

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA

La salud reproductiva: datos y reflexiones

Iñaki Lete / Miguel Martínez-Etayo

Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava. España.

Correspondencia: Iñaki Lete Lasa. Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Olaguibel, 29. 01004 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
Correo electrónico: ilete@hsan.osakidetza.net

(Reproductive health: some data and reflections)**Resumen**

La necesidad de respetar los derechos humanos de la población hace que el concepto de salud reproductiva, entendido como el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente el tamaño de la familia que se desea, sobrepase la planificación familiar, para abordar conceptos como la fecundidad, los embarazos no deseados, las técnicas de reproducción asistida y otros.

España, en 2003, presenta una de las tasas más bajas de natalidad del mundo, con un índice sintético de fecundidad de 1,24 hijos por mujer. Al mismo tiempo, se observa que un importante porcentaje de la población femenina en edad fértil (7,2%) se expone al riesgo de un embarazo no deseado, ya sea por no utilizar ningún método anticonceptivo, o bien por utilizar alguno de baja eficacia y efectividad. Esta situación está relacionada con el incremento de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo que se observa en nuestro país (7 por 1.000 mujeres).

Por otro lado, y gracias al avance de la tecnología sanitaria, son cada vez más las parejas que consultan por problemas relacionados con la esterilidad y la oferta de los servicios sanitarios públicos no cubre, probablemente, las necesidades de la población.

Palabras clave: Salud reproductiva. Métodos anticonceptivos. Interrupción voluntaria del embarazo. Reproducción asistida.

Abstract

Respect for human rights goes beyond the concept of reproductive health. The right to a responsible, satisfactory and safe sex life and the right to choose the number of children means that we must also concern ourselves with such concepts as fertility, unwanted pregnancy and assisted reproduction. Spain has one of the lowest birth rates in the world, with 1.24 children per woman. Data from a recent national survey showed that 7.2% of Spanish women are at risk for an unwanted pregnancy, either due to failure to use contraceptive measures or to use of poorly efficient measures. The abortion ratio, which has been increasing since 1992, was about 7 per 1000 women in 2001. On the other hand, although more and more couples are consulting with problems of sterility, the public health services do not appear to be covering their requirements.

Key words: Reproductive health. Contraceptive methods. Abortion. Assisted reproduction.

Introducción

Los programas de planificación familiar surgieron, en los países desarrollados, como respuesta a una demanda social creciente, mientras que en los países en vías de desarrollo lo hicieron en aras de políticas antinatalistas que pretendían frenar el crecimiento de la población. En alguna medida estos programas fueron, y continúan siendo, impuestos en las sociedades que necesitaban controlar el crecimiento de su población.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, se introdujeron cambios sustanciales en el concepto de plani-

ficación familiar como sinónimo de control de la natalidad y se evidenció la necesidad de que los conceptos de «planificación familiar» y «anticoncepción» diesen paso al de «salud reproductiva», entendiendo como tal el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir, libremente, cuándo, cómo y cuánto. La disponibilidad de la tecnología anticonceptiva en un contexto de salud, en lugar de demográfico, resalta las necesidades de las personas y no los métodos anticonceptivos, su distribución y su uso. Por todo ello, los servicios sanitarios deberían responder a las necesidades anticonceptivas y de salud reproductiva, tanto de las personas como de la comunidad, teniendo presente que los individuos tienen distintas características

Lete I, et al. La salud reproductiva: datos y reflexiones

biomédicas y estilos de vida, y viven en diferentes culturas y condiciones socioeconómicas que son cambiantes en el tiempo.

Con el objetivo de conocer de dónde venimos, dónde estamos y, sobre todo, hacia dónde nos encaminamos en materia de salud reproductiva, realizamos la siguiente aproximación a los aspectos que determinan la salud reproductiva de las mujeres españolas.

Fecundidad

Cuando hablamos de fecundidad de una determinada población conviene aclarar previamente dos conceptos diferentes: la tasa de embarazo y la tasa de fecundidad.

