



APROXIMACION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN ESPAÑA

Informe elaborado por:

Federación de Planificación Familiar de España

Para:

Observatorio de Salud de la Mujer

*Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Secretaría General de Sanidad
Ministerio de Sanidad y Consumo*

INDICE

Introducción	3
I) Estudio de las fuentes primarias y secundarias de información	
Fuentes generales	7
Fuentes por CC.AA.	21
Fuentes utilizadas	24
II) Análisis de algunos indicadores	
Embarazos, partos, abortos e IVEs	
Análisis a partir de las altas hospitalarias	26
Embarazos	30
Partos	33
IVEs	35
Utilización de métodos anticonceptivos	41
Estructura y funcionamiento asistencial	44
Conclusiones	47
Recomendaciones	50

APROXIMACIÓN A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y la reproducción son dos campos de la actividad humana que determinan las identidades de mujeres y hombres, su estado de salud y el grado de bienestar individual y social. La existencia de derechos, que se han ido formulando y consiguiendo a lo largo de los años, supone una garantía para el desarrollo de una vida sexual y una vida reproductiva basadas en el respeto a la dignidad, libertad y autonomía de las personas, y al disfrute pleno de la sexualidad.

Si bien algunos indicadores inciden tanto en la salud sexual como en la reproductiva señalando la relación existente entre ambos, subsumir una en otra ha propiciado enfoques reproductivistas que invisibilizan las necesidades y derechos en relación a la sexualidad, limitando su tratamiento a la vida reproductiva de las mujeres y reduciendo el campo de actuación de las medidas y políticas públicas. Por ese motivo, y aún a riesgo de cierta reiteración, se considera conveniente explicitar los contenidos a los que se refiere cada concepto.

Se considera la **salud reproductiva** un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de simple ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como sus funciones y procesos: desde la prevención y control de los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y postparto, a las técnicas de reproducción, a la prevención de embarazos no deseados, y a las interrupciones voluntarias del embarazo. Todo ello requiere condiciones y garantías sanitarias, evitando los riesgos que de ello pudiera derivarse. Por tanto implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y segura, sin riesgos de embarazos no deseados. Disfrutar de salud reproductiva requiere también el acceso a recursos y servicios públicos de calidad.

Los **derechos reproductivos** se basan en el reconocimiento y respeto de la capacidad para decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos, el número que se desea tener, el momento y su frecuencia. Incluye el derecho a la información, la educación sexual, y al acceso a los medios y recursos necesarios para llevar a efecto sus opciones reproductivas. Es decir a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles, a la interrupción voluntaria del embarazo y a las técnicas de reproducción. Supone por tanto el derecho a acceder a los servicios adecuados.

La salud sexual es el estado de bienestar físico, emocional, mental y social, en relación a la sexualidad. Requiere por tanto la posibilidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria en todo el ciclo vital, fomentando relaciones sexuales placenteras, sin temores y libres de coerción y discriminación. Significa también vivir la sexualidad sin los riesgos que para la salud y bienestar representan los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual.

En consonancia con todo ello los **derechos sexuales** incluyen el derecho de toda persona a una vida sexual libre, satisfactoria y segura, libre de coerción, discriminación y violencia, y el reconocimiento a todos los efectos de las distintas opciones sexuales: a disponer de información relacionada con la sexualidad, a la educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas y adaptada a las necesidades de las distintas etapas del desarrollo evolutivo de la persona; al respeto a la capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre su vida sexual; al acceso a los servicios de información, asesoramiento y atención adecuada que contribuyan al bienestar sexual.

El ejercicio de estos derechos y el consiguiente disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva requiere relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, basadas no en el ejercicio de poder sino en el respeto y el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida del comportamiento sexual y sus consecuencias.

Las relaciones machistas están en el origen de muchos problemas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en las restricciones en el ejercicio de sus derechos, así como de la escasa implicación de los hombres en los ámbitos preventivos. Por todo ello la **perspectiva de género** en el estudio de los indicadores de la salud sexual y reproductiva deberá contemplar los aspectos sociales, culturales y psicológicos en los que inciden los condicionantes de género y que marcan los comportamientos y las relaciones sexuales entre mujeres y hombres, pudiendo tener consecuencias en la salud y autonomía de éstas.

Cualquier intervención o medidas públicas en materia de sexualidad y reproducción deben contemplar por tanto los factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales que determinan las pautas sexuales y reproductivas de las mujeres y de los hombres, y deben ir dirigidas a posibilitar el disfrute del máximo nivel de salud.

En la actualidad no existe en el Estado español estudios integrales sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos que fundamenten un diagnóstico global del estado de salud en estos ámbitos. Coexisten estudios parciales, bien por estar limitados a algún indicador o a alguna Comunidad Autónoma (basados en fuentes de información primaria o secundaria), junto con aproximaciones sobre otros temas para los que no se cuenta con información precisa.

Existe, por tanto, una gran heterogeneidad en el tratamiento de los datos por parte de las distintas fuentes existentes sobre algunos indicadores y, junto con la ausencia de información respecto a otros dificultan el establecimiento de un diagnóstico global sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en el Estado español. Sin embargo resulta imprescindible para determinar la validez y adecuación de las medidas que en la actualidad se aplican y/o la necesidad de nuevas actuaciones públicas.

Un estudio de estas características requeriría el tratamiento de un sistema de indicadores que incorporara:

✓ **Indicadores socio-demográficos**

Esperanza de vida

Pirámide de edad por sexo

Movimiento natural de población

Movimientos migratorios

Tasas de natalidad, de fecundidad y de fertilidad

✓ **Indicadores de salud reproductiva**

- Morbimortalidad materna
- Mortalidad infantil
- Embarazos
- Partos
- Abortos e IVEs
- Utilización métodos anticonceptivos
- Infertilidad
- Cáncer de mama, cervix, endometrio y ovario
- Estructura sanitaria y nivel de acceso a los recursos

✓ **Indicadores de salud sexual**

- Infección por VIH y otras ITS
- Violencia sexual
- Nivel de acceso a los recursos
- Impacto de enfermedades crónicas y discapacidades físicas en la salud sexual
- Nivel de satisfacción sexual, de placer
- Disfunciones sexuales
- Mutilación genital femenina

Asimismo se debería abordar la situación normativa respecto a la sexualidad y la reproducción, así como aquellos elementos no evaluables cuantitativamente pero que son determinantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En el presente informe, realizado por encargo del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, se realiza un análisis descriptivo sobre algunos indicadores previamente seleccionados: embarazo, parto, aborto, interrupciones voluntarias del embarazo, utilización de métodos anticonceptivos; así como sobre la estructura y el funcionamiento asistencial en cada Comunidad Autónoma en relación a estos indicadores. En el estudio se ha tomado 2003 como año de referencia pues es el último año del que se dispone datos para todos los indicadores que se tratan.

Previamente se realizó previamente una búsqueda y análisis de las fuentes primarias y secundarias de información, cuyos resultados se exponen en la primera parte del documento, indicando finalmente cuáles han sido las utilizadas para el desarrollo del informe.

Esta primera aproximación permite establecer algunas conclusiones que posibiliten, entre otras recomendaciones, realizar un estudio integral sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos en el Estado español.

ESTUDIO DE LAS FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

I) FUENTES GENERALES DE INFORMACIÓN

Documento: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
Autoría: Instituto Nacional de Estadística
Año: 2003
Contenido <p>La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) es una investigación de carácter muestral que, desde que se inició en el año 1951 se elabora anualmente y tiene por objetivo conocer la estructura y evolución de la morbilidad hospitalaria.</p> <p>En la actualidad, la recogida en los hospitales de la información de base para la Encuesta es mixta pues proviene de dos bases documentales hospitalarias: el Libro de Registro, fundamentalmente para los hospitales privados, y el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) para los hospitales públicos.</p> <p>La información base de la Encuesta está constituida por el diagnóstico principal y las circunstancias demográfico-sanitarias que rodean a la persona enferma, permitiendo conocer la morbilidad atendida en los hospitales en un año de referencia y disponer de información a nivel estatal sobre la frecuentación y utilización de los recursos hospitalarios.</p> <p>Los datos de la encuesta se expresan por diagnóstico principal al alta codificado según CIE-9-MC. El muestreo se lleva a cabo en dos etapas: selección de hospitales y posterior selección de enfermas y enfermos dados de alta. Actualmente, la muestra de hospitales representa el 76,71% y la muestra de personas enfermas que se obtiene está en torno a los tres millones seiscientos mil lo que supone un 84,95% del total de altas hospitalarias que se producen anualmente en nuestro país.</p> <p>Los últimos datos publicados del 2003 incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Altas por CCAA y provincia (incluye Extranjeras)- Altas por grupo decenales de edad (datos nacionales, no desagregados por CCAA)- Tasas por 100.000 habitantes, por CCAA.
Observaciones:

Documento: Movimiento Natural de la Población
Autoría: Instituto Nacional de Estadística
Año: 2003
<p>Contenido</p> <p>Estadísticas que se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en territorio español. Se elabora en colaboración con las CC.AA.</p> <p>La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían mensualmente los boletines de parto, matrimonio y defunción. En los resultados detallados la información se clasifica por lugar de residencia.</p> <p>Los últimos datos definitivos son del año 2003 (provisionales del 2004). Sustrato demográfico para calcular tasas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nacimientos según la edad de los padres. Nacimientos según la edad de la madre y el sexo. Nacimientos según su sexo y residencia de la madre. Nacimientos de madre extranjera por país de nacionalidad (cifras absolutas y relativas). Nacimientos de madre extranjera según lugar de residencia (cifras absolutas y relativas). Muertes fetales tardías por meses y residencia de la madre. Partos según la edad de la madre, multiplicidad y maduridad. Partos según la multiplicidad, maduridad y residencia de la madre.
Observaciones: Para el cálculo de tasas se podría utilizar el padrón ya que es más fiable en cuanto al número de extranjeras.

Documento: Encuesta de salud y hábitos sexuales
Autoría: Instituto Nacional de Estadística con la colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo.
Año: 2003
<p>Contenido</p> <p>Muestra probabilística de 10.838 mujeres y hombres entre 18 y 49 años. Entrevistas mediante encuesta en ordenador con encuestador entrenado y cuestionario adaptado de un protocolo europeo.</p> <p>El objetivo es estudiar las conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH-SIDA.</p> <p>La encuesta se dirige a analizar los factores que determinan el riesgo de exposición al VIH. Se enfoca por tanto en las prácticas sexuales y las medidas de protección empleadas: fuentes de información sexual, exploración de hábitos y conductas sexuales, conocimientos y percepción del riesgo de SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y de forma más exhaustiva el uso del preservativo (también en las relaciones con parejas ocasionales, con nuevas parejas, en la prostitución).</p>
<p>Observaciones: Aunque en el cuestionario figuran preguntas abiertas sobre utilización de anticonceptivos, no se han registrado, salvo las ya referidas al uso de preservativo. Al tratarse de un protocolo europeo permite la comparación con otros países. Dado que el objetivo del estudio son las conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH-SIDA se considera relaciones sexuales en las que hay penetración vaginal, anal u oral.</p>

Documento: Encuesta de fecundidad
Autoría: Instituto Nacional de Estadística
Año: 1999
<p>Contenido</p> <p>Investigación dirigida a las familias y a las mujeres. Continúa la serie de encuestas de este tipo llevadas a cabo en 1977 y 1985. Realizado entre noviembre de 1998 y febrero de 1999, los resultados definitivos se publicaron en 2001.</p> <p>Muestra de 16.000 hogares y 7.749 mujeres. Se realiza una entrevista por vivienda y un cuestionario a una mujer en edad fértil por vivienda.</p> <p>Su objetivo es obtener información sobre las características demográficas de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sobre su entorno social y familiar y sobre los factores que influyen en la fecundidad, control de natalidad, utilización de métodos anticonceptivos, asistencia sanitaria durante el embarazo y la vida fértil.</p> <p>Consta, entre otros, de un capítulo sobre historia de embarazos: número de hijos, hijos adoptados, sometimiento o no a tratamiento de fertilidad, etc.; y otro sobre regulación de la fecundidad: métodos anticonceptivos conocidos utilizados, en general y en la actualidad, asistencia a recursos médicos, deseo de tener hijos, coincidencia del número de hijos habidos con el número deseado.</p>
<p>Observaciones: Aunque la encuesta de fecundidad es la de mayor fiabilidad en cuanto a la muestra y metodología, no es la fuente de referencia para el estudio al estar referidos los datos a 1998 e inicios del 99. Se considera que seis años es un espacio de tiempo demasiado amplio en el que se pueden producir cambios significativos en las conductas sexuales y reproductivas, como por otro lado lo demuestra el estudio comparativo de los datos con los del resto de fuentes consultadas.</p>

