

Editorial

La salud reproductiva y sexual en España

Sexual and reproductive health in Spain

Glòria Pérez

Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España

La planificación del embarazo

La falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de salud reproductiva y sexual en todos los países, tanto desarrollados como en desarrollo. Aproximadamente la mitad de los embarazos no se planifican, y de éstos la mitad acaban en un aborto provocado¹. En Barcelona, las cifras de no planificación del embarazo son similares (42%) y llegan a representar más del 80% en las mujeres más jóvenes².

Entre los años 1998 y 2007, en España prácticamente se doblaron las tasas de aborto, que pasaron de 6 a 11,5 por 1000 mujeres de 15 a 44 años. Estas tasas presentan grandes variaciones dependiendo sobre todo de la edad y de la clase social de la mujer. Con algunas excepciones, las mujeres jóvenes y las de clases sociales más desfavorecidas planifican menos y abortan más. A todo ello se suma la nueva realidad social y económica de nuestro país, con una reciente inmigración multicultural y plurinacional. Las personas inmigrantes son fundamentalmente personas jóvenes y sanas, que en su mayoría forman parte de la clase social trabajadora manual. La inmigración está contribuyendo a incrementar la fecundidad, y al aumento de los embarazos no planificados y de los abortos³.

Un poco de historia

Durante el siglo xx, en muchos países europeos se legalizó el aborto, con el fin de proteger la vida y la salud de las mujeres. En el año 1920 se legalizó en la Unión Soviética, pero en 1936 se prohibió de nuevo debido a los planes de incremento de la población en ese estado. En la década de 1930 se legalizó en los países nórdicos (Dinamarca, Suecia e Islandia), así como en Polonia, Turquía y México. La aparición de la anticoncepción oral en los años 1950 y 1960 no cambió la situación de las leyes de aborto, sino que en muchos países se continuó legalizando y en otros incluso se ampliaron los supuestos para su realización. Así, por ejemplo, en 1967, en Gran Bretaña se declaró legal el aborto hasta las 28 semanas de gestación, y otros países la siguieron de forma progresiva, como Canadá, Estados Unidos, Francia, Austria, Nueva Zelanda, Italia y Holanda, hasta que en 1990 lo hizo Bélgica. En algunos de estos países la legislación del aborto ha sufrido diferentes avatares, como en Estados Unidos, donde recientemente se han cancelado las restricciones al acceso al aborto realizadas por el gobierno de Reagan en 1984⁴.

En las primeras décadas del siglo xx, España era uno de los países más avanzados en cuanto a las leyes que proporcionaban derechos a las mujeres, con el reconocimiento de la igualdad de

géneros y el derecho al voto y al divorcio. En Cataluña, el aborto se legalizó en el año 1937 mediante un decreto de la Presidencia de la Generalitat de Catalunya⁵, que luego fue anulado en 1939 por la dictadura. No es hasta 1985 que la realización del aborto se despenaliza en España⁶. Durante estos años, muchas mujeres que se quedaron embarazadas sin desearlo optaron por realizar un aborto clandestino, con todos los riesgos que ello implicaba. Mientras, las mujeres de clases sociales más privilegiadas podían costearse el viaje a otros países europeos donde realizar el aborto en condiciones sanitarias más seguras. En 1985 aún abortaron 18.000 mujeres en Inglaterra y Gales, y diez años después esta cifra representaba solo 66 abortos en un año⁷.

La situación actual

La actual ley española de despenalización del aborto, aprobada en 1985, permite la realización del aborto en tres supuestos, cada uno con un límite temporal: un embarazo como resultado de una violación puede ser abortado durante el primer trimestre de la gestación; si existe riesgo de anomalías congénitas en el feto se puede abortar durante los dos primeros trimestres; si existe riesgo para la salud física o psíquica de la mujer, no hay límite temporal para abortar. En España, la inmensa mayoría de los abortos se realizan alegando riesgo psíquico (97%), y este supuesto legal debe ser objetivado en un informe psiquiátrico.

