

ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA

1.- Representaciones,
discursos y prácticas
profesionales

ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA

I – Representaciones, discursos y prácticas profesionales

Informe de investigación para la Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales

AUTORAS

CARMUCA GÓMEZ BUENO (DIR)

HÉLÈNE BRETIN

ROCÍO PUENTE NAVAS

GÓMEZ BUENO, Carmuca
Anticoncepción en Andalucía
[Archivo de ordenador]. 1.
representaciones, discursos y prácticas
profesionales / autoras, Carmuca Gómez Bueno
(dir), Hélène Bretin, Rocío Puente Navas. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2011]
Texto electrónico (pdf)
1. Anticoncepción 2. Informes de
investigación 3. Andalucía I. Bretin, Hélène
II. Puente Navas, Rocío III. Andalucía.
Consejería de Salud IV. Título
WP 630

Carmuca Gómez-Bueno, profesora titular, Facultad de
Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.
Grupo de investigación SEJ-339 (cgomez@ugr.es).

Hélène Bretin, profesora titular, UFR Santé, Médecin,
Biologie Humaine, Université Paris 13, Iris- UMR 8156 CNRS
Inserm-997, EHESS, U.P.13 (helene.bretin@gmail.com).

Rocío Puente Navas, médico de familia en Atención
Primaria. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada
(puentenavas@gmail.com).

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 978-84-694-1270-1

DEPÓSITO LEGAL:

MAQUETACIÓN: Obemedia SC

INDICE

PRESENTACIÓN	9
1. INTRODUCCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN	12
1.1 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS EN DIFERENTES PAÍSES OCCIDENTALES.....	13
1.2 LAS TASAS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN OCCIDENTE	14
1.3 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RELACIÓN ENTRE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA E IVES	16
1.3.1 NORUEGA: LA MAYOR PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA.....	17
1.3.2 FRANCIA: POLÍTICAS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS	19
2- ESPAÑA: POLÍTICAS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS	22
2.1 LA DISPARIDAD INTERNA	22
2.2 LA LEY ORGÁNICA 2/2010	22
2.3 LAS ENCUESTAS NACIONALES SOBRE PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS	24
2.3.1 LA ENCUESTA DE FECUNDIDAD DEL INE-1999	25
2.3.2 LA ENCUESTA DEL CIS-2006	26
2.3.3 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, OSM-CIS-2009	28
2.4 RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS E IVES EN ESPAÑA	28
2.5 ANTICONCEPCIÓN E IVES EN ANDALUCÍA.....	30
2.6 MÁS ALLÁ DE LOS DATOS: BARRERAS SOCIALES A LA ANTICONCEPCIÓN	32
2.6.1- INFORMACIÓN Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO	32
2.6.2- MITOS Y FALSAS CREENCIAS.....	34
2.6.3- ROTURAS, DESLIZAMIENTOS, OLVIDOS Y RETRASOS	36
2.6.4. LA ESCASA IMPLICACIÓN DE LOS VARONES	37
3.- BARRERAS SANITARIAS A LA ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA: FORMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICAS PROFESIONALES	40
3.1- OBSTÁCULOS ORGANIZATIVOS	40
3.1.1- VARIABILIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	40
3.1.2- LENTITUD EN LA PROVISIÓN DE ALGUNOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	40
3.1.3- CARGA DE TRABAJO Y TIEMPO DISPONIBLE PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	42
3.1.4- ESCASEZ DE PROFESIONALES DEDICADOS A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF).....	43
3.1.5- ESCASA FINANCIACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS EFICACES	44
3.1.6- BARRERAS INFORMATIVAS	48
3.2- OBSTÁCULOS PROFESIONALES	48
3.2.1- FORMACIÓN INICIAL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN ANTICONCEPCIÓN.	48
3.2.2- LA ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y LAS REPERCUSIONES DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS OBSOLETOS..	49
3.2.3 LAS PRESCRIPCIONES Y LOS MÉTODOS MÁS RECOMENDADOS	51
3.2.4- LA EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTRICONCEPTIVOS	53
3.2.5- ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS DE LOS SANITARIOS	56
3.2.6- CONDICIONANTES IDEOLÓGICOS: OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	58
3.3- POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....	59
4- INFORMACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS EN EL GRUPO DE 15 A 20 AÑOS	62
4.1 LA PRIMERA VEZ: UN RITO DE PASO.....	63
4.2- LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO	64
4.2.1- UNA PRESIÓN SOCIAL ESTEREOTIPADA	64
4.2.2 LA NEGOCIACIÓN SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO Y EL CHANTAJE EMOCIONAL	65

4.2.3 LA PERSISTENTE DOMINACIÓN MASCULINA	66
4.3 LA VARIABILIDAD DEL GRUPO DE EDAD	67
4.4 ¿INFORMACIÓN O DES-INFORMACIÓN AFECTIVO SEXUAL?	68
4.4.1- LAS REVISTAS	69
4.4.2- MIRANDO AL FUTURO: INTERNET Y DEMÁS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN	69
4.5 LA PERCEPCIÓN Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO.....	71
4.5.1 LA PERCEPCIÓN	71
4.5.2- LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO: ENTRE EL DEBER Y EL PLACER.....	73
4.6 - EL RECURSO A LA PAU	77
4.7- ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	78
4.7.1- LOS CHICOS ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL	78
4.7.2- LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SUS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	80
4.7.3- INICIATIVAS INFORMATIVAS INSTITUCIONALES	81
4.7.4- INICIATIVAS PRIVADAS: LOS LABORATORIOS EN ACCIÓN	84
4.8. LAS BARRERAS AL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LOS MENORES DE 20 AÑOS.....	84
4.9. LA EXTENSIÓN GENERALIZADA DE LA EDUCACIÓN COMO PRINCIPAL ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	86
5- INFORMACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	87
5.1- LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN DIFERENTES PAÍSES	87
5.1.1. LA REGULACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN FRANCIA.....	87
5.1.2. SUECIA Y LA LEY DE ASISTENCIA PERSONAL.....	89
5.1.3 DINAMARCA Y LOS NUEVOS DERECHOS EN SALUD SEXUAL.....	91
5.1.4. OTRAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES.....	91
5.2- LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA	92
5.2.1- LOS DATOS ESTADÍSTICOS	92
5.2.2- EL MARCO NORMATIVO	95
5.3- EL PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA: DEL MODELO MÉDICO AL MODELO SOCIAL DE LAS DISCAPACIDADES ...	97
5.3.1 UN ENTORNO NO ACCESIBLE	98
5.3.2- EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SU CUANTIFICACIÓN	103
5.3.3- VIVIR LA SEXUALIDAD CON ESTIGMAS VISIBLES	105
5.3.4 ANTICONCEPCIÓN Y DIVERSIDAD FUNCIONAL	106
5.4- OTRAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN: LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL.....	110
5.5- LAS BARRERAS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	111
5.5.1. LOS PROFESIONALES ANTE LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL (DF).....	112
5.5.2 PEQUEÑOS AVANCES EN LOS SERVICIOS DE SALUD ANDALUCES	113
5.6 LÍNEAS DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA SSYR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	113
6- PROPUESTA DE ACCIONES ESTRATÉGICAS	117
6.1. CONCIENCIACIÓN	117
6.2. GENERALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	118
6.3 AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA.....	119
6.4 DIFUSIÓN DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA SSYR.....	119
6.5 PONER EN MARCHA POLÍTICAS PRO-ACTIVAS	119
6.6 PROMOCIÓN DEL CONOCIMIENTO	119
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN DIFERENTES PAÍSES	13
TABLA 2: TASAS DE IVES EN DIFERENTES PAÍSES	15
TABLA 3: TASAS DE IVES EN NORUEGA POR GRUPOS DE EDAD, 2007.....	18
TABLA 4: EVOLUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS EN ESPAÑA	27
TABLA 5: TASAS DE IVES EN ESPAÑA POR GRUPOS DE EDAD, 1997-2008.....	29
TABLA 6: Nº DE I.V.E. POR GRUPO DE EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL DE ESTUDIOS, TIPO DE HÁBITAT, Nº DE HIJOS, Nº DE IVES PREVIAS Y USO DE PF. ANDALUCÍA, 2008.....	31
TABLA 7: PERSONAS DE 18 A 49 AÑOS POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y FUENTE PRINCIPAL DE INFORMACIÓN SEXUAL.	32
TABLA 8: ANTICONCEPTIVOS COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA, PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO Y FINANCIACIÓN.	46
TABLA 9: TASAS DE FALLO DE USO Y FALLO DE MÉTODO DURANTE EL PRIMER AÑO DE USO DEL ANTICONCEPTIVO Y PORCENTAJE DE USO HASTA EL FINAL DEL PRIMER AÑO (EE.UU.).	54
TABLA 10: EDAD MEDIA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL POR SEXO Y GRUPO DE EDAD.	63
TABLA 11: PERSONAS DE 18 A 49 AÑOS POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y FUENTE PREFERIDA DE INFORMACIÓN SEXUAL.	68
TABLA 12: PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES POR SEXO, ESTUDIOS Y USO DE PRESERVATIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	73
TABLA 13: PERSONAS QUE NO USARON PRESERVATIVO EN LA 1ª RELACIÓN SEXUAL CON ÚLTIMA NUEVA PAREJA POR SEXO, MOTIVO Y GRUPO DE EDAD.	74
TABLA 14: I.V.E. EN MENORES DE 20 AÑOS. NÚMERO SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA Y EDAD. 2008. TOTAL NACIONAL / ANDALUZ.....	75
TABLA 15: PERSONAS DE 18 A 49 QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES POR SEXO, FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y USO DE PRESERVATIVO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.....	77
TABLA 16: LAS 15 PREGUNTAS MÁS FRECUENTES REALIZADAS AL TELÉFONO DE INFORMACIÓN SEXUAL PARA JÓVENES, 2008 Y 2009.	83
TABLA 17: POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y SEXO. CIFRAS ABSOLUTAS.	93
TABLA 18: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE DISCAPACIDAD, SEXO Y NIVEL DE ESTUDIOS	94
TABLA 19: PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR SEXO, EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS	95
TABLA 20: DIMENSIONES FOTOGRAFIADAS E INCLUIDAS EN LA ESCALA SEX-KEN-ID DE MCCABE	104
TABLA 21: VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS PARA ADOLESCENTES	120

PRESENTACIÓN

La investigación que presentamos en este informe pretende servir de fundamento para el diseño de acciones estratégicas y campañas informativas en el ámbito de la planificación familiar. Para que éstas sean eficaces consideramos importante comprender los procesos que llevan a las mujeres, a los varones y a las parejas, a tomar decisiones sobre sus prácticas anticonceptivas. Desde los ritos de iniciación sexual y las condiciones en que tienen lugar hasta la planificación de la natalidad: número de hijos deseados, intervalos entre ellos, uso de anticonceptivos (cuáles y cuándo), interrupciones de embarazos... forman parte de un complejo entramado de situaciones y decisiones relacionadas entre sí y conforman nuestro objeto de estudio.

El proceso que seguimos para avanzar en el conocimiento de este ámbito consiste en revisar la bibliografía existente y compilar los datos secundarios disponibles, así como salir al campo para entrevistar tanto a las mujeres, los varones y las parejas como a los profesionales sanitarios que interactúan con ellos.

Este informe está organizado en dos partes. En la primera parte (I) revisamos las estadísticas sobre el uso de anticonceptivos en diferentes países y también sobre las IVEs. A partir de estos datos analizamos la relación entre unos y otros, con el fin de centrar nuestra atención en aquellos países con políticas sanitarias más efectivas de cara a nuestros objetivos. Revisamos también los estudios e investigaciones que indagan sobre las prácticas anticonceptivas de las mujeres y sus parejas, con especial atención a los de menor edad y a las mujeres con discapacidad, y las representaciones y creencias en que se fundamentan sus prácticas. Después, atendemos a las barreras/ facilidades que las políticas públicas, el funcionamiento del sistema sanitario y las prácticas profesionales en el ámbito de la salud imponen a las mujeres que recurren a ellos en busca de información, asesoramiento o tratamiento. Todo esto es abordado no sólo desde la teoría sino también a través de entrevistas en profundidad a trece profesionales sanitarios.

En la segunda parte (II), exponemos el diseño de la investigación empírica que desarrollamos a través de grupos de discusión y entrevistas en profundidad a las mujeres y varones en edad fértil (especialmente, los más jóvenes y las mujeres con diversidad funcional). Tras el análisis de los discursos producidos por los diferentes grupos poblacionales consultados y, a partir de las conclusiones alcanzadas, señalamos las posibles líneas para la realización de acciones estratégicas y campañas informativas.

La metodología seguida para la revisión bibliográfica y redacción de lo que constituye la primera parte de este informe consistió en:

- Búsqueda en la Web of Knowledge (WOK) de la FECYT: web of science. Descriptores: contraception ; contraception* adolescent ; contraception* young ; contraception* blind ; contraception* blind or deaf ; contraception* disability ; contraception* physical disabilities ; contraception* sensorial disabilities ; health policy; public health policies; professionals* contraception ; contraception* recommend ; contraception* advise , contraception* prescribe. Inicialmente, limitamos esta búsqueda a los últimos cinco años y a los documentos disponibles en la red, límites que fuimos ampliando y combinando con el criterio de los artículos más citados (no sólo los más actuales), finalmente, los artículos y autores revisados son los que figuran en la bibliografía.
- Búsqueda en Dialnet y Google Académico : para localizar la literatura producida en castellano. Descriptores: control de natalidad ; anticoncepción; IVE; salud sexual y reproductiva; práctica médica; sexualidad y discapacidad; anticoncepción y discapacidad; profesionales sanitarios ; políticas públicas de salud sexual
- Índices de revistas: realizamos una búsqueda exhaustiva de los índices de las revistas más importantes de sociología y salud pública.

- Revisamos también los informes técnicos de los siguientes organismos:
 - Organización Mundial de la Salud (OMS)
 - Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid
 - Observatorio de Salud de la Mujer (OSM)
 - Sociedad Española de Anticoncepción (SEC)
 - Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
 - Ministerio de Sanidad y Política Social
 - Escuela Andaluza de Salud Pública

Por supuesto, realizamos también búsquedas a través de publicaciones de reconocido prestigio, autores relevantes, referencias de unos autores a otros ... de este modo completamos la búsqueda, cuyos resultados presentamos a continuación.

Por otro lado, consultamos con expertos y con asociaciones de personas con diversidad funcional. Las y los expertos entrevistados fueron:

EEX 1: Médica de Familia en Atención Primaria.

EX 2: Médico de Familia en Atención Primaria. Colaborador en Forma Joven.

EX 3: Directora de Clínica de IVEs. Cargos directivos en asociaciones profesionales.

EX 4: Directora de Clínica de IVEs. Master en anticoncepción.

EX 5: Ginecóloga. Miembro de numerosas asociaciones profesionales.

EX 6: Medical Adviser Women's Healthcare, Medical Department, Química Farmacéutica Bayer.

EX 7: Sexóloga. Servicio de Promoción de la Salud Sexual de Universidad.

EX 8: Sexóloga del Instituto de Sexología Al-Andalus.

EX 9: Abogada. Cargos directivos en asociaciones. Ayuntamiento (con discapacidad sensorial).

EX 10: Psicóloga. Representante mujeres con discapacidad en Ayuntamiento. Presidenta de una Asociación de Mujeres (con discapacidad física).

EX 11: Profesora de Psicología de la discapacidad (con discapacidad física).

EX 12: Médica especialista en Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica.

EX 13: Enfermera de Centro de Salud. Colaboradora del Programa Forma Joven.

Y, las asociaciones de personas con discapacidad: LUNA Andalucía (Federación de Asociaciones para la Promoción de la Mujer con Discapacidad), ONCE (Organización Nacional de Ciegos de España), ARAMUS (Asociación Regional Andaluza de Mujeres Sordas), Dones No Estándards, Fegradi y CANF-COCEMFE Andalucía.

Este informe es fruto de la generosidad intelectual de las y los profesionales entrevistados y de otros muchos también consultados a lo largo del proceso investigador: Cristina González Moya, Carmen Riu, Eva González Armario, Paqui García Gallego, Franciso Ramos, Trinidad Rodríguez, Mónica Peralta, Elisa Cobos, Esther Ramallo, Ana Vales, M^a Ángeles Cózar, Syra Borrás, Isabel Serrano y Elisa Vizúete son sólo algunos de ellos. A todas y todos ellos y, a quienes trabajan en las asociaciones y en la Consejería de Salud, dedicamos este trabajo y manifestamos nuestro agradecimiento.

1. INTRODUCCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN

Según relata Adele Clarke¹, los métodos anticonceptivos ‘modernos’, deben su desarrollo a científicos independientes, marginados por trabajar un tema “inconveniente” y sin legitimidad en el campo de la investigación. Con financiación procedente de fondos privados (de las Fundaciones Rockefeller y Carnegie, entre otras), y con el apoyo fundamental de mujeres comprometidas con la causa feminista (Margaret Sanger, Mary Stopes,...) trabajaron para lograr métodos anticonceptivos más eficaces y más sencillos² que facilitaran la autonomía sexual de las mujeres.

El rechazo ideológico-político de la propaganda feminista sobre la anticoncepción se suavizó con la recesión económica de los años treinta y el cambio de paradigma que propició. En el campo de la planificación familiar, se habla menos de la necesidad de las mujeres de controlar su cuerpo que de la necesidad de democratizar las prácticas anticonceptivas y extender su uso a las clases populares. Después de la segunda guerra mundial, el nacimiento del “tercer mundo” independiente y la evocación de una “bomba demográfica en los países del sur” impulsó el interés sobre la regulación de la reproducción y la introducción de las técnicas científicas modernas.

La comprensión precisa del ciclo reproductivo femenino en los años 30’ impregnó la creación tanto del método “de las temperaturas” (Ogino y Hartmann) como la nueva generación de espermicidas (Voges y Baker) y la esterilización quirúrgica. La primera generación de píldoras y el DIU fueron desarrollados entre los años 50 y finales de los 70, “fuera del santuario académico”. El apoyo financiero de Margaret Sanger y Katharine Mc Cormick –feminista millonaria- y los progresos de la química de los esteroides permitieron el desarrollo de la primera píldora por parte de Pincus y Chang. La puesta a punto del primer DIU de plástico (Margulies y Lippes) fue financiada por el Population Council, en 1960.

Un nuevo cambio paradigmático tuvo lugar en los años 70 con el reconocimiento de la diversidad de las necesidades biológicas y de las circunstancias (sociales, religiosas y económicas) de las mujeres. Es decir, el reconocimiento de las diferencias sustituyó a la búsqueda del método ideal para una mujer universal. La investigación se orientó a perfeccionar las tecnologías existentes, en el marco endocrino. “La píldora solo fue la primera de una larga serie de métodos anticonceptivos hormonales” (Clarke, 2004:290). Así se desarrollaron: inyectables, implantes, parches, anillos vaginales, vacunas anticonceptivas ...

Además de la lucha por garantizar el acceso a los anticonceptivos, el papel de los movimientos feministas en el desarrollo de la anticoncepción fue también el de subrayar sus riesgos, su eficacia y su tolerancia. Las feministas reclamaron más métodos, barreras más eficaces³ y métodos para los hombres, hormonales y/o no. Alertaron, igualmente, sobre la necesaria democratización de la investigación y de su desarrollo. Fomentaron el asociacionismo entre las mujeres para que se hicieran oír y se tuvieran en cuenta tanto sus necesidades como sus experiencias⁴.

Actualmente, según los datos de la ONU (2009), la tasa de uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15-49 años casadas o en pareja, es superior en los países desarrollados (69,7%) que en los países menos desarrollados donde la tasa alcanza niveles del 61%; con la excepción, entre otros, de los países del oeste del África sub-sahariana y del cuerno de África.

1.- Una de las pocas sociólogas dedicadas a investigar la anticoncepción y las ciencias reproductivas (cf. Bretin y Gómez Bueno, El uso de anticonceptivos y de la anticoncepción de urgencia por la población inmigrante residente en Andalucía, 2010, Consejería de salud, Junta de Andalucía).

2.- Ya existían en la época los preservativos de caucho, diafragmas, capas, se usaban también el coitus interruptus y las duchas vaginales.

3.- Un punto reactivado con la epidemia del SIDA. A partir de este momento renace el interés por los anticonceptivos femeninos no hormonales; nuevos modos de determinación del periodo de fecundidad; preservativos femeninos y nuevos diafragmas hacen su aparición.

4.- “Científicos y dirigentes empiezan a entender que las mujeres deciden sobre la demografía; solo usan los anticonceptivos que les convienen. Han ganado su espacio en la mesa de negociaciones y consiguen, a veces, hacer oír sus voces” (Clarke, 2004:292).

Actualmente 9 de cada 10 usuarias emplean un método “moderno”; prioritariamente de corta duración y reversible en países desarrollados, y “métodos clínicos altamente eficaces” y de larga duración⁵ en el resto. A escala mundial, Noruega presenta la tasa más alta 88,4% (referida a mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas durante los tres últimos meses), seguida de China (86,9%) y la República de Corea (84,5%). El método más usado en el mundo es la esterilización femenina (20,3% de las mujeres de 15-49 años casadas o viviendo en pareja) con la frecuencia más alta en América Latina y El Caribe (hasta 47,3% en República Dominicana y 40% en Brasil) y diferentes países asiáticos (37% India y 33% en China). El DIU ocupa la segunda posición con el 14,2% de usuarias, es más común en Asia (porcentaje superior al 40% en China, Corea Democrática...), el tercer método es la píldora (9%) con la distribución más general en el mundo. Con una frecuencia del 6%, el preservativo representa el cuarto método usado en el mundo con una frecuencia máxima en Hong Kong (45,6%) y Japón (40,7%). En África del Este y del Sur, los métodos más populares son los inyectables y los implantes. Por último, los métodos tradicionales son los más utilizados en países como Polonia (44,7%) y Malta (42,7%).

Respecto a los niveles estimados de necesidad anticonceptiva no cubierta, actualmente, los más altos están localizados en África y algunos países del Oriente Medio.

1.1 Análisis comparativo de las prácticas anticonceptivas en diferentes países occidentales

La tasa de uso de anticonceptivos para Europa es del 70,5%. Oscila entre el 62,1% de Europa del Sur y el 81% de Europa del Norte (Europa del Este, 71,1% y Europa del Oeste 69,9%). Ahora bien, se observan grandes variaciones en el tipo de anticonceptivos empleados en los diferentes países. La tabla siguiente muestra la diversidad de los comportamientos anticonceptivos, según datos de Naciones Unidas (2009).

TABLA 1: Prevalencia anticonceptiva en diferentes países. Porcentaje de uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión.

Año	España		Alemania	EE.UU	Italia	Noruega	Francia	R.U.(c)
	2006 (a)	2006 (b)	1992	2002	1995-96	2005	2000	2007/08
Prevalencia anticoncepción (%)	65,7	69,6	70,1	72,8	62,7	88,4	81,8	82(d)
Prev. métodos modernos	62,3	65,9	65,6	68,1	40,6	82,2	76,5	82
Esterilización femenina	5,6	4,62	5,5	21,2	6,0	7,7		9,0
masculina	7,9	6,46	0,5	9,7	0,1(b1)			9,0
Píldora	17,2	19,3	52,6	18,3	14,2	31,0	43,8	29,0
Inyecciones o Implantes	0,2	0,2	0,0	4	0,1	3,3	--	5,0
DIU	6,4	5,6	5,3	1,8	5,8	23,3	21,9	6,0
Preservativo	24,8	29,8	1,1	12,2	14,2	12,8	4,7	27,0
Barreras vaginales	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	4,1	0,6	0,0
Otras	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	5,5	5,0
Prev. métodos tradicionales	3,5	3,4	4,5	4,7	22,1	6,3	5,3	10,0
Ritmo	0,3	0,2	3,7	1,5	3,7		1,6	3,0
Coito interruptus	1,9	1,6	0,5	3,2	18,2		3,1	7,0
Otras	1,3	1,6	0,3	0,0	0,2		0,6	0,0

Tabla adaptada de World Contraceptive Use 2009- United Nations • Department of Economic and Social Affairs • Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contraceptive2009.htm>. a: mujeres sexualmente activas (15 a 49 años) con pareja estable conviviendo en el hogar; b: incluye también a las mujeres sexualmente activas (15 a 49 años) sin pareja conviviendo en el hogar, elaboración propia a partir de los datos del CIS, 2006; b1 incluyendo algunos casos de esterilización por razones medicas, no anticonceptivas; c: excluyendo Irlanda del Norte, d: las cifras por método no alcanzan el total dado que algunas son usadas de manera combinada con otras.

5.- Esterilización, implantes e inyectables.