Documento: Encuesta sobre la anticoncepción en España
Autoría: Equipo Daphne
Año: 2003
<p>Contenido</p> <p>Encuesta que, desde 1997, se realiza cada dos años.</p> <p>Muestra aleatoria probabilística de tipo estratificado, una mujer por hogar seleccionado. Se entrevista a 2.140 mujeres, entre 15 y 49 años, distribuidas en 200 municipios de todas las provincias.</p> <p>Las variables utilizadas para estratificar la muestra seleccionada fueron: edad, estado civil, localización geográfica, nivel de estudios y ocupación laboral.</p> <p>El objetivo es conocer los hábitos anticonceptivos. Se centra en la información y utilización de cada método anticonceptivo desglosado por tramo de edad y zona geográfica.</p>
<p>Observaciones: Permite un estudio de evolución.</p> <p>Los resultados de la encuesta del 2005 todavía no se han hecho públicos.</p>

Documento: IIª Encuesta Schering sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española
Autoría: Schering España
Año: 2005
Contenido: Encuesta de ámbito nacional realizada a una muestra de 2.015 jóvenes entre 15 y 24 años: 1.033 hombres y 982 mujeres. Estudio sobre los hábitos sexuales: frecuencia, tipo de relaciones sexuales, exposición al riesgo, sus motivos y valoración del mismo; y sobre utilización y opciones anticonceptivas. anticonceptivos y sexuales de jóvenes entre 15 y 24 años, centrado en la utilización de métodos anticonceptivo
Observaciones: Se formula y fundamenta la propuesta de “la doble protección” siguiendo experiencias realizadas en países como Holanda.

Documento: Primera encuesta europea sobre anticoncepción
Autoría: Equipo Daphne
Año: 2004
<p>Contenido</p> <p>Estudio que forma parte de un proyecto europeo.</p> <p>Se trata de una encuesta sobre uso de métodos anticonceptivos, llevada a cabo en Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido; en todos los países se realizó por entrevista personal excepto en Alemania dónde el método fue la entrevista telefónica. Entrevistas realizadas entre enero y mayo de 2003.</p> <p>El tamaño total de la muestra fue de 12.160 mujeres entre 15 y 49 años, siendo en España de 2.139 mujeres.</p> <p>Las entrevistas se realizaron entre enero y mayo de 2003.</p> <p>Ofrece datos sobre el nivel de utilización de anticonceptivos, el perfil de mujeres que los utilizan, el tipo de método utilizado y su distribución por edad.</p>
Observaciones: Permite estudio comparativo con países del entorno.

Documento: Encuesta sobre el cumplimiento en anticoncepción hormonal oral en España
Autoría: Equipo Daphne
Año: 1996
<p>Contenido</p> <p>Estudio prospectivo de ámbito nacional sobre los factores asociados al cumplimiento o incumplimiento de la aceptación de la AHO.</p> <p>Encuesta realizada a 1.478 mujeres de entre 15 y 49 años que acudieron por primera vez a la consulta entre noviembre y diciembre de 1996. Con recogida de cuestionarios a los seis meses de la primera visita.</p>
Observaciones:

Documento: Informe de la Juventud en España
Autoría: INJUVE
Año: 2004
<p>Contenido</p> <p>Estudio sociológico sobre la juventud. Encuesta con una muestra de 5.014 jóvenes entre 15 y 29 años entrevistados.</p> <p>Aporta datos estadísticos acerca de diversos aspectos relacionados con las y los jóvenes. Consta de un capítulo sobre la experiencia y las prácticas sexuales: edad primera relación, la práctica de la sexualidad, relaciones homosexuales, actitudes preventivas referidas a la última relación sexual, embarazos no deseados, las relaciones sexuales y afectivas.</p> <p>Contiene datos desagregados por edad, sexo, religiosidad y estado civil.</p>
<p>Observaciones: Para la determinación de la utilización de anticonceptivos la pregunta se refiere a la última vez en que mantuvieron relaciones sexuales completas.</p> <p>Se considera que existe un elevado número de embarazos no deseados en adolescentes y un bajo nivel de utilización del aborto.</p> <p>Del total de la muestra el 33'5% se negaron a responder preguntas sobre sexualidad. En el estudio se referencia y explican las dificultades metodológicas para realizar investigaciones sobre experiencias y prácticas sexuales.</p>

Documento: Estudio sobre la “Anticoncepción en el siglo XXI”
Autoría: Instituto Gallup (en colaboración con Laboratorios Organón)
Año: 2005
<p>Contenido</p> <p>Encuesta realizada: submuestra de 755 jóvenes entre 14 y 19 años. Entrevistas personales de 15 minutos, realizadas antes de subir a un móvil Bus (informativo) o a transeúntes por las inmediaciones del mismo, en diez ciudades.</p> <p>Entrevistas realizadas entre noviembre y diciembre del 2003. El estudio se realiza en el 2004.</p> <p>El objetivo es establecer el nivel de conocimiento de las y los jóvenes sobre distintos aspectos relacionados con la anticoncepción, el nivel de información y grado de satisfacción respecto a la utilización de los distintos métodos.</p>
Observaciones: Se considera que la muestra tiene un importante sesgo al realizar buena parte de las entrevistas a jóvenes que entran en el bus-móvil.

Documento: Informe Durex. Informe de la encuesta en España sobre hábitos y actitudes sexuales.
Autoría: Durex
Año: 2003 y 2004
<p>Contenido</p> <p>Encuesta a través de la página web de Durex que se realiza simultáneamente entre 36 y 41 países. Preguntas sobre actitudes y comportamientos sexuales. Respuestas obtenidas: De 150.000 a 317.000.</p>
Observaciones:

Documento: Registro de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo
Autoría: Ministerio de Sanidad y Consumo
Año: 2003 y 2004
<p>Contenido</p> <p>Datos definitivos correspondientes al año 2003. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo.</p> <p>Datos recogidos a partir de los cuestionarios de notificación de los Centros acreditados para la realización de IVEs.</p> <p>Recoge anualmente la evolución, tablas generales, desagregados y cruzados por Comunidades Autónomas de residencia, grupos de edad, año, tipo de centro, semanas de gestación, tipo de hábitat, nivel de instrucción, hijos que viven en la actualidad, abortos provocados con anterioridad, utilización de CPF, lugar de información, motivo de interrupción.</p>
Observaciones: En el INE están publicados los datos hasta el 2003.

Documento: Estudio sobre “Determinantes de la interrupción voluntaria del embarazo en España
Autoría: Margarita Delgado y Laura Barrios. Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
Año: 2004
<p>Contenido</p> <p>Estudio realizado sobre los datos de los Registros de las Comunidades Autónomas.</p> <p>Analiza los determinantes de la IVE entre los años 1991 y 2001 en mujeres entre los 15 y 49 años. Se detiene en lo que se establece como los principales determinantes: la situación laboral, el número de hijos, el estado civil, el nivel de instrucción y el tamaño de hábitat, cruzándolos por tramos de edad de las mujeres.</p> <p>Se establece y analiza el perfil medio de las mujeres que realizan una IVE: soltera, con estudios de segundo grado, ocupada, residente en municipios de entre 50.000 y 500.000 habitantes y sin hijos.</p>
Observaciones: Se realizan seguimientos anuales con la misma estructura del estudio

Documento: Libro blanco de la anticoncepción en España
Autoría: Sociedad española de contracepción y Federación de Planificación Familiar de España
Año: 2005
<p>Contenido</p> <p>Se realiza un análisis descriptivo de la evolución y situación actual de la anticoncepción (sobre los datos obtenidos en las Encuestas de anticoncepción del equipo Daphne).</p> <p>Sobre la base de un estudio realizado por un equipo integrado por un experto de cada Comunidad Autónoma, basado en la recogida de información a través de instituciones y organismos públicos y privados, se realiza una descripción de la prestación de servicios en anticoncepción e IVE ofrecidos por el sistema público de salud en las distintas Comunidades Autónomas: población asistencial, estructura asistencia y disposiciones oficiales, tipo de profesional y tiempo asistencial, tipo de prestación en anticoncepción, dispositivo asistencial para jóvenes, situación respecto a IVE, tiempo de demora asistencial y criterios para métodos irreversibles, métodos anticonceptivos con financiación autonómica.</p>
<p>Observaciones: Facilita una aproximación al funcionamiento y prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva en cada Comunidad Autónoma. El nivel de información recabado es muy desigual según la Comunidad Autónoma de la que se trate.</p>

Documento: Guía Sex-joven
Autoría: Federación de Planificación Familiar de España
Año: 2004
<p>Contenido</p> <p>Investigación sobre los recursos públicos específicos para jóvenes en materia de sexualidad y anticoncepción, así como de aquellos dependientes de ONGs que tienen financiación pública, existentes en las distintas Comunidades Autónomas en el año 2003 y 2004.</p> <p>Incluye los centros, consultas o servicios que disponen de un horario y espacio específico para las y los jóvenes y que cuentan con presencia médica permanente o limitada a ciertas actividades. Excluye por tanto otros servicios de información y asesoramiento que no prestan dicha asistencia médica.</p> <p>La investigación se lleva a cabo por un equipo formado por un o una experta de cada Comunidad Autónoma. Se recogen los datos en una ficha previamente consensuada en la reunión de equipo, mediante entrevista personal o vía telefónica. La información se recoge a nivel municipal, provincial, autonómico y estatal. Se analizar 520 recursos de los que 169 cumplen los requisitos de inclusión en la Guía.</p> <p>Los resultados de la investigación se recogen en un documento editado por la Federación de Planificación Familiar.</p> <p>La guía de recursos específicos en sexualidad y anticoncepción para jóvenes está disponible para consulta pública en un sitio web www.fpfe.org/quiasexjoven</p>
Observaciones: Pendiente la actualización de los datos y la incorporación de los recursos de atención e información que no cuentan con personal médico pero que tienen un papel importante para el acceso de las y los jóvenes a la red pública.

II) FUENTES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1.- CONSEJERÍAS DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LAS CCAA

Se busca en “Programas de salud”, “Informes de Salud” y “Publicaciones”, con los descriptores: salud sexual y/o reproductiva, salud de la mujer, anticonceptivos/anticoncepción.

En todas las CCAA existen programas de atención y promoción de la salud de la mujer (embarazo, parto, puerperio, climaterio) pero de estas fuentes no se pueden extraer datos estadísticos de número de casos.

En algunas CCAA existen **informes de salud** en los que se dan datos de morbilidad, mortalidad y fecundidad que a su vez están reflejados en las estadísticas del INE. Entre éstos cabe destacar:

- Programa de seguimiento del embarazo, con análisis anual hasta 2003 (Comunidad Valenciana).
Informe “Embarazo y salud perinatal en la Comunidad Valenciana: análisis de la hoja resumen del embarazo” 2003. Contiene datos de partos de madres adolescentes, análisis de condiciones sociodemográficas, partos por cesárea, abortos, etc. No se recoge la nacionalidad de la madre.
- Indicadores de salud materno-infantil 2000-2002 (Cataluña).
- Informe de Salud Pública 2003 (País Vasco) con número de nacimientos vivos, porcentaje de cesárea, proporción de nacimientos según edad de la madre, datos sobre SIDA con nuevas infecciones por VIH en 2004.
- En Galicia se encuentra publicado su CMBD 2002/2003 (embarazo prolongado y parto prematuro, parto normal por grupo de edad).
- Anticoncepción: programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (2005) de Canarias: contiene datos sobre partos, encuesta de fecundidad.

