parejas pasan a usar otros métodos más apropiados.

Gráfico 3.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por método, según edad. España, 1.985 y 1.995.



Es el caso de la esterilización, especialmente en 1.995 que aumenta sistemáticamente con la edad de la mujer. En 1.985 no se daba este mismo patrón, en general las tasas eran bajas y las mujeres mayores no optaron por este método, como lo estaban haciendo en ese momento las

que se encontraban en las edades medias del período fértil. Al ser un método irreversible, se acumula su efecto de manera que en 1.995 están las que se habían esterilizado antes de 1.985 más las que se operaron durante el período. La esterilización masculina por su parte es de muy baja prevalencia en 1985 y por consiguiente no muestra diferencias por edad, mientras que en 1995 la prevalencia es mayor y especialmente en los hombres cuya mujer tiene entre 35 y 44 años.

Las tasa de prevalencia de uso de *coitus interruptus* aumenta con la edad de la mujer en ambos años de estudio siendo en general mayor en 1.985 lo cual concuerda con lo esperado en el sentido de que las mujeres mayores conocen y aceptan este método más que las jóvenes y posiblemente no buscan otras opciones, entre otras razones porque se inhiben de abordar estos temas con el personal de salud. El preservativo es el método que presenta mayor diferencia entre los dos períodos analizados lo cual puede explicarse porque el incremento de la transmisión sexual del VIH/SIDA en parejas heterosexuales se consideró importante después de 1.985 y por consiguiente el énfasis de las campañas de prevención hacia la población general –en las cuales uno de los componentes principales es el uso del preservativo– ocurre entre las dos encuestas.

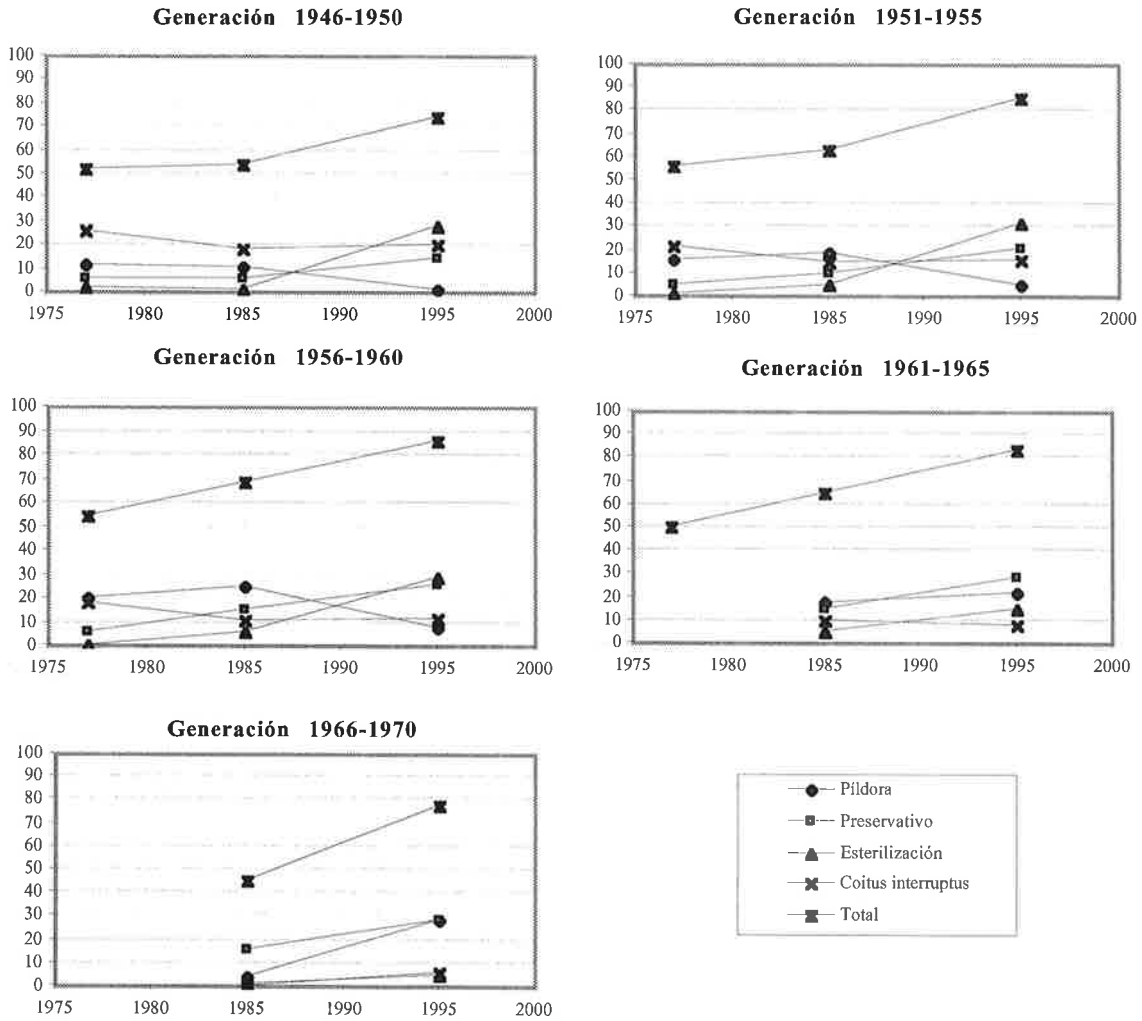
En resumen, según estas encuestas, la píldora y el preservativo son muy usados por las mujeres menores de 35 años y el tercer método es el *coitus interruptus* aunque la prevalencia de este último presenta tendencia al descenso. En las edades mayores el método más usado es la esterilización, sea masculina o femenina, seguida del preservativo y el *coitus interruptus*.

4.1.2.- Anticoncepción por cohorte de nacimiento

La despenalización de la anticoncepción ocurrió cuando las mujeres que tenían 45 a 49 años en 1.995 (nacidas en 1.946-50) estaban en la mitad de su período fértil y por lo tanto vivieron la mitad de éste durante la prohibición y la mitad durante la liberalización. Las demás mujeres encuestadas en este año han vivido –o vivirán– la mayor parte de su vida fértil sin el temor a contravenir normas y disponiendo de más métodos anticonceptivos. En el Gráfico 4 se presentan las tasas de prevalencia por cohorte de nacimiento. Se observa que 58 de cada cien mujeres nacidas en 1.946-50 usaban algún método en 1977, es decir antes de promulgarse la ley, pero el método que más usaban era el *coitus interruptus*. Sin embargo, los métodos que necesitaban algún tipo de suministro –píldora, preservativo, esterilización– eran usados por 20

de cada cien mujeres. Entre 1.985 y 1.995 la tasa total de uso pasó de 63 a 73 por ciento y el método más usado al final de su vida reproductiva era la esterilización femenina, en este lapso, cerca de tres de cada diez mujeres optaron por este método. El *coitus interruptus* –dos de cada diez– pasó a ser el segundo método seguido del preservativo.

Gráfico 4.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por generación y tipo de método España 1.977, 1.985 y 1995.