La tabla anterior nos muestra que en todos los países considerados es mayoritario el uso de métodos modernos. No obstante, llama la atención la elevada presencia de los métodos tradicionales en países como Italia, donde el coitus interruptus es practicado por el 18,2%, así como su discreta presencia en España (1,9%). Vemos también que, en general, predominan los métodos reversibles. No obstante, analizados de forma individual cada uno de los métodos anticonceptivos, encontramos que: la esterilización es el método más frecuente en Estados Unidos. La píldora ocupa el primer lugar en Francia, Reino Unido, Suecia, Noruega y Alemania, mientras que el preservativo lo hace en España seguida de cerca en porcentaje por Reino Unido. La prevalencia de la píldora en España está muy próxima a la de Estados Unidos, y la del DIU, a la del Reino Unido e Italia.

Entre los países con mayor prevalencia anticonceptiva, encontramos a: Noruega (88,4%), Reino Unido (82%) y Francia (81,8%). En todos ellos el método más extendido es la píldora. En el extremo opuesto, con menor prevalencia, se sitúan España e Italia. España se caracteriza por el uso mayoritario del preservativo e Italia por el empleo masivo de un método tradicional: la marcha atrás.

¿Cómo se explica la prevalencia de la marcha atrás en Italia ? Gribaldo, Judd y Kertzer (2009) se refieren a Italia como una ‘sociedad anticonceptiva imperfecta’. Según estos autores el uso de la marcha atrás en Italia es propiciado por una variedad de elementos culturales y creencias individuales sobre salud y sexualidad (2009:552). Entre los elementos culturales destacan: 1) el rol de la iglesia católica que históricamente sólo ha aceptado, aunque con reticencias, el método de la marcha atrás, y, 2) las concepciones del honor⁶ y la respetabilidad que contribuyen a que dicho método sea considerado un elemento de distinción y autocontrol en un contexto en que el deseo puede ser domesticado ; el auto-control simboliza la modernidad de las relaciones sexuales. Así, los elementos de respetabilidad, disciplina y control se combinan con las nociones de naturalidad, espontaneidad y destino en los discursos sobre prácticas anticonceptivas (2009:558).

Las conclusiones presentadas por Gribaldo et al (2009), de su estudio etnográfico⁷ en cuatro ciudades italianas, sugieren que los hombres y las mujeres usan métodos tradicionales para organizar su reproducción de forma socialmente aceptable. Proponen sustituir las categorías de análisis: racional / irracional, y, moderno / tradicional, por un enfoque que logre comprender cómo estas decisiones determinan y son determinadas por largos procesos socioeconómicos y culturales (2009:577). Los italianos con sus prácticas anticonceptivas intentan lograr diversos objetivos, además del control de la descendencia. El amplio uso de métodos no tecnológicos en Italia es un instrumento para desarrollar la propia identidad y la planificación familiar de forma socialmente conveniente, en un contexto en que planificar demasiado no es admisible y donde las condiciones óptimas para tener descendencia son difíciles de alcanzar. Sus elecciones además, están condicionadas por las desigualdades de género (2009:578). Sin olvidar, que «también los sistemas de salud (públicos y privados) orientan las decisiones anticonceptivas» (2009:558).

1.2 Las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en occidente

El aborto voluntario es una práctica habitual de control de natalidad, en todas las sociedades y en todos los tiempos; y sucede independientemente de que las leyes lo permitan, lo despenalicen o lo prohíban. El panorama general de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), según el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), era en 2003 de algo más de 46 millones de abortos voluntarios en el mundo. Pero el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo está limitado en la tercera parte de los países y, en la mayoría de

6.- Johnson-Hanks (2002 :231), argumentan que la elección del método anticonceptivo no descansa sólo en su efectividad. La elección del método de la abstinencia periódica por parte de las mujeres de Camerun, está condicionada por cuestiones de ‘modernidad’, ‘disciplina’ y ‘honor’. «Prevenir los embarazos es sólo uno de los objetivos sociales del uso de métodos anticonceptivos [...] necesitamos saber algo sobre la organización social y los objetivos que motivan la acción para comprender los patrones de uso de anticonceptivos» (cf. Gribaldo, Judd y Kertzer, 2009 :553)

7.- Datos producidos durante 15 meses a través de observación participante y 349 entrevistas en profundidad realizadas en Bologna, Cagliari, Napoles y Padua, en 2005-06. El estudio forma parte de un proyecto más amplio titulado: «Explaining Low Fertility in Italy» (ELFI), dirigido por: Kertzer, White, Bernardi y Barbagli.

estos, la ley autoriza el aborto en condiciones excepcionales (si el embarazo amenaza la vida de la madre o constituye un riesgo para la salud física o mental de la madre o del feto). Solo 52 países (27%) permiten las IVEs sin motivo, acompañando, en general, este derecho de un plazo, añaden desde el INED (Instituto Nacional de Estudios Demográficos de París, 2007).

Se estima que la tasa de IVEs era, en los diferentes continentes (en 2003 y por mil mujeres en edad fértil) de: 31 por mil en América del Sur, 29 en Asia y África, 28 en Europa, 21 en América del Norte y 17 en Oceanía. Además, estos datos presentan variaciones importantes dentro de un mismo continente. En Europa, por ejemplo, varía desde el 7 por mil en Suiza hasta el 45 por mil que se producen en Rusia. Sin olvidar la dudosa fiabilidad de los datos, teniendo en cuenta la ilegalidad del aborto voluntario en numerosos países.

En 2005, la OMS consideraba que el 48% de los abortos provocados eran practicados en malas condiciones (falta de formación del personal, falta de higiene, embarazo demasiado avanzado...) generando la muerte de casi 70.000 mujeres, y complicaciones graves para millones más. El aborto y su difícil acceso en muchos países, la mortalidad y la morbilidad asociada a este, la gran preocupación por el embarazo “precoz”, y, por los embarazos no deseados en general, junto al reconocimiento de la falibilidad de los métodos anticonceptivos aun modernos⁸ constituyen una problemática que ocupa un lugar central en el diseño de políticas públicas de salud preventiva.

Los países cuyas tasas de IVEs presentamos a continuación poseen una legislación menos restrictiva, aun habiéndose aprobado con anterioridad, que la española. En Inglaterra se aprobó el aborto voluntario en 1967, en Francia en 1975, en Italia en 1978, en Noruega en 1979, y, en España en 1985. Aunque la nueva Ley 2/2010 supone un importante avance, los datos disponibles son anteriores a su aprobación.

TABLA 2: Tasas de IVEs (% mujeres entre 15 y 44 años), en diferentes países

Año	España (a)	Alemania (c)	EE.UU. (e)	Francia (b)	Inglaterra-Gales (d)	Italia (e)	Noruega (e)
1997	5,5	7,6	22,3	12,9	16,3	20,1	13,1
1998	6,0	7,7	22	13,5	17,13	20,1	13,2
1999	6,5	7,7	21,9	13,6	16,79	20	13,3
2000	7,1	8	21,3	13,8	16,94	19,3	12,7
2001	7,6	8	21,1	14,1	17	19,1	15
2002	8,4	7,8	20,5	14,4	17	18,7	13,1
2003	8,8	7,6	20,2	14,1	17,5	17,7	13,2
2004	8,9	7,8	19,7	14,6	17,8	18,7	13,1
2005	9,6	7,5	19,4	14,3	17,8	18,1	13,2
2006	10,6	7,3		14,5	18,3	17,3	13,2
2007	11,5	7,3		14,7	18,6	18,3	13,8
2008	11,8	7,1			18,2	17,6	

(a) INE, Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Tasa por mil mujeres.

(b) DRESS, Etudes et Résultats n° 279, 348, 624, 659 y 713 (mujeres entre 14 y 49 años).

(c) Union suisse pour décriminaliser l'avortement (USPDA) <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/allemande.htm>

(d) Office for National Statistics. Abortion Statistics Legal abortion carried out under the 1967 Abortion Act in England & Wales, serie AB n° 28. Abortion Statistics England & Wales 2009.

(e) <http://www.johnstonsarchive.net/>

+ United Nations, 2007: http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007AbortionPolicies_wallchart.htm

Como muestra la tabla anterior, actualmente, las tasas más moderadas de IVEs corresponden a Alemania (7,1/000). Mientras que EE.UU, Inglaterra y Gales e Italia representan el lado opuesto, con las tasas más altas. La tendencia es a la estabilización en la mayoría de los países considerados, con la excepción de EE.UU. que muestra una tendencia descendente y España e Inglaterra y Gales que la muestran ascendente.

8.- Tanto la ausencia como los ‘fallos’ en el uso de la anticoncepción son las principales causas de los abortos, dejando al margen el caso de los abortos selectivos en algunos países de Asia.

Sedgh et al (2007) publicaron un artículo en Lancet, en el que analizan la evolución de las tasas de IVEs en las diferentes regiones del mundo. Los datos comparados se refieren al 2003, en ese año las tasas globales habían descendido respecto a 1995 pero las tendencias diferían entre regiones. Mientras en las regiones en desarrollo (excluida China) el cambio fue modesto, en las regiones desarrolladas disminuyó claramente la incidencia del aborto voluntario. El cambio fue más pronunciado en los países de la antigua Unión Soviética, pero esa reducción no coincide con aumentos sustanciales en el uso de anticonceptivos aun observándose una preferencia generalizada por las familias pequeñas⁹. Los autores concluyen afirmando que “cubrir la necesidad anticonceptiva y mejorar la eficacia de uso, son pasos cruciales hacia la reducción de la incidencia de embarazos no deseados”.

Como una de las hipótesis que se barajan para explicar el ascenso de las IVEs en España hace referencia a la contribución de la población inmigrante, presentamos aquí el porcentaje de población inmigrante inscrita como residente en los países de la tabla anterior. Así, según datos del PNUD, 2009: España 10,7 ; Alemania 12,9 ; Estados Unidos 13 ; Francia 10,6 ; Inglaterra 9,7 ; Italia 5,2 y Noruega 8. Es decir, los porcentajes de población inmigrante residentes en cada uno de los países son iguales o superiores a los de España, salvo en Italia, Noruega e Inglaterra. Por supuesto, los porcentajes de indocumentados, las trayectorias migratorias y los tiempos varían mucho entre estos países. Retomamos este aspecto más adelante, de momento sólo decimos que esta realidad no concierne sólo ni mayoritariamente a España.

1.3 Análisis comparativo de la relación entre prevalencia anticonceptiva e IVEs

En principio, cabría pensar que a mayor tasa de uso de anticonceptivos menor tasa de IVEs y esa es la relación existente en los países menos desarrollados. Pero si nos centramos en los países de nuestro entorno y comparamos los datos de las tablas 1 y 2 observamos que son Noruega, Francia y Reino Unido los países con tasas de uso de anticonceptivos más elevadas, lo que no se corresponde con tasas de IVEs más reducidas (en ellos las tasas de IVEs oscilan entre 13,8 y 18,6). Parece pues que los datos apuntan a una asociación positiva entre uso de anticonceptivos y recurso a las IVEs en los países desarrollados. ¿Qué significa esta relación? La literatura sociológica lo explica en términos de sociedades con mayor control y programación de la reproducción (aquellas que registran mayores tasas de IVEs y mayor uso de anticonceptivos) y sociedades con menor control reproductivo que dejan mayor margen al azar o al ‘destino’ y, consecuentemente, al desarrollo de los embarazos imprevistos.

Barroso, Lucena y Parrón (2005), sostienen que son factores culturales¹⁰, económicos, religiosos y legales los que explican las diferencias intra-europeas. «Algunos autores indican que las diferencias pueden ser debidas a la distinta disponibilidad y uso de anticonceptivos (Pinter, 2002) y que el aumento de su utilización resulta en una menor incidencia del aborto en lugares con fecundidad constante (Marston y Clerand, 2003)». Efectivamente, en un estudio realizado en 2003 por el Instituto Guttmacher se estableció que el aumento en el uso de anticonceptivos va ligado a una reducción en el número de abortos cuando el índice de fecundidad es constante, pero si disminuye la fecundidad, la proporción de abortos y el uso de anticonceptivos generalmente se eleva de forma simultánea (cf. Population Reference Bureau, 2010)¹¹.

Actualmente, la PAU supone un avance en el intento de frenar las IVEs y su uso está aumentando. La anti-concepción de urgencia empezó siendo aprobada y comercializada en Suecia en 1994, a finales de los 90 en Francia y Estados Unidos, y, en el 2001 en España.

9.- Las tasas de fecundidad de los países considerados son: Alemania 1,3 ; España e Italia 1,4 ; Reino Unido 1,8 ; Noruega, Suecia y Francia 1,9 ; y Estados Unidos 2,1 (PNUD, 2009).

10.- Podríamos pensar en la frecuencia de las relaciones sexuales como hipótesis explicativa. Pero, los datos disponibles no son congruentes. Según la encuesta Durex, el porcentaje de los que practicaban sexo semanalmente en 2006, era del: 70 en Francia, 68 en Alemania, 76 en Italia, 72 en España, 55 en UK y 53 en EE.UU., (Durex, 2009).

11.- <http://www.prb.org/spanishcontent/articles/2010/unintendedpregnancyandabortion-sp.aspx>

Intentamos precisar la relación entre uso de anticonceptivos e IVEs revisando detenidamente las estrategias políticas de dos de los países con mayor prevalencia anticonceptiva: Noruega y Francia.

1.3.1 Noruega: la mayor prevalencia anticonceptiva

Pensemos que la prevalencia de uso de anticonceptivos de Noruega (2006) es del 88,4%. Esto significa un cobertura casi total puesto que a ese 88% hay que añadir los casos de aquellas mujeres que no utilizan anticonceptivos estando en edad fértil por múltiples motivos: están o quieren quedarse embarazadas, no son fértiles, no tienen relaciones heterosexuales¹² u otros motivos. Así tenemos una cobertura anticonceptiva casi universal y una tasa de IVEs del 13,2 por mil, ese mismo año.

Según el Instituto de Salud Pública de Noruega, desde 1979 las mujeres tienen el derecho legal a interrumpir voluntariamente su embarazo antes de las 12 semanas de gestación, en los hospitales públicos. A principios de los años 90, el gobierno Noruego financió tres planes estratégicos orientados a: 1) garantizar los derechos sexuales y reproductivos a toda la población, y, 2) reducir las tasas de abortos inducidos; especialmente entre las jóvenes (teenagers and young adults).

Los conceptos clave de estos planes de prevención fueron: el empoderamiento y la autonomía sexual. Con ellos pretendían promover el autodominio en los jóvenes, la auto-confianza y la aceptación de sus cuerpos y su sexualidad. Así como animar a los jóvenes a tomar el control sobre su fertilidad y salud sexual. Su principio clave fue orientar todos los trabajos y proyectos hacia el sexo, la edad y el entorno cultural específico de cada grupo objetivo.

-Estrategias nacionales: educación, margen de acción para los profesionales y facilidad de acceso

Los planes estratégicos del gobierno Noruego persiguen:

- Proporcionar una educación específica sobre la sexualidad para cada edad y género
- Establecer un diálogo abierto y permanente con los jóvenes sobre sexualidad
- Entrenar a los niños y las niñas para elegir y actuar con competencia en situaciones sexuales
- Avanzar en la equidad de género
- Reducir las barreras, ofreciendo buena educación anticonceptiva y fácil acceso a los servicios de anticoncepción.
- Mantener un proceso continuo de trabajo preventivo

Para lograr los objetivos referidos a la educación se estableció como obligatoria la educación sexual en la escuela en Noruega, ésta comienza en el quinto grado. Como los estudios muestran que los adolescentes noruegos prefieren la educación anticonceptiva dada por el personal de salud, son los servicios locales de salud los encargados de ello.

Para avanzar en la equidad de género, se diseñaron programas específicos para niños y niñas. Como los niños utilizan otros canales de información, y parecen beneficiarse de otros tipos de formación, experimentaron nuevas formas de llegar a ellos: sistemas de información interactivos y programas de formación en Internet, a través de SMS y juegos de ordenador. El programa para niñas comprende la orientación práctica y el entrenamiento en la auto-afirmación. Se trabajan estrategias orientadas a saber cómo decidir

12.- Aspectos estos sí controlados en la encuesta francesa de 2005 y en la encuesta española del CIS-2006 (vide infra).

sobre su propio cuerpo y cómo aprender a ser una misma tanto física como psicológicamente.

También se trabaja la educación en grupos de pares mixtos. Los jóvenes son alentados a participar directamente en la labor preventiva, y los grupos de pares educativos se han establecido en todo el territorio nacional. La capacitación es dada por la organización nacional de voluntarios de jóvenes estudiantes de medicina especializada en cuestiones sexuales. Uno de los proyectos consistió en diseñar un folleto sobre sexo seguro, fue desarrollado por un grupo local de 15 - 16 años, y, se utiliza en todo el país (también los niños en Rusia lo utilizan).

Para lograr el fácil acceso a los métodos anticonceptivos seguros, se arbitraron las siguientes medidas:

- los jóvenes pueden obtener anticonceptivos de manera gratuita en los servicios de salud y en los servicios sociales de la juventud de todo el país
- la píldora está disponible de forma gratuita para las chicas de entre 16 y 20 años.
- las matronas y las enfermeras de distrito con un entrenamiento especial, pueden prescribir la píldora.
- desde el año 2000 la anticoncepción de urgencia está disponible (OTC- sobre el mostrador) en todas las farmacias locales (así se evita el apuro de tener que solicitarla, simplemente se coge de la estantería)

-La eficacia de los planes estratégicos

Los resultados de estas estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva son que, con la excepción de 2001, la tasa de aborto en general se mantiene en los últimos diez años y disminuye respecto a la década anterior:

- Desde principios de los 90, la tasa de IVEs, en general, en Noruega se ha reducido un 18%. En 2007, la tasa de IVEs fue del 13,8 por 1000 mujeres.
- Los partos de adolescentes son excepcionalmente raros y equivalen a menos del 5% del total anual de nacimientos.

La distribución por grupos de edad muestra que, el número de IVEs fue mayor entre las mujeres de 20 a 24 años (desde 1985 la tasa para este grupo de edad ha estado entre 25 y 30 por mil) mientras que en el grupo de 15 a 19 años la tendencia continúa siendo descendente (aproximadamente, el descenso es del 16% desde 1990).

TABLA 3: Tasas de IVEs (%) en Noruega por grupos de edad, 2007.

Grupos de edad	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	Total 15-49 años
2007	17.0	29.5	22.4	15.9	11.2	4.2	0.4	13.8

Fuente: Abortion Register at Norwegian Institute of Public Health

Las cifras de IVEs entre las adolescentes de hoy son más bajas que en la década de 1980, cuando la cifra se encontraba entre 20 y 23 de cada 1000 mujeres. La tasa más baja registrada para los adolescentes es de 15,4 por cada 1.000 mujeres en 2005.

El uso de anticonceptivos parece haberse inclinado en el último quinquenio y la mayoría de los estudios

reportan una alta prevalencia de anticonceptivos entre adolescentes en todos los países nórdicos:

- Se ha producido un ligero aumento en el uso de anticonceptivos: los anticonceptivos empiezan a ser mayoritariamente utilizados por los grupos de edad jóvenes.
- Se ha producido un aumento definitivo en el uso de anticonceptivos hormonales en las mujeres de todos los grupos de edad¹³.

El conocimiento sobre el cuerpo, la sexualidad y el fácil acceso a los anticonceptivos son importantes medidas de prevención. Para la Dirección de Salud de Noruega, las altas tasas de IVEs¹⁴ entre los adultos jóvenes pueden indicar que por diferentes razones las mujeres desean retrasar la maternidad. La edad media de acceso a la maternidad es de más de 30 años en Noruega (también en España). La tasa de IVEs respondería así a la resolución de situaciones imprevistas además de su uso, en ocasiones, como método anticonceptivo. Parece que la realidad Noruega contribuye a afianzar la hipótesis ya avanzada de que estamos asistiendo a una reproducción programada ; lo que no está previsto no es mayoritariamente aceptado en nuestras sociedades ‘avanzadas’.

1.3.2 Francia: políticas y prácticas anticonceptivas

Francia es otro de los países europeos con mayor prevalencia anticonceptiva y, una tasa de IVEs intermedia (14,7 por mil en 2007). Revisemos sus políticas públicas de salud reproductiva.

La legislación francesa sobre el derecho individual a controlar la procreación estuvo marcada históricamente por la amenaza del “peligro demográfico” y la ley de 1920 que prohibía tanto las IVEs como el uso de anticonceptivos. Era un contexto decididamente ‘natalista’ que reprimía tanto la propaganda como las practicas abortivas y anticonceptivas.

No fue hasta los años 70 cuando, debido a la presión de buena parte de la opinión pública, de los grupos feministas y de algunos colectivos médicos, se legalizó y se desarrolló, el acceso y el uso de anticonceptivos y el recurso a las IVEs. A finales de 1974, las condiciones de acceso a los anticonceptivos se flexibilizaron y el Estado francés promocionó el uso de la píldora y del DIU. En enero 1975 fue legalizado el aborto voluntario, y, a partir de 1982, pasaron a ser realizados con cargo a la seguridad social. En 2001 la nueva ley sobre anticoncepción e IVEs reconoció la esterilización femenina y masculina como anticonceptivo. Hasta entonces un “vacío jurídico” planeaba sobre esta practica, y era preciso recurrir al argumento del riesgo para la salud de la mujer (o las patologías del feto) para justificar legalmente el acto.

- La ampliación del derecho de prescripción a matronas y enfermeras

Hasta hace poco, el derecho de prescripción de la anticoncepción medica (píldora y DIU, principalmente) estaba reservado a los médicos (generalistas y ginecólogos). En noviembre de 2005, se amplió por decreto el derecho de las matronas a prescribir anticonceptivos hormonales. Finalmente, desde la nueva ley de julio de 2009¹⁵, las enfermeras/os pueden renovar recetas de la píldora de menos de un año, adoptando así el modelo noruego.

Las mujeres que desean anticonceptivos pueden consultar a su medico de cabecera o al especialista (ginecólogo, obstetra) en consultas privadas y/o públicas pero también acceder a consultas de planificación

13.-http://www.helsedirektoratet.no/seksuellhelse/sex_og_samliv/reproductive_health___preventing_unwanted_pregnancies_5500

14.- El registro de abortos en el Departamento del Registro Médico de Nacimientos de Noruega, corre a cargo del Instituto Noruego de Salud Pública que desde julio de 2006 lo hace por vía electrónica.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=238&trg=MainLeft_5976&MainArea_5811=5976:0:15,5012:1:0:0::0:0&MainLeft_5976=5825:75076::1:5977:1:::0:0

15.- LOI n° 2009-879, del 21/7/2009, portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

familiar que proporcionan gratuitamente anticonceptivos a los menores que desean guardar el secreto, y/o a las personas sin acceso a la seguridad social.

En Francia son varios los métodos anticonceptivos disponibles: píldoras (combinadas y de sólo progestágenos), inyecciones, implantes, DIUs, parches, anillo vaginal. Todos estos se consiguen con una receta. Los espermicidas y el Norlevo se consiguen directamente en la farmacia (el Norlevo, también se puede recetar) y los condones se consiguen tanto en las farmacias como en otros establecimientos (supermercados, máquinas dispensadoras ...).

A diferencia de lo que ocurría en los años 80 y 90, acceder a un método anticonceptivo hormonal significa, con más frecuencia, pagarlo íntegramente: ni el anillo vaginal ni los parches son financiados por la seguridad social. Tampoco lo eran las píldoras de tercera generación prescritas a más de un tercio de las usuarias de este método hasta una decisión de la actual ministra de salud Roselyne Bachelot, publicada en septiembre de 2009, de incluir una de ellas. En los 80 y 90, los laboratorios farmacéuticos consiguieron obtener el estatuto de “no reembolsable” para algunas de las píldoras de segunda generación tanto de progestágenos como combinadas, previamente reembolsables. Paralelamente, hasta 2002, el precio de venta del DIU de cobre, financiado hasta el 65%, era libre pero el Estado intervino para limitarlo. El DIU hormonal (125 euros) y el implante subcutáneo (138,12 euros), son los únicos nuevos métodos reembolsables al 65%¹⁶. El precio de los anticonceptivos es, como veremos más adelante, una barrera a su uso por parte de determinados grupos de población.

- El protagonismo de la píldora y del DIU

La posibilidad de acceder a un abanico de métodos no significa que todos se utilicen. Desde finales de los 70', la medicalización creciente de la anticoncepción ha concentrado las prácticas sobre dos métodos: la píldora y el DIU. Precisamente, los que habían sido promocionados por las instancias oficiales. En Francia, las encuestas realizadas entre 1978 y 2000 (1978, 1988, 1994, 2000) muestran que el uso de la píldora no dejó de crecer en todos los grupos de edad hasta alcanzar al 86% de las mujeres de entre 20 y 24 años y casi al 40% de las de más de 35 años, en el 2000. Paralelamente otros métodos reversibles (condones, marcha atrás, abstinencia, espermicidas) han bajado (desde el 46% hasta el 16% entre 1978 y 2000) (Léridon et al. 2002).

