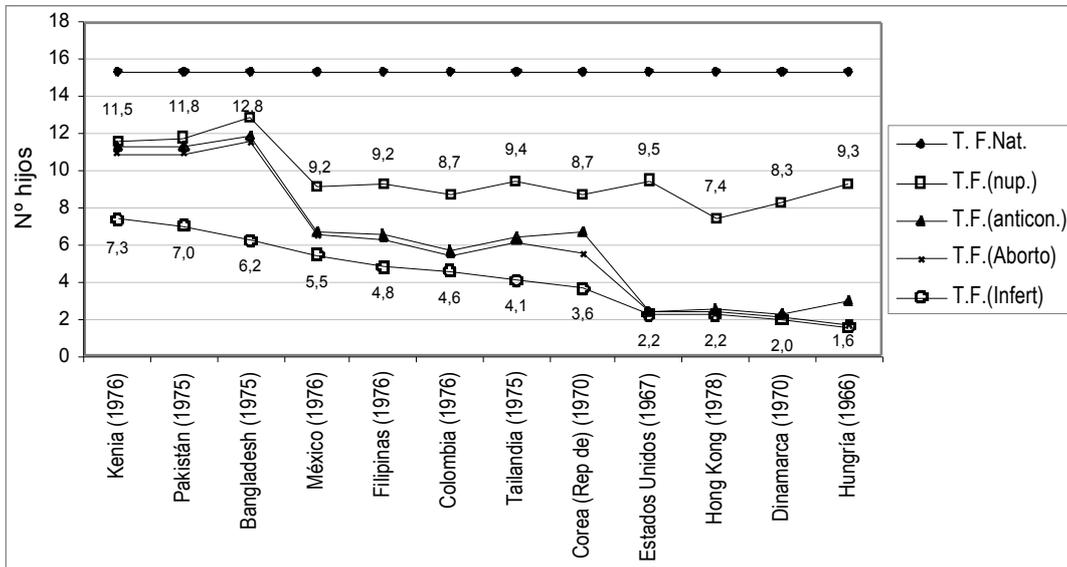


## CAMBIOS EN LA IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS VARIABLES

Para ilustrar la importancia relativa de los determinantes próximos de la fecundidad se retomaron los indicadores estimados por Bongaarts<sup>186</sup> (ver Anexo 2) y se calcularon las tasas de fecundidad que tendría cada país al actuar los determinantes (Gráfico II.1). En los países seleccionados hay de alta, media y baja fecundidad y están ordenados según la magnitud de la tasa. Se puede observar que países de alta fecundidad –Kenia, Paquistán o Bangladesh con cerca de 7 hijos por mujer– el efecto reductor recae en la infecundabilidad postparto, medido básicamente por la duración de la lactancia (entre 50 y 60 por ciento de la diferencia entre la fecundidad natural y la observada) y en segundo lugar en el patrón de nupcialidad (40%). En los de baja fecundidad, –Estados Unidos, Hungría o Dinamarca, en torno a 2 hijos por mujer– el efecto reductor proviene de la anticoncepción y del patrón de nupcialidad con similar importancia; estos dos factores explican 98 por ciento de la reducción. En los países con fecundidad en transición, como es el caso de Colombia y México en la década del setenta, la diferencia entre la fecundidad natural y la observada se explica por el patrón de nupcialidad (más o menos 60%), seguida del uso de contraceptivos (30%) y con menor participación, la infecundabilidad postparto asociada con la lactancia (8%) y el aborto (2%).

Las diferentes rondas de encuestas sobre fecundidad, prevalencia de uso de anticonceptivos y de demografía y salud han permitido refinar varios de los indicadores del modelo; sin embargo lo concerniente al aborto sigue siendo deficiente en su medición y por lo tanto no permite sacar conclusiones al respecto. Nada se sabe de la tendencia en la frecuencia de aborto en las poblaciones. Se puede esperar que a mayor nivel de uso anticonceptivo se reduzca la frecuencia de aborto por disminución de embarazos no deseados o no planeados. También se puede esperar que el aborto aumente en la medida en que a mayor racionalidad en las decisiones reproductivas, menor nivel de aceptación tendrá un embarazo no deseado o no planeado. Podría esperarse por otra parte, que al aumentar el peso relativo del aborto en la reducción de la fecundidad, disminuya la del patrón de nupcialidad, en el supuesto de que a aquel recurran más las jóvenes solteras. En este ejemplo, países como Hungría y la República de Corea presentan un 10 por ciento de la reducción debida a esta variable lo cual es más o menos 1.3 hijos por mujer.

**Gráfico II.1 Aplicación del modelo de Bongaarts para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad**



Fuente: Cálculos realizados para el presente trabajo con base en Cuadro VI.6.1. PROLAP "Demografía II" Carlos Welti editor. CELADE-THE JOHN AND CATHERINE MACARTHUR FOUNDATION-UNAM. Pag 101

El demógrafo Van de Kaa<sup>187</sup> (1.997) en una revisión de cincuenta años de investigación sobre los factores determinantes de la fecundidad, presenta la siguiente síntesis de los estudios sobre los determinantes próximos:

- aún en los regímenes de fecundidad natural, la fecundidad total siempre será sustancialmente inferior a la fertilidad total, la que se ha estimado del orden de 15 hijos por mujer;
- en los casos en que la fecundidad es "natural", sus determinantes próximos más importantes son 'exposición al riesgo' es decir, el tiempo transcurrido en unión o matrimonio, y la infertilidad asociada a la lactancia. Solamente estos dos factores pueden explicar que la fecundidad total sea inferior a la mitad de la fertilidad total;
- la diferencia entre la fertilidad total y la fecundidad marital natural total puede atribuirse normalmente al efecto de la lactancia sobre la fecundidad y se correlaciona positivamente con el índice de no-anticoncepción;
- el control deliberado de la fecundidad mediante la anticoncepción o el aborto tendrá efectos específicos por edades: el inicio de la disminución de la fecundidad que se reflejará primero en la reducción de las tasas de fecundidad en las edades mayores de procreación;

- la sustitución de medios y métodos tradicionales por métodos modernos de anticoncepción más eficaces puede afectar en gran medida la fecundidad total;
- la modernización de una sociedad en que no se practica la anticoncepción, mostrará una respuesta de fecundidad en dos fases si las reducciones en los períodos de infertilidad asociada a la lactancia y a la abstinencia postparto preceden en forma significativa a la aceptación de la anticoncepción. En ese caso la fecundidad aumentará primero y luego disminuirá.”

Se puede deducir por el contenido del resumen que los trabajos consultados no mencionan tres aspectos, bien sea por carencias de información o bien, porque no constituían un problema en la época a la que hacen referencia los trabajos. Estos aspectos son: ① el efecto del control de las enfermedades de transmisión sexual y sus secuelas de esterilidad primaria y secundaria que tendría un efecto similar al descrito para la reducción de la lactancia; ② la “recuperación de la natalidad” lograda en parejas o individuos que habrían sido estériles en caso de no contarse con los desarrollos tecnológicos actuales de reproducción asistida; ③ el aborto, sobre el que no hay hallazgos concluyentes, seguramente porque las carencias en su medición le restan importancia.

Con base en estos estudios surgen recomendaciones políticas. Se retoma aquí el artículo de Bongaarts ya citado en el que propuso que “para lograr el máximo impacto demográfico, gobiernos de países en desarrollo pueden proponerse tres amplias opciones políticas: ① reducir las preñeces no deseadas ② reducir la demanda por familias grandes (actualmente, por familias de más de dos hijos) y, ③ retardar la velocidad del crecimiento poblacional incrementando la edad promedio a la maternidad tanto como bajando el tamaño de familia<sup>188</sup>. En estas recomendaciones Bongaarts cita dos determinantes próximos: la anticoncepción, de manera tácita en la reducción de embarazos no deseados y la edad promedio a la maternidad. A pesar de referirse a países en desarrollo no menciona que deban favorecerse los patrones de lactancia propios de muchas de estas culturas y que está demostrado que tiene beneficios para la salud materna e infantil así como un importante impacto en el nivel de la fecundidad. Es cierto que cada vez hay más métodos de anticoncepción compatibles con la lactancia materna, con lo cual habría una doble protección –lo que en los modelos se denomina solapamiento–pero se debe ser consciente de que hay un proceso de transición y que se debe evitar desmontar las particularidades culturales benefactoras antes de la adopción de nuevos mecanismos como es la anticoncepción moderna.

Los cambios en la importancia relativa de las variables indican la dimensión que toma la anticoncepción, puesto que no es excluyente con las demás variables, sino que permite aplazar el matrimonio o la maternidad hasta una edad en que los riesgos son menores, además de reforzar la protección de la lactancia materna.

#### **II.4 LA INFERTILIDAD Y LA ESTERILIDAD COMO PROBLEMAS EMERGENTES**

El siglo XX se ha caracterizado por un creciente control de la fecundidad, es decir, que cada vez más los individuos deciden tener o no tener hijos y también, cada vez más, pueden satisfacer este propósito. Por una parte el desarrollo de los métodos anticonceptivos permite aplazar los nacimientos hasta el momento en que se deseen los hijos; por otra parte la medicina preventiva y curativa, permite que estos procesos reproductivos sean más exitosos, es decir que la sobrevivencia de los hijos y las madres sea cada vez mayor así como la disminución de los problemas asociados con el embarazo y el parto que causan esterilidad secundaria. Las técnicas de reproducción asistida por otra parte han logrado nacimientos provenientes de individuos o parejas que en otros momentos de la historia habrían sido definitivamente estériles. Al mismo tiempo, el aplazamiento en el inicio de la maternidad ha llevado a que ésta recaiga en etapas del período fértil en el que la mujer es menos fecunda, con lo cual puede haber una tendencia a que aumente la frecuencia de mujeres o parejas con dificultades para concebir o para llevar un embarazo a término; algunos de estos problemas se asocian con el mismo uso de ciertos métodos anticonceptivos sobre lo cual hay mucha controversia.

En la mayor parte de las sociedades, los nacimientos ocurren dentro de las uniones, sean estas legales o consensuales. Los individuos que nunca se casan o que nunca conforman una unión, en general terminan su vida fértil sin hijos o infecundos. Por esta razón, las sociedades en las que hay una mayor frecuencia de soltería o celibato permanente, tienden a su vez a tener, en promedio, menor número de hijos con una proporción importante de su población con cero hijos, infecundidad que en algunos será voluntaria y en otros involuntaria<sup>xlix</sup>. Por otra parte, cuando las uniones se inician tardíamente se reduce el tiempo de exposición al riesgo de embarazo, factor que también repercute en menor promedio de hijos; algunas parejas terminarán su período fértil sin hijos. En muchos países ha

---

<sup>xlix</sup> Un estudio con base en la encuesta de fecundidad de Noruega de 1977 encuentra que las mujeres que voluntariamente no quieren hijos están con mayor frecuencia solteras que casadas. (Noack y Otsby, 1984 "Childless or childfree? A descriptive study of sterilization, infecundity and intentional childlessness" In: The Sixth Scandinavian Demographic Symposium, June 1982.

aumentado la frecuencia de madres solteras y además las parejas que deciden procrear tienen cada vez más la posibilidad de hacerlo, con lo cual aumenta la proporción de madres, aunque el promedio de hijos siga siendo bajo o esté bajando. Es lo que Graciela Sarrible resume en “más madres, menos hijos”<sup>189</sup>.

## CAUSAS DE LA ESTERILIDAD Y LA INFERTILIDAD

Las principales causas de la esterilidad<sup>i</sup> son las secuelas de las enfermedades de transmisión sexual, las complicaciones del parto y el aborto, las deficiencias alimenticias<sup>190, 191, 192, 193</sup>. Algunos estudios identifican tres tipos de enfermedades o problemas de salud causantes de esterilidad: ① enfermedades no transmitidas sexualmente, como la tuberculosis, malaria o la enfermedad de Chagas ② las enfermedades de transmisión sexual (ETS) como gonorrea, sífilis, herpes genital, micoplasma y clamidia ③ este tercer grupo lo componen problemas de salud que pueden generar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y otras secuelas adversas como las complicaciones del parto y del aborto, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la mutilación genital femenina<sup>194</sup>. Organismos patógenos causantes de ETS son también causantes de la sepsis del postparto. Complicaciones del parto como el trabajo de parto prolongado y la desproporción cefalo-pélvica son con frecuencia ocasionadas por raquitismo y deformidades esqueléticas las cuales a su vez tienen su origen en deficiencias alimentarias<sup>195</sup>. En cuanto a los métodos anticonceptivos se documenta la asociación, ya citada, entre el uso del DIU (dependiendo de la duración y tipo de DIU) y la enfermedad inflamatoria pélvica, causante a su vez de esterilidad. Las secuelas abarcan lesión cervical y la infección pélvica que incluye endometritis y endosalpingitis<sup>196</sup>. Las usuarias de DIU tienen 1.5 a 2.0 veces más de riesgo de desarrollar EIP que las mujeres que no usan anticoncepción<sup>197</sup>. Para los demás métodos anticonceptivos no se encuentra relación de causalidad con esterilidad definitiva. Con la anticoncepción hormonal se recupera la fertilidad una vez se deja de usar e incluso con el DIU sucede lo mismo a menos que se presente alguna de las complicaciones citadas. Tampoco hay mayor riesgo de aborto espontáneo, malformaciones del feto, bajo peso al nacer o prematuridad<sup>ii</sup>. Por su parte los métodos de barrera se consideran protectores porque reducen el riesgo de contraer ETS y EIP debido a que bloquean el paso de microorganismos al cuello del útero y a las trompas de Falopio<sup>198</sup>.

---

<sup>i</sup> Se llama esterilidad primaria cuando, por razones fisiológicas, la persona termina su vida fértil sin hijos y si la esterilidad se presenta cuando ya se han tenido hijos, se llama esterilidad secundaria.

<sup>ii</sup> Cuando ocurre una falla del DIU, o sea, se presenta un embarazo estando el dispositivo colocado, hay mayor riesgo de aborto espontáneo y de embarazo ectópico, pero no se documenta mayor riesgo de malformación congénita [McFalls y McFalls 1984(d)].

Además de estos problemas de salud que se han identificado como causantes de esterilidad, se han explorado otras asociaciones como es el estado general de salud de la población. Un estudio realizado en Estados Unidos tendiente a conocer algo más de la fecundidad de los hombres llevó a reconstruir sus historias de vida con base en los archivos de un centro educativo<sup>iii</sup>. Se consideraron dos tipos de fecundidad reducida: la infecundidad involuntaria como una función de la salud en los adultos jóvenes y un control voluntario de la fecundidad como función del acceso a los métodos anticonceptivos. La salud fue medida por el índice de masa corporal (IMC, relación peso-talla) que es función de la nutrición, las enfermedades y el tipo de trabajo. Los resultados mostraron que 21 de cada 100 exalumnos casados no tuvieron hijos. La relación del IMC con infecundidad no fue lineal, es decir los hombres cuyo IMC estaba alrededor del promedio, tenían niveles de infecundidad significativamente menores que los hombres demasiado flacos o demasiado gordos —cerca de 28% de los de menor IMC no tuvieron hijos, mientras que en los de IMC promedio esta proporción fue 19% y en los de mayor IMC llegó a 34%—. Esta relación se mantuvo en las distintas cohortes analizadas en las diferentes categorías de edad al matrimonio y edad al morir; el diferencial también se mantuvo aunque con menor distancia entre los que fueron padres quienes en promedio tuvieron 2.8 hijos variando entre 2.5 hijos en los de menor IMC, 2.9 en los de IMC promedio y 2.8 en los de mayor IMC<sup>199</sup>.

Se ha encontrado también asociación entre infertilidad y hábitos de vida como son el tabaquismo y el alcoholismo. En una revisión de estudios epidemiológicos realizada a finales de la década de los 80 se encontró que la tasa de infertilidad entre mujeres fumadoras era 21% *versus* 14% entre las no fumadoras y que la fertilidad descendía significativamente en mujeres que fumaban 16 cigarrillos diarios o más. No obstante, se recomendaba que en casos como la infertilidad tubal, se investigara si hay una verdadera causalidad o si es simple asociación relacionada con diferentes estilos de vida de mujeres fumadoras. En general, estudios en mujeres y animales confirmaban la posible alteración de las características fisiológicas de las trompas de Falopio en las fumadoras, afectando el transporte intratubal del embrión, que tiene como resultado una prematura o retardada llegada del blastocisto al útero; también se mencionan alteraciones del sistema inmunológico que pueden explicar la

---

<sup>iii</sup> El estudio se basó en una muestra de 1700 hombres casados, nacidos entre 1830 y 1880 que habían asistido al Amherst College, Massachusetts. Se recuperó información sobre salud, educación, ocupación y número de hijos. Se reconoce que la muestra es pequeña y tiene un sesgo por cuanto se refiere a un grupo de varones que desde su infancia han gozado de un cierto bienestar y han alcanzado un mayor nivel educativo.

asociación epidemiológica entre fumar y baja fertilidad<sup>200</sup>. Esta asociación entre hábito de fumar y reducción de la fertilidad ha seguido confirmándose —mujeres que fuman uno o más paquetes al día y que han empezado a fumar antes de los 18 años de edad tienen un alto riesgo de infertilidad<sup>201</sup>. También hay evidencia de que el tabaco afecta la fertilidad masculina; estudios realizados a finales de la década de los 90 indican menor recuento de espermatozoides en los fumadores (cerca de 15% menos en los fumadores) y de hecho, a quienes están buscando tener un hijo se les recomienda dejar de fumar. Sin embargo los riesgos de infertilidad son mayores en las mujeres que en los hombres y hay que agregar otros riesgos como la pérdida fetal<sup>202</sup>.

### CAUSAS DE LA ESTERILIDAD Y LA INFERTILIDAD DE ORIGEN SOCIAL

Los factores socioeconómicos que condicionan el comportamiento de la morbilidad, la mortalidad y la fecundidad y afectan de manera similar la frecuencia y manifestaciones de la esterilidad. En países en vías de desarrollo y especialmente en África sub-sahariana, coinciden muchos elementos que favorecen la esterilidad primaria y secundaria, como son alta o relativamente alta prevalencia de ETS, servicios de salud insuficientes, aumento de organismos resistentes a los antibióticos, precariedad en los diagnósticos, lo cual lleva a tratamiento y medidas de prevención equivocadas<sup>203</sup>. Estos países tienen también problemas de desnutrición que, como ya se ha mencionado, aumenta la probabilidad de sufrir esterilidad, a lo cual hay que añadir los embarazos a edades tempranas que incrementan el riesgo de complicaciones del embarazo y el parto, todo esto potenciado cuando se está en presencia de mutilación genital femenina. Según la Organización Mundial de la Salud, algunos países africanos pueden tener hasta un 40 por ciento de parejas estériles, justamente donde la esterilidad es un estigma social. Los programas de salud pública en estas regiones deben trabajar en el control de las ETS, mejorar el cuidado obstétrico, evitar el aborto en malas condiciones y prevenir complicaciones del embarazo y el parto<sup>204</sup> y al mismo tiempo estar integrados con programas de planificación familiar puesto que debe esperarse que el éxito de estos programas redunde en un aumento de la fecundidad. En los países desarrollados la situación es diferente porque aún en presencia de tasas más o menos importantes de ETS, suele haber acceso a técnicas diagnósticas avanzadas y a tratamientos adecuados. Estos países han logrado controlar la morbilidad y la mortalidad asociadas al embarazo,

al parto y al aborto al punto que se considera que la mortalidad por causas maternas prácticamente han desaparecido y la de los recién nacidos es muy rara<sup>iii</sup>.

En los países desarrollados o en zonas de mayor modernización de los países en desarrollo, las variables socioeconómicas que explican mayor frecuencia de infecundidad son la edad a la unión, la duración de la unión, el ingreso, la participación en la fuerza de trabajo, la religión, la educación y la residencia rural o urbana<sup>205, 206, 207, 208</sup>. En un estudio para caracterizar las mujeres sin hijos en dos ciudades de Canadá se encontró que los altos ingresos personales aumentaron la probabilidad de infecundidad, especialmente para las mujeres más jóvenes; las mujeres sin hijos tendieron a ser urbanas y protestantes o no religiosas, nativas (más que pertenecer a un grupo étnico) y de habla inglesa más que francófonas<sup>209</sup>. Como se ha dicho, la mayor edad de entrada en unión ha sido una variable asociada con la infecundidad, pero algunos estudios demuestran que en mujeres jóvenes también se asocia con el aplazamiento de los embarazos después de la unión. La tendencia proviene de las dificultades económicas mientras se compete en un mercado de trabajo de gran presión, pero también con las dificultades para el cuidado de los niños. Los nuevos métodos para tratar la infertilidad y la detección prenatal de los defectos cromosómicos del nacimiento pueden ayudar a la mujer a aplazar la maternidad más allá de los 30 años<sup>210</sup>.

Otros estudios, como el realizado con base en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de los Estados Unidos, muestran una tendencia al aumento de la proporción de mujeres que no quieren tener hijos —12 por ciento en 1970 a 25 por ciento en 1990— aunque en la práctica, el porcentaje de mujeres en edad fértil sin hijos no se modificó sustancialmente (16% a 18%). Los determinantes de la infecundidad voluntaria que se identificaron fueron la edad, la educación, el ingreso familiar y el empleo. Se demostró que los costos de oportunidad constituyen el marco apropiado para entender la infecundidad voluntaria: a mayor pérdida, en términos de profesión e ingresos, se está más propenso a no desear hijos<sup>211</sup>.

---

<sup>iii</sup> Las estimaciones para Francia, 1995, se ubican en 10 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil en 7 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos (TOULEMON, L. (1995) "Très peu de couples restent volontairement sans enfants" *POPULATION* 50<sup>e</sup> année juillet-octobre:1079-1111 ).



### **III.LA TECNOLOGÍA EN LA ANTICONCEPCIÓN, LA ESTERILIZACIÓN, EL ABORTO Y EL TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD**

#### **III.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ACTUALES**

En ese capítulo se presentan los métodos anticonceptivos actuales y una breve descripción acerca de cuál es su mecanismo de acción, su efectividad y cuáles son las usuarias o los usuarios potenciales así como las contraindicaciones, los peligros que acarrea para la persona usar un método que le está contraindicado y los efectos secundarios reconocidos en la literatura especializada. También se hará una pequeña mención a los costos de los métodos que es un elemento importante en la elección del método a usar. Se presenta al final un glosario con el significado de algunos términos.

#### **DESCRIPCIÓN Y EFICACIA**

Las investigaciones bio-médicas en anticoncepción se han dirigido básicamente a mejorar la efectividad de los métodos, a reducir los efectos colaterales –especialmente los que se consideran graves– y a facilitar el uso evitando que interfieran negativamente en el acto sexual. Como resultado de estas investigaciones se dispone actualmente de una gama muy amplia de métodos, la mayoría de ellos muy eficaces.

El criterio más usado para clasificar los métodos se refiere al mecanismo por el cual actúan. Para efectos de análisis se pueden clasificar en si son métodos manejados por el hombre (métodos masculinos) o si son manejados por la mujer (métodos femeninos). También se pueden catalogar en si son para aplazar la maternidad o espaciar los nacimientos –métodos temporales–, o son para limitar el tamaño de la familia –métodos permanentes o definitivos–.

Como se vio en el capítulo anterior la mayoría de los métodos conocidos actualmente han tenido orígenes muy antiguos, salvo la anticoncepción hormonal cuyo desarrollo ocurrió en el siglo XX y su perfeccionamiento y difusión en el último tercio del mismo. Sin embargo, se da el nombre de métodos modernos a los que, las investigaciones relativamente recientes, los han llevado a ser muy eficaces.

Aquellos para los cuales no hay nuevos desarrollos o no se ha logrado alcanzar niveles recomendables de eficacia suelen llamarse métodos tradicionales.

Para efectos de la descripción de los métodos anticonceptivos existentes, se ha escogido la clasificación según su mecanismo de acción (ver Anexo 3). Están los métodos hormonales que impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Actualmente hay una gran variedad de marcas y grados de concentración de las hormonas que permite seleccionar la combinación más adecuada para cada usuaria, con lo cual se han reducido los efectos secundarios que ocasionaban y se ha ampliado la gama de usuarias potenciales. Por ejemplo hasta hace pocos años no se recomendaba la píldora a mujeres mayores de 35 años y actualmente no hay límite de edad en usuarias que tengan buenas condiciones de salud. Estos métodos usados correctamente, es decir siguiendo plenamente las instrucciones, tienen índices de falla muy bajos. Aunque hay algunas discrepancias entre las diferentes referencias de que se dispone, todas coinciden en que el método es altamente seguro, tanto si la presentación es en píldoras, como si es en inyecciones o en implantes subdérmicos. Las píldoras, pueden tener índices de falla mayores porque, al ser de uso diario, dependen de la rigurosidad con que la usuaria las tome, mientras que la inyección, una vez aplicada, su efecto dura dos o tres meses y en el caso de los implantes el efecto es de cinco años. En las píldoras, el índice de Pearl (IP) es de 0.1, o sea de un embarazo en mil mujeres que lo usen durante un año. Si la observación se hace en condiciones más reales, tomando en cuenta problemas en el uso como olvidos o demasiado tiempo entre una toma y otra, el índice puede llegar a 7 embarazos en cien mujeres que lo usen durante un año. Las otras dos presentaciones mencionadas tienen índices de falla menores de uno por ciento. El anillo vaginal es un anticonceptivo hormonal menos difundido pero que también es altamente efectivo.

Los métodos de barrera evitan el encuentro del óvulo con el espermatozoide; el más conocido actualmente es el preservativo masculino o condón; además del efecto anticonceptivo, ayuda a prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH/SIDA. A raíz de la identificación de la vía sexual en la transmisión del VIH/SIDA se ha insistido mucho en su uso, especialmente en la población joven. Es el método recomendado para obtener doble protección que es cuando una pareja está usando algún método de planificación familiar el cual no protege contra la transmisión de enfermedades por vía sexual y se considera que hay riesgo de contagio. En el caso de la píldora, el DIU, la esterilización o los implantes, que son muy seguros desde el punto de vista anticonceptivo

puede ser difícil lograr que se use también el condón para obtener la doble protección. Cuando se usan métodos naturales u otros como el *coitus interruptus* la opción del preservativo puede ser bien acogida por la pareja como solución a las dos necesidades. Actualmente es el único método masculino temporal eficaz, pero para lograr esta eficacia deben seguirse las instrucciones en su manejo y disponer de uno nuevo para cada contacto sexual. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que para efectos anticonceptivos, en condiciones reales de manejo, el índice de Pearl oscila entre 7 y 14 embarazos por cien mujeres que lo usen durante un año. En condiciones correctas de uso el índice es de 3 por ciento. El preservativo femenino es un poco menos efectivo y su uso no está difundido todavía; se distribuye sólo en algunos países europeos y en Estados Unidos.

Otro método femenino, de barrera, es el diafragma, que consiste en un casquete de caucho que se coloca en la vagina antes de la relación sexual. Aunque no se dispone de estadísticas, quizás era el método moderno que más se conocía y se usaba antes de la difusión de la píldora. Los resultados de los estudios sobre su efectividad se mueven entre 2 y 6 embarazos por cien mujeres que lo usen durante un año –en condiciones correctas de uso– y entre 15 y 20 en condiciones reales, razón por la cual se catalogan como medianamente eficaces.

Los métodos químicos son los espermicidas y la esponja –que a su vez está impregnada en espermicidas–. Aunque el índice de Pearl está en 6 por ciento para uso correcto y 25 por ciento para uso en condiciones reales, se considera que no son métodos eficaces por sí mismos y se recomienda usarlos para reforzar otros métodos.

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos modernos más eficaces aunque no es claro el mecanismo de acción. Quizás dificulta la movilidad del espermatozoide a través del tracto reproductivo evitando que llegue al óvulo y lo fertilice pero también puede impedir la implantación del óvulo en la pared del útero. El DIU que más se usa es el que lleva un hilo de cobre enrollado sobre el plástico y actualmente puede tener una duración de 10 años lo cual lo hace muy recomendable para efectos de espaciar los nacimientos o para limitar el tamaño de la familia. Algunos contienen hormonas y otros, como el "DIU inerte", son elaborados sólo en plástico o acero inoxidable. El índice de Pearl está por debajo de uno por ciento y prácticamente no hay diferencia entre el uso correcto o teórico y el uso real.

La anticoncepción de emergencia consiste en recurrir a anticonceptivos hormonales o a la inserción del DIU cuando se ha tenido una relación sexual sin protección anticonceptiva <sup>(GL)</sup> y dentro de un lapso de 72 horas. La ventaja de colocar el DIU es que la mujer queda protegida por varios años, mientras ella lo desee. En el caso de los anticonceptivos orales de emergencia, los proveedores desestiman su uso regularmente, o sea, que si una mujer requiere este servicio, tratan de que en lo sucesivo opte por otro método; se menciona que puede tener muchos efectos colaterales si se usa de manera continua. En cuanto a su eficacia, algunos estudios<sup>212</sup> dicen que puede prevenir hasta un 75% de los embarazos que hubieran ocurrido pero en otros casos se menciona que las fallas son menores de uno por ciento<sup>213</sup>.

Los métodos naturales son aquellos que se basan en la identificación de los días fértiles durante los cuales la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales –es lo que se llama propiamente abstinencia periódica– o tener relaciones protegidas con algún método temporal. La forma de identificar los días fértiles ha dado origen a varios métodos como el del calendario, el de la temperatura, el método de Billing y el método sintotérmico o de indicadores múltiples. Exigen bastante control por parte de ambos miembros de la pareja y de comunicación entre ellos además de una permanente observación del ciclo menstrual. Son considerados eficaces o muy eficaces en condiciones correctas de uso. Para los que utilizan un solo indicador de los días fértiles, el índice de Pearl es de 3 por ciento para el que se basa en las secreciones cervicales, 1 por ciento el de la temperatura basal y 9 por ciento el del calendario; en el sintotérmico o de indicadores múltiples es de 2 por ciento. Estos niveles de eficacia han sido observados en condiciones de abstinencia completa de relaciones sexuales durante los días fértiles<sup>214</sup>. Los índices en condiciones reales de uso han sido deducidos de encuestas y están alrededor de 20 por ciento. Por ser métodos naturales y basados en la abstinencia de relaciones sexuales han sido aceptados por algunos grupos religiosos que rechazan otros métodos. Aunque estos métodos han contribuido a que la población en general se eduque acerca de cuáles son los días fértiles de la mujer, todavía existe mucho desconocimiento sobre el tema y quizás sea una de las principales razones del alto índice de fallas de estos métodos en condiciones reales de uso

Los métodos quirúrgicos –esterilización masculina o femenina– en la práctica se consideran irreversibles y por tanto se recomiendan únicamente cuando la persona ha decidido con toda

convicción no tener hijos o no tener más hijos independientemente de su edad o número de hijos<sup>liv</sup>. La esterilización femenina tiene un índice de Pearl menor de 0.5 por ciento y la masculina es todavía más segura (menos de 0.3%), e implica menos riesgos quirúrgicos. Las técnicas disponibles actualmente permiten practicar estas operaciones de manera ambulatoria, con anestesia local y requieren el uso de procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, los cuales pueden obtenerse en centros de atención de salud de baja complejidad. Esto permite llevar el servicio de esterilización quirúrgica a lugares apartados de los centros urbanos. La esterilización femenina mediante la técnica de mini laparotomía se puede practicar inmediatamente después de que la mujer ha dado a luz.

En muchas sociedades se practica la lactancia materna prolongada aunque no de manera consciente como método de planificación familiar. Actualmente está documentada su efectividad durante los primeros seis meses y en ciertas condiciones (ver Anexo 3. Tabla 1). Se ha establecido una tasa de falla de 2 embarazos en cien mujeres que usen la lactancia con fines anticonceptivos en los primeros seis meses después del parto. Suponiendo que este índice se puede extrapolar al año –para hacerlo comparable con lo presentado para los demás métodos– sería de cuatro embarazos por cien mujeres que lo usen durante un año, por lo que se puede considerar como un método contraceptivo efectivo.

Acerca del *coitus interruptus* se encuentra poca documentación a pesar de ser tan antiguo y quizás ser, en buena parte, responsable de los niveles bajos de fecundidad logrados en los países europeos antes de la difusión de los métodos modernos es decir antes de la década del sesenta. Aún cuando ha sido desplazado por los métodos modernos, actualmente cerca de 40 millones de parejas lo utilizan en todo el mundo (4 de cada cien parejas<sup>lv</sup>) pero lo importante de esta cifra es que el mayor uso está en Europa donde pueden acceder a una amplia gama de servicios y tanto hombres como mujeres tienen alto nivel educativo. Es un método masculino y exige la total responsabilidad y participación del hombre en las decisiones reproductivas. Según Hayman<sup>215</sup>, quien es miembro de la Asociación de Planificación Familiar de Gran Bretaña, la tasa de falla está entre 8 y 25 embarazos por cada cien

---

<sup>liv</sup> En el proceso de adopción de la esterilización como método anticonceptivo, la normatividad de los países ha establecido criterios como, por ejemplo, edad de la mujer, número y sexo de los hijos o aprobación por parte del cónyuge; incluso algunos como Canadá (Guibert-Lantoine 1.997), han recomendado "*la regla de 100*" que consiste en comparar el producto aritmético de la edad de la mujer por el número de hijos, con cien; si está por encima de dicha cifra se autoriza la esterilización. El reconocimiento del derecho de los individuos a decidir sobre el número de hijos ha permitido que estas normas cambien y actualmente es la voluntad de la mujer o del hombre el único criterio a considerar

<sup>lv</sup> Citado en Hayman (1.995) y verificado para el presente trabajo a partir de datos de Naciones Unidas consultados en <http://www.undp.org/popin/wdtrends>

mujeres que lo utilicen durante un año; aunque no menciona cómo se dedujo esta cifra es posible que provenga de encuestas, lo cual hace pensar que corresponde a condiciones de uso común y que en condiciones de uso correcto el índice de fallas puede ser más bajo. A pesar de esto, algunos manuales de planificación familiar no lo mencionan, negando una posibilidad a muchas parejas que en un momento dado no disponen de otra opción. Es el caso del manual elaborado por la Universidad de Johns Hopkins<sup>216</sup> con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) el cual tiene una vasta recopilación y documentación de los diferentes métodos y en el que se insiste en la necesidad de que los usuarios de los servicios de planificación familiar tengan información completa.