Las mujeres nacidas entre 1.951 y 1.955 eran más jóvenes que las de la cohorte anterior al momento de la despenalización de la anticoncepción y en ese momento usaban la anticoncepción en proporción similar (59% en 1.977); también usaban el *coitus interruptus* pero con mayor prevalencia de métodos modernos reversibles –píldora 17%, preservativo

6%–. La esterilización, en todo caso no era un método apropiado para su edad en ese momento. Estas mujeres incrementan luego el uso de la píldora, el preservativo y la esterilización. En 1.995, cuando tienen 40-44 años una de cada tres ha optado por la esterilización. Las mujeres nacidas entre 1.956 y 1.960 presentan un patrón similar; al comienzo de su período fértil utilizan el *coitus interruptus* pero también la píldora, luego disminuyen el uso del *coitus interruptus* e incrementan el uso del preservativo, a sus 35-39 años (en 1.995) casi una de cada tres está esterilizada y también una de cada tres usa el preservativo y es la cohorte con mayor prevalencia anticonceptiva en 1.995.

Las cohortes más jóvenes, nacidas en 1961-65 y 1.966-70 han vivido su período fértil sin restricciones legales en el uso de anticonceptivos pero con la presencia de la epidemia del VIH/SIDA. Las del primer grupo usan en mayor medida el preservativo y la píldora sin abandonar el *coitus interruptus* y para 1.995 cuando tienen 30-35 años, 11 de cada cien ya han optado por la esterilización. Las del segundo grupo, que están iniciando su vida sexual activa, basan la anticoncepción en el preservativo y la píldora.

En general todas las cohortes aumentaron el uso de métodos modernos –píldora, otros hormonales, DIU, preservativo, diafragma, esterilización– en el lapso de los veinte años analizado. A medida que las generaciones son más recientes presentan mayores tasas de métodos modernos y menores de métodos tradicionales, en todas las edades, que las generaciones anteriores (Gráfico 5). En resumen las generaciones que iniciaron su vida fértil con restricciones en el uso de métodos, en el curso del tiempo van cambiando los métodos tradicionales por modernos, aunque no llegan a los niveles de las generaciones más jóvenes.

4.1.3.- Anticoncepción femenina y masculina

En los datos revisados hasta ahora se ha observado que en España ha habido un uso importante de *coitus interruptus* y que cuando este método ha disminuido han cobrado importancia otros como el preservativo o la esterilización.

Si estos métodos –*coitus interruptus*, preservativo y esterilización masculina– se agrupan como métodos masculinos, se puede ver que en España la anticoncepción ha tenido y sigue teniendo una participación equitativa por sexo, con tendencia al aumento de la anticoncepción masculina (Gráfico 6) no sólo porque entre 1.985 y 1.995 pasó de representar 48 a 55 por

ciento del total de la anticoncepción sino porque un componente importante es la esterilización que es irreversible.

Gráfico 5.- Tasas de prevalencia anticonceptiva por generaciones, según uso de métodos modernos o tradicionales. España 1.977, 1.985 y 1.995.

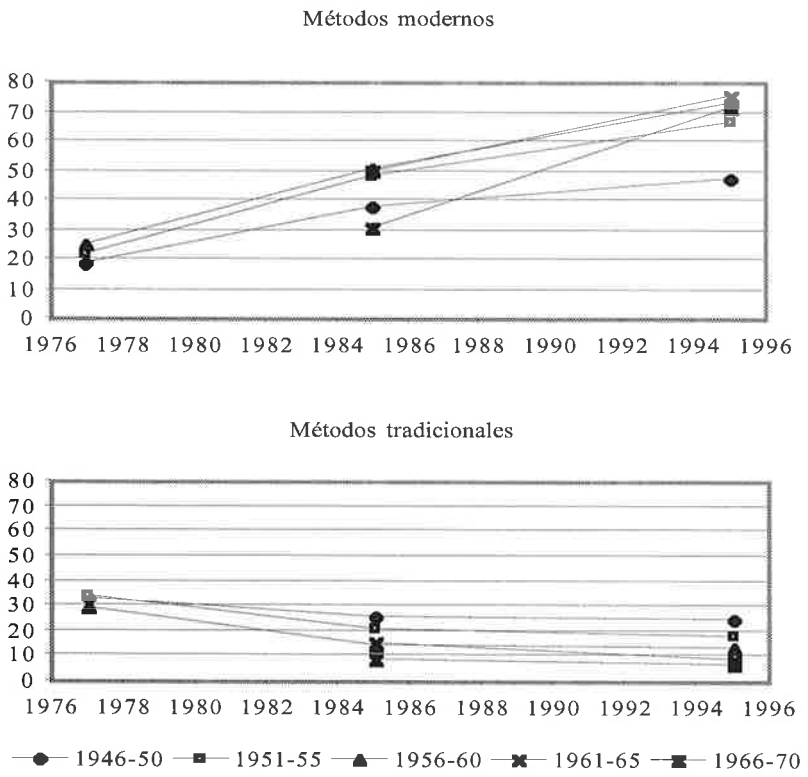
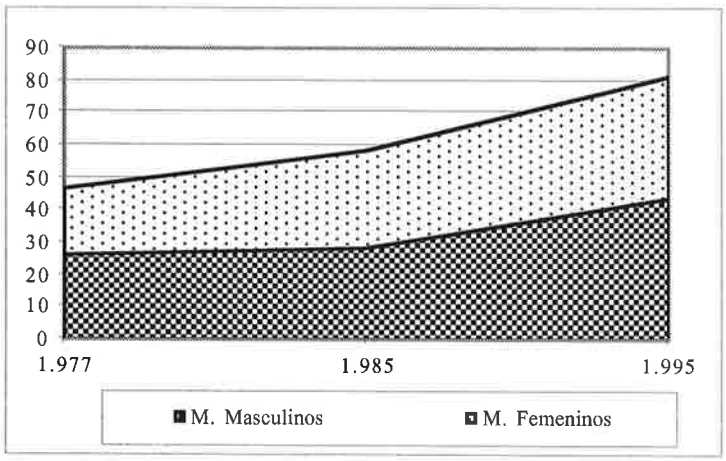
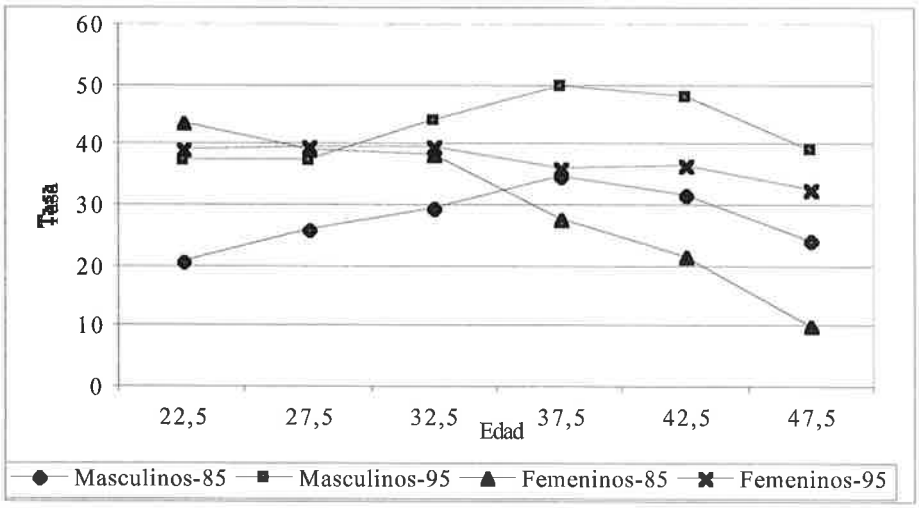


Gráfico 6.- Prevalencia de uso de métodos masculinos y femeninos, mujeres casadas o unidas. España 1.977 y 1.995.



Por edad se observa que en 1.985 los métodos masculinos superan a los femeninos después de los 35 años de edad de la mujer, pero en 1.995 desde los 30 años hay más anticoncepción masculina y en las menores de esta edad la participación por sexo es cercana al 50 por ciento (Gráfico 7).