La actual ley española de despenalización del aborto deja algunos aspectos sin definir, como el tiempo máximo de gestación para realizar un aborto en el tercer supuesto, lo que ha provocado que tanto los profesionales como las mujeres no acaben de sentirse del todo amparados por esta ley. Que la mayoría de las mujeres que quieren abortar tengan que presentar un informe en el cual se diga que tienen problemas de salud o psiquiátricos no es el único problema de la ley. Tal y como está redactada, puede interpretarse que cualquier embarazo puede ser abortado en cualquier momento de la gestación en España. El supuesto «psiquiátrico» podría aplicarse a los otros dos supuestos sin forzar lo más mínimo el espíritu de la ley. En realidad, los abortos que se acogen a los otros dos supuestos (violación y alteraciones congénitas en el feto) justifican más el supuesto psiquiátrico que los que se acogen directamente a él. Como ya se ha dicho, en el tercer supuesto no hay límite temporal, pero aun así, el 94% de los abortos se realizan como máximo a las 17 semanas de gestación. Parece existir, pues, un acuerdo tácito entre los profesionales de la salud en España para no hacer abortos de tercer trimestre, ni siquiera cuando se detectan anomalías congénitas en ese periodo de la gestación.

Recientemente, el presidente del gobierno español ha anunciado la ley de plazos del aborto. Una ley de plazos del aborto

Correo electrónico: gperez@aspb.cat

puede mantener los mismos supuestos legales y sólo regular de forma más efectiva los tiempos, o bien modificar los supuestos legales y definir tiempos. La ley de plazos del aborto propuesta debería ser una nueva ley que incluyese de forma explícita la ampliación del plazo en determinadas situaciones de detección de anomalías congénitas, así como la modificación del tercer supuesto adjudicando un plazo temporal, y debería añadir un cuarto supuesto según el cual las mujeres gestantes no necesiten aportar informe psiquiátrico para abortar durante determinadas semanas al inicio del embarazo.

Las circunstancias o supuestos legales en que está permitido el aborto varían entre países. En algunos, la ley permite a las mujeres solicitar un aborto sin necesidad de justificar el motivo hasta un cierto número de semanas de gestación, como en Suecia, donde la legislación actual establece que hasta las 18 semanas de gestación la mujer decide enteramente la realización del aborto.

De tenerse en cuenta la modificación del tercer supuesto y la inclusión del cuarto supuesto, la nueva ley española se encontraría en el entorno de las leyes más progresistas de Europa, y eliminaría la indefinición que existe en la ley actual, lo cual proporcionaría tanto a los profesionales de la salud como a las mujeres un marco legal más seguro.

Por otro lado, en España, el 87% de los abortos se realizan en centros privados extrahospitalarios⁸. La mayoría de las mujeres deben pagar la realización del aborto, con la excepción de algunas comunidades autónomas que realizan el pago a los centros como si se tratase de servicios concertados; en otras, el pago de algunos abortos (no de todos) lo realizan asociaciones sin ánimo de lucro que cubren parte de los gastos de la realización de abortos en las mujeres de clases sociales más desfavorecidas. No obstante, según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2007 aún existe una comunidad autónoma donde no se pueden realizar abortos en ningún centro público ni privado. Una de las consecuencias de lo expuesto es la existencia de desigualdades de acceso al aborto en España, según la comunidad autónoma donde se resida.

La falta de una ordenación para el correcto desarrollo de la ley ha hecho que recaiga en los profesionales de la salud la decisión última sobre si una mujer puede abortar o no, además de poderse amparar en creencias personales (objeción de conciencia) para no realizar los abortos por el supuesto de peligro para la salud física y mental de la mujer en los centros sanitarios públicos. Según el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho⁹, la objeción de conciencia está ampliamente admitida y es una posibilidad derivada del derecho a la libertad ideológica, pero como estos autores indican, en sanidad pública no se justifica su invocación si con ello se vulneran o dificultan los derechos reconocidos de los ciudadanos. La atención a los ciudadanos es prioritaria en las instituciones sanitarias financiadas parcial o totalmente con fondos públicos, de forma que estas instituciones deberían adoptar las medidas necesarias para que se realicen las prestaciones legalmente establecidas, al mismo tiempo que los profesionales de la salud que deseen objetar lo hagan. Sin embargo, las instituciones públicas (desde hospitales a comunidades autónomas o el propio Estado) no pueden acogerse al derecho de objetar.