Otras prácticas sexuales como el coito anal o el coito oral, pueden ser usadas con fines contraceptivos. En general no se mencionan en este contexto, es decir en lo referente a planificación familiar sino en estudios sobre sexualidad. No se sugiere aquí que los proveedores de servicios los recomienden como métodos anticonceptivos sino que se reconozcan como una realidad. De ser abordados en los manuales de planificación familiar permitiría formular recomendaciones para la prevención de infecciones y otros aspectos para el cuidado de la salud reproductiva.

#### CRITERIOS DE ELECCIÓN DEL MÉTODO

La elección de un método anticonceptivo envuelve una serie de elementos como las preferencias personales, las condiciones físicas y de salud personales, la información y la disponibilidad de los métodos así como sus costos. Estos elementos varían de una persona a otra, de un lugar a otro y de una época a otra.

En los manuales para personal clínico los criterios de elección de un método usualmente recaen en las condiciones de salud del usuario o de la usuaria. Con frecuencia se omite el tema de sus hábitos sexuales y menos aún se mencionan las condiciones socioeconómicas. Por ejemplo, cuando se recomienda el uso de preservativo a un adolescente ¿se verifica cuánto le cuesta protegerse con preservativos y si puede asumir ese costo? ¿cuántos preservativos se le recomienda tener disponibles? ¿se explora qué comunicación tiene con su pareja?. Los adolescentes en particular no manejan dinero lo cual constituye un elemento importante a tener en cuenta en la consejería de

anticoncepción en este grupo. Para poder garantizar que un método se use correctamente es necesario que existan unas condiciones mínimas para su adquisición y uso, además del estado de salud del usuario o usuaria potencial.

Trabajos sobre la elección de los métodos han partido de los costos que representa para una persona usar los métodos y hay varios planteamientos<sup>217</sup>. El que clasifica los costos en monetarios, de salud y normativos. Otros los clasifican en costos de acceso y costos de uso. Y otros en costos de salud, costos psíquicos, costos de opinión social y costos económicos. En general los costos monetarios o económicos dependen si hay programa de planificación familiar y si el programa asume algunos o todos los costos y de la accesibilidad a los servicios. Los costos de salud aluden a los efectos secundarios graves, menos graves o el miedo que impliquen. Los costos sociales dependen de las expectativas de los roles de género, la influencia del grupo social, los beneficios percibidos de la maternidad, la aceptabilidad por parte de la pareja. Los costos psíquicos tienen que ver con la ansiedad que significa practicar la anticoncepción, con la inconsistencia con valores y normas personales o religiosas, con el sacrificio o bienestar del placer sexual. Los costos de uso, además de los de salud y económicos incluyen la efectividad del método, la duración, la reversibilidad y la forma de administración (sea oral, vaginal, inyectable, quirúrgica). A estos costos se irá haciendo mención en la descripción de los métodos. A continuación se presentan los costos directos de algunos de los métodos, tema que no se contemplará después.

**Cuadro III.1 Costos estimados para anticonceptivos.**

Método	Costo unitario (US \$)	Duración por unidad	Costo por unidad (US \$)	Uso promedio en la práctica	Costo anual ajustado (US \$)
Norplant	18.00	5 años	3.60	3-3.9 años	4.50-6.00
DIU (Cobre)	0.65	4 años	0.15	2-2.7 años	0.25-0.30
Píldoras	0.17	1 mes	2.21	-	2.40-2.80
Inyectables	0.80	3 meses	3.26	-	3.50-4.00
Diafragma	3.30	1 año	3.30	-	3.50-4.00
Espemicidas (Tabletas)	1.52	20 usos	7.30	-	8.00-9.00
Condón	0.03	1 uso	2.98	-	3.25-3.75

Fuente: WHO (1.990) "Norplant Contraceptive Subdermal Implants. Managerial and Technical Guidelines" Ginebra Tabla 6.1

La información sobre costos monetarios es escasa y difícil de estandarizar para hacer comparaciones. De hecho los métodos tienen diferencias en: costos unitarios, duración de uso por unidad, tasas de continuación, costos de distribución y costos de aplicación o de entrega. Para tener una idea en este tema se citan las cifras (Cuadro III.1) presentadas por la OMS en el manual de manejo del Norplant<sup>218</sup>. Los datos no incluyen transporte al país de destino, honorarios, costos de distribución ni

costos de aplicación o entrega. El costo anual, calculado con base en el tiempo de duración debe ajustarse por el tiempo que se ha observado en la práctica. Por ejemplo, el Norplant está diseñado para 5 años pero el tiempo promedio de uso real es de 3 a 3.9 años. El costo anual de métodos que se usan una vez, como el condón está calculado con base en ocho episodios o contactos sexuales por mes. Se consideró un cierto monto de variabilidad (10-25%) en los métodos como la píldora, los inyectables, los espermicidas y los condones.

Si se supone que los costos de inserción o de retiro del DIU y del Norplant son similares, se deduce la ventaja comparativa del DIU en este aspecto y que puede ser el anticonceptivo más económico. Las píldoras están en un punto intermedio entre estos dos métodos. Además del costo anual debe tenerse en cuenta el costo unitario, frente al poder adquisitivo de las usuarias potenciales. No es fácil, para personas sin capacidad de ahorro o de bajos ingresos en general, disponer en un momento dado de 18 US\$, más los costos de inserción y de desplazamiento al lugar donde le prestan el servicio. Parece más fácil, en este sentido, que la persona adquiera el método mensualmente o cada tres meses o cuando va a tener relaciones sexuales, suponiendo que hay facilidad de acceso al lugar donde lo consigue. Cabe aquí hacer una reflexión sobre los costos de la “doble protección”; salvo usuarios y usuarias de condón, los demás métodos no previenen las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) incluido el VIH/SIDA y por esta razón a las personas que tienen este riesgo se les recomienda—además del anticonceptivo que hayan elegido— usar el condón o preservativo, y fácilmente se pueden duplicar los costos.

## CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS MÉTODOS

Como referencia se tendrán en cuenta los criterios médicos que la OMS recomienda contemplar en el momento de elegir un método e iniciar su uso<sup>219</sup>. Con base en esos criterios y la disponibilidad de servicios de atención de salud, la OMS construye una categorización de usuarias o usuarios de métodos temporales y otra de esterilización. Estas categorías se pueden resumir en:

*OMS 1* la persona no tiene contraindicaciones para un método y lo puede usar sin restricciones

*OMS 2* la persona tiene contraindicaciones para usar un método, pero las ventajas de usarlo exceden los riesgos, valoración que debe hacer un médico o una enfermera y necesitará más supervisión que la de rutina

*OMS 3* los riesgos de usar el método exceden las ventajas; la persona no debe usar el método a menos que un médico o una enfermera haga un juicio clínico que indique que puede usarlo; es prácticamente la única opción anticonceptiva que tiene; se prevé que necesitará más supervisión que la de rutina

*OMS 4* La persona no debe usar el método, la condición representa un riesgo inaceptable para la salud si el método se usa.

Para la esterilización femenina o masculina, los criterios son:

*Aceptar:* el procedimiento puede practicarse en el ámbito rutinario

*Precaver:* el procedimiento puede practicarse en el ámbito rutinario pero se deben tomar medidas adicionales de preparación y precaución

*Aplazar:* el se debe aplazar el procedimiento hasta tanto se haya tratado y resuelto alguna condición que indique contraindicación

*Referir:* referir a la persona a un centro donde se cuente con recursos humanos y tecnológicos especializados.

Con estos criterios se establece la posibilidad de usar cada método según las condiciones de la persona y la posibilidad de contar con supervisión médica. Según estos criterios, los métodos hormonales –en cualquier presentación– son los que tienen mayor restricción. En las categorías OMS 3 y OMS 4 quedan los casos de cáncer de mama, la hepatitis viral activa, la cirrosis hepática grave, los tumores hepáticos, el sangrado vaginal inexplicable u otras condiciones como el uso de ciertos medicamentos. Dentro de los métodos hormonales, las píldoras combinadas tienen más restricciones, porque además de lo ya citado no se recomiendan cuando hay hipertensión, diabetes, enfermedades cerebro-vasculares o hábito de fumar. Salvo estas excepciones la mayoría de las combinaciones –contraindicación, método, acceso a servicios– quedan clasificadas en la categoría OMS 1 y relativamente pocas en OMS 2; si se tiene en cuenta que la esterilización femenina o masculina se puede realizar siempre, se deduce que cada pareja o individuo tiene, desde el punto de vista médico, una amplia gama de posibilidades anticonceptivas.

Si este panorama es bastante optimista, el presentado por la Universidad de Johns Hopkins<sup>220</sup> en su manual de anticoncepción lo es más cuando dice: "Hemos aprendido que casi todo el mundo puede usar los métodos modernos de planificación familiar sin riesgo. Al mismo tiempo, estamos mejor

capacitados para distinguir cuáles personas no deberían utilizar ciertos métodos. Además, sabemos que para la mayoría de los métodos, la mayoría de los clientes no requiere hacerse un examen físico ni pruebas de laboratorio. " ... "Estamos facilitando el acceso a la planificación familiar y otro tipo de atención para la salud reproductiva. Estamos quitando todo tipo de obstáculos innecesarios. Entre estos obstáculos se encontraban ... criterios de elegibilidad médica (contraindicaciones) obsoletos".

Es cierto que el desarrollo tecnológico y la investigación científica han permitido adecuar los métodos y reducir los efectos secundarios y complicaciones, como es el caso de los métodos hormonales y el DIU, o simplificar los procedimientos permitiendo mayor accesibilidad como en la esterilización masculina o femenina, sin embargo se tienen reservas sobre la afirmación de que no se necesita examen médico ni de laboratorio previo a la prescripción de ciertos métodos.

Por ejemplo, si se desea descartar la hipertensión en una potencial usuaria de anticoncepción hormonal ¿basta con preguntarle si tiene presión arterial alta? Si la mujer responde que "SI" tal vez no hay duda de que así es y el dato es suficiente para buscar un método alternativo. Pero si responde que "NO" puede ser que no sabe que tiene este problema porque no se lo han diagnosticado e interpretar la respuesta como que no hay contraindicación puede acarrear complicaciones innecesarias. Siendo la toma de presión arterial un procedimiento sencillo debería incorporarse de forma rutinaria en la consejería sobretodo teniendo en cuenta que es para iniciar el uso de un método, no quiere decir que todos los meses tenga que realizarse el examen.

En general, parece haber una ambivalencia en la relación entre los servicios de salud y la planificación familiar. Los programas de planificación familiar están pensados para llegar a mujeres de muy escasos recursos económicos, bajo nivel educativo y difícil acceso a los servicios de salud. Se trata de simplificar al máximo las normativas de manera que los puedan ofrecer personas de la comunidad con alguna capacitación específica y con mínimos recursos tecnológicos. Sin embargo, en el momento de averiguar por las condiciones de salud de la mujer se da por supuesto, que le han diagnosticado ciertas enfermedades o que por lo menos conoce su estado de salud, lo cual es improbable en el contexto de estratos sociales de bajos o muy bajos recursos. No parece lógico que se espere que haya tenido servicios de salud suficientes para estos diagnósticos pero que los servicios de planificación familiar a los que accede sean tan elementales. Tampoco parece lógico que no haya recursos para un examen previo pero sí los haya para seguimiento de la usuaria a la que se le ha recomendado un anticonceptivo para el cual presenta contraindicaciones.

Existen otras opiniones respecto del manejo de las contraindicaciones. La doctora Pilar Pérez Sanz<sup>221</sup> en su libro sobre los métodos anticonceptivos enfatiza: "Debe ser especialista quien decida si la mujer puede o no tomar la píldora y cuál es el preparado más adecuado para cada una. Mediante una exhaustiva historia clínica se valorará si su ingesta tiene contraindicaciones o presenta perjuicios para la salud de la mujer, se harán unas pruebas de laboratorio y así mismo se realizará una exploración ginecológica y una citología o Papanicolau antes de recetar anticonceptivos hormonales."

Los riesgos en el uso de los anticonceptivos se deben valorar también frente a los riesgos que esa misma mujer tiene por causa de un embarazo. Si una mujer está sana, los riesgos que implica la píldora son menores o iguales a los riesgos que conlleva un embarazo. Pero el riesgo de problemas trombo-embólicos en mujeres fumadoras de más de 35 años o con factores de riesgo añadidos, que usen la píldora, son mayores que los que les causaría el embarazo<sup>222</sup>. Si bien lo recomendado es que los riesgos de la anticoncepción se valoren frente a los riesgos de un embarazo también deberían valorarse frente a los riesgos de un aborto en malas condiciones. La anticoncepción altamente eficaz en general previene los embarazos no deseados pero en algunos casos, como ya se ha visto, puede ser contraindicada o producir efectos secundarios de variable importancia. La consejería de anticoncepción debería poder captar de alguna manera esas otras condiciones que pueden llevar a la mujer a optar por un aborto y la situación en que los abortos ocurren en general en una sociedad y de nuevo buscar el punto de equilibrio entre los distintos riesgos.

Todos estos son elementos implícitos en la calidad de los programas de planificación familiar que suelen deteriorarse al masificarlos por disminución de las posibilidades de capacitación combinado con tener que recurrir a proveedores de bajo nivel educativo.

#### VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Frente a la bondad de los métodos de planificación familiar, esto es, a si tienen efectos secundarios para la salud de los usuarios o de las usuarias, hay menos unanimidad que en otros aspectos como su eficacia a la que ya se ha hecho mención. También es cierto que algunos han generado más polémica que otros como es el caso de los anticonceptivos hormonales, sea cual sea su presentación y aún así el uso es generalizado. Otros han perdido usuarias, en términos relativos quizás porque los

proveedores de servicios destacan sus desventajas e inconvenientes y no sus ventajas, lo cual con frecuencia puede obedecer a razones de mercadeo.

En el Anexo 3, Tabla 2 se presenta una recopilación de las principales ventajas, inconvenientes, efectos secundarios o peligros que implica su uso. El análisis se complementará con otras fuentes de información que plantean opiniones diferentes.

De manera general se puede decir que cada uno de los métodos anticonceptivos usados actualmente, tienen ventajas, desventajas y contraindicaciones, esto es, que no hay un método perfecto. El método anticonceptivo ideal<sup>223</sup> debería ser: totalmente efectivo, no necesitar que el usuario se acuerde de tener que usarlo, ser barato, fácil de usar y aceptable para ambos miembros de la pareja, no presentar efectos secundarios, no interferir en la espontaneidad de las relaciones sexuales, ser reversible, no impedir la fertilidad de la pareja cuando desee descendencia.

Las ventajas además de las descritas para el método ideal, pueden referirse a los efectos protectores<sup>(GL)</sup> y los efectos terapéuticos<sup>(GL)</sup> que se le reconoce a un determinado método. Entre las desventajas están los efectos secundarios<sup>(GL)</sup> y las contraindicaciones \_condiciones de salud de la usuaria que se consideran peligrosas si se llega a usar determinado método\_; estos dos aspectos se presentan por separado.

### Anticoncepción hormonal

Se puede observar que a la anticoncepción hormonal oral, además de la eficacia ya citada, se le reconocen efectos terapéuticos en casos de hirsutismo, cuando hay presencia de acné o en la regularización del ciclo menstrual \_como se recordará, este argumento fue la punta de lanza para difundirla en donde había políticas contrarias a la anticoncepción\_. También se le reconocen efectos protectores frente a algunos tipos de cáncer y a la enfermedad inflamatoria pélvica.

Los inconvenientes, en el caso de la píldora, obedecen a la importancia de seguir las instrucciones diariamente y de la rápida disminución de la eficacia en caso de no ser así. Por otra parte, a pesar de que los preparados que se comercializan actualmente contienen menores dosis de hormonas que los iniciales y se toleran mejor, debe haber una valoración médica previa dado que tiene

contraindicaciones importantes. Así mismo la anticoncepción hormonal puede entrar en conflicto con ciertos medicamentos.

Los efectos secundarios descritos son numerosos pero en general no se consideran de daño grave para la salud y muchos de ellos suelen disminuir después de los primeros meses de uso del producto. Los peligros que figuran en el cuadro también son numerosos y se consideran como contraindicaciones importantes por lo cual nunca deben prescribirse en esas circunstancias. Así mismo debe suspenderse su uso en caso de que se presente alguno de esos problemas de salud. Como se vio anteriormente, en este aspecto hay opiniones opuestas y lo que para algunos son contraindicaciones absolutas, para otros se puede recomendar el uso del producto haciendo supervisión más frecuente que la de rutina.

Dentro de la anticoncepción hormonal, la píldora tiene la ventaja de que usuaria puede dejar de tomarla en cualquier momento ante la presencia de efectos secundarios que la lleven a suspender el uso, pero tiene la desventaja de que, si no dispone de otro método anticonceptivo, queda expuesta a un embarazo no deseado. Los implantes, por el contrario, no son manejados por la mujer y en caso de sentirse muy mal con su uso ella no puede suspenderlos sino que requiere de la intervención del personal de salud. Estas ventajas y desventajas son válidas cuando quiere suspender el uso para quedar embarazada.

Desde el punto de vista de los proveedores, los implantes subdérmicos precisamente tienen la ventaja de que no están sujetos a problemas de memoria o dificultades de uso, ni la usuaria los puede suspender sin recurrir a un servicio de manera que hay la opción de hacerle seguimiento, ayudarle a manejar los efectos secundarios pero también darle otra opción anticonceptiva en caso necesario. Sin embargo, el hecho de tener que recurrir a un servicio de planificación familiar o de salud para implantar o retirar el método es considerado una desventaja, especialmente por las organizaciones feministas que argumentan que la mujer queda imposibilitada de manejar su anticoncepción<sup>224</sup>. No se puede desconocer que hay casos en que los proveedores de servicios olvidan el alcance de su investidura, abusan de su posición y no respetan la libertad de la usuaria para dejar de usar el método. Betsy Hartman, feminista norteamericana, relata que en Indonesia, al preguntar a un proveedor cómo respondería a la solicitud de remoción de los implantes antes de cinco años, el profesional respondió: "las personas saben que debe durar cinco años, dieron su palabra... las

personas del campo no dan atrás su palabra. Si ellas solicitan la remoción, se les recuerda que dieron su palabra”<sup>225</sup>.

Sin querer restar trascendencia a los aspectos negativos del método debe valorarse lo positivo en cuanto a eficacia, duración, que no interfiere con el acto sexual, no se necesita tocar los genitales –que es importante en algunas culturas– no incrementa el riesgo de infecciones del tracto reproductivo y pueden usarlo mujeres que han sufrido enfermedad inflamatoria pélvica, siendo la mejor opción en muchos casos. Se debe buscar el mejoramiento de la atención, para identificar las contraindicaciones o retirarlo oportunamente cuando la usuaria no se sienta cómoda con el método.

### Métodos de barrera

De los preservativos no hay efectos secundarios o peligros conocidos. Son altamente eficaces cuando se usan correctamente “todas las veces” es decir, un preservativo nuevo en cada episodio o contacto sexual, de lo contrario son moderadamente efectivos –un embarazo en cada 8 mujeres que lo usan durante un año–. El diafragma y el capuchón son métodos que tienen la ventaja, a diferencia del preservativo, de poderse usar en varios coitos sin necesidad de moverlo o cambiarlo. Una vez retirado de la vagina se lava y se guarda pudiendo utilizarse mas o menos durante un año; sin embargo esto no se destaca en la literatura. Se ha demostrado que los métodos vaginales ayudan a prevenir las ETS aunque no queda claro si con los mismos índices que el preservativo<sup>226</sup>.

### Dispositivo intrauterino (DIU)

En las ventajas y desventajas del DIU hay más consenso que sobre otros métodos. Las ventajas se refieren a su efecto a largo plazo, son duraderos, muy efectivos, no interfiere las relaciones sexuales, reversible y que ayuda a prevenir el embarazo ectópico. En las desventajas están los cambios menstruales, es contraindicado cuando hay antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica o riesgo de ETS. Al igual que los implantes, es un método que no maneja la mujer (aunque eventualmente podría retirarlo ella misma) y requiere de los servicios de salud para su inserción y retiro. En los peligros citados hay algunas discrepancias: se menciona<sup>227</sup> que se puede insertar inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) mientras que otros autores<sup>228</sup> dicen que no se recomienda durante la lactancia porque aumenta las probabilidades de perforación.

## Esterilización masculina o femenina

La esterilización quirúrgica sea masculina o femenina tiene como desventaja principal que es irreversible, de manera que si la persona se arrepiente no hay solución a su caso. En general no tiene efectos secundarios salvo los propios de un procedimiento quirúrgico como dolor después de la operación. De la esterilización femenina también se han denunciado casos –en especial cuando comenzó a masificarse su uso– en los que se ha practicado sin el consentimiento de la mujer<sup>vi</sup> o sin suficiente información acerca de ser irreversible. Pero también hay casos en que la mujer elige este método y los servicios de salud no la atienden porque consideran que debe esperar por ser joven, tener pocos hijos, tener hijos de un solo sexo o no tener la aprobación del cónyuge.

## Otros métodos

Los métodos naturales en general no tienen efectos secundarios ni peligros y son aceptados por grupos religiosos que no admiten otras formas de anticoncepción. Las desventajas son la baja efectividad comparados con otros métodos modernos, por esta razón no se recomiendan, en particular cuando la mujer no tiene ciclos irregulares, lo cual es frecuente en los extremos del período fértil; exigen un gran control por parte de ambos miembros de la pareja.

## LOS MÉTODOS DEL FUTURO

Los avances recientes no corresponden propiamente a nuevos métodos sino al uso, en circunstancias especiales, de algunos de los ya difundidos. Es el caso de la anticoncepción postcoital o anticoncepción de emergencia, llamada también "la píldora del día siguiente". Dentro de un lapso de 72 horas después de la relación sexual sin protección, se administra una fuerte dosis hormonal, que al acelerar el transporte tubárico no da tiempo a la maduración del huevo y altera el endometrio evitando la implantación. La colocación de un dispositivo intrauterino, dentro de los cinco días siguientes a la relación, también protege del embarazo con la ventaja de que ofrece una protección de largo plazo. Aunque los desarrollos para la anticoncepción postcoital datan de 1.920, la investigación más persistente se ha hecho desde la década del 60. El primer caso documentado (1.960) es el de una niña de 13 años que había sido violada estando en mitad del ciclo, a quien le administraron estrógeno

---

<sup>vi</sup> No se encontró documentación de casos similares para la vasectomía

con fines anticonceptivos. En China el método es aceptado por el programa gubernamental; primero se difundió el uso en parejas estables que vivían lejos uno de otro y de ahí el nombre de “píldora de visita” y se usaba solamente cuando había riesgo de embarazo. También han desarrollado supositorios de administración vaginal que reduce efectos secundarios como náuseas y vómito asociados con las elevadas dosis hormonales de la anticoncepción de emergencia. Sin embargo, estas tabletas no son suficientemente solubles lo cual les resta efectividad<sup>229</sup>.

Otra modalidad de anticoncepción hormonal es la del anillo vaginal que “es un anillo flexible que se inserta en el interior de la vagina y que libera hormonas durante tres semanas; en la cuarta semana del ciclo se extrae el anillo y se produce la menstruación”<sup>230</sup>. Se está probando en un estudio europeo en el que participan ocho centros médicos españoles. La eficacia es igual a la de la píldora y se espera que sea mejor que ésta en reducción del sangrado menstrual y las pérdidas menstruales a lo largo del ciclo.

Uno de los trabajos en ciernes es la píldora masculina. Algunos de los preparados desarrollados hasta ahora han logrado el efecto anticonceptivo deseado y otros no tienen alta efectividad, pero en la mayoría de ellos, los efectos secundarios que conllevan siguen constituyendo el principal problema para su difusión. En los años 50, después de estudios epidemiológicos se llegó a la conclusión, en China, que el uso de aceite crudo de semilla de algodón podía producir infertilidad. En 1971 se identificó el gossypol como el principio activo que la producía. Se piensa que este producto tendrá más aceptación en China que los métodos usados en occidente. Hasta 1981 se había ensayado en 8800 hombres, observándose inhibición de la fertilidad en 99% de los casos en un término de 2 a 3 meses. Después de seis meses de suspendido el tratamiento 74 por ciento habían recuperado la fertilidad, 16 por ciento tenían recuentos espermáticos bajos y 10 por ciento eran azoopérmicos. Los efectos colaterales son fatiga (en 12% de los casos; es el más frecuente), disminución de la libido, problemas gastrointestinales y vértigo. La hipokaliemia<sup>vii</sup> y la irreversibilidad de la esterilidad son los principales escollos para la difusión como método anticonceptivo<sup>231</sup>.

Otro método masculino en estudio son las inyecciones de testosterona que suprimen la producción de esperma con mínimos efectos secundarios (reportados por menos de 3%) y total recuperación una vez suspendido el tratamiento. Ha sido probado con éxito (1.4 embarazos por cien usuarios durante

un año) en una muestra de 399 hombres<sup>lviii</sup>. Sin embargo 33 por ciento de los participantes abandonaron el estudio por razones personales o porque no necesitaban anticoncepción o por dificultades con la dosificación –que era semanal– o con la inyección en sí misma. Los que se retiraron porque deseaban tener un hijo fueron pasados a esa categoría. Las limitaciones están en el relativamente largo período de tiempo que se requiere para una efectiva supresión del esperma así como los recuentos para la verificación. El método puede ser una alternativa a la vasectomía y para parejas durante el período de lactancia. Sin embargo, los investigadores creen que la vía de administración –inyección– y la dosificación –semanal– hacen que sea un método de anticoncepción impracticable en gran escala<sup>232</sup>. También se trabaja en métodos masculinos no hormonales que tendrían la ventaja de evitar los efectos secundarios encontrados en los hormonales masculinos incluido la pérdida de la libido<sup>233</sup>.

Otros avances tienden al perfeccionamiento de los métodos femeninos. Se sigue investigando sobre los métodos para establecer con toda precisión el momento de la ovulación. Por ejemplo, aparatos que se basan en el método de Billings o del moco cervical. Análisis del flujo vaginal mediante papel que cambia de color según el momento del ciclo. Asimismo se trabaja en los métodos de barrera, buscando que puedan estar colocados durante más tiempo sin riesgo de infecciones o de lesiones en el cuello uterino.

La píldora femenina sigue su evolución hacia combinaciones que convengan a mujeres para quienes las píldoras actuales están contraindicadas. Los métodos hormonales podrían venir presentados en forma de pulverizadores nasales, la hormona actuaría directamente sobre la hipófisis. Los parches hormonales, que se asimilarían a través de la piel, entrando directamente a la corriente sanguínea, disminuyendo los riesgos de enfermedades del hígado; su limitación parece estar en que puede caerse al roce con la ropa, con los consiguientes riesgos de un embarazo no deseado. La vacuna antiespermática puede ser otro de los anticonceptivos del futuro. Los primeros trabajos datan de los años 30; actuaría inmunizando a la mujer contra el espermatozoide o contra el óvulo fecundado. Actualmente se está probando en monos.

---

<sup>lvii</sup> Hipokaliemia: niveles anormalmente bajos de potasio en sangre

<sup>lviii</sup> Quince centros en nueve países participaron en el estudio: seis en Asia, cinco en Europa, dos en Australia y dos en Estados Unidos.

El método más conocido para practicar la esterilización femenina es el quirúrgico el cual tiene ventajas. Sin embargo existe un método no quirúrgico que consiste en insertar en el útero dosis de quinacrina. Es un procedimiento que se realiza en consultorio. Requiere dos aplicaciones con intervalo de un mes. Además de la quinacrina se aplica anprostaglandina para reducir los espasmos, disminuir la tasa de falla y la incidencia de efectos secundarios. Cuesta la décima parte del valor de la esterilización quirúrgica, la tasa de falla es de 1.2 embarazos en cien mujeres observadas durante un año. Sin embargo no es muy conocida por el cuerpo médico<sup>234</sup>.

#### LA ANTICONCEPCIÓN Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El embarazo y el parto son procesos naturales, no son enfermedades, pero implican riesgos para el binomio madre-hijo. Cualquier embarazo, así se desarrolle en las mejores condiciones, es susceptible de complicarse; pero también hay factores que incrementan los riesgos, más aún si se combinan entre ellos, lo cual ocurre con frecuencia. La reducción de embarazos de mayor riesgo se traduce en mejora de la salud y éste ha sido el foco de los programas de salud; aunque todavía queda mucho por hacer, se han logrado avances importantes en la disminución de la mortalidad materna e infantil. Buena parte de este descenso se puede atribuir a la disminución de los embarazos de alto y mediano riesgo asociados al patrón reproductivo que a su vez han sido evitados, en proporción importante mediante la anticoncepción. Sin embargo, como se mencionó, los métodos anticonceptivos no son inocuos para la salud porque tienen efectos secundarios o consecuencias de variable importancia. También se han encontrado efectos protectores, o sea, consecuencias benéficas para la salud de las usuarias, que pueden ir desde disminuir el acné hasta disminuir los riesgos de contraer algunos tipos de cáncer.

De todas estas consideraciones, no se puede aislar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar, —a la cual ya se ha hecho mención— calidad que debe traducirse en información completa y correcta para la usuaria sobre las características de los métodos en su eficacia, reversibilidad, contraindicaciones, efectos secundarios y peligros, de manera que la elección del método, además de libre, tenga un verdadero consentimiento informado.

A continuación se hará una síntesis de los impactos positivos o negativos de la anticoncepción en la salud y particularmente la salud sexual y reproductiva.

### La anticoncepción como insumo para la salud reproductiva

En esta parte hay que remontarse a los efectos de los patrones reproductivos en la salud de la mujer<sup>235</sup>. Se ha observado que mujeres que tienen muchos hijos y con ciertos patrones reproductivos tienen mayor riesgo de tener mala salud y alta mortalidad. Aunque es obvio, debe explicitarse que, cuando una mujer está embarazada tiene riesgo de complicaciones que no experimentaría si no lo está. Entre los riesgos asociados con el embarazo está la hipertensión, el embarazo ectópico, la hemorragia, el parto obstruido o los relativos al aborto en caso de elegir esta opción por motivos terapéuticos o ante un embarazo no deseado. Entonces, si una mujer tiene muchos embarazos durante su vida está asumiendo muchos riesgos de enfermar o morir.

Por otra parte, hay embarazos de mayor riesgo. El primer embarazo por la inexperiencia, los de orden elevado (cuarto o más) porque se incrementa el riesgo de hemorragias y de ruptura uterina, y por las lesiones debidas a embarazos previos.

También hay edades de mayor riesgo. La maternidad en adolescentes tiene más riesgos porque su sistema reproductivo no está suficientemente maduro y no se ha completado el crecimiento. Las mujeres muy jóvenes pueden desconocer los síntomas del embarazo recurriendo tardíamente, ya sea a la atención o cuidados para su salud o al aborto con los consiguientes riesgos. Una complicación frecuente en los embarazos a temprana edad es la desproporción céfalo-pélvica que lleva a trabajo de parto complicado y obstrucción del parto. Los embarazos en edades mayores del período fértil se complican por el deterioro propio del organismo en el que empiezan a desarrollarse las enfermedades crónicas. Por otra parte se incrementa la incidencia de anomalías fetales cromosómicas y de abortos espontáneos.

Los intervalos intergenésicos cortos también incrementan los riesgos porque la madre no alcanza a recuperarse nutricionalmente y esto puede verse potenciado cuando la mujer ha sufrido desnutrición desde su infancia o se producen varios nacimientos sucesivos y a intervalos muy cortos.

Una consecuencia del patrón reproductivo es el tamaño de familia. Las familias grandes reducen la disponibilidad de recursos para atender la salud y la nutrición de sus miembros, en particular la salud de grupos vulnerables como la madre, los ancianos y los niños, pero además las familias grandes exigen más esfuerzo de la madre, minando su salud de manera progresiva.

Los embarazos no deseados que terminan en aborto en malas condiciones constituyen una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad materna.

Hasta acá se han descrito los riesgos de manera aislada, pero suelen estar combinados entre sí o con factores sociales que los agravan. Por ejemplo, embarazo en edad temprana puede tener más riesgo del ya descrito si se es madre soltera en una sociedad que no permite los nacimientos fuera del matrimonio y que la abandona negándole la nutrición, el bienestar y los servicios de salud necesarios; más grave aún cuando ocurren nacimientos sucesivos a intervalos cortos en una madre adolescente. También suelen combinarse embarazos de orden alto con edad avanzada de la madre dentro del período fértil y con intervalos intergenésicos cortos. Otra caso de mayor riesgo es el de primer nacimiento en madre edad avanzada.

En este contexto se deduce que cambios en el patrón reproductivo que reduzcan la frecuencia de embarazos de riesgo inciden positivamente en los niveles de salud materna. La anticoncepción, como insumo para la salud reproductiva, es la herramienta que permite postergar los embarazos hasta el momento en que se considere que existe menos riesgo de complicación o que la mujer lo crea oportuno, permite concentrarlos en las edades de menos riesgo, espaciarlos a intervalos suficientes para que la madre se haya recuperado y limitar el tamaño de la familia en el momento en que se considere que no se deben tener más hijos.