Gráfico 7.- Prevalencia de métodos masculinos y femeninos por edad. España 1.985 y 1.995.



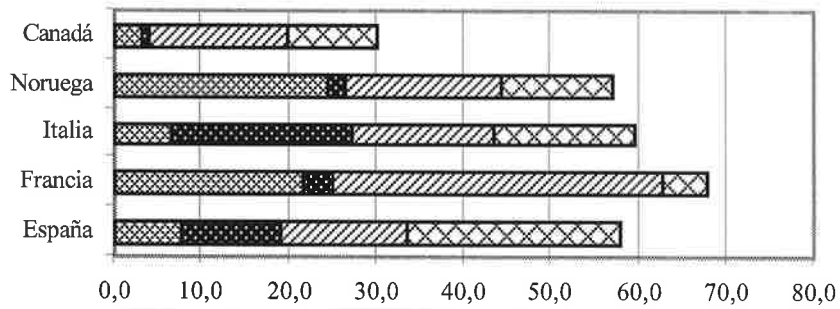
4.2.- La anticoncepción en el contexto internacional

En los países desarrollados se encuentran un rango amplio de variación entre los niveles del Reino Unido o Finlandia que se sitúan por encima de 80 por ciento en comparación con Japón con una tasa de 59 por ciento. En los países en desarrollo el rango es mucho más amplio y va desde aquellos en los que prácticamente no se usa ningún método, como son los casos de Etiopía y Costa de Marfil en África (3%) pasando por Paquistán (12%) en Asia, o Haití (18%) en América, hasta China (83%), la República de Corea (79%), Costa Rica (75%) o Cuba (70%). En este contexto, España con su tasa actual de 81 por ciento se puede considerar como un país de alta prevalencia anticonceptiva, la cual, como se ha visto, se alcanzó básicamente entre 1.985 y 1.995, prevalencia similar a la de Francia y Canadá (ambos países con 80%) y mayor que la de Italia (72%).

Al comparar la composición de la anticoncepción por método se observa que en Francia la mayor parte de la anticoncepción recae en métodos temporales y sólo nueve de cada cien parejas han optado por el uso de esterilización mientras que en Noruega, Italia y España este

método es usado por 15 a 20 por ciento de las parejas y en el otro extremo está Canadá con 33 por ciento. Estos mismos países presentan gran variabilidad en cuanto a los métodos temporales. En España el principal método es el preservativo (24%), en Francia y Canadá, la píldora (38 y 16 por ciento respectivamente), en Italia el *coitus interruptus* (22%) y en Noruega el DIU (25%). El *coitus interruptus* prácticamente no se usa en Canadá ni en Noruega y tiene muy baja frecuencia en Francia. El preservativo es poco usado en Francia a pesar de las campañas internacionales de prevención del VIH/SIDA (Gráfico 8).

Gráfico 8.- Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión, métodos temporales. Países seleccionados, FFS.



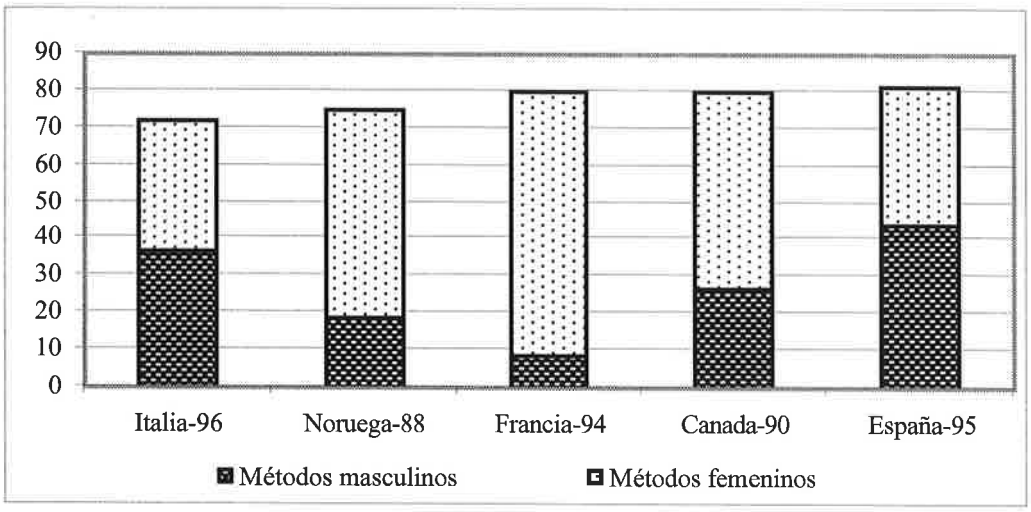
	España	Francia	Italia	Noruega	Canadá
Preservativo	24,4	5,3	16,2	12,6	10,1
Píldora	14,5	37,6	16,1	18,0	16,0
Coitus interruptus	11,3	3,5	20,6	1,8	0,7
D.I.U	7,6	21,5	6,6	24,5	3,2

Este patrón de uso se manifiesta en la distribución de métodos masculinos y femeninos. De los países seleccionados, Francia está en el extremo en el que la anticoncepción recae sobre las mujeres con un 90 por ciento de métodos femeninos y en el otro está España con 45 por ciento. Italia presenta un comportamiento similar a España (Gráfico 9).

En todos estos países que el uso de la píldora desciende con la edad de la mujer especialmente después de los 30 años descenso que es muy marcado en Canadá y Noruega. En Francia también desciende rápidamente pero en todas las edades tiene altas tasas de prevalencia, mayores que las de los demás países (Gráfico 10). En las edades jóvenes España e Italia presentan menor uso de la píldora que se ve compensado con el uso del preservativo y del *coitus interruptus* respectivamente. En Francia y en Noruega el método más usado después de

los 30 años, como alternativa a la píldora, es el DIU.

Gráfico 9.- Prevalencia de métodos masculinos y femeninos en los países seleccionados.