VIH/SIDA

En todas las CC.AA. se pueden obtener los datos sobre VIH/SIDA que ya se recogen en el Registro Nacional.

Anticonceptivos

Es el dato más difícil de encontrar pues en la mayoría de las Comunidades no hay estudios realizados y no disponen de datos. Únicamente se ha encontrado lo siguiente:

Aragón: Datos de Aragón y España procedentes de la Encuesta de Fecundidad (INE, 1999).

Extremadura: Encuesta de Salud de la Comunidad de 2001: se refleja el porcentaje de uso de la píldora anticonceptiva (3,1% de las encuestadas).

Canarias: Encuesta de Salud 2004. Datos sobre métodos anticonceptivos utilizados por grupos de edad (Píldora, DIU, ligadura/vasectomía). También incluye datos sobre la frecuencia de realización de citologías y mamografías.

Interrupciones voluntarias del embarazo

Informe sobre el aborto. Dirección General de Salud Pública de Sanidad. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

2.- INSTITUTOS DE ESTADÍSTICA DE LAS CCAA

Comunidad de Madrid: se encuentran los datos del Movimiento Natural de la población de 2002:

- Nacidos vivos por grupo de edad de la madre y residencia.
- Nacidos vivos de madres residentes de nacionalidad extranjera y grupo de edad.
- Muertes fetales tardías.

Existe la serie histórica.

Instituto Valenciano de Estadística

Datos de 2001, por provincia y diagnóstico CIE-9 MC:
Partos, causas obstétricas y abortos.

EUSTAT: instituto de estadística del País Vasco

Datos del CMBD de 2003 con número de altas y tasas por 1000 habitantes totales, no desagregados por grupos de edad.

Instituto de Estadística de Andalucía

En la Memoria Estadística de la Consejería de Sanidad se publican para cada año el Anuario Estadístico de Andalucía, un Anuario Estadístico de las mujeres, perspectiva de género. El último disponible es el de 2004. Contiene datos del número total de partos y porcentaje de partos por cesárea, desagregados por provincia pero no desagregados por grupos de edad.

3.- ASOCIACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MADRID

Documento: “Situación actual y perspectivas de la atención en planificación familiar y sexualidad en la Comunidad de Madrid”.

Autoría: Asociación de Planificación Familiar de Madrid

Año: 2002 y 2003.

Contenido: Investigación cuyo objetivo es valorar las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres y de las y los jóvenes con relación a los recursos existentes, especialmente en lo relacionado con la planificación familiar, la sexualidad, la prevención del embarazo juvenil y diagnóstico precoz de las ITS.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal que consta de un estudio cuantitativo, mediante cuestionario autoadministrado a profesionales de distintos centros y dos estudios cualitativos. El primero se realiza mediante entrevistas a mujeres y el segundo a profesionales de atención primaria en base a una muestra representativa elaborada mediante tabla de números aleatorios.

Ofrece una descripción de los programas en la Comunidad de Madrid, un mapa de recursos y prestaciones, así como un análisis y valoración de los mismos.

FUENTES UTILIZADAS

- Del INE se han obtenido los datos para elaborar los indicadores requeridos (**partos, nacidos vivos, abortos**) para el año 2003. Se tienen datos de madre extranjera.
En todos los indicadores podemos desagregar por edad y son datos nacionales o por CCAA en cuyo caso no se disponen desagregados por edad.

- Aparte de los datos recogidos por el INE, aportados por las distintas CCAA, en general no se han obtenido otros datos ya que o son de años anteriores a 2003, o no proporcionan una mayor desagregación que el propio INE (CCAA y edad, por ejemplo), exceptuando informes puntuales como el de la Comunidad Valenciana sobre el programa de embarazo y el caso de la Comunidad Madrid.

- **Interrupción voluntaria del embarazo.**
Se han tomado los datos procedentes del Registro del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- **Utilización de anticonceptivos.**
Se han tomado los datos de la encuesta Daphne, realizada sobre una muestra amplia de la población y que ofrece datos desagregados por grupos de edad. No se ha encontrado ningún estudio que lo mejore.

- **Estructura y recursos.**
La información se ha tomado de los siguientes estudios:
 - * “Situación actual y perspectivas de la atención en planificación familiar y sexualidad de la Comunidad de Madrid” elaborado por la Asociación de Planificación Familiar de Madrid.
 - * “Libro Blanco de la anticoncepción en España” de la Sociedad Española de Anticoncepción y la Federación de Planificación Familiar de España.

Para los recursos de jóvenes sobre sexualidad y anticoncepción para jóvenes se han tomado los datos de la investigación recogida en la “Guía Sex-joven”, realizada por la Federación de Planificación Familiar de España.

ANÁLISIS DE ALGUNOS INDICADORES

EMBARAZOS, PARTOS, ABORTOS E IVEs

ANÁLISIS A PARTIR DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS

En la Tabla 1 se analiza a partir de los datos reflejados en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del 2003, el total de diagnósticos al alta que tienen relación con el embarazo y el parto, calculando los porcentajes de cada uno de ellos sobre el total de altas, en los grupos de edad analizados.

Tabla 1. Altas hospitalarias por diagnósticos relacionados con embarazo y parto

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2003							
Mujeres dadas de alta por diagnóstico principal (CIE-9) y grupo de edad							
	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45- 54	55-64
ABORTO 630-639 XI.1	60144	46	7963	32781	18859	491	4
COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO 640-648 XI.2	146040	148	27073	90650	27878	287	4
PARTO NORMAL 650 XI.3	115276	30	15421	77981	21637	186	21
CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO 651-659 XI.4	143603	100	18035	87596	37491	361	20
COMPLICACIONES DURANTE EL CURSO DEL PARTO 660-669 XI.5	111368	36	12995	73510	24552	272	3
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO 670-676 XI.6	4396	4	649	2929	767	43	4
Total	580827	364	82136	365447	131184	1640	56

Porcentajes de cada evento en relación al total de eventos en cada grupo de edad							
	Total	5-14	15-24	25-34	35-44	45- 54	55-64
ABORTO 630-639 XI.1	10,4	12,6	9,7	9,0	14,4	29,9	7,1
COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO 640-648 XI.2	25,1	40,7	33,0	24,8	21,3	17,5	7,1
PARTO NORMAL 650 XI.3	19,8	8,2	18,8	21,3	16,5	11,3	37,5
CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO 651-659 XI.4	24,7	27,5	22,0	24,0	28,6	22,0	35,7
COMPLICACIONES DURANTE EL CURSO DEL PARTO 660-669 XI.5	19,2	9,9	15,8	20,1	18,7	16,6	5,4
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO 670-676 XI.6	0,8	1,1	0,8	0,8	0,6	2,6	7,1

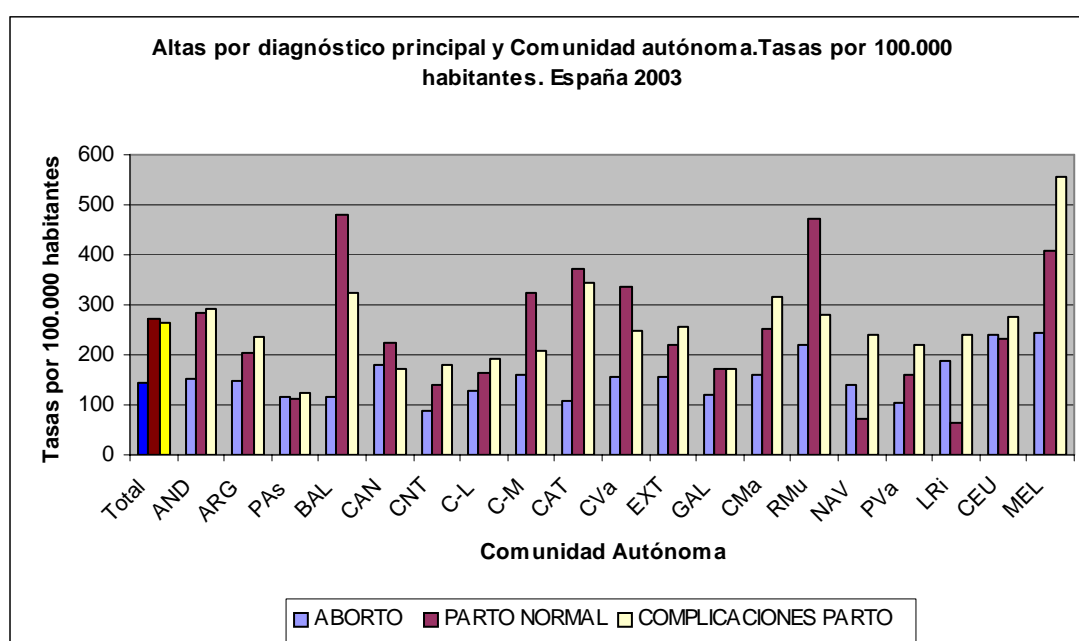
Diagnóstico principal al alta. Descripción:

- **ABORTO CIE-9:** 630-639 (630: Mola hidatiforme, 631: Otro producto anormal de la concepción, 632: Aborto fallido, 633: Embarazo ectópico, 634: Aborto espontáneo, 635: Aborto legalmente inducido, 636: Aborto inducido de forma ilegal, 637: aborto no especificado, 638: intento fallido de aborto, 639: complicaciones después de aborto y embarazos ectópicos y molares.)
- **COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO CIE-9: 640-648** (640: hemorragia en fase temprana de embarazo, 641: Hemorragia antepartum, desprendimiento de placenta y placenta previa, 642: Hipertensión que complica embarazo, parto y puerperio, 643: Vómitos excesivos en el embarazo, 644: Parto precoz o amenaza de parto, 645: Embarazo prolongado, 646: Otras complicaciones de embarazo no clasificadas bajo otros conceptos, 647: Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre clasificadas bajo otros conceptos, pero que implican el embarazo, parto o el puerperio, 648: Otras enfermedades en curso de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o el puerperio.)
- **PARTO NORMAL CIE-9: 650** (650: Parto en un caso totalmente normal. Parto sin anomalía o complicación clasificable bajo otros conceptos dentro de las categorías 630-676, y con parto cefálico espontáneo, sin mención de manipulación fetal (por ejemplo rotación, inversión) o instrumentación (fórceps))
- **CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO Y PARTO CIE-9: 651-659** (651: Embarazo Múltiple, 652: Estática y presentación defectuosa del feto, 653: Desproporción, 654: Anormalidad de órganos y tejidos blandos de la pelvis, 655: Anormalidad fetal comprobada o sospechada que afecta al tratamiento de la madre, 656: Otros problemas fetales y de placenta que afectan al tratamiento de la madre, 657: Polihidramnios, 658: Otros problemas asociados con la cavidad y membranas amnióticas, 659: Otras indicaciones de cuidados o intervenciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, no clasificadas bajo otros conceptos)
- **COMPLICACIONES DURANTE EL CURSO DEL PARTO Y ALUMBRAMIENTO CIE-9: 660-669** (660: Parto obstruido, 661: Anormalidad de las contracciones uterinas, 662: Parto largo, 663: Complicaciones del cordón umbilical, 664: Trauma de perineo y vulva durante el alumbramiento, 665: Otro trauma obstétrico, 666: Hemorragia postparto, 667: Placenta o membranas retenidas, sin hemorragia, 668: Complicaciones de la administración de anestésico u otro tipo de sedación durante el trabajo de parto y parto, 669: Otras complicaciones de parto no clasificadas bajo otros conceptos)

- **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO CIE-9: 670-676** (670: Infección puerperal grave, 671: Complicaciones venosas en embarazo y puerperio, 672: Pirexia de origen desconocido durante el puerperio, 673: Embolia pulmonar obstétrica, 674: Otras complicaciones y complicaciones no especificadas del puerperio, no clasificadas bajo otros conceptos, 675: Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto, 676: Otros trastornos de la mama asociados con el parto y trastorno de lactancia)

Las altas por complicaciones durante el embarazo suponen el 40,7% de todos los ingresos relacionados con el embarazo y parto en las menores de 14 años y el 33% en las mujeres de 15-24 años. En el grupo de edad mayor, entre 45-54 años, los abortos suponen el mayor porcentaje de altas (29,9%)

Grafico 1. Tasas por 100.000 habitantes de Abortos, Parto normal y complicaciones durante el curso del parto.