### **La anticoncepción, sus efectos protectores y sus efectos colaterales**

La investigación bio-médica y de salud pública ha realizado estudios para establecer los efectos colaterales de la anticoncepción. Muchos de estos estudios han llevado a encontrar que ciertos métodos tienen efectos terapéuticos o efectos protectores para la salud de la mujer. Sin embargo las investigaciones no suelen ser concluyentes, entre otras cosas porque es difícil aislar los efectos y

establecer relaciones de causalidad. Esto es válido tanto para los efectos protectores como para los efectos secundarios o colaterales.

La investigación sobre **anticoncepción hormonal** es una de las más amplias de manera que no es fácil conciliar los resultados. Se intentará recoger los hallazgos más importantes y más acordes con las características de los preparados que se comercializan actualmente.

La anticoncepción oral fue la primera del tipo hormonal que se difundió masivamente y estuvo acompañada de críticas debido a los efectos secundarios que ocasionaba, pero las mujeres en general asumieron el riesgo dadas las garantías de eficacia. El hecho de que tuviera efectos terapéuticos en el control de desarreglos menstruales favoreció su difusión en países como España donde el uso de anticonceptivos estaba penalizado, no porque la incidencia de estos problemas fuera alta sino porque era la salida legal para el médico y para la usuaria, pero por otra parte llevó a usarla a mujeres para quienes estaba contraindicada porque no podían acceder a un método más inocuo pero que fuera solo anticonceptivo. También se crearon muchos mitos; se hablaba de efectos secundarios graves cuando tal vez no había suficiente documentación, posiblemente para desanimar a las mujeres. A comienzos de 1.977 la periodista Soledad Balaguer escribía a propósito de lo que publicaban algunos diarios "Se citan cifras de mujeres con cáncer y que han tomado la píldora –aunque no se demuestre la forzosa relación de causa efecto– pero no se cita el número de mujeres muertas de parto por no tomar la píldora"<sup>236</sup>.

Desde 1.968 los estudios de casos y controles ya identificaban los problemas cardiovasculares incluyendo tromboembolismo, infarto de miocardio y apoplejía como graves riesgos de la anticoncepción oral y se reseñaban como contraindicados en mujeres hipertensas, con diabetes, obesidad mórbida, mayores de 35 años y fumadoras<sup>237, 238</sup>. Estos estudios fueron realizados cuando las concentraciones de estrógeno eran muy altas; luego fueron prohibidas por la agencia de Estados Unidos para la administración de drogas y alimentos (FDA). A pesar de estar identificadas las contraindicaciones, un estudio en Brasil encontró que 50% de las mujeres que usaban anticonceptivos orales tenían alguna contraindicación para su uso y que las recomendaciones incorrectas eran más frecuentes entre las que tuvieron indicación médica<sup>239</sup>.

Entre los beneficios que se reportaban en esa época estaban los reducidos niveles de anemia de las usuarias de píldora, la disminución significativa de la incidencia de embarazo ectópico, menor frecuencia –significativa– de quistes benignos de seno y ovario, disminución de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica. Por último, Rosenfield resalta que “múltiples estudios han demostrado que los cánceres de ovario y de endometrio han decrecido cerca de 50% en mujeres que han usado anticoncepción oral por más de un año. Esto es particularmente benéfico en el caso de cáncer de ovario el cual es de difícil diagnóstico temprano y tiene alta tasa de mortalidad”<sup>240</sup>.

Más recientemente International Family Planning Perspectives (1.996) recogió los resultados de estudios sobre los riesgos de la píldora de tercera generación<sup>lix</sup> estudios en los que se muestra que usuarias de este tipo de píldora pueden tener mayor riesgo –que las usuarias de píldoras de anteriores formulaciones–, de desarrollar tromboembolismo venoso y un riesgo ligeramente menor de infarto al corazón, pero en este caso no significativa. El estudio de casos (471 casos) y controles (1.772 controles) mostró que las usuarias de cualquier tipo de píldora tienen cuatro veces el riesgo de tromboembolismo que las que no usan píldora. El riesgo es mayor en las usuarias de tercera generación –4.8 veces en las usuarias de tercera generación y 3.2 en las de segunda generación–<sup>241</sup>. También hay estudios recientes que sugieren que las usuarias de anticoncepción oral pueden incrementar al doble el riesgo de desarrollar cáncer cervical o un precursor de este tipo de cáncer. Las usuarias durante mayor tiempo –seis años o más- tienen mayor riesgo. El estudio recogió, para casos y controles, información sobre prácticas sexuales, historia reproductiva, uso de anticonceptivos, infecciones genitales, historial médico, higiene personal y hábitos, incluido el de fumar y características demográficas. Las razones de riesgo relativo fueron ajustada por nivel de educación, ingreso, número de parejas sexuales, número de episodios de la ETS verruga genital, duración del uso del diafragma, y ganancia de peso desde los 18 años al momento del diagnóstico. Las mujeres que han usado la píldora por más de doce años tienen el mayor riesgo de adenocarcinoma del cérvix (razón de riesgo relativo RR=4.4), sin embargo las que usan la píldora 1-6 meses también pueden tener un riesgo elevado (RR=2.9) aunque puede deberse a que son un grupo diferente<sup>242</sup>. Estudios similares realizados en el caso de los anticonceptivos hormonales inyectables no han encontrado que se incremente el riesgo relativo de cáncer cervical (RR=0.75) invasivo en sus usuarias<sup>243</sup>.

Otros estudios han relacionado el uso de la píldora con un aumento del riesgo de cáncer de mama en pacientes que la han usado por largo tiempo o entre las que comenzaron su uso antes de los 25 años o antes de su primer embarazo<sup>244</sup>.

Para otros efectos adversos hay algunas discrepancias e incluso posiciones antagónicas. Por ejemplo, varios autores<sup>245, 246</sup> entre ellos la OMS<sup>247</sup> cita como efecto colateral de la minipíldora –píldora unitaria de progestágeno– que aumenta el riesgo de embarazo ectópico porque los gestágenos reducen la movilidad de la trompa uterina, con lo que el transporte del óvulo se retrasa y el producto de la fecundación anida en la pared de la trompa. Mientras Hatcher<sup>248</sup> *et al.* lo plantean como que “no previenen el embarazo ectópico”. Caso similar se presenta con el Norplant; la OMS<sup>249</sup> menciona que “no parece aumentar el riesgo de embarazo ectópico” mientras que Hatcher<sup>250</sup> *et al.* dicen que “ayuda a prevenir el embarazo ectópico”. En otro apartado del mismo libro se define esta frase como que “el riesgo de embarazo ectópico es menor que en mujeres que no usan ningún método de planificación familiar”<sup>251</sup>. Quizás la dificultad para investigar estos problemas y llegar a resultados concluyentes se deba a la reducida frecuencia de casos observados de que se dispondrá, dada la alta eficacia anticonceptiva de los métodos. Sin embargo, esto puede prestarse a manipulaciones en el momento de dar información a una usuaria potencial.

Una pregunta que queda en el ambiente es ¿qué normas de seguridad, facilidad de uso y control de efectos secundarios se han impuesto a la píldora masculina para que todavía no se haya comercializado?. Al respecto Ingrid Strobl dice “ la píldora masculina podría estar en el mercado desde hace mucho tiempo, pero las exigencias de tolerancia para un anticonceptivo semejante son tan altas que todavía no han podido ser resueltas por la investigación. Además la poca aceptación que se espera del grupo de usuarios al que se dirige no permite esperar grandes ganancias”<sup>252</sup>. Si estas mismas exigencias se hubieran tenido con la anticoncepción femenina seguramente se estaría muy lejos de la “amplia gama de métodos” de que se hace gala.

Los inyectables también fueron polémicos en sus inicios. Se encontró que producían menstruaciones irregulares y disminución de la menstruación y después de un año de uso muchas mujeres llegaban a

---

<sup>lix</sup>Primera generación: aquellas que contienen 50 mcg. o más de estrógeno y cualquier cantidad de progestágeno. Segunda generación: aquellas con 35 mcg. o menos de estrógeno y cualquier cantidad de progestágeno, excepto gestodene o desogestrel. Tercera generación: aquellas con baja dosis de estrógeno y gestodene o desogestrel.

ser amenorreicas. Estas fueron las principales causas de discontinuación del método. Los ensayos clínicos en laboratorio fueron cuestionados y la FDA demoró su aprobación aún cuando ya había sido aprobado por cerca de 80 países<sup>253</sup> además de la OMS. Sin embargo el método comenzaba a ser popular en muchos países.

Justamente, uno de los métodos que ha causado mayor polémica ha sido el de los implantes subdérmicos. Además de algunos de los efectos secundarios que se presentan con otros anticonceptivos hormonales, al Norplant se le critican las disfunciones menstruales que provoca, siendo el principal problema encontrado en los estudios clínicos<sup>254, 255</sup>. En algunos casos es amenorrea y en otros sangrados prolongados o frecuentes; estos últimos pueden incrementar el riesgo de anemia. También hay algunas reacciones de mujeres que después de cinco años de uso del método han preferido seguir utilizándolo siendo conscientes de este efecto; una de las razones que argumentan es que la otra opción que en realidad tienen es la esterilización<sup>256, 257</sup>. Este estudio encontró además que, aún con problemas de sangrado prolongado, las usuarias no mostraban anemia, al parecer porque las hemorragias no eran fuertes y perdían menos sangre que en una menstruación normal. La mayor parte de los estudios coinciden en que la mayor barrera para la aceptabilidad del Norplant es la calidad del servicio en términos de no remover los implantes cuando la usuaria lo solicita y la información incompleta que reciben en el momento de elegir el método porque no se mencionan los efectos secundarios.

También se ha dicho que en el proceso desarrollo del método no se tuvo la suficiente rigurosidad científica y ética. Ante todos estos clamores el Population Council ha publicado un documento en el cual presenta la historia del desarrollo del método y los estudios bio-médicos, clínicos y de aceptabilidad que se han hecho<sup>258</sup>.

Dentro de los **métodos de barrera**, los preservativos no tienen efectos secundarios o peligros conocidos. Las ventajas más destacadas son la eficacia y la protección que ofrece frente al VIH/SIDA y a las ETS, y por consiguiente frente a enfermedad inflamatoria pélvica, el dolor crónico y la infertilidad tanto en los hombres como en las mujeres. Sin embargo deben hacerse algunas observaciones. Son altamente eficaces cuando se usan correctamente “todas las veces” es decir, un preservativo nuevo en cada episodio o contacto sexual, de lo contrario son moderadamente efectivos –un embarazo en cada 8 mujeres que lo usan durante un año–. En cuanto al efecto protector frente a ETS/VIH/SIDA se debe reconocer que son la mejor protección pero no protegen totalmente contra todas

estas enfermedades. Pueden impedir la transmisión de VIH/SIDA, gonorrea, sífilis, clamidia y tricomoniasis. Protegen con menos eficacia contra el herpes, el virus de la verruga genital y otras enfermedades que pueden ocasionar úlceras en las zonas de la piel no cubiertas por el condón. Los estudios muestran que los usuarios de condón tienen más o menos dos tercios del riesgo de contraer gonorrea, tricomoniasis o clamidia, que la gente que nunca usa condones. Los usuarios de condones corren menos de la mitad del riesgo de contagiarse por el VIH. Sin embargo, estos resultados pueden estar afectados por incluir personas que no usan correctamente los condones<sup>259</sup> y la protección, en condiciones correctas de uso puede ser mayor.

El diafragma y el capuchón son métodos que tienen la ventaja, a diferencia del preservativo, de poderse usar en varios coitos sin necesidad de moverlo o cambiarlo. Una vez retirado de la vagina se lava y se guarda pudiendo utilizarse mas o menos durante un año; sin embargo esto no se destaca en la literatura. Se ha demostrado que los métodos vaginales ayudan a prevenir las ETS aunque no queda claro si con los mismos índices que el preservativo<sup>260</sup>.

El uso masivo del **dispositivo intrauterino (DIU)** igualmente estuvo marcado en sus inicios por las complicaciones. En Estados Unidos, para las usuarias de la marca Dalkon, se presentó un incremento de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIP) que desembocó en varias muertes por aborto séptico espontáneo en mujeres que quedaron embarazadas cuando tenían el DIU. Esta marca tuvo que ser retirada del mercado. Sin embargo los estudios mostraban que en mujeres casadas en relación estable no había incremento significativo de EIP. La evidencia sugiere que no es el DIU el que causa la infección *per se* sino que, en las mujeres que están expuestas a las ETS, el DIU facilita el movimiento de estas enfermedades desde el cérvix a las Trompas de Falopio, entonces una mujer con múltiples compañeros sexuales que usan DIU tienen un incremento significativo del riesgo de EIP. La perforación de útero era otra de las complicaciones del dispositivo, es grave pero ocurría en menos de 1% de las usuarias; la mayor frecuencia de perforación se presentaba en el momento de la inserción. No hubo estudios concluyentes sobre si el DIU incrementaba el riesgo de embarazo ectópico. Posteriormente surgieron varios tipos de dispositivo pero no había empresas que quisieran comercializarlo por el miedo a las demandas<sup>261</sup>.

Según el recuento realizado por Molina<sup>262</sup>, la asociación entre DIU y EIP ha sido ampliamente documentada desde 1.968 hasta estudios recientes y los mayores problemas se derivan del momento

de la inserción o del uso en mujeres para las que está contraindicado. En los peligros atribuidos al DIU hay algunas discrepancias: se menciona<sup>263</sup> que se puede insertar inmediatamente después del parto (a excepción de los DIU que liberan hormonas) mientras que otros<sup>264</sup> dicen que no se recomienda durante la lactancia porque aumenta las probabilidades de perforación. Actualmente las contraindicaciones para el uso del DIU y los efectos secundarios son las mismas que al comienzo pero en la medida que se respeten y que el personal de salud tenga suficiente capacitación, resulta una buena opción anticonceptiva. Las nuevas versiones pueden usarse por diez años sin necesidad de cambiarse.

En general se reporta como que la **esterilización femenina** no tiene efectos secundarios salvo los asociados con el procedimiento quirúrgico. Sin embargo numerosos estudios revisados por Molina han reportado secuelas como mayor incidencia de alteraciones menstruales y de histerectomía principalmente después de los cinco años de la operación y en pacientes más jóvenes. Las alteraciones menstruales parecen deberse a insuficiencia vascular, congestión venosa, alteraciones del sistema linfático y lesiones neuroendocrinas. Estas alteraciones sugieren que a largo plazo puede haber riesgos de alteraciones psíquicas, menopausia precoz o síntomas climatéricos, aumento de osteoporosis, aumento de enfermedades del aparato cardiovascular y aumento de cánceres hormono-dependientes<sup>265</sup>.

Acerca de la **esterilización masculina** también se ha dicho que no tiene efectos colaterales. Las revisiones de la literatura médica realizadas por Molina indican “sin duda que la vasectomía produce alteraciones inmunológicas tanto en animales como en seres humanos, alteraciones producidas por la producción de anticuerpos anti-espermatozoide en la mayoría de los pacientes, existiendo evidencia de asociaciones con alteraciones del sistema vascular, en animales, y asociaciones con cáncer de próstata, en seres humanos”<sup>266</sup>.

En síntesis, los métodos actuales son variados en cuanto a eficacia, vía de administración, mecanismo de acción y costos. Teóricamente cada persona podría escoger por lo menos un método que se adapte a sus circunstancias. Sin embargo falta consenso en varios aspectos de importancia tanto para los usuarios y usuarias como para la definición de los programas de planificación familiar. Uno de ellos es el manejo de las contraindicaciones especialmente de las contraindicaciones absolutas, que son las de claro peligro para la salud. Debe conciliarse la capacidad de diagnóstico

para identificar condiciones de salud que se oponen al uso de un método, con la prestación de estos servicios a través de la atención primaria o de programas que no dependen de los servicios de salud. Otro elemento a considerar es la información sobre efectos colaterales que debe recibir la persona acerca de un método, información que debe ser veraz y completa. En la mayor parte de los estudios se muestra que cuando las mujeres están informadas aceptan mejor los métodos. En la medida en que la anticoncepción está siendo aceptada por mujeres cada vez más jóvenes, el tiempo de exposición al riesgo para el desarrollo de efectos colaterales es muy amplio y habrá muchos problemas que todavía son desconocidos especialmente en el caso de los métodos que están comenzando a ser de uso masivo. El respeto por la decisión de una usuaria debe ser punto fundamental de los programas y esto rige tanto para la elección del método como cuando ella decide suspenderlo.

### **III.2 TÉCNICA MÉDICAS EN LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA**

#### **TÉCNICAS DE EQV PARA MUJERES**

La esterilización para las mujeres implica el bloqueo de la trompas de Falopio para impedir que se unan el espermatozoide y el óvulo. Esto puede lograrse mediante ligadura, oclusión mecánica con clips o anillos o electrocoagulación.

#### **Minilaparotomía subumbilical**

Inmediatamente después del parto, el útero y las trompas de Falopio se encuentran altos en el abdomen. Una pequeña incisión de 1.5 a 3 cms ligeramente por debajo del ombligo generalmente basta para llegar a las trompas. La anestesia local con ligera sedación es con frecuencia suficiente. Una vez practicada la incisión, pueden emplearse muchos métodos para ligar la trompa. El método más sencillo y más popular es el método de Pomeroy que consiste en levantar la trompa, hacer un bucle y ligarlo por su parte inferior mediante sutura de catgut. Luego se extirpa el fragmento de la trompa que formaba el bucle y con el transcurso del tiempo el catgut se absorbe, habiendo desaparecido después de varias semanas, los dos muñones se retraen y queda entre ellos una cicatriz que los separa.

## Minilaparotomía suprapúbica

La minilaparotomía suprapúbica o “esterilización de intervalo (cuatro semanas o más después del parto) se realiza cuando el útero está totalmente involucionado. La técnica exige una incisión abdominal de 2 a 5 cms de longitud ligeramente por encima del vello púbico. La minilaparotomía puede ser difícil si la mujer es obesa, el útero está fijo o las trompas tienen adherencias por infecciones o cirugías previas. Con frecuencia un gancho tubárico o una pequeña pinza de Babcock facilitan la sacada de la trompa de Falopio del abdomen. Las técnicas de oclusión que pueden utilizarse son, como en el caso anterior, la de Pomeroy, la de Pritchard, los anillos de silástico, el clip de Filshie y varios más.

## Laparoscopia

El método laparoscópico se utiliza con mayor frecuencia para colocar anillos (bandas) en las trompas. Después de realizar una ligera incisión subumbilical, se inserta la aguja de Veress para insuflación haciendo tracción hacia arriba sobre el abdomen. La aguja se introduce hacia la pelvis, alejándola de los grandes vasos sanguíneos. Una vez se insufla el gas y se retira la aguja se coloca el laparoscopio. Si se realiza una laparoscopia de doble punción, la segunda punción se efectúa bajo visualización directa a través del laparoscopio en el abdomen. Las bandas de silástico, la electrocoagulación y los clips de Filshie son las técnicas de oclusión usadas.

Los laparoscopios son costosos y difíciles de reparar y mantener. Este factor además de la necesidad de habilidades especiales para su mantenimiento, lleva a la recomendación de que se utilicen laparoscopios únicamente en quirófanos de alto volumen y plenamente equipados<sup>267, 268</sup>.

## TÉCNICAS DE EQV PARA HOMBRES

La vasectomía u operación de esterilización masculina, que bloquea los conductos deferentes para impedir el paso de espermatozoides, es un procedimiento sencillo que puede realizarse en forma rápida, segura y poco costosa.

Los conductos (dos estructuras tubulares, una a cada lado del escroto) se sujetan con un instrumento atraumático o con los dedos. Se infiltra Lidocaína, se corta la piel y el músculo por encima del

conducto. A través de esta pequeña incisión se aísla el conducto, se ocluye y en la mayoría de los casos se reseca. Las incisiones pueden cerrarse con sutura absorbible.

### III.3 LOS PROCEDIMIENTOS EN LA PRÁCTICA DEL ABORTO

En la revisión realizada por Van de Walle que cubre hasta el siglo XVII se mencionan principalmente las drogas o medicamentos, —en pociones, emplastos, pesarios o baños de asiento—, y con diferencia se encuentran los instrumentos punzantes y los movimientos fuertes; aunque se citan situaciones violentas como causa del aborto, parecen ser accidentales<sup>269</sup>.

No es muy diferente la lista de métodos abortivos que encontró Mónica Weisner en su estudio sobre el aborto en Chile, especialmente en lo que se refiere a la farmacopea popular —etnofarmacopea—<sup>lx</sup>. En este caso, la práctica más frecuente son las inyecciones generalmente asociadas a fármacos utilizados para inducir o acelerar el parto, seguida de las infusiones de plantas, bebidas alcohólicas y fármacos, esfuerzos físicos, introducción de elementos en la vagina, como objetos punzantes, tallos o raíces de plantas o sondas. Las mujeres recurren primero a acciones abortivas menores, —remedios que ellas creen saber, más baratos que la sonda, que consideran menos riesgosos y cuyo uso no requiere ayuda de nadie—, pero al no resultar efectivas optan por la sonda a la cual se recurre después de cuatro o cinco intervenciones. Sólo en un tercio de los casos se usó directamente la sonda y fue precisamente en casos en que la mujer tomó la decisión de abortar cuando el embarazo estaba avanzado. A pesar de la ineficacia de muchos de estos “remedios” la mujer continuaba intentando el aborto, es decir, su decisión era clara. Algunas de las entrevistadas manifestaban que una vez realizados varios intentos, aunque no se hubiera producido el aborto, el feto podría tener lesiones graves lo cual las hacía más firmes en su decisión. También pensaban que se había perdido tiempo y cuando finalmente abortaron se dieron cuenta que el feto estaba más formado de lo que ellas esperaban. Debido a que las mujeres estudiadas tuvieron complicaciones, todas necesitaron del

---

<sup>lx</sup> Entre las prácticas están las inyecciones generalmente asociadas a fármacos utilizados para inducir o acelerar el parto; luego están las infusiones de yerbas y fármacos a las que se agregan grandes dosis de ácido acetilsalicílico; infusiones de bebidas alcohólicas —vino, malta o cerveza— y fármacos —ácido acetilsalicílico—; pastillas de quinina; infusión de yerbas, generalmente de varias yerbas —ajenojo, ruda, perejil, borraja, orégano y muchas otras—; esfuerzos físicos o mecánicos como virutillar pisos, levantar objetos pesados, darse baños de inmersión con agua muy caliente; ingestión de elementos no comestibles y tóxicos diluidos en agua —azul de lavar, cemento de construcción, jabón, lejía, ceniza—; preparado abortivo que venden los yerbateros mezclado en infusión con vino o cerveza; introducción vaginal de elementos vegetales —tallos o raíces de perejil, tallo o rama de bambú—; introducción vaginal de elementos extraños —alambres, palillos, cepillo de dientes—; lavado endouterino con jabón u otros elementos; introducción vaginal de sondas. Muchos de estos métodos coinciden con lo descrito en un estudio similar realizado en Cali (Colombia), otras muestran relación con recetas de textos antiguos como el del médico judío Johanan (siglo III) o de la medicina alemana del siglo XV. (WEISNER, M. 1.982 pag. 188)

curetaje o raspado efectuado por personal de salud<sup>270</sup>. Diez años después y siendo la última década del siglo XX se encuentran las mismas tradiciones populares adaptadas al herbario característico de las distintas regiones de Colombia, así como la apropiación de conocimientos químicos y farmacéuticos<sup>bi</sup> por parte de las mujeres a través de sus contactos con farmacias y hospitales en la búsqueda de atención de salud<sup>271</sup>.

Estos métodos, algunos muy antiguos y rudimentarios, han sido conocidos por muchas culturas y siguen siendo usados, como lo demuestra la clasificación que hace Gerardo Landrove<sup>bii</sup> en 1972 dentro del contexto español o la investigación realizada en seis países de América Latina en 1992 —del que forma parte el de Colombia, arriba mencionado— en la que se mencionaban desde los métodos más arcaicos hasta los más modernos<sup>272</sup>.

## TÉCNICAS MÉDICAS DE ABORTO

Los desarrollos tecnológicos actuales presentan una serie de procedimientos que permiten el aborto en condiciones de higiene y asepsia. Las técnicas son diferentes según el avance del embarazo, es decir de acuerdo con el tamaño del feto. Algunas clasificaciones hablan de abortos médicos (en los que usan fármacos como Methotrexate o Mifepritone-RU486) y de abortos quirúrgicos (mediante instrumental se realizan procedimientos de aspiración o dilatación y curetaje)<sup>273</sup>. Otros autores refieren la misma clasificación a métodos farmacológicos y métodos instrumentales<sup>274</sup>.

## Métodos instrumentales

**Aborto por aspiración.** En abortos tempranos (a partir de la 4<sup>a</sup> o 5<sup>a</sup> semana y hasta la 7<sup>a</sup>, contadas desde el primer día del último período menstrual) se puede realizar una aspiración mediante una jeringuilla que cree bastante succión para quitar el tejido embrionario a través de un tubo fino. Para embarazos más avanzados (entre 7 y 14 semanas), se adormece el cuello del útero con anestesia y

---

<sup>bi</sup> En lo relativo a “Saberes femeninos sobre medicamentos abortivos de orden farmacéutico” en el estudio realizado en las zonas urbanas de Colombia se mencionan: Pytosin, Cytotec, Methergin, Pytosin más Lisalgil, Perlutal, Ergotrate más Methergin, Aspirina más cerveza o vino hervido. [Zamudio L., Rubiano N., Wartenberg L. (1999) pag. 102]

<sup>bii</sup> El profesor Landrove clasifica los métodos en mecánicos, físicos y tóxicos. Entre los mecánicos incluye el traumatismo abdominal, taponamiento vaginal, empleo de instrumentos punzantes, o las inyecciones intrauterinas de agua jabonosa. En los físicos señala el empleo de calor principalmente mediante duchas vaginales; las corrientes galvánicas o aplicaciones dietérmicas repetidas. Entre los tóxicos, se menciona el fósforo blanco, el anhídrido arsenioso; alcaloides como la quinina o el cornezuelo de centeno; purgantes en dosis elevadas, la penicilina, también en grandes dosis o ciertos vegetales como azafrán, laurel, menta, nuez moscada o la introducción del tallo de perejil. [Citado en HERNÁNDEZ (1991): 29]

se dilata de manera que pueda pasar un tubo plástico; el extremo que se introduce en el útero es abierto y suficientemente suave para no causar lesiones, el otro extremo está conectado con un aspirador que produce una succión para vaciar el útero. No es necesaria anestesia general, pero muchos pacientes reciben un sedante intravenoso leve. Después de vaciar el útero, el médico puede usar un instrumento como una cucharita para investigar si todavía hay tejido adentro de la matriz.

Es tal vez el procedimiento más común actualmente. Las modernas técnicas de ultrasonido permiten hacer diagnóstico de embarazo muy temprano evitando realizar la intervención cuando no hay embarazo<sup>275,276</sup>. Ambas técnicas son sencillas y pueden ser realizadas por médicos o personal no médico con entrenamiento especial. Sin embargo exigen condiciones de asepsia que normalmente solo existen en consultorios o instituciones de salud.

El método Karman utiliza la cánula que lleva este nombre, que es un tubo flexible de plástico con un extremo redondeado y provisto de dos aberturas laterales a través de las cuales se efectúa la aspiración. Los bordes de las aberturas actúan como raspador<sup>277</sup>.

**Dilatación y evacuación (D&E).** Este procedimiento se utiliza en el segundo trimestre del embarazo (14 y 24 semanas) y es semejante al aborto de succión. Debido a que es en embarazos más tardíos, requiere que se ensanche más el cuello del útero y que se use un tubo más grande para la succión. La mujer debe estar en la clínica varias horas o incluso asistir a la misma en dos días consecutivos. Primero, el médico inserta una fibra estéril para producir una lenta dilatación del cuello uterino, se esperan unas horas, y se procede a la evacuación del contenido uterino mediante succión. La dilatación facilita la evacuación y disminuye los riesgos, lo cual es muy importante en las semanas más avanzadas de gestación. Tampoco es necesaria anestesia general, pero muchas pacientes reciben un sedante intravenoso<sup>278, 279</sup>.

**Dilatación y extracción (D&X).** Es usado en embarazos avanzados, básicamente en casos de aborto terapéutico. Ha sido el tipo de aborto más criticado por los movimientos antiabortistas y utilizado para sensibilizar a la opinión pública.

**Dilatación y extracción (D&X).** Es usado en embarazos avanzados, básicamente en casos de aborto terapéutico. Es llamado “nacimiento parcial” y ha sido el tipo de aborto más criticado por los movimientos antiabortistas y más utilizado para sensibilizar a la opinión pública.

**Dilatación y curetaje (D&C).** Consiste en raspar la pared uterina (raspado, legrado). Se utiliza en una variedad de circunstancias no solo para el aborto aunque, en algunos países fue muy utilizado con este fin en los primeros años de la década del 70 o antes de generalizarse el uso de la aspiración. Se dilata el cuello del útero, después de la dilatación se emplea una cureta, un aro metálico colocado al final de un mango largo y fino, que raspa suavemente las paredes uterinas internas extrayendo el tejido fetal con forceps<sup>280, 281</sup>.

**Inducción.** Se utiliza de las 16 a las 24 semanas de embarazo. A medida que el embarazo progresa las paredes del útero se adelgazan siendo más susceptible a una perforación; por esta razón y por el mayor tamaño del feto se desaconsejan las técnicas descritas. Consiste en inyectar en útero una solución salina a través de la pared abdominal, para inducir trabajo de parto. Varias horas después las contracciones provocan la dilatación del cuello uterino y tanto el feto como la placenta son expulsados<sup>282</sup>.

## Métodos farmacológicos

Consisten en incitar el aborto tomando medicamentos. Una es la combinación de dos drogas, *Methotrexate* y *Misoprostol*. El *Methotrexate* fue aprobado por el FDA en 1954 (*Food and Drugs Administration*, entidad de EE.UU. para el manejo de drogas y alimentos) como droga de la quimioterapia del cáncer de seno. También fue aprobada para la soriasis y la artritis reumatoide. Es el tratamiento recomendado en caso de embarazo ectópico; previene la necesidad de retirar quirúrgicamente la trompa de Falopio. El misoprostol es una prostaglandina que contrae el útero para expulsar el embrión. Debido a que causa defectos al embrión, se debe utilizar solamente por las mujeres que pueden tener un aborto instrumental o quirúrgico si el farmacológico falla.

El otro procedimiento farmacológico es el *Mifepristona* o *RU-486* conocida comúnmente como la píldora abortiva que también requiere de una dosis posterior de prostaglandina. Debido a la polémica que la ha rodeado desde sus comienzos se analizará con mayor detalle.

**Mifepristona o RU-486.** Es una hormona sintética que neutraliza los efectos de la progesterona —la progesterona es la hormona que actúa sobre las paredes del útero preparándolo para recibir el huevo fecundado y continuar el embarazo— y en consecuencia el huevo no se puede implantar o si se ha implantado no se puede mantener y se desprende. Es decir las hormonas sintéticas desplazan a las hormonas del embarazo<sup>283</sup>. Fue descubierta en Francia por Etienne-Emile Baulieu y ocho años después (1.988) fue aprobada para su uso. Se calcula que uno de cada cuatro abortos en Francia utiliza actualmente la RU-486 donde el uso está aprobado solamente hasta los 49 días del embarazo (7ª semana). En Gran Bretaña (aprobada en 1991) y Suecia (1992) está aprobada hasta los 63 días<sup>284</sup>. Es eficaz (95%) en embarazos de menos de 49 días de amenorrea<sup>lxiii</sup>; se toman tres comprimidos, la mujer empieza a sangrar al día siguiente; a las 48 horas después de haber tomado los comprimidos se le administra una dosis de prostaglandina que provocará las contracciones del útero y la total expulsión en la mayoría de los casos. Las pastillas no se venden en farmacias; se administran en clínicas o ambulatorios, se permanece allí mas o menos cuatro horas durante los cuales aparece la hemorragia en la mayor parte de los casos (75%), en el resto aparece en las 24 horas siguientes. La mujer vuelve al día siguiente para la inyección de prostaglandinas. La tasa de falla es de 4.7%, es decir que cerca de 5 de cada 100 mujeres que tomaron la RU-486+prostaglandina no pudieron evacuar totalmente y requirieron un aborto por aspiración<sup>285</sup>.

Estos procedimientos y cifras de efectividad y de falla coinciden con los expresados por THE HOPE CLINIC FOR WOMEN <sup>286</sup> pero distan de los de la CLÍNICA TUTOR MÉDICA de Barcelona que en su página web<sup>287</sup> ofrece la siguiente información: “la Mifepristona es un fármaco que provoca la interrupción del embarazo con una frecuencia baja (del 60 al 80%) y a lo largo de muchos días (solo 2% antes de 2 días). Además necesita de un apoyo instrumental, como el raspado, frecuentemente. Su utilización sola se abandonó en 1.997”. Aunque la información de la clínica Tutor Médica dice que en 1997 se abandonó la administración aislada de la RU-486, según el Boletín del Movimiento Feminista, esta combinación —RU 486+prostaglandina— se practica desde 1992.

En Estados Unidos se ha librado una larga batalla para su aprobación<sup>lxiv</sup>, la cual se obtuvo completamente en el año 2.000, aunque desde 1996 se podía proveer el aborto farmacológico con

---

lxiii Es decir menos de 7 semanas desde la última menstruación lo que equivale a 5 semanas de embarazo, o sea, tres semanas de retraso.

lxiv Durante la administración Bush (1989-1992) la mifepristona se incluyó en la lista de drogas prohibidas por la FDA para su importación para uso personal. La administración Clinton en enero de 1993 pidió a la FDA reconsiderar la prohibición y esta entidad en respuesta indicó que se podrían poner a su consideración pruebas clínicas realizadas en Europa como evidencia

esta droga. Se espera que después de la aprobación definitiva disminuirán los abortos por aspiración porque los estudios han demostrado que la RU-486 será escogida por más mujeres, muchos médicos que hasta ahora no ofrecen servicios de aborto ofrecerán esta alternativa y porque el aborto con *Methotrexate* —la otra droga mencionada anteriormente y aprobada desde 1954— aumentó sensiblemente entre 1996 y 1997 lo que parece ser un cambio hacia el aborto temprano y hacia el procedimiento<sup>288</sup>.