También se ha podido observar que algunos profesionales de la salud no ligados directamente a la realización del aborto ponen trabas burocráticas, no dan información suficiente sobre el circuito a seguir por las mujeres para poder realizar el aborto e incluso les transmiten su desacuerdo con la decisión de abortar¹⁰, lo cual no deja de preocupar desde la perspectiva de los derechos de las mujeres como usuarias de los servicios sanitarios. En este ámbito de objeción de conciencia a la realización de abortos y de falta de información en los centros sanitarios públicos, el 34% de las mujeres repiten el aborto y un 10% lo hace en menos de 225

días. En algunos países europeos, las mujeres que realizan un aborto tienen un seguimiento postaborto y reciben consejo acerca de cómo utilizar la contracepción, que sería lo deseable que sucediera en nuestro país.

El acceso a la contracepción

Desde hace ya unas décadas, la fertilidad se está reduciendo en los países europeos por la progresiva adopción de métodos de contracepción más efectivos. Antes de la aparición de la anti-concepción oral, los métodos utilizados eran la abstinencia periódica, el coito *interruptus* y los preservativos. El fallo habitual de los dos primeros, que desde la perspectiva de la planificación del embarazo se podrían llegar a considerar métodos de contracepción, pero desde la perspectiva de la libertad sexual no, da lugar a embarazos no deseados y, en algunos casos, a abortos. Posteriormente, en las décadas de 1950 y 1960 aparecieron los anticonceptivos orales y el resto de métodos contraceptivos, dispositivos intrauterinos, etc.

En España, según la encuesta de fecundidad del año 2006, el 78% de las mujeres en edad fértil utilizan algún tipo de método anticonceptivo; cifras similares a las de otros países de nuestro entorno económico, a pesar de que hasta el año 1978 no se legalizó en España el uso de anticonceptivos orales. El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más frecuentemente utilizado en nuestro país, sobre todo por los más jóvenes y en las primeras relaciones sexuales. El uso del preservativo también se asocia en muchos casos a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, aunque parece que la posibilidad de contraer alguna de estas enfermedades cada vez cuenta con menor fuerza disuasoria para tener relaciones sexuales no protegidas.

El uso de la contracepción se relaciona con diversos factores biológicos, sociales y económicos de la mujer. La edad, la clase social, las creencias religiosas, la existencia de una pareja estable y tener hijos están fuertemente relacionados con el uso de contracepción y con el método elegido. Las mujeres jóvenes y de clases sociales más privilegiadas son las que con más frecuencia utilizan anticoncepción. Por otro lado, la prevención de los embarazos no deseados depende del método anticonceptivo y de la forma en que se emplee. En general, tanto las mujeres como sus parejas aceptan los métodos contraceptivos y eligen los que ofrecen, desde su óptica, más beneficios personales y saludables. Todo ello, además, mediado por los conocimientos y las creencias sobre los métodos anticonceptivos, por la relación de pareja y por el entorno familiar, además de por la accesibilidad a los anticonceptivos.

Los jóvenes que utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (89%) son los que posteriormente mantienen su uso¹¹. Aun así, algunos estudios han detectado un cierto déficit informativo sobre los métodos anticonceptivos entre los más jóvenes, sobre todo en lo que respecta a la anticoncepción oral, el DIU, el diafragma y el preservativo femenino. En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, muchos jóvenes confundían los métodos anticonceptivos o bien creían que algunas prácticas sexuales podían ser preventivas del embarazo («hacerlo la primera vez», «hacerlo de pie») ¹². En este mismo estudio se encontraron importantes diferencias entre los jóvenes españoles y los jóvenes inmigrantes, en particular con los que provienen de países de América Central y del Sur. Los jóvenes españoles tratarían de prevenir los embarazos no deseados teniendo en cuenta un horizonte familiar de un número reducido de hijos y en una edad cercana a los 30, mientras que entre los jóvenes inmigrantes el uso de anticonceptivos se circunscribe a los preservativos para evitar las enfermedades de transmisión sexual. Además, se pudo comprobar ciertas diferencias entre chicos y chicas inmigrantes y el uso de preservativos: los chicos a menudo

los rechazan y las chicas están más dispuestas a su uso. Pero este comportamiento diferenciado también es así en la actividad sexual de los jóvenes¹³, lo que sugiere la necesidad de tener en cuenta los roles masculino y femenino en las posibles intervenciones para mejorar la prevención del embarazo en las adolescentes y el uso de anticoncepción.