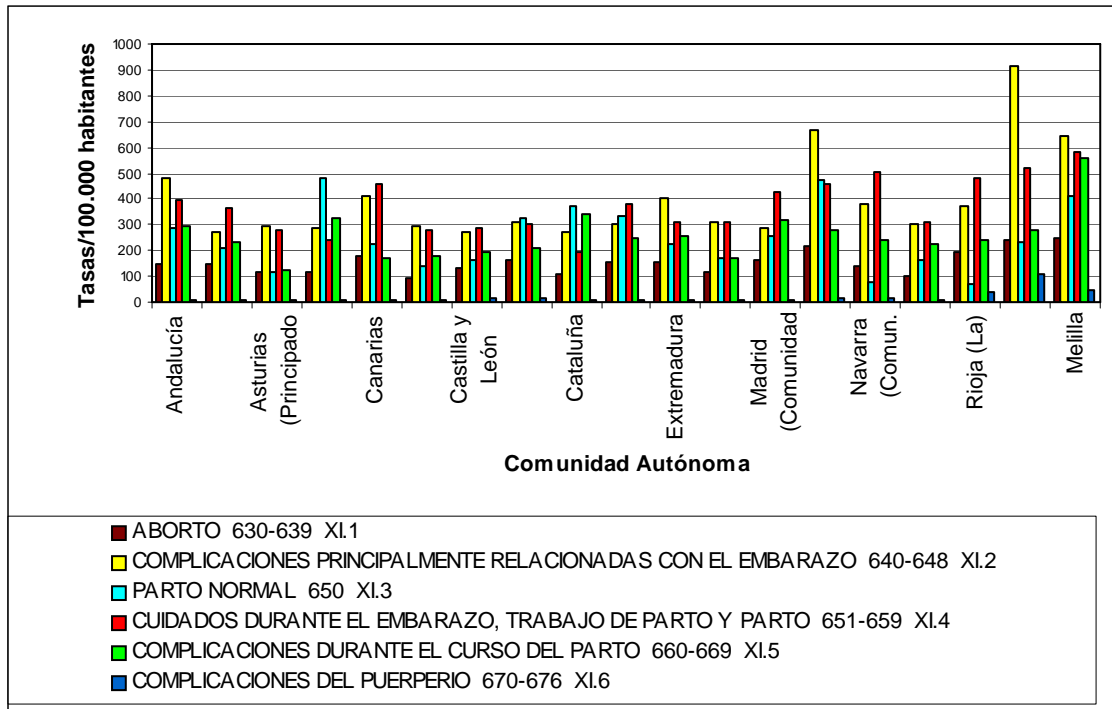


Como podemos observar en el gráfico 1, las mayores tasas de abortos se dan en Melilla, Ceuta y la Región de Murcia, siendo las tasas más bajas las de Cantabria, País Vasco y Cataluña.

Las mayores tasas de parto normal se dan en Baleares, región de Murcia y Melilla, siendo las más bajas las de Rioja, Navarra y Principado de Asturias.

En cuanto a complicaciones durante el parto, las mayores tasas se dan en Melilla, Cataluña y Baleares, mientras las más bajas se dan en Principado de Asturias, Canarias y Galicia.

Gráfico 2: Tasas por 100.000 habitantes de todos los diagnósticos al alta relacionados con el embarazo y parto



En la Tabla 2 se ofrecen los datos de Altas totales por los tres diagnósticos principales, desagregadas por Comunidad Autónoma, con los porcentajes de cada diagnóstico respecto al total para cada Comunidad Autónoma. Los mayores porcentajes de abortos respecto al total de los tres eventos analizados se dan entre las mujeres residentes en el extranjero (40,40%), y en las comunidades de La Rioja (38,37%) y Principado de Asturias (32,96%).

Tabla 2. Altas por Diagnóstico principal y Comunidad Autónoma. 2003

	ABORTO		PARTO NORMAL		COMPLIC. del PARTO		TOTAL
	nº de altas	% del total	nº de altas	% del total	nº de altas	% del total	nº de altas
TOTAL	60145	20,97	115277	40,20	111369	38,83	286791
Andalucía	11301	20,68	21433	39,22	21920	40,11	54654
Aragón	1832	25,34	2516	34,80	2881	39,85	7229
Asturias (Principado de)	1253	32,96	1211	31,85	1338	35,19	3802
Balears (Illes)	1063	12,57	4412	52,15	2985	35,28	8460
Canarias	3317	31,24	4147	39,06	3153	29,70	10617
Cantabria	489	22,01	763	34,34	970	43,65	2222
Castilla y León	3147	26,33	4066	34,02	4739	39,65	11952
Castilla - La Mancha	2915	23,25	5863	46,77	3759	29,98	12537
Cataluña	7200	13,29	24451	45,12	22538	41,59	54189
Comunidad Valenciana	6751	21,02	14593	45,44	10770	33,54	32114
Extremadura	1677	24,79	2358	34,85	2731	40,36	6766
Galicia	3209	25,53	4661	37,08	4699	37,39	12569
Madrid (Comunidad de)	9073	22,03	14229	34,55	17879	43,42	41181
Murcia (Región de)	2735	22,52	5905	48,63	3503	28,85	12143
Navarra (Comun. Foral de)	803	31,04	424	16,39	1360	52,57	2587
País Vasco	2160	21,25	3377	33,22	4628	45,53	10165
Rioja (La)	543	38,37	188	13,29	684	48,34	1415
Ceuta	172	32,09	167	31,16	197	36,75	536
Melilla	165	20,40	272	33,62	372	45,98	809
Extranjero	341	40,40	241	28,55	262	31,04	844

EMBARAZOS

Dado que en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria registra altas, si se toma el número total de altas por diagnósticos relacionados con el embarazo, parto y puerperio como número total de embarazos, se estaría sobreestimando dado que una misma mujer puede cursar varias altas en un año por el mismo embarazo.

En cuanto a los partos se registran en distintos diagnósticos al alta (como ha quedado reflejado en las tablas que contienen todos los diagnósticos relacionados con embarazo, parto y puerperio) por lo que una aproximación sería el número total de altas relacionadas con el parto y puerperio, el cual difiere del número registrado en el Movimiento Natural de Población.

Por todo ello, para aproximarnos al número real de embarazos, se decide tomar: de la EMH únicamente el número de abortos (deduciendo el número de IVEs hospitalarias recogidas en el Registro del Ministerio de Sanidad y Consumo), considerando que, con alta probabilidad, un aborto causará una única alta; del MNP el número total de partos, ya que éstos se registran a partir del boletín de partos del INE, tratándose por tanto de un dato muy fiable.

Por último hay que considerar también las IVEs, tanto las extrahospitalarias (87'46% del total de IVE registrada), como las hospitalarias, sea en centro público o privado.

Por tanto, los datos que se ofrecen son una aproximación ya que proceden de distintas fuentes. Se presentan por grupos de edad y por Comunidades Autónomas.

Tabla 1: Aproximación al número total de embarazos por grupos de edad

EDAD	Aborto (EMH) ¹		Partos (MNP) ²		IVE ³		TOTAL
	Nº de altas	% del total*	Nº de partos	% del total*	Nº de IVE	% del total*	EMBARAZO
de 05 a 14	15	3,08	171	35,11	301	61,81	487
de 15 a 24	4628	4,99	56029	60,36	32168	34,65	92825
de 25 a 34	28229	8,21	282541	82,13	33244	9,66	344014
de 35 a 44	16813	13,29	95947	75,85	13737	10,86	126497
mas de 44	451	33,11	573	42,07	338	24,82	1362
TOTAL	50136	8,87	435261	77,01	79788	14,12	565185

Fuente: elaboración propia a partir de EMH, MNP, Registro MSC

Los porcentajes se refieren a cada evento respecto al total en cada grupo de edad.

1.- Abortos hospitalarios. Número de altas por aborto procedentes de la EMH, INE 2003.

2.- Número de partos procedentes del MNP, INE 2003.

3.- Número de IVEs hospitalarias y extrahospitalarias. Registro de IVEs. Mº de Sanidad y Consumo.

El número total de partos representa el 77% del total de embarazos, siendo el número de abortos el 8'87% y el de IVES el 14'12% de los embarazos.

Se ha considerado oportuno diferenciar las interrupciones voluntarias del embarazo de los abortos espontáneos pues reflejan opciones, necesidades y problemas diferentes.

Para el cálculo del total de IVES (hospitalaria y extrahospitalaria) se ha desagregado el dato de abortos a partir del facilitado por el Registro de IVEs del Ministerio de Sanidad de los abortos hospitalarios.

El mayor número de embarazos en términos absolutos se da en el tramo de edad de 25 a 34 años, representando el 60'8% del total de embarazos. Seguidas de las mujeres entre 35 y 44 años (75'85%). Son, de las mujeres embarazadas, las que en mayor porcentaje tienen las y los hijos y las que menos recurren al aborto, siguiendo las pautas de comportamiento reproductivo de retraso de la edad de la maternidad.

En el tramo de edad de 15 a 24 años, el número de partos, 60'36%, casi duplica el de IVE, mientras que las mujeres menores de 14 años optan mayoritariamente por la IVE (61'81%) frente al 35'11% de los casos en que deciden continuar con el embarazo.

En estos dos grupos de edad el porcentaje de mujeres que realizan una interrupción no voluntaria del embarazo en relación al total de embarazadas de su edad es más reducido que en el resto de grupos de edad, siendo del 3'08% y del 4'99% respectivamente.

Tabla 2: Aproximación al número total de embarazos por CC.AA.

	Aborto (EMH) ₁		Partos (MNP) ₂		IVE ₃		TOTAL
	Nº de altas	% del total*	Nº de partos	% del total*	Nº de IVE	% del total*	
ANDALUCIA	11208	10,15	84962	76,92	14280	12,93	110450
ARAGON	1793	11,82	10839	71,48	2531	16,69	15163
ASTURIAS	1203	12,07	7017	70,39	1749	17,54	9969
BALEARES	949	6,75	10493	74,66	2612	18,59	14054
CANARIAS	3194	12,76	19071	76,17	2772	11,07	25037
CANTABRIA	425	7,41	4808	83,88	499	8,71	5732
CASTILLA-LA MANCHA	2528	10,97	18346	79,59	2178	9,45	23052
CASTILLA-LEON	2629	11,23	17794	75,99	2993	12,78	23416
CATALUÑA	6641	7,06	72074	76,60	15373	16,34	94088
C. VALENCIANA	5997	9,94	46434	77,00	7875	13,06	60306
EXTREMADURA	1558	12,67	9826	79,90	914	7,43	12298
GALICIA	2854	11,19	20114	78,88	2532	9,93	25500
C. MADRID	2790	3,31	65980	78,36	15434	18,33	84204
R. MURCIA	2554	11,64	16240	74,03	3144	14,33	21938
NAVARRA	788	10,64	6062	81,82	559	7,54	7409
PAIS VASCO	1982	8,73	18932	83,36	1798	7,92	22712
LA RIOJA	521	13,65	2835	74,25	462	12,10	3818
CEUTA	172	14,13	1011	83,07	34	2,79	1217
MELILLA	163	12,43	1088	82,99	60	4,58	1311
EXTRANJERO	203	5,83	1335	38,33	1945	55,84	3483
NO CONSTA					28	100,00	28
TOTAL	50152	8,87	435261	77,01	79772	14,11	565185

1: datos procedentes de encuesta de morbilidad hospitalaria, INE 2003. No se han contabilizado las IVES intrahospitalarias

2: datos procedentes del Movimiento Natural de la Población, INE 2003

3: datos procedentes del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, MSC 2003. Incluye hospitalarias y extrahospitalarias.