En la ya tradicional polémica en torno al aborto, amplia es la querrela en el campo lingüístico sobre el llamado “efecto” de esta droga. Quizás por esta razón Etienne-Emile Baulieu ha argumentado que su efecto no debe ser descrito como abortivo del todo. Él sostiene que el término aborto debe ser reservado para los métodos quirúrgicos de terminación de la preñez y prefiere la palabra “contragestión” (una contracción de “contragestación”) para aquellos métodos que trabajan el “rango medio”, oponerse a la gestación antes de la implantación o en las etapas tempranas de la preñez. Por esta definición todas las tecnologías médicas anticonceptivas son mínimamente contragestación<sup>289</sup>.

#### III.4 LAS SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE ESTERILIDAD

Se estima que cerca de 10 por ciento de la población general está afectada de infertilidad y esta proporción llega a 20 por ciento entre 20 y 40 años, edades en que comúnmente se tienen los hijos. Según varios estudios realizados en países desarrollados, la esterilidad primaria oscila entre 3 y 5 por ciento. En los últimos años ha aumentado la proporción de parejas que llegan a solicitar los servicios de los centros especializados en tratamiento de la esterilidad. Se apuntan tres motivos principales: la postergación del embarazo a edades superiores a los 35 años de la mujer con el consecuente

---

de la seguridad de la droga, con lo cual se daba un paso adelante en el proceso de aprobación. Dado el ambiente favorable, en mayo de 1.994, la firma farmacéutica francesa Roussel-Uclaf que la desarrolló, donó sus derechos sobre la mifepristona en los Estados Unidos, al Population Council —institución no lucrativa de investigación— que procedió a realizar pruebas clínicas en este país entre 1.994 y 1.995. Las pruebas demostraron que la mifepristona es altamente efectiva, saludable y aceptable para el aborto prematuro. Después de audiencias públicas sobre el tema, el Consejo Asesor para las Drogas de la Salud Reproductiva la aprobó en el verano de 1.996 y lo propio hace la FDA en septiembre del mismo año aunque quedaban pendientes otros requisitos para su aprobación final. Completar los requisitos no fue tarea fácil y entre tanto los opositores al aborto intentaron evitar por todos los medios que la FDA diera la aprobación final (PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA, 2001). En el año 2000 la FDA aprueba la mifepristona para la terminación temprana del embarazo bajo las siguientes normas: la mujer debe conocer los efectos secundarios y la tasa de falla (uno en 100 casos requieren la intervención quirúrgica), la droga no debe usarse en caso de sospecharse embarazo ectópico, cuando está colocado un DIU, en fallas crónicas de las glándulas suprarrenales, terapia prolongada con corticoides, historia de alergia a mifepristona, misoprostol u otras prostaglandinas, desórdenes de la coagulación sanguínea o terapia actual con anticoagulantes. Puede proveer un aborto con esta droga por un médico capaz de determinar la edad de la gestación, capaz de diagnosticar embarazo ectópico y capaz de realizar la intervención quirúrgica en caso aborto incompleto o sangrado severo, tener planes de remisión a otro servicio en caso necesario. (U.S. Department of Health and Human Services "FDA approves Mifepristone for the termination of early pregnancy" *HH NEWS*, sept. 2000).

envejecimiento de los gametos, la disminución de la calidad seminal de los hombres que residen en los países industrializados y la difusión de las posibilidades ofrecidas por las técnicas de reproducción asistidas (TRA)<sup>290</sup>.

Aunque desde el siglo XVIII<sup>bv</sup> se conocen estudios de reproducción asistida, se puede considerar que el desarrollo de técnicas TRA es relativamente reciente. Hace menos de cinco lustros que nació en Inglaterra Louise Brown (1978) llamada primer “bebé probeta” por haber sido concebida mediante fertilización *in vitro*. Unos años más tarde, en 1984, nace en Australia una niña, Zoe Leyland, como resultado de la combinación de técnicas: fertilización *in vitro* y congelación y descongelación de embriones, razón por la que se llamó a estos niños “hijos del frío”. El último cuarto del siglo XX se caracterizó por el desarrollo y difusión de estas técnicas pero también se abrió el debate en el campo de la bioética, no solo por el mal uso que se les puede dar, como la clonación, la ectogénesis o la partogénesis, sino por otras “desviaciones simples” como la selección de sexo o la maternidad subrogada, u otras situaciones como el problema de los embriones congelados sobrantes, la situación jurídica de los embriones huérfanos debido al fallecimiento de los donantes, la aplicación de TRA en mujeres de edad avanzada o sin pareja estable, el aborto terapéutico necesario en los embarazos con más de tres embriones<sup>291</sup>. En España la Ley Orgánica de Técnicas de Reproducción Asistida (Ley 35/88) prohíbe: ① la fecundación de oocitos humanos con fines de investigación; ② la fecundación heteróloga de oocitos humanos; ③ la clonación; ④ la subrogación de una gestación, conocida como útero de alquiler<sup>292</sup>. En el cuadro III.2 se presenta una mención a las técnicas actuales de tratamiento de la esterilidad.

Antes del impulso logrado en la reproducción asistida, la opción que tenían las parejas estériles era la adopción. Actualmente esta alternativa conlleva problemas en la medida en que ha descendido la fecundidad en general, las legislaciones se han hecho más estrictas y las parejas adoptantes sienten inseguridad respecto de la frecuente condición problemática de los niños que forman la población adoptable<sup>293</sup>. Dados los actuales niveles de éxito de la reproducción asistida, que son relativamente bajos frente a las expectativas de las parejas —50% en casos en que se han probado varias técnicas— y el tiempo que lleva explorar estas alternativas, se les recomienda inscribirse en una lista

---

<sup>bv</sup> De Italia 1780, data una experiencia exitosa de inseminación artificial al inyectar, mediante una cánula, el semen de un perro, en el útero de una perrita en celo. Posteriormente el médico inglés John Hunter (1799) realizó, también con éxito, una inseminación artificial en seres humanos. A mediados del siglo XIX se inicia, en diferentes países, la investigación sobre la fisiología de la reproducción, la esterilidad —tanto femenina como masculina— y sus soluciones, destacaron científicos

de adoptantes desde el comienzo del tratamiento, pero desde luego las parejas prefieren agotar las posibilidades para tener un hijo biológico.

### Cuadro III.2 Técnicas de tratamiento de la esterilidad

Técnicas básicas		Técnicas complementarias
Inseminación artificial (IA)	Depósito de espermatozoides en el tracto genital femenino. Dependiendo del lugar de depósito se denomina: cervical, intrauterina, tubárica.	Estimulación del ovario Método de la temperatura basal: método para identificar los días de ovulación. Métodos de selección de espermatozoides más usados: <i>swin-up</i> y centrifugación en gradientes de densidad.
	IAC: inseminación artificial con semen del cónyuge IAD: inseminación artificial con semen de donante	Inseminación intrauterina: consiste en depositar en el útero espermatozoides seleccionados y capacitados, con lo que la fecundación del oocito sigue el mismo proceso de fecundación <i>in vivo</i> . (Tasa de éxito: 20%)
Técnicas de reproducción asistida (TRA)	Fecundación <i>in vitro</i> (FIV): los oocitos extraídos de la mujer se fecundan en el laboratorio de reproducción asistida, con los espermatozoides seleccionados correspondientes y por tanto la fecundación se realiza fuera del cuerpo de la mujer. (Tasa de éxito: 40%)	Microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) <sup>lxvi</sup> : técnica que permite que un solo espermatozoide se introduzca en el citoplasma cada oocito maduro atravesando, con una micropipeta, la zona pelúcida y la membrana plasmática oocitaria.
		Criopreservación de embriones: los embriones fecundados <i>in vitro</i> se mantienen sumergidos en nitrógeno líquido (-169° C) temperatura a la que no existe ningún tipo de actividad metabólica.
		Eclosión asistida (assisted hatching): algunos embriones procedentes de FIV no son capaces de eclosionar y en consecuencia no se podrán implantar. La técnica consiste en disolver parcialmente la zona pelúcida para crear un orificio que facilite la necesaria eclosión.
		Donación de gametos: donantes de semen o de oocitos se estudian exhaustivamente para descartar enfermedades contagiosas o hereditarias. Los donantes de semen se valoran para la calidad de los espermatozoides; las muestras que el donante aporta se criopreservan y pueden usarse para IAD o para FIV. La imposibilidad de criopreservar oocitos no permite establecer bancos de gametos femeninos, con lo que a cada mujer receptora le corresponde una mujer donante. Si se opta por FIV los embriones resultantes si pueden criopreservarse.
		Diagnóstico genético preimplantacional (PGD): estudio indicado en aquellos casos en que un miembro de la pareja padece o es portador de una alteración genética susceptible de transmitirse a su descendencia. Es una técnica a la que se recurre también en ausencia de esterilidad.
Fuente: resumen para el presente trabajo con base en el artículo de Carme Pons Gatell y Mark Grossman Camps "Técnicas de reproducción humana asistida" en <i>Factores Psicológicos de la Infertilidad</i> obra dirigida por Carmen Moreno Rosset. Capítulo 5. Ed. Sanz y Torres, Madrid 2000.		

Se considera que la mitad de las esterilidades son imputables a la mujer, un cuarto al hombre y el resto a causas indeterminadas. Por el momento estas proporciones parecen estables pero el retardo de las parejas en la decisión de tener los hijos puede ofrecer aumentos en los años venideros si las condiciones biológicas no se modifican<sup>294</sup>. Las dificultades de origen femenino son tratadas mediante estimulaciones del ovario y cirugías tubáricas y para las de origen masculino, la inseminación artificial con donante es la solución más frecuente. La fertilización *in vitro* y transferencia de embriones es

como Thouret, (Francia) por la primera inseminación artificial en humanos, Ogino (Japón) y Knaus (Checoslovaquia) por estudios sobre el ciclo menstrual o Heape (Reino Unido) por traslado de embriones de una coneja a otra.

teóricamente reservada a los casos de esterilidad tubárica pero sus usos reales son múltiples<sup>295</sup>. Las fuentes de datos demográficos no cuentan con suficiente información para establecer la frecuencia de nacimientos provenientes de estas intervenciones y en consecuencia será difícil medir el impacto de esta "recuperación" de natalidad. Las exploraciones realizadas por Toulemon para Francia ofrecen algunos resultados, similares a los encontrados por otros autores para Inglaterra y Bélgica. La estimulación del ovario parece ser la responsable de un aumento de los partos gemelares (de gemelos no idénticos) dentro del conjunto de primeros nacimientos, en 1970 cuatro de cada mil partos eran de este tipo y en 1990 la proporción había ascendido a 7 de cada mil mientras que en nacimientos de orden dos o más la proporción se mantenía constante en 7‰. Las estimulaciones ovariarias dan también origen a un aumento de los partos de trillizos (317 casos en 1990 en comparación con 72 en 1972)<sup>296</sup>.

Los métodos de procreación médicamente asistida tienen un impacto más débil. Entre 1986 y 1990, 5327 nacimientos fueron registrados después de una fecundación *in vitro*, para 4005 partos: 2882 simples, 933 dobles, 183 triples, 5 cuádruples y 2 quintuples<sup>297</sup>. El promedio anual (1065 nacimientos anuales) representa aproximadamente 1.4‰ del total de nacimientos.

Las estimulaciones ovariarias, prescritas a menudo fuera del marco del hospital conducen con más frecuencia a nacimientos "adelantados" o que habrían tenido lugar más tarde en ausencia de tratamiento: 50% a 75% de las mujeres que tuvieron su primer hijo a consecuencia del tratamiento, se habrían quedado infecundas en ausencia del mismo. En cambio, las intervenciones de cirugía tubárica son efectuadas únicamente en el caso de que la esterilidad sea altamente probable y al menos 90% de los primeros nacimientos no habrían tenido lugar en ausencia de la operación<sup>298</sup>.

---

<sup>lxvi</sup> ICSI: intracytoplasmic Sperm Injection.

## SEGUNDA PARTE: LA REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD. ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE ESPAÑA

### IV. FUENTES DE DATOS Y METODOLOGÍA

#### IV.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:

#### ENCUESTA DE FECUNDIDAD. 1977<sup>299</sup>

Realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1.977 en el marco de la Encuesta Mundial de Fecundidad. 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.

Los temas abordados por la encuesta fueron:

- ✓ nupcialidad y situación relativa al riesgo de embarazo,
- ✓ fecundidad,
- ✓ preferencias y motivaciones relativas a la dimensión deseada de la familia, sexo y espaciamiento de los hijos,
- ✓ conocimiento, práctica y eficacia de métodos anticonceptivos
- ✓ coherencia entre el comportamiento, actitudes y motivaciones en materia de fecundidad
- ✓ influencia del matrimonio y de los hijos en el trabajo de la mujer

Las unidades de análisis fueron las mujeres en edad fértil (15-49 años) alguna vez casadas. La decisión para entrevistar sólo a las alguna vez casadas radicó en que la mayoría de los nacimientos

ocurrían dentro de las uniones maritales estables y no parecía correcto formular preguntas sobre fecundidad y uso de anticonceptivos a mujeres no casadas, además de los costos que implicaba aplicar la encuesta a mujeres solteras que realmente no habían estado expuestas al riesgo de embarazo. De hecho tampoco era fácil abordar con las mujeres casadas el tema de la anticoncepción debido a la penalización vigente en el momento de la encuesta.

Para la selección de la muestra se utilizó muestreo bietápico con estratificación de las unidades de la primera etapa. 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)<sup>lxvii</sup>. El porcentaje de no respuesta fue de 34 por ciento, sin embargo, como era previsible dado el ambiente que rodeó a la encuesta, al que se hará mención más adelante, el diseño contempló la sustitución de estas mujeres por otras también encuestables, hasta alcanzar el tamaño esperado. La negativa a responder las dos primeras secciones del formulario, se identificaba como no respuesta total a la encuesta y se reemplazaba por otra mujer. Dentro de quienes respondieron la encuesta se observó que la mayor falta de respuesta parcial correspondió a la secciones 6, 7 y 8 sobre conocimiento de métodos anticonceptivos, uso anterior y uso en el momento de la encuesta respectivamente. No obstante, esta falta de respuesta en ningún caso pasa del uno por ciento.

La realización de la encuesta se vio afectada por la labor de grupos opositores que incluso llegaron a citar los artículos que penalizaban el uso de anticonceptivos además de poner en tela juicio el respeto del INE hacia las familias si llegaba a indagar por esos temas tan íntimos. El INE previo concepto de la Asesoría Jurídica de Presidencia de Gobierno, favorable al desarrollo del proyecto, decidió enviar una carta a las mujeres seleccionadas donde se dejaba explícito el carácter voluntario de la participación. Todo este ambiente originó dos decisiones metodológicas, la primera, ya mencionada, de sustitución de la muestra en los casos de no respuesta y la segunda, de omitir la descripción de los métodos que en términos metodológicos significa suprimir la definición de un concepto con los efectos negativos que esto tiene en la estandarización necesaria para la calidad estadística. Esto ocasionó que métodos conocidos con otros nombres por las entrevistadas no fueran identificados en la lista que se les presentaba, o también se daba el caso de que ciertas prácticas no fueran consideradas por ellas como métodos anticonceptivos, mientras que la investigación sí las catalogaba como tales. Parte de este

---

<sup>lxvii</sup> Aunque el documento metodológico no lo explicita, por los resultados se deduce que la muestra tiene representatividad para siete regiones geográficas.

problema se corrigió mediante la revisión de los formularios para ubicar en los códigos específicos casos que habrían quedado en las categorías residuales.

Es difícil plantear hipótesis y menos aún cuantificar los efectos de este ambiente adverso a la investigación. Puede ser que las mujeres que reciban la encuesta sean las más liberadas y que conocen y usan los métodos, con lo cual se sobre-estimarían los niveles de conocimiento y uso, pero puede ser que la mayoría de las mujeres se inhiban de hablar y aceptar que conocen y usan los métodos produciendo el efecto contrario.

### ENCUESTA DE FECUNDIDAD. 1985<sup>300</sup>

Esta encuesta también fue realizada por el instituto Nacional de Estadística. La recolección de información se hizo entre mayo y junio de 1.985. Los objetivos de la encuesta se pueden resumir en:

- ✓ Suministrar información sobre fecundidad para la proyección de poblaciones demográficas.
- ✓ Estudio de la nupcialidad, la formación de parejas estables y la situación de la mujer en cuanto al riesgo de embarazo.
- ✓ Preferencias y motivaciones en cuanto al tamaño de la familia, al sexo y espaciamiento de los hijos.
- ✓ Conocimiento, práctica, vigilancia médica y eficacia de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Relación entre la fecundidad y las diversas variables que influyen en ella y la actividad laboral de la mujer.
- ✓ Aportar datos a los organismos nacionales e internacionales que estudian los fenómenos señalados.

Las unidades de análisis fueron todas las mujeres de 18 a 49 años, independientemente de su estado civil. El ámbito de la encuesta cubrió todo el territorio nacional incluidas Ceuta y Melilla. Las mujeres encuestables fueron las residentes habituales en una vivienda familiar principal que se encontraban presentes en la misma y cuya edad estaba comprendida en el rango citado. El ampliar la muestra a todas las mujeres es quizás la principal diferencia con la encuesta de 1.977 que se aplicó a mujeres alguna vez casadas.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo bietápico estratificado con representatividad en el ámbito de comunidad autónoma. El tamaño de la muestra se fijó en 9.000 unidades fijando un mínimo de 250 entrevistas en cada comunidad autónoma. Cuando la mujer no estaba presente, no se podía localizar o no aceptaba contestar la encuesta se reemplazaba por una reserva. Debieron substituirse 3.601 mujeres, principalmente por ausencias y por problemas en la localización de la dirección postal o de la mujer seleccionada y en pequeña proporción por la negativa a contestar la encuesta Finalmente se lograron 8.863 cuestionarios completos (98.4%).

#### ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y FAMILIA (FFS). 1.995<sup>301</sup>

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.

El programa buscaba recoger información comparable sobre fecundidad y familia en aproximadamente 20 países miembros, crear ficheros estandarizados y archivarlos en la PAU, preparar informes estándares y hacer estudios comparativos. 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. Consiste en un diseño polietápico, con estratificación de las unidades de primera etapa (municipios) de acuerdo a su población. La selección de municipios como de secciones fue proporcional a la población. Luego, mediante muestreo sistemático se seleccionaron los hogares y mediante números aleatorios los individuos dentro de los hogares. Se diseñaron muestras separadas para hombres y para mujeres tomando como universo la población mayor de 18 años. El trabajo de campo para hombres se realizó entre noviembre de 1.994 y febrero de 1.995, la de mujeres, entre junio y octubre de 1.995. Cada hogar fue visitado hasta tres veces y en fechas diferentes para conseguir la entrevista individual. 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. La no-respuesta fue mayor en hombres (23%) que en mujeres (16%). Las edades con mejor cobertura de respuesta

están entre los 30 y los 39 años en ambos sexos, pero sensiblemente mejor en mujeres (2.7% de no-respuesta en mujeres y 8.8% en hombres).

El cuestionario, igual para hombres y mujeres, contiene información sobre las características del hogar de la persona entrevistada y sus condiciones socioeconómicas, datos sobre su casa paterna, formación de pareja, ruptura de pareja, información sobre los hijos, sean propios, hijastros, adoptados o acogidos, regulación de la fecundidad e historia anticonceptiva, y actitudes frente a tener hijos, al matrimonio, al aborto y a otros temas de interés. En el Anexo 4 se presentan las secciones del cuestionario de la FFS-95 referentes a regulación e la fecundidad.

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 a responder.

#### NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO

En España, los datos sobre interrupción voluntaria de embarazo (IVE) provienen del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>302</sup>. Para 1987, si bien la información se refiere al año completo, en ocasiones no se incluyen los de Cataluña porque entonces utilizaba un formulario diferente del resto del Estado<sup>303</sup>.

#### FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ABORTO EN OTROS PAÍSES

La información relativa a otros países proviene del trabajo de Stanley Henshaw, Susheela Singh y Taylor Hass (1999) quienes realizaron una dispendiosa tarea de estandarización de los criterios de medición, verificación y control de calidad<sup>304</sup>. A sabiendas de que el trabajo es minucioso persisten algunas dudas frente a la comparabilidad de las cifras. Por ejemplo en países como Alemania<sup>lxviii</sup>, en que los datos se consideran completos, no se deja explícito si incluyen las regulaciones menstruales

o los abortos realizados en los primeros catorce días de embarazo que como se recordará, no son objeto de regulación. Otro caso que llama la atención es Suiza, pues hasta donde se pudo reconstruir su legislación, desde tiempo atrás y recientemente por referéndum, el aborto no esté permitido sino en situaciones muy concretas; sin embargo en el cuadro aparecen 12.800 abortos legales, —correspondiente a una tasa de 8 abortos por mil mujeres en edad fértil— dentro del conjunto de países considerados con datos completos.

Otra fuente de error puede deberse a los componentes de la cifras; un estudio sobre el cambio del aborto en Rusia pone de presente que las series de la oficina de estadística incluyen todos los abortos —inducidos, incompletos, espontáneos— entonces las tasas son más altas que las reales y no comparables con las de otros países. Por el contrario, las cifras del Ministerio de Salud del mismo país no incluyen todos estos componentes y son consideradas incompletas, por tal motivo los autores recomiendan que se establezca el enfoque y la utilidad de los datos para que se estandaricen las definiciones y se reglamente la información estadística<sup>305</sup>.

Para efectos de comparaciones internacionales o análisis de tendencia para un país o población, conviene conocer de donde provienen los datos según las restricciones legales existentes. A continuación se presentarán las metodologías de estimación en cada caso.

### En países sin registro continuo de IVE

Como es obvio, los países con restricciones legales para la práctica del aborto no tienen registros oficiales que permitan estimar la frecuencia del fenómeno. En algunas ocasiones se formulan preguntas en encuestas especializadas pero aún garantizando el secreto estadístico, la información es enmascarada o subdeclarada. Por otra parte, el mismo hecho de practicarse el aborto por fuera de la sanidad pública o que ésta no establezca las normas que garanticen la salud y la vida de la mujer, produce muchas complicaciones que requieren atención de salud. Se han diseñado algunas metodologías para estimar los abortos a partir de los casos de complicaciones de aborto que llegan a los hospitales después de corregir por subregistro y ajustar para eliminar el aborto espontáneo<sup>306</sup>.

---

<sup>lxviii</sup> Como se citó en el apartado relativo a la legislación de los países, en Alemania “no se considera interrupción del embarazo la acción encaminada a evitar la anidación en útero, del óvulo fertilizado” lo cual puede equivaler a las regulaciones menstruales mencionadas para otros países.

La metodología de OMS usa toda la información médica y reproductiva para clasificar pacientes hospitalizadas por abortos en cuatro categorías: ① ciertamente inducido: en los que hay evidencia para ello ② probablemente inducido: aquellos que no estaban en la categoría precedente pero que sufrían sepsis y habían usado anticoncepción hasta el momento de concebir o decían que la preñez era no deseada ③ posiblemente inducido: aquellos que no estaban en las categorías precedentes que no sufrían sepsis y habían usado anticoncepción hasta el momento de concebir o decían que la preñez era no deseada ④ todos los otros casos (casos potenciales de aborto espontáneo). Con esta clasificación se encuentra que cerca de **33%** de estos abortos son espontáneos. Para los abortos no espontáneos o sea, los voluntarios, con base en un conjunto de indicadores se construyen multiplicadores que estimen el número total de mujeres que han tenido un aborto, a partir del número de hospitalizadas para tratamiento de complicaciones. Los indicadores, que se elaboran por subgrupos socioeconómicos, son: ① la proporción de mujeres que utilizaría alguna de tres categorías de proveedores (médicos, enfermeras entrenadas y prácticos no entrenados o ellas mismas) ② para cada categoría de proveedor, la probabilidad de complicación y ③ para todos los proveedores en general, la probabilidad de que una mujer sea hospitalizada por complicaciones<sup>307</sup>. Con esta metodología se estima que en América Latina se hospitalizan anualmente aproximadamente 800000 mujeres debido a complicaciones de abortos inducidos y que en total se realizan unos cuatro millones de abortos. Esto indica que por cada hospitalización de este tipo hay cuatro abortos inducidos que no se complicaron o que no llegaron a ser hospitalizados<sup>bix</sup> (factor multiplicador promedio =5).

En los países donde el aborto no está legalizado hay mayor probabilidad de que los abortos que se realicen ocurran en condiciones inseguras para la vida de la mujer. Sin embargo, no todos los abortos que ocurren en estos países son inseguros como no todos los que ocurren en países donde el aborto es legal y la prestación de los servicios está reglamentada, se dan en condiciones óptimas. No obstante, el hecho de que los abortos deban realizarse en condiciones de ilegalidad es un indicador importante de la situación de la mujer y de los riesgos que la maternidad voluntaria le impone.

### En países con registros continuos de IVE

---

<sup>bix</sup> En algunos países, para que una atención institucional se pueda considerar como hospitalización requiere que la persona haya pasado por lo menos una noche en el hospital. En consecuencia, por ejemplo, la atención por urgencias que no llene esta condición no se contabilizará como hospitalización.

En países donde el aborto es legal suele estar reglamentado también el sistema de registro e información estadística para la evaluación y seguimiento de la prestación del servicio. Sin embargo la información no siempre es completa y confiable. En el trabajo de Henshaw, Singh y Haas que servirá de referencia en este capítulo, los autores mencionan que “de nuestro número estimado de abortos legales a nivel mundial, el 71% fueron notificados y el 29% fueron estimaciones de abortos no registrados”. Un problema común es que procedimientos que se realizan en el sector privado no se notifican y por lo tanto no aparecen en las cifras globales o que se notifiquen sólo los que van con cargo a la seguridad pública. En algunos países la calidad de la información no es uniforme para todo el país sino que algunas divisiones administrativas tienen registros completos y otras no. También puede suceder que sólo se notifiquen ciertos tipos de aborto, por ejemplo los que cumplen con los requisitos y disposiciones oficiales. Algunos sistemas de registro incluyen los abortos tempranos (inducidos mediante un mecanismo de aspiración), los abortos médicos (mifepristone o RU-486) o los abortos espontáneos y otros sistemas no<sup>308</sup>. El proceso de estandarización tomará tiempo y por lo pronto se deben interpretar las cifras como órdenes de magnitud.

#### REGISTRO ESTADÍSTICO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) viene haciendo un esfuerzo para crear y mantener un registro estadístico de los casos atendidos con técnicas de inseminación artificial y fertilización *in vitro*. La información publicada en el Boletín SEF Vol.1 N° 1, que es la que se analizará en este trabajo proviene de 33 centros, de los cuales 28 son privados y 5 son públicos. La información aunque valiosa es parcial ya que se basa en 6607 ciclos tratados en 1998, sobre 22.000 estimados. En particular se dispone de datos para las técnicas de reproducción asistida, es decir, fertilización *in vitro* en sus diferentes modalidades —microinyección (ICSI), técnica de embriones congelados (TEC) y donación ovocitaria—, pero no sobre inseminación artificial<sup>309</sup>.

#### CENSOS DE LA POBLACIÓN DE ESPAÑA DE 1970, 1981 Y 1991

La población censada no solo constituye el denominador de diferentes indicadores de fecundidad, nupcialidad y aborto, si no que suministra variables de aproximación a los estudios de infecundidad, infertilidad y esterilidad, como son la frecuencia de solteros en la población, la frecuencia de personas casadas que no tienen hijos y las personas que llegan al final del período reproductivo sin hijos.

## MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN DE ESPAÑA 1990-1999

De esta fuente de información se obtienen los datos de nacimientos por edad de la madre y por multiplicidad (sencillos, dobles, triples, cuádruples o más), de partos pro las mismas variables y muertes fetales tardías.

## BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

Para la evolución histórica de la anticoncepción y el aborto se consultaron numerosos documentos del Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, III – IV – VI - VII Legislatura, Serie B Propositiones de Ley 1986-2000

### IV.2 METODOLOGÍA

#### 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 ellas o su esposo o compañero usaban en el momento de la entrevista<sup>bx</sup> algún método para evitar un embarazo. Con base en esta información se puede calcular la tasa de prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos<sup>(GL)</sup> para las mujeres actualmente unidas<sup>(GL)</sup> y para las no unidas actualmente pero sexualmente activas<sup>(GL)</sup>, 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 deben tenerse en cuenta algunos aspectos metodológicos. Por ejemplo, en algunas ocasiones los resultados se presentan referidos sólo a métodos temporales, presumiendo que las mujeres que se han esterilizado o cuya pareja está esterilizada, no están expuestas al riesgo de embarazo y no requieren métodos temporales; con frecuencia se las reúne con las estériles por otras razones, con las embarazadas o

---

<sup>bx</sup> 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.

en amenorrea postparto. En este estudio, la tasa de prevalencia anticonceptiva 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.

Otro elemento que afecta la comparabilidad de la tasa de prevalencia anticonceptiva es la conformación del denominador, es decir, a quiénes se incluye como potenciales usuarias. En el caso particular de España la publicación de la encuesta de 1.977 usa dos modalidades: una se refiere a mujeres casadas no embarazadas que en el momento de la encuesta usan métodos temporales o han sido esterilizadas con fines anticonceptivos<sup>310</sup>, en este caso la tasa de prevalencia anticonceptiva es de 50 por ciento. Es decir, se ha excluido del denominador a las embarazadas. Si esta tasa se deduce del esquema de la práctica anticonceptiva –segunda modalidad– da 46 por ciento porque incluye en el denominador a las embarazadas y a mujeres alguna vez casadas que en el momento de la encuesta no están en unión<sup>311</sup>.

En la encuesta de 1.985 el denominador de la prevalencia lo constituyen las "mujeres expuestas al riesgo de embarazo", es decir excluye a las mujeres que en el momento de la encuesta estaban embarazadas, o ella o su compañero se consideraban estériles, o ella o su compañero se habían sometido a una esterilización quirúrgica con fines anticonceptivos<sup>312</sup>. Estas mujeres representan 11 por ciento del total de mujeres en edad fértil y 15 por ciento de las casadas o unidas. En el capítulo de "utilización en la actualidad de métodos anticonceptivos" la proporción de usuarias es de 47.5, con lo cual se concluiría que disminuyó la prevalencia entre 1.977 y 1.985. Esta tasa de uso así construida tiene dos problemas: el primero, que se refiere sólo a métodos temporales y el segundo que la población expuesta al riesgo, que constituye el denominador, excluye los casos mencionados arriba pero no se limita a las casadas o unidas, sino que incluye a las solteras, separadas, viudas y divorciadas.

Como ya se mencionó, la encuesta de 1.995 recurre al esquema anticonceptivo en el que intervienen todas las mujeres casadas o unidas de acuerdo a sus características de exposición al riesgo y uso de métodos. Así, el denominador incluye a todas las mujeres en unión y las "usuarias de métodos" se refiere sólo a los temporales, lo cual da una tasa de prevalencia de 60.8 por ciento. Al agregar las esterilizadas, o con marido esterilizado, –que se clasifican como no expuestas– la tasa pasa a 81 por

ciento. Si se excluye del denominador a las embarazadas, la tasa de prevalencia pasa a 84 por ciento en 1.995.

**Cuadro IV.1 Comparación de las tasas de prevalencia anticonceptiva en España, según diferentes componentes de numerador y denominador. 1.977, 1.985, 1.995**

Numerador	Denominador	Encuesta de Fecundidad 1.977	Encuesta de Fecundidad 1.985	Encuesta de Fecundidad y Familia 1.995
Mujeres casadas o unidas usuarias actuales de métodos temporales	Mujeres casadas o unidas no embarazadas, no estériles, no esterilizadas	48.7	59.8	79.8
Mujeres casadas o unidas usuarias actuales de métodos temporales y definitivos	Mujeres casadas o unidas, no embarazadas	50.0	61.1	84.0
Mujeres casadas o unidas usuarias actuales de métodos temporales y definitivos	Mujeres casadas o unidas no embarazadas, no estériles, no esterilizadas	51.3	63.2	106.3
Mujeres casadas o unidas usuarias actuales de métodos temporales y definitivos	Total mujeres casadas o unidas	47.1	58.4	81.0

Si se reconstruyen las tasas de prevalencia de las tres encuestas de manera que sean comparables desde el punto de vista metodológico, se concluiría que el incremento de uso de anticoncepción en España ha sido mayor que el que se muestra con algunas cifras.

En el cuadro IV.1 se presentan tasas de prevalencia anticonceptiva con base en las tres encuestas, según diferentes definiciones de usuarias de métodos y de población expuesta al riesgo de embarazo siempre referidas a las mujeres en unión.

La primera tasa corresponde a uso de métodos temporales solamente, excluye del denominador las que no requieren de métodos temporales que son las estériles, las embarazadas y las esterilizadas o cuyo compañero está esterilizado. Esta tasa es útil, siempre y cuando se haga explícito que se refiere a métodos temporales.

La siguiente tasa que se presenta en el cuadro excluye del denominador a las embarazadas y el numerador se refiere a todos los métodos. Esta tasa cada vez se usa menos porque no ofrece un criterio claro de la exposición al riesgo. La tercera tasa presentada tiene el problema contrario y es que refina la población expuesta al riesgo pero justamente excluye a las esterilizadas con fines anticonceptivos, las cuales está contemplando en el numerador. Cuando el uso de esterilización es

bajo, la tasa no difiere mucho de las otras –como en la EF-1.977–, pero en la medida en que se incrementa, se desborda el error y la tasa pasa de cien por cien, como se observa para 1.995.