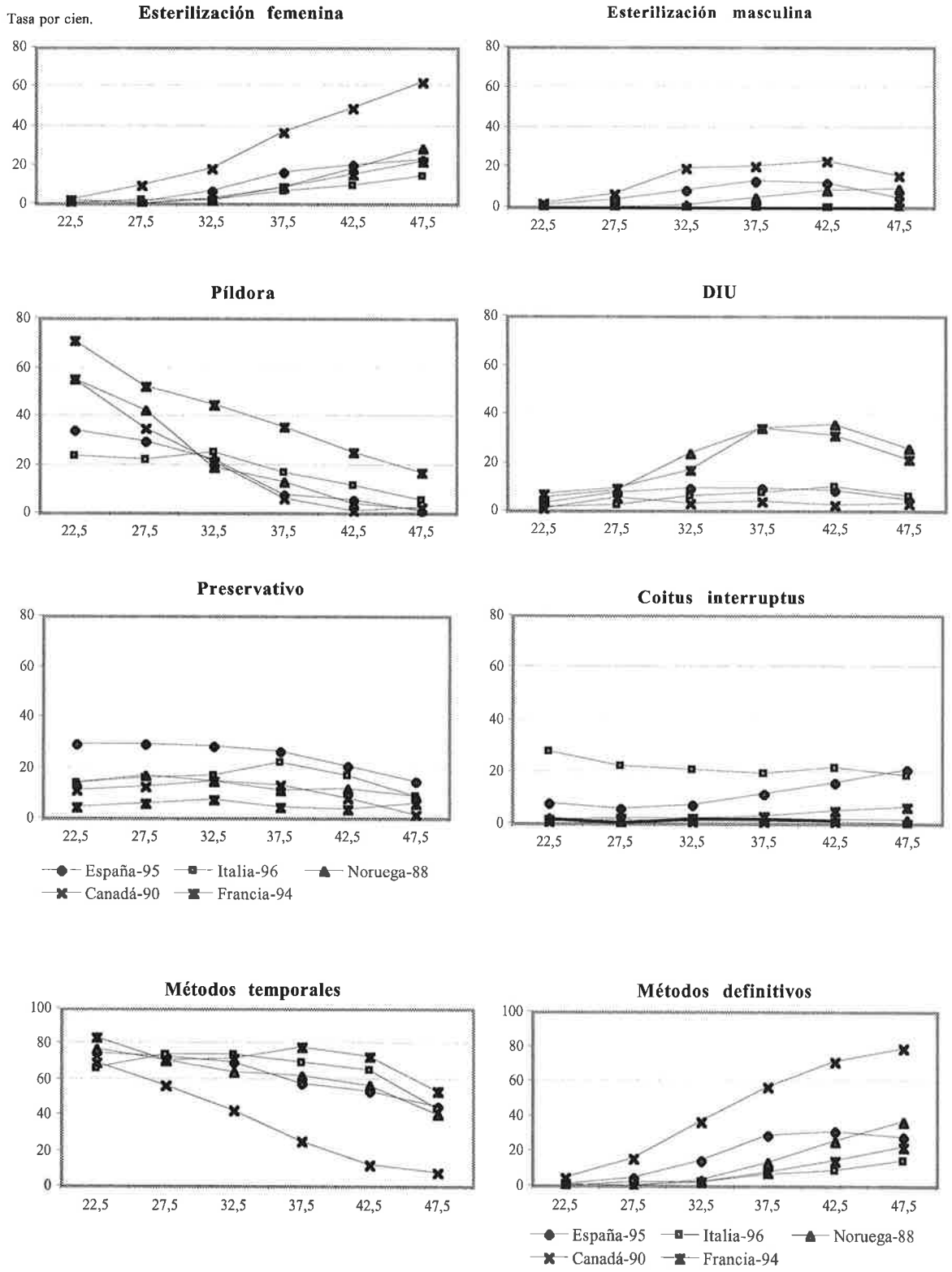


La esterilización, como es de esperarse, aumenta con la edad, pero es en Canadá donde se observan las tasas más altas al punto que al terminar el período fértil, ocho de cada diez parejas han optado por la esterilización quirúrgica de alguno de sus miembros.

4.3.- Dinámica anticonceptiva

España ha llegado a niveles altos de prevalencia de uso de anticonceptivos y resulta de gran interés conocer los aspectos relacionados con la conducta anticonceptiva. Por ejemplo, saber por cuánto tiempo consecutivo se usa un método, cada cuánto se cambia de método, porqué se discontinúa su uso; al decidir cambiar de método, qué criterios pesan en la decisión, es decir porqué se deja un método y qué se busca al elegir otro; si la pareja queda desprotegida mientras ocurre el cambio y por cuánto tiempo; cuáles son los métodos que presentan mayor frecuencia de falla, es decir, que la mujer queda embarazada cuando se considera protegida por un método. La encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995 recoge información para analizar algunos de estos aspectos los cuales se presentan a continuación.

Gráfico 10. Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según la FFS, en mujeres casadas o unidas, por edad, países seleccionados.

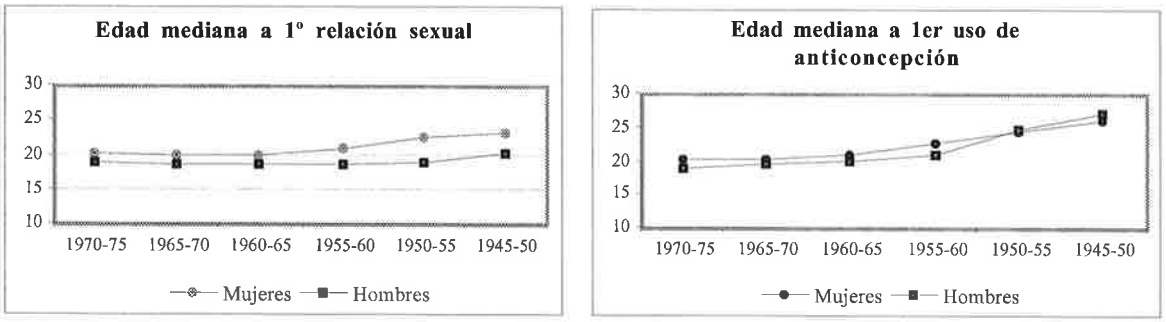


4.3.1.- Edad al inicio de relaciones sexuales y de uso anticonceptivo

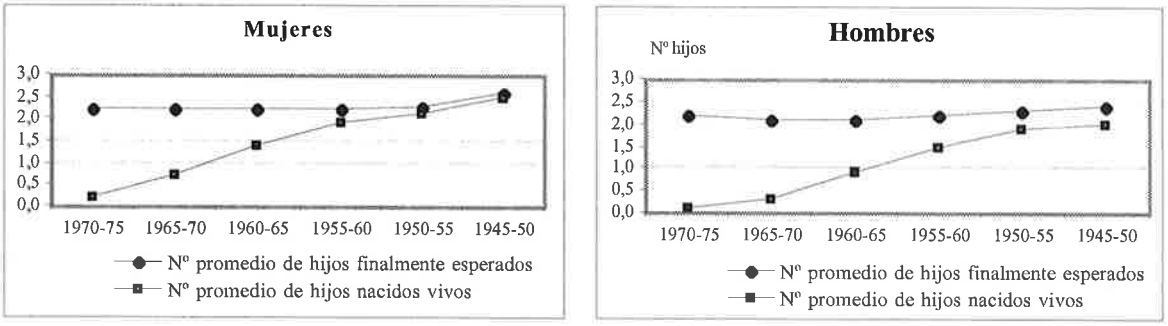
El primer método usado también presenta diferencias entre las distintas cohortes. Las mujeres nacidas en 1946-50 iniciaron su anticoncepción principalmente con el *coitus interruptus* y en menor medida la píldora y el preservativo (Gráfico 11).

Gráfico 11.- Medidas resumen de eventos vitales seleccionados, por cohorte de nacimiento y sexo.