* Porcentaje de cada evento respecto al total en cada CC.AA.

Baleares, Asturias y Cataluña, son las Comunidades Autónomas donde se presenta un mayor porcentaje de IVEs respecto a embarazos (por encima de la media que se sitúa en el 12'35%).

Cantabria, País Vasco y Ceuta son las Comunidades con un mayor porcentaje de partos respecto al total de embarazos.

Embarazos no deseados

Los embarazos no deseados constituyen un importante problema para la salud y para el ejercicio de los derechos reproductivos que, además adquiere particular relevancia entre mujeres que presentan una mayor vulnerabilidad por su situación económica y/o social, como es el caso de las mujeres jóvenes y las mujeres inmigrantes. En relación a las mujeres jóvenes los diversos estudios existentes coinciden en destacar las repercusiones que para su vida tienen los embarazos no deseados, particularmente entre las menores de 24 años que llevan a término el mismo, pues en muchos casos tiene como efecto la ruptura de su proceso formativo y de su proyecto de vida. Respecto a las mujeres inmigrantes los estudios existentes son muy parciales aunque todos ellos señalan la necesidad de diferenciar los análisis según el país de origen de las mujeres y de incidir en el estudio de los determinantes económicos y culturales en sus pautas reproductivas.

Sin embargo, y a pesar de ser un tema de preocupación social, los embarazos no deseados siguen constituyendo un indicador poco investigado cualitativa y cuantitativamente y de difícil evaluación. Existen diversas estimaciones que tratan de cuantificar los embarazos no deseados, pero la medición de una variable en la que el componente subjetivo del deseo interviene de forma tan determinante resulta compleja y no cuenta con herramientas adecuadas para una estimación precisa.

A continuación se señalan dos aproximaciones a una posible cuantificación:

1.- Considerar como embarazo no deseado el correspondiente al **número de IVEs** en la medida que responde a una decisión clara y expresa de la mujer. Esto supone 79.788 embarazos no deseados en el año 2003, y 84.985 en 2004. Sin embargo este dato no reflejaría una realidad mucho más compleja: la ya referida de las mujeres jóvenes, la de quienes llevan a término embarazos no deseados y otras, que requeriría investigar las causas de las distintas opciones reproductivas.

2.- Establecer el número de **mujeres en riesgo de embarazo** no deseado. Esta aproximación se establece a partir de la suma de:

- Mujeres que realizan una IVE.
- Mujeres que utilizan métodos anticonceptivos no eficaces o métodos eficaces mal utilizados (4'5% del 71'18% de las mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos).
- Mujeres que, teniendo relaciones heterosexuales, no utilizan ningún método anticonceptivo y no desean quedarse embarazadas (86'7% del 28'82% de mujeres que no utiliza ningún método anticonceptivo).

El resultado es que el 7'2% de las mujeres en edad fértil se encuentran en riesgo de embarazo no deseado, es decir 762.390 mujeres.

PARTOS

Resultados a partir del Movimiento Natural de la Población (INE 2003)

Tabla 3. Nacimientos y partos según edad de la madre. 2003

Edad	Nacimientos	% del total	Partos	% del total
< 15	168	0,04	171	0,04
15-19	12338	2,79	12308	2,83
20-24	43890	9,93	43721	10,04
25-29	115454	26,13	114210	26,24
30-34	171294	38,76	168331	38,67
35-39	84974	19,23	83115	19,10
40-44	13.137	2,97	12832	2,95
45-49	593	0,13	544	0,12
50 y más	33	0,01	29	0,01
Total	441881	100,00	435261	100,00

Como se puede ver en la tabla 3, los partos en mujeres menores de 20 años suponen el 2,87% del total; el mayor porcentaje de partos se da en mujeres entre 30 y 34 años (38,67%) y en mujeres mayores de 40 años son el 3,08% del total.

No se dispone de datos nacionales sobre los nacimientos de madre extranjera desagregados por edad; sólo se dispone de ellos en la Comunidad de Madrid representando más del 20% del total de nacimientos en madres extranjeras (los últimos publicados son del Movimiento Natural de la Población de 2002).

Como puede apreciarse en la tabla 4, los porcentajes de nacimientos de madres más jóvenes son mayores que en el total de nacimientos en España.

Tabla 4. Nacimientos de madres de nacionalidad extranjera en la Comunidad de Madrid

Partos de madres residentes de nacionalidad extranjera. Madrid 2002		% en cada edad	
TODOS LOS NACIDOS		10969	
EDAD DE LA MADRE	< 15	9	0,1
	15-19	637	5,8
	20-24	2759	25,2
	25-29	3364	30,7
	30-34	2656	24,2
	35-39	1253	11,4
	40-44	273	2,5
	45-49	17	0,2
	50 y más	1	0,0

En la Tabla 5 se muestra la distribución de nacimientos por Comunidad Autónoma de residencia de la madre y cuántos de ellos son nacidos de madre de nacionalidad no española. Del total de nacimientos producidos en España en 2003 (444.881), 54.028 fueron de madre de nacionalidad extranjera.

Las CCAA que presentan un mayor porcentaje de nacimientos de madre extranjera respecto al total de los nacimientos en su territorio son Melilla, Baleares, Comunidad de Madrid y Murcia (Comunidades que registran las tasas más altas de parto normal en hospitales), mientras las Comunidades donde se produce un menor porcentaje de nacimientos de madre extranjera son Asturias, Extremadura y Galicia.

Tabla 5. Nacimientos totales por Comunidad Autónoma

CCAA de residencia de la madre	Nacimientos totales	Nacidos de madre extranjera	% nacidos madre extranjera
Andalucía	86120	5349	6,2
Aragón	11000	1472	13,4
Asturias (Principado de)	7107	372	5,2
Baleares (Illes)	10654	2130	20,0
Canarias	19266	2202	11,4
Cantabria	4873	278	5,7
Castilla y León	18607	1331	7,2
Castilla - La Mancha	18051	1743	9,7
Cataluña	73214	12034	16,4
Comunidad Valenciana	47322	6416	13,6
Extremadura	9962	370	3,7
Galicia	20423	982	4,8
Madrid (Comunidad de)	67046	12526	18,7
Murcia (Región de)	16444	2838	17,3
Navarra (Comun. Foral de)	6180	831	13,4
País Vasco	19270	1075	5,6
Rioja (La)	2870	475	16,6
Ceuta	1015	123	12,1
Melilla	1107	385	34,8
Extranjero	1350	1096	81,2
Total	441881	54028	12,2

El 12'2% de las y los nacidos en 03 son de madres inmigrantes (porcentaje que se incrementa en el 2004, llegando al 13'7%).

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

En 2003 interrumpieron voluntariamente el embarazo 9 mujeres por cada 1.000 entre 15 y 44 años. Concretamente una tasa de 8'77, lo que supone 79.788 interrupciones voluntarias del embarazo. Tasa que en 2004 ascendió a 8'94, representando 84.985 IVEs.

El perfil de las mujeres que realizaron una IVE es el siguiente: mujer soltera (64%), con estudios de segundo grado, activa laboralmente (56%), sin hijos (50'95%), residente en un municipio entre 50.000 y 500.000 habitantes. En su mayoría (72'73%) era la primera vez que interrumpía voluntariamente el embarazo (cifra que en el año 2004 desciende al 71'89) y en el 57'96% de los casos no habían acudido previamente a un servicio de planificación familiar.

Entre los datos consultados cabe destacar:

- El 2'83% de las IVEs se realizaron por riesgo de malformación fetal, lo que representa un aumento respecto a años anteriores, sin duda debido a la mayor disponibilidad de métodos de diagnóstico fetal y a un aumento de la edad de la mujer.
El 96% de las mujeres abortaron por riesgo para su salud.
El 0'01% de las IVEs fueron debidas a una violación.
- El 89% de las IVEs corresponden a embarazos de menos de 12 semanas y el 2% a más de 21 semanas.
- El 27'27% eran IVEs de repetición.

En cuanto a la distribución por edad, las mayores tasas de IVE se dan entre las mujeres de 20 a 24 años, que alcanza el 15 por 1000 en 2003. Como se puede observar en las tablas, se ha producido un ligero aumento en las tasas de IVE en los años reflejados.

Prácticamente la totalidad de las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas se producen en centros privados (97,15%) y sólo el 2'86% se realizan en centros públicos. Sin embargo esto no refleja el tipo de financiación (pública o privada) de las IVEs, ya que existen distintos sistemas según Comunidades Autónomas.

Por CCAA, las mayores tasas de IVE se dan en Baleares (13,70/1000), seguido de la Comunidad de Madrid (12,83/1000) y la Región de Murcia (11,69/1000). Las menores se dan en Ceuta y Melilla, País vasco y Extremadura, que no alcanzan el 4/1000.

Desigualdades territoriales

Las desigualdades entre Comunidades Autónomas en cuanto a la prestación del servicio y al sistema de financiación son muy acusadas.

- ✓ En Comunidades como **Andalucía** y **Murcia** el régimen de concierto económico entre el Servicio de Salud correspondiente hace que prácticamente la totalidad de las IVEs (99'7% en Andalucía y 100% en Murcia) se realicen en clínicas privadas, siendo el sistema público de salud quien reembolsa el pago de las intervenciones.
- ✓ En **Extremadura, Castilla y León, y Castilla-La Mancha** no existe ningún hospital público que atienda las demandas de IVEs, por lo que se realizan en las clínicas privadas existentes en cada Comunidad (sin concierto), o se derivan desde los centros públicos (sobre todo en caso de malformaciones fetales o violaciones) a otras CC.AA.
- ✓ En **Cataluña, Madrid, Aragón y Asturias**, se practican en centros privados entre el 97% en las dos primeras y el 99% en las últimas. El Servicio de Salud correspondiente, a través de distintos mecanismos (pago a la mujer, reembolso a la clínica o en el caso de Cataluña a una ONG que tramita algunas IVEs) costea la intervención de algunas IVEs realizadas en clínicas privadas. En cualquier caso esta financiación se limita a pocos casos y se realiza de forma arbitraria.
- ✓ En **Baleares y Galicia** más del 96% se realizan en centros privados.
- ✓ La **Comunidad valenciana** y **Cantabria** son las Comunidades Autónomas con porcentajes, aunque muy reducidos, comparativamente más altos de IVEs en centros públicos (16% y 10% respectivamente). En la Comunidad valenciana se suspendió el régimen de conciertos con las clínicas privadas en 2003, manteniéndose en la actualidad vías diferentes en cada ciudad (privadas sin concierto, alguna privada con acuerdo de reembolso del importe por el Servicio de Salud, y la derivación a un hospital público través de una unidad de psiquiatría asignada a dicho hospital).
- ✓ En Navarra y La Rioja no se practican IVEs ni en centros públicos ni privados por lo que las mujeres tienen que desplazarse a otras CC.AA.

Las desigualdades y los consiguientes problemas de inequidad en el acceso al servicio también se dan de forma diferenciada en una misma Comunidad.

Por último, se constata que la objeción de conciencia de profesionales de los hospitales públicos representa un importante obstáculo para la práctica de las IVEs en la red sanitaria pública. Esto tiene implicaciones de distinta naturaleza, no siendo la emenor el obligado “turismo” al que se somete a algunas mujeres que tienen que viajar a otra ciudad de su misma Comunidad o de otras Comunidades Autónomas para interrumpir su embarazo.