La tasa más usada para comparaciones internacionales es la que relaciona el total de usuarias –métodos temporales y definitivos– con el total de mujeres en unión. Su resultado no difiere sustancialmente del de métodos temporales y tiene la ventaja de que reconoce toda la gama de métodos disponibles.

Además de los datos de España, se presentan algunos de los resultados de la FFS de Francia<sup>313</sup>, Italia<sup>314</sup>, Noruega<sup>315</sup> y Canadá<sup>316</sup>. 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<sup>317</sup>, 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<sup>bxii</sup>.

Antes de analizar los resultados se debe tener en cuenta el porcentaje de mujeres que no pudieron ser asignadas a ninguna categoría, que en algunos países es muy alto, lo cual afecta la comparabilidad de las cifras. En la FFS de España este problema es mínimo (0.1 por ciento) mientras que en Italia es 15 por ciento, en Noruega 2 por ciento, en Francia 6 por ciento y en Canadá 20 por ciento (Cuadro IV.2). Observando las otras categorías se ve que posiblemente algunos países omitieron preguntas necesarias para esta clasificación. Es el caso de Canadá que no reporta mujeres en los grupos: "c: mujeres fecundas no embarazadas, no sexualmente activas" y "e: mujeres fecundas no embarazadas, sexualmente activas no usuarias de métodos". En Italia la proporción es también alta pero no parece afectar específicamente a uno o más grupos.

**Cuadro IV.2 Esquema anticonceptivo de las mujeres casada o unidas, de 20 a 49 años según la FFS de España y otros países europeos.**

Categorías	España	Italia	Noruega	Canadá	Francia
<b>A. Resultados originales</b>					
(a) infecunda o esterilizada (masc / fem)	20.4	14.5	19.8	48.3	12.6
(b) embarazada	3.6	4.5	6.4	3.4	5.4
(c) fecunda no embarazada no sex. activa	4.2	5.7	5.0	0.0	0.9
(d) fecunda, no embarazada, sex. activa, usa métodos	60.8	54.8	59.4	28.8	66.6
(e) fecunda, no embarazada, sex. activa, no usa métodos	10.8	5.4	7.9	0.0	8.3

<sup>bxii</sup> 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.

(f) estatus desconocido	0.1	15.0	1.5	19.6	6.2
B. Re-distribución hacia categorías específicas					
(c) fecunda no embarazada no sex. activa				4.0	
(e) fecunda, no embarazada, sex. activa, no usa métodos				8.4	
(f) estatus desconocido				7.2	

Para efectos de construir tasas de prevalencia de uso anticonceptivo comparables entre estos países, se procedió, primero a estimar la proporción de mujeres que conforman las categorías que en el momento están vacías deduciéndolas de "estatus desconocido" y dejar un grupo residual en el que se reduzcan en lo posible estos componentes. Con base en los datos de los países que contenían información completa y mediante regresión entre la edad y la proporción observada, se estimó la proporción de mujeres en cada grupo de edad correspondientes a las categorías "c" y "e" del cuadro. El grupo residual para Canadá pasó 19.6 por ciento a 7.2 por ciento. Luego se supuso, para todos los países analizados, que este grupo residual tenía aportes proporcionales de todos los otros grupos y en consecuencia las tasas de prevalencia se ajustaron proporcionalmente.

#### 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<sup>318</sup>.

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 duración de los segmentos<sup>(GL)</sup> de uso permite conocer el patrón de comportamiento anticonceptivo y confrontarlo con recomendaciones inherentes a la optimización de cada método. En algunos casos hay patrones de referencia como es el caso del DIU que se diseña para cinco años pero el uso suele ser menor. El preservativo en cambio puede ser usado esporádicamente, es decir en ciertas épocas

como durante la lactancia o porque la persona tiene contraindicaciones para usar otros métodos temporales y está programando la esterilización quirúrgica; también puede ser de uso permanente y una persona puede usarlo durante toda su vida sexualmente activa. Además de las características del método, el uso más o menos prolongado puede depender, –al igual que la tasa de prevalencia de un método–, de las campañas de difusión, la disponibilidad y la accesibilidad al producto. El indicador más usado es la duración mediana para evitar el efecto de los valores extremos. La duración de los segmentos de uso se analizará por edad de la persona al momento de la encuesta y por edad a la cual se inicia el segmento.

La FFS-95 recoge la información de los segmentos cerrados y abiertos, en cuanto a fecha y edad de inicio, fecha y edad de discontinuación, razones de discontinuación. En el caso particular de la FFS-95, los segmentos de uso consignados se refieren a métodos usados por tres meses o más. Dado que se refieren también a los métodos usados durante toda la vida fértil de los entrevistados, no se espera que se recuerden segmentos muy cortos ocurridos en momentos alejados de la entrevista y si se recordaran, la harían interminable. Sin embargo, esta decisión metodológica tiende a favorecer los métodos de uso continuo y prolongado como la esterilización, el DIU, los implantes subdérmicos e incluso las píldoras, en detrimento del preservativo, el diafragma o el *coitus interruptus*. Este problema no afecta de la misma manera a las tasas de prevalencia porque éstas son el resultado del uso en el mes anterior a la entrevista y no de los segmentos de uso.

Otra metodología de recolección de información sobre segmentos de uso anticonceptivo se basa en la reconstrucción mes a mes de los usos, las interrupciones, las razones de discontinuación y la situación de la mujer en cuanto a si está embarazada, en amenorrea postparto o de infecundidad por otros motivos y si está expuesta o no al riesgo de embarazo. Esta metodología llamada del *calendario*, obviamente no puede cubrir períodos de tiempo demasiado largos, menos aún reconstruir la historia de regulación de la fecundidad a través de diez, veinte o más años y suele aplicarse para los cinco años anteriores a la entrevista. En conclusión cada metodología tiene ventajas y desventajas, y los resultados no son comparables.

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. Por ejemplo, si gran parte de las discontinuaciones

ocurren por efectos secundarios puede indicar que se está recomendando su uso a personas para quienes está contraindicado. Si la tasa de falla es alta, puede ser que los métodos se usan incorrectamente por falta de información más específica. Si es alta la frecuencia de discontinuación porque se quiere tener un hijo indicará que la anticoncepción como un todo está cumpliendo el objetivo de planear la familia. 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.

Los intervalos entre el inicio de las relaciones sexuales, el inicio de uso anticonceptivo, la edad de entrada a la unión y la edad del nacimiento del primer hijo condicionan el tipo de método que se debe recomendar a los y las usuarias. Antes de entrar en unión, se requieren métodos seguros, fáciles de discontinuar, o mejor, fáciles de usar cuando se da la exposición al riesgo y que protejan de los riesgos implícitos de no tener una pareja estable. Al entrar en unión, también se requieren métodos seguros, aunque el margen dejado al azar o de riesgo de falla del método puede ser aceptado por la pareja, es decir, si ocurre un embarazo será no planeado pero quizás no se puede calificar de “no deseado”. Para situar la dinámica anticonceptiva en este contexto, se analizará la edad a la primera relación sexual y si usó algún método en esa relación, además la edad de inicio de métodos. Se analizará la distribución porcentual de los segmentos cerrados por método específico según razón de discontinuación en el total de mujeres y de hombres actualmente unidas(os), en las mujeres no unidas sexualmente activas, según el número de orden del segmento, según la edad de la mujer al momento de iniciar el uso del método y según duración del segmento.

Sería ideal aplicar la metodología de las tablas de vida en el estudio de la efectividad del uso anticonceptivo<sup>319</sup>, porque permite la obtención de tasas de discontinuación de uso tomando en cuenta los segmentos cuya duración se desconoce –corresponden a mujeres que en el momento de la encuesta continuaban usando un método, se consideran segmentos *censurados*–. Sin embargo la FFS-95 no recoge la información suficiente para la construcción de la tabla por lo que se estimarán indicadores aproximados como la tasa bruta de discontinuación<sup>(GL)</sup> por una causa específica y en particular la tasa de falla de un método<sup>(GL)</sup>.

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.

Los indicadores de dinámica anticonceptiva mencionados, se calcularán con base en toda la información de la sección 5B "Historial de Anticoncepción", es decir incluye personas que en el momento de la entrevista están unidas y no unidas, sexualmente activas y no sexualmente activas. Así mismo los segmentos analizados fueron vividos en diferentes estatus de unión, en el primer segmento debe haber un componente importante de no unidos sexualmente activos, mientras que en segmentos de orden cuatro o más de uso de métodos, habrá mayor proporción de unidos. También debe tenerse en cuenta que el/la cónyuge, compañero o pareja actual no necesariamente es la misma del primer segmento o de los segmentos anteriores en general.

Al comparar la información suministrada por hombres y por mujeres en relación con duración de los segmentos de uso, razones de discontinuación y cambio de métodos, se debe tener en cuenta el efecto que la frecuencia de relaciones extramaritales o de tener dos o más compañeros sexuales pueda tener en los indicadores y en últimas en las prácticas de anticoncepción. Por ejemplo, una pareja que se separa o se divorcia y deja de tener relaciones sexuales, pero uno de sus miembros tenía en ese momento otra pareja sexual y el otro no. Para el que tenía otra pareja sexual, puede ser que no ocurra una discontinuación del método que estaba usando, por lo cual reporta un segmento de uso más largo y no reporta una discontinuación, ni un cambio de método en comparación con su ex-cónyuge. Si situaciones similares afectan más a un sexo que a otro la dinámica anticonceptiva será necesariamente distinta.

#### LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPCIÓN

La necesidad no satisfecha de planificación familiar<sup>(GL)</sup> corresponde, por una parte, a la proporción de mujeres que no están usando anticoncepción, no están embarazadas ni amenorreicas, son fértiles que no desean más hijos o desean tener pero más tarde y por otra parte, a las que están embarazadas o amenorreicas que declaran que el último embarazo fue no deseado o no planeado. Estas estimaciones se realizan con mujeres casadas o unidas. En la FFS-95 la información sobre si desea

tener hijos más tarde o no desea más hijos se debe deducir de la Sección 6 del formulario acerca de “Los puntos de vista sobre tener hijos”.

Otros componentes de necesidad no satisfecha provienen de los que no quieren tener hijos o no quieren tener más pero usan métodos de baja efectividad, también de los casos de usuarias cuyo método les está contraindicado por alguna razón. Sin embargo la FFS-95 no recoge información sobre temas como antecedentes de hipertensión, ETS, sobrepeso, hábito de fumar u otros para identificar contraindicaciones. En todo caso, la inclusión de estos componentes en la medición de la demanda no satisfecha está afectada, más que en otras circunstancias, por subjetividad del investigador, al no poderse establecer un límite claro. Por ejemplo, para el investigador, los usuarios de *coitus interruptus* pueden ser ejemplo de demanda no satisfecha, mientras que los usuarios confían en su método y lo usan eficientemente más que lo que lo harían con otros métodos o de lo que otros usuarios lo harían con este. Situándose en el otro extremo de la gama anticonceptiva ¿cuándo se calificaría de demanda insatisfecha a las o los usuarios de esterilización? En consecuencia, la estimación de la necesidad no satisfecha se limitará a las categorías mencionadas inicialmente y para las cuales la encuesta recogió información específica y de acuerdo a los modelos usados más frecuentemente.

La demanda total de anticoncepción<sup>(GL)</sup> está compuesta por la proporción de mujeres con necesidad insatisfecha más la proporción de mujeres embarazadas o amenorreicas a las que les falló el método y las mujeres que usan anticoncepción.

Los embarazos no planeados o para los que se hubiera querido esperar un poco más se consideran como una necesidad no satisfecha de planificación familiar. En general, cuando la conducta reproductiva de una mujer es inconsistente con sus intenciones reproductivas, se dice que tiene una necesidad insatisfecha de planificación familiar<sup>320</sup>. La demanda efectiva por comodidad se asimila a la tasa de prevalencia pero hay que tener en cuenta que se están incluyendo los métodos naturales y el *coitus interruptus* que no corresponden realmente a una demanda atendida y, aunque es muy subjetivo, podrían contemplarse dentro de la demanda insatisfecha porque estos usuarios requieren métodos más eficaces.

En el Diagrama 1 (que se muestra en el capítulo V con los resultados para España) se observan los componentes de la demanda insatisfecha y de la demanda total de planificación familiar según la metodología de Charles Westoff<sup>321</sup>. En la demanda total se incluyen aquellos casos en los que el método falló, que en rigor, en el momento de la entrevista no son usuarias. En la necesidad no satisfecha, en cambio, no se incluyen los casos de usuarias de métodos de baja eficacia que no desean más hijos o que desean espaciar los nacimientos. Para el presente trabajo la categoría "estériles" se obtuvo de las no usuarias que respondieron *NO* a la pregunta sobre si le era físicamente posible tener un hijo en caso de que así lo deseara. Westoff las define como mujeres que han estado unidas en los últimos cinco años y que no han tenido hijos sin haber usado métodos anticonceptivos. En otros estudios se han añadido a este grupo las mujeres que no tuvieron la menstruación por seis meses o más<sup>322</sup>.

Las mujeres embarazadas se deducen de la pregunta directa sobre si está embarazada, pero obviamente puede haber falsos positivos y falsos negativos, es decir, las que dicen que sí lo están porque creen estarlo y en realidad no lo están y las que dicen que no porque todavía no lo saben. En el caso de la encuesta de Fecundidad y Familia de España, no se dispone de la pregunta sobre si le ha vuelto la menstruación después del último parto y por consiguiente no se puede establecer la categoría de "amenorreicas". Estas categorías –embarazadas, estériles y amenorreicas– representan pocos casos y no afectan la estimación de demanda total o de demanda insatisfecha si no se pueden medir con precisión.

#### LA INCIDENCIA DEL ABORTO

Uno de los principales problemas para el estudio del aborto es la falta de registros confiables. En los países donde el aborto es muy restringido prácticamente no se cuenta con información alguna y sólo se puede detectar la punta del *iceberg* que es el número de ingresos hospitalarios por aborto practicado en malas condiciones. En países donde el aborto es legal pero la ley es restringida, como es el caso de España, los registros son razonablemente confiables, aunque se supone una cierta proporción de aborto clandestino proveniente precisamente de los casos que la ley no permite. En los países en donde la ley es amplia y la prestación de los servicios está garantizada no hay razón para que no se registre el dato y por consiguiente la información se considera confiable; sin embargo, aún en estos casos existen deficiencias, muchas de las cuales se han puesto de relieve al comparar los datos de las oficinas de estadística con los de los ministerios de sanidad.

La información básica para estimar la incidencia de aborto son los abortos en sí mismos ocurridos durante un período de tiempo referidos a la población expuesta al riesgo. Esta última puede ser mujeres en general, mujeres que han estado embarazadas durante ese período de tiempo o más concretamente embarazos. Como la cifra de embarazos es difícil de obtener se usan aproximaciones de este dato, desde lo más simple como los nacidos vivos a secas hasta la suma de estos últimos con los abortos y las muertes fetales tardías. El dato de abortos espontáneos, que también forman parte del total de embarazos, es prácticamente imposible de obtener.

### Tasa de incidencia de aborto

La tasa de incidencia de aborto corresponde al cociente entre el número de abortos ocurridos en un período de referencia dado y las mujeres en edad fértil a mitad de período. Esta tasa se puede calcular por edad de la mujer pero conviene hacer un ajuste al denominador puesto que, por ejemplo, embarazos que se inician entre los 19.3 y los 19.7 años contribuyen a abortos de mujeres de menos de 20 años y a nacimientos de mujeres de 20 años. Entonces la edad se debe calcular al inicio de la preñez<sup>323</sup>. Otro problema del denominador se presenta cuando se trabaja con proyecciones de población. En Bulgaria se observó un descenso de las tasas de aborto entre 1990 y 1996 el cual puede ser atribuido a un descenso real de la frecuencia de aborto o a un deterioro del sector salud que afecta también al sistema de registro y también a la fuerte emigración que se registró en el período, especialmente en las edades 20-35 años, con lo cual estas emigrantes no aportaron abortos al numerador pero sí se contaban en la cifras del denominador provenientes de proyecciones de población que no se habían corregido en este aspecto. El resultado es un descenso artificial de la tasa<sup>324</sup>.

### Proporción de abortos por embarazos

La proporción de embarazos que terminan en aborto se refiere al cociente entre el número de abortos ocurridos en un período de referencia dado y el número de embarazos terminados en ese período de referencia. Como se ha dicho, los “embarazos terminados” se estiman sumando los nacidos vivos, los abortos espontáneos, los abortos inducidos y las muertes fetales tardías.

## Proporción de abortos por nacidos vivos

El desconocimiento de uno o varios de los componentes del indicador anteriormente citado da origen a diferentes cocientes que no son rigurosamente comparables e incluso que pasan a constituir otros indicadores. Es el caso de la razón entre abortos y nacidos vivos que indica cuántos abortos ocurrieron por cada nacido vivo. Por otra parte, entre más componentes falten en el denominador, la proporción de abortos se incrementará artificialmente.

## Tasa total de aborto (TAR) o Índice sintético de aborto (ISA)

La tasa total de aborto (TAR, de la sigla en inglés) o tasa global de aborto (TGA) o Índice Sintético de Aborto (ISA) indica el número promedio de abortos que tendrá una mujer al final de su período reproductivo si está sometida al patrón de abortos por edad que interviene en el cálculo. Es una medida de momento, de construcción similar al índice sintético de fecundidad o tasa total de fecundidad (ISF, TTF).

## DEFINICIONES DE INFECUNDIDAD, INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Al revisar la bibliografía sobre estos temas se encuentra una gran variedad de términos para los cuales en muchas ocasiones no se presenta una definición si no que se deja a la libre interpretación del lector. Incluso hay artículos en los que se analizan datos pero se omite la descripción de los casos a los que se refiere, es decir, cuáles fueron incluidos o excluidos por corresponder o no al tema de interés o porque la fuente de información no los suministraba. Algunos términos relativos a infecundidad, infertilidad, subfecundidad, subfertilidad o esterilidad son usados de diferente manera por demógrafos, epidemiólogos, médicos clínicos o psicólogos, situación que se agrava por los expresiones acuñadas en los diferentes idiomas.

Tanto en demografía como en salud reproductiva es necesario aceptar un término que identifique la dificultad temporal de concebir y tener hijos —infértiles, sub-fecundas o sub-fértiles, por ejemplo— o el necesario tiempo de exposición para ello, es decir, las parejas que llevan más de dos años expuestas sin concebir o sin tener hijos. En todo caso, no parece correcto incluir las que llevan menos de un año. A continuación se intentará recoger los distintos enfoques y sugerir definiciones que

faciliten las estimaciones y el análisis desde el punto de vista demográfico y más exactamente como se interpretarán en este trabajo.

Por **infecundidad**, se entiende la ausencia de nacidos vivos para una mujer, un hombre o una pareja durante un período de tiempo dado. La **infecundidad definitiva** –o **total**– es el hecho de llegar al final de la vida fértil sin haber tenido hijos nacidos vivos; puede ser voluntaria o involuntaria, asociada a problemas de esterilidad o no<sup>325</sup>. Estos los conceptos que se miden a través de censos y encuestas: la ausencia o presencia de hijo(s) nacido(s) vivo(s) durante el período fértil o al final del mismo.

Por **esterilidad** se entiende la ineptitud para procrear; **esterilidad primaria o total**, se refiere al hecho de no haber procreado nunca, habiendo existido exposición al riesgo y en ausencia de anticoncepción; **esterilidad secundaria o parcial**, es la que se presenta después de haber ocurrido un nacimiento. Estos dos casos corresponden a **esterilidad definitiva**, es decir que una vez identificada no va seguida de un restablecimiento de la fertilidad. La **esterilidad pasajera o temporal**, en cambio, es cuando un período de esterilidad de la mujer va seguido de una vuelta a la fertilidad. Los ejemplos más típicos son justamente el tiempo que dura el embarazo, el postparto y período de lactancia, cuando ésta se da en ciertas condiciones de frecuencia e intensidad<sup>326</sup>.

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española procrear significa engendrar, dar origen; entendido así sería sinónimo de concebir un hijo aunque no llegue a nacer vivo<sup>bxii</sup>. Según Pressat (1987) esta es la interpretación desde el punto de vista médico, pero desde el punto de vista demográfico él basa la definición en el concepto de **infecundidad**, es decir, en no tener una fecundidad efectiva. Así lo expresa en el Diccionario Demográfico<sup>327</sup>: “la medida de la **esterilidad definitiva** se basa en la observación de parejas que no recurren a la anticoncepción; en un conjunto así de parejas, una **infecundidad** que persiste después de un plazo suficiente de exposición al riesgo de **concebir** es una prueba de la esterilidad”. En esta definición persiste la duda sobre cómo clasificar

---

<sup>bxii</sup> Subfecundidad e infertilidad no figuran en el Diccionario de la Lengua Española mientras que sí está “esterilidad: (fisiología) enfermedad caracterizada por la falta de aptitud de fecundar en el hombre y de concebir en la hembra”, “infecundidad: falta de fecundidad”. Según Karmaus y Juul (1999), en epidemiología y salud pública el término “fecundidad” se usa para la habilidad biológica; “subfecundidad” para la evidencia de disminución de la fecundidad y “esterilidad” para una inhabilidad conocida de concebir, estos es debido a histerectomía o esterilización. Entonces, desde un punto de vista médico la esterilidad se define como la ineptitud para concebir y no para procrear.

los casos en que hay concepción pero la mujer o la pareja optan por una interrupción voluntaria del embarazo; para efectos demográficos la pareja continúa infecunda pero no sería correcto considerarla estéril. Tampoco parece correcto calificarla de estéril si está en tratamiento y tiene probabilidad de tener un hijo. De hecho, si el tratamiento tiene éxito la pareja dejará el estatus de estéril y pasará a ser fecunda.

El término *infertilidad* tiende a usarse como sinónimo de esterilidad temporal, es decir para calificar a mujeres, hombres o parejas que todavía no han terminado su período fértil, que han tenido relaciones sexuales no protegidas, que no han recurrido al aborto voluntario y que no han tenido hijos. Algunos autores prefieren palabras como *subfertilidad* o *subfecundidad* que definen como “evidencia de decrecimiento de la fertilidad”<sup>328</sup>. En medio de la precisión de los términos está la atención a los pacientes<sup>lxviii</sup>. Efectivamente, los profesionales que atienden parejas con problemas de fertilidad consideran que es más manejable comunicar un diagnóstico en términos de *infertilidad* que de *esterilidad*.

#### RECAUDOS METODOLÓGICOS EN LA MEDICIÓN DE INFECUNDIDAD, INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Para efectos de estimar la frecuencia de *infertilidad* —esterilidad temporal— y *esterilidad definitiva*, la pregunta es ¿cuánto tiempo debe esperar (o se debe observar) una mujer, un hombre o una pareja, teniendo relaciones sexuales no protegidas para considerarse estéril? Los diferentes trabajos sobre la determinación del plazo tienden a que se escojan intervalos superiores a dos años. En un estudio realizado por Leridon<sup>329</sup> (1991) con base en encuestas de Francia encontró que la proporción de mujeres que declararon dificultad para concebir aumentó de 18% en 1978 a 30% en 1988. En ambas

---

<sup>lxviii</sup> En una página web originada en Estados Unidos sobre *infertilidad* se recogen los comentarios a un artículo publicado en *New England Journal of Medicine* en 1999, comentarios a través de cartas al editor en los cuales se llamaba la atención a los autores sobre el uso de ciertos términos cuando se refirieran o hablaran con pacientes que estaban enfrentando problemas para concebir. Consideran que la *esterilidad* es relativamente rara y difícil de definir especialmente con la técnicas reproductivas que hay hoy en día. En Estados Unidos las palabras “*infertility*”, “*subfertility*” y “*sterility*” se usan alternativamente sin embargo cada una tiene su acepción: (a) “*infertility*”: usualmente se define como la inhabilidad para concebir después de un año de relaciones sexuales no protegidas. Adicionalmente están los abortos espontáneos recurrentes más la inhabilidad para concebir después de una concepción exitosa, es decir, una *infertilidad secundaria*; (b) “*subfertility*”: —no figura en el Oxford English Dictionary— sin embargo se usa para referirse a una reducción pero no a una ausencia completa de fertilidad. Parejas que buscan tratamiento están experimentando *subfertilidad* pero no *completa infertilidad*; (c) “*sterility*” en general las opiniones coinciden en que es ausencia completa de fertilidad, sin embargo, decirle a un paciente que es estéril puede ser poco atractivo, políticamente incorrecto y significar una forma anticuada de entender la *esterilidad*.

<http://infertility.about.com/health/infertility/library/weekly/aa071799.htm> consultada 31- mayo-2001

encuestas las mujeres habían esperado, en promedio poco menos de dos años para concebir, es decir, este lapso no había cambiado en el intervalo de tiempo observado. Al excluir a las mujeres que concibieron en un lapso de 12 meses o menos, la proporción con dificultad para concebir cayó de 30% a 17%. El autor concluye que "el incremento de la proporción de dificultades expresadas en 1988 comparada con 1978 podría ser el resultado de una mayor impaciencia entre parejas entrevistadas en 1988, pero quizás, cada vez más de su lucha contra la resignación de quedarse sin hijos; así, no hay evidencia real para sugerir que ha habido un aumento verdadero de la subfecundidad o la esterilidad".

Otro estudio sobre calidad de vida en un conjunto de 258 parejas observándolas en 1988 y luego en 1990 (184 habían presentado problemas de fertilidad y 74 se presumían fértiles; de estas últimas, 40 no intentaron tener hijos durante el período de estudio) estimó en 2.5 años el promedio de tiempo que habían intentado tener un hijo. En la segunda observación el 46% de las fértiles y 38% de las que se consideraban con problemas de fertilidad habían tenido un hijo o estaban embarazadas, con lo cual el tiempo promedio de espera fue 3.5 años<sup>330</sup>.

Una investigación específica sobre este tema con datos de historias de matrimonios, embarazos y anticoncepción de la encuesta canadiense de fecundidad de 1984 probó con diferentes intervalos de 2, 3, 5, 7, y 10 años. El numerador estaba conformado por las mujeres que no tuvieron ningún embarazo entre no esterilizadas y no usuarias de anticoncepción y el denominador incluyó a todas las mujeres que estuvieron casadas antes de cada intervalo y seguían casadas a través de ese intervalo. Se encontró que las proporciones de esterilidad se estabilizaron en intervalos mayores de 7 años. La proporción de todas las mujeres de 30 años que eran estériles primaria y secundariamente era 1,16%. Para todas las mujeres de edad reproductiva que estuvieron casadas a través del intervalo de 8 años, la infertilidad primaria era 2,2 por ciento<sup>331</sup>. Los resultados anteriores se refieren a una población que practica la anticoncepción pero se llega a una conclusión similar con poblaciones que no la practican como es el caso de poblaciones de antes del siglo XIX; los autores del trabajo consideran que "si las mujeres son juzgadas de infertilidad porque ellas no llegan a quedar preñadas dentro de un año de exposición no protegida, una gran parte de ellas serán falsamente diagnosticadas. Un período de un año es demasiado corto y un diagnóstico basado en él está aparentemente confundiendo inhabilidad para concebir con dificultad para concebir rápidamente" <sup>332</sup>. En este punto también se debe hacer diferencia con los criterios para la atención a los pacientes pues si una persona

consulta porque lleva un año de relaciones sexuales no protegidas sin concebir o ha presentado abortos espontáneos debe iniciar asesoría para tratamiento de esterilidad, no se recomienda esperar más.

#### INDICADORES DE INFECUNDIDAD, INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

Los censos permiten establecer, para las distintas edades, la proporción de mujeres y de hombres que no han tenido hijos es decir, la frecuencia de infecundidad en una población. El porcentaje de mujeres de 50 años sin hijos es indicador de infecundidad definitiva. Fuera de este indicador se dispone, también para las distintas edades, de la proporción de hombres y mujeres que permanecen solteros (celibato), lo cual da una idea de la magnitud del grupo de personas que está menos propenso a tener hijos, constituyendo un indicador aproximado de infecundidad de la población. El porcentaje de solteros y solteras a los 50 años es un indicador del celibato definitivo.

Los indicadores de infertilidad se aproximarán con base en la Encuesta de Fecundidad y Familia (FFS-1.995) mediante las siguientes características:

- mujeres casadas que llevan más de cinco años con relaciones sexuales sin protección (no usuarias de anticoncepción) y que no han tenido hijos durante ese período; se diferenciará las que han sido madres (han tenido por lo menos un hijo, esterilidad secundaria) de las que no (esterilidad primaria)

El cálculo se refiere a fecundidad efectiva, es decir se tendrá en cuenta si ha habido un nacido vivo en el período o no. Dada la frecuencia tan baja de aborto declarada en la encuesta y la dificultad para diferenciar el aborto espontáneo del voluntario no justifica confrontar la infertilidad con la dificultad para concebir.

Como se ha visto, es difícil catalogar a una persona de estéril, de manera que en general se hablará de infertilidad y solo se hará referencia a esterilidad para las personas que han completado su período fértil sin hijos habiendo estado expuestas al riesgo de embarazo, es decir que han tenido relaciones sexuales sin protección por un tiempo de cinco años o más.



## V. LA ANTICONCEPCIÓN EN ESPAÑA. NIVELES, TENDENCIAS Y PATRONES DE USO

Se ha descrito en los capítulos iniciales la evolución de la anticoncepción tanto desde el desarrollo de los métodos anticonceptivos cada vez más diversos y eficaces, como en la frecuencia de uso en diversas sociedades y en diferentes momentos. Se vio también que la anticoncepción es el determinante próximo de la fecundidad que más explica actualmente los cambios que en ella suceden, de manera que otros determinantes como la edad de entrada al matrimonio, la lactancia materna o los períodos de infertilidad en los extremos del denominado período fértil, cada vez ilustran menos la variación debido al solapamiento con el uso anticonceptivo.

También se ha visto cómo en España se producen cambios importantes desde los años setenta. En el período 1.978-1.983, se despenalizan todos los métodos por lo cual cabe esperar que muchas mujeres que no los usaban se sientan en la libertad de hacerlo, y las que los usaban bajo las restricciones que la penalización ocasionaba, comiencen a usarlos más regularmente en condiciones más eficientes o a experimentar otros métodos. Obviamente para quienes no conocían o no habían oído hablar de los métodos anticonceptivos, el sólo proceso de despenalización tuvo que tener un impacto informativo.

Así que entre los escasos datos de que se dispone para antes de 1.977 se puede esperar que las tasas de uso sean bajas y que después de esta fecha se marquen incrementos importantes. Algunas revisiones a las encuestas de la época, ya citadas, –la de 1.956 a médicos y la de 1.972 a mujeres casadas– revelan que gran parte de las mujeres casadas habían oído hablar de los métodos. Sobre si los usaban, no se preguntó por considerarse algo muy íntimo y que podía afectar los resultados de la encuesta, pero que además no lo contestaran por temor a represalias. Los métodos usados entonces son considerados hoy en día como no eficaces –el *coitus interruptus*, los vaginales o el ritmo–, sin embargo deberían llamarse "menos eficaces" que los métodos modernos lo cual es cierto, pero en todo caso, combinados con matrimonio tardío y mayor proporción de celibato permanente redundó en baja fecundidad.

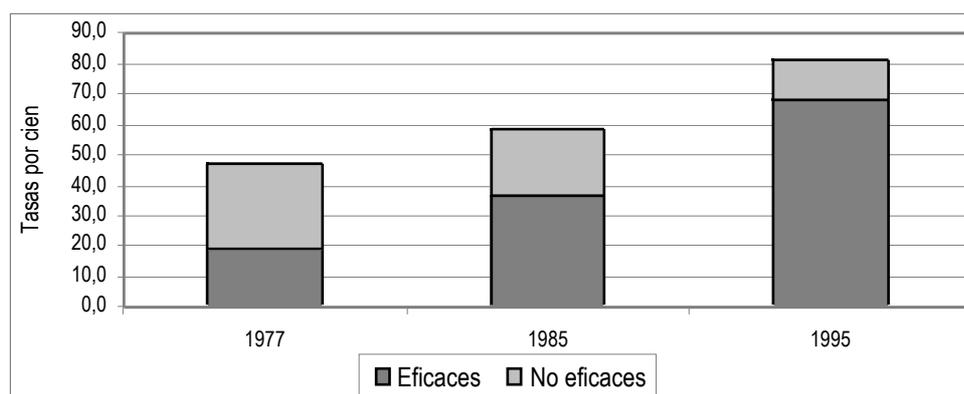
En el presente capítulo se hará un perfil de la anticoncepción en España con base en las Encuestas de Fecundidad de 1977, 1985 y 1995. Se situará el caso de España en el contexto internacional y en

comparación con otros países de Europa. Con base en la última encuesta se hará un análisis de los patrones de dinámica anticonceptiva basado en la sección 5B "*Historial de anticoncepción*" que permite estimar los indicadores pertinentes. En el Anexo 5 se presenta información complementaria a la analizada en este capítulo.

## V.1 PREVALENCIA ACTUAL 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 incrementa y la tasa de prevalencia pasa a 58 de cada cien (EF-85) incluyendo aquellas parejas que usan la esterilización masculina o femenina, lo que significa un aumento relativo de 3 puntos porcentuales anualmente. Si bien el incremento en el período es importante, podría considerarse pequeño comparado con la apertura y liberalización que vivió la sociedad española en esa década. Un incremento mayor se produce entre 1985 y 1995, cuando el uso pasó de 58 por ciento en 1985 a 81 por ciento en 1995 (Gráfico V.1 y Cuadro V.1) y el aumento anual relativo fue de 4 puntos.