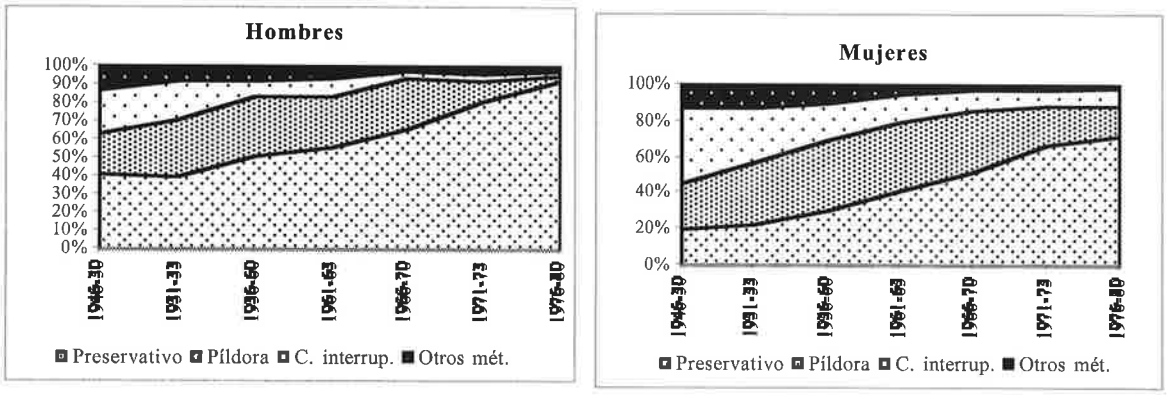
Edad mediana a la primera relación sexual y al primer uso de anticoncepción



Número promedio de hijos esperados y tenidos



Primer método usado por edad al momento de la entrevista



En las cohortes siguientes aumenta el uso de la píldora como primer método anticonceptivo pero también aumenta el uso del preservativo especialmente para las nacidas después de 1.970 que iniciaron su período fértil después de descubierto el VIH/SIDA y sus formas de contagio. Sin embargo en estas cohortes más jóvenes hay todavía una proporción importante –cerca de 10%– que usó el *coitus interruptus* como primer método. En los hombres se observa un panorama distinto; en general mayor uso de preservativo como primer método anticonceptivo, en todas las cohortes y que se compensa con menor uso de píldora y de *coitus interruptus*.

4.3.2.- Razones de discontinuación de métodos

La encuesta recogió información sobre un total de 9.793 segmentos en el caso de las mujeres y 3.683 en los hombres de los cuales, aproximadamente un tercio, en cada caso, son segmentos de uso actual. En el Cuadro 2 se presenta la distribución porcentual de los segmentos para cada método según razón de discontinuación.

Cuadro 2.- Distribución porcentual de los segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. España, 1.995.

Razón de discontinuación	Píldora	DIU	Inyecc.	Diafrag.	Preserv.	Abst. periódica	*Coitus interrup.*	Otros mét.	Total
Hombres									
Método falló	4,4	8,6	0,0	19,0	5,9	17,5	21,5	0,0	7,8
Deseaba un hijo	47,1	24,1	61,5	28,6	49,7	60,0	55,9	40,0	47,7
Cónyuge desaprueba	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	20,0	0,4
Efectos secundarios	10,7	4,9	15,4	9,5	0,7	0,0	0,0	0,0	4,2
Problemas de salud	14,5	6,2	0,0	0,0	1,3	0,0	1,6	20,0	5,8
Deseaba otro método	7,2	16,7	0,0	9,5	17,9	10,0	9,8	0,0	13,1
Inconveniente de uso	0,3	1,2	0,0	4,8	3,5	2,5	0,4	0,0	1,9
No rel. Sexuales	8,6	16,7	7,7	23,8	13,6	0,0	4,7	0,0	11,0
Otra razón	6,4	21,6	15,4	4,8	7,3	10,0	6,3	20,0	8,1
	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Mujeres									
Método falló	5,2	5,6	5,8	4,3	12,9	31,1	26,4	27,3	12,1
Deseaba un hijo	45,4	44,1	32,7	46,8	42,3	47,5	49,0	22,7	44,8
Cónyuge desaprueba	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,6	0,3	0,0	0,2
Efectos secundarios	12,4	12,9	17,3	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	6,3
Problemas de salud	17,2	18,2	17,3	6,4	2,4	1,1	1,6	13,6	9,7
Deseaba otro método	6,9	6,5	13,5	14,9	23,2	10,2	15,4	13,6	13,3
Inconveniente de uso	0,6	0,8	1,9	19,1	4,3	0,6	1,3	9,1	2,0
No rel. Sexuales	6,2	4,7	3,8	2,1	10,3	1,7	3,1	0,0	6,4
Otra razón	5,8	7,1	7,7	4,3	4,1	7,3	2,9	13,6	5,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Se puede observar que los argumentos que dan hombres y mujeres para discontinuar los métodos son similares. La principal razón de discontinuación, tanto en hombres como en

mujeres y para todos los métodos, es querer tener un hijo y representa casi la mitad de las discontinuaciones (46% en hombres y 43% en mujeres). La segunda razón es que se deseaba otro método (puede ser por otro más eficaz, más fácil de usar, con menos efectos secundarios u otro motivo) y la tercera, que el método falló.

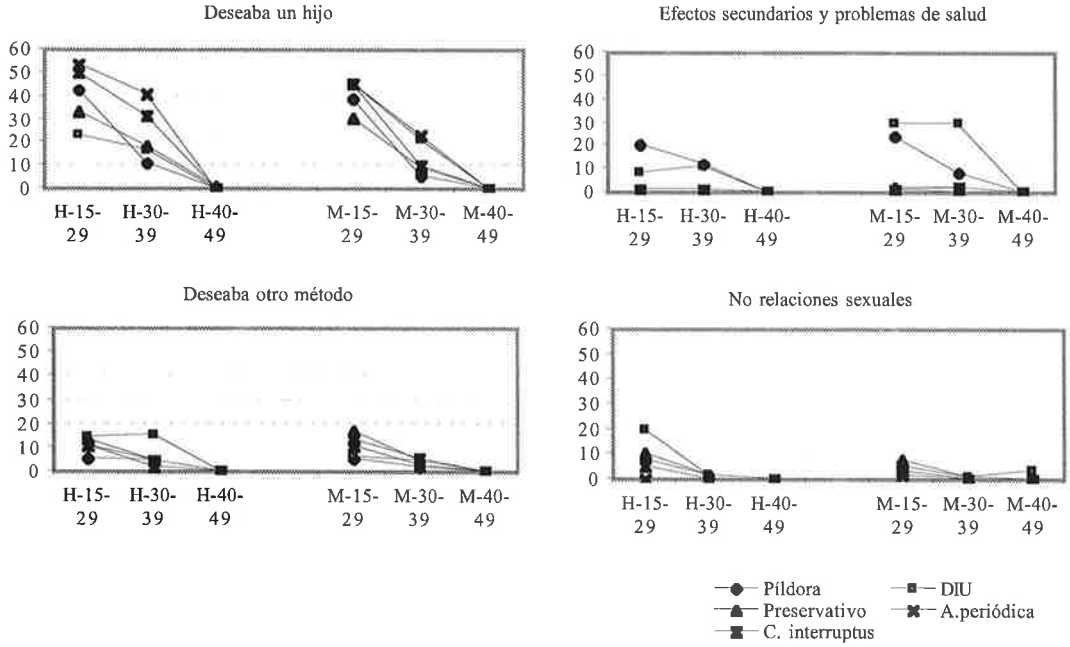
En el caso de la falla del método se observan mayores discrepancias en la información suministrada por los dos sexos; mientras los hombres atribuyen 8 de cada cien discontinuaciones a esta causa, las mujeres lo hacen en 13 de cada cien. Los métodos en los que más difiere la información son las inyecciones, el diafragma, el preservativo y la abstinencia periódica. Los problemas de salud y los efectos secundarios o colaterales son razones más frecuentes para discontinuar el uso de la píldora, el DIU y las inyecciones; constituyen un tercio de las discontinuaciones de estos métodos. En el caso del preservativo, además de lo relacionado con embarazo –quería tener un hijo y el método falló– otras razones importantes son que se desea otro método o que no se tienen relaciones sexuales.

4.3.3.- Tasas de discontinuación

La tasa bruta de discontinuación indica la frecuencia con que se discontinúa el uso por una determinada razón para un cierto método en relación con el número de segmentos que se iniciaron. Se analizarán las tasas por edad y sexo especialmente cuando el método falla. En el Gráfico 12 se presentan estas tasas para los métodos de mayor prevalencia en España, según el sexo y la edad a la que se inició el uso.