Tabla: IVES (intra y extrahospitalario) por CCAA. (menores 24 años)

Interrupción voluntaria del embarazo. Número según provincia de residencia y grupo de edad. Año 2003. Menores de 24 años. (Fuente de información: Estadística de Interrupciones voluntarias del Embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo)							
Grupo de edad	Total(<15->44)	<15		15-19		20-24	
Comunidad Autónoma		Casos	% del total*	Casos	% del total*	Casos	% del total*
Total	79788	301	0,38	10656	13,36	21512	26,96
ANDALUCÍA	14280	70	0,49	2430	17,02	4053	28,38
ARAGÓN	2531	7	0,28	248	9,80	726	28,68
ASTURIAS	1749	4	0,23	212	12,12	472	26,99
BALEARES	2612	8	0,31	312	11,94	654	25,04
CANARIAS	2772	25	0,90	549	19,81	653	23,56
CANTABRIA	499	0	0,00	53	10,62	120	24,05
CASTILLA-LA MANCHA	2178	7	0,32	282	12,95	575	26,40
CASTILLA-LEÓN	2993	5	0,17	395	13,20	923	30,84
CATALUNA	15373	52	0,34	1963	12,77	4030	26,21
C. VALENCIANA	7875	32	0,41	1039	13,19	2179	27,67
EXTREMADURA	914	2	0,22	167	18,27	209	22,87
GALICIA	2532	6	0,24	357	14,10	575	22,71
C. MADRID	15434	35	0,23	1581	10,24	4231	27,41
R. MURCIA	3144	17	0,54	357	11,35	918	29,20
NAVARRA	559	2	0,36	54	9,66	153	27,37
PAIS VASCO	1798	3	0,17	190	10,57	447	24,86
LA RIOJA	462	3	0,65	45	9,74	114	24,68
CEUTA	34	0	0,00	8	23,53	12	35,29
MELILLA	60	0	0,00	13	21,67	16	26,67
EXTRANJERO	1945	23	1,18	399	20,51	441	22,67
NO CONSTA	44	0	0,00	2	4,55	11	25,00

* Porcentaje en cada grupo de edad respecto al total de todos los grupos de edad (<15 hasta > 44 años)
Señalados en rojo los valores que se sitúan por encima del dato global nacional en cada grupo de edad

Distribución porcentual del número de abortos realizados por tipo de centro. 2003			
Centros públicos		Centros privados	
Total	2,86	Total	97,15
Hospital	2,41	Hospital	10,13
Extrahospital	0,44	Extrahospital	87,02

Fuente de información: Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Interrupciones voluntarias del embarazo.				
Año	2000	2001	2002	2003
Centros notificadores	121	121	124	128
Número de abortos	63756	69857	77125	79788
Tasa por 1000 mujeres de 15 a 44 años	7,14	7,66	8,46	8,77
Tasa por 1000 mujeres de 19 y menos años	7,49	8,29	9,28	9,9
Tasa por 1000 mujeres de 20 a 24 años	11,88	12,86	14,37	15,31
Tasa por 1000 mujeres de 25 a 29 años	8,66	9,34	10,72	11,3
Tasa por 1000 mujeres de 30 a 34 años	6,9	7,44	8,1	8,28
Tasa por 1000 mujeres de 35 a 39 años	5,11	5,42	5,84	6,02
Tasa por 1000 mujeres de 40 y más años	2,35	2,47	2,72	2,69

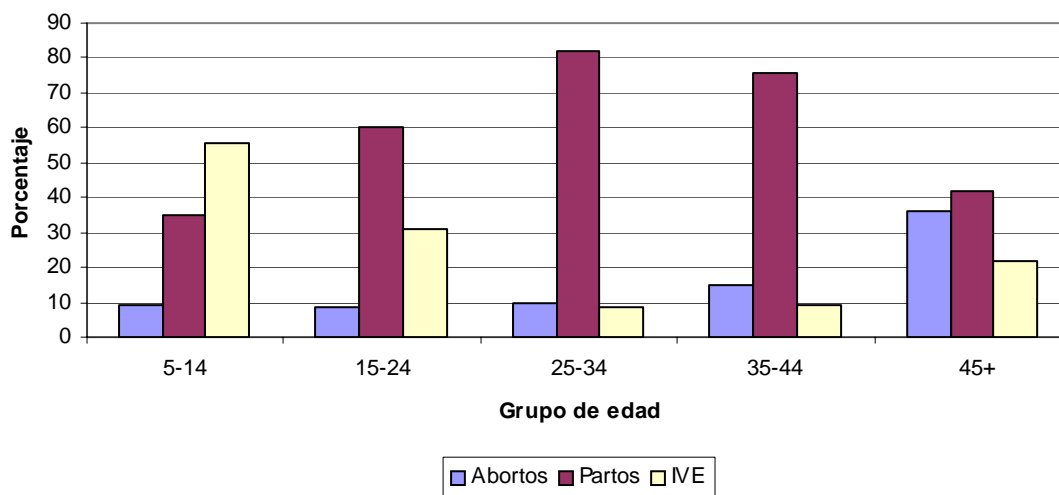
Fuente de información: Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Abortos.Tasas/1.000 mujeres de 15-44 años, comunidades autónomas. 2003.	
TOTAL	8,77
Andalucía	8,25
Aragón	10,70
Asturias (Principado de)	7,84
Balears (Illes)	13,70
Canarias	6,25
Cantabria	4,26
Castilla y León	5,84
Castilla-La Mancha	5,80
Cataluña	11,39
Comunidad Valenciana	8,27
Extremadura	3,83
Galicia	4,22
Madrid (Comunidad de)	12,83
Murcia (Región de)	11,69
Navarra (Comunidad Foral de)	4,81
País Vasco	3,99
Rioja (La)	8,04
Ceuta y Melilla	3,06

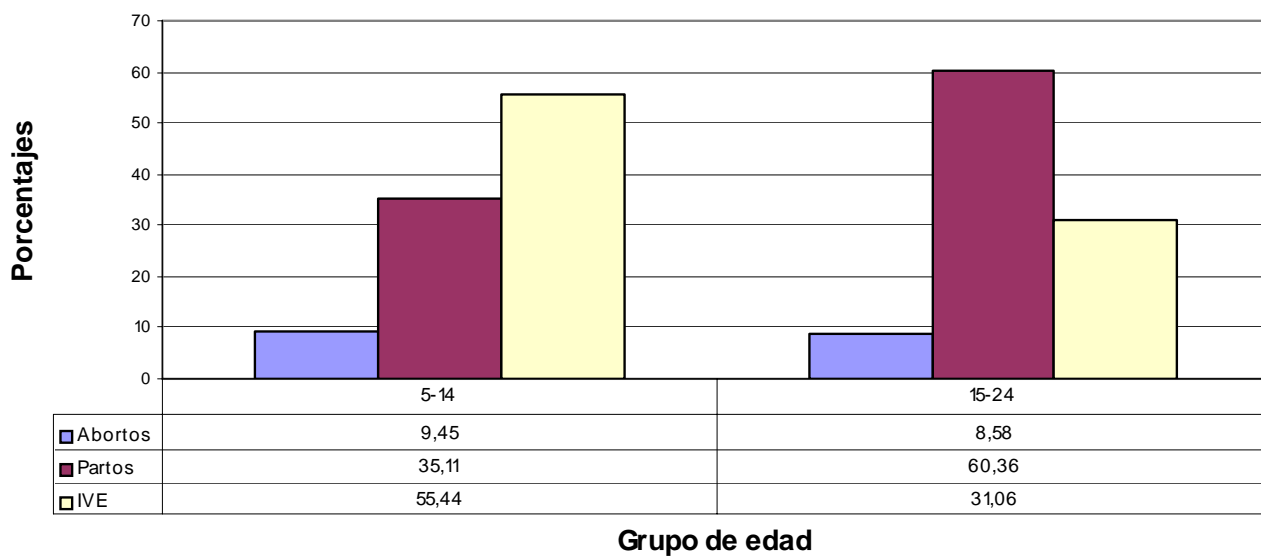
Fuente de información: Estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

GRÁFICOS COMPARATIVOS

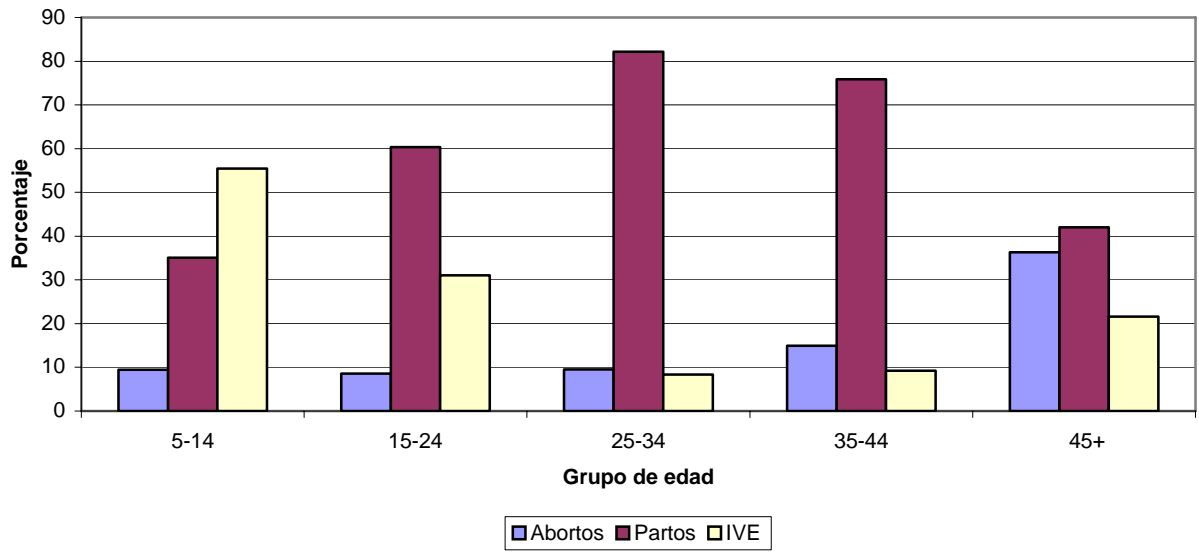
Porcentajes de abortos, partos e IVE extrahospitalaria respecto al total de embarazos estimados en cada grupo de edad. España, 2003.



Porcentaje de abortos, partos e IVE extrahospitalaria respecto al total de embarazos estimados por grupo de edad. Menores de 25 años. España 2003

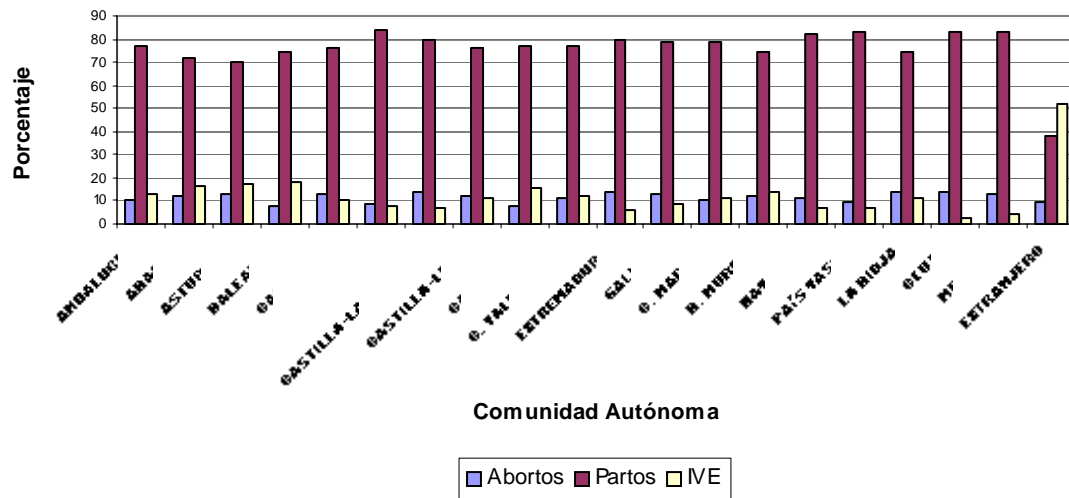


Porcentajes de abortos, partos e IVE extrahospitalaria respecto al total de embarazos estimados en cada grupo de edad. España, 2003.