Aspectos más actuales de la planificación del embarazo

En el año 2001 se aprobó el uso del levonorgestrel como anticoncepción de emergencia o píldora poscoital. Su dispensación esta cubierta por el Servicio Nacional de Salud. La anticoncepción de emergencia podría estar evitando embarazos no deseados. Sin embargo, la forma de dispensarla, en los centros de salud o en los servicios de urgencias hospitalarias, con una gran variabilidad de comportamientos en los profesionales de la salud, y en las 72 h siguientes al coito, hace que muy probablemente el impacto sobre los embarazos no deseados sea más limitado de lo deseable. Con el objeto de facilitar el acceso, en algunos países se está dispensando de forma avanzada e incluso en otros dispositivos sanitarios que no son los indicados.

En los países de América Central y del Sur, el aborto se induce de forma no controlada mediante fármacos como el misoprostol. En España, este fármaco está autorizado por la Agencia Española del Medicamento como protector gástrico. En otros países su uso está autorizado en los centros que realizan abortos en las primeras semanas de embarazo. Parece que también en nuestro país se podrían estar realizando abortos con misoprostol de forma descontrolada, lo que podría indicar que algunas mujeres de las clases más desfavorecidas no tienen un acceso fácil a los servicios de planificación del embarazo y del aborto.

A modo de conclusión, la planificación del embarazo pasa por informar mejor sobre los métodos anticonceptivos, sus efectos secundarios y la forma efectiva de utilizarlos para combatir mitos y déficit informativos que aún persisten en nuestros días. La planificación del embarazo también lleva encadenada la mejora del acceso a los anticonceptivos, sobre todo para las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas, entre las cuales su uso es menor.

Para los más jóvenes se debería ofrecer más y mejor información sobre anticoncepción y sexualidad, pero también se debería ayudar a crear oportunidades para que adquieran actitudes sociales y culturales hacia el control de la fertilidad, de la sexualidad y del rol de la mujer en la sociedad.

El aborto debería ser considerado un derecho sanitario, garantizado en todos los centros que reciban algún tipo de financiación pública. Además, la modificación de la ley de despenalización del aborto debería ser una prioridad en la agenda política.

Bibliografía

1. Henshaw SK. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspect* 1998;30:24–9. 46.
2. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health* 2008;85:125–35.
3. La salut de la població immigrant de Barcelona. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/salut_immigrants_BCN.pdf.
4. Charatan F. Obama overturns ban on federal funding of family planning organisations that promote abortion. *BMJ* 2009;338:b320.
5. Decret de Presidencia sobre la interrupció artificial de l'embaràs. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 9 de enero de 1937.
6. Ley orgánica de despenalización del aborto en determinados supuestos. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de julio de 1985.
7. Peiró R, Colomer C, Álvarez-Dardet C, et al. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case study of Spain. *Eur J Public Health* 2001;11:190–4.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupciones voluntarias del embarazo. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla%205.
9. Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Documento sobre la objección de conciencia en sanidad. Disponible en: http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Objecion_de_conciencia.pdf.
10. Morillo García A, Aldana Espinal JM, Moreno Nieto J, et al. Experiencia de las mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario. *Aten Primaria* 2007;39:313–8.
11. Svare EI, Kjaer SK, Thomsen BL, et al. Determinants for non-use of contraception at first intercourse; a study of 10841 young Danish women from the general population. *Contraception* 2002;66:345–50.
12. Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. *Las concepciones de salud de los jóvenes*. Madrid, 2004.
13. Fraile Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrosa JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14–24 años de edad. *Gac Sanit* 2008;22:511–9.