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



Fuente: Cuadro V.1

Cabe recordar que la encuesta de 1.977 estuvo rodeada de polémica justamente por estar todavía prohibido el uso de métodos; aunque la mayor parte de los comentarios de sus realizadores apuntan a la hipótesis de que el efecto más probable es el rechazo de la misma o el ocultamiento de información,

lo cual redundaría en sub-estimación de los niveles de conocimiento y uso, podría ser que tiene cabida la otra hipótesis que plantea que este ambiente pudo favorecer mayor respuesta de mujeres más progresistas y liberales que el promedio de la sociedad, ocasionándose una sobre-estimación de los niveles en 1.977 con el consiguiente efecto en la medición del cambio.

**Cuadro V.1 Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas. España, 1977-1995 (Tasas por cien)**

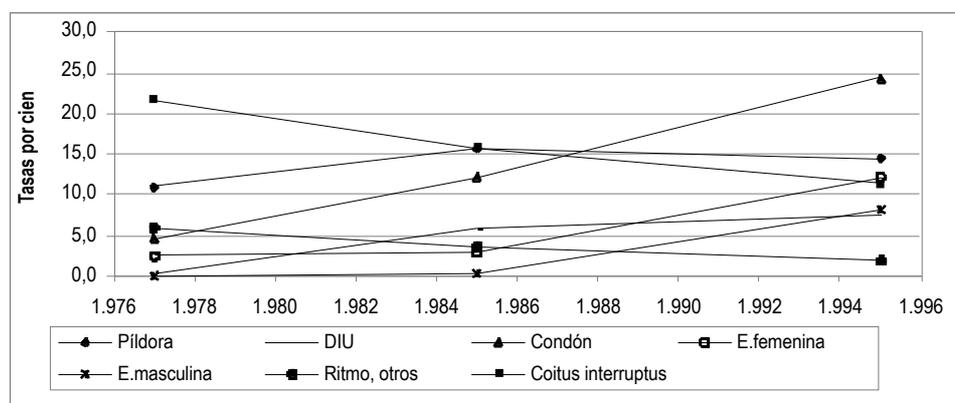
	Cohorte de nac.	Cualquier método	Píldora	DIU	Inyección	Diafragma	Preservativo	Esterilización		Ritmo	Coitus interruptus	Otros
								femenina	masculina			
<b>1.977</b>												
<b>Total</b>		<b>47,1</b>	<b>11,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>4,6</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>	<b>6,0</b>	<b>21,6</b>	<b>0,9</b>
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
<b>1.985</b>												
<b>Total</b>		<b>58,4</b>	<b>15,7</b>	<b>5,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>12,3</b>	<b>2,9</b>	<b>0,3</b>	<b>3,7</b>	<b>15,7</b>	<b>2,1</b>
18-19	1966-67	44,8	26,4	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0		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
<b>1.995</b>												
<b>Total</b>		<b>81,0</b>	<b>14,5</b>	<b>7,6</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>24,4</b>	<b>12,2</b>	<b>8,1</b>	<b>1,9</b>	<b>11,3</b>	<b>0,2</b>
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												

Uno de los criterios con los que suelen analizarse los métodos anticonceptivos es su eficacia, aunque no hay un consenso sobre cuáles son eficaces o cuáles no lo son. Como se vio en el capítulo III, la mayoría de los métodos son eficaces en condiciones teóricas de uso, pero en condiciones reales su eficacia se reduce sustancialmente, como es el caso del preservativo; incluso la píldora, pierde mucha de su eficacia si no se usa en condiciones correctas. Los métodos usados antes del desarrollo de los métodos modernos se califican como ineficaces por tener menor eficacia que éstos. Para el presente trabajo se han tomado como métodos 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 lo que sí cambió en España fue el tipo de métodos utilizados incrementándose el uso de los eficaces y entre 1.985 y 1.995 prácticamente se duplicó la anticoncepción moderna o eficaz.

Dentro de los métodos en particular, como puede observarse en el Gráfico V.2, 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, lo cual puede deberse a que antes de este hecho hubiera cierta permisividad y se usara de manera generalizada, aunque aparentemente con otros fines; 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.

**Gráfico V.2 Tasas de prevalencia de uso por método usado. Mujeres casadas o unidas. España 1.977-1995**



Fuente: Cuadro V.1

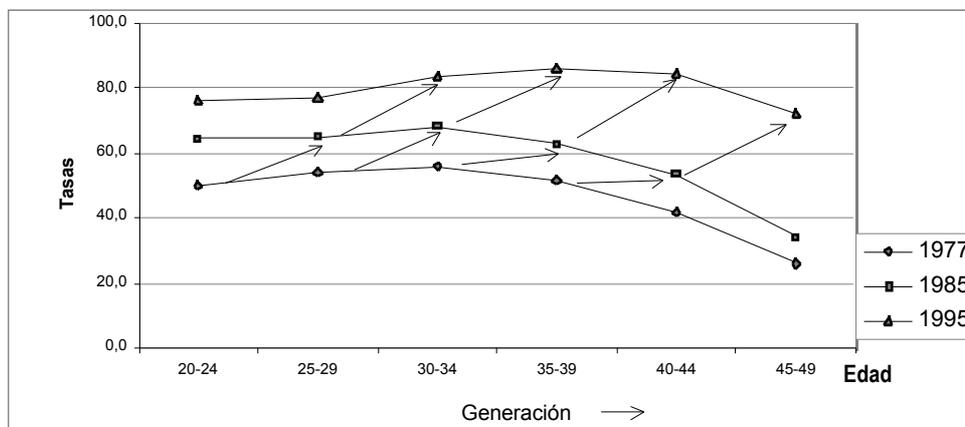
Según estos resultados, en España prácticamente no se usan los inyectables y los implantes subcutáneos que corresponden a los hormonales y tampoco se usa el diafragma. Con bajísima

prevalencia y cada vez menor se sitúan los métodos naturales –ritmo, abstinencia periódica, método sintotérmico–.

#### 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 V.3 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 V.3 Tasas de Prevalencia de uso anticonceptivo por edad. España 1.977-1995**



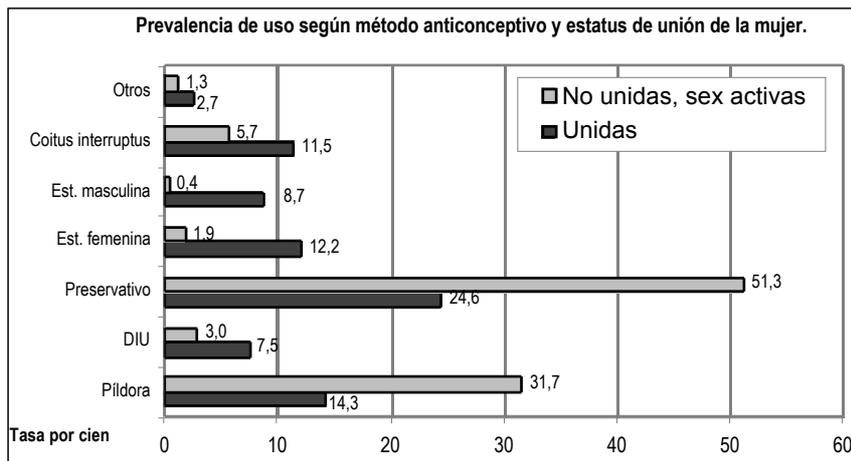
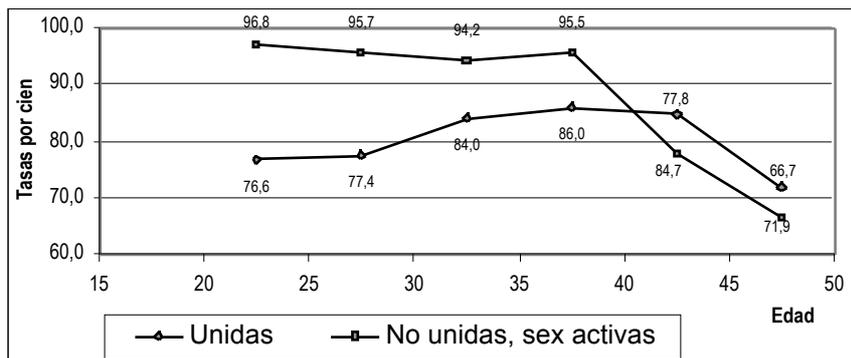
Fuente: Cuadro V.1

Como se dijo anteriormente, los indicadores suelen referirse a las mujeres expuestas al riesgo de embarazo y para simplificar se usa la condición de estar “casadas o unidas”. Sin embargo es importante conocer el comportamiento de las mujeres que no están en unión pero son sexualmente activas, o sea que están expuestas al riesgo de embarazo. Dado que en la mayor parte de las sociedades las normas establecen que los nacimientos deben ocurrir dentro del matrimonio o unión estable de la pareja, se puede esperar que las mujeres que no están en unión controlen en mayor medida su fecundidad que las casadas o unidas. Así sucede en España, particularmente en las menores de 40 años en las que más de 95 de cada cien usan anticonceptivos, en comparación con las casadas o unidas cuyas tasas oscilan entre 76 y 86 por ciento en estas edades. Después de esta edad, la anticoncepción decae en ambos grupos de mujeres y es menor en las no unidas (Gráfico V.4).

Los métodos usados en las diferentes edades también dependen del proceso de formación de la familia. En las primeras edades se usan métodos temporales o reversibles, apropiados para aplazar el inicio de la maternidad o de la paternidad y para espaciar los nacimientos. Una vez se va completando el tamaño deseado de familia los métodos definitivos o irreversibles constituyen otra opción para las parejas, así como los métodos de larga duración, por ejemplo los implantes subdérmicos o el dispositivo intrauterino. También interviene en la anticoncepción por edad, la generación a la cual pertenecen las parejas. Así, aquellas que iniciaron su edad fértil en los años en que no se disponía de métodos eficaces fuera porque no se habían desarrollado o porque estaban prohibidos, posiblemente siguen recurriendo a métodos como el *coitus interruptus* u otros métodos

alternativos de tradición popular. Otro factor que debe tenerse en cuenta es si un método tiene contraindicaciones para ciertas características de la persona, como puede ser la edad de la mujer; es el caso de la píldora en mujeres mayores de 35 años, más aún si son fumadoras.

**Gráfico V.4 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según estatus de unión de la mujer, por edad. España, 1995**



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

En el Gráfico V.5 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. 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

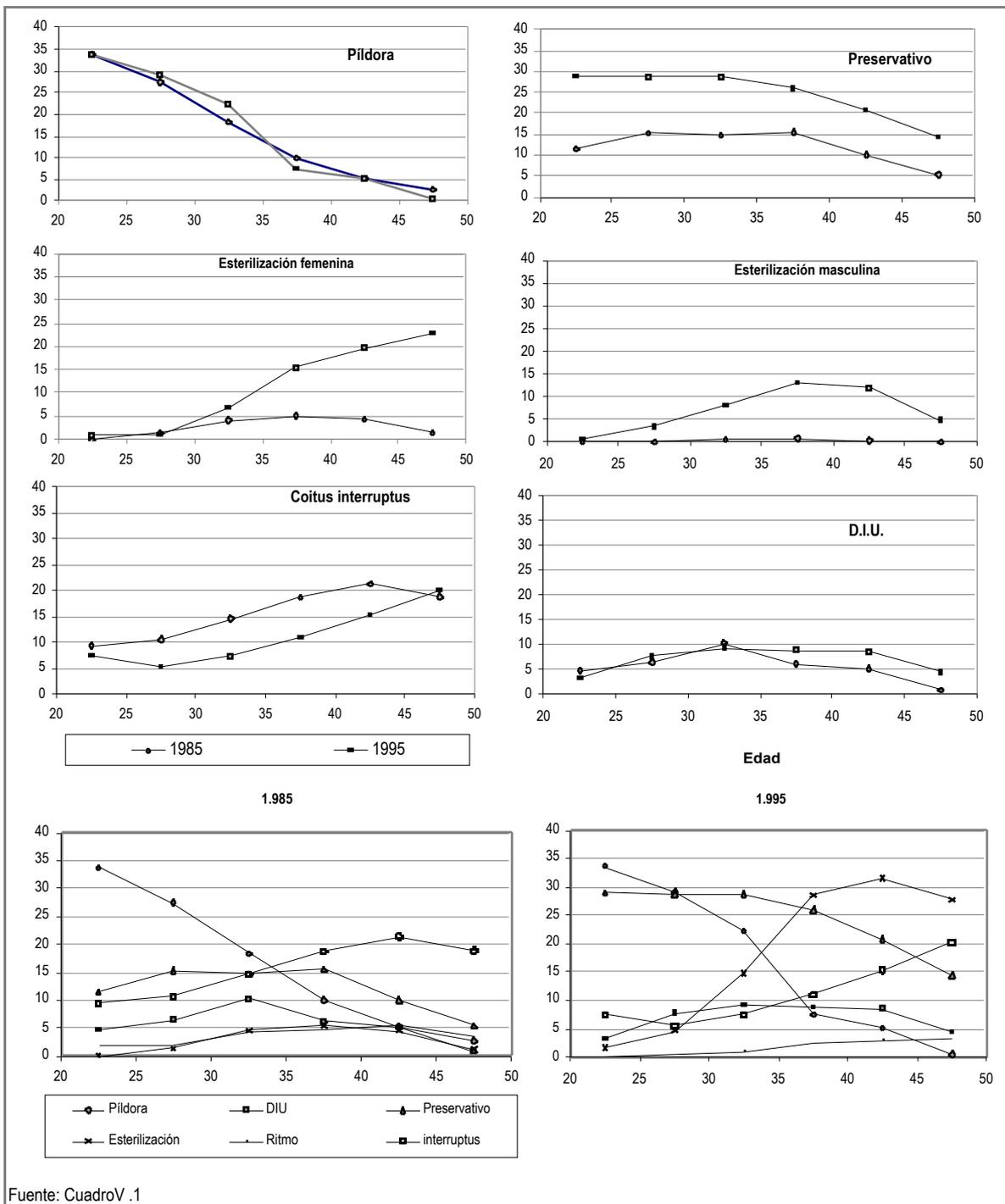
por su parte es de muy baja prevalencia en 1985 y por consiguiente no muestra diferencias por edad, mientras que en 1995 la prevalencia es mayor y especialmente en los hombres cuya mujer tiene entre 35 y 44 años. Las tasa de prevalencia de uso de *coitus interruptus* aumenta con la edad de la mujer en 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*.

#### 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 V.6 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 V.5 Tasas de prevalencia anticonceptiva por método según edad. España, 1985-1995**



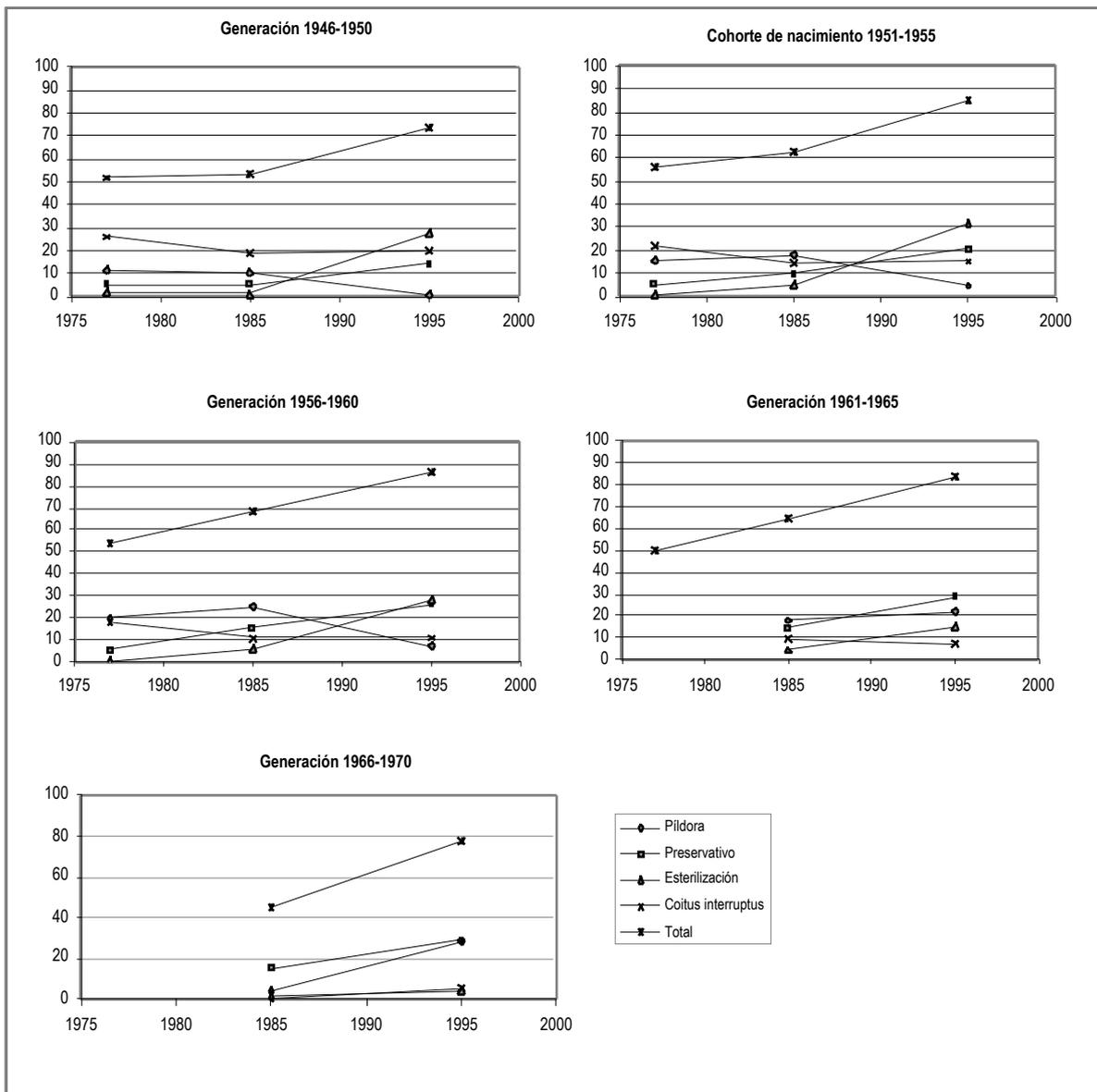
Las mujeres nacidas entre 1.951 y 1.955 eran más jóvenes que las de la cohorte anterior al momento de la despenalización de la anticoncepción y en ese momento usaban la anticoncepción en proporción similar (59% en 1.977); también usaban el *coitus interruptus* pero con mayor prevalencia de métodos modernos reversibles –píldora 17%, preservativo 6%– que, como se dijo requieren suministro. 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 y aunque han disminuido el uso del *coitus interruptus* sigue siendo un método importante mientras que disminuyen el uso de la píldora. 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 veinte años analizado. Las mujeres mayores (generación 1.966-70) que terminaron su período fértil en 1.995 siempre usaron menos los métodos modernos que las de las otras generaciones y también mayor uso de los tradicionales. 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 V.7). 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 la generaciones más jóvenes.

**Gráfico V.6 Tasas de prevalencia anticonceptiva por generación y tipo de método, España, 1.977-1.985-1.995**



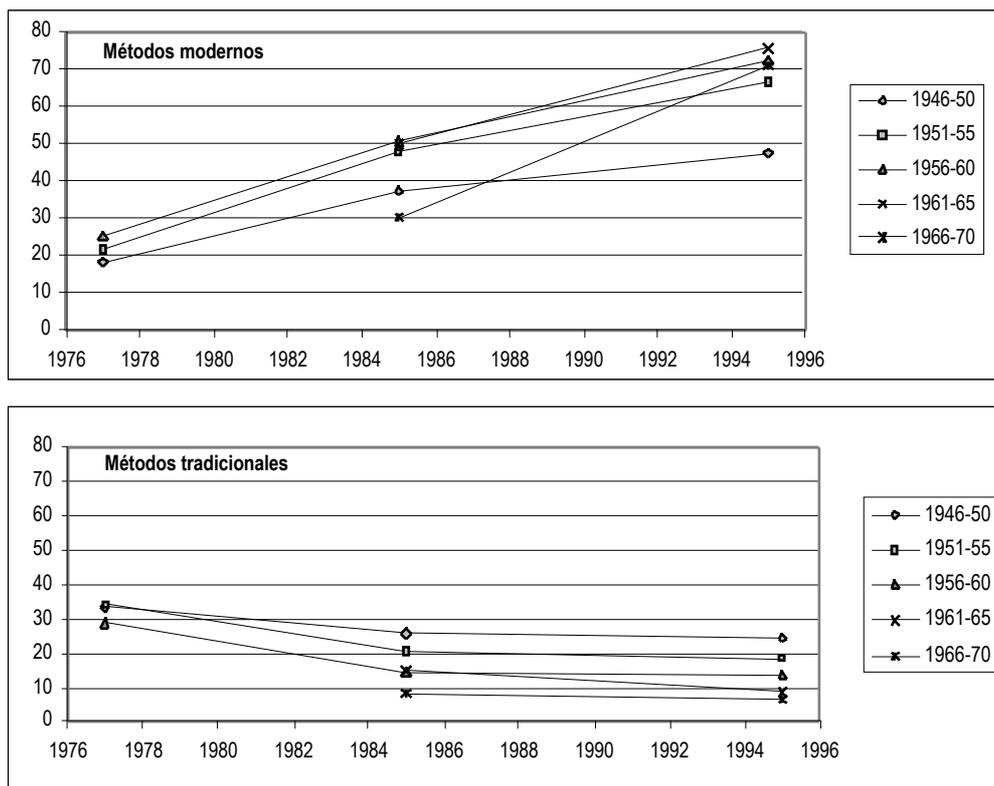
Fuente: Cuadro V.1

## ANTICONCEPCIÓN FEMENINA Y MASCULINA

El uso de métodos anticonceptivos manejados por el hombre es un aspecto interesante de análisis en la medida que puede ser indicio de varios aspectos. Por una parte, que asume su responsabilidad en la anticoncepción y participa activamente en el uso eficiente de la misma y por consiguiente en las decisiones reproductivas; también porque asume su parte de los riesgos que para la salud que pueden generar los métodos, es decir los efectos secundarios así como las incomodidades que

acarreen; por otro lado puede indicar la importancia que le asigna a la salud reproductiva al protegerse él y su pareja de la transmisión de enfermedades.

**Gráfico V.7 Tasas de prevalencia anticonceptiva por cohorte de nacimiento según uso de métodos modernos o temporales. España 1977-1985-1995**

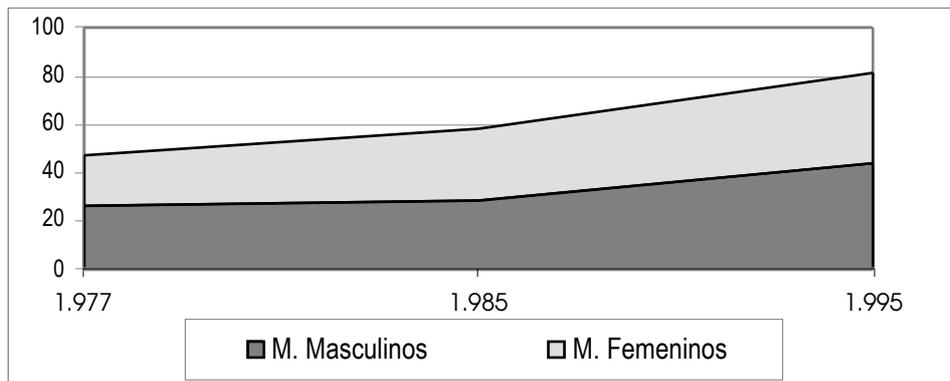


Fuente: Cuadro V.1

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 V. 8) no sólo porque entre 1985 y 1995 pasó de representar 48 a 55 por ciento del total de la anticoncepción sino porque un componente importante es la esterilización que es irreversible. Por edad se observa que en 1985 los métodos masculinos superan a los femeninos después de los 35 años de edad de la mujer, pero en 1995 desde los 30 años hay más

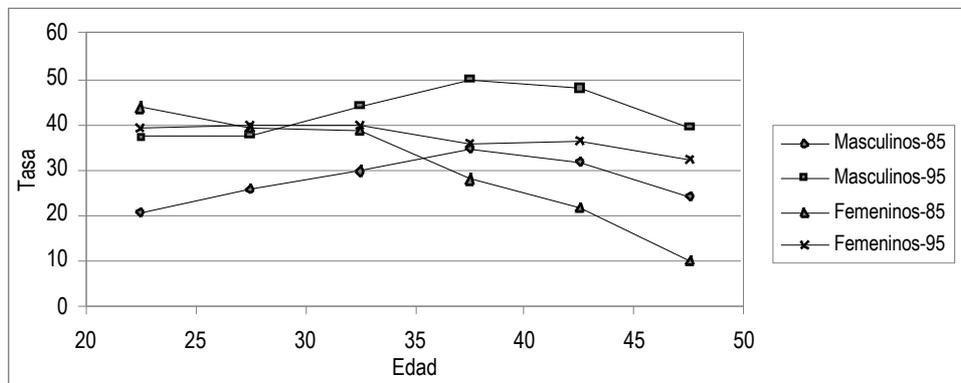
anticoncepción masculina y en las menores de esta edad la participación por sexo es cercana al 50 por ciento (Gráfico V.9).

**Gráfico V.8 Prevalencia de uso de métodos masculinos y femeninos, mujeres casadas o unidas. España, 1.977-1.995**



Fuente:Cuadro V.1

**Gráfico V.9 Prevalencia de métodos masculinos y femeninos por edad. España, 1.985-1995**



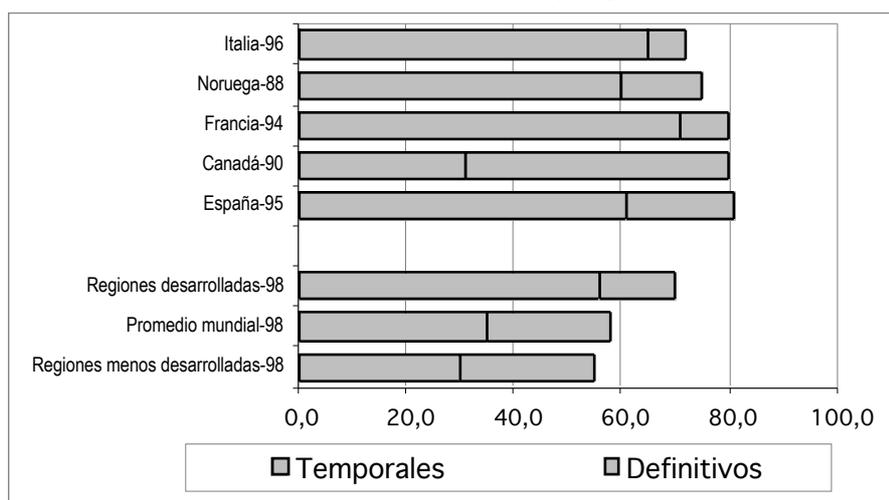
Fuente:Cuadro V.1

## V.2 LA ANTICONCEPCIÓN EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Según la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en 1.998, de cada cien parejas en el mundo, 58 usan algún método anticonceptivo incluida la esterilización (Gráfico V.10). Este promedio engloba grandes diferencias, tanto entre las diferentes regiones del mundo como dentro de las mismas. En los países desarrollados, 70 de cada cien parejas usan anticoncepción mientras que en los países en desarrollo la tasa de prevalencia

anticonceptiva es de 55 por ciento. 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<sup>boxiv</sup>, 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%).

**Gráfico V.10 Tasas de prevalencia anticonceptiva en mujeres en unión.  
Comparación de países y regiones**



Fuente: «Standard Country Report» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. Table 19. UNITED NATIONS New York and Geneva

En los países en desarrollo se usan más los métodos definitivos o irreversibles; casi la mitad de las parejas que planifican, recurren a la esterilización más exactamente a la esterilización femenina (tasa

<sup>boxiv</sup> Con frecuencia se dice que España tiene actualmente menor de anticoncepción que otros países de Europa y la razón es el manejo de los indicadores que son referidos al total de la población y no a la población expuesta al riesgo, que para efectos prácticos es la casada o unida. Como ejemplo se puede citar el artículo del diario El País de septiembre de 1999 titulado «Un millón de españolas no usan anticonceptivos eficaces o los emplean de forma inadecuada» donde se dice: «La encuesta, elaborada por el equipo Daphne sobre una muestra de 2136 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) pone de manifiesto que un 54.3% de las españolas utilizan algún medio anticonceptivo en sus relaciones sexuales. El porcentaje medio europeo se sitúa entorno al 70%. «Los países del resto de Europa nos llevan una ventaja de unos 10 años» señaló ayer la presidenta de la Sociedad Europea de Contracepción, Carme Coll en la presentación de los resultados del estudio». En este artículo se ve que no sólo no se han excluido del denominador a las mujeres solteras o que no están en unión, sino que no contabilizan la vasectomía dentro de los métodos anticonceptivos usados por las mujeres, con lo cual las cifras están de lejos de ser comparables con el resto de Europa o de otros países. [El País, septiembre de 1999, Sección Sociedad/35]

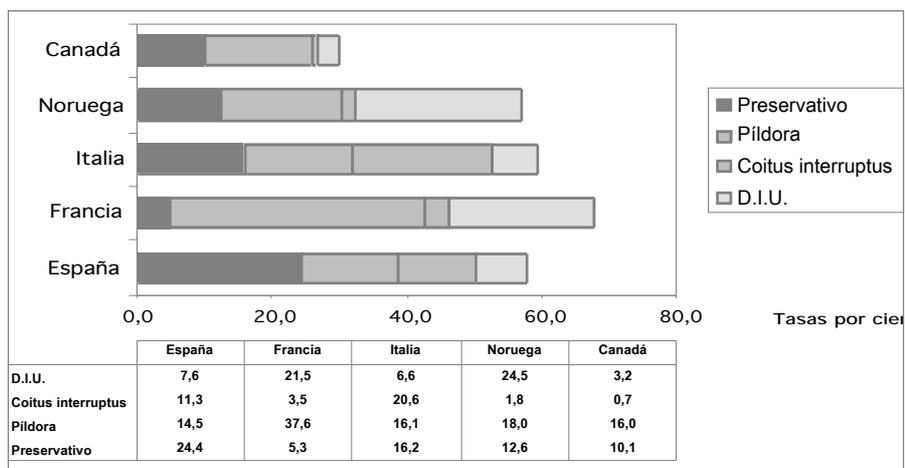
de prevalencia de esterilización, 25%). Por el contrario, en los países desarrollados se usan más los métodos temporales –ocho de cada diez de las parejas que usan anticoncepción, escogen algún método temporal– tasa de prevalencia de esterilización, 14%.

Se puede pensar que en los países o regiones en los que los servicios de salud no pueden dar atención anticonceptiva sostenida presentan mayor tendencia al uso de métodos irreversibles puesto que las parejas limitan eficientemente el tamaño de su familia con una sola intervención del personal de salud sin tener que recurrir en largo plazo para controles o suministros. Los métodos temporales en cambio, requieren de asesoría continuada para escoger el más adecuado a las características de la pareja y también de seguimiento para identificar posibles efectos colaterales. En estas condiciones, parece lógico el resultado descrito de mayor prevalencia de esterilización en los países en desarrollo. Pero al observar la composición de la anticoncepción en los países desarrollados surgen algunas inquietudes. Primero, que este patrón no es homogéneo y segundo que se recurre a métodos temporales considerados ineficaces.

Por ejemplo en Italia y Francia la mayor parte de la anticoncepción recae en métodos temporales, sólo siete y nueve de cada cien parejas respectivamente han optado por el uso de esterilización mientras que en Noruega y España este método es usado por 15 y 20 por ciento de las parejas respectivamente y en el otro extremo está Canadá con 49 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 V.11).

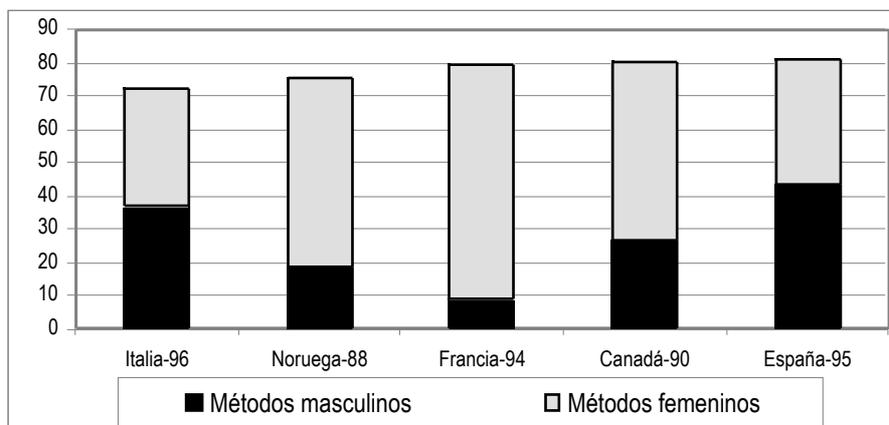
Este patrón de uso se manifiesta en la distribución de métodos masculinos y femeninos. De los países seleccionados, Francia está en el extremo en el que la anticoncepción recae sobre las mujeres con un 90 por ciento de métodos femeninos y en el otro está España con 45 por ciento. Italia presenta un comportamiento similar a España (Gráfico V.12).