Porcentajes de cada evento por Comunidad Autónoma

Porcentaje de abortos, partos e IVE extrahospitalarias respecto al total de embarazos estimados por CCAA. España 2003



Las CCAA con mayor número de abortos (o con mayor % respecto a embarazadas entre adolescentes).

UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La edad media de inicio de las relaciones sexuales se sitúa entre los 17 años en el caso de los chicos y 18 en el de las chicas, observándose un acercamiento entre la edad de inicio de unos y otras y un leve descenso de la edad media de inicio en las cohortes de edad más baja.

Siguiendo los datos de la encuesta realizada por el equipo Daphne, el 71% de las mujeres encuestadas entre 15 y 49 años utilizan algún método anticonceptivo, siendo el 29% las que no lo hacían. Esto supone un ligero aumento del porcentaje de quienes si los utilizan respecto al anterior estudio que se situaba en el 69%.

El 95'3% de las mujeres utiliza métodos eficaces, independientemente de la correcta o incorrecta utilización posterior de los mismos (particularmente en el caso de los preservativos).

El método más utilizado es el preservativo (32%) y lo es en todas las franjas de edad salvo a partir de 40 años donde se opta mayoritariamente por los métodos definitivos; le siguen en orden de preferencia los anticonceptivos orales (18%), particularmente entre las mujeres de 20 a 29 años, y la esterilización (12%) a partir de los 35 años. Por otro lado sigue habiendo un número nada desdeñable de mujeres (3%) que utilizan métodos poco eficaces como son los métodos naturales y el “coitus interruptus”.

La distribución por edades de estos porcentajes varía, como se puede comprobar en la siguiente tabla. Destaca el alto porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que utilizan el preservativo, edad en la que también es más elevado el recurso a la IVE, y el significativo 12% de quienes recurren a los métodos irreversibles.

Método anticonceptivo principal por edades (porcentajes)

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Método Ogino o Naturales	—	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%
Coito Interrupto	1,3%	2,4%	4,5%	3,2%	3,0%	1,6%	4,1%	2,9%
Óvulos Espermicidas	—	—	—	—	—	0,4%	—	0,1%
Diafragma	—	0,2%	0,3%	—	—	—	—	0,1%
Pareja Vasectomizada	—	2,4%	1,1%	3,8%	12,9%	17,9%	12,1%	6,8%
DIU	—	1,1%	0,8%	7,1%	6,6%	9,1%	7,4%	4,6%
Preservativo	33,2%	44,5%	36,5%	37,3%	28,2%	22,1%	18,6%	31,9%
Píldora	10,7%	28,5%	35,2%	20,7%	15,5%	8,6%	2,6%	18,3%
Ligadura de Trompas	—	0,2%	1,0%	2,1%	7,4%	11,7%	16,5%	5,3%
Otros	—	—	1,6%	0,6%	0,3%	0,7%	0,9%	0,9%
Ninguno	54,8%	21,0%	18,7%	24,7%	25,7%	27,6%	37,4%	28,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta Daphne

La Encuesta de fecundidad de 1999 muestra coincidencia no con las cifras absolutas, pero si en cuanto a las preferencias anticonceptivas, situándose también en primer lugar el preservativo, en segundo la píldora y en tercer lugar los métodos irreversibles.

Métodos Anticonceptivos	1997	1999	2001	2003
Método Ogino o Naturales	0,9%	0,7%	0,6%	0,31%
Coito Interrupto (Marcha Atrás)	1,5%	4,3%	2,6%	2,92%
Óvulos Espermicidas	0,1%	0,2%	0,1%	0,05%
Diafragma	0,3%	0,2%	0,4%	0,08%
Pareja Vasectomizada	—	6,4%	6,5%	6,75%
DIU	5,7%	5,9%	4,7%	4,60%
Preservativo	21,0%	21,9%	29,5%	31,93%
Píldora	14,3%	16,5%	19,2%	18,29%
Ligadura de Trompas	5,2%	4,5%	5,3%	5,31%
Otros	0,2%	—	0,2%	0,82%
Ninguno	50,9%	39,3%	30,9%	28,82%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los factores que inciden en la utilización o no de métodos anticonceptivos son de muy distinta naturaleza, siendo la información, el conocimiento y la accesibilidad algunos de los más relevantes.

Acceso

El acceso a la anticoncepción presenta importantes obstáculos. El primero de ellos es de carácter económico puesto que el Sistema Nacional de Salud sólo financia algunos anticonceptivos que utilizan un número reducido de mujeres. Estos métodos son: como anticoncepción hormonal, “Ceracet”, “Ovoplex”, “Jadelle” (con receta sellada por inspección), “Depoprogevera 150”, “Topalsel”; el DIU “Mirena” como uso hospitalario; y los métodos quirúrgicos bajo algunas indicaciones.

No financia por tanto: ninguno de los nuevos anticonceptivos hormonales orales (de los últimos tres años) que contienen menor dosis hormonal, los DIUs, los métodos barrera, ni la anticoncepción postcoital, pese a que en la Cartera de Servicios consta la necesaria asistencia en todos los métodos y se encuentran entre los medicamentos esenciales declarados como “mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud” por la Organización Mundial de la Salud

La prescripción de métodos anticonceptivos está incorporada en la atención primaria, pero no siempre se aborda desde la o el facultativo. La presión asistencial, su interés e implicación o su propia formación lleva a que en ocasiones se derive a las mujeres a otras unidades asistenciales de apoyo, lo que supone nuevos tiempos de espera y demora en la prescripción de método anticonceptivo.

También es necesario considerar como un importante obstáculo para el acceso a esta prestación la objeción de conciencia que practican algunos profesionales, muy particularmente en relación a la anticoncepción de emergencia.

Por estudios parciales se conocen las dificultades específicas de acceso a la anticoncepción de emergencia. Algunas de estas vienen motivadas por: la ya citada obstaculización de algunos profesionales, la limitación de los horarios de algunos servicios a las mañanas de los días laborables, la ausencia de servicios para atender la demanda de fin de semana quedando como único recurso en estos casos los servicios de urgencia de Atención Primaria u hospitalaria. Pero no existen datos generales sobre su utilización y las condiciones en que se accede a la misma, siendo los Registros abiertos en algunas Comunidades Autónomas motivo de polémica.

Desigualdades territoriales

Las desigualdades entre Comunidades Autónomas son muy acentuadas debido a:

- ✓ La diferente estructura asistencial.
- ✓ Las distintas políticas de financiación de los métodos adoptadas por los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas para costear algunos de los métodos no contemplados en el Sistema Nacional de Salud.

Métodos financiados por los Servicios de Salud de cada Comunidad Autónoma

Andalucía: DIUS, anticoncepción postcoital, métodos quirúrgicos.

Aragón: anticoncepción postcoital .

Asturias: anticoncepción postcoital.

Baleares: métodos quirúrgicos y Essure.

Canarias: DIUs, barrera, anticoncepción postcoital, quirúrgico.s

Cantabria: anticoncepción postcoital, DIUS, diafragma, preservativos para jóvenes y personas en situación de riesgo y los quirúrgicos.

Castilla-La Mancha: DIUs, quirúrgicos.

Cataluña: anticoncepción postcoital.

Comunidad valenciana: no se financia ninguno aparte de los del SNS.

Extremadura: DIUs, anticoncepción postcoital, quirúrgicos.

Galicia: anticoncepción postcoital.

Madrid: quirúrgicos.

País Vasco: DIUs, Essure, quirúrgicos.

Murcia: DIUS y quirúrgicos.

Navarra: anticoncepción postcoital, el preservativo es gratuito para menores de 23 años y para mujeres del programa de prostitución.

Todos los métodos presentan, por tanto un tratamiento desigual por Comunidad Autónoma que, además puede variar en una misma Comunidad según las distintas coyunturas. Cabe destacar:

- 1.- La falta de financiación de la píldora postcoital en: Murcia, Madrid, País Vasco, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Baleares y Comunidad valenciana.
- 2.- La ausencia de financiación del preservativo en todas las Comunidades, aunque en la mayoría se facilita de forma gratuita a través de programas dirigidos a colectivos específicos: jóvenes, prevención del VIH/SIDA, trabajadoras del sexo.

ESTRUCTURA ASISTENCIAL

La estructura asistencial en materia de salud sexual y reproductiva ofrece un panorama enormemente diversificado y diferenciado según Comunidades Autónomas, dado que la ordenación de las prestaciones en salud sexual y reproductiva se ha realizado en forma y plazos muy variables con resultados muy dispares. En algunos casos se ha llevado a cabo de forma paralela a la realización de las transferencias del INSALUD, mientras que en otros casos se realizaron con anterioridad o posterioridad a dicho proceso. Algunas Comunidades disponen de decretos o normativas particulares que regularizan dichas prestaciones y otras no, si bien cada Comunidad, en sus planes de salud o en sus respectivas Carteras de Servicios recogen de una u otra manera la forma en que se organizan sus servicios dirigidos a atender las necesidades de salud de las mujeres.

Se podrían identificar dos grandes bloques. Por un lado las siete Comunidades Autónomas que ya contaban con los servicios y funciones del INSALUD transferidos antes de finalizar 2001: Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco, y por otro lado las diez Comunidades restantes.

Las diferencias son relevantes no solo en el marco normativo sino también en la práctica. Hay Comunidades que han integrado completamente los antiguos centros o consultas de planificación familiar que dependían de las Administraciones locales u otras instituciones públicas, manteniendo el modelo asistencial, mientras en otras se ha modificado y/o reducido los recursos; también existen Comunidades en las que se han introducido múltiples cambios haciendo desaparecer prácticamente todos los servicios específicos de, la llamada tradicionalmente, planificación familiar.

La disparidad en el funcionamiento del sistema se da también en las mismas Comunidades ya que numerosos Ayuntamientos recogen en sus Programas de Salud actividades relacionadas con la atención en salud sexual y reproductiva dirigidas bien al conjunto de la población o a grupos específicos.

Dada la complejidad de la situación se procede a indicar algunas características específicas y diferenciadoras de algunas Comunidades Autónomas.

- ✓ **Andalucía.** En Atención Primaria se desarrolla un programa de atención sanitaria sobre planificación familiar y sexualidad saludable.
- ✓ **Comunidad valenciana.** Existe una red de Centros de Planificación Familiar y en 2004 se transfieren los COF (independientemente de su titularidad de origen) a la Consellería de Sanidad. Se deriva desde Atención Primaria a estos centros.
- ✓ **Cataluña.** Existe un programa específico de “atención a la salud sexual i reproductiva” que se constituye en servicio de apoyo a atención primaria.
- ✓ **Comunidad foral de Navarra.** Tras la conversión de los COFES (Centros de Orientación Familiar y Educación Sexual) en Centros de Atención a la Mujer, la asistencia en salud reproductiva se realiza en la consulta ginecológica a través de

estos Centros. Con las últimas medidas se ha ido perdiendo el modelo integral inicial que se dio en esta Comunidad.

En las diez Comunidades que recibieron las transferencias en el 2002, a grandes rasgos, se mantienen las mismas líneas que marcaba el antiguo INSALUD, que sigue siendo su marco referencial y que consta de:

- * Cartera de servicios de atención primaria que recoge: seguimiento embarazo, preparación al parto, vacunación rubeola, información y seguimiento de anticoncepción, diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, endometrio y mama, atención en el climaterio.
- * Plan integral de atención a la mujer, que incluye esos servicios en los respectivos contratos de atención primaria y especializada.
- * Unidades de atención a la mujer: unidades de apoyo compartido por atención primaria y especializada para brindar las prestaciones relacionadas con la planificación familiar y otras áreas afines. El mantenimiento de estas unidades es muy desigual por Comunidades Autónomas.
- * Atención especializada, que incluye las consultas de ginecología y obstetricia en los centros de especialidades.

Extremadura. Funcionan los COPF como unidades de apoyo de atención primaria siendo un servicio muy arraigado.