La primera relaciona los embarazos (recién nacidos, muertes fetales tardías y abortos) de mujeres de una determinada edad, con la población femenina de esa misma edad. La tasa de fecundidad pone en relación los nacimientos habidos de mujeres de una determinada edad con la población femenina de esa misma edad. La diferencia entre las tasas de embarazo y de fecundidad estriba, básicamente, en el número de abortos, debido a que la mortalidad fetal tardía supone un pequeño número de casos.

Entre los años 1975 y 2000 se ha producido una disminución de las tasas de fecundidad en todos los grupos de edad de las mujeres fértiles españolas, tal como se representa en la tabla 1, más pronunciada en los extremos de la vida reproductiva, aunque en los grupos de adolescentes y mayores de 30 años es donde se observa, en el año 2000, un cambio en la tendencia decreciente de las tasas de fecundidad, con un discreto repunte de las mismas. El grupo de mujeres de 20 a 29 años, que en principio parece el más apropiado para incrementar las tasas de fecundidad de la población, es el que continúa con la tendencia decreciente, de modo que los datos de la tabla 1 in-

forman de que los hijos (España, año 2000) se tienen, fundamentalmente, entre los 30 y los 34 años de edad. Los datos del INE sitúan la edad del primer hijo o hija en la actualidad a los 30,4 años, con un índice sintético de fecundidad (media de hijos por mujer) de 1,24.

Estas bajas tasas de natalidad están condicionando un envejecimiento progresivo de la población que ha comenzado a preocupar a políticos, economistas y demógrafos, pero también están permitiendo una mayor integración social, cultural y económica de la mujer, supeditada, hasta ahora, al papel de madre y cuidadora en función de las diferencias de género establecidas por el poder dominante.

Son muchos y diversos los factores que intervienen en el deseo gestacional de una pareja o una mujer, pero entre ellos uno de los que más valor cobra es el de la estabilidad económica. En una encuesta realizada a principios de los años noventa en la comunidad autónoma del País Vasco¹, las mujeres entrevistadas contestaron que para ellas el número ideal de hijos/as era de 2-3, pero la mayoría pensaba tener, o tenía, tan sólo uno. La principal razón que explicaba esta diferencia entre deseo y realidad era la duda sobre la capacidad de poseer medios económicos suficientes para educar a más de un/na hijo/a. Además, hay otra serie de factores también de índole socioeconómica que hacen que se retrase la edad a la que se tiene el primer hijo o hija. España es un país en el que los/as hijos/as se tienen, básicamente, dentro del matrimonio y la tasa de nupcialidad de los españoles está disminuyendo por diversas razones, como la dificultad para el acceso a una vivienda, a un trabajo estable, etc. En estas circunstancias no resulta extraño que las mujeres españolas tengan su primer hijo o hija después de los 30 años y que el planteamiento de un segundo embarazo suponga una verdadera prueba de esfuerzo para las parejas que lo desean, por cuanto la fertilidad de la mujer disminuye, la posibilidad de un aborto espontáneo se incrementa, los costes económicos aumentan, la vivienda se estrecha, etc.

Tabla 1. Tasas específicas de fecundidad por 1.000, según la edad de las mujeres e índice sintético de fecundidad (España, 1975-2000)

Grupo de edad (años)	1975	1980	1985	1990	1995	2000	Descenso (%) 1975-2000
15-19	21,41	25,89	18,38	12,08	7,64	9,57	-55,29
20-24	133,91	115,97	73,31	49,58	28,23	26,93	-79,89
25-29	189,25	147,30	116,79	97,99	80,43	67,35	-64,41
30-34	123,07	91,28	74,89	74,27	84,18	94,99	-22,81
35-39	63,45	45,70	33,39	27,52	31,42	43,01	-32,21
40-44	22,88	14,48	9,78	5,83	5,15	6,70	-70,71
45-49	2,18	1,39	0,92	0,45	0,26	0,34	-84,59
ISF	2,78	2,21	1,64	1,34	1,19	1,24	-55,25

ISF: índice sintético de fecundidad.

Fuente: Centro Superior de Investigaciones Científicas.