**Gráfico V.11 Tasas de prevalencia anticonceptiva de métodos temporales en mujeres en unión, según la encuesta FFS-95**



Fuente: «Standard Country Report» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. Table 19. UNITED NATIONS New York and Geneva

**Gráfico V.12 Prevalencia de métodos anticonceptivos masculinos y femeninos en los países seleccionados según la encuesta FFS-95**

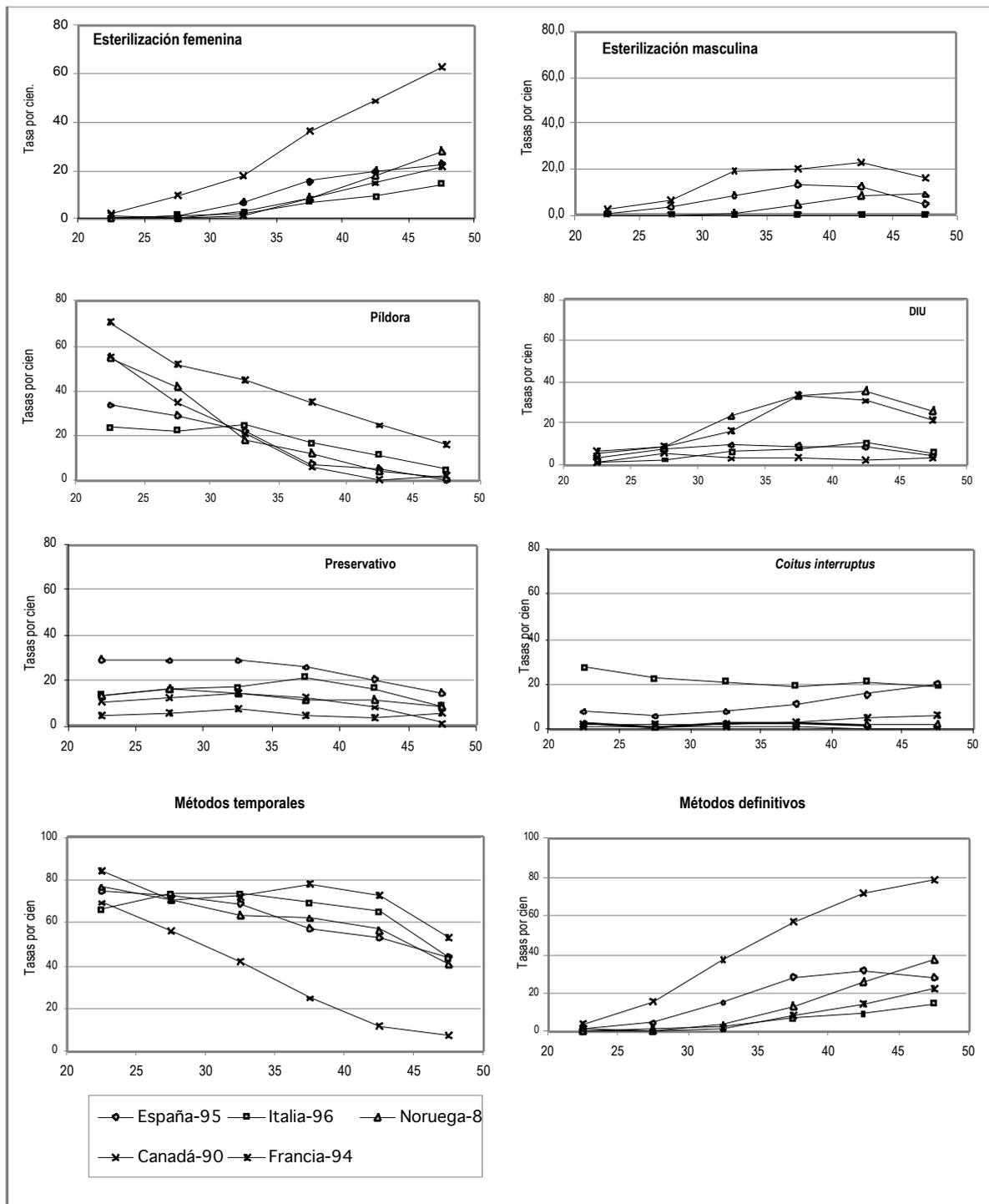


Fuente: «Standard Country Report» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. Table 19. UNITED NATIONS New York and Geneva

Se observa 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 V.13). 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. 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 cónyuges.

**Gráfico V.13 Tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas, por edad, en los países seleccionados, según la encuesta FFS.**



Fuente: «Standard Country Report» *Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. Table 19. UNITED NATIONS New York and Geneva

### V.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. Todos estos aspectos son importantes en el momento de diseñar un programa de planificación familiar, o de optimizarlo, de manera que atiendan las necesidades de los usuarios, las cuales también dependen del calendario de los hechos vitales como el momento en que se inician las relaciones sexuales, la edad en que se entra en unión o el momento en que se desea tener los hijos, con qué espaciamiento y cuántos. La encuesta de Fecundidad y Familia de 1.995 recoge información para analizar algunos de estos aspectos los cuales se presentan a continuación.

#### EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y DEL USO ANTICONCEPTIVO

La edad de inicio de las relaciones sexuales de la población en edad fértil en 1.995 se estimó en 21 años para las mujeres y casi 19 para los hombres con tendencia a disminuir, según la cohorte de nacimiento, tanto en hombres como en mujeres, pero con más intensidad en éstas últimas. Así, mientras las mujeres nacidas en 1945-50 habían iniciado su vida sexual activa a los 23 años y los hombres a los 20 años, los más jóvenes, nacidos en 1970-75 lo hacían a los 20 y 19 años respectivamente (Cuadro V.2 y Gráfico V.13). En general, el uso de anticonceptivos se inicia, en las mujeres, a los 22.5 años y a los 20.7 en los hombres, es decir que en promedio hay un lapso de dos años de exposición a las relaciones sexuales sin usar anticoncepción. Este lapso, en hombres y en mujeres ha disminuido según la cohorte de nacimiento. En los más jóvenes prácticamente no existe pero a medida que se va hacia cohortes anteriores se incrementa llegando a ser de más de 6 años en los hombres nacidos antes de 1955 y de más de dos años en las mujeres de las mismas cohortes. Consecuentemente, el uso de anticoncepción en la primera relación sexual es muy bajo en las

cohortes mayores (alrededor de 30% en los nacidos antes de 1.955), frente a más de 70 por ciento en los nacidos después de 1.965 aunque ninguna cohorte está por encima de 90 por ciento.

**Cuadro V.2 Medidas resumen de eventos vitales seleccionados por edad y sexo.  
España, FFS-95**

	Generación	1975-77	1970-75	1965-70	1960-65	1955-60	1950-55	1945-50	Total	Fuente
	Edad	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
<b>Mujeres</b>										
Edad mediana 1ª rel. sexual	..	20,1	19,7	20,0	20,9	22,4	23,2	21,1	Tabla 21	
Edad mediana 1º uso anticoncepción	..	20,3	20,2	20,9	22,6	24,4	25,9	22,5	Tabla 21	
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	85,1	79,9	71,6	61,5	48,6	35,7	18,8	54,4	Tabla 21	
Ha tenido aborto inducido (%)	0,2	0,3	2,1	3,4	3,1	2,2	1,6	2,0	Tabla 23	
Ha tenido aborto inducido antes de 30 años (%)	0,2	0,3	2,1	2,9	2,3	1,7	0,8	1,6	Tabla 23	
Nº promedio de hijos finalmente esperados	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,6	2,2	Tabla 24	
Nº promedio de hijos nacidos vivos	0,0	0,2	0,7	1,4	1,9	2,1	2,5	1,3	Tabla 12	
Edad mediana a la formación de pareja	..	..	24,6	23,8	22,8	23,4	23,6	23,7	Tabla 8	
Edad mediana al primer nacido vivo	..	..	..	26,6	25,0	25,3	25,0	25,5	Tabla 14	
Porcentaje con pareja	4,3	23,1	62,6	83,5	90,0	84,4	88,4	64,9	Tabla 4	
Nº casos	323	671	737	658	572	607	453	4021		
<b>Hombres</b>										
Edad mediana 1ª rel. sexual	19,0	18,7	18,5	18,5	18,6	18,8	20,2	18,7	Tabla 22	
Edad mediana 1º uso anticoncepción	19,7	18,9	19,4	20,0	20,7	24,7	27,1	20,7	Tabla 22	
Porcentaje que usó anticoncepción en 1ª rel.sex.	89,4	80,4	66,1	54,6	43,9	29,3	26,5	54,2	Tabla 22	
Nº promedio de hijos finalmente esperados	2,0	2,2	2,1	2,1	2,2	2,3	2,4	2,2	Tabla 25	
Nº promedio de hijos nacidos vivos	0,0	0,1	0,3	0,9	1,5	1,9	2,0	0,9	Tabla 13	
Edad mediana al primer nacido vivo	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d		
Porcentaje con pareja	0,8	8,6	38,5	73,9	85,6	87,3	85,8	55,1	Tabla 5	
Nº casos	125	376	373	342	262	248	266	1992		
Fuente: Fertility and Family Surveys in Countries of the ECE Region. Standard Country Report, Spain										

Aún así, el aborto inducido es de baja prevalencia en España si se compara con otros países y recurriendo a la misma fuente de información. Por ejemplo, en Francia<sup>333</sup> y Finlandia<sup>334</sup> 9 de cada cien mujeres nacidas en el período 1.960-65 habían tenido por lo menos un aborto antes de cumplir los 30 años, mientras en España esta cifra es 3 de cada cien, esto para no citar países con estructuras sociales muy distintas como Latvia<sup>335</sup> donde la planificación familiar parece descansar en la práctica del aborto y 47 por ciento de las mujeres pertenecientes a estas mismas cohortes han tenido por lo menos uno antes de los 30 años.

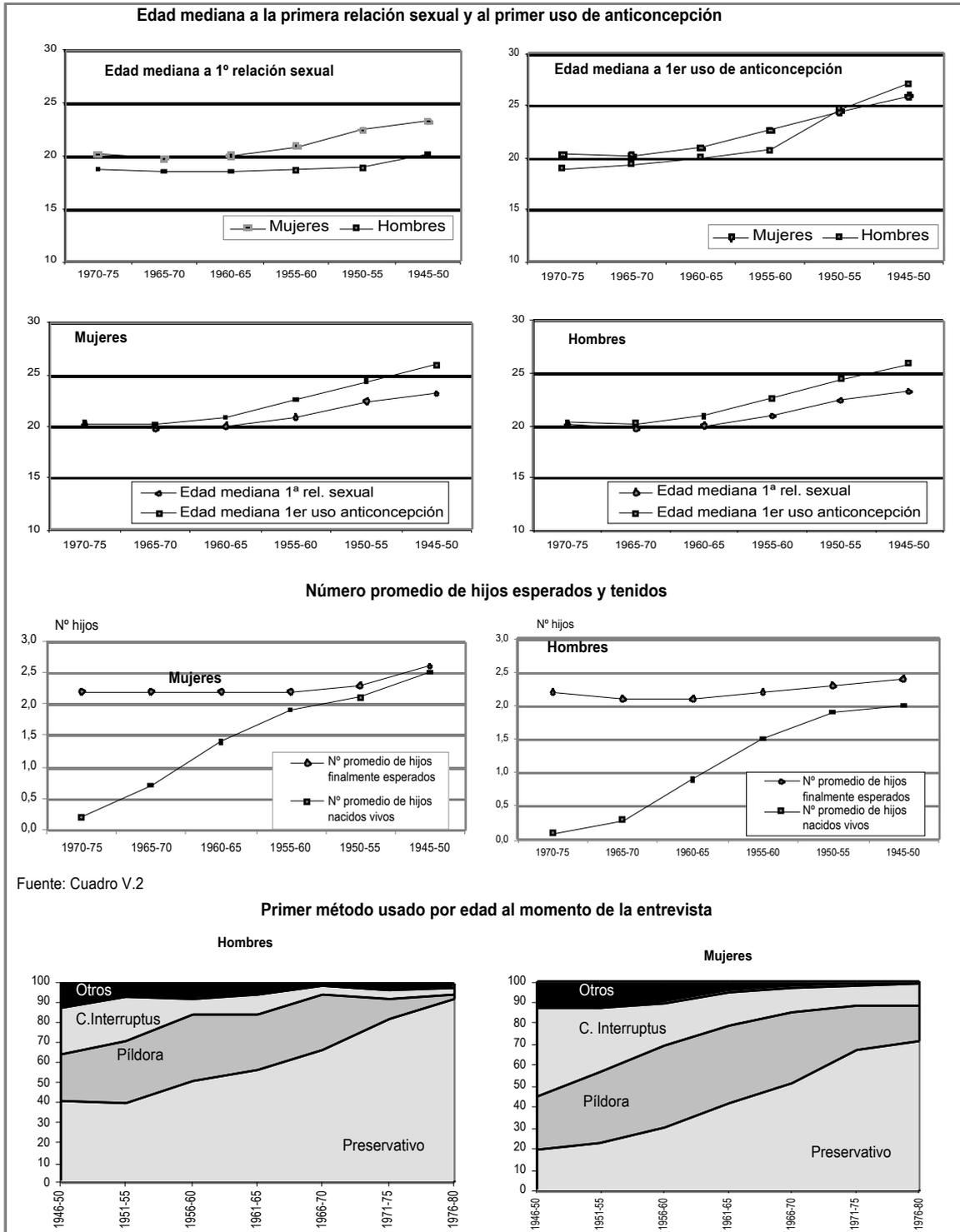
La edad de inicio de formación de pareja, sea en unión legal o consensual, ha tenido algunas fluctuaciones. Según los datos de la encuesta, las mujeres mayores entraron en unión a los 23.6 años y se había producido un adelanto de manera que las nacidas entre 1955-60 entraron en unión un año

más jóvenes (22.8) pero las cohortes siguientes han vuelto a retrasar la entrada en unión (24.6) superando a las de mayor edad. En estas circunstancias, se ha ampliado también el lapso entre el inicio de las relaciones sexuales y la entrada a la unión, que en las nacidas entre 1965-70 llega a ser de cinco años y de cuatro en las de 1960-65. Dado que la mayor parte de los nacimientos ocurren dentro de las uniones se puede llegar a un intervalo promedio de tiempo de casi ocho años entre el inicio de las relaciones sexuales y el primer nacimiento, intervalos todos estos que requieren de uso de métodos anticonceptivos, más que para espaciar, para retrasar el inicio de la maternidad hasta la edad deseada por la mujer.

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 V.13). 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*. El grupo residual de métodos de primera vez es similar en lo declarado por hombres y mujeres y comprende algunos casos de esterilización. Una de cada cien mujeres e igualmente uno de cada cien hombres usaron la esterilización como primer método.

La distribución de los métodos de primera vez dada por las mujeres de las generaciones 1946-55 es congruente con los resultados de la EF-77 en la que predomina el uso de *coitus interruptus*, en segundo lugar la píldora y con bastante diferencia el preservativo. En el caso de los hombres de estas mismas generaciones, aunque sólo se puede contrastar con lo informado por las mujeres, parece alta la proporción que dice haber usado preservativo, además, siendo un método de poca distribución en aquella época. Puede ser que muchos de los usuarios de *coitus interruptus* que luego usaron otros métodos no lo consideran un método anticonceptivo, lo cual puede explicar también una diferencia de seis años entre el inicio de relaciones sexuales y el inicio de la anticoncepción en estas generaciones masculinas.

**Gráfico V.14 Medidas resumen de eventos vitales seleccionados por cohorte de nacimiento y sexo. España, FFS-95**



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

## 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 (segmentos abiertos o censurados).

En el Cuadro V. 3 se presenta la distribución porcentual de los segmentos para cada método según razón de discontinuación. 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.

**Cuadro V.3 Distribución porcentual de los segmentos cerrados por razón de discontinuación y sexo. España, FFS-95**

Razón de discontinuación	Píldora	DIU	Inyecciones	Diafragma	Preservativo	Abstinencia periódica	Coitus interruptus	Otros métodos	Total
<b>Hombres</b>									
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
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Mujeres</b>									
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
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

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. Parece haber una tendencia a compensarse con las diferencias en querer tener un hijo, es decir que las mujeres dan como razón que el método falló, mientras los hombres dicen que se suspendió el uso para tener un hijo.

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.

El hecho de que el cónyuge desaprobe el uso de un método puede depender de que cause interferencia con el acto sexual o por inconvenientes en el uso. Es el caso del diafragma, el preservativo, el *coitus interruptus* y eventualmente el DIU. Sin embargo en la encuesta es una razón de muy baja frecuencia tal vez porque los problemas están canalizados precisamente hacia desear otro método o inconvenientes de uso. Prácticamente no se dieron casos en los que la razón fuera la falta de accesibilidad al método, física o económica.

#### 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. Primero se analizarán estas tasas por edad y sexo para las razones que dependen de la decisión de la pareja–o de alguno de sus miembros–, es decir, que la pareja elige suspender el uso del método y no cuando el método falla, tema que se tratará más adelante. En el Cuadro V.4 y en el Gráfico V.14 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. Se observa que en el grupo de edad de 40-49 años, hay muy pocos segmentos iniciados y discontinuados y en consecuencia las tasas por razón son cercanas a cero en ambos sexos.

**Cuadro V.4 Tasa brutas de discontinuación por edad al iniciar el segmento de uso.  
España, FFS-95**

			Píldora	DIU	Inyecciones	Diafragma	Preservativo	Abstinencia periódica	Coitus interruptus	Otros métodos	Total
<b>Hombres</b>	Método falló	15-29	4,2	7,6	0,0	17,4	3,9	17,9	19,3	-	6,1
		30-39	0,4	7,4	0,0	0,0	2,3	9,1	9,7	0,0	3,0
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	-	0,6
		<b>Total</b>	<b>2,8</b>	<b>7,1</b>	<b>0,0</b>	<b>11,8</b>	<b>3,1</b>	<b>11,1</b>	<b>13,4</b>	<b>0,0</b>	<b>4,7</b>
	Deseaba un hijo	15-29	42,5	22,9	50,0	17,4	33,4	53,6	49,8	-	37,3
		30-39	10,8	16,7	33,3	22,2	18,3	40,9	31,1	0,0	18,1
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	-	0,6
		<b>Total</b>	<b>30,0</b>	<b>19,8</b>	<b>42,1</b>	<b>17,6</b>	<b>26,5</b>	<b>38,1</b>	<b>35,0</b>	<b>28,6</b>	<b>28,4</b>
	Efectos secundarios y problemas de salud	15-29	20,2	8,4	16,7	4,3	1,3	0,0	1,3	-	3,2
		30-39	11,9	11,1	0,0	11,1	0,8	0,0	1,0	33,3	1,8
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
		<b>Total</b>	<b>16,0</b>	<b>9,1</b>	<b>10,5</b>	<b>5,9</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>14,3</b>	<b>5,9</b>
	Deseaba otro método	15-29	5,1	14,5	0,0	8,7	13,0	10,7	10,3	-	10,3
		30-39	4,8	14,8	0,0	0,0	4,4	4,5	1,9	0,0	4,8
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
		<b>Total</b>	<b>4,6</b>	<b>13,7</b>	<b>0,0</b>	<b>5,9</b>	<b>9,5</b>	<b>6,3</b>	<b>6,1</b>	<b>0,0</b>	<b>7,8</b>
	No rel. Sexuales	15-29	7,9	19,8	8,3	21,7	10,5	0,0	5,4	-	9,8
		30-39	1,5	1,9	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	1,5
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
		<b>Total</b>	<b>5,4</b>	<b>13,7</b>	<b>5,3</b>	<b>14,7</b>	<b>7,3</b>	<b>0,0</b>	<b>2,9</b>	<b>0,0</b>	<b>6,5</b>
<b>Mujeres</b>	Método falló	15-29	4,6	5,6	6,0	2,3	9,3	29,1	23,6	40,0	10,1
		30-39	0,3	3,7	0,0	7,1	2,7	16,2	7,4	0,0	3,4
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
		<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>5,2</b>	<b>4,3</b>	<b>3,3</b>	<b>7,4</b>	<b>20,8</b>	<b>16,5</b>	<b>26,1</b>	<b>7,9</b>
	Deseaba un hijo	15-29	39,2	45,0	30,0	47,7	30,5	45,0	45,0	26,7	38,3
		30-39	6,0	21,3	18,2	7,1	8,9	23,5	10,0	12,5	9,5
		40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0
		<b>Total</b>	<b>29,4</b>	<b>41,2</b>	<b>24,6</b>	<b>36,7</b>	<b>24,3</b>	<b>31,7</b>	<b>30,7</b>	<b>21,7</b>	<b>29,4</b>
	Efectos secundarios y problemas de salud	15-29	24,4	29,9	34,0	4,5	1,5	1,3	1,0	6,7	13,0
		30-39	7,9	29,6	9,1	14,3	2,3	0,0	1,8	25,0	5,9
		40-49	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,1
		<b>Total</b>	<b>19,2</b>	<b>29,0</b>	<b>26,1</b>	<b>6,7</b>	<b>1,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>13,0</b>	<b>10,5</b>
	Deseaba otro método	15-29	5,6	6,4	12,0	13,6	16,9	10,6	13,4	6,7	11,0
		30-39	2,1	4,6	9,1	7,1	4,3	2,9	5,6	25,0	3,9
		40-49	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,1
		<b>Total</b>	<b>4,4</b>	<b>6,0</b>	<b>10,1</b>	<b>11,7</b>	<b>13,3</b>	<b>6,8</b>	<b>9,7</b>	<b>13,0</b>	<b>8,7</b>
	No rel. Sexuales	15-29	5,4	4,9	4,0	2,3	7,7	2,0	3,0	0,0	5,6
		30-39	0,5	0,9	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,6
		40-49	0,4	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,3
		<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>4,4</b>	<b>2,9</b>	<b>1,7</b>	<b>5,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,9</b>	<b>0,0</b>	<b>4,2</b>

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

Como ya se vio en la distribución porcentual, 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.

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. Este resultado concuerda con las contraindicaciones conocidas para estos métodos. El preservativo, la abstinencia periódica y el *coitus interruptus* presentan tasas cercanas a cero lo que también 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.

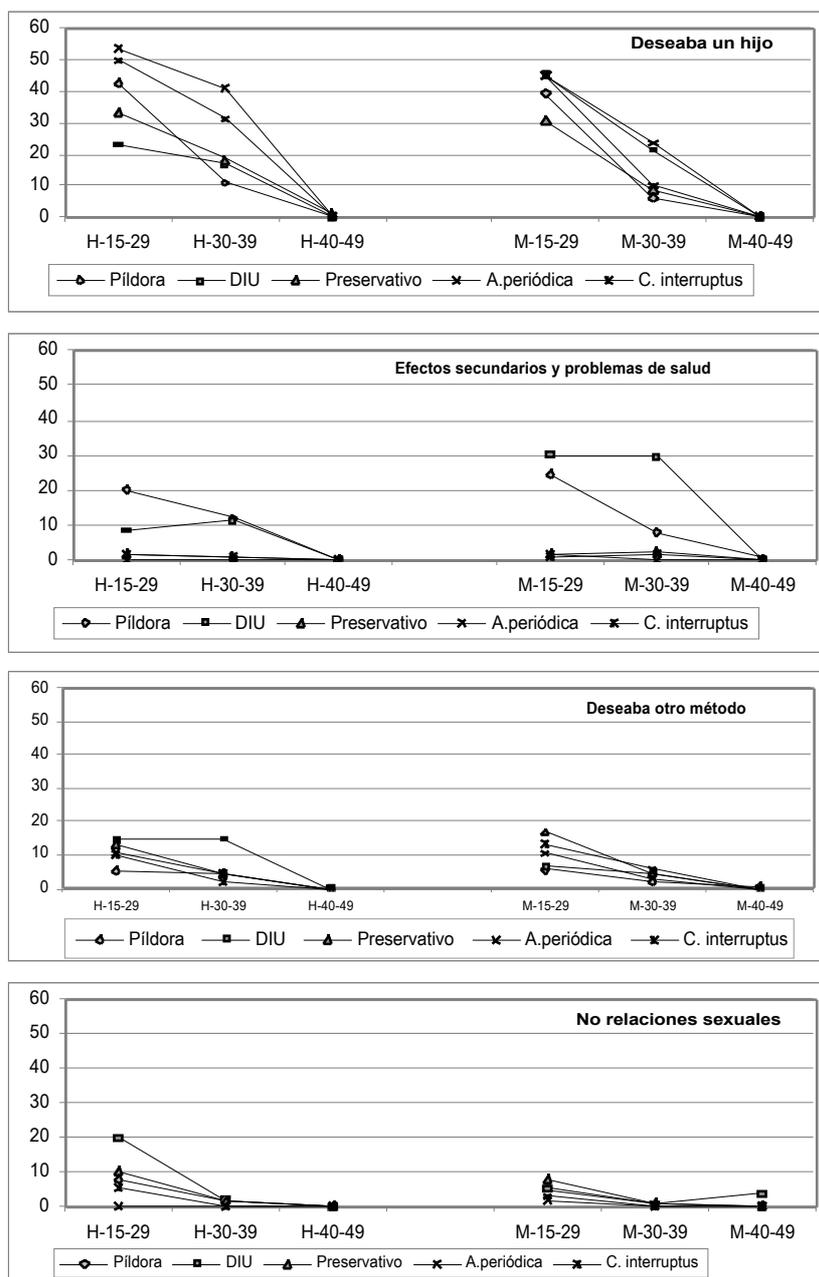
#### TASAS DE FALLA

Las tasas de falla de los métodos son un elemento importante de análisis para los programas de planificación familiar porque, como su nombre lo indica, si el método falla, se produce 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.

**Gráfico V.15 Tasas brutas de discontinuación según razón de discontinuación por edad y sexo. España, FFS-95**



Fuente: Cuadro 4

En el Gráfico V.15 se observan las 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.

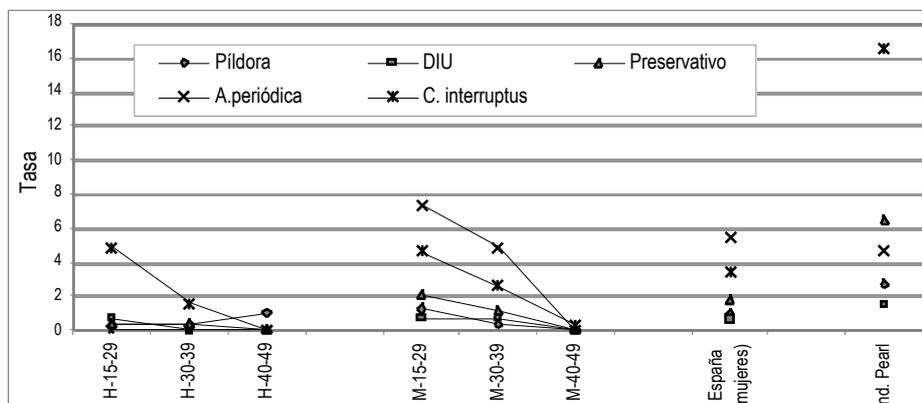
En el gráfico V.16 se presentan, para los métodos más usados, las tasas de falla ocurridas en el primer año de uso, como una aproximación al índice de Pearl. En este caso también son más altas las tasas informadas por las mujeres que por los hombres. Según ellas, 1.7 segmentos de cada cien iniciados terminan por falla del método durante el primer año de uso. La abstinencia, el *coitus interruptus* y el preservativo tienen las tasas más altas que oscilan entre 1.8 y 5.5. En general los resultados son muy cercanos al Índice de Pearl documentado para los distintos métodos. El único que está por fuera del rango es el *coitus interruptus* que según la encuesta ha fallado durante el primer año en cerca de 4 de cada cien segmentos, mientras que los datos conocidos oscilan entre 8 y 25 por ciento de fallas. En consecuencia, este método es uno de los de tasas de falla más altas dentro de la población española pero quizás más eficiente que lo encontrado en otras poblaciones. En otros estudios se ha encontrado que "en las regiones donde se usa más un determinado método, allí su uso es más efectivo, que en las regiones donde se usa menos, lo que puede significar que se ha dado más énfasis a las actividades educativas relacionadas con el método predominante"<sup>336</sup>. En este caso no necesariamente se refiere a actividades educativas de un programa de planificación familiar, pero si puede interpretarse como un conocimiento más generalizado en la población acerca de cómo practicar este método.

**Cuadro V.5Tasa brutas de falla en el primer año de uso por edad al iniciar el segmento de uso. España, FFS-95**

		Píldora	DIU	Inyecciones	Diafragma	Preservativo	Abstinencia periódica	Coitus <i>interruptus</i>	Otros métodos	Total
<b>Hombres</b>	15-29	0,3	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	4,9	0,0	0,8
	30-39	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	1,6	0,0	0,5
	40-49	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,3
	<b>Total</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,0</b>	<b>3,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>
<b>Mujeres</b>	15-29	1,2	0,7	1,9	0,0	2,1	7,4	4,6	12,5	2,1
	30-39	0,3	0,7	0,0	0,0	1,1	4,9	2,6	0,0	1,2
	40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	-	0,1
	<b>Total</b>	<b>1,0</b>	<b>0,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,0</b>	<b>1,8</b>	<b>5,5</b>	<b>3,4</b>	<b>8,3</b>	<b>1,7</b>

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

**Gráfico V.16 Tasas de falla en el primer año de uso por método según edad y sexo. España, FFS-95**



Fuente : Cuadro V.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. Los métodos que suelen usarse por períodos cortos, por ejemplo mientras se realiza la esterilización o mientras se reúnen las condiciones para implantar un DIU, o durante la lactancia, tienden a quedar subregistrados en general y con más razón si por definición se consignan segmentos de uso de tres meses o más. En consecuencia, el preservativo y el *coitus interruptus* pueden figurar como métodos menos elegidos de lo que realmente son. La esterilización, sea del entrevistado o de su cónyuge, representan menos de 9 por ciento de los cambios de método observados, lo que podría interpretarse como de poca frecuencia dentro de la dinámica anticonceptiva, pero esto se explica porque por su carácter irreversible están sólo una vez, –cuando son elegidos como opción de planificación familiar– mientras que los métodos temporales pueden estar varias veces en cada entrevistado. En total, en el caso de las mujeres, se registraron 5.490 discontinuaciones que posteriormente fueron seguidas de otro segmento de uso y 2.050 en el caso de los hombres.

En la decisión de cambiar puede intervenir la necesidad de un método más seguro, más fácil de usar, menos costoso, más asequible, con menos efectos secundarios o con menos contraindicaciones,

dependiendo de las ventajas o inconvenientes experimentados con el método 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 V.6). 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 V.6 Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior por sexo. España, FFS-95**

Método Anterior	Método Posterior										
	Esterilización		Píldora	DIU	Inyecciones	Diafragma	Preservativo	Abst. periódica	Coitus interruptus	Otros métodos	Total
Entrevistada(o)	Cónyuge										
<b>Hombre</b>											
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
Abstinencia periódica	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	1,3	0,0	0,0	2,1
Coitus interruptus	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
<b>Total</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5</b>	<b>28,9</b>	<b>8,6</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>37,0</b>	<b>2,6</b>	<b>11,8</b>	<b>0,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Mujer</b>											
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
Abstinencia periódica	0,1	0,2	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5	1,7	0,2	0,0	3,5
Coitus interruptus	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
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>30,0</b>	<b>9,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>28,4</b>	<b>3,9</b>	<b>16,6</b>	<b>0,6</b>	<b>100,0</b>

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

En el cuadro V.7 se presenta un resumen de los cambios de método de un segmento a otro. Los cuales están clasificados por edad al iniciar el "segmento anterior", es decir el primero de dos consecutivos; para cada grupo de edad y sexo se presenta la distribución porcentual. Según la información suministrada por las mujeres, se observa que las usuarias de píldora, que han iniciado un segmento de uso antes de los 30 años, reemplazan este método por esterilización en 7 por ciento de los casos (4% de esterilización femenina y 3% de masculina) mientras que de los segmentos

iniciados entre 30 y 39 años, en 23 por ciento se optó por la esterilización. En las primeras edades (menores de 30 años) la píldora no se cambió por otro método sino que se volvió a usar en el segmento siguiente en cuatro de cada diez discontinuaciones (38%). El mayor cambio ocurrió hacia el preservativo (30%) seguido con distancia por el DIU (11%). Sin embargo, 9 por ciento de las discontinuaciones de píldora fueron seguidas por el uso del *coitus interruptus*, casos que llaman la atención si se piensa que este método, contrario a la píldora, tiene desventajas por menor eficacia y por interferir en el acto sexual. En las mujeres mayores de 30 años la principal opción cuando cambian de método es el preservativo (32%), en segundo lugar la esterilización (23%) como ya se mencionó, seguida del *coitus interruptus* (15%).