Como ya se vio, la principal razón para dejar de usar un método, es que se desea tener un hijo, lo cual puede considerarse favorable con respecto a la eficacia de la planificación familiar. Esta razón disminuye con la edad de inicio de los métodos, resultado lógico si se tiene en cuenta que la mayor parte de los nacimientos ocurren en las edades centrales del período fértil. Los métodos que más diferencia ofrecen por sexo son la abstinencia periódica y el DIU; según las mujeres, 44 de cada cien segmentos de uso del DIU iniciados antes de los 30 años de edad fueron discontinuados para quedar embarazada, en tanto que los hombres le atribuyen solo 22 por ciento. Con la abstinencia periódica pasa lo contrario aunque las diferencias son menores.

Gráfico 12.- Tasas brutas de discontinuación, según razón de discontinuación, por edad y sexo.



Los efectos secundarios y los problemas de salud son las principales razones para discontinuar el DIU y la píldora; según las mujeres 30 de cada cien segmentos iniciados antes de los 40 años se suspenden por esta razón. El preservativo, la abstinencia periódica y el *coitus interruptus* presentan tasas cercanas a cero lo que concuerda con las características de estos métodos.

En comparación con las razones de mayor frecuencia mencionadas, el desear otro método ofrece tasas menores, que varían entre 5 y 14 por ciento de los segmentos iniciados con algunas diferencias según que el informante sea hombre o mujer. En cuanto a suspender un método por no tener relaciones sexuales, las tasas también son muy bajas excepto en el caso del DIU, según lo informado por los hombres aunque no parece ser razón importante en las mujeres.

4.3.4.- Tasas de falla

Las tasas de falla de los métodos son un elemento importante de análisis para los programas de planificación familiar porque su consecuencia lógica es un embarazo no planeado y en muchos

casos no deseado. En los capítulos anteriores se ha visto que la mayoría de los métodos son eficientes en condiciones teóricas de uso, pero en condiciones reales se presentan mayores fallas por no usarse el método en forma correcta. La información proporcionada por la encuesta puede considerarse de uso de métodos en condiciones reales y que no sólo recoge el fallo del método en sí mismo, sino también los errores cometidos por los usuarios, elementos ambos importantes en el mejoramiento de los programas.

Según la información proporcionada por los hombres, se han presentado fallas en 5 de cada cien segmentos iniciados, mientras que de la información suministrada por las mujeres se deduce una tasa sensiblemente más alta (9 por ciento). La mujer tendrá más certeza de que se ha producido una falla y es posible que no siempre se lo comunique a su cónyuge o compañero. Las tasas de falla presentan un descenso a medida que aumenta la edad, es de 10 por ciento en segmentos iniciados antes de los 30 años, se reduce a la mitad en 30-39 años y prácticamente no hay fallas después de los 40 años. La abstinencia periódica ha fallado en uno de cada cuatro segmentos y el *coitus interruptus* en uno de cada cinco siendo los métodos con las mayores tasas. De los métodos considerados eficaces, el que presenta mayor frecuencia de fallas es el preservativo (8 de cada cien segmentos iniciados) y aunque la píldora tiene la menor tasa, es de 4 fallas en cien segmentos.

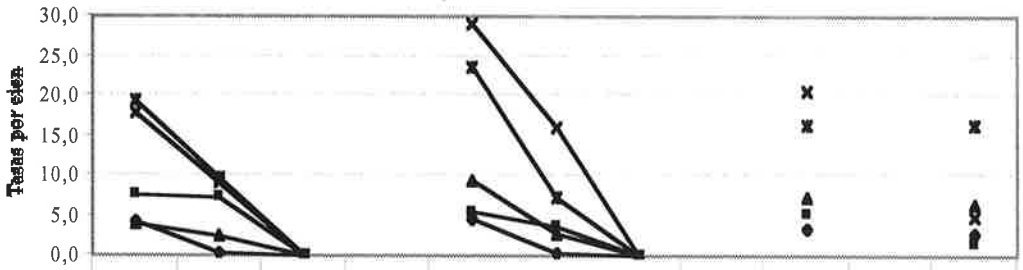
En el Gráfico 13 se observan estas tasas por edad de la usuaria o usuario al inicio de uso; según los hombres la mayor tasa de fallas corresponde al *coitus interruptus* seguida de la abstinencia periódica y según las mujeres, estos mismos métodos son los que más fallan en todas las edades, pero ellas consideran que falla más la abstinencia periódica. Según las mujeres, el DIU y el diafragma tienen tasas de falla similares, alrededor de 5 por ciento en los segmentos iniciados con este método en los menores de 40 años.

4.3.5.- Secuencia de uso o cambio hacia otros métodos

La encuesta recoge la secuencia de uso de los métodos utilizados por tres meses o más; si se ha utilizado el mismo método más de una vez, por ejemplo, antes y después de un embarazo, se anota la información por separado. Para el análisis se compara el método anterior con el siguiente que, en consecuencia puede ser el mismo. La esterilización, sea del entrevistado o de su cónyuge, representan menos de 9 por ciento de los cambios de método observados, que se

explica por su carácter irreversible, figuran sólo una vez, –cuando son elegidos como opción de planificación familiar– mientras que los métodos temporales pueden estar varias veces en cada entrevistado.

Gráfico 13.- Tasas brutas de discontinuación por falla del método, por edad al inicio del segmento, sexo y método. España, 1.995.



	H 15-29	H30-39	H 40-49	M 15-29	M 30-39	M 40-49	España (mujeres)	Ind. Pearl
Píldora	4,2	0,4	0,0	4,6	0,3	0,0	3,4	2,7
DIU	7,6	7,4	0,0	5,6	3,7	0,0	5,2	1,5
Preservativo	3,9	2,3	0,0	9,3	2,7	0,0	7,4	6,5
A. Periódica	17,9	9,1	0,0	29,1	16,2	0,0	20,7	4,7
C. Interruptus	19,3	9,7	0,0	23,6	7,4	0,0	16,5	16,5

En la decisión de cambiar puede intervenir la necesidad de un método con más ventajas que el anterior. Sin embargo en una buena proporción de discontinuaciones (47 por ciento en los hombres y 40 en las mujeres) se vuelve a usar el mismo método (Cuadro 3). El que más se retoma es el preservativo (23 por ciento según los hombres y 14 por ciento según las mujeres) seguido de la píldora (12 por ciento en ambos casos) y del retiro (8 y 11 por ciento respectivamente). Los métodos alternativos más frecuentes para la píldora son el preservativo y el DIU; a su vez para el preservativo son la píldora y el DIU. Para el *coitus interruptus*, los métodos alternativos son la píldora y el preservativo, sin embargo en más de la mitad de las discontinuaciones del *coitus interruptus*, este método se usa de nuevo.

Cuadro 3.- Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior. España, 1.955.