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA

Capítulo 1. Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Anticoncepción

El uso de métodos anticonceptivos es un indicador del nivel sociocultural de una sociedad y, al mismo tiempo, un elemento facilitador de la salud reproductiva. En España, en el año 1985, 7 años después de haberse legalizado el uso de métodos anticonceptivos, tan sólo el 33% de las mujeres utilizaba alguno de ellos (Encuesta de Fecundidad, 1985). La situación ha experimentado un drástico cambio, y en el año 2003 el porcentaje de españolas que utilizan algún método (ellas o sus parejas) es del 72% (Encuesta DAPHNE)². En la tabla 2 podemos observar la evolución en el uso de métodos anticonceptivos entre 1997 y 2003: el preservativo es el método más utilizado, con un incremento gradual de su uso; el segundo método más utilizado es la píldora, si bien a partir de los 35 años de edad se observa una notable disminución de su utilización; en tercer lugar figuran los métodos definitivos (vasectomía, bloqueo tubárico), que a su vez constituyen la primera opción anticonceptiva entre las mujeres mayores de 40 años; el uso del dispositivo intrauterino (DIU) podría ser definido de anecdótico, puesto que apenas representa el 5% del total de los métodos anticonceptivos.

Para nosotros resulta un hecho llamativo que más del 12% de las parejas españolas opten por un método definitivo cuando está al alcance de casi todas unas excelentes y eficaces métodos anticonceptivos reversibles. En un momento de cambio social en el que los datos informan de que una tercera parte de las relaciones de pareja finaliza en separación o divorcio, consideramos que el uso de los métodos irreversibles debería de ser sometido a un debate y una reflexión profundos.

Tabla 2. Evolución en el uso de métodos anticonceptivos (%) (España, 1997-2003)

Método anticonceptivo	1997	1999	2001	2003
Métodos naturales	0,9	0,7	0,6	0,3
<i>Coitus interruptus</i>	1,5	4,3	2,6	2,9
Óvulos espermicidas	0,1	0,2	0,1	0,05
Diafragma	0,3	0,2	0,4	0,08
Vasectomía	7,0	6,4	6,5	6,8
DIU	5,7	5,9	4,7	4,6
Preservativo	21,0	21,9	29,5	32
Píldora	14,3	16,5	19,2	18,3
Ligadura de trompas	5,2	4,5	5,3	5,3
Otros	0,2	—	0,2	0,8
Ninguno	43,9	39,3	30,9	28,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

DIU: dispositivo intrauterino.

Fuente: Encuestas DAPHNE 1997, 1999, 2001 y 2003.

Si analizamos el uso de métodos anticonceptivos en función de la edad de las mujeres, observamos que el preservativo es el más utilizado hasta los 40 años, edad a partir de la que se confía más en los métodos quirúrgicos. Los datos obtenidos de la experiencia clínica parecen indicar que esta preferencia por los métodos definitivos tiene su base en un cierto cansancio y hartazgo del uso de los métodos reversibles y que las mujeres, o sus parejas, buscan desentenderse definitivamente de los problemas relacionados con la fecundidad.

La píldora anticonceptiva se utiliza, fundamentalmente, entre los 20 y los 40 años, edad en la que su porcentaje de uso desciende significativamente. La razón para este descenso en el uso de la anticoncepción hormonal habría que buscarla en los miedos y temores sobre sus posibles repercusiones en la salud de la mujer, argumentos que no tienen sustento en la medicina basada en la evidencia y que, probablemente por desconocimiento, son esgrimidos por los profesionales sanitarios para su contraindicación en la última década de la edad reproductiva de las mujeres.

Los resultados de la encuesta DAPHNE de 2003 ponen de manifiesto que el 28% de las mujeres españolas en edad fértil no utilizaba en ese año ningún método anticonceptivo, cifra que nos puede llevar a pensar que un importante porcentaje de mujeres se expone al riesgo de un embarazo no deseado. No obstante, un depurado análisis de este grupo de mujeres nos permite concluir que sólo un pequeño porcentaje se expone a dicho riesgo, mientras que la mayoría desea quedarse embarazada o no puede quedarse y, por tanto, no está expuesta a situaciones de riesgo (tabla 3).

Si realizamos un simple cálculo matemático, y considerando que las mujeres que utilizan métodos poco eficaces (*coitus interruptus*, métodos naturales, etc.) se exponen al riesgo de un embarazo no deseado, podemos concluir que en el momento actual, un 7% de los algo más de 10 millones de mujeres españolas en edad fértil se exponen al riesgo de un embarazo no deseado, lo que supone un número absoluto de casi 800.000 mujeres.