**Cuadro V.7 Distribución porcentual de los cambios de método comparando método anterior con método posterior por sexo y grandes grupos de edad (método más usado). España, FFS-95**

Método Anterior	Edad	Método Posterior										Total
		Esterilización Entrevistada(o)	Cónyuge	Píldora	DIU	Inyecc.	Diafragma	Preservativo	Abst. periódica	Coitus <i>interruptus</i>	Otros métodos	
<b>Hombre</b>												
Píldora	15-29	4,3	3,9	43,1	10,7	0,4	1,3	30,3	0,9	4,7	0,4	100,0
	30-39	9,1	11,4	28,4	8,0	1,1	0,0	29,5	2,3	9,1	1,1	100,0
	40-49	0,0	25,0	25,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	<b>Total</b>	5,0	5,1	40,9	10,4	0,5	1,1	30,2	1,1	5,3	0,5	100,0
DIU	15-29	6,6	7,9	23,7	28,9	0,0	0,0	27,6	0,0	5,3	0,0	100,0
	30-39	12,8	5,1	7,7	46,2	0,0	2,6	17,9	5,1	2,6	0,0	100,0
	40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	<b>Total</b>	8,6	6,9	18,1	34,5	0,0	0,9	25,0	1,7	4,3	0,0	100,0
Preservativo	15-29	1,4	2,0	34,1	4,9	0,3	0,8	55,5	0,1	0,8	0,0	100,0
	30-39	13,4	12,1	12,7	8,3	0,0	0,0	50,3	0,0	3,2	0,0	100,0
	40-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	<b>Total</b>	3,6	3,8	30,1	5,5	0,2	0,7	54,8	0,1	1,3	0,0	100,0
Coitus <i>interruptu</i>	15-29	1,6	3,1	27,3	6,3	0,0	0,8	21,9	0,0	39,1	0,0	100,0
	30-39	14,5	10,9	9,1	5,5	0,0	0,0	10,9	0,0	49,1	0,0	100,0
	40-49	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	<b>Total</b>	5,4	6,0	21,7	6,0	0,0	0,5	18,5	0,0	41,8	0,0	100,0
<b>Mujer</b>												
Píldora	15-29	3,6	2,9	37,7	11,2	1,2	1,2	30,2	2,3	9,2	0,5	100,0
	30-39	15,2	7,6	13,1	11,0	0,0	1,4	31,7	4,8	15,2	0,0	100,0
	40-49	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	25,0	100,0
	<b>Total</b>	4,5	3,2	35,8	11,2	1,1	1,2	30,3	2,5	9,8	0,5	100,0
DIU	15-29	8,1	7,0	18,6	27,1	0,4	1,6	24,0	1,9	10,9	0,4	100,0
	30-39	16,9	9,2	4,6	10,8	1,5	1,5	33,8	3,1	16,9	1,5	100,0
	40-49											
	<b>Total</b>	9,9	7,4	15,8	23,8	0,6	1,5	26,0	2,2	12,1	0,6	100,0
Preservativo	15-29	2,0	3,5	38,0	5,7	0,4	0,9	44,6	1,1	3,6	0,2	100,0
	30-39	13,3	18,2	13,3	9,7	0,6	0,6	40,6	1,2	1,8	0,6	100,0
	40-49											
	<b>Total</b>	3,1	4,9	35,6	6,0	0,4	0,9	44,2	1,1	3,4	0,2	100,0
Coitus <i>interruptu</i>	15-29	3,4	2,6	23,9	5,5	0,5	0,3	9,7	1,2	52,9	0,0	100,0
	30-39	19,4	7,0	10,9	11,6	1,6	0,0	1,6	0,0	47,3	0,8	100,0
	40-49	0,0	25,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	100,0
	<b>Total</b>	5,2	3,1	22,5	6,2	0,6	0,3	8,7	1,1	52,2	0,1	100,0

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

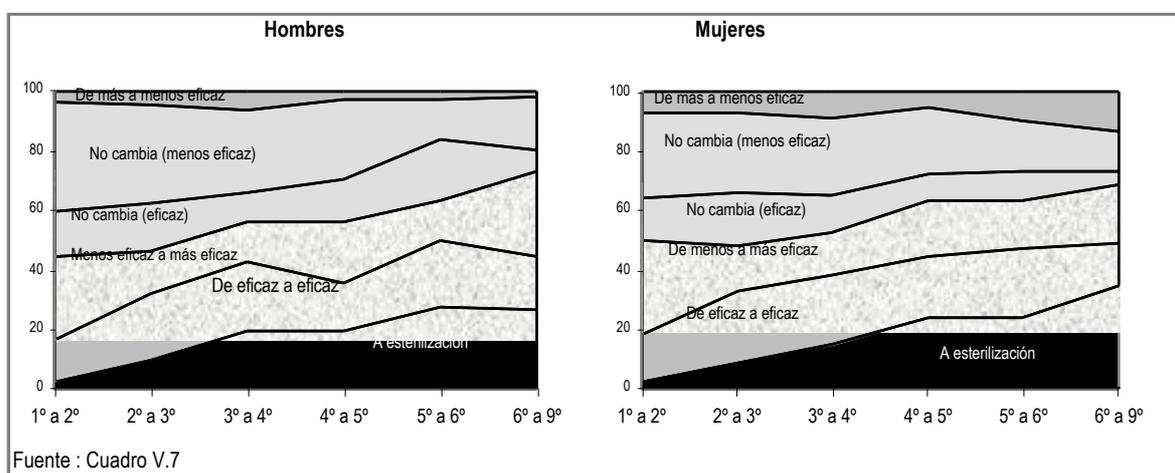
Este patrón por edad es similar en la discontinuación del DIU, el preservativo y la abstinencia periódica, patrón que puede resumirse de la siguiente manera: en las edades jóvenes, en una proporción importante de discontinuaciones, se retoma el mismo método; el método temporal alternativo más frecuente es el preservativo –salvo en su mismo caso cuya alternativa es la píldora– y la esterilización se opta en más o menos seis por ciento de las discontinuaciones. En los segmentos iniciados después de los 30 años, la principal opción al cambiar es el preservativo, –salvo para la abstinencia periódica y el *coitus interruptus* los cuales se continúan usando en el segmento siguiente en cerca de la mitad de los casos– y la segunda opción es la esterilización. No se encuentran diferencias sustanciales con el patrón de comportamiento declarado por los hombres.

Al analizar por separado cada interrupción se encuentra que hay una tendencia a optar en el siguiente segmento por los métodos definitivos y hacia los temporales eficaces. En el Gráfico V.17 se presenta la distribución porcentual de las discontinuaciones clasificadas según el tipo de método anterior y posterior y si hubo cambio o no de método. Las categorías fueron: los que optaron por la esterilización que es un método eficaz y definitivo, los que cambiaron de un método temporal eficaz a otro también eficaz y temporal, los que pasaron de uno menos eficaz a otro más eficaz, los que no cambiaron el método eficaz que estaban usando en el segmento anterior, los que no cambiaron y usaban un método menos eficaz, y los que pasaron de un método eficaz a otro menos eficaz. Se consideraron, para efectos de esta clasificación, métodos temporales más eficaces a los hormonales –píldora e inyecciones– y al DIU. Los demás se consideraron menos eficaces. Según la información de las mujeres, del primer segmento al segundo, cerca de 3% optó por la esterilización, 16% cambió el método eficaz que estaba usando por otro eficaz, 31% pasó de un método menos eficaz a otro más eficaz, una proporción importante no cambió de método –14% volvió a usar su método que era eficaz y 29% su método menos eficaz– y el resto (7%) eligió uno menos eficaz habiendo usado en el primer segmento un método eficaz.

Se observó anteriormente que la principal razón para discontinuar el uso de un método es querer tener un hijo y las otras razones se refieren a la falla del método, a los problemas de salud y colaterales que el método produce o a los inconvenientes para usarlo. En estas circunstancias se espera que la elección del siguiente método solucione algunas de las desventajas del anterior y se continúe usando el mismo si no hay desventajas importantes. La tendencia general que se observa en el gráfico citado es a usar cada vez más métodos eficaces. Como es de esperar aumenta el uso de esterilización, o

sea, que a medida que la pareja experimenta otros métodos temporales que han fallado o producido efectos adversos para la salud, o ha decidido no tener más hijos y no quiere correr el riesgo de falla de un método temporal, va optando por la esterilización sea masculina o femenina, de manera que en los últimos segmentos representa 30 por ciento de la elección del método siguiente. Hay una franja más o menos constante que indica cambios de un método eficaz a otro y otra franja también constante que indica cambios a métodos más eficaces. Disminuye la proporción que no cambia su método, sea éste eficaz o no; el primer caso puede ser explicado por usuarias de métodos hormonales que están contraindicados después de ciertas edades y el segundo porque la gente prefiera métodos eficaces. Parece extraño que haya parejas que pasan de más eficaz a menos eficaz, sin embargo, debe tenerse en cuenta que en este rubro se incluye el preservativo que en general es un método bastante recomendado y aceptado pero con tasa de falla mayor que otros. En este grupo también están los que pasan a *coitus interruptus*. El paso de píldora y DIU a este método es más frecuente en los segmentos de orden alto lo cual puede explicarse por mayor presencia de mujeres de más edad que además de conocer el método pueden considerarse subfecundas y no necesitar algo más eficaz.

**Gráfico V.17 Tendencia de los cambios de método según eficacia, por sexo. España, FFS-95**



#### 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. El tiempo que una pareja dura usando un método depende de muchas circunstancias, por ejemplo, si lo está usando para espaciar los nacimientos o para limitar el tamaño de la familia; depende también de si le resulta incómodo de usar o le produce efectos colaterales, de si es fácil de conseguir, es decir, no hay problemas en el suministro permanente cuando es el caso. Por otra parte depende de las características del método, como el DIU y los implantes subcutáneos que, además de estar diseñados para dar protección por varios años, requieren de intervención del personal de salud para discontinuar el uso, lo cual puede tener un efecto en la prolongación de la duración; sin embargo, estos métodos a su vez son los que generan efectos colaterales o problemas de salud, por lo tanto tienden a usarse menos tiempo de lo que en teoría se puede hacer. Otros, como los de abstinencia periódica, requieren ser usados por un tiempo relativamente largo para conocer las características específicas de la mujer en cuanto a su ciclo menstrual. En estas condiciones es difícil plantear un posible patrón de duración.

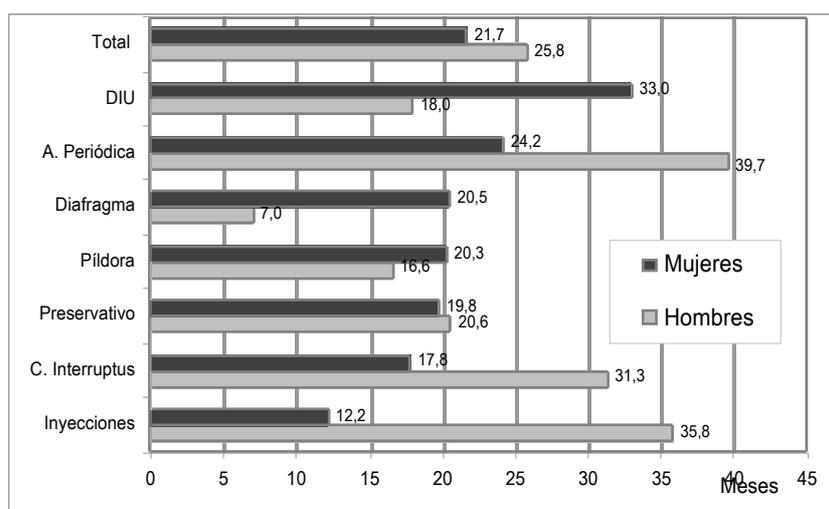
El hecho de que sea un determinante próximo de la fecundidad, crea una estrecha relación entre el patrón de uso de métodos, o sea, la dinámica de la anticoncepción y el patrón reproductivo. En sociedades de alta fecundidad, el uso de métodos aunque escaso, en general tenderá a ser de segmentos cortos, las de fecundidad en transición pueden estar caracterizadas por segmentos cortos en los primeros órdenes y una vez alcanzada la fecundidad deseada o mayor que la deseada, segmentos largos. Los de fecundidad baja, puede ser de segmentos largos al comienzo, por aplazamiento de la entrada en la maternidad; segmentos cortos hacia la mitad del período fértil mientras se alcanza el número deseado de hijos y los últimos segmentos serían más largos hasta terminar el período fértil. Esta tendencia debe analizarse incluyendo los segmentos abiertos para lo cual se recomienda construir las tablas de vida, que como se dijo en la metodología, no se dispone de la información en la FFS-95.

En cuanto a la información disponible, se encontró que la duración de los segmentos de uso de cada método es muy variable y presenta valores extremos, hay un caso de 21 años de uso consecutivo de *coitus interruptus* y otro de 26 años de uso de píldora. Eventualmente podría haber un problema de recolección porque corresponden a un entrevistado y una entrevistada, respectivamente, con 3 hijos cada uno lo cual significa que debió suspenderse el uso del método durante el embarazo, el parto y la amenorrea postparto y en rigor debería consignarse la información en dos o tres segmentos. La

metodología de recolección de la información también favorece la concentración en segmentos mayores al reconstruir con base en la memoria hechos no trascendentales en la vida de la persona y que ocurrieron hace tiempo. Lógicamente tienden a consignarse los métodos usados más tiempo. A esto hay que agregar que por definición no se consignan duraciones de menos tres meses.

En este análisis, para evitar el efecto de los valores extremos se recurrió a la duración mediana de los segmentos de uso para cada método según la edad al momento de la entrevista o edad al iniciar cada segmento de uso (Cuadro V.8). La edad al momento de la entrevista, combinada con el número de orden del segmento permite ver el comportamiento según las generaciones, mientras que la edad al inicio del segmento permite asociar con el momento reproductivo que está viviendo la persona en ese momento. Dado que hay escaso número de segmentos iniciados y terminados en el intervalo 40-49 años el análisis por edad al inicio se referirá a los otros grupos de edad.

**Gráfico V.18 Duración mediana en meses de los segmentos por sexo según método. España, FFS-95**



Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

La duración mediana de los segmentos es de cerca de dos años (23.5 meses) siendo ligeramente menor la reportada por las mujeres (Gráfico V.18). 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.

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 para el que los hombres declaran una duración ligeramente mayor (21 meses) que las mujeres (20 meses).

**Cuadro V.8 Duración mediana de los segmentos por sexo y edad al momento de la entrevista y por edad al inicio del segmento, según número de orden del segmento y método. España, FFS-95**

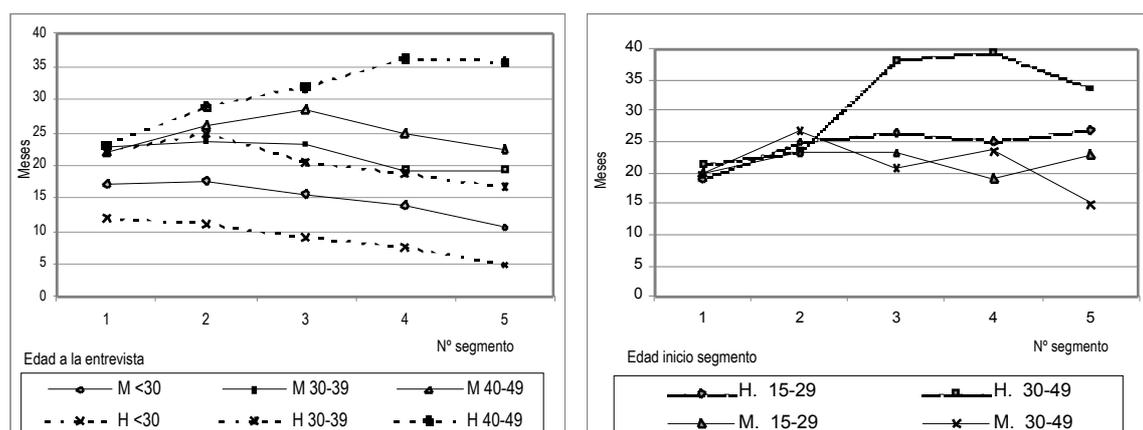
	Edad a la entrevista	Nº de orden del segmento						Edad al inicio del segmento	Nº de orden del segmento					
		1º	2º	3º	4º	5º	6º		1º	2º	3º	4º	5º	6º
<b>Píldora</b>														
Hombres	15-29	19,0	11,5	12,0	7,5	5,0	6,0	15-29	24,0	23,5	23,0	6,0	6,0	13,0
	30-39	24,0	25,0	25,0	6,0	18,0	13,0	30-39	14,5	17,5	27,0	29,0	24,0	6,0
	40-49	23,0	21,5	35,0	24,0	18,0	6,0	40-49						
Mujeres	15-29	19,5	24,0	24,0	18,0	8,0	9,0	15-29	23,5	23,0	28,0	21,0	18,0	18,0
	30-39	24,0	23,0	27,0	24,0	17,0	24,0	30-39	9,0	22,0	22,0	23,5	12,0	24,0
	40-49	22,5	23,0	24,0	23,0	13,5	18,0	40-49	.	10,0	6,0	.	3,0	.
<b>DIU</b>														
Hombres	15-29	.	.	.	.	.	.	15-29	24,0	15,0	29,5	60,0	.	.
	30-39	12,0	23,5	28,0	42,5	31,0	.	30-39	122,0	7,0	24,0	16,0	31,0	1,0
	40-49	62,0	15,5	36,0	7,0	38,5	.	40-49						
Mujeres	15-29	25,0	24,0	39,5	34,0	25,0	16,0	15-29	35,0	33,0	37,5	9,5	24,0	34,0
	30-39	30,0	36,0	31,0	32,0	17,0	34,0	30-39	26,5	26,5	38,0	6,0	27,0	48,0
	40-49	32,5	26,5	52,0	65,0	27,0	48,0	40-49	.	.	.	.	.	.
<b>Preservativo</b>														
Hombres	15-29	9,5	5,0	10,5	4,5	4,0	2,0	15-29	16,0	21,5	11,5	8,5	4,0	2,0
	30-39	23,0	23,0	17,0	8,0	13,0	.	30-39	13,0	22,0	35,0	42,0	22,0	60,0
	40-49	22,0	29,0	49,0	51,0	24,0	60,0	40-49						
Mujeres	15-29	19,0	12,0	12,5	9,0	19,0	3,0	15-29	22,0	21,5	17,5	15,0	20,0	29,0
	30-39	24,0	24,0	21,0	18,0	19,0	8,0	30-39	26,5	11,5	22,0	18,0	28,0	8,0
	40-49	23,5	26,0	35,0	33,0	30,0	20,0	40-49	.	18,0	.	.	.	20,0
<b>Coitus interruptus</b>														
Hombres	15-29	25,5	35,0	29,0	.	.	.	15-29	18,0	40,0	38,0	4,5	.	.
	30-39	15,5	43,0	45,5	7,0	25,0	43,0	30-39	26,0	54,0	31,0	25,0	60,0	40,5
	40-49	18,0	41,0	33,0	32,0	44,0	38,0	40-49						
Mujeres	15-29	12,0	8,0	20,5	9,0	8,0	8,5	15-29	19,0	33,0	25,0	18,0	12,0	22,0
	30-39	18,5	30,0	15,0	18,0	6,5	6,0	30-39	12,0	24,0	14,5	22,0	16,0	13,5
	40-49	21,0	38,5	24,0	30,0	26,0	21,5	40-49	.	.	.	31,0	.	.

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

Podría existir una asociación positiva entre la edad y la duración de los segmentos. Las personas que en el momento de la encuesta tienen entre 40 y 49 años reportan segmentos más largos que las de 30-39 y éstas a su vez que las más jóvenes, resultado que se observa en ambos sexos (Gráfico V.19). Sin embargo este resultado puede recoger, los efectos de memoria descritos anteriormente,

que tienden a favorecer la declaración de los segmentos largos, combinados con las diferencias reales de comportamiento por la posibilidad de las mujeres mayores de estar expuestas por períodos largos al riesgo de embarazo y por lo tanto de experimentar segmentos más largos de uso. Por orden de segmento se encuentra una leve tendencia a disminuir la duración a mayor número de orden. Por sexo se observa que los hombres declaran mayor duración en todos los órdenes y en todas las edades. La duración no muestra en cambio diferencias importantes en los dos primeros segmentos cuando se controla la edad a la que se inicia el uso y el sexo. En los segmentos siguientes, aquellos iniciados por los hombres duran más que los informados por las mujeres, especialmente después de los 30 años.

**Gráfico V.19 Duración mediana de los segmentos por sexo y edad al momento de la entrevista (serie suavizada) y por edad al inicio del segmento. España, FFS-95**

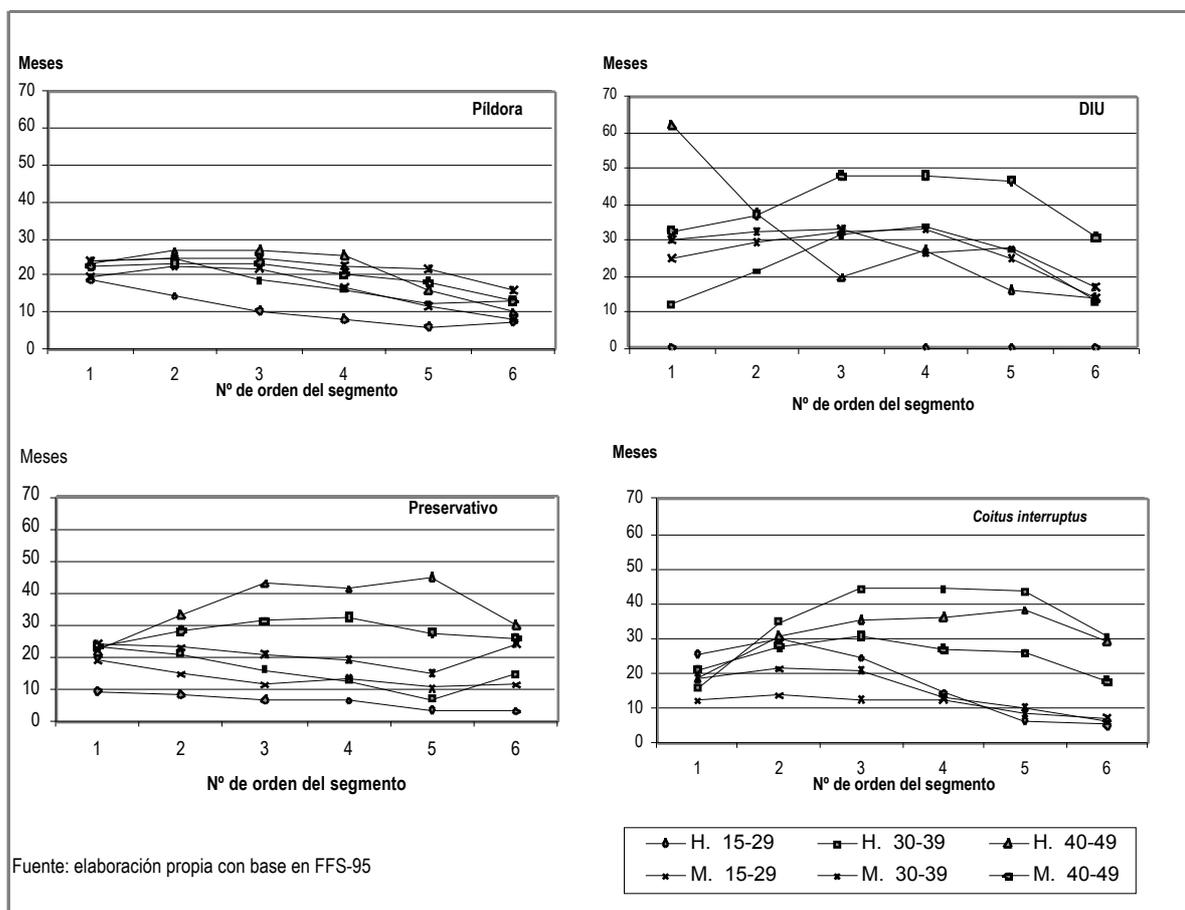


Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

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 mayores (Gráfico V.20 y Cuadro V.8). Esta tendencia se observa tanto cuando se controla la edad al inicio del segmento como con la edad al momento de la entrevista y tanto en hombres como en mujeres. En el DIU en cambio hay mayor variación en la duración mediana reportada 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. La información por edad

al inicio de segmento es bastante errática y con valores extremos de manera que es difícil deducir alguna tendencia. 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.

**Gráfico V.20 Duración mediana de los segmentos de uso, según edad al momento de la entrevista y sexo (serie suavizada) por método. España 1.995**



Del preservativo se puede decir que podría haber una asociación con la edad al momento de la entrevista, 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

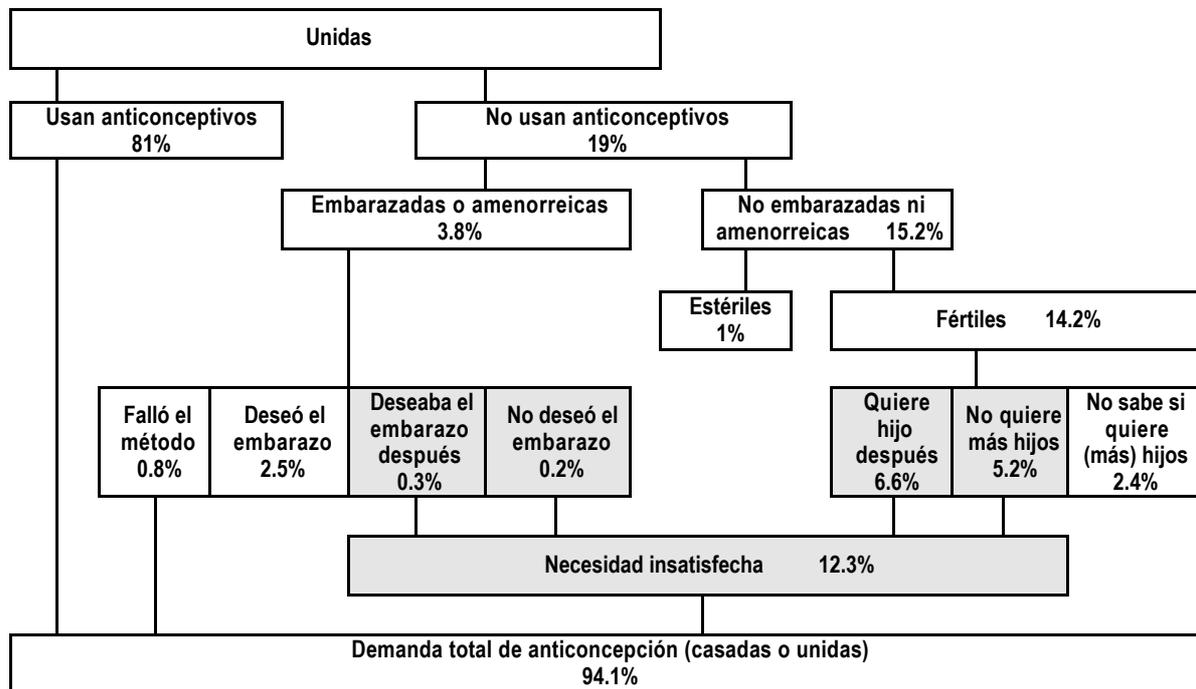
hombres y con tendencia a aumentar según orden del segmento, mientras que en mujeres además de informar sobre segmentos más cortos, muestran tendencia a disminuir en los de orden alto.

#### **V.4 LA NECESIDAD INSATISFECHA Y LA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPCIÓN**

La tasa de prevalencia anticonceptiva de España –81 de cada cien mujeres casadas o unidas usan métodos– permite observar que hay un grupo de mujeres –19 de cada cien– que no usan métodos de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar, para su planeación estratégica y optimización de recursos, requieren conocer la cantidad de población que necesita protección anticonceptiva. Quizás el grupo más fácil de identificar lo constituyen las que ya son usuarias, o sea, las que han hecho una demanda efectiva de servicios y que, como se ha dicho, en España llegan a ser cuatro de cada cinco mujeres en unión. El otro grupo es más heterogéneo y lo conforman las que no usan porque no necesitan y las que no usan pero que deberían usar. En el Diagrama 1 se presenta la desagregación de estos componentes según el modelo de Westoff y los resultados globales para España.

Los resultados de la aplicación de esta metodología indican que 12 de cada cien mujeres casadas o unidas no tienen satisfechas sus necesidades de planificación familiar. Lo más frecuente corresponde a aquellas mujeres que se consideran fértiles y que a pesar de no querer hijos pronto o no querer tener más hijos, no están usando métodos anticonceptivos. Aparentemente hay pocos casos de embarazadas que querían aplazar el nacimiento o no tener más hijos (0.5%), sin embargo hay que tener en cuenta que aquellas a las que el método falló también están en este grupo pero se han clasificado aparte, en total representan más de una tercera parte de las mujeres que están embarazadas en el momento de la encuesta.

**Diagrama 1. Componentes de la demanda insatisfecha y de la demanda total de planificación familiar**



La proporción de parejas estériles es bastante baja (1%) pero puede deberse a que se basa solamente en la declaración de los y las entrevistadas y no del seguimiento a situaciones como no tener hijos en los últimos cinco años habiendo estado expuesta al riesgo de embarazo y no usar anticonceptivos. También puede deberse al solapamiento con el uso anticonceptivo, es decir que mujeres estériles sean también usuarias de algún método y en consecuencia, dentro de este esquema quedan clasificadas como usuarias. En todo caso si se supone que los distintos países usaron los mismos criterios para tabular la FFS, España tendría muy pocos casos de esterilidad involuntaria si se le compara con Francia o Italia (5 y 10 por ciento respectivamente).

El informe de resultados de la FFS de España estima en 10.8 por ciento las que no están protegidas de un embarazo no deseado al contabilizar las “fecundas, no embarazadas, que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas, que no usan métodos”<sup>337</sup>. Sin embargo, el mismo informe reconoce que algunas de ellas pueden estar buscando un embarazo. Como se observa en el diagrama, la metodología de Westoff identifica los casos de no usuarias que no desean tener hijos –ya sea no tenerlos pronto o no tener más hijos– para mejorar la medición de necesidad insatisfecha.

En los componentes de la demanda total y de la demanda insatisfecha no se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres (Cuadro V.9). Es ligeramente mayor la demanda no satisfecha

en hombres, explicada por mayor proporción que no usan y no quieren tener hijos pronto o no quieren más hijos. Las diferencias por sexo se manifiestan en algunas edades, sin embargo los resultados de los de 20-24 años deben tomarse con reservas por el escaso número de hombres en unión encontrados en la muestra –las diferencias con las mujeres de esta misma edad son notorias pero también con el resto de hombres– tienen mayor tasa de prevalencia anticonceptiva (usuarios o demanda satisfecha) de manera que solo tres hombres de cada cien se clasifican en demanda no satisfecha mientras que en las mujeres la demanda no satisfecha cubre a 16 de cada cien y es el único grupo de edad donde los hombres tienen menor demanda insatisfecha que las mujeres. En ellas los aportes provienen de las no usuarias que deseaban el hijo más tarde o no más hijos (13%) y de las que están embarazadas (2.6%). Otra edad en la que se marcan diferencias entre los sexos es en 30-34 años en la cual los hombres tienen la mayor demanda insatisfecha la cual está compuesta principalmente por los que quieren aplazar un nacimiento (11% de los casados o unidos) pero ya comienza a ser importante la proporción de los que no quieren más hijos (4%).

**Cuadro V.9 Estimación de la necesidad no satisfecha y de la demanda total de planificación familiar por edad al momento de la entrevista y sexo. España, FFS-95**

Componentes	Hombres Unidos							Mujeres Unidas						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
<b>Uso actual</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Usan	87,0	74,6	71,1	80,9	79,2	69,1	75,6	73,7	75,9	83,8	86,0	84,7	71,9	81,0
No usan	13,0	25,4	28,9	19,1	20,8	30,9	24,4	26,3	24,1	16,2	14,0	15,3	28,1	19,0
<b>Embarazo</b>	<b>6,5</b>	<b>7,4</b>	<b>9,1</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>	<b>0,6</b>	<b>4,7</b>	<b>9,9</b>	<b>9,8</b>	<b>3,0</b>	<b>2,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>3,8</b>
* Método falló	0,0	0,0	3,0	0,0	1,1	0,0	1,0	3,8	1,8	0,3	0,5	0,0	0,0	0,8
* Deseaba el embarazo(2)	6,5	7,0	4,7	2,3	1,1	0,6	3,2	4,5	7,1	2,0	1,7	0,5	0,0	2,5
* Deseaba después(3)	0,0	0,4	1,5	0,0	0,0	0,0	0,5	1,3	0,9	0,2	0,1	0,0	0,0	0,3
* No deseaba(4)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2
<b>No embarazo</b>	<b>6,5</b>	<b>18,0</b>	<b>19,8</b>	<b>16,8</b>	<b>18,4</b>	<b>30,3</b>	<b>19,7</b>	<b>16,3</b>	<b>14,3</b>	<b>13,2</b>	<b>11,5</b>	<b>14,8</b>	<b>28,1</b>	<b>15,2</b>
* Infértil (5)	0,0	0,7	0,3	0,4	2,1	2,3	1,0	0,0	0,2	0,0	0,8	1,4	4,1	1,0
* Fértil quiere hijo después (6)	0,0	14,1	11,0	6,1	2,7	2,3	7,1	12,8	10,4	7,5	4,5	1,8	2,2	6,0
* Fértil no quiere (más) hijo (7)	3,2	0,7	4,3	5,7	9,1	13,6	6,4	1,9	1,5	3,1	4,2	9,4	12,9	5,2
* No informa deseo de hijos (8)	3,3	2,5	4,2	4,6	4,5	12,3	5,2	1,6	2,1	2,5	2,0	2,2	8,9	3,0
<b>Necesidad no satisfecha (3,4,6,7)</b>	<b>3,2</b>	<b>15,1</b>	<b>16,8</b>	<b>11,8</b>	<b>12,0</b>	<b>15,8</b>	<b>14,0</b>	<b>16,3</b>	<b>12,9</b>	<b>11,3</b>	<b>9,0</b>	<b>11,3</b>	<b>15,1</b>	<b>11,8</b>
<b>Demanda total</b>	<b>90,2</b>	<b>89,8</b>	<b>87,9</b>	<b>92,7</b>	<b>91,2</b>	<b>84,9</b>	<b>89,6</b>	<b>90,1</b>	<b>88,8</b>	<b>95,1</b>	<b>95,0</b>	<b>96,0</b>	<b>87,0</b>	<b>92,8</b>

Fuente: elaboración propia con base en FFS-95

Los programas de planificación familiar deben prever que más del 90 por ciento de la población casada o unida demandará orientación, asesoría y servicios de planificación familiar, que la mayor parte ya es usuaria, pero que hay un residuo, importante por su significado, que no usa pero necesita usar métodos para espaciar o para limitar el tamaño de la familia. El reto está en identificar las razones

por las que personas que no desean tener hijos en el futuro inmediato o no quieren más hijos, que se consideran fértiles, que están expuestas al riesgo de embarazo, no usan métodos, a pesar de disponer de una amplia gama de posibilidades. Como se observó en las razones para discontinuar el uso de un método, la oferta de métodos, sus costos y accesibilidad no fueron identificados por los encuestados como problema. Sería interesante poder identificar si este grupo se concentra en algunas regiones o si por el contrario tiene la misma importancia relativa en todo el país lo cual permitiría reorientar los protocolos de atención. Desafortunadamente la encuesta no permite la desagregación geográfica, pero lo que sí permite y queda pendiente, es la caracterización socio-demográfica de este componente.