En 2005, la encuesta telefónica “Baromètre Santé”, del Instituto Nacional de Prevención y Educación para la Salud (Inpes), indica una estabilización de las prácticas anticonceptivas en Francia después del crecimiento continuado del uso de la píldora durante las cuatro últimas décadas. Se reafirma un nivel de medicalización de los más elevados del mundo. De las mujeres expuestas a riesgo de embarazo¹⁷ sólo el 1,4% no utilizan anticonceptivos. De las que sí usan anticonceptivos, la mayoría optan por un método moderno: píldora (57,26%), DIU (23,69%), preservativo (11,19%) implantes o parches (1,3%) o la esterilización (1,8%), mientras que el 2,1% de las mujeres declaran usar métodos tradicionales. La píldora sigue siendo el método más usado: 57% de las mujeres de todas las edades, con la excepción de las de entre 44 y 49 años que usan más el DIU (Bajos, 2009).

- Facilitando el acceso a la píldora anticonceptiva de urgencia (PAU)

A finales de los 90', el gobierno francés tomó nuevas medidas orientadas a la prevención de los embarazos no deseados e imprevistos. En diciembre de 1999, se implementaron medidas para facilitar el acceso a la PAU a las menores. Las enfermeras escolares tuvieron la autorización oficial de proveer Norlevo a las adolescentes en los colegios e institutos. Esta medida fue suspendida entre junio del 2000 y marzo del 2001 debido a que asociaciones de corte conservador pusieron un recurso al Consejo de Estado argumentando

16.- Sin tener en cuenta el porcentaje que se puede recuperar de las mutuas privadas.

17.- Mujeres sexualmente activas durante los últimos 12 meses, fértiles, que no están embarazadas y no intentan quedarse embarazadas en el momento de la encuesta.

la ilegalidad de la estrategia. Este declaró ilegal el protocolo nacional con lo cual la ministra, Segolène Royal, tuvo que recurrir a la redacción de una ley específica.

El marco de la aplicación concreta de la ley n°2000-1209, del 13 de diciembre de 2000 es muy estricto. Para las menores, la enfermera debe indicar los lugares existentes para la consecución de la píldora, proponer una visita al médico y una entrevista con los padres o tutores legales -proposición que la menor puede rechazar-. Si no hay profesionales sanitarios accesibles y, en caso de desamparo, la enfermera puede excepcionalmente dar la píldora, asegurándose de la toma. Para las mayores, la enfermera indicará los lugares para conseguirla y ayudará, si es necesario, a lograr una cita¹⁸. Después, en agosto del año 2001, el Gobierno decidió reembolsar el 65% del coste de dicha píldora (precio 7,58€) cuando había sido prescrita por el médico y, cinco meses después, se decidió su distribución gratuita en las farmacias para las menores de edad. Las mayores de 18 años pueden conseguirla en la farmacia pagando el precio total si no tienen receta médica, y pagando el 35% del precio cuando sí la tienen.

En 2005, según la encuesta Barometre-Santé, el 15,2% de las mujeres de entre 15-49 años habían usado la píldora de urgencia, frente a un 8,9%, en 2000. Por grupos de edad habían utilizado la PAU, el 31,5% de las más jóvenes (15-19 años) y el 31,8% de las de entre 20-24 años. La proporción alcanza al 16,8% para las mujeres entre 25-34 años y al 8,6% de entre 35-49 años. Por tanto, son los dos grupos más jóvenes los que muestran un aumento más acusado del uso de la PAU (DREES, 2007).

Las características de las usuarias francesas de la PAU eran, en 2003 (Goulard et al): jóvenes, solteras y con estudios superiores. No se observan diferencias en función del tamaño del hábitat, el hecho de vivir en pareja o no, ni según la importancia atribuida a la religión. Las usuarias de la PAU se caracterizan por utilizar, en general, menos anticonceptivos y declarar más abstinencia periódica que las no usuarias. Las circunstancias que llevan a utilizar la PAU a estas mujeres francesas son: tener un problema con el anticonceptivo: rotura o retención del preservativo u olvido de la píldora pero, no siempre que se dan estas circunstancias se toma la píldora de urgencia. Solo un tercio lo hicieron, a pesar de ser muchas más las que declaran conocerla. Esto revela un problema de acceso y de conocimiento de las modalidades de uso (tres cuartas partes de las mujeres piensan que el plazo para la ingesta es inferior a 72 horas) (Goulard et al., 2003).

La Asociación Francesa para la Anticoncepción dispone del sitio: www.contraceptions.org. Además de las herramientas de comunicación desarrolladas por el INPES (Instituto nacional de prevención y educación para la salud) en varios idiomas: ruso, inglés, español, árabe y criollo.

18.- Cf. Ley 2000-1209, decreto de aplicación N°2001-258 DU 27-3-2001- JO DU 28-3-2001, Boletín Oficial del Ministerio de Educación Nacional y del Ministerio de Investigación n°15, 12 de abril 2001. www.education.gouv.fr/bo/2001/15/ensel.htm.

2- ESPAÑA: POLÍTICAS Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

En España, la legislación sobre salud reproductiva presenta una historia reciente y lenta. La ley del 11 de octubre de 1978 despenalizó el uso de los métodos anticonceptivos reversibles. Cinco años más tarde, en 1983, los métodos irreversibles (bloqueo tubárico y vasectomía) fueron legalizados. En 1985 se aprobó la ley orgánica 9/1985, que despenalizó el aborto en tres supuestos¹⁹. Fue preciso esperar hasta mayo de 2001 para que fuera autorizada la comercialización de la píldora anticonceptiva de urgencia y en 2009 se autorizó su venta directa (sin receta médica) en las farmacias. Finalmente, el 4 de marzo de 2010, se publicó en el BOE la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2.1 La disparidad interna

Hasta ahora en el ámbito nacional, el acceso a la anticoncepción era muy variable: no había estandarización de las prácticas ni de las políticas. Los autores del Libro Blanco sobre Anticoncepción (2005) subrayaban tanto la “disparidad absoluta en cuanto a los dispositivos donde se realiza anticoncepción en el Sistema Nacional de Salud, que no sólo es dispar entre Comunidades, sino dentro de una misma Comunidad”, como “la clara discriminación y falta de equidad en la financiación de los métodos anticonceptivos” (2005:158). El sistema nacional de salud financia solamente algunos anticonceptivos, que además, subraya la FPFE, son las que usan un número reducido de mujeres: la píldora hormonal con solo gestageno (Cerazet), el combinado Ovoplex 30/150, el DIU Mirena y el implante Jadelle, considerados ambos de “diagnóstico hospitalario” por lo que en atención primaria se necesita visado de inspección; el Diane 35 diario y su genérico (aunque se ha retirado la indicación anticonceptiva). “Pese a que en la cartera de Servicios consta la necesaria asistencia en todos los métodos, no se financian ninguno de los nuevos anticonceptivos orales que contienen menor dosis hormonal, el DIU ni los métodos barrera” (FPFE, 2008:12).

El uso de la PAU en España fue autorizado en marzo de 2001 por el gobierno Aznar, y su difusión comenzó dos meses después. La variedad y la complejidad de la casuística española para la dispensación de la PAU se afrontó con la promulgación de una ley (el 28/9/2009) que permite su dispensación en farmacias sin receta por 20€. En Andalucía (también en otras CC.AA.) se prescribe y dispensa en centros del Servicio Andaluz de Salud, sin coste económico para la usuaria (cuenta con financiación autonómica)²⁰.

2.2 La Ley Orgánica 2/2010

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la IVE, “pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción [...], de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos” (2010:21002). La Ley establece además “un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres” (2010:21004).

19.- Recordemos: primero, que esté en riesgo la salud física o psíquica de la embarazada; segundo que el embarazo sea consecuencia de una violación, previamente denunciada; y tercero que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas. En los dos últimos supuestos, la interrupción deberá hacerse dentro de las doce o veintidós primeras semanas de gestación, respectivamente. No hay actualmente plazo establecido para el primer supuesto. La casi totalidad (más de 90%) de los abortos responden al primer supuesto, alcanzando hasta el 99% de los casos de las mujeres de menos de 25 años (Delgado y Barrios, 2007).

20.- Para un retrato detallado sobre la situación de cada comunidad autónoma, ver el documento de la FPFE (2008).

Esta Ley marca los objetivos que deben guiar la actuación de los poderes públicos, quienes garantizarán:

- a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género.
- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

- a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
- b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual” (2010:21006).

Está previsto que los poderes públicos desarrollen acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, a través de los medios de comunicación, y que presten especial atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

También se plantean cambios en la formación de profesionales de la salud dado que se incorporará la perspectiva de género e incluirá: la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. La formación de profesionales en salud sexual y reproductiva y la inclusión de estos contenidos en los programas de formación continuada. Todo ello con especial atención a las personas con necesidades especiales. Por último, se contemplan medidas en el ámbito educativo: la incorporación de la formación en SSyR al sistema educativo.

Para el cumplimiento de estos objetivos esta previsto aprobar un plan estratégico de cinco años de duración y someterlo a evaluaciones bienales que permitan valorar los logros alcanzados.

No obstante, el aspecto más comentado y discutido de esta ley se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo que se regula fuera del Código Penal e incluye en el artículo trece, cuarto: “en el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad» (2010: 21009). Al respecto, el Comité de Bioética de España consideró razonable la edad de 16 años para que la mujer pueda tomar la decisión con plena autonomía para interrumpir su embarazo» (2009 :32).

El Presidente de la Sociedad Europea de Contracepción (SEC), Dr. Bitzer (Suiza), participó en el X Congreso Nacional de la SEC, celebrado en marzo de 2010, y comentó la nueva ley: “se corresponde mucho a la

legislación que tenemos en Alemania, Austria, Suiza, etc., y significa un gran progreso para la salud sexual y reproductiva de la mujer española. En países del Centro y Norte de Europa ya hay experiencia de dispensación sin receta en farmacias de la píldora del día después y los resultados son muy positivos. Funciona muy bien e influye en la anticoncepción, sin complicaciones o incidencias. Ahora estamos interesados en introducir otros preparados aún más eficaces”. El problema en España es la diferencia que existe, en relación con la gratuidad y la dispensación, entre algunas comunidades autónomas.

Contamos pues, en España, a partir de ahora con una ley progresista. Tener una normativa progresista, sin embargo, no significa que, como veremos más adelante, no haya obstáculos concretos para su desarrollo y aplicación.

2.3 Las encuestas nacionales sobre prácticas anticonceptivas

En su análisis de la situación de la salud reproductiva en España, Gloria Pérez (2009:172) sostiene que el uso de anticonceptivos se relaciona con: la edad, la clase social, las creencias religiosas, la existencia de una pareja estable y tener hijos. “Las mujeres jóvenes y de clases más privilegiadas son las que con más frecuencia usan anticoncepción. En general, tanto las mujeres como sus parejas aceptan los métodos anticonceptivos y eligen el que consideran más beneficioso y saludable, según sus criterios. 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”.

Para tener una visión más precisa de la anticoncepción en España, disponemos actualmente de diversas fuentes de datos a nivel nacional. Por un lado, los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad del INE llevada a cabo en 1999. Posteriormente, en 2003, el INE realizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales y, en 2006, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó la Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores. En 2009, fue el Observatorio de Salud de la Mujer en colaboración con el CIS, quien realizó la Encuesta Nacional de Salud Sexual.

Por otro lado, disponemos de la encuesta nacional llevada a cabo por la Sociedad Española de Contracción (SEC) y la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), patrocinadas por el laboratorio Bayer-Schering. Los resultados están publicados en el Libro blanco sobre la situación de la anticoncepción en España (SEC-FPFE-Schering, 2005) para el período que va desde 1997 hasta 2005, período en que la encuesta era bianual. A partir de 2005 la encuesta bianual pasa a publicarse por el equipo Daphne²¹.

Al comparar la información disponible, observamos discrepancias en los datos. Así, encontramos una prevalencia del uso de anticonceptivos del:

71,7% en la encuesta del INE de 1999;
61,2% en la encuesta SEC-Schering de 1999;
71,2% en la encuesta SEC-Schering de 2003;
69,6% en la encuesta de fecundidad, familia y valores del CIS de 2006;
79,7% en la encuesta SEC-Schering de 2007, y,
78,8% en la encuesta SEC-Schering de 2009.

La diferencia entre los datos aportados por las encuestas del equipo Daphne (años 1999 y 2007) y por el INE (1999) y el CIS (2006), es de 10 puntos en el mismo año y en el transcurso de sólo un año, por lo que no se pueden atribuir fácilmente esos desajustes a la fecha de aplicación.

21.- Se descarga en el sitio web http://www.equipedaphne.es/archivos/encuestas/03_Encuesta%20Anticoncepcion%202007%20rueda%20de%20prensa%20231007.pdf. Esta encuesta al igual que la de Durex no permite conocer los enunciados de las preguntas. Las fichas técnicas son muy escuetas o no son públicas, lo que dificulta enormemente la comparación de los resultados y hace dudar de su rigor metodológico.

Aunque, en general, estas encuestas utilizan las convenciones generalmente establecidas en cuanto a la edad fértil (15-49 años), algunas de estas encuestas precisan más la definición de la población diana a través de filtros que pueden contribuir a explicar las discrepancias. El CIS calcula la prevalencia para las mujeres que no estando embarazadas, son sexualmente activas (aquellas que mantuvieron relaciones sexuales completas en las cuatro semanas previas a la encuesta) con pareja estable residiendo en el hogar (casadas o en pareja) y para aquellas que no tienen pareja estable en el hogar (la tasa presentada refleja la combinación de ambos grupos). Mientras que las encuestas Daphne se refieren a todas las mujeres en edad fértil, sean sexualmente activas o no y con o sin pareja estable. Y, la encuesta del OSM-CIS se aplicó tanto a mujeres como a varones mayores de 16 años. Estas variaciones son importantes y cuestionan la comparabilidad de los resultados.

No obstante, para comprender las diferencias es interesante revisar también otros aspectos metodológicos. El tamaño muestral, nos informa sobre los márgenes de error, y, por tanto, sobre la precisión de los datos y las estimaciones. Según este criterio, consideramos los datos del INE (N= 7.749 mujeres de 15 a 49 años) y del CIS (N=3.887 mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años) más precisos que los del equipo Daphne (N= 2.108 mujeres de 15 a 49 años, en la encuesta de 2009). Pero, el tamaño muestral no es suficiente para explicar las variaciones en los datos, para esto sería preciso analizar los diseños muestrales y los cuestionarios: la formulación de las preguntas, los filtros y las convenciones adoptadas en cada encuesta. Suponemos que los matices introducidos a través de los instrumentos, explicarían las discrepancias pero no hemos conseguido localizar las precisiones metodológicas de las encuestas Daphne²². Sin olvidar que estamos ante un tema sensible que las encuestadas podrían contestar de forma poco consistente en el caso de que el modo de aplicación del cuestionario no garantice el máximo respeto por la confidencialidad de la información (como hizo, por ejemplo, el INE, vide infra).

Así, otorgar mayor credibilidad al INE y al CIS (cuyas fichas metodológicas son completas y están disponibles), supone aceptar que el uso de anticonceptivos no ha aumentado en los últimos años, tal vez, debido a una combinación de factores que incluirían desde una más temprana y desprotegida iniciación a la sexualidad de la población hasta la incorporación de población procedente de otros países, pasando por la relajación de las costumbres de las mujeres de más edad y sus parejas.

2.3.1 La encuesta de Fecundidad del INE-1999

La Encuesta de Fecundidad del Instituto Nacional de Estadística es una investigación dirigida a las familias, realizada entre noviembre de 1998 y febrero de 1999. Sigue recomendaciones de Naciones Unidas y su principal objetivo es obtener información sobre las características demográficas de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), sobre su entorno social y familiar y sobre los factores que influyen en la fecundidad.

La muestra de las mujeres en edad fértil -de 15 a 49 años- de las que se seleccionó una sola en cada vivienda, está formada por 7.749 mujeres. La información se recogió por entrevista personal con ayuda de ordenadores portátiles, se dio la posibilidad a las entrevistadas que lo desearan de introducir ellas mismas sus datos en el ordenador.

Entre los principales temas investigados en la encuesta están “el control de natalidad, métodos anticonceptivos y su utilización”. Según está fuente la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres españolas es del 71,7% y su distribución por tipos de anticonceptivos es la que figura en la tabla 4.

En 2003, el INE realizó la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, con una muestra de 13.600. El objetivo de la misma fue conocer las conductas de riesgo respecto a las enfermedades de transmisión sexual. Por ello realizan numerosas preguntas respecto al uso de preservativos, quién los aporta, la información sobre

22.- En el Libro Blanco de la anticoncepción en España (2005), se presentan los datos de las encuestas del equipo Daphne y se hacen algunas referencias al tipo de muestreo pero, aquí tampoco presentan el cuestionario completo ni hacen referencia el modo de aplicación del mismo.

sexualidad, el consumo de alcohol y otras conductas de riesgo en relación con las prácticas sexuales. El estudio cuenta con un cuestionario general y tres específicos, dirigidos a: hombres con pareja heterosexual, hombres con pareja homosexual y mujeres. Sólo en el cuestionario de mujeres aparecen dos preguntas referidas al uso de anticonceptivos (p.31 y p.32), pero ni publicaron ni nos facilitaron aún las distribuciones de frecuencias de dichas preguntas²³.

2.3.2 La encuesta del CIS-2006

El CIS introduce las siguientes precisiones para calcular la prevalencia anticonceptiva en España: pregunta solo a quienes tienen menos de 50 años, han tenido alguna relación heterosexual completa, no están embarazadas, han tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y utilizaron algún método anticonceptivo: ¿qué método de protección anticonceptiva, o combinación de métodos, ha utilizado Ud. o su pareja en las últimas cuatro semanas?²⁴. Así distingue las mujeres sexualmente activas con pareja estable conviviendo en el hogar, de las mujeres sin pareja estable conviviendo en el hogar. Estas últimas constituyen una muestra mucho más pequeña (787 frente a 3.100), de la cual casi el 80% tienen menos de 30 años. La prevalencia anticonceptiva alcanza el 85% en este sub-grupo, siendo del 65,7% para las que conviven con una pareja estable. La media ponderada entre estos dos porcentajes es de 69,6%. Por tanto, la prevalencia de uso de anticonceptivos para las mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años era en 2006, en España, del 69,6%, según esta fuente.

Los datos del CIS-2006, distinguen también entre los métodos reversibles e irreversibles. Entre los reversibles, el condón es el método más usado: el 24,8% de las mujeres con pareja estable conviviendo en el hogar, y el doble (49,7%) para las otras²⁵. Esto vale para cualquier grupo de edad, salvo el grupo 25-29 años donde el uso de la píldora supera al del condón (25,8% vs. 24,8%). La píldora es el segundo método usado: 17,2% de las mujeres con pareja estable, y 27,7% de las otras. Su posición cambia, sin embargo, en dos grupos de edad: el de 25-29 donde pasa a primera posición, y en el grupo 45-49 años donde pasa a tercera posición. Detrás se sitúa el DIU, usado por el 6,4% de las mujeres con pareja en casa frente al 2,4% de las otras, y cuyo uso crece con la edad, a partir de 35-39 años. La cuarta posición la ocupa el coito interrumpido, usado por respectivamente el 1,9% y el 0,4% de las mujeres conviviendo con su pareja en el hogar y sin ella, alcanzando hasta el 3,7% de las mujeres de 45-49 años con pareja estable. El coito interrumpido para las menores de 25 años representa el tercer método, estas junto con las de 45-49 años son los dos grupos de edad que más utilizan este método tradicional (Delgado y Barrios, 2006:120). No hay sorpresas respecto al uso de la píldora: más extendido entre las mujeres más jóvenes mientras que el uso del DIU presenta la distribución inversa, igual que la esterilización.

Existe también una fuerte asociación entre la tasa de mujeres en edad fértil, con pareja en casa, que no usan anticonceptivos y la edad. Las proporciones pasan del 13% por las de 15-19 años al 38% para las mujeres de 45-49 años. “Aunque la tasa de embarazo es muy baja en los grupos que sobrepasan los cuarenta años, esta relación tiene su reflejo en la proporción de embarazos que acaban en abortos en tales edades, que se sitúan, junto con los menores de veinticinco años, entre las más elevadas (Delgado y Barrios, 2006:120).

En esta encuesta, las diferencias de uso de anticonceptivos según el nivel educativo de las mujeres aparecen cuando se distingue entre los métodos reversibles y los irreversibles: así la esterilización es un recurso más frecuente entre quienes tienen menor nivel educativo (16% frente al 8,3% de los universitarios²⁶); dado que tanto la maternidad como el logro del número de hijos deseados suele ser más temprano entre las mujeres con menor nivel educativo. En lo que concierne a los métodos reversibles, son las mujeres con

23.- Información solicitada por teléfono y a través de la web: infoine/salud, en abril de 2010.

24.- Estudio nº 2639 del CIS.

25.- Sexualmente activas, sin pareja estable conviviendo en el hogar.

26.- Porcentajes correspondientes a ambos sexos, por ejemplo, el 16% de esterilizados se reparte entre el 8,8% de los varones y el 7,2% de las mujeres.

mayor nivel educativo las que presentan la prevalencia más alta. Por lo que respecta a la actividad laboral, ésta no introduce diferencias significativas en el uso de anticonceptivos, al contrario de lo que ocurría en la encuesta del INE-2003.

Las mujeres sin pareja estable conviviendo en el hogar no se diferencian mucho de las otras sino por su edad – esta forma de vida es característica de las menores de 30 años-. La casi totalidad de estas mujeres jóvenes usan métodos reversibles: preservativo y píldora anticonceptiva preferentemente.

Todo esto supone que, respecto a la encuesta del INE-1999 ha disminuido ligeramente la prevalencia de uso de anticonceptivos. Por tipos de anticonceptivos ha aumentado el uso de la píldora y disminuido el del preservativo, no obstante, las diferencias son muy moderadas.

TABLA 4: Evolución de las prácticas anticonceptivas en España

ESPAÑA	INE	DAPHNE	CIS	CIS	DAPHNE	DAPHNE
Año	1999	1999	2006 (a)	2006 (b)	2007	2009
Prevalencia anticoncepción (%)	71,7	61,2 (60,7)	65,7	69,6	79,7	78,8
Prevalencia métodos modernos	66	55,7	62,3	65,9	72,4	74,8
Esterilización femenina	10,1	4,5	5,6	4,62	4,1	4,3
masculina	9	6,5	7,9	6,46		4,6
Píldora	13,1	16,5	17,2	19,3	20,3	17,9
Inyecciones o Implantes	0,1	---	0,2	0,2	---	----
DIU	6,6	5,9	6,4	5,6	4,5	4,9
Preservativo	27,0	21,9	24,8	29,8	38,8	37,3
Barreras vaginales	0,1	--	0,2	0,2	----	----
Otras	0,0	0,4	0,0	0,0	4,7	5,7
Métodos tradicionales	5,7	5,0	3,5	3,4	3,0	2,8
Ritmo	0,8	0,7	0,3	0,2	0,5	0,6
Coito interruptus	4,0	4,3	1,9	1,6	2,5	2,2
Otras	0,9		1,3	1,6		
N	7.749	2.136	3.100	3.887	2.105	2.108

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del CIS-2006. a: mujeres sexualmente activas (15 a 49 años) con pareja estable conviviendo en el hogar; b: incluye también a las mujeres sexualmente activas (15 a 49 años) sin pareja conviviendo en el hogar. Para SEC-Schering, la siguiente web: <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/encuesta6.pdf>.

Aunque los datos varían según las fuentes, son pertinaces en algunas cuestiones y nos permiten asegurar que: el preservativo es el método preferido por los españoles, seguido por la píldora. El DIU es poco empleado y el recurso a los métodos tradicionales está decayendo según las mujeres encuestadas (recordemos que estamos ante un tema en el que el efecto de legitimidad es fuerte).

2.3.3 La Encuesta Nacional de Salud, OSM-CIS-2009

La Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), fue realizada por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Forma parte del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud que contempla como objetivo “realizar una encuesta para generar conocimiento sobre la salud sexual en mujeres y hombres útil para identificar las necesidades de información y atención sanitaria existentes”. La salud sexual es un campo en el que existe escasa tradición de servicios específicos y de información por ello se ha planteado la necesidad de realizar la primera encuesta poblacional de salud sexual.

La encuesta sostiene incorporar la perspectiva de género. De modo que la muestra está formada por 9850 mujeres y varones de 16 años y más, distribuidas por todo el territorio nacional. Además de la inclusión de los varones, el enorme rango de edad (16 en adelante), sin duda, afectan a los resultados y a su comparabilidad. Otra novedad de esta encuesta es que maneja el concepto de sexualidad expandida, en vez del tradicional de sexualidad coital. Así considera las relaciones sexuales como “conjunto de prácticas que realizan dos o mas personas, de igual o diferente sexo, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene porque incluir el coito, ni concluir con el orgasmo” estas novedades contribuyen a dificultar la comparación con los datos procedentes de encuestas previas (por ello no la incluimos en la tabla anterior). La encuesta va en la línea que probablemente acabe instalándose en Europa: adoptando una perspectiva de género e incluyendo a los varones en las encuestas sobre salud sexual y reproductiva para, suponemos, avanzar en la corresponsabilidad reproductiva.