Madrid. Coexisten centros y recursos de muy distintas características y dependencias administrativas. Una importante red de centros dependientes de la Administración local (centros municipales de salud que prestan atención en planificación familiar y algunos COF), persiste como red paralela al Servicio Autonómico de salud.

Murcia. Los equipos de Atención primaria han incorporado especialistas en ginecología para desarrollar mejor los programas de atención a la mujer que funcionan desde 2003.

En algunas Comunidades no existe un criterio uniforme y en otras, como **Asturias**, el funcionamiento es distinto en cada una de las áreas sanitarias.

En términos generales el funcionamiento de los servicios denota una pérdida de la visión integral necesaria para abordar los distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva. La escasa presencia de sexólogos y psicólogos en los equipos de los servicios que actualmente funcionan es un dato revelador, que va parejo con la dedicación en tiempo y en contenidos a los problemas relacionados con la salud sexual (excepción hecha de las ITS incluido el VIH).

Asimismo se constata que las referencias a la sexualidad y a la atención a los hombres son prácticamente inexistentes en todas las CCAA. En la Comunidad de Navarra se contempla en un decreto oficial y en la Comunidad valenciana se mantiene oficialmente la figura del sexólogo dentro de los CPF.

Servicios sanitarios de atención a jóvenes

Aunque las consultas de Atención Primaria incluyen en su Cartera de Servicios actividades relacionadas con los jóvenes no se consideran recursos específicos en el sentido que los establece la Organización Mundial de la Salud.

Los servicios que prestan una atención específica a jóvenes en sexualidad y anticoncepción y que disponen por tanto de un horario y espacio específico para ellas y ellos y que cuenta con presencia médica permanente o limitada a ciertas actividades, tienen distinta tipología:

- ✓ Centros jóvenes específicos
- ✓ Consulta y/o programa joven dentro de un recurso sanitario más amplio
- ✓ “Día joven” dentro de un recurso sanitario más amplio.
- ✓ Asesoría en sexualidad, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, ITS, con presencia de personal médico para determinadas atenciones.

Acceso

Son varios los factores que dificultan la accesibilidad a estos servicios:

Falta de información sobre la existencia de los centros

Ausencia de racionalidad en la distribución geográfica de los mismos

Variabilidad de los horarios de atención

Incompatibilidad de los horarios con el tiempo libre de la y los jóvenes

Tiempo limitado de atención

Falta de recursos accesibles en fin de semana. Siendo éste momento importante para las y los jóvenes en cuanto a las necesidades de consulta y atención de emergencia, sólo existen seis servicios específicos en todo el territorio que estén abiertos un día en el fin de semana

Desigualdades territoriales

Las desigualdades entre las distintas Comunidades Autónomas y dentro de una misma Comunidad, entre provincial, en cuanto a la cobertura asistencial son muy pronunciadas.

- En cuatro Comunidades Autónomas no existe ningún recurso específico para jóvenes: Castilla y León, Extremadura, Murcia y La Rioja, además de Ceuta y Melilla.
- El 83% de los recursos se concentran en cuatro Comunidades: Cataluña, Andalucía, Comunidad valencia y Madrid, dando cobertura al 58'29% de la población entre 10 y 24 años. El 19% de los recursos se distribuyen entre 9 Comunidades Autónomas: Aragón, País Vasco, Baleares, Castilla-La Mancha, Asturias, Cantabria, Navarra, Galicia y Canarias.

CONCLUSIONES

1.- Un estudio sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos requiere el análisis cruzado de los distintos indicadores, a fin de poder realizar un diagnóstico integral que permita romper el paradigma de compartimentos estancos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y adecuar las medidas y políticas públicas a la realidad bio-psico-social de las mujeres.

2.- Únicamente la conjunción de metodología cualitativa y cuantitativa permitirá entender las opciones y pautas reproductivas así como las prácticas sexuales de mujeres y hombres. En algunos indicadores, como el bienestar sexual (que incluye la satisfacción sexual, el placer y las disfunciones), las causas de los embarazos no deseados, o el impacto de enfermedades crónicas o discapacidades físicas en la salud sexual, resultan difícilmente medibles, y sin embargo constituyen elementos centrales de la salud sexual, para lo que no hay fuentes de información adecuadas.

3.- El ejercicio de los derechos depende también de la existencia y nivel de implementación práctica de normativas específicas que los garanticen.

4.- Los estudios y análisis deben realizarse adoptando la perspectiva de género como forma de visibilizar los condicionantes que determinan la sexualidad y pautas reproductivas de las mujeres y definir políticas que aborden las implicaciones de la desigual posición de las mujeres respecto a las relaciones sexuales con los hombres.

5.- A continuación se plantean los indicadores que se muestran relevantes en el estudio realizado:

Indicadores sobre los que existen fuentes de información válidas

Indicadores socio-demográficos tales como:

- Esperanza de vida.
- Pirámide de edad por sexo.
- Movimiento natural de población desagregado por sexo.
- Movimientos migratorios.
- Tasas de natalidad, de fecundidad y fertilidad.

Indicadores de salud reproductiva

- Morbimortalidad materna.
- Mortalidad infantil.
- Embarazos.
- Partos.
- Abortos.
- Cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovario.

Indicadores de salud sexual

- Infección por VIH y otras ITS.
- Violencia sexual.

Indicadores sobre los que no existen fuentes de información o éstas son parciales

Indicadores de salud reproductiva

- IVEs.
- Utilización de métodos anticonceptivos.
- Infertilidad.
- Funcionamiento y acceso a los recursos y servicios.

Indicadores de salud sexual

- Bienestar sexual: nivel de satisfacción sexual, placer y disfunciones.
- Impacto de enfermedades crónicas y discapacidades físicas en la salud sexual.
- Mutilación genital femenina.
- Funcionamiento y acceso a los recursos y servicios.

6.- En el caso de la prevalencia de utilización de anticonceptivos, la utilidad de la Encuesta de fertilidad como fuente de información, tal y como está planteada actualmente, es relativa dado el tiempo que transcurre entre una encuesta y otra. Por otro lado, hasta la fecha no se han considerado variables fundamentales como el país de origen o la zona de residencia.

7.- Los estudios sobre utilización de anticonceptivos tienen un marcado enfoque reproductivista, y aparecen descontextualizados respecto a las prácticas sexuales, los problemas sociales, culturales y de acceso al servicio.

Entre los problemas de acceso destaca el que la mayoría no estén financiados por el Sistema Nacional de Salud, las desigualdades según CC.AA. y la inequidad resultante, así como al obstáculo que representa el ejercicio de la objeción de conciencia respecto a la píldora postcoital e incluso a algunos anticonceptivos por parte del personal sanitario.

8.- Los escasos estudios integrales existentes se refieren al colectivo de jóvenes y adolescentes, lo que encuentra explicación en su consideración como colectivo “vulnerable” por reunir características propias y diferenciadas del resto de población en cuanto a sus pautas sexuales y reproductivas. Sin embargo, tal y como establece el Instituto de la Juventud, el estudio de dichas pautas encuentra con dificultades metodológicas considerables si no se garantiza, y así es percibido por ellas y ellos, la confidencialidad necesaria.

9.- Se considera que el tratamiento y estudio sobre las pautas reproductivas de las mujeres menores de 20 años deberían incidir en las causas de los altos índices de embarazos no deseados y en la revisión de las medidas y políticas preventivas que desarrollan las Administraciones tanto en el ámbito educativo, formativo y asistencial, pues, a la vista de los resultados, las existentes o bien son insuficientes o no están diseñadas adecuadamente para incidir en los colectivos más vulnerables.

10.- No existen estudios particulares de otros sectores de la población que también requerirían un planteamiento específico como es el colectivo de inmigrantes. Estos

estudios parciales no podrían ir en detrimento del seguimiento de la situación del conjunto de la población.

11.- Destaca la inexistencia de estudios y referencias a la situación de la anticoncepción de emergencia siendo como es un recurso muy utilizado y que plantea problemas específicos de acceso: centros dispensadores, objeción de conciencia, y donde se intuyen fuertes desequilibrios territoriales.

12.- Las variables demográficas que contemplan la mayoría de los Registros autonómicos de IVEs, no son suficientes en el contexto actual donde el flujo migratorio está introduciendo cambios importantes. Al no incorporar la variable país de origen se dificulta el conocimiento de los procesos asociados a los embarazos no deseados de esta población y las medidas públicas a adoptar en consecuencia.

13.- La heterogénea y desigual estructura y funcionamiento asistencial de las distintas Comunidades Autónomas dificulta plantear conclusiones generales. A modo aproximativo se pueden señalar las siguientes:

- La incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva en atención primaria ha supuesto, en términos generales, la desaparición del tratamiento integral que realizaban los Centros específicos.
- Se va perdiendo la integralidad de la atención al primar una orientación reproductivista en la atención en salud sexual y reproductiva, lo que se pone de manifiesto, por ejemplo, por la ausencia de equipos multidisciplinares con participación de sexólogos y psicólogos en los programas de atención de la mujer.
- Los distintos recursos o equipos preventivo-asistenciales que realizan alguna actividad relacionada con la salud sexual y reproductiva lo hacen con muy distinta implicación, metodología y resultados.
- Existe un número muy reducido de centros que garanticen la adecuada atención sanitaria a adolescentes y jóvenes a través de servicios específicos siguiendo los criterios establecidos por la OMS de dependencia del sistema público, asistencia gratuita, accesibilidad y confidencialidad.
- Las desigualdades por Comunidades Autónomas derivadas de las limitaciones de las normativas de ámbito nacional y de las distintas y coyunturales regulaciones existentes según Comunidades Autónomas, afectan gravemente al principio de equidad y universalidad en el acceso a los recursos y servicios necesarios para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población.

RECOMENDACIONES

1.- Las instituciones implicadas en el seguimiento de la salud de las mujeres deben ser parte activa en la elaboración de los estudios que sobre salud sexual y reproductiva realizan diversos Organismos de la Administración del Estado.

2.- Respecto a la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, se recomienda:

- ✓ en materia de objetivos: incorporar la prevención de embarazos no deseados como otro de los riesgos, junto con la transmisión del VIH, de las relaciones sexuales en este caso heterosexuales.

- ✓ En materia de las variables actualmente empleadas respecto a la utilización de métodos anticonceptivos debería acotarse la pregunta temporalmente, al principal método utilizado, y desagregarlo por edad. Se sugiere incorporar: si ha tenido actividad sexual en el último año o no; si se ha quedado embarazada; si responde a un embarazo deseado o no; razones para no utilizar método anticonceptivo.

3.- Respecto a la Encuesta de fertilidad se recomienda la participación en la elaboración y reformulación de dicha encuesta.

4.- Colaborar con el Instituto de la Juventud en los informes anuales que realiza.

5.- Generar espacios de encuentro que permitan debatir y consensuar los indicadores más relevantes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, contando con la participación de expertas y expertos, como marco de trabajo propositivo y que favorezca el análisis comparado entre Comunidades Autónomas.

6.- Elaboración de un informe bienal sobre el estado de la salud sexual y reproductiva en España que permita formular un diagnóstico, actualizado, sobre su situación, desagregando la información por grupos de edad, sectores poblacionales y por Comunidades Autónomas. Además deberá incluir: el análisis tanto de las normas generales como autonómicas y su interpretación; la estructura y funcionamiento de los servicios, para poder establecer hipótesis sobre la bondad de los distintos sistemas, programas y políticas existentes.

7.- Actualización y ampliación de la Guía Sex Joven incluyendo los servicios informativos, de asesoramiento y educativos. Elaboración de un Manual sobre dichos recursos dirigido a las y los jóvenes.

8.- Modificación del cuestionario de notificación de las Interrupciones Voluntarias del embarazo que permita incluir la variable: país de procedencia.

9.- Revisión de los criterios de financiación de los métodos anticonceptivos para ampliar la gama de los actualmente costeados por el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de que cubra las distintas necesidades de la población, facilitando así el acceso a los anticonceptivos hormonales de última generación, los métodos barrera y la anticoncepción postcoital, considerados por la Organización Mundial de la Salud como medicamentos esenciales.