Tabla 3. Razones aducidas por las mujeres españolas de 15 a 49 años para no utilizar métodos anticonceptivos (España, 2003)

Razones para no utilizar anticoncepción	%
No tengo relaciones sexuales	55
No puedo quedarme embarazada	33
No me importa quedarme embarazada	4
Miedos y temores al uso de métodos anticonceptivos	8

Fuente: Encuesta DAPHNE, 2003.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La primera, y más frecuente, consecuencia del embarazo no deseado es la realización de una IVE. En España se despenalizó, en 1985, el aborto en 3 supuestos, y desde entonces las cifras de IVE que informa el Ministerio de Sanidad y Consumo han ido en creciente aumento.

En la tabla 4 podemos observar la evolución del número de IVE según los datos facilitados por el propio Ministerio³. Si analizamos los datos por comunidades autónomas, Baleares presenta la tasa más alta, con un 13,21 por 1.000 mujeres, mientras que la más baja corresponde a Ceuta y Melilla, con un 3,21. Esta importante diferencia entre comunidades podría ser explicada por el nivel de accesibilidad de las mujeres a esta prestación sanitaria y los mismos datos del Ministerio ponen de manifiesto que tan sólo el 2,43% de las IVE se realiza en centros públicos, mientras que el 97,57% restante se realiza en centros privados. Parece evidente pensar que ésta es una primera limitación que crea desigualdades entre las mujeres de las diferentes comunidades autónomas españolas.

Las tasas de IVE por grupos de edad que facilita el Ministerio de Sanidad reflejan que, en el año 2001, la tasa más alta se observó en el grupo de mujeres de 20-24 años de edad, con un 12,86 por 1.000, seguido del grupo de 25-29 años (9,34) y del de mujeres adolescentes (8,29). Otro aspecto diferente de las tasas de IVE que merece la pena considerar es el porcentaje de mujeres que recurren a este método tras quedarse embarazadas. Según los datos de un estudio de Delgado⁴, del Centro Superior de Investigaciones Científicas, hasta el 44% de las jóvenes adolescentes que se quedan embarazadas recurre a la IVE, mientras que en el

grupo de mujeres de 20 a 24 años este porcentaje es del 31%. Estos datos indican que, independientemente del número total de mujeres jóvenes que recurren a la IVE, más de la tercera parte de las que se quedan embarazadas finaliza su gestación con un aborto voluntario, hecho que debe hacernos reflexionar sobre la necesidad de diseñar e implementar políticas eficaces para la prevención primaria del embarazo no deseado.

Reproducción asistida

Se estima que entre el 15 y el 20% de las parejas tienen problemas para conseguir una gestación. El desarrollo de las ciencias básicas y la tecnología sanitaria está permitiendo, día a día, incrementar los recursos tecnológicos de apoyo a estas parejas con problemas de esterilidad. En España se legisló, por vez primera, sobre las técnicas de reproducción asistida en 1988; desde entonces, tanto las técnicas como los centros de reproducción asistida se han incrementado de manera notable.

Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, actualizados a 1 de febrero de 2003, existen en España 203 centros autorizados y homologados para la realización de técnicas de reproducción asistida. Dado que sabemos que en España hay algo más de 10 millones de mujeres en edad fértil, y asumiendo que un 20% de las mismas y sus parejas pueden tener problemas relacionados con la fertilidad, la ratio de centros por mujeres se establece en 1/1.000, razón que analizada con frialdad puede resultar adecuada. Pero el problema surge cuando se intenta analizar la accesibilidad de las parejas a las técnicas de reproducción asistida —por otro lado relativamente costosas desde el punto de vista económico—, y se observa que de estos 203 centros acreditados, sólo el 18,7% pertenece a la red pública de asistencia del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 4. Número de centros que han notificado interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), número de IVE realizadas y tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años (España, 1992-2001)