Los resultados de esta encuesta insisten en que son el preservativo masculino y la píldora los métodos más utilizados en España y en que el uso de la PAU se concentra en el grupo de edad de 16 a 34 años. Así mismo, los datos reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo en las mujeres (24% afirman que deciden solas frente al 13% de los varones), tendencia que se observa en todos los grupos de edad (ENSS, 2009).

2.4 Relación entre prácticas anticonceptivas e IVEs en España

Si tenemos en cuenta, primero, el uso frecuente del preservativo, segundo, la tasa relativamente baja de uso de anticonceptivos reconocidos por su mayor eficacia y tercero, los fallos inevitables en el uso de los métodos incluso de los considerados más fiables – por ejemplo, la píldora-, el aborto voluntario no parece una realidad tan extraordinaria, sino mas bien el resultado de una conjunción de elementos y situaciones ‘propiciatorias’. Así se desprende de la encuesta HAYA, realizada en 2007 por el equipo Daphne, que encuestó a 2475 mujeres solicitantes de IVEs en las mayores clínicas autorizadas del país (se excluyen los abortos por malformación fetal y los de mujeres residentes fuera de España) ²⁷. Las características más destacables de estas mujeres son: solteras, de edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, con estudios medios y trabajando fuera del hogar. El 46% residen en pareja, el 58% son españolas de origen y el 63,8% (1578) estaban usando algún método anticonceptivo (entre las de origen español el 73,3% estaban usando anticonceptivos y el 50,6% entre las extranjeras): el 39,5% usaban el preservativo, el 11,6% la AO, el 5,6% la marcha atrás y el 2,9% otros métodos naturales.

Desde su despenalización, el aborto voluntario registrado ha conocido un crecimiento importante. Los datos analizados por Delgado y Barrios muestran que la década de los noventa cambió la posición del país respecto al resto de Europa, en lo que concierne a la proporción de embarazos que terminan en abortos para las mujeres de entre 15-19 años y las de entre 20-24 años. A la cola de los países de Europa para estos grupos de edad en 1991, en 1999 España superaba al Reino Unido en lo referente al grupo de edad de 15-19 años, y a Francia, Italia, Reino Unido y Dinamarca en lo que concierne a las de 20-24 años. No obstante, la tasa total de IVEs en España sigue en las últimas posiciones. Durante los últimos años, el

27.- Encuesta sobre Hábitos Anticonceptivos y Aborto (HAYA) realizada a 2475 mujeres solicitantes de IVEs (Daphne, 2009).

rejuvenecimiento del aborto es paralelo al envejecimiento de la edad de acceso a la maternidad (en 2008 es el grupo de edad de 30-34 años el que registra mayor porcentaje de nacimientos según la encuesta de MNP del INE, 2009)²⁸.

Delgado y Barrios muestran que son: la situación laboral y el estado civil los determinantes socioeconómicos con mayor fuerza explicativa. Así las IVEs entre las mujeres paradas y asalariadas se duplican en el año 2001 respecto a 1991. Entre las que conviven con su pareja sin estar casadas, la cifra está a punto de triplicarse, con independencia de su situación respecto al resto de los determinantes (2007:76). Así aunque cambie ligeramente el perfil, el número anual de IVEs registrados en España continua su tendencia alcista.

TABLA 5: Tasas de IVEs (%) mujeres de cada grupo de edad), 1997-2008. España.

	Año de intervención											
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL	5,52	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78
< 20 años	5,03	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48
20-24 años	8,13	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65	21,05
25-29 años	6,84	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57	16,49
30-34 años	7,57	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07	11,63
35-39 años	4,45	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67	7,97
> 39 años	2,27	2,35	2,4	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25	3,30

Fuente: <http://www.msps.es/novedades/docs/libroIVE2008.pdf>

Si analizamos los datos sobre IVEs por grupos de edad, observamos que durante la última década, estos se concentran mayoritariamente en el grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años y, en tercer lugar, el grupo de las menores de 20 años. Este patrón se mantiene constante con el paso del tiempo, siendo la tendencia alcista en todos los grupos de edad.

Entre las mujeres mayores de 30 es difícil pensar que sea la falta de información la razón que conduzca a un embarazo no deseado, a no ser que sean mujeres extranjeras, alejadas de los servicios públicos de salud las que estén engrosando estas tasas. De hecho, el último informe sobre IVEs del Ministerio de Salud y Política Social nos permite elaborar un retrato preciso de las mujeres que acceden a las IVEs en 2008 en territorio nacional y andaluz.

En España, el perfil de la mujer que accedió a una IVE en 2008 es: soltera (68,23%), con estudios secundarios de primer (32,66%) y segundo (27,82%) ciclos, seguidas de aquellas que poseen estudios primarios (21,84%). Son mayoritariamente asalariadas (61,56%), paradas (15,04%) y estudiantes (10,03). Su lugar de origen es: Europa (66,79%, por supuesto españolas mayoritariamente: 55,56%); América (26,25%), con mayor concentración en América del Sur (23,32%), África (5,4%) y Asia (1,52%).

Desde el Ministerio ya se afirmaba, en 2006, que “con la información disponible en el registro de IVEs y otras fuentes, no se puede afirmar que las IVEs estén aumentando en las mujeres españolas. Si se tiene en cuenta la evolución de la notificación de las IVEs desde la puesta en marcha del registro en 1987, y la evolución de las IVEs realizadas fuera de España antes y después de la despenalización, más bien se podría decir que las tasas de IVEs de las españolas se habrían modificado escasamente desde su despenalización”. Según esta fuente el incremento puesto de manifiesto por los datos se debe a: 1) el aumento de su notificación al registro y a la transformación de las IVEs clandestinas o realizadas en el extranjero a IVEs registradas, y 2) el incremento de la población inmigrante en edad fértil (2006:55).

En esta línea Barroso, Lucena y Parrón (2005) analizaron las IVEs en un distrito sanitario de Almería entre 1998 y 2002. Almería es una zona con importante aumento de población inmigrante y durante ese período

28.- En 2008, la distribución de nacimientos por grupos de edad en España fue: <15 años - 0,03% ; 15 a 20 años - 2,91% ; 20 a 24 años - 9,98% ; 25 a 29 años - 22,75% ; 30 a 34 - 38% ; 35 a 39 - 22% ; 40 a 44 - 3,98% y de 45 a 49 años - 0,25%.

se estudiaron 224 solicitudes de IVEs: en 2002 la tasa fue de 3,1/000, el grupo de edad con más solicitudes fue el de 20-24 años (29,5%) y el 52,7% eran inmigrantes. Entre las inmigrantes²⁹, el grupo de edad de 20-24 años fue también el más numeroso. “Sin embargo, para las adolescentes (15-19) y para las mujeres entre 35 y 49 años el porcentaje es mayor entre las mujeres no inmigrantes”.

La tasa media de IVEs para España fue de 11,78 por mil mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, en 2008. En este período la tasa andaluza fue ligeramente inferior: 11,29 /000. Andalucía es la sexta comunidad detrás de Murcia (16,59/000), Cataluña (16,49/000), Madrid (15,79/000), Baleares (14,13/000) y Aragón (12,6/000). Las otras 12 comunidades autónomas presentan tasas de IVEs inferiores.

2.5 Anticoncepción e IVEs en Andalucía

La encuesta del CIS-2006, aporta datos para cada comunidad autónoma. En la pequeña parte de la muestra andaluza que respondió a la pregunta sobre el uso de anticonceptivos (n= 282/ n total Andalucía= 937), el preservativo aparece como el método más utilizado (39%), seguido por la píldora (25,2%), la esterilización masculina y femenina (12,4% y 10,6%) y el DIU (6,7%). En esta pequeña muestra, ninguna de las mujeres usaron: crema, espumas o esponjas espermicidas ni abstinencia periódica.

Respecto a las IVEs, sabemos que la tasa andaluza es de 11,29 por mil mujeres de 15 a 49 años y la siguiente tabla nos muestra el perfil de las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo en Andalucía.

29.- Helström et al (2003) sostienen que la condición de inmigrante es un factor de riesgo para sufrir abortos inducidos. A partir de una muestra de 1.289 mujeres solicitantes de aborto, mostraron que el 36% habían nacido fuera de Suecia, procediendo de 77 países y 4 continentes. El nivel de educación y el estatuto de inmigrante -frecuentemente asociado a menor nivel educativo, red social debilitada, pobreza, desempleo y a la posición alejada de las “vías” comunes de acceso al sistema de salud- son factores de riesgo para abortar.

TABLA 6. Nº de I.V.E. por grupo de edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de hábitat, nº de hijos, nº de IVEs previas y uso de PF. Andalucía, 2008.

		ANDALUCÍA							
		Edad <15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
		años	años	años	años	años	años	Años	Años
TOTAL I.V.E.	20.574	104	3.094	5.492	4.940	3.601	2.397	892	54
Estado civil									
Soltera	13.923	103	2.993	4.847	3.454	1.644	686	186	10
Casada	4.818	0	73	513	1.097	1.432	1.202	469	32
Viuda	119	0	0	3	10	27	49	26	4
Divorciada	680	0	2	31	133	188	234	86	6
Separada	847	1	2	54	205	272	197	114	2
No consta	187	0	24	44	41	38	29	11	0
Nivel de instrucción									
Analfabeta	386	0	32	86	119	87	46	16	0
Sin estudios	1.327	20	264	324	268	221	164	59	7
1º grado	4.385	46	912	1.216	913	645	437	209	7
2º grado, 1º ciclo	7.059	32	1.139	1.980	1.713	1.154	752	269	20
2º grado, 2º ciclo	4.926	6	625	1.365	1.195	912	610	200	13
3º grado (Escuela)	1.382	0	64	320	397	317	202	77	5
3º grado (Facultad)	802	0	26	128	253	204	146	43	2
No clasificables	21	0	3	4	4	6	2	2	0
No consta	286	0	29	69	78	55	38	17	0
Tipo de hábitat									
10.000 y menos	2.808	21	479	689	588	496	384	144	7
10.001-50.000 (exc. cap.)	5.089	36	809	1.314	1.226	865	593	232	14
50.001-500.000 (inc. cap.)	8.006	32	1.163	2.121	1.949	1.427	959	332	23
500.001 y más	4.670	15	643	1.368	1.176	813	461	184	10
No consta	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Nº hijos vivos actualmente									
Ninguno	9.065	103	2.548	3.167	1.956	879	320	87	5
Uno	5.291	0	474	1.596	1.470	985	594	167	5
Dos	4.014	1	62	582	1.066	1.063	877	339	24
Tres	1.489	0	7	119	334	464	375	176	14
Cuatro	465	0	0	17	77	149	140	79	3
Cinco o más	232	0	0	4	33	60	88	44	3
No consta	18	0	3	7	4	1	3	0	0
Nº IVEs anteriores									
Ninguno	13.547	102	2.630	3.740	2.984	2.045	1.442	568	36
Uno	4.743	2	397	1.294	1.307	967	562	203	11
Dos	1.377	0	58	311	399	337	209	58	5
Tres	452	0	5	98	128	116	73	31	1
Cuatro	184	0	1	22	58	57	36	10	0
Cinco o más	208	0	1	12	47	65	63	20	0
No consta	63	0	2	15	17	14	12	2	1
Utilización C.P.F.									
Sí. Público	8.018	47	1.206	2.166	1.914	1.415	906	357	7
Sí. Privado	1.188	4v	138	303	291	234	162	53	3
Sí. Otros	691	4	119	190	165	104	74	32	3
No	10.030	48	1.562	2.670	2.381	1.735	1.172	425	37
No consta	647	1	69	163	189	113	83	25	4

Fuente: MSPS, Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2008 (p:42).

Como podemos observar, el perfil de las mujeres que abortan voluntariamente en Andalucía no difiere mucho del perfil nacional. Nuevamente son las mujeres del grupo de edad 20-24 años, solteras, con estudios secundarios y sin hijos las que acceden mayoritariamente a las IVEs.

2.6 Más allá de los datos: barreras sociales a la anticoncepción

Consideramos pertinente diferenciar las barreras a la anticoncepción en dos grandes grupos: uno, barreras sociales: información de la población, percepción del riesgo, presión social ... y, dos, barreras sanitarias: accesibilidad a los centros sanitarios, los profesionales y los anticonceptivos y comunicación con los profesionales sanitarios.

El nivel y la calidad de la información que posee la población sobre los métodos anticonceptivos disponibles y sus modalidades de uso, es uno de los principales argumentos que se utilizan para explicar las llamadas conductas sexuales de riesgo. Pero la información poseída, por sí sola, no logra explicar estos comportamientos. Las investigaciones revisadas apuntan que 'la percepción del riesgo de embarazo' es otro elemento especialmente relevante para completar la explicación y avanzar en la comprensión del fenómeno que nos ocupa. Tampoco podemos olvidar los aspectos estructurales: las costumbres y convenciones sociales sobre la conveniencia o no de tener descendencia y a qué edades, la influencia de la religión, la situación económica y de pareja ... Veamos.

2.6.1- Información y percepción del riesgo

Para conocer el nivel y las fuentes de información sexual que maneja la población española recurrimos a dos encuestas nacionales: la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS, INE, 2003) y la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS, OSM-CIS, 2009).

TABLA 7: Personas de 18 a 49 años por sexo, grupo de edad y fuente principal de información sexual.

	Total	Padres o familiares mayores	Hermanos o amigos	Pareja	Profesionales	Soportes varios	Nadie
Ambos sexos							
Total	100	12,39	38,78	19,59	10,28	12,11	6,84
De 18 a 29 años	100	16,92	38,32	15,40	13,57	10,59	5,2
De 30 a 39 años	100	10,15	40,05	20,99	9,68	13,11	6,03
De 40 a 49 años	100	9,23	37,89	23,31	6,77	12,90	9,9
Varones							
Total	100	10,56	43,92	14,98	9,9	13,30	7,34
De 18 a 29 años	100	14,46	41,95	12,21	12,69	12,44	6,24
De 30 a 39 años	100	9,03	45,97	16,80	8,47	13,42	6,3
De 40 a 49 años	100	7,23	44,07	16,47	7,94	14,29	10,01
Mujeres							
Total	100	14,28	33,52	24,31	10,66	10,90	6,34
De 18 a 29 años	100	19,50	34,51	18,75	14,50	8,64	4,1
De 30 a 39 años	100	11,29	33,99	25,27	10,91	12,79	5,75
De 40 a 49 años	100	11,22	31,77	30,09	5,61	11,52	9,79

Fuente: ESHS, INE, 2003.

Según la ESHS (2003) sólo el 6,84% de la población española carecería de fuentes de información sexual, este porcentaje llega al 10 para los mayores de 40 años y desciende al 5,2 para los más jóvenes. Por tanto, las nuevas generaciones cuentan con más fuentes de información que sus predecesores. No obstante, queda por analizar la fiabilidad de esas fuentes de información. Si consideramos como fuente más fiable a los profesionales, vemos que es utilizada por un 10% de la población (siendo más utilizada por las mujeres de menor edad, 14,5%) y, que el 12% utilizaron como fuente a los padres o familiares mayores. Entonces, ¿cómo se informan los españoles sobre cuestiones de sexualidad? Pues, a través de hermanos o amigos (39%) y de la pareja (20%), es decir, del grupo de pares. Tenemos pues, mucha gente informada pero no por fuentes que ofrezcan garantías de precisión y fundamentación científica.

La ENSS (OSM-CIS, 2009) señala que un 25% de la muestra (de tamaño n=9850), se ha sentido alguna vez preocupado por su vida sexual. En estos casos, las personas que han buscado ayuda (450 hombres y 622 mujeres), han recurrido a fuentes especializadas. Estos muestran un patrón de elección muy similar por sexos: la mayoría (en torno al 60%) menciona haber recurrido a profesionales, seguido de amigos (el 25% de los chicos) y amigas (el 21% de las chicas), la pareja (11% de las mujeres y 7% de los hombres) y la madre en el caso de las chicas (26%) y chicos (23%) de 16 a 24 años. El recurso a internet se limita al 3,1% de los varones y al 1,5% de las mujeres (2009:97).

Esta encuesta nos permite saber también a qué tipo de profesionales recurrieron los 214 hombres y las 280 mujeres que lo hicieron. Los hombres acuden a “medicina de familia” (42%), “urología” (27%) y “psicología” (21%), mientras que las mujeres acuden a “ginecología” (42%), “psicología” (31%) y “medicina de familia” (30%). De ellos y ellas, más del 60% recurrieron a la sanidad pública. Su satisfacción con estos servicios es alto y bastante similar en hombres y mujeres por grupos de edad. Se mostraron “muy satisfecho/a” un 42,5% de ellas y un 37,4% de ellos. No obstante, se encuentran “poco” y “nada satisfechos/as” el 27,1% de hombres y el 24,3% de mujeres (ENSS, 2009).

Los motivos que llevaron a la población a consultar con profesionales son: para varones: no tener pareja sexual y la falta de experiencia (24,6% y 22,8% respectivamente); y, para mujeres: pérdida del deseo sexual (27,1% sobre todo en la franja de edad de 45 a 64 años) y la falta de experiencia (20,9%) (ENSS, 2009:92)³⁰.

De todos modos, que se posea información no garantiza que se haga uso de ella. Así, un estudio realizado en Francia (Moreau et al, 2005), con 1365 mujeres que habían solicitado abortar en 2002, muestra que la mayoría de estas mujeres (89%) habían oído hablar de la píldora de urgencia antes de ir a hacer una IVE (la mala situación económica, el origen extranjero, y, el bajo nivel de estudios contribuyen al desconocimiento). El 38% tuvieron conciencia del riesgo de embarazo en el momento de la relación sexual que lo causó, el 32% pensaron que no tenían riesgo; y, el 25,5% no pudieron identificar la relación que causó el embarazo. Esta conciencia del riesgo depende del tipo de método usado: más alta cuando se usa el condón, la marcha atrás, o nada, que cuando se usa la píldora o la abstinencia periódica. Depende también de la condición social de las mujeres: con más estudios, solteras, sin niños, son más conscientes del riesgo. Y, se revela más alta para las mujeres que no querían tener la relación sexual que causó el embarazo.

La principal razón para no tomar la píldora de urgencia es considerar no correr un riesgo y una parte de las mujeres han cambiado su percepción del nivel de riesgo, entre el momento de la relación sexual, y más tarde. Moreau et al (2005) subrayan que la percepción del riesgo por parte de las mujeres cambia con el tiempo, el caso más común es una relación sin condón o con olvido de píldora, las mujeres consideran de hecho que corren un riesgo pero después piensan que no están en la fase crítica de su ciclo menstrual. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta posible reevaluación (en los dos sentidos pero sobretodo del riesgo al no riesgo) sería importante tener píldoras de reserva para facilitar la ingesta inmediata cuando hay conciencia del riesgo.

En este sentido se realizó una investigación en California, que estudió el impacto de tener una PAU de reserva sobre las prácticas de consumo de las mujeres. Trabajaron con 1.130 mujeres, de ellas el 53% tenían un paquete de reserva y el 47% restante recibieron solo folletos informativos. Comparando estos dos grupos, se observa que el hecho de tener la píldora de reserva contribuye a aumentar su probabilidad de uso, pero no genera diferencias en los comportamientos anticonceptivos ni en la asunción de riesgos entre los dos grupos. Además, incluso con una píldora de urgencia a mano, casi la mitad de las mujeres siguieron sin tomarla después de la relación sexual, debido a la baja percepción del riesgo de quedar embarazada (Walsh et al. 2006).

30.-http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

2.6.2- Mitos y falsas creencias

En España, como en el resto de países, circulan numerosos mitos³¹ sobre los diferentes anticonceptivos que condicionan las prácticas sexuales y anticonceptivas de la población. Algunas de las creencias más extendidas son:

- la píldora: provoca la caída / aumento del cabello, manchas en la piel, cáncer, esterilidad, perturbaciones del ciclo menstrual, dolor de cabeza, náuseas y engorda. La píldora anticonceptiva propicia la aparición de espinillas y acné.
- DIU : causa hemorragias, vértigo, engorda, y se puede perder. El DIU está asociado al crecimiento del deseo sexual de las mujeres pero también a los riesgos de quedarse pegado al cuerpo del bebé y al riesgo de esterilidad en el futuro. Puede molestar a la pareja a la hora de mantener relaciones sexuales, dar dolores en la espalda, y, provocar cáncer.
- La PAU se asocia a jóvenes e irresponsables
- Los inyectables dan dolor de cabeza, trastornos en la menstruación y engordan.
- No hay posibilidad de riesgo de embarazo al tener relaciones sexuales durante la menstruación y la lactancia
- Existen días sin ningún riesgo de embarazo identificables de manera sencilla vigilando el ciclo.
- La primera vez que se realiza el coito no hay riesgo de embarazo
- Si se realiza el coito de pie es imposible que pueda producirse un embarazo
- Las duchas vaginales son un método anticonceptivo
- La marcha atrás es un buen método anticonceptivo
- Los métodos naturales (calendario, temperatura basal, moco cervical...) son muy eficaces
- Si el condón se rompe y la chica se lava bien después del acto sexual, no pasa nada
- Después de algún tiempo necesitas realizar una pausa en la ingesta de la píldora

Estas creencias, con frecuencia tienen una fundamentación empírica; no son del todo falsas. French y Cowan (2009) han estudiado los efectos secundarios y los riesgos para la salud de los anticonceptivos, y sostienen que los riesgos de embarazo son mayores que los riesgos asociados al uso de anticonceptivos aunque las mujeres suelen sobreestimar estos últimos. Estas autoras estudiaron la influencia de la AO en: la ganancia de peso (sin resultados concluyentes), los trastornos menstruales, el estado de ánimo y la depresión (se han documentado cambios de humor), la densidad mineral ósea (la disminución de la DMO asociada al uso de DMPA es importante en adolescentes que no han alcanzado su pico de masa ósea), cáncer de cuello de útero (el riesgo relativo aumenta entre las usuarias de AOC, pero disminuye después de dejarlos), el cáncer de mama (la edad de inicio y la duración de uso tienen un pequeño efecto adicional), efectos cardiovasculares. Así como los efectos positivos: las usuarias de AOC tienen menor riesgo de cáncer de ovario y endometrio que las no usuarias y, el uso del DIU y DMPA también muestra protección frente al cáncer de endometrio (2009:242). Así, la idea de que la AO produce cáncer, objeto de numerosos

31.- Ver Bretin y Gómez Bueno, 2009 y resumen extraído de las preguntas formuladas durante la campaña «Sexo con Sesos», de 2007 (disponible en la red).

estudios y controversias, no es extraño que circule entre las usuarias. French y Cowan (2009) insisten en que muchas mujeres ignoran los efectos beneficiosos asociados a diferentes métodos y qué estos efectos tienen poca influencia en la toma de decisiones: «Bryden y Fletcher encontraron que el 40% de 215 estudiantes universitarias entrevistadas sobre el uso de la píldora, creían que ésta aumentaba el riesgo de cáncer de ovario, no que lo disminuía (no había diferencias entre las usuarias y no usuarias de la píldora)» (cf. French y Cowan, 2009). Es decir, las estrategias de apropiación de los saberes expertos consisten en adoptar la información experta que es coherente con las creencias previas y descartar el resto.

En general, lo que ocurre es que al descontextualizar la información y no matizar se enfatizan algunos efectos, obviando otros. Es decir, circula mucha información poco precisa y, es justamente, sobre esa información que se transmite por los círculos informales sobre la que se fundamentan las decisiones de la población. Una cosa es que disminuyan las probabilidades de embarazo durante determinados períodos y otra, muy distinta, que desaparezcan.

Es interesante la observación que, sobre los mitos, hace Ex3: me la lleve a la sala de exploraciones (a una chica de 16 años) y me explico qué pasaba: «habían hecho lo del péndulo para ver cuántos hijos vas a tener, y dependiendo si el péndulo va para la derecha son hijas, si va para la izquierda son hijos y a ella se le quedaba parado. Entonces dice que ella ha escuchado que la píldora te deja estéril...por mas que su madre le ha dicho y yo le he explicado, pues, se fue de la consulta sin el compromiso de usar método hormonal: que va a usar preservativo. Eso ya es una exageración pero mitos de esos». Como también lo es analizar cómo van cambiando los mitos con el tiempo: «en el 84-85, había escuchado muchas cosas sobre la píldora que te pone gorda, que la circulación... y lo de que te deja estéril yo no lo he escuchado hasta 10 años después, durante un montón de años no ha habido ese mito y ahora sí [...] pienso que viene de que la gente ahora tenemos más dificultad para quedarnos embarazadas porque lo hacemos más tarde, porque la mayoría ha empezado a tener relaciones hace mucho tiempo y ha podido tener alguna ETS sin saberlo, es más los médicos lo dicen: eso es de todos los años que te has tomado la píldora. Que ahora somos un poco menos fértiles está claro» (Ex3, 2010).

Ex4, también hace referencia a los mitos: «las mujeres suelen tener información pero sesgada, siguen los mismos mitos del pasado. Por eso siguen con el preservativo que no les gusta pero es que la píldora engorda, el DIU: si adelgazo se va a mover, cosas así que siguen funcionando ; distorsiones e ideas erróneas. Tienen información pero sesgada y se ven diferencias entre las que vienen del campo y las de la ciudad».