	Método posterior										
Método anteri	Esterilización							Abst.	*Coitus*	Otros	
Hombre	Entrevistad	Cónyuge	Píldora	DIU	Inyecci	Diafragı	eservativo	periódica	*terruptus*	métodos	Total
Píldora	1,5	1,7	12,3	3,5	0,2	0,5	10,5	0,6	1,9	0,1	**32,8**
DIU	0,5	0,4	1,0	1,8	0,2	0,0	1,4	0,1	0,3	0,0	**5,8**
Inyecciones	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	**0,7**
Diafragma	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	**0,8**
Preservativo	1,6	1,7	12,7	2,6	0,1	0,3	23,3	0,4	1,8	0,1	**44,5**
Abst. periódica	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	1,3	0,0	0,0	**2,1**
Coitus interrupt	0,5	0,5	2,0	0,5	0,0	0,0	1,7	0,1	7,7	0,1	**13,1**
Otros métodos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	**0,1**
Total	**4,2**	**4,5**	**28,9**	**8,6**	**0,9**	**1,1**	**37,0**	**2,6**	**11,8**	**0,4**	**100,0**
Mujer											
Píldora	1,6	1,1	12,6	4,1	0,4	0,5	10,4	1,2	3,6	0,3	**35,8**
DIU	0,6	0,4	0,9	1,3	0,1	0,2	1,5	0,2	0,9	0,1	**6,2**
Inyecciones	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	**1,1**
Diafragma	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	**1,0**
Preservativo	1,0	1,5	11,1	1,9	0,3	0,3	13,6	0,6	1,3	0,1	**31,7**
Abst. periódica	0,1	0,2	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5	1,7	0,2	0,0	**3,5**
Coitus interrupt	1,0	0,7	4,5	1,2	0,2	0,1	1,7	0,2	10,5	0,1	**20,2**
Otros métodos	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	**0,6**
Total	**4,5**	**4,2**	**30,0**	**9,2**	**1,3**	**1,3**	**28,4**	**3,9**	**16,6**	**0,6**	**100,0**

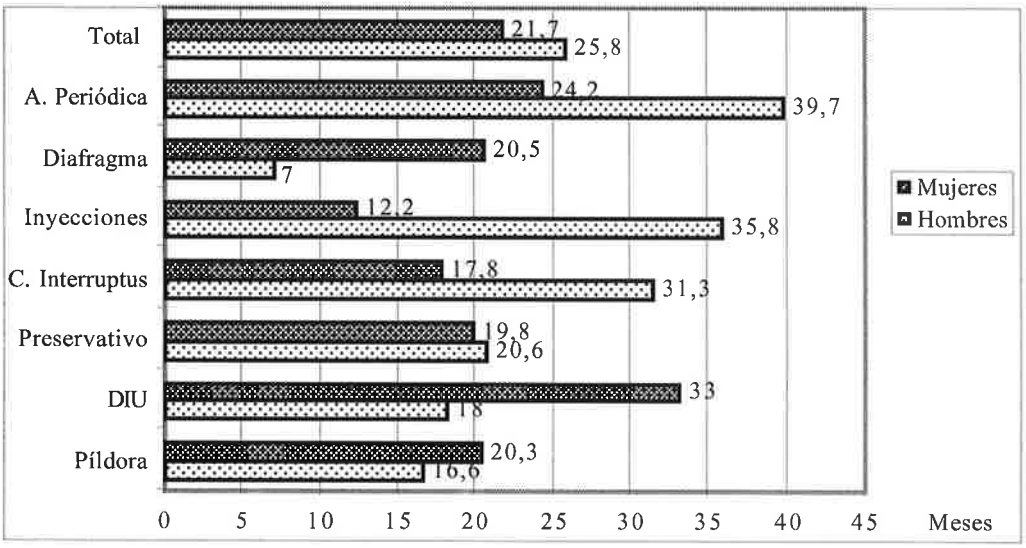
4.3.6.- Duración de los segmentos de uso

La posibilidad de disponer de una amplia gama de métodos anticonceptivos permite a las parejas experimentar distintas posibilidades y seleccionar el método que más convenga. Sin embargo, es difícil plantear un posible patrón de duración de uso para cada método por cuanto, el tiempo que una pareja dura usando un método depende de muchas circunstancias. Por ejemplo, si es para espaciar los nacimientos o para limitar el tamaño de la familia; de si le resulta incómodo de usar o le produce efectos colaterales, de si no hay problemas en el suministro permanente. También depende de las características del método; el DIU y los implantes subcutáneos, están diseñados para dar protección por varios años y requieren de intervención del personal de salud para discontinuar el uso, lo cual puede tener un efecto en la prolongación de la duración.

La duración mediana de los segmentos es de cerca de dos años (23.5 meses) siendo ligeramente menor la reportada por las mujeres (Gráfico 14). De la información suministrada por ellas se observa que el DIU es el que se usa por períodos más largos (33 meses) y en segundo lugar está la abstinencia periódica (24 meses). La píldora, el preservativo y el diafragma se usan por períodos un poco más cortos, seguidos del *coitus interruptus* (alrededor

de 20 meses); el método de menor duración es la inyección.

Gráfico 14.- Duración mediana en meses de los segmentos, por sexo, según método. España, 1.995.



El patrón de duración dado por los hombres es completamente diferente: el uso más prolongado corresponde a la abstinencia periódica, seguido de las inyecciones y del *coitus interruptus* (con una duración superior a 30 meses, siendo casi el doble de lo reportado por las mujeres). Por el contrario, el DIU se sitúa en menos de 20 meses de uso. El método en el que hay menor diferencia entre hombres y mujeres –sin tener en cuenta la edad- es en el preservativo (cerca de 20 meses).

En el Cuadro 4 se presenta la duración mediana de los segmentos de uso para cada método según la edad al momento de la entrevista que combinada con el número de orden del segmento permite ver el comportamiento según las generaciones

La píldora es el método que presenta duraciones más homogéneas por edad y sexo, con tendencia a disminuir a medida que aumenta el número de orden del segmento, los primeros segmentos están entre 20 y 24 meses y los últimos oscilan entre 10 y 15 meses de duración. Es un resultado lógico si se piensa que este método no se recomienda para edades. Esta tendencia se observa en hombres y en mujeres. En el DIU en cambio hay mayor variación en la duración mediana reportada por sexo que oscila entre 7 y 62 meses según los hombres y entre 17 y 52 según las mujeres. Esto puede deberse a que hay menor uso de DIU con lo cual se dispone de

menor número de casos al clasificar por edad sexo y orden del segmento. En líneas generales se puede decir que la duración describe una curva, los primeros segmentos de uso son más cortos, aumenta en el tercero y cuarto, luego disminuye en el quinto y sexto, lo cual concordaría con lo que se podría esperar para una población de baja fecundidad.

Cuadro 4.- Duración mediana de los segmentos por edad al momento de la entrevista y sexo, según número de orden del segmento y método. España, 1.995.