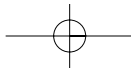
Año	Centros notificadores de IVE	Total IVE	Tasa por 1.000 mujeres de 15 a 44 años
2001	121	69.857	7,66
2000	121	63.756	7,14
1999	123	58.399	6,52
1998	117	53.847	6,00
1997	115	49.578	5,52
1996	106	51.002	5,69
1995	102	49.367	5,53
1994	101	47.832	5,38
1993	95	45.503	5,15
1992	87	44.962	5,10

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Conclusiones y recomendaciones

Si pretendemos que las tasas de fecundidad de nuestro país se incrementen, deberemos ser capaces de articular políticas económicas, de apoyo social, de cobertura y protección a la maternidad que garanticen el acceso al derecho a la salud reproductiva que nuestros actuales gestores políticos dificultan.

Consideramos que el reto no se establece en el ámbito de la atención sanitaria a la mujer embarazada —por otra parte, garantizado por ley—, sino en el de la asunción de la responsabilidad que tenemos, como grupo social, de proteger a las mujeres que desean tener



PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA
 Capítulo 1. Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Tabla 5. Centros autorizados para las técnicas de reproducción asistida según la titularidad del centro (España, 2003)

Comunidad autónoma	Total	Centros públicos	Centros privados
Andalucía	40	5	35
Aragón	14	1	13
Asturias	2	1	1
Baleares	7	2	5
Canarias	6	2	4
Cantabria	2	1	1
Castilla-La Mancha	6	2	4
Castilla y León	9	2	7
Cataluña	41	3	38
Comunidad Valenciana	9	2	7
Extremadura	3	0	3
Galicia	11	4	7
Madrid	34	9	25
Murcia	3	0	3
Navarra	3	0	3
País Vasco	11	3	8
La Rioja	2	1	1
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
Total	203	38	165

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

hijos/as, articulando para ello medidas de protección durante el embarazo (descanso maternal obligatorio en las 8 últimas semanas del embarazo), el puerperio y la lactancia (ampliación del actual período de 16 semanas y facilitación de la incorporación del hombre a este derecho, reserva asegurada del puesto de trabajo, subvenciones a las empresas que contraten muje-

res gestantes o en edad de procrear, etc.), así como durante el período de crecimiento de los/as hijos/as (salario social para las madres que cuidan de sus/nuestros hijos, excedencias y permisos de larga duración con compensación económica, etc.).

Una sociedad desarrollada y moderna, respetuosa de los derechos humanos, debería asegurar todas las prestaciones anteriormente descritas, y probablemente muchas más, así como facilitar el acceso a la anticoncepción de las parejas que no desean tener hijos/as.

La cifra de 800.000 mujeres españolas en riesgo de embarazo no deseado, a pesar de ser inferior a la de años precedentes, no deja de ser elevada y debe ser objeto de reflexión y diseño de políticas dirigidas a mejorar el acceso y la utilización de los métodos anticonceptivos.

Disminuir el número de mujeres que se ven abocadas a interrumpir su embarazo pasa, indefectiblemente, por mejorar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, dispensar gratuitamente la anticoncepción de emergencia e introducir, con carácter obligatorio, la educación sexual en los programas escolares.

Respecto a las técnicas de reproducción asistida, es evidente que existen importantes diferencias en las oportunidades de equidad e igualdad en cuanto al acceso a las mismas. Las desigualdades llegan hasta tal punto que se da el caso de comunidades autónomas en las que no existe ningún centro público que oferte este tipo de tratamientos y sería deseable, al menos desde nuestro punto de vista, que el Consejo Interterritorial de Sanidad trabajase para garantizar la igualdad de acceso a esta prestación sanitaria.

Bibliografía

1. Actitud y uso de los métodos anticonceptivos y los servicios de planificación familiar en la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estudios e Investigación (IKEI), 1991.
2. Equipo DAPHNE. Encuesta sobre utilización de métodos anticonceptivos en España (2003) [datos no publicados].
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos epidemiológicos sobre la interrupción voluntaria del embarazo [consultado 1/10/2003]. Disponible en: <http://www.msc.es/>
4. Delgado M. Fecundidad joven y adolescente. Cursos de verano de la Universidad Complutense de Madrid. Ser joven hoy: una mirada al entorno social y la sexualidad. El Escorial, 1-5 julio de 2003.