Lo que piensa la gente es muy distante de la opinión de la clase médica, sostiene esta experta. El médico es uno pero lo que les rodea: el vecino, el amigo, los periódicos, la televisión ... «¿Qué pasó con la PAU? Todo el mundo viene acojonado, si se rompe el preservativo y ya la ha usado, la segunda vez no la toman porque ya han oído – mala información de los médicos que damos la píldora- que esa pastilla es la bomba hormonal y se quedan con esas cosas porque son más fuertes. Cuando tu le dices mira, que la puedes tomar todas las veces que quieras pero que no compensa estar tomando una PAU todos los días, primero no es efectiva tiene un riesgo del 3% y la píldora tiene un fallo del 0,0 no sé qué».

Por tanto, los mitos no son exclusivos de los legos, también entre los profesionales circulan creencias erróneas sobre la PAU, el DIU: “hay demasiadas creencias erróneas en torno a los DIUs. El uso esporádico o crónico de antiinflamatorios, no es una contraindicación para utilizar DIU [...] su uso no condiciona una infertilidad posterior” (Arribas, 2007).

Ni son exclusivamente españoles. La encuesta «Les français et la contraception»³² muestra que aun con un alto nivel de conocimientos, los mitos continúan vigentes. En Francia, el nivel de conocimiento es alto: son muchos los que conocen varios métodos y, los más conocidos son: la píldora y el condón masculino (97%) y el DIU (93%). Casi tres cuartas partes de los encuestados conocen igualmente el preservativo femenino y

32.- Encuesta telefónica realizada en 2007 por el INPES-BVA a una muestra representativa de la población francesa de 15 a 75 años (N=2004).

el diafragma. Los demás métodos son, en su mayoría, conocidos por la mitad de la población: espermicidas (52%), parches (48%), implantes (44%) y anillo vaginal (44%). Sin embargo, las falsas representaciones siguen vigentes: la mitad de las personas piensan que no se puede poner un DIU a las mujeres que no han sido madres o que una mujer no es fecundable el decimocuarto día del ciclo. El 22% de los franceses y el 34% de los jóvenes entre 15 y 20 años piensan que una se puede quedar estéril por tomar la píldora, y son muchos los que piensan que la píldora engorda (24%). Si parte de los franceses conocen los nuevos métodos, este conocimiento se limita a su existencia misma y poco más. La mitad no conocen la duración de un parche ni del anillo vaginal, 6 de cada 10 no saben cuanto tiempo es eficaz el implante. Entre los jóvenes, se calcula que 1 de cada 10 no tiene conciencia de que la píldora no protege del VIH y otras ETSs. La píldora anticonceptiva de urgencia se percibe como reservada solamente a las mujeres de menos de 25 años para más del 35% de los que conocen este método, y solamente el 5% de la población (frente al 15% de los de entre 15 y 20 años) conoce el plazo de su utilización. Y una cuarta parte de los franceses no tiene ni idea del plazo de eficacia (INPES, 2007).

Mitos y falsas creencias que constituyen una potente barrera a la anticoncepción eficaz al ser el fundamento de numerosos miedos. Por ejemplo, entre la población con una filosofía de vida anti-medicalización, hay una fuerte resistencia a la idea de estar durante largos años ingiriendo hormonas. Por ello, trasladamos la pregunta sobre los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal continuada durante un período prolongado (15-20 años) a nuestros expertos. Ex6, nos contestó : « el uso de anticoncepción hormonal durante toda la etapa fértil de las mujeres que no presentan contraindicaciones para su uso, no predispone a un mayor riesgo de padecer enfermedades. Se ha demostrado que es capaz de prevenir ciertas enfermedades. En este sentido varios meta-análisis indican, en usuarias de la píldora, una disminución del riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (ovárico y endometrial), y que su uso no se asocia a ningún incremento de muerte comparado con las no usuarias, mostrando un beneficio evidente (Lancet, 2008 ; 371 :303-314 ; Human Reprod, 1997 ;12 :1851-1863 y BMJ, 2010 ;340 :c927doi10.1136/bmj.c927)». Es decir, desde el equipo médico de Bayer nos indican que no sólo no es malo ingerir anticoncepción hormonal durante toda la vida fértil, sino que es beneficioso para prevenir determinados tipos de cáncer. Esta información aunque fundamentada nos parece incompleta al no referir los efectos sobre el riesgo de contraer cáncer de cuello de útero o cáncer de mama, como sí hace el estudio de French y Cowan (2009, Clinical Obs and Ginecol), recientemente comentado.

Mitos y falsas representaciones que circulan de manera casi “universal”, ilustran tanto el déficit informativo como la potencia de algunas normas medicas transmitidas sin suficientes explicaciones y, erróneamente asimiladas por la población general.

2.6.3- Roturas, deslizamientos, olvidos y retrasos

Recordemos la diferencia entre la eficacia teórica y práctica de los métodos anticonceptivos. La primera hace referencia a las condiciones ideales de uso mientras que la eficacia práctica pone en relación el método y las condiciones concretas de su uso. Empero la medida estándar que se utiliza es el índice de Pearl (IP) que indica la probabilidad de embarazo en 100 usuarias de un método determinado durante un año.

El método más utilizado en España, el preservativo, según observan varios estudios y profesionales, no resulta tan fácil de usar: no se hace un uso sistemático -sobre todo entre los más jóvenes- o se hace demasiado tarde. La tasa de rotura o deslizamiento del preservativo es del 28% y, el 80,5% de la demanda de anticoncepción de urgencia procede de parejas que han tenido problemas con este método: rotura o deslizamiento, sostiene Arribas (2007).

El segundo método en frecuencia de uso en España es la píldora. En diferentes países³³, las encuestas

33.- En Francia, a pesar del uso muy expandido de los anticonceptivos eficaces, se estima en un 33% la proporción de embarazos no deseados, de los cuales la mitad acaban en aborto. En el 65% de los casos, las mujeres usaban un anticonceptivo (21% la píldora; 9% el DIU; 12% el condón y el 23% otros métodos) (Bajos et al. 2003).

muestran, la dificultad de su uso regular y sistemático, los olvidos que le acompañan y los riesgos de embarazos no deseados que eso implica. Las mujeres españolas no escapan a la ‘regla’ del fallo. Teóricamente no parece nada complicado tomar una pastilla cada día a la misma hora. En la práctica, sin embargo, puede convertirse en una obligación difícil de manejar y de articular con otros ritmos cotidianos: la presencia de un recién nacido con horarios específicos; horarios de trabajo variables y con turnos; trabajo de noche, idas y vueltas entre dos residencias –residencia universitaria / casa de los padres, o residencia propia y de la pareja; preocupaciones determinantes en un momento dado de su existencia... multiplicación de tareas domésticas, soltería y sexualidad esporádica...- los ejemplos no faltan para entender cómo puede fallar la ingesta cotidiana de la píldora.

Algunos estudios españoles muestran que la menor probabilidad de olvido es una razón para que las mujeres elijan el parche o el anillo antes que la píldora (Lete et al., 2007). En 2008, el 71% de las usuarias de la píldora mencionan olvidos o tomas retrasadas, frente al 32 y el 21,6% de las usuarias del parche y del anillo vaginal que olvidan su aplicación / inserción o que retrasan su retirada (Lete et al, 2008). Estas mujeres tampoco saben qué hacer en caso de olvido o de retraso en la ingesta de la píldora, solo el 14% de las usuarias de la píldora solicitan la píldora de urgencia y el 55,6% no toman medidas para protegerse después ni llaman o van a ver al médico, al farmacéutico o a una enfermera, tampoco se hacen un test de embarazo; se limitan a esperar a la siguiente regla (Lete et al. 2008).

Más allá de los ‘fallos’ u olvidos, el uso considerado todavía poco desarrollado de la píldora en España tendría también que ver con la confianza relativa en este método, debido a: la vigencia de viejos “mitos”; la legalización tardía de la anticoncepción moderna (1978 métodos reversibles/ 1983 métodos irreversibles); la promoción del uso del preservativo con motivo de la aparición del SIDA (a través de la famosa campaña del póntelo / pónselo) , y, varias “creencias” – algunas extendidas durante los años setenta por los medios más reacios-, contribuyeron a desarrollar un entorno poco favorable. Creencias sobre la píldora ya comentadas que continúan vigentes en el imaginario colectivo de determinados grupos sociales.

Esto pone de manifiesto la fuerte distancia que separa a las mujeres de los profesionales que dan por sabidos los detalles sobre la ingesta de anticonceptivos y perciben como tremendamente fácil el uso cotidiano de la píldora. Habría que escuchar atentamente, no dar nada por sabido y repetir mucho y de forma muy detallada la información para lograr llegar a la mayoría de la población y, analizar un poco las condiciones de vida de las mujeres para prescribir el anticonceptivo más adecuado a cada situación: ampliar el abanico de posibilidades que se ofertan a cada mujer. El DIU y el implante subcutáneo, al no depender de la autodisciplina de la usuaria, resultan mucho más eficaces. Sin embargo, su uso es muy reducido, entre otras cosas porque no se ha promocionado suficientemente.

A todo lo anterior hemos de añadir la influencia de algunos profesionales y de los prospectos ‘preventivos’ que disuaden a numerosas mujeres de un uso continuado de los anticonceptivos que les son recomendados. Estos hechos incrementan el riesgo de embarazos no deseados, algunos de los cuales acaban siendo interrumpidos. Pero no son razones suficientes para explicar su número. Hay que contar también con una tolerancia cada vez menor al embarazo no deseado por parte de las mujeres, sus parejas y las convenciones sociales. Como venimos sosteniendo, en las sociedades occidentales, los nacimientos están cada vez más programados; decrece el espacio para imprevistos en este campo.

2.6.4. La escasa implicación de los varones

Si centramos nuestra atención en las diferencias de género, vemos que el papel y la corresponsabilidad de los varones en la anticoncepción, es aún muy limitado. Igualmente, hay que reconocer que ni investigadores ni políticos han incluido a los varones en los debates y encuestas sobre anticoncepción, sólo recientemente están siendo consultados, aunque la discusión sobre la pertinencia de tal estrategia sea ya antigua. De modo que dedicamos este epígrafe a los escasos estudios que centran sus análisis en la población masculina.

- Del tradicional papel del varón como proveedor material de la familia ...

Figuroa-Perea cuestiona la perspectiva que identifica al varón como proveedor material de la familia y actor que se limita a aportar algo (positivo o negativo) a la reproducción. “El análisis ha privilegiado al hombre como definidor del contexto socioeconómico en el que se da la reproducción biológica, por lo que estas exclusiones no son dependientes exclusivamente del actuar social de los hombres al desvincularse de la reproducción biológica y concentrarse en la reproducción social, sino de los propios modelos interpretativos de las disciplinas que han abordado el estudio de los procesos reproductivos, así como de las políticas y programas contruidos a partir de dicho conocimiento” (1998).

Al hablar del control de la fecundidad el papel del varón se percibe de forma contradictoria: como obstáculo o apoyo de la regulación de la fecundidad de sus parejas, pero no como seres que pueden regular su fecundidad. Ahora bien, al indagar con ellos sobre el tema, se constata el rechazo a asumir responsabilidades en el ámbito reproductivo (el embarazo es cosa de mujeres, mejor te haces cargo tú, ... etc). Hace tiempo ya que Kaufman (1987) interpretó la sexualidad de los varones como un ejercicio de poder, fundamentado en una masculinidad obsesiva. «Esa necesidad de demostrar permanentemente que se es hombre genera un proceso de fragilidad en la masculinidad y una duda permanente sobre la propia hombría, lo cual se combate con una violencia interiorizada que asegura o apoya el supuesto cumplimiento de la virilidad» (cf. Figuroa-Perea, 1998).

Esa virilidad obsesiva lleva a Arias y Rodríguez (1995) a sostener que los hombres siguen viviendo «siempre disponibles para una relación coital» y diferencian, para el uso del condón, según el “tipo de mujeres” con las que tienen relaciones. Las mujeres conocidas, cuya limpieza y no promiscuidad asumen, no requieren el uso de un preservativo, algo diferente a lo que ocurre con las desconocidas, ya que pueden ser promiscuas. Muchos hombres refieren que no hace falta el uso del condón con sus parejas, ya que “ellas sí son fieles y sólo tienen relaciones con ellos” (cf. Figuroa-Perera, 1998). Constatándose de este modo, la doble moral que se aplica a las practicas sexuales de mujeres y varones.

... a los primeros indicios de corresponsabilidad

Pero, la realidad no es tan homogénea ni androcéntrica. Por ejemplo, el estudio de Necchi y Schufer (1999) describe las conductas y las circunstancias en las que tienen lugar la iniciación sexual de los varones. Realizaron una encuesta a una muestra de 420 varones de entre 15 y 19 años, escolarizados en la ciudad de Buenos Aires, y describen las conductas y las circunstancias en las que tiene lugar la iniciación sexual (un porcentaje importante se inicia con prostitutas). Proponen una tipología en función de las respuestas obtenidas, en:

- Impulsado: se inicia sexualmente antes de los quince años con una prostituta motivado por: la necesidad física, la curiosidad o la influencia de los amigos. El principal temor es el SIDA y decide él mismo usar el preservativo (41,2% de la muestra).
- Integrado: se inicia sexualmente entre los 16-17 y más años, dentro de una relación de noviazgo. La preocupación principal es el embarazo. Utilizan el preservativo y el coitus interruptus (27%).
- Ocasional: se inicia en las relaciones sexuales con una amiga, o con alguien a quien conoce ocasionalmente. Edad heterogénea. No se tomó la decisión, simplemente ocurrió: bien por la insistencia del otro, bien por seducción. Es el grupo más desprotegido y lo componen el 31,8%.

A modo de conclusión, destacan el alto grado de heterogeneidad encontrado: unos se pueden identificar en un modelo de integración sexualidad / afectividad ; otros actúan impulsados por la cultura machista y se inician precoz y disociadamente, y otros de manera impulsiva provocados o seducidos, con un bajo manejo de la situación. Esto, según los autores, refleja el proceso de transformación en que están sumidos

los chicos sobre la forma de asumir la masculinidad. En cuanto al uso de anticonceptivos, el preservativo es el más usado por los varones: es valorado como eficaz para la anticoncepción y se usa para prevenir ETS. No se percibe claramente el compromiso con la responsabilidad reproductiva pero sí el temor al SIDA. A medida que los varones se involucran afectivamente en parejas estables se desprotegen más de métodos anticonceptivos.

Fraille et al (2008) insisten en que ellos son más reticentes al uso de anticonceptivos mientras que las chicas son más receptivas (cf. Pérez, 2009). Y, a lo largo del estudio constataremos que ellos se oponen más al uso del preservativo aunque se preocupen más por comprarlos. Las ETS también son objeto de su preocupación, pero no la prevención de embarazos no deseados. Discursos y prácticas no son del todo coherentes, entre ellos median cantidad de elementos que alteran la acción: la inmediatez, los nervios, los miedos, los sentimientos, la búsqueda del placer, la presión de los iguales ... interfieren entre lo que se sabe, se piensa y se hace.

3.- BARRERAS SANITARIAS A LA ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA: FORMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

A pesar de una difusión cada vez más amplia, el acceso a los diferentes anticonceptivos sigue encontrando obstáculos. Unos son ideológicos (políticos y religiosos), otros más prácticos (organizativos, formativos, económicos) y, en conjunto, movilizan varias normas de género en cuanto a la sexualidad, la procreación y la anticoncepción.

3.1- Obstáculos organizativos

3.1.1- Variabilidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Los cambios realizados en el ámbito de la Planificación Familiar (PF), en Andalucía, han dado lugar a una diversidad de situaciones que, en conjunto, suponen un deterioro de la atención prestada. Esa diversidad contribuye a generar desconcierto entre la población que, en numerosas ocasiones, desconoce quién, dónde y cuándo se presta este tipo de servicio. Esto no es de extrañar si recordamos que de los centros de planificación familiar se pasó a las consultas programadas (donde el profesional contaba con más tiempo para la consulta) y de éstas a las consultas a demanda. Otro cambio importante supuso el pasar de ser atendidas por médicos de atención primaria especializados, a serlo por todos los médicos de atención primaria (AP). La filosofía de estos cambios era normalizar la atención a la anticoncepción, integrándola en los procesos cotidianos. Pero, hace más de 20 años que no se revisa la situación y poco a poco la atención a la salud sexual y reproductiva (SSyR) ha sido desterrada de los objetivos del SAS.

Actualmente, la organización es muy variopinta, sostiene Ex12, porque cuando se diseñó el programa de PF, allá por los años 86-87, se organizó por niveles: primer nivel, la consulta de atención primaria, en los centros de salud -la información y los consejos sobre métodos anticonceptivos se realizan, en ocasiones, por un profesional de enfermería (matrona o enfermero/a)-; segundo nivel, atención especializada donde se remiten los DIUs, si el médico correspondiente no les pone; y, tercer nivel, quirúrgico, donde son remitidos los bloqueos tubáricos y las vasectomías. Todo esto respondía a las necesidades de una población con tasas de fecundidad muy altas.

Ahora mismo los Servicios de PF están incorporados a la Cartera de Servicios, entonces cada centro sanitario o cada distrito ha ido acomodando la prestación del servicio anticonceptivo de manera diferente. Principalmente, están vigentes dos modalidades: 1) el centro de salud dedica 1 ó 2 profesionales (enfermera, médico, médica) a hacer la PF y el resto de profesionales remiten a ellos, y, 2) todos los médicos de familia de AP del centro sanitario asumen la PF de las mujeres del cupo que tienen asignado, la hacen como hacen otro tipo de consultas a demanda. Además hay ocasiones en que los médicos de familia se han entrenado y se hacen cargo de la implantación de los DIUs o implantes y ofrecen ese servicio en los centros de salud.

La autora del capítulo andaluz en el Libro Blanco, insiste en la confusión reinante, y observa un obstáculo añadido, que los desplazamientos de personal dificultan el conocimiento claro de la oferta existente en los diferentes centros de salud; es difícil saber si existe una consulta específica o no, si se ofrece solo la información o si se prescribe también el DIU, incluso si finalmente se lo pone (Ramírez Polo, 2005).

3.1.2- Lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos

En teoría, para obtener un método anticonceptivo hormonal, el tiempo de espera se calcula, es inferior a 2 meses. La obtención del DIU a través de atención primaria necesita entre 1 y 2 meses. Si se necesita pasar al segundo nivel (en el caso de que el propio médico no ponga el DIU) de 1 a 2 meses se añaden a los 2 primeros (hay que acudir primero a atención primaria), es decir, 4 meses de proceso en total (en el mejor de los casos). En cuanto a los métodos irreversibles, legalmente la lista de espera debe ser inferior a 6 meses. Pero la gente no conoce este derecho y el tiempo de espera es superior.

Así, el testimonio de Ex3 coincide con el de numerosas mujeres entrevistadas³⁴: «el problema del DIU es terrible en la pública. Nosotros estamos poniendo muchos DIUs de gente que sólo viene a eso no viene más. El problema es el siguiente: la planning se está haciendo ahora en los médicos de familia, todos los médicos de familia porque antiguamente se hacía en médicos de familia especializados en planning pero ahora no, es tu médico el que te la hace; te receta tus pastillas. Y, la mayoría de esos médicos de familia no saben poner DIUs ni quieren, en la mayoría de los centros de salud es el FEA, el facultativo especialista de área, que va un día a la semana a hacer consulta de ginecología y como además está protocolizado que se tiene que poner con la regla, le tiene que coincidir que estés con la regla el día que el médico tiene consulta y que tú puedas acudir, entonces pues la gente se lleva esperando 3, 4 o 5 meses para ponerse el DIU, yo lo que les aconsejo es que se tomen la píldora mientras esperan a ponerse el DIU». Pero, la realidad nos muestra que mientras esperan el DIU, no son pocas las que se quedan embarazadas y recurren a las clínicas a hacerse una IVE.

Este colapso en la implantación de DIUs se produce aun cuando se trata de un método poco aceptado y/o promocionado. Como apunta Ex12, «existe un imaginario colectivo negativo alrededor del DIU y no se ha promocionado lo suficiente, con lo cual pienso que seguramente se están usando más métodos hormonales porque es más cómodo, es más fácil recetarlos y la accesibilidad al DIU no está muy promovida». No hay una norma clara al respecto, parece que en Andalucía el DIU se financia pero no se promociona. Mientras que el implante subcutáneo sólo se financia en aquellos casos en que se justifica la necesidad a través de un programa específico: «en algunos sitios donde hay profesionales que han demostrado la eficacia y la eficiencia de poner implantes anticonceptivos y además que hay una población de mujeres que se benefician de eso, pues se ha hecho. No se financia de manera generalizada pero, si se presenta un programa para trabajar con una población vulnerable y se justifica, el distrito lo financia. Cada vez se está promocionando más esta forma de trabajar. Si se justifica, se puede aprobar la financiación a colectivos específicos de mujeres, tampoco es un dineral lo que se gasta en esto. Es rentable para el sistema, pienso yo. Si se pone un DIU y la mujer no lo paga, se puede poner también un implante» (Ex12).

Este es el caso de las Buenas Prácticas puestas en marcha por el Centro de Salud de la Chana (Granada): «En este centro la PF tiene la oferta más amplia posible que va desde los métodos de barrera hasta el implante subcutáneo: se ponen, se suministran y se administran de forma libre. Este centro impulsó que se pusieran los DIUs en AP y se están poniendo todos los días igual que los implantes subcutáneos, estamos hablando de un centro pionero, de referencia en PF. Poner el DIU requiere habilidades técnicas, estas precisan destrezas, nosotros tenemos un programa de formación de implantadores (son 4 de 12, los médicos del centro que implantan DIUs) no porque sean especialistas sino porque hemos decidido entre todos, que ellos sean los que acumulen la experiencia técnica para poner los DIUs. Los demás derivamos los DIUs a estos cuatro médicos. El tiempo de espera es de 0 días ; demora técnica. Hoy se demanda, ¿el calendario menstrual cómo está? si coincide con el momento más propicio que puede ser o bien la menstruación o la mitad del ciclo, se descarta el embarazo y si coincide se pone ahora o te esperas un poquito pero que no hay demora, igual pasa con los implantes. No hay demora. Es una actividad de acto único, se pone sobre la marcha»(Ex2).

Pero, estas Buenas Prácticas corren el riesgo de deteriorarse. Estos profesionales se sienten orgullosos de los logros pero ‘mal tratados’ por la administración: «es lamentable. Yo mal, y digo mal porque muchas de las cosas que están implantadas, conseguidas no se han hecho con toda la fuerza facilitadora que tendría que haber dado la administración. La administración ha estado muy por detrás de la ilusión y del entusiasmo de la gente y, sólo cuando se ha demostrado, se ha visto que es rentable, se han decidido a financiarla [...] La reorganización que hemos hecho supone comprimir el trabajo (ni café ni charlar con nadie)» (Ex2).

34.- En el segundo informe sobre Anticoncepción en Andalucía, presentamos los análisis de los discursos de la población implicada, por grupos de edad y tipo de discapacidad. Varias de nuestras informantes habían tenido un embarazo no deseado mientras esperaban la implantación del DIU. Sus experiencias confirman, por tanto, las observaciones de las expertas.

Desde la administración se admite que aunque en teoría la PF está funcionando bien, en la práctica probablemente hay muchas desigualdades en cómo se oferta la anticoncepción en unos lugares y otros, porque han dado por supuesto que incluyéndolo en la cartera de servicios, se garantizaba la prestación en cada uno de los centros. El programa de PF contempla que se de respuesta a todas las mujeres que demandan anticoncepción pero no especifica cómo hay que hacerlo. Y, tampoco han investigado cómo se hace en cada uno de los centros de AP aunque sospechan que las desigualdades pueden ser muchas.

Probablemente la estrategia era buena para lograr la normalización del servicio al igual que es defendible dejar un amplio margen de acción a los profesionales para que se organicen y adapten a los requerimientos de las diferentes poblaciones, a través de las Unidades de Gestión Clínicas pero, como todo, requiere de un seguimiento y una actualización. El principal problema que conlleva esta variabilidad del servicio es que despista a la población que al no tener claro donde acudir, en ocasiones, prescinde del sistema sanitario y busca asesoramiento a través de sus redes informales (amistades, familiares...), adquieren el anticonceptivo directamente en la farmacia y lo utilizan como dice la amiga o de forma intuitiva. Esta dinámica da lugar a un aumento de los fallos de uso. Si queremos que estos se reduzcan habrá que diseñar un claro sistema de acceso a la consulta de PF y dedicarle más tiempo y esfuerzo.

Por todo ello, coincidimos con Ex12 en que es preciso reflexionar sobre lo que está ocurriendo en los centros y volver a replantear una estrategia de salud reproductiva que incluya saber cómo se hace la anticoncepción, cómo se accede a la población más vulnerable, qué está pasando con la gente joven y además tomar modelo de la gente que está haciéndolo bien: seguir el modelo de los que hacen Buenas Prácticas.