		Nº de orden del segmento					
Píldora		**1,0**	**2,0**	**3,0**	**4,0**	**5,0**	**6,0**
Hombres	15-29	19,0	11,5	12,0	7,5	5,0	6,0
	30-39	24,0	25,0	25,0	6,0	18,0	13,0
	40-49	23,0	21,5	35,0	24,0	18,0	6,0
Mujeres	15-29	19,5	24,0	24,0	18,0	8,0	9,0
	30-39	24,0	23,0	27,0	24,0	17,0	24,0
	40-49	22,5	23,0	24,0	23,0	13,5	18,0
DIU							
Hombres	15-29	--	--	--	--	--	--
	30-39	12,0	23,5	28,0	42,5	31,0	--
	40-49	62,0	15,5	36,0	7,0	38,5	--
Mujeres	15-29	25,0	24,0	39,5	34,0	25,0	16,0
	30-39	30,0	36,0	31,0	32,0	17,0	34,0
	40-49	32,5	26,5	52,0	65,0	27,0	48,0
Preservativo							
Hombres	15-29	9,5	5,0	10,5	4,5	4,0	2,0
	30-39	23,0	23,0	17,0	8,0	13,0	--
	40-49	22,0	29,0	49,0	51,0	24,0	60,0
Mujeres	15-29	19,0	12,0	12,5	9,0	19,0	3,0
	30-39	24,0	24,0	21,0	18,0	19,0	8,0
	40-49	23,5	26,0	35,0	33,0	30,0	20,0
Coitus interruptus							
Hombres	15-29	25,5	35,0	29,0	--	--	--
	30-39	15,5	43,0	45,5	7,0	25,0	43,0
	40-49	18,0	41,0	33,0	32,0	44,0	38,0
Mujeres	15-29	12,0	8,0	20,5	9,0	8,0	8,5
	30-39	18,5	30,0	15,0	18,0	6,5	6,0
	40-49	21,0	38,5	24,0	30,0	26,0	21,5
Inyecciones							
Mujeres	15-29	18,0	6,0	3,0	6,0	--	--
	30-39	9,5	18,0	9,0	--	6,0	--
	40-49	6,0	22,0	9,0	9,5	53,5	--
Diafragma							
Mujeres	15-29	6,0	21,0	6,0	8,0	11,0	--
	30-39	41,0	40,0	24,0	10,0	--	--
	40-49	10,0	6,0	81,0	--	6,0	--
Abstinencia periódica							
Mujeres	15-29	7,5	21,0	--	--	--	--
	30-39	12,5	12,5	22,5	32,0	--	--
	40-49	14,5	26,0	33,5	35,0	15,0	--

(--) Número insuficiente de casos

En el caso del preservativo, los menores de 30 años reportan duraciones menores en todos los segmentos, en nivel intermedio están los de 30-39 y mayor duración los de 40-49 años. En general los hombres informan segmentos de mayor duración que las mujeres; también se observa una suave tendencia a disminuir a medida que aumenta el orden del segmento. El coitus interruptus muestra segmentos mayores en hombres y con tendencia a aumentar según orden del segmento, mientras que en mujeres además de informar sobre segmentos más cortos, muestran tendencia a disminuir en los de orden alto.

5.- Conclusiones

El uso de métodos anticonceptivos en España, entre 1.977.–año en que aún estaban prohibidos y en que se realiza la primera encuesta comparable– y 1.995 se incrementó en un 72 por ciento. La tasa de prevalencia pasó de 47 por cada cien mujeres casadas o en unión, que usaban algún método a 81 por ciento. Aunque la despenalización de los anticonceptivos ocurrió en 1.977, el mayor aumento se dio entre 1.985 y 1.995 y no en el decenio anterior como sería de esperar.

Según la encuestas de Fecundidad y Familia realizadas en diferentes países hacia 1.995, la tasa de España, fue similar a la de Francia o Canadá y superior a la de Italia o Noruega. Si bien las encuestas de estos países tienen los mismos lineamientos metodológicos, el hecho de que en España –e Italia– tengan mayor prevalencia métodos de fácil discontinuación, como el retiro y el preservativo, puede repercutir en una subestimación de la tasa total. En España, hasta ahora, se recurre más que otros países a estos métodos temporales 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, este patrón de comportamiento tiene grandes ventajas por el nivel de uso actual de preservativo y por la posibilidad de que las parejas que usan el retiro opten con cierta facilidad por el preservativo. No es así de fácil cuando se usan píldoras, DIU o 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.

La principal razón por la que las parejas españolas dejan de usar los métodos es porque quieren tener un hijo (44 por ciento de las discontinuaciones). Los problemas de salud y los

efectos colaterales en conjunto representan otro 16 por ciento de las discontinuaciones, lo cual puede indicar que se ha elegido un método no apropiado para la usuaria y que se requiere de mayor orientación. Otra razón importante –tanto por la frecuencia como por las consecuencias– es que el método ha fallado, 13 por ciento. Hay métodos, como el DIU, diseñados para dar protección anticonceptiva por períodos largos, alrededor de cinco años, sin embargo el uso real en España, al igual que en otros países, es de cerca de tres años. Los otros métodos temporales se usan por períodos cercanos al año y medio.

La tasa prevalencia de uso actual reportada por los hombres casados o en unión es bastante similar a la de las mujeres casadas o en unión. Se encuentran diferencias en las razones por las que se discontinúan los métodos y en la duración de los segmentos de uso. Mientras que los hombres atribuyen 8 de cada cien discontinuaciones a la falla del método, las mujeres lo hacen en 13 de cada cien; por otra parte los hombres informan segmentos de uso más prolongados (duración mediana de 26 meses)que las mujeres (22 meses). Las mayores diferencias por sexo en estos dos indicadores se presentan en el DIU, la abstinencia periódica y el coitus interruptus. Estos resultados son importantes por cuanto se tiene la idea de que la información suministrada por los hombres en estos temas es deficiente; lo que aquí se muestra es que su comportamiento y su grado de participación en la anticoncepción es diferente.

Bibliografía

DEXEUS S., FARRÉ J.M. (1994) "La mujer. Su cuerpo y su mente. Guía de Psicología, Sexualidad y Ginecología Madrid, pág. 238.

DEXEUS S., PARERA N. (1999) "Perfil de la usuaria de los métodos contraceptivos" *Memorias del XII Simposio de la Sociedad Catalana de Anticoncepción.* Barcelona, marzo.

DE SANDRE P., ONGARO F., RETTAROLI R., SALVINI S., (1.988) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Italy" INE -UNITED NATIONS New York and Geneve.

DELGADO M., CASTRO T. (1.999) " Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Spain1.995 (FFS) -UNITED NATIONS New York and Geneve.

DÍEZ J., DE MIGUEL J. (1981) "Control de natalidad en España. Libros de confrontación. *Sociología 11.* Editorial Fontanella. Barcelona , pág. 31.

FPFE (FPFE-1999) "Los derechos sexuales y reproductivos y las mujeres. Campaña de sensibilización Cara a Cara. Febrero, pág. 26.

INE (1.978) " Encuesta de Fecundidad.1.977. Metodología y Resultados" Madrid.

INE (1.987) " Encuesta de Fecundidad.1.985.Tomo I" Madrid.

NIKANDER T. (1.988) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Finland" POPULATION STATISTICS -UNITED NATIONS New York and Geneve.

NOACK T., OSTBY L. (1.996) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Norway" INE -UNITED NATIONS New York and Geneve.

OJEDA G. (1.997) "Dinámica Anticonceptiva. Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla. Colombia ENDS 1.995" PROFAMILIA-UNFPA Bogotá.

ORDÓÑEZ M. (1.992) "La necesidad insatisfecha y la demanda total de planificación familiar en Colombia, 1.990" DHS-CELADE. Santiago de Chile.

ORDÓÑEZ M. (1.994) " La Dinámica Anticonceptiva en Colombia Discontinuación del uso de métodos anticonceptivos, cambios y tasas de falla. *Seminario sobre la dinámica anticonceptiva en América Latina*". Macro International Inc. Calverton, Maryland USA.

TOULEMON L., GUIBERT-LANTOINE C. (1.998) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, France" INE -UNITED NATIONS New York and Geneve.

WESTOFF C. (1.988) "La demanda potencial de planificación familiar. Nuevo cómputo de la necesidad insatisfecha y estimaciones para cinco países latinoamericanos" en *Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar.* Número especial de 1.988.

ZHENG W. (1.999) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Canada" INE -UNITED NATIONS New York and Geneve.

ZVIDRINS P., EZERA L., GREITANS A. (1.998) "Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. *Standard Country Report*, Latvia" U. DE LATVIA -UNITED NATIONS New York and Geneve.