3.1.3- Carga de trabajo y tiempo disponible para la planificación familiar en atención primaria

En Andalucía, desde que la planificación familiar pasó a ser responsabilidad de los médicos de atención primaria y desde que estos cuentan con un tiempo muy limitado para cada consulta, las posibilidades de ofrecer una información clara, sosegada y argumentada de la oferta anticonceptiva existente, sus ventajas e inconvenientes es limitada. La atención se realiza, la mayoría de las veces, a demanda en la consulta general.

Según Ex1: «la carga de trabajo y el tiempo disponible son el gran caballo de batalla al que se enfrentan los profesionales sanitarios de AP en todas y cada una de las actividades diarias que realizan. En la actualidad, por regla general y dependiendo del cupo y del tipo de centro de trabajo (rural/urbano, con otros compañeros o sólo, con atención o no de urgencias y avisos domiciliarios simultáneamente, etc), el tiempo de que dispone el/la médico en la “consulta a demanda” ronda entre los 3 y los 5 minutos por usuario. Esto en condiciones normales pero la demanda no es homogénea a lo largo del año, sino que aumenta en épocas de epidemia de gripe, de patologías alérgicas estacionales, gastroenteritis veraniegas, aumento de la población en los meses de verano, etc. La demanda también se ve alterada cuando falta algún compañero (por enfermedad, permisos, vacaciones...) y no es sustituido. A mayor demanda, menor tiempo disponible: no se admite que exista demora más allá de las 24h desde que el usuario solicita la cita médica.

En esos 3-5 minutos por paciente, el/la médico tiene que recibir, entrevistar, explorar, diagnosticar, derivar si procede y pedir pruebas complementarias, solucionar si es posible el problema y, por supuesto, registrar todo en el ordenador. Cuando, como en el caso de los anticonceptivos, el motivo de la consulta requiere establecer un mínimo de confianza y/o intimidad para tratar el tema y además aportar información y aclarar dudas, la tarea se complica».

Sin embargo, desde la administración la visión de la consulta sobre anticonceptivos es radicalmente distinta. Estos se plantean dos acciones diferentes:1) recetar un anticonceptivo a una mujer sana que cuenta con información previa, en este caso es suficiente con tomar la tensión, preguntar por antecedentes personales y si es fumadora o no y, se puede recetar sobre la marcha, y, 2) indagar sobre si esa mujer tiene

otras necesidades en relación con su salud reproductiva porque hay otras motivaciones digamos emocionales, de pareja, de situación personal ..., eso no se resuelve en 5 minutos. Eso es susceptible de otra cita con un profesional del centro que tuviera más habilidades en ese terreno pero, recetar un anticonceptivo no requiere media hora de charla. Ex12 considera que «el profesional debe saber manejar el anticonceptivo como maneja un anti-inflamatorio».

Ahora bien, ¿qué ocurre si la mujer que acude no cuenta con ninguna información precisa sobre el tema, cuando tiene una visión cargada de mitos que hay que desmontar, cuando presenta alguna diversidad funcional o característica específica que plantea nuevas cuestiones? En estos casos tampoco son suficientes 5 minutos y, no hay profesionales de referencia en cada centro de salud. A lo que hay que añadir que ya no estaríamos ante el deseable sistema de Acto Único. En consecuencia, lo que encontramos es que : «en el SAS se recetan cosas y no se explica casi nada porque no tienen tiempo, cuestión de organización del sistema. Entonces, cuando una mujer tienen algún problema con el anticonceptivo, no saben qué hacer, como no saben qué hacer ni a quién preguntar, lo dejan o no hacen nada» (Ex3).

Sólo algunos Centros de Salud andaluces, han logrado organizarse de manera que, reduciendo la burocracia y concentrando actividades, cuentan con más tiempo de atención por paciente. Este es el caso del Centro de Salud de la Chana, Ex2: «nosotros somos Unidad Clínica de Gestión y tenemos como objetivos: Demora 0 y Acto Único (todo lo que puedo hacer hoy se hace, sin que tenga que venir otro día), le digo, enfermera haz el favor, que esta señora se espere 5 minutos... esto agiliza mucho el trabajo, evita muchos tiempos muertos, simplifica mucho la burocracia y da bondad al sistema. Eso para nosotros supone que nuestra jornada laboral está muy comprimida, no tenemos tiempos hipotensos, es decir, con baja actividad. Y, ¿se puede llevar? Se puede llevar pero requiere una motivación alta, no todos los centros lo tienen. Porque aquí ha habido una historia de mucho compromiso de los mismos profesionales durante muchos años. Es un centro de los primeros que se abrieron en Granada, hemos adquirido cada vez mayores cotas de compromiso, con nosotros mismos, con la gente, con el sistema... Todos somos grandes defensores de lo público [...] Nosotros simplificamos mucho la burocracia y eso hace que tengamos hasta 20 minutos para tender a un paciente que lo necesite. La captación oportunista se hace en 5 minutos y en 10».

Ahora bien, cuando se trata de asesorar sobre anticoncepción no lo hacen en 'acto único': «lo nuestro es una historia longitudinal, transcurre en varias visitas, ahora le doy la primera aproximación a los métodos, le doy documentación y les citamos en el plazo de 2, 3 ó 5 días para que venga con las dudas más elaboradas y son 2 ó 3 visitas las que preceden a la elección del método [...] Sí, se lo leen, en este barrio hay un nivel cultural» (Ex2).

Hasta en este centro de salud tan innovador encontramos dificultades para implantar el sistema de Acto Único y una sobrecarga de trabajo importante. Ex2 tiene un cupo de más de 1600 cartillas (cuando el SAS establece como ideal 1500) incluso haciendo promoción de la salud en centros educativos (Forma Joven).

En suma, en la actualidad y en general, los médicos de familia en Atención Primaria se enfrentan a una importante limitación de tiempo que dificulta la práctica de la PF. Sólo con fuertes dosis de motivación, buen clima laboral y capacidad de reorganización del sistema se logra la flexibilidad y agilidad que la ciudadanía y la temática, demandan.

3.1.4- Escasez de profesionales dedicados a la planificación familiar (PF)

Parece que la PF es el 'patito feo' de la medicina y del SAS. No cuenta ni con tiempo ni con profesionales especializados ni con recursos específicos. Parece que se espera que la planificación familiar se haga en colaboración con el sistema educativo, con pequeñas aportaciones del sistema sanitario (modelo Forma Joven). Sin embargo, se insiste en la intención de bajar las tasas de aborto y se sabe que, para ello, la formación es tremendamente importante. Según la nueva Ley 2/2010, el Sistema Educativo integrará en sus currícula la educación en salud sexual y reproductiva desde edades tempranas pero, eso será dentro de

unos años y calará en la población más escolarizada. Sanidad probablemente deberá aportar algo más.

Como el sistema organizativo del SAS cada vez es menos centralizado, no se hacen protocolos cerrados. La autonomía de los centros, de las UGC, contribuye a que los profesionales puedan hacer programas y buenas prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en unos centros, que en otros sitios ni siquiera se han planteado. Entonces, una posible línea de actuación consiste en hacer propuestas para que las buenas prácticas se generalicen, sugiere Ex12.

Otra sugerencia suya es crear la figura de un profesional de referencia en SSyR en cada centro de salud: «hablar de anticonceptivos es hablar de prácticas sexuales, de relaciones interpersonales de relaciones de desigualdad y esto requiere dedicar un tiempo que en la consulta no hay, que hay que hacerlo en otro contexto, pero que eso no quita que yo pueda recetar un anticonceptivo a una mujer que acaba de tener un hijo ... otra cosa es que cuando llega una mujer y, en el contexto de la entrevista clínica, se observa que hay más, entonces mira, te voy a citar para otro día para hablar más despacito de esto. En estos casos, vamos a derivar a una persona de referencia porque necesitas formar, educar, discriminar, o porque sospechas que hay relaciones de desigualdad» (Ex12).

Otra cuestión a tener en cuenta es el prestigio que la promoción de la salud sexual y reproductiva tienen dentro del colectivo médico ; es una cultura profesional que no valora estas cuestiones. La población que acude a PF es gente sana y, por tanto, alejada de los objetivos de la medicina tradicional : tratar la enfermedad y aliviar el dolor.

Hemos visto como en Noruega y Francia se ampliaba el margen de acción del personal de enfermería (para dispensar anticoncepción oral o para ejercer como profesional de referencia) y como el alumnado de medicina noruego colaboraba en la educación en centros públicos de enseñanza obligatoria (aspecto este recogido por el programa Forma Joven). Estas medidas, nada gravosas para el SAS, han dado buenos resultados en los lugares y centros que las han implementado.

3.1.5- Escasa financiación de anticonceptivos eficaces

El Ministerio de Sanidad es responsable de la financiación de los fármacos a cargo del sistema nacional de salud y, el SAS además financia otros fármacos a cargo de la Junta de Andalucía. Aunque la Ley del medicamento sacó los anticonceptivos hormonales de 3ª generación de la financiación pública parece que ahora, con la nueva Ley, está habiendo negociaciones entre el Ministerio y la Agencia Española del Medicamento, los que van a decidir sobre el tema. Ex12 entiende que dado que los anticonceptivos están incluidos en el listado de medicamentos esenciales de la OMS, deberían estar financiados (igual que lo están los jarabes para la tos).

De momento, en Andalucía son financiadas dos píldoras (Ovoplex y Cerazet) además de la PAU, y, el implante de levonogestrel (en el marco de investigaciones o si el profesional formula una demanda justificada y por escrito), el DIU de cobre, el DIU de levonogestrel (en algunos hospitales para menorragia y en muy pocos centros de salud para anticoncepción), la vasectomía y la ligadura tubarica. Actualmente, el método Essure estaría sustituyendo a la ligadura de trompas en los hospitales andaluces, según declaraciones de la Consejera de Salud en la inauguración del IX Congreso de la SEC. Es un método de esterilización femenina que no requiere cirugía y se lleva a cabo de forma ambulatoria. Pero, su uso se limita, hasta el momento, al Hospital Reina Sofía de Córdoba: “están poniendo essures por un tuvo en el Reina Sofía pero, en general, no se hace. En Córdoba se ha corrido la voz, las mujeres de Córdoba es frecuente que te digan: el método ese de la ligadura pero sin intervención. Es un método ideal, para mujeres que no quieren tener hijos, es como una ligadura pero sin intervención quirúrgica. Es caro, creo que los dos muellecitos que se ponen en las trompas valen 1200€. Es caro por eso no le están dando mucha divulgación», apunta una de las expertas consultadas.

Andalucía fue la primera comunidad autónoma española en financiar la PAU, en 2001. Con esta medida, los Servicios de Salud andaluces, pretendían contribuir a bajar la tasa de abortos que estaría creciendo “dramáticamente” entre la población adolescente (FPFE, 2008). La posición pionera del gobierno Andaluz y de la Consejería de Salud contribuyó a que se siguiera la evolución de la distribución de dicha píldora y a que el SAS procurara datos anuales. Desde 2001, las mujeres que solicitaron la PAU tenían menos de 20 años (un 30-35%) y más de 20 años el resto (65-70%). La mayor parte de las prescripciones conciernen a mujeres entre los 20-24 años. El número de menores de 14 años es ínfimo y las adolescentes de 14-16 años suponen un 8,9% del total de las demandas, un porcentaje sin variación a lo largo de los años. En cuanto al uso reiterado de la PAU, en 2006, más de un tercio (37%) de las mujeres demandantes habían usado anteriormente dicha píldora (Vizúete, 2006 y 2007). En estos años los datos se estabilizan y el SAS dejó de registrarlos en 2009. En 2007 se constató un aumento de las IVEs más moderado que en años anteriores para la población de 15-19 años, aunque ese descenso no se puede atribuir directamente al incremento del uso de la PAU.

No hay que olvidar que los anticonceptivos tienen además de la anticoncepción, otras indicaciones, y que las compras masivas de un servicio de salud mejoran mucho los costes (por ejemplo, la PAU le cuesta 19€ al público en las farmacias y entre 1 y 2€ al SAS). Aunque, la OMS (2005:9) insiste en que “es preciso hacer todo lo posible para evitar que el coste de los servicios y del método anticonceptivo limiten las opciones disponibles”, en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo reconocía en 2007, que «el preservativo masculino es el método por excelencia y es el más accesible aunque con ciertos límites en algunos entornos por el coste económico y cierta vergüenza al pedirlo».

La SEC (http://www.sec.es/informacion/anticonceptivos_comercializados/index.php), facilita el listado de los anticonceptivos comercializados en España pero no especifican su pvp. Para ello recurrimos al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (<https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.asp>). A partir de estas fuentes, apuntadas por Ex6, elaboramos la tabla que presentamos a continuación.

TABLA 8: Anticonceptivos comercializados en España, precio de venta al público y financiación.

Estrógeno	Progestágeno	Nombre comercial	Present	PVP/iva
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES				
Monofásicos con progestágenos de 2ª generación				
Etinilestradiol 50µg	Levonorgestrel 250µg	NEOGYNONA ® (Bayer Schering)	21 comp	9,37
		OVOPLEX ®	21 comp 3X21 c	9,37 28,1
Etinilestradiol 35µg	Norgestimato 250µg	EDELSIN ® (Effik)	21 comp 3X21 c	14,5 31,22
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 150µg	MICROGYNON (Bayer Schering)	21 comp	9,37
		OVOPLEX 30/150	21 comp	Sí
	Clormadinona 2 mg	BELARA ®(Lab.Andrómaco)	21 comp	14,75
	Clormadinona 2 mg	BALIANCA ®(Laboratorios Faes)	21 comp	14,5
Etinilestradiol 20µg	Levonorgestrel 100µg	LOETTE ®	21 comp 3X21 c	16,39 49,17
Monofásicos con progestágenos de 3ª generación				
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 150µg	MICRODIOL ® (Organon Schering-Plough)	21 comp	11,4
	Gestodeno 75µg	GYNOVIN ® (Bayer Schering)	21 comp 3X21 c	10,46 30,75
		MINULET ®	21 comp 3X21 c	10,15 30,44
Etinilestradiol 20µg	Desogestrel 150µg	SUAVURET ® (Organon Schering-Plough)	21 comp 3X21 c	12,88 35,28
		BEMASIVE ® (Gynea)	21 comp	12,49
	Gestodeno 75µg	HARMONET ®	21 comp 3X21 c	12,8 38,4
		MELIANE ® (Bayer Schering)	21 comp 3x21 c	11,71 34,38
		GESTINYL ® (Effik)	21 comp 3x21 c	10,3 20,61
Etinilestradiol 15µg	Gestodeno 60µg	MELODENE15® (BayerSchering)	28 comp	12,88
		MINESSE ®	28 comp 3X28 c	12,49 37,47
Derivados de la 17 alfa-espironolactona				
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3 mg	YAZ ® (Bayer Schering)	28 comp 3x28	14,83 43,7
Etinilestradiol 30µg	Drospirenona 3 mg	YASMIN ® (Bayer Schering P)	21 comp 3X21 c	14,83 43,71
Etinilestradiol 30µg	Drospirenona 3 mg	YASMIN DIARIO ® (Bayer Schering P)	28 comp 3X28 c	14,83 43,71
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3 mg	YASMINELLE ® (Bayer Schering P)	21 comp 3x21 c	14,83
		YASMINELLE DIA (Bayer Schering Ph)	28 comp	14,83
Monofásicos con efecto antiandrogénico				
Etinilestradiol 35µg	Ciproterona 2µg	DIANE 35 ® (1) (Bayer ScheringPh)	21 comp	9,37
		DIANE 35 DIARIO (Bayer ScheringPh)	28 comp	Sí, 3,81
		ACETATO CIPRO TERONA/E®(Effik)	21 comp	Sí
		GYNEPLEN (Effik)	28 comp	Sí
Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)				
Etinilestradiol 40µg	Desogestrel 25µg (7 comp)	GRACIAL ® (Organon Schering-Plough)	22 comp	13,11
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 125µg (15 comp)		3X22 comp	36,22

Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
Etinilestradiol 30µg Etinilestradiol 40µg Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 50µg Levonorgestrel 75µg Levonorgestrel 125µg	TRIAGYNON ® TRICICLOR ®	21 comp 21 comp	10,15
Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
Etinilestradiol 30µg Etinilestradiol 40µg Etinilestradiol 30µg	Gestodeno 50µg Gestodeno 70µg Gestodeno 100µg	TRI MINULET ®	21 comp 3X21 c	
		TRIGYNOVIN ® (Bayer ScheringPh)	21 comp 3X21 c	10,46 30,75
Progestágenos solos orales				
-	Desogestrel 75µg	CERAZET ® (Organon Schering)	28 comp 3x28 c	Sí Sí
PARCHES TRANSDÉRMICOS COMBINADOS				
Etinilestradiol 600µg	Norelgestromina 6mg	EVRA ® (Juste)	3 parche 9 parche	17,5 48
ANILLOS VAGINALES COMBINADOS				
Etinilestradiol 2,7mg	Etonorgestrel 11,7mg	NUVA RING ® (Organon Schering-Plough)	1 anillo vaginal	17,8
IMPLANTES SUBDÉRMICOS DE PROGESTÁGENOS				
-	Etonorgestrel 68 mg (duración 3 años)	IMPLANON ® (Organon Schering-Plough)	1 varilla	208,95
-	Levonorgestrel 75 mg (duración 5 años)	JADELLE ® (Bayer Schering)	2 varillas	159,06
INYECCIONES INTRAMUSCULARES DE PROGESTÁGENOS				
-	Medroxiprogesterona acetato 150 mg (duración 3 meses)	DEPO PROGEVERA ®*	1 vial	Sí
PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE URGENCIA (PAU)				
-	Levonorgestrel 750µg	NORLEVO ® (Chiesi España)	2 comp	18,76
-	Levonorgestrel 1500µg	NORLEVO 1500 ® (Chiesi España)	1 comp	18,76
		POSTINOR 1500 ® (Bayer Schering)	1 comp	18,73
-	Acetato de Ulipristal 30mg	ellaOne 30mg ® (HRA Pharma)	1 comp	32,78
ANTICONCEPTIVO DE BARRERA				
-	Preservativo	DUREX®	-	
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS				
MIRENA, Sistema liberación intrauterino LNG		Normal	5 años	Sí (165,11)

Vemos que la AOC de 3ª generación, supone un gasto de alrededor de 11€/mes mientras que el parche o el anillo, más cómodos de usar, suponen un gasto de 18€/mes. Si comparamos estos precios con los de los métodos de 5 años de duración como el DIU Mirena (165€) o el implante Jadelle (159€), comprobamos que estos últimos resultan mucho más baratos y, consecuentemente, menos interesantes para los laboratorios. Pongámonos, con Ex12, en el caso de una chica que quiere usar anticonceptivo pero no quiere que nadie se entere de que lo que está usando: «podría optar por el anillo, a parte de que es más cómodo, es de hormonas también pero el metabolismo del hígado está preservado, etc, pero, es más caro. Esa chavala se podría poner un DIU si ella lo acepta, lo tolera bien, le parece adecuado, y, se promociona como un método seguro apropiado (tiene mala prensa), hay que desmitificar que es un método inseguro y difundir que es más barato, el sistema te lo cubre y después, usas un preservativo cuando consideras que la relación que vas a tener es de riesgo. Eso también sería doble método. Yo creo que tendríamos que hacer una campaña sobre el DIU».

Probablemente se avanzaría en el control de los embarazos no deseados apostando por métodos más eficaces y menos costosos. Aunque como cabía prever, según la encuesta Bayer-Schering a jóvenes (2009), “el precio de los anticonceptivos afecta muy poco a la toma de decisiones al respecto”, esta barrera es referida por los profesionales y las instancias oficiales en diferentes ocasiones. Por ejemplo, al analizar las

razones que llevan a no usar anticonceptivos: “generalmente les dan miedo los posibles efectos adversos (según información previa de amigas, familiares o medios de comunicación); porque no les sientan bien, por resistencias de la pareja o por no tener suficiente dinero para adquirirlos” (Ex5). De momento, lo que observamos es que el precio de venta al público de cada producto que sale nuevo al mercado es superior al anterior : «los métodos que están saliendo son cada vez más caros. Es una pasada la industria el morro que le echa», sostiene otra de las expertas consultadas.

Junto a la barrera económica habría que revisar la barrera de los ‘prospectos’. Se ha denunciado que los contenidos de los prospectos de los anticonceptivos «hacen pensar y retraen de usar cualquier método a una mayoría de mujeres sanas. Ante una enfermedad todo vale para curarse o aliviar, pero para una persona sana no es igual. No basta una información fría y detallada, además hay que ayudar al usuario. Añadase que son excesivamente defensivos y anticuados, muchos no se ciñen a la evidencia científica actual» (Arribas, 2007). Una parte de la población lee estas indicaciones antes de ingerir un medicamento, por tanto, son influenciables por lo que en ellos ponga. En cualquier caso, revisar sus contenidos, hacerlos didácticos y accesibles y controlar su actualización periódica es una opción estratégica más para avanzar en la difusión de información / formación y lograr mayor adherencia a los métodos.

3.1.6- Barreras informativas

La impresión general es que la planificación familiar está desatendida en Andalucía. El hecho de que se haya avanzado mucho en las últimas décadas no significa que toda la población posea la información básica y necesaria. Sin embargo, el gran cambio vivido en nuestro país en el ámbito de la SsyR, ha podido contribuir a que se descuide un poco la difusión de la información de calidad.

De hecho, hace años que no se realizan campañas ni se distribuyen folletos a gran escala ni hay lugares concretos (generalizados) a los que ir a consultar dudas (exceptuando los centros adheridos al programa Forma Joven). Es cierto que hay teléfonos de información y páginas web pero estos sistemas resultan demasiado fríos para ciertos temas y grupos poblacionales. Lugares físicos de referencia son los que faltan. Respecto a los folletos, los únicos que se distribuyen masivamente proceden de los laboratorios y, en ocasiones, están sesgados.

Aunque siempre hay honrosas excepciones como algunos centros de salud y algunas clínicas de IVEs que diseñan y distribuyen sus propios folletos (Ex2 y Ex4). Otros centros están experimentando con el establecimiento de la ‘Hora Joven’, es decir, reservando un tiempo específico para las consultas de la población de menor edad. Pero, son casos excepcionales, en general se detectan deficiencias en cuanto a espacios y/o consultas concretas a las que poder recurrir en caso de dudas o complicaciones anticonceptivas.

3.2- Obstáculos profesionales

3.2.1- Formación inicial del médico de familia en anticoncepción.

En España, la formación sobre anticoncepción recibida por los médicos de atención primaria, durante la carrera es meramente técnica (anatomía, fisiología, farmacología) y no se recibe información acerca de vivencias, creencias o necesidades específicas de las personas a las que va dirigida la actuación. Como en muchos otros temas, faltan habilidades comunicativas, sociales y relacionales (se supone que los profesionales las irán adquiriendo con la práctica).

Según Ex1: “en el plan de estudios de medicina se contemplan los anticonceptivos en la asignatura de farmacología y, al final de la carrera, en ginecología. Pero centrándose en los aspectos técnicos dejando de lado los aspectos más emocionales y las presiones sociales a que se ven sometidas las mujeres y sus parejas y sus posibles necesidades informativas y/o anticonceptivas. Hasta el momento, podemos decir que no es un tema central del plan de estudios de medicina”.

Esta situación formativa parece ser casi universal. En Francia, Gelly (2006) realizó un estudio sobre los contenidos de la enseñanza de anticoncepción y aborto en el curriculum de medicina³⁵ de su universidad. Su trabajo muestra que “los estudios tanto en su parte teórica como practica transmiten esencialmente un saber sobre los aspectos legales, contra-indicaciones y complicaciones de la anticoncepción, y las “complicaciones y repercusiones” del aborto cuando se aplica el programa oficial : tal enseñanza perpetúa la dramatización de la anticoncepción y, sobre todo, del aborto por parte de los estudiantes, así como la creencia en la posibilidad de la erradicación del aborto a través de la anticoncepción. Tanto en los criterios del concurso nacional, como en los discursos de los estudiantes, son estas las lógicas dominantes. Ocultan la necesidad de considerar las condiciones de vida que intervienen en las elecciones de anticonceptivos y en los múltiples determinantes del aborto. No permiten preparar a los futuros médicos para intervenir de un modo relacional con las usuarias de los servicios de salud (Gelly, 2006: 213).

En Argentina, Leoni y Cohen (2006) realizaron una investigación para comparar la información y las prácticas anticonceptivas de los estudiantes de medicina (de 1º, 3º y 6º cursos) con la población general. Concretamente, sus objetivos fueron: 1) indagar en el conocimiento y empleo de métodos anticonceptivos y 2) registrar la incidencia de embarazos y abortos espontáneos o provocados. Aplicaron una encuesta a 937 alumnas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Los resultados muestran que: el 98.4% manifestaron conocer métodos anticonceptivos, empleándolos el 25% de 1º, el 48.3% de 3º y el 64.7% de 6º curso. El 11,4% (89 casos) de las jóvenes estudiantes estuvieron embarazadas: el 6.3% de 1º, el 10.7% de 3º y el 17.2% de 6º. Habían sufrido algún aborto provocado el 1.8% (11 estudiantes): 2 casos en 3º y 9 en 6º. Como conclusiones destacan que a pesar de las características de la población analizada, quienes por el nivel socio-económico, la carrera elegida y el nivel de conocimiento, sobretudo los estudiantes de cursos avanzados, sus conductas y hábitos con respecto a la sexualidad no difieren significativamente de los de la población general. Esto demuestra un divorcio entre la percepción de esta problemática y las conductas individuales, señalan. O, entre la información poseída y los riesgos asumidos, añadimos.

Tampoco en Brasil el alumnado de farmacia, odontología y enfermería adquiere muchos conocimientos sobre anticoncepción y transmisión de ETS, así lo documentaron Falção Júnior et al (2009). De los 303 estudiantes del área de salud encuestados, la principal fuente de información sobre anticoncepción fue la Universidad sólo para el 14,9%. La escuela, los amigos y la familia fueron las principales fuentes señaladas.

Lo mismo ocurre en EE.UU. y Canadá según el estudio realizado por Steinauer et al (2009), destacan la variabilidad y las deficiencias en la inclusión de la anticoncepción y las IVEs en la rutina de educación médica preclínica. Los cursos en los que se tratan la IVE y la anticoncepción no son obligatorios para los estudiantes y además, sólo unos pocos eligen cursos como farmacología o psicología. Mientras que la realidad de las necesidades anticonceptivas de las mujeres y el alto precio de un embarazo no deseado, necesitan que todos los facultativos reciban un entrenamiento que comprenda todo el rango de opciones en salud reproductiva, tecnologías y procedimientos. La alta prevalencia del uso de anticonceptivos e IVEs en USA y Canadá, requieren que estas cuestiones sean integradas en los cursos preclínicos. Sólo una movilización para que se implanten y estandaricen los contenidos en educación sexual y reproductiva en la educación médica en USA y Canadá, permitirá a las escuelas médicas estar en posición de preparar estudiantes que atiendan a sus futuros pacientes con una información comprensiva sobre salud reproductiva.

3.2.2- La actualización de conocimientos y las repercusiones de la aplicación de protocolos obsoletos

Volviendo a España y respecto a la actualización de conocimientos: «depende en gran medida de la vo-

35.- A pesar de sus esfuerzos no consiguió la participación de otras facultades francesas de medicina, lo que indica poco interés por el tema. Utilizó un cuestionario de evaluación de opiniones y saberes de los estudiantes de segundo y de sexto cursos; hizo un análisis de las preguntas sobre el tema en el concurso nacional de especialización medica entre 1993 y 2003, y, realizó entrevistas al alumnado.

luntariedad y del esfuerzo personal (fuera del horario laboral) del profesional, de los esfuerzos realizados desde la administración sanitaria (siempre falta de recursos económicos) y del interés de la industria farmacéutica por hacer llegar al profesional los últimos avances en el tema que les compete, que sin dejar de ser “interesada” (por lo tanto, necesitada de “filtros”), representa una gran ayuda con la que, en cuestiones de formación / actualización, cuentan los profesionales en la actualidad.

Pero hoy en día, la mayor parte de los métodos anticonceptivos no están subvencionados, lo que implica que:

- «La administración no tiene la obligación de controlar el gasto farmacéutico que genere, y, consecuentemente, deja de ser un objetivo prioritario en la planificación de las necesidades de formación continua.
- Los laboratorios farmacéuticos pierden interés en convencer al médico de las excelencias de sus productos y dedican sus esfuerzos docentes a otro tipo de fármacos» (Ex1).

Efectivamente, no ha habido ninguna estrategia formativa en el tema de Salud Reproductiva desde hace mucho. El programa de PF del año 87 fue un programa que incluía también formación sexual para profesionales. Pero cuando empezaron a desaparecer los centros de PF, se hizo un modelo integrado dentro de la atención general, lo que también ha significado que el que no lo quiere hacer, no lo hace. La formación también está descentralizada, cada distrito hace su programa de formación y, sólo en ocasiones, hay programas de formación propuestos desde arriba. Ahora parece que la Consejería de Salud tiene idea de diseñar una estrategia formativa, en cierto modo, la Ley nueva obliga a ello (Ex12).

El consenso sobre las dificultades para la actualización de conocimientos que afrontan los médicos de familia en AP es evidente y engloba: la diversidad de patologías que atienden (un médico de familia podrá estar actualizado en cardio, en cirugía menor o en anticoncepción pero no en todo); la falta de tiempo (la formación se hace siempre fuera del horario laboral) y, la falta de ofertas formativas en temas de PF. Lo grave de estas dificultades para la actualización de conocimientos, es que conducen a la aplicación de protocolos obsoletos que repercuten negativamente sobre la salud de las usuarias.

La aplicación de protocolos obsoletos conduce con demasiada frecuencia a las mujeres a perder un tiempo de tratamiento precioso, ya que está contrastado que en esos intervalos temporales, se producen numerosos embarazos no deseados. Así lo expresa Ex4: «hay otro problema con anticoncepción y es que se utilizan protocolos obsoletos. Para mandar la píldora se siguen haciendo análisis previos que no son necesarios, para poner el DIU se sigue haciendo la citología que no es necesaria. Los médicos nos metemos en una dinámica de no renovación y seguimos haciendo las mismas cosas ¿Eso que supone? Que vienen mujeres a hacerse una IVE porque estaban esperando la citología para ponerse el DIU o que están esperando el resultado de la analítica para tomarse la píldora y, es otro problema más de la poca renovación que hay de formación en salud sexual y reproductiva». Sin duda, esta reflexión es pertinente, tanto que Leeman (2007), propone una alternativa para resolver el problema de los embarazos que se producen durante el retraso del inicio de la AO (requerido por el esquema tradicional), además de aumentar la adhesión a los anticonceptivos prescritos. Su propuesta es ‘El Método de Inicio Rápido’ que consiste en que las mujeres puedan iniciar la anticoncepción oral en cualquier momento del ciclo, siempre que tengan un test de embarazo en orina negativo. La primera píldora se toma en la consulta y se instruye a la paciente respecto a la utilización de anticoncepción adicional durante los primeros siete días (Leeman, 2007: 20). Igualmente, el retraso en la inserción del DIU, se produce si el médico considera que el asesoramiento anticonceptivo, el cribado de ETS y la inserción del DIU deben realizarse en visitas separadas, cuando podría hacerse todo en la misma visita y en cualquier momento del ciclo menstrual, sostiene Leeman (2007:21-22). En esta línea se enmarcaría el modelo de Acto Único relatado por Ex2 y vigente en algunos centros de salud andaluces.

Además, la falta de actualización, conduce al mantenimiento de viejos mitos y recomendaciones poco ajustadas a la evidencia científica a lo que se unen los prejuicios y valoraciones morales además de las intuiciones: «si a un médico no le gusta un método, no sé, a lo mejor porque lo ha usado su mujer y no le ha ido bien, la gente somos así, la mayoría de las veces hablamos no por cuestiones científicas o empíricas, son opiniones, intuiciones...» (Ex3).

También «es verdad que la gente que va a congresos y se informa y tal, sabe perfectamente que los criterios sobre anticonceptivos orales han cambiado muchísimo con las nuevas píldoras, que ahora no hay ningún problema en tomársela con 47 años y en mujeres fumadoras y cada vez se utilizan más para temas relacionados con la perimenopausia. Pero esos criterios se revisan con los años y, si tú no te actualizas, pues...» (Ex4). Ex2 añade como recurso para la actualización de conocimientos Forma Joven: «Tenemos la Forma Joven que tiene una cantidad de información tremenda y que es información científica y que está al día [...] Mucha de la información, la generamos nosotros. Son trabajos adicionales que realizamos».

Así, el panorama andaluz en este aspecto no parece, en general, muy alentador. Otrora, las Buenas Prácticas de algunos centros y la nueva Ley de SSyR ofrecen nuevas y amplias posibilidades para mejorar. Algunos profesionales sostienen la necesidad de actualización de los conocimientos sobre nuevos anticonceptivos y la aplicación de las más recientes recomendaciones de la OMS. Mientras que otros refieren con añoranza «el magnífico programa de planificación familiar de Andalucía, del año 1987».

3.2.3 Las prescripciones y los métodos más recomendados

La OMS sostiene que la ampliación del número de opciones ofrecidas puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a tomar decisiones informadas y voluntarias.

Según Arribas (2007), médico de familia en AP, en Andalucía se recomiendan un número muy limitado de anticonceptivos. Los nuevos preparados no son habitualmente considerados y recomendados por los Médicos de Familia, los problemas de tiempo para la actualización de los conocimientos estarían en la base del estancamiento de estas prácticas profesionales. El preservativo y la anticoncepción hormonal combinada centran las prescripciones médicas y ello tras exploraciones y analíticas innecesarias.

Sin embargo, métodos como el parche transdérmico y el anillo vaginal, cuyas contraindicaciones y efectos secundarios son los mismos que los clásicos anticonceptivos orales combinados, no se recomiendan. Incluso después de conocer sus beneficios no anticonceptivos. Por ejemplo, Lete mostró el efecto beneficioso del anillo mensual (Nuvaring) sobre el acné además de su «excelente eficacia, fiabilidad y aceptabilidad» (2008 :28). Mientras Purera (2008) añade, como efectos beneficiosos no anticonceptivos a la disminución del acné: regularidad del ciclo menstrual, disminución hipermenorrea y disminución dismenorrea. También French y Cowan (2009) insisten en que «necesitamos cambiar la percepción de que la píldora y el condón, los métodos más usuales, son siempre los más convenientes para los jóvenes» (2009 :233).

Tampoco la inyección trimestral de AMP³⁶, la minipíldora de desogestrel o los implantes subcutáneos (muy populares en latinoamérica), son ofertados en las consultas andaluzas. Para Ex3, el SAS de alguna manera está restringiendo el Implanon. «Clarísimamente, si el médico a la mujer le dice no ese método no, entonces ya lo has cerrado». Para Arribas (2007) los implantes subcutáneos de gestágenos, son los métodos con mayor eficacia anticonceptiva, lo que debería hacer reflexionar a los médicos de familia sobre cómo incorporar estos implantes a la cartera de servicios.

36.- French y Cowan (2009 :244) proponen que se realicen investigaciones a largo plazo sobre las usuarias de inyecciones de DMPA (acetato de medroxiprogesterona depot) para determinar si se logra la recuperación completa de la densidad mineral ósea en adolescentes tras su abandono.

Cuando se trata de adolescentes, Parkes et al (2009)³⁷ sugieren que en la primera relación sexual, el preservativo resulta más fácil de usar eficazmente que la anticoncepción oral (presenta alta tasa de fallo de uso, en ocasiones porque a las chicas se les había prescrito la AO por problemas menstruales, y no saben usarla correctamente como anticonceptivo). Nos parece interesante precisar, de la mano del estudio de French y Cowan (2009) fundamentado en los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, la recomendación de que las mujeres jóvenes no utilicen métodos hormonales antes de la menarquía (apunta la necesidad de tener en cuenta también aspectos como la diabetes o la anorexia). Así, tanto la AOC como las píldora de sólo progestágenos o el implante subcutáneo se recomiendan sin restricciones tras la menarquía (categoría1), solo los inyectables y el DIU se califican en la categoría 2.

La anticoncepción intrauterina es otro de los métodos que, según Arribas, Ex12 y otros, deberían divulgarse más, en consonancia con las nuevas evidencias empíricas. Para ello sería necesario que los profesionales abandonaran ciertas creencias poco fundamentadas como «que las jovencitas no pueden utilizar el DIU». Para Arribas «muchas mujeres aceptan muy bien el DIU si son correctamente asesoradas. DIUs e implantes no dependen del cumplimiento, y son recomendables en este grupo. Además, son compatibles con el uso del preservativo». También la Ex12 defiende la promoción del DIU: «los estudios serios que no tienen a los laboratorios detrás sí hablan del DIU y la OMS también lo dice, tiene una guía de práctica clínica sobre anticonceptivos, sin embargo, a nadie escuchas fuera de lo estrictamente científico o de la OMS que digan que una niña de 18 años se puede poner el DIU. Y ¿por qué no se lo puede poner? Para poner el DIU se le mide el tamaño del útero a las mujeres. Existen DIUs de cobre y DIUs con un componente hormonal, de levonogestrel y ese inconveniente del sangrado se puede minimizar con este último. El DIU tienen una duración de hasta de 5 años. Y cuando se habla del DIU siempre son los inconvenientes: que si infecciones ... y eso no tiene evidencia científica». Sin embargo, aun hay profesionales (Purera, 2008) que sostienen que el DIU es poco aceptable en menores de edad.

Ahora bien, la recomendación que parece imponerse para las más jóvenes apunta al doble método: aportar ventajas para la prevención de embarazos no deseados y ETS. Esta es una opción muy promovida por la SEC, la FPFE ... (comenta Ex12) y recomendada por: Serrano (2008 :59):«constituye el método ideal para favorecer una sexualidad saludable y la protección de la fertilidad futura», el equipo Daphne (2007), varios de los Expertos consultados (2010) y Gabhainn et al (2009 :210), entre otros muchos. Incluso, Arribas sostiene que «en algunos países donde se prescribe un 'doble método', píldora más preservativo, DIU más preservativo, inyectable trimestral de gestágeno más preservativo, implante más preservativo, se están consiguiendo controlar las tasas de embarazo en la adolescencia» (Arribas, 2007)³⁸. Sin embargo, el estudio de Parkes et al (2009 :62) cuestiona esa relación. En su estudio, las pocas chicas que usan doble método corrieron el mismo riesgo de embarazo no deseado que aquellas que utilizan sólo el preservativo.

Por su parte, la OMS recomienda recurrir al doble método cuando existe el riesgo de ETS/VIH (2009 :4). Sin duda el doble método ofrece mayor protección y también mayor negocio a los laboratorios, principales interesados en implementar esta práctica. Empero, plantea también algunos dilemas: ¿hasta que punto es necesario medicalizar la sexualidad de las chicas desde edades tan tempranas?. Podrían considerarse otras opciones como la educación en sexualidad no coital, la corresponsabilidad ... Ex12 lo plantea así: «el doble método es una buena práctica pero las relaciones que tienen los menores son muy esporádicas, el fin de semana y tal, y yo creo que medicalizar a las chicas es injusto. También habría que trabajar las responsabilidades que tenemos hombres y mujeres y que la anticoncepción no tiene que ser una carga que recaiga solo sobre ellas. Hablar también de prácticas sexuales no coitales que pueden tener satisfacción plena sin penetración, que tienen menos riesgo. Aquí falta mucho que aprender de prácticas sexuales no coitales. Las chicas sobre todo, imaginan el coito y luego se dan cuenta de que no es tan satisfactorio como

37.- Análisis secundario de los datos de RIPPLE y SHARE. Muestra de 6348 chicas de 16 años. De ellas, 2501 habían tenido relaciones sexuales coitales. En la primera relación habían utilizado: 54% preservativo ; 11% doble método (AO y preservativo) ; 4% AO ; 4% PAU ; 21% métodos no efectivos. Una de cada diez chicas tuvo un embarazo. Concluyen que el uso de sólo el preservativo no implica mayor riesgo de embarazo que cualquiera de las demás opciones.

38.- VER: Bearinger LH y Resnick MD «Dual method use in adolescents: a review and framework for research on use of STD and pregnancy protection», *Journal of Adolescent Health*, 2003 :32 :340-9.

se imaginaban [...] No obstante, asegurar que no se produzca embarazo en chicas que no tienen edad y que no lo desean es más importante porque un embarazo o una IVE tienen consecuencias más nefastas físicas y psíquicas que el uso de anticonceptivos hormonales».

Parece, pues, que el doble método empieza a recomendarse y que las recomendaciones anticonceptivas de los médicos, influyen mucho sobre las prácticas de las mujeres y las parejas (Arribas, 2007; Gribaldo et al, 2009). Depende de la empatía, sostienen Ex1, Ex3 y Ex4. Ex3, desde una clínica concertada, explica que “el médico te puede convencer de casi cualquier cosa, yo puedo dedicar media hora a cada persona, entonces me es fácil deshacer los mitos que tiene la gente, darle todos los razonamientos, hablar de manera muy coloquial de forma que me entiendan. Si eso lo haces, te ganas a la paciente totalmente y logras mucha adherencia al tratamiento [...] Por ejemplo, me cuenta una mujer que cuando dejó de dar de mamar, le dijo la médica: ahora dejas el cerazet y te tomas la combinada. Me quedo atónita y digo ¿por qué? Dice, no sé, me dijo que esa era solo para la lactancia. Pero, mujer si le está yendo bien, déjase. Vamos a ver, que sea la recomendada para la lactancia no quiere decir que sea solo para la lactancia, por dios [...] Claro ella como va a poner en duda que eso es sólo para la lactancia [...] O si un médico le dice, tu no puedes usar DIU porque tu eres nulípara, otra tontería. Curiosamente, los médicos de familia suelen ser más propensos al uso del DIU en nulíparas que los ginecólogos, supongo que porque se han formado posteriormente”.

También comparte esta opinión Ex5: «si la información se ofrece de manera seria, respetando las opiniones de la mujer, con delicadeza y en el contexto de una entrevista y visita médica bien hecha, creo que influye bastante-mucho. En caso de mujeres de bajo nivel cultural, las recomendaciones médicas también influyen mucho aunque estas no estén basadas en la evidencia científica y sean inadecuadas o sesgadas”.

Por ello es importante que los facultativos adapten sus prescripciones³⁹ a las nuevas recomendaciones y a los cambios en las conductas sexuales de las nuevas generaciones, incluido el cambio de parejas. Como sostienen French y Cowan (2009) «necesitamos saber que intervenciones pueden ayudar a los jóvenes a entender los riesgos y a tomar decisiones que les aseguren protección antes de que tengan lugar las relaciones sexuales, tanto si son casuales como de mayor duración; simplemente, hay que darles información sobre los riesgos asociados a la actividad sexual, especialmente si no usan condones y/o otros métodos anticonceptivos. Los jóvenes necesitan adquirir la destreza necesaria para procesar de forma precisa esa información. Las intervenciones en salud sexual en jóvenes no solo deben focalizarse en las consecuencias inmediatas y riesgos de la conducta sexual, sino también en las consecuencias futuras, ya que las conductas de riesgo en la adolescencia son fuertes predictores de problemas de salud en los adultos⁴⁰».

3.2.4- La eficacia de los métodos anticonceptivos

Los anticonceptivos tienen una eficacia teórica, que depende de las características propias del método, y, una eficacia práctica que depende de las modalidades de uso. Por ello se habla de fallos de método y fallos de uso. La siguiente tabla nos muestra ambas tasas.

39.- Con esta convicción y con el objetivo de prevenir los embarazos no deseados, en el año 2000, la Dirección General de Salud de Francia solicitó la elaboración de recomendaciones precisas para la prescripción de anticonceptivos, para facilitar la información a las mujeres y asesorarlas en la elección del método. “El objetivo final es que cada recomendación anticonceptiva sea adaptada a la situación personal de cada mujer y que sea bien aceptada y bien dirigida “ (Anaes, Afsaps, Inpes, 2004:51).

40.- Así, el herpes genital puede ser precancerígeno, las clamidias podrían derivar en infertilidad... (diferentes expertos).

TABLA 9. Tasas de fallo de uso y fallo de método durante el primer año de uso del anticonceptivo y porcentaje de uso hasta el final del primer año (EE.UU.).

Método	% de mujeres que tuvieron un embarazo durante el primer año de uso		% de mujeres que utilizaron hasta el final del primer año
	Fallo de uso	Fallo de método	
No método	85	85	
Espermicidas	29	18	42
Marcha atrás	27	4	43
Métodos basados en la fertilidad			
Método del calendario		5	
Método de los dos días		4	
Método de la ovulación		3	
Esponjas			
Múltiparas	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma	16	6	57
Preservativos			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
AOC y AO sólo progestágenos	8	0.3	68
Parche	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0.3	68
Inyectable (Depo-Provera)	3	0.3	56
Inyectable combinado (Lunelle)	3	0.05	56
DIU			
T de cobre (copper T)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-IUS)	0.2	0.2	80
Implanon	0.05	0.05	84
Esterilización Femenina	0.5	0.5	100
Esterilización Masculina	0.15	0.10	100
PAU, cuando el tratamiento se inicia en las 72 horas posteriores a la relación sexual se reduce el riesgo de embarazo en al menos un 75%.			
LAM (método de lactancia amenorrea) es un método altamente eficaz temporalmente.			

Fuente: Trussell J. "Contraceptive efficacy". In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2007 (cf. OMS, 2009:5).

Indudablemente, los métodos tradicionales resultan mucho menos eficaces que los métodos modernos. Entre estos son menos eficaces los espermicidas, esponjas y los métodos de barrera: diafragma y preservativos. La anticoncepción oral muestra una tasa de fallo de uso aún elevada, mientras que los más eficaces serían los métodos de larga duración: DIU, inyectables e implantes.

¿Por qué falla tanto el preservativo masculino? Los fallos de método pueden producirse, según señala Lete (2005 :18), bien por rotura, bien por deslizamiento (con más frecuencia los de poliuretano que los de latex). Respecto a los fallos de uso juegan un papel importante tanto la motivación como la experiencia (para ponerlo y quitarlo en el momento y del modo apropiado) de los usuarios.

Y, ¿por qué se rompen los condones ? según, Leal et al (2003)⁴¹, las roturas se produjeron: el 2,1% en mayores de 35 años, el 44,7% en los de 15 a 25 años y el 39,4% en los de 25 a 35 años. En el 55,3% de los casos el usuario había utilizado un preservativo en más de 100 ocasiones el último año. El 93,6% conocían

41.- A partir de las respuestas obtenidas en un cuestionario autoadministrado en un centro de salud en la periferia de Murcia, donde detectaron 94 casos de rotura de preservativo durante una relación heterosexual.

correctamente el uso del preservativo. La intensidad de la relación sexual la definieron como alta el 95,8%. Respecto a las instrucciones para el correcto uso del preservativo las conocían el 93,6% y sólo el 12,8% utilizó lubricante exógeno (puede disminuir la resistencia y contribuir a la rotura del preservativo). El preservativo, el 81,9% de las veces, había sido comprado hacía menos de una semana. La mayoría (72,3%) fue comprada en expendedores automáticos, frente a un 14,9% adquirido en farmacia y 12,8% en grandes almacenes. Es decir, según este estudio la clave estaría en la calidad de los preservativos dispensados por las máquinas expendedoras.

La eficacia de los DIUs está alrededor del 99%. La eficacia teórica de la anticoncepción oral (AO) es aún más alta, sin embargo su eficacia real es mucho menor debido a fallos de uso e interrupción de la ingesta. ¿Cuáles son los principales fallos de uso? Lete (2005) diferencia entre la aparición de efectos secundarios (sangrado intermensual y efectos androgénicos, principalmente) que provocan el abandono del método sin su sustitución por otro eficaz, y, los factores sociales como son la información sesgada que se transmite por los círculos informales y abunda en los efectos negativos y que genera ansiedad, temor y expectación en las mujeres y conduce a un deficiente cumplimiento de los requisitos del método. A todo ello hay que añadir las dificultades propias de la elevada exigencia de constancia y disciplina que requiere el método para su preciso funcionamiento.

Por último, la vasectomía presenta una tasa de fallos inferior al 1% y el bloqueo tubárico depende de la técnica utilizada: mayor riesgo de fallo en las técnicas que utilizan clips, seguidas de las coagulaciones con corriente bipolar y las realizadas con corriente monopolar (2005 :20).

Todo ello lleva a Lete (2005), a concluir que entre los fallos observados destaca la falta de información de los usuarios y que para corregir esos fallos es necesaria la implicación de los profesionales sanitarios: «solo desde el conocimiento de las causas de los fallos y desde la toma de conciencia de la responsabilidad de los profesionales en disminuir las tasas de fallo de los métodos anticonceptivos podremos comenzar a trabajar en la mejora de su eficacia».

Los resultados de la encuesta HAYA (Hábitos Anticonceptivos y Aborto, 2009) realizada por el equipo Daphne a 2475 mujeres solicitantes de IVEs, muestra que el 36,3% de estas mujeres no utilizaban ningún método. Con todas las precauciones que requieren los estudios de este grupo, vemos que del 63,7% que sí lo usaban, los métodos que manifestaron estar utilizando las mujeres al recurrir a una IVE fueron: el preservativo masculino (39,5%), la AO (11,6%), la marcha atrás (5,6%), otros métodos naturales (2,9%) y el anillo vaginal (1,1%). ¿A qué se debieron los fallos del preservativo masculino? al mal uso en el 53,43% de los casos (alternancia con métodos naturales, mala utilización o no utilización), por incidencia (rotura, permanencia en vagina, se arrugó y se salió) en el 23,23% de los casos y, por motivos desconocidos en otro 23%. El estudio concluye que un 70% de las usuarias del preservativo lo hacía de forma inconsistente. La Píldora también falla por mal uso en el 70% de los casos (olvido, confusión, retraso de la toma, descanso-inicio inadecuado del tratamiento). En suma los resultados abundan en que los métodos que afectan a la espontaneidad de la relación (preservativo y métodos naturales) tienen una mayor tasa de fallo que los métodos de larga duración.

También en 2009 se publicó el estudio de Parkes et al sobre la tasa de fallos de anticonceptivos pero, esta vez, centrado en la primera relación sexual (PRS). Este estudio examina la asociación entre el método utilizado en la PRS y el subsiguiente embarazo en chicas de 16 años. Parkes et al, aunque parten de que las tasas de fallo de los preservativos en el primer año de uso son superiores que los de la AO: en USA, el 15% de las usuarias del condón experimentaron un embarazo no deseado en el primer año de uso, comparado con el 8% de las que usaban AO (Trussell, 2004 ; cf. Parkes et al, 2009 :55), alcanzan resultados que discrepan de esa idea. De las 6348 alumnas de secundaria encuestadas (en Inglaterra y Escocia), 2501 habían tenido relaciones con penetración y, de ellas, 1.952 aportan toda la información requerida. Sobre estas se realizan los análisis que apuntan que: la mediana de edad de la PRS fueron 15 años. El 65% usaron condón en la PRS, el 11% doble método (AO más condón), y, el 4% usaron sólo AO. Una de cada cuatro usaron mé-

todos no efectivos, una de cada cinco de este grupo usaron la PAU. Nadie usó métodos de larga duración. Aproximadamente, una de cada ocho chicas (N=163) estuvieron embarazadas.

Parkes et al. encontraron que “las chicas de 16 años o menos que usaron solo AO en la primera relación sexual tuvieron más probabilidades de quedarse embarazadas que las que usaron sólo condones [...] No obstante, no había diferencia en el riesgo de embarazo según si los condones eran usados solos o con AO” (2009:59). Los datos sugieren un uso poco efectivo de la AO mas que un gran riesgo de discontinuidad. ¿Cómo explicar los fallos de uso de la AO ? El poco conocimiento –en ocasiones propiciado por su prescripción para otros fines- del método contribuiría al riesgo de calcular mal. Los problemas para ocultar las píldoras y un caótico estilo de vida sexual contribuyen también al incremento de la tasa de fallo de uso de la AO (Parkes et al, 2009:62). “Este estudio sugiere que para las menores, en su primera relación sexual, los condones pueden ser más fáciles de usar eficazmente que la AO [...] Aunque, el uso del doble método es relativamente poco común entre estas chicas, nuestro estudio no sugiere que haya un menor riesgo de embarazo comparado con las que usan solo condones” (2009:62). Finalmente, Parkes et al nos remiten al reciente incremento de la prescripción de AO a menores de 16 en Escocia (cuyos efectos fueron analizados por French y Cowan, 2009) y señalan que no es suficiente para afrontar los embarazos en adolescentes. Es necesario asesorar para asegurar un conocimiento apropiado de los efectos más comunes de la anticoncepción y qué hacer cuando se pierde la píldora, sin embargo, los datos muestran la dificultad de encontrar maneras de aumentar la adhesión al régimen de la AO.

En suma, como sostiene Ex5: "No se puede generalizar. Fallan más los que no evitan la ovulación, los que dependen del manejo de la mujer (de la pareja o de ambos, como en el caso del preservativo o del coito interrumpido) y los que requieren conocimientos especiales del periodo fértil (basados en el auto-conocimiento del propio ciclo menstrual)".

Ante la situación descrita nos preguntamos por qué no se prescriben y facilitan más los métodos hormonales de larga duración y reversibles. Parkes et al (2009) avanza que jugarán un importante rol en la prevención de embarazos. Las actuales barreras al uso de anticonceptivos, incluyen: los efectos secundarios (como sangrado irregular,...) y las pocas habilidades de los profesionales para prescribir. En Andalucía, habría que añadir, las escasas posibilidades para actualizarse y la falta de tiempo en las consultas a demanda. Parece que con el tiempo y las habilidades comunicativas necesarias se logra la adherencia al método que el profesional considere apropiado prescribir.

3.2.5- Estrategias comunicativas de los sanitarios

La multiplicidad de criterios a tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo, unida a las variadas condiciones y circunstancias -tanto sociológicas como demográficas, económicas y psicológicas- que contribuyen al fracaso anticonceptivo, contribuyen a dibujar la particularidad /especificidad de la relación sanitario / usuaria en las consultas de planificación familiar.

A pesar de los cambios, el modelo dominante de la relación sanitario-usuaria sigue siendo aquel en el que el profesional sanitario toma las decisiones. El objetivo de mejora de la comunicación y de toma de decisiones compartida, pasa por 1) una escucha más atenta de las demandas de las mujeres; y, 2) conciencia de que la voluntad de implicarse pueda variar según las mujeres y pueda ser ambivalente a nivel individual. La literatura científica sugiere que dejar a las personas elegir su estrategia anticonceptiva se relaciona con más satisfacción y mayor frecuencia de uso. Según Leeman, las mayores tasas de continuación del método se han asociado con una buena relación con el profesional sanitario y con la comunicación de la información acerca de los beneficios no anticonceptivos del mismo (2007: 22).

Según un grupo de expertos franceses, dos tipos de enfoques: el counseling y la conducta educativa, podrían resultar muy útiles, como estrategias comunicativas, a los médicos:

“El counseling se refiere a una conducta de consejo y acompañamiento de la mujer, favoreciendo la expresión de su elección. Por un lado, se apoya en la empatía con la usuaria, respeto a su sexualidad, sus sentimientos, su actitud y sus necesidades; y por otro, compromete al sanitario a conservar la máxima neutralidad con respecto a las conductas tratadas y las informaciones dadas. El enfoque con entrevista motivacional se sitúa en esta corriente. Su particularidad es la de ser directiva: pasa por la expresión por parte de la mujer de sus ambivalencias para permitirle desembocar en una elección.

La conducta educativa se refiere a una conducta de cooperación pedagógica centrada sobre la persona que pretende mejorar su salud, ganando simultáneamente más autonomía en su propia gestión. Esta conducta individualizada se funda en lo que la persona es, sabe, cree, teme y espera, partiendo también de lo que es, cree, teme y espera el sanitario.

‘Counseling’ y ‘conducta educativa’ han mostrado su eficacia en anticoncepción, se asocian a un mejor conocimiento del método usado, una tasa más alta de uso y una duración más larga del uso efectivo” (Anaes, Afsaps, Inpes, 2004:40).

Por otro lado, los expertos subrayan el interés del modelo de la OMS “ACCEDA”⁴² que retoma las etapas de las consultas:

Atender: favorecer una buena conexión, una relación tranquilizadora, asegurando la confidencialidad y presentando los objetivos y el proceso de la consulta.

Conversar: recoger información sobre la mujer y su salud. Se hacen la entrevista y el examen clínico, se exploran paralelamente su contexto vital, experiencia y visión de la cosas.

Comunicar: transmitir información jerarquizada y a la medida, de forma comprensible y adaptada a su ritmo y su conocimiento. Asegurarse de la comprensión de la información dada, especialmente sobre los métodos que prefieren. Informar sobre las alternativas y opciones adaptadas a su situación personal, y, dar un documento en formato adaptado a toda la población que complete la información oral.

Elegir: la decisión final pertenece a la mujer. Se puede llamar su atención sobre proyectos, situación familiar, preferencias... beneficios y riesgos de los métodos para ayudarla. Hacerla reflexionar sobre sus posibilidades de respetar el método teniendo en cuenta su trayectoria personal, asegurarse de su total aprobación y de la ausencia de reticencias en cuanto al método elegido.

Describir: explicar el método y su empleo. Esta fase incluye una demostración de su uso y según el método, un aprendizaje con manipulación por parte de la mujer. Informar sobre las opciones en caso de problema, donde y cuándo conseguir cada producto. Se termina con las razones medicas que justifican que vuelva a la consulta y la programación de otra visita.

Acordar otra visita: la consulta de seguimiento permite re-evaluar el método y verificar que sigue adaptado a la persona. Aporta la oportunidad de completar la anticoncepción o cambiar el método si se revela inadecuado o insuficiente. Se pueden también tratar puntos que quedaran pendientes de la consulta anterior, el sanitario responde a las preguntas de la mujer, resuelve problemas clínicos o de uso surgidos desde la última consulta, por último, se tienen en cuenta las posibles modificaciones de su trayectoria individual y social (Anaes, Afsaps, Inpes, 2004:40- 41 y Population Reports, 1998).

Comprometerse de forma individual en el asesoramiento para la elección implica para el medico (u otro personal sanitario) reflexionar antes sobre la significación individual y social de la prescripción de un método anticonceptivo, y cuestionarse también su propia posición con respecto tanto a la anticoncepción y a los métodos existentes como al rol que le es atribuido en relación con la mujer y la pareja. Actuar de esta

42.- “GATHER” en inglés y “BERCER” en francés.

forma requiere además de tiempo para generar un ambiente de confianza que invite a la confidencia. Sin duda, serán necesarios más de cinco minutos de consulta.

Con respecto a esta situación ideal descrita y recomendada, lo que sabemos de la formación inicial de los médicos en Francia y en España hace pensar que queda mucho por andar en este ámbito.

3.2.6- Condicionantes ideológicos: objeción de conciencia

Los sanitarios como personas, participan de la diversidad ideológica presente en la sociedad, pero como profesionales, están obligados a objetivar sus ideas sin imponerlas y a poner al servicio de la sociedad sus conocimientos científicos y su buen hacer. Su práctica profesional estará por encima de la ideología cuando ésta entre en conflicto con el servicio que de ellos se espera, o al menos no la dificultarán, dando otras opciones a quien así se lo demande. Pérez García et al (2005) sintetizan los principios bioéticos en la prestación de anticoncepción: 1) el principio de autonomía, el profesional sanitario está obligado a dar la mejor información sobre los anticonceptivos, sus beneficios y sus inconvenientes, al margen de posicionamientos ideológicos individuales, 2) el principio de beneficencia que obliga a primar el beneficio sobre el perjuicio, 3) el principio de justicia indica que desde los profesionales sanitarios se debe ofrecer cualquier método anticonceptivo (incluida la anticoncepción de urgencia).

Cook, Arango y Dickens (2009), insisten en la obligación legal de los facultativos objetores de conciencia de remitir a los pacientes a otros que no lo sean y en que los hospitales, clínicas y demás instituciones sanitarias no poseen el derecho de objeción de conciencia porque no participan en los procedimientos que están obligados a facilitar (tampoco cabría la objeción en administrativos u otro personal no relacionado directamente con la actuación médica). Ello debido a que los sistemas de salud deben manejar tanto la objeción de conciencia como los derechos constitucionales y legales de los pacientes. Además, el derecho a la objeción de conciencia no es absoluto ya que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas (ICCPR) lo limita cuando involucra la salud de otros. La libertad de conciencia no confiere un derecho indiscriminado a la objeción de conciencia. Cuando una libertad se convierte en una excusa para limitar los derechos de otros, el Estado se ve en la obligación de proteger, también por medios legales, los derechos inalienables de sus ciudadanos contra tales abusos (cf. Cook et al, 2009).

En Andalucía, al igual que en el resto del territorio nacional, existe un desajuste entre la situación “prescrita” (accesibilidad y oferta universal) y la situación real. En la práctica, muchas mujeres con situaciones diversas encuentran barreras (no sólo arquitectónicas) para acceder a la información y los facultativos. En ocasiones, los facultativos usan la objeción de conciencia, mientras que la actitud de otros provoca la desconfianza en las mujeres, sobre todo en las jóvenes y las mujeres con discapacidad. Por ejemplo, las y los profesionales que se inhiben de la prescripción de la PAU, lo hacen por: “consideraciones morales, desconocimiento del mecanismo de acción del tratamiento; por hacer una interpretación restrictiva del ‘menor maduro’, negando la prescripción a menores de 16 e incluso de 18 años; por miedo a posibles acciones judiciales de padres y tutores. En muchos casos este comportamiento es el resultado del aumento de las demandas de usuarios que lleva a los profesionales a practicar la ‘medicina defensiva’ (FPFE, 2008). Otros argumentan que la alta tasa de actividad durante los fines de semana en los servicios de urgencias impide dar la información adecuada a las demandantes.

Un experto, médico de atención primaria, sostiene que no hay lugar para la objeción de conciencia respecto a la AU, para él, aquellos que lo utilizan como argumento para no dispensarla son simples ‘objetores del placer ajeno’. Objetores que plantean una seria problemática al sistema de salud. Para intentar paliar sus efectos, el SAS habría arbitrado un sistema que garantizaría que no coincidan dos médicos objetores en la misma guardia.

Según el balance andaluz sobre anticoncepción y aborto (Ramírez Polo, 2005): el programa oficial de la comunidad se ajusta poco a la realidad. Más allá de las buenas intenciones, en muchos casos hay profe-

sionales que no están preparados, ni motivados ni sensibilizados. En su estudio, una media del 30% de los profesionales eran objetores, aspecto fundamental en los centros en los que no hay una consulta específica con un profesional concreto. Por tanto, “lo que debiera ser un acceso fácil y de atención rápida se convierte en un supuesto y hay grupos poblacionales para los que acceder a un método anticonceptivo es muy difícil”. Los testimonios de las mujeres insistían en las dificultades arbitrarias impuestas por numerosos profesionales médicos, al uso de la PAU y el peregrinaje al que se ven sometidas (cf. Bretin y Gómez Bueno, 2009).

Ziebland (1999) sistematizó las barreras para el acceso a la PAU, insistiendo en que se transmiten a las mujeres representaciones y ansiedades de manera indirecta; empleando un discurso de apariencia ‘médico-científico’ pero con fuerte carga moral; todo parece ocurrir como si el hecho de que intervenga después del acto sexual, diera a la anticoncepción de urgencia un estatuto y una posición especialmente incómodos⁴³.

3.3- Posibles líneas de actuación

Las propuestas que plantean los profesionales sanitarios difieren según la posición que ocupan en el sistema. Parece existir acuerdo respecto a la importancia de la formación y el asesoramiento en anticoncepción pero discrepan respecto a quién debería asumir esas tareas; sus estrategias consisten en traspasar la responsabilidad de informar a otros. La carga de trabajo de los diferentes grupos profesionales es tal que nadie ve la posibilidad de, en las condiciones actuales, hacerse cargo del asesoramiento anticonceptivo. Así quienes trabajan en las clínicas de IVEs y otros servicios fuera de atención primaria (AP), proponen, para mejorar este servicio:

1. Generalizar la participación de los médicos de AP en la educación del alumnado de secundaria, a través de Forma Joven⁴⁴.
2. Arbitrar algún sistema para que la gente tenga más posibilidades de consultar dudas (con el médico o con otros profesionales – formadores)⁴⁵.
3. Dedicar más tiempo a la PF en atención primaria. «Dedicar un poco más de tiempo a la paciente, no 5 minutos para recetarle el parche, el anillo o la píldora»⁴⁶.
4. Difundir folletos informativos para despertar la curiosidad y animar a preguntar. «Los folletos ayudan: a veces te vienen, mira que he leído esto y entonces tú le explicas, te sirven de apoyo pero también hay que tener en cuenta el nivel de la gente, hay mogollón de gente que no está nada acostumbrada a leer [...] La mayoría de los folletos son de los laboratorios y muchas veces están sesgados» (Ex3).
5. Protocolizar que cuando se derive una IVE, la pareja tenga una cita inmediatamente después para PF. «Es decir, tu te vas con una cita para IVE pero a los 15 días, tienes otra cita para prescribir an-

43.- “Una diferencia-clave entre la PAU y otros métodos es el momento del uso. Una demanda de anticoncepción que se formula en la estela inmediata de un encuentro sexual, perturba lo que Hawkes refiere como « el ordenado, racional ethos de la PF [...] La organización de la PF y el lenguaje específico empleado para referirse a ella, se caracteriza por la ‘de-sexualización’ del control de los nacimientos (Stycos, 1977). Mientras las imágenes sexuales se usan para vender todo tipo de productos, estas fueron rigurosamente evitadas en la promoción de la anticoncepción. La PAU ocupa una posición particularmente incómoda, porque desobedece la de-sexualización, al ser una respuesta a un episodio sexual específico y reciente » (Ziebland, 1999: 1416).

44.- En donde se produce esta colaboración, mejora enormemente la información de la ciudadanía: «en Sevilla, el CS del Polígono Norte funciona muy bien, con profesionales muy implicados que van a darles clase con 9 años, eso es lo que tienen que hacer, estupendo, no esperar a que estén teniendo relaciones para darles clase que ya tienen sus mitos hechos» (Ex3). También desde el CS de la Chana, colaboran con el IES de la zona, logrando un premio internacional por Forma Joven.

45.- «Unos formadores para atender dudas: eso evitaría muchos abandonos de método: mira es que se me ha olvidado una, mira que el médico me ha mandado tal ¿eso me reduce la eficacia ?...»(Ex4).

46.- «Eso es importante. Hay fórmulas relativamente fáciles y baratas que se pueden hacer y no echarle toda la carga al médico, que de verdad no puede: puedes tener a alguien especializado para dar una charla general sobre métodos anticonceptivos antes de ver al médico o después» (Ex3).

ticoncepción. Eso se podría mejorar» (Ex4).

6. Fomentar y facilitar la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales sobre salud sexual y reproductiva, para evitar que se utilicen protocolos obsoletos.
7. Valorizar la medicina preventiva. «Dentro de la ginecología dar más importancia a algo que es muy importante para la vida de las mujeres: quedarse embarazadas cuando quieren» (Ex4).
8. Mejorar la atención en PF y sexualidad desde los equipos de AP y especializada. Incorporar estas materias de manera clara en la Cartera de Servicios, favoreciendo la formación en PF y salud sexual, posibilitando un tiempo de consulta no inferior a los 10-15 minutos y dando opción para atenciones sin cita previa (para determinados casos urgentes o que requieran aclaración) (Ex5).
9. Crear centros de PF (con una denominación diferente), de apoyo y de referencia para situaciones especiales, formación, investigación, etc. mediante una ordenación por territorios y equipos (Ex5).
10. Generar una red de Centros de Atención a la Sexualidad Juvenil, en número necesario para ajustarse a las recomendaciones de la OMS sobre recursos juveniles, 1 por cada 100.000 jóvenes entre 12 y 24 años. Estos recursos deberían estar coordinados, independientemente de su dependencia institucional (Ex5).

En definitiva, habría que fomentar: la educación sexual desde etapas escolares, la promoción de trabajo informativo-educativo con jóvenes de ambos sexos, la formación y mejora de actitudes de los profesionales que asuman la PF, la salud sexual, la maternidad decidida y las diferentes vulnerabilidades como parte de su función y actividad.

Desde Atención Primaria se propone:

- 1) Contar con mayor tiempo de dedicación a cada paciente
- 2) Favorecer la formación y actualización de los profesionales, ampliando la oferta formativa y posibilitando la formación dentro del horario laboral.
- 3) Incentivar la colaboración con los centros educativos y otras acciones de promoción de la salud: “desde pagar más hasta reducir las prestaciones, reducir los cupos, liberar algún día en semana para colaborar en Forma Joven... y, reconocimiento”⁴⁷.
- 4) Visibilizar, registrar, valorar e incentivar las tareas de PF: «la promoción de la salud está infravalorada por los gestores, necesitamos que los gestores nuestros nos digan que eso que estamos haciendo ellos lo valoran, lo consideran, ... Estamos hablando de los gestores altos, medios y bajos» (Ex2).
- 5) Dedicar el recurso del 60% a cubrir también actividades de Promoción de la Salud Sexual y reproductiva (Ex13).
- 6) Favorecer la formación de mediadores

47.- Ex13 insiste: «Hay muchas cosas que se pueden hacer pero la voluntad sólo no puede ser, al final fracasa todo, a la larga lo que ves es una injusticia. Si yo me comparo con otros compañeros del centro, pues mira veo que no es justo que yo tenga que sacar todo adelante lo mismo que los demás que me exijan los mismos indicadores que los demás, en todo, y encima no me tengan en cuenta esto que estoy haciendo (participar en Forma Joven)».

- 7) Revisar y redactar de forma didáctica los prospectos de los anticonceptivos. Además de controlar su actualización periódica, como estrategia para avanzar en la difusión de la información y la adhesión a los métodos.

Desde la administración:

- 1) Generalizar las Buenas Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva
- 2) Dotar a cada centro de salud de una persona de referencia para consultas, asesoramiento, dudas y formación en SS y R.
- 3) Promocionar los anticonceptivos de larga duración (DIU e implantes)
- 4) Luchar por lograr la financiación de los anticonceptivos, al ser medicamentos esenciales según criterios de la OMS.

Desde nuestro punto de vista, añadimos :

1. Apostar claramente por la información / formación antes que por la medicalización. Para ello no es suficiente con reflejarlo en los papeles (Cartera de Servicios, Contrato Programa...). Con la intención, no basta. Hay que dotar de tiempo, formar y concienciar a los profesionales y hacer campañas informativas.
2. Proponer la colaboración en Forma Joven al alumnado universitario a cambio de créditos de libre configuración o créditos prácticos (a negociar con las universidades).
3. Implicar en las tareas de PF a enfermeros y matronas, siguiendo así los modelos francés y noruego.

A continuación revisamos las investigaciones y las opiniones y prácticas de los profesionales con dos grupos poblacionales específicos. Comenzamos con el grupo de edad más joven y continuamos con las poblaciones con discapacidad o diversidad funcional.

4- INFORMACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS EN EL GRUPO DE 15 A 20 AÑOS.

La Unión Europea fomenta activamente el desarrollo de un estilo de vida saludable en relación con los comportamientos sexuales. Este objetivo, con especial atención a los jóvenes, está incluido en el Programa de Salud de la UE para 2008-2013. En este marco, la Unión quiere desarrollar enfoques para mejorar el estado de salud sexual de todos los ciudadanos y promover el intercambio de buenas prácticas e información para abordar las preocupaciones más importantes, como los embarazos de adolescentes o la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Las estrategias deberán tener en cuenta grupos específicos, fomentar la igualdad de género y el pleno respeto de las diferencias culturales. La Unión ha dado pasos hacia una asociación europea que promueve la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes y los grupos vulnerables en Europa.

Los adolescentes presentan una actividad sexual esporádica y poco previsible. La desaprobación general de su sexualidad contribuye a la carencia informativa y a la ausencia de comunicación. Según las recomendaciones prácticas para el uso de anticonceptivos (OMS,2009:11-12), las adolescentes son elegibles para usar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de anticonceptivos inyectables de sólo progestágenos en menores de 18 años, estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Aunque los criterios de elegibilidad son, en general, aplicables a toda la población, algunos trastornos (por ejemplo, cardiovasculares) no afectan generalmente a las personas jóvenes. También se ha mostrado que las adolescentes son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuidad. Los aspectos sociales y de conducta deben ser igualmente considerados: en algunos casos será más apropiado el uso de métodos que no requieren un régimen diario, en otras será la continuidad / discontinuidad de las relaciones sexuales, y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos, las razones que orienten la elección. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquéllas que están casadas, y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación del número de opciones ofrecidas puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a abordar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para evitar que el acceso o el coste económico limiten las opciones anticonceptivas de la población.

Actualmente, la sexualidad está deslindada de la reproducción, lo que contribuye a que, como sostienen desde el MSC, “la sexualidad sea concebida por los jóvenes como vivencia, como escuela de vida: lo más importante es construirse a sí mismo, tejer un vínculo afectivo con otra persona, configurar una red de confianza...». Diferentes autores defienden que se está imponiendo un nuevo modelo de relaciones sexuales: Giddens lo designa ‘sexualidad plástica’ ; «Marquet habla de ‘sexualidad recreativa’ y Conde de ‘sexualidad vivencial’ cuya función es más amplia y compleja que proporcionar placer, se trata de una función identitaria: construir su individualidad como sujetos adultos. La sexualidad aparece como un espacio íntimo y propio que admite consejos y orientaciones de los adultos pero que tiene que recorrer cada cual, con sus errores, sus fracasos y sus éxitos» (2007:58).

Así, en estas edades, lo que estarían buscando con las relaciones sexuales es autoafirmación, placer, afectividad y aceptación. Otras motivaciones, serían: la curiosidad, la búsqueda de nuevas experiencias; la competitividad y la presión social (del grupo de iguales, de los medios de comunicación) que les induciría a no quedarse atrás, y una cierta actitud contradictoria hacia los adultos que les llevaría a imitarles a la vez que a manifestarse contra ellos a través de una práctica que se les pretende prohibir.

4.1 La primera vez: un rito de paso

En España, el grupo de población de 15 a 20 años supone un 5% de la población nacional. En Andalucía el porcentaje es mayor, alcanzando el 5,96% (INE, 2009). La evolución de los datos muestra la pérdida de peso de este grupo de edad en ambos ámbitos geográficos. No obstante, acaparan nuestra atención por ser en el grupo de edad en que más prácticas sexuales de riesgo se preven. Veamos que indican datos e investigaciones.

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS, INE, 2003), aplicada a una muestra nacional de 18 a 49 años, la media de edad de la primera relación sexual se sitúa en los 18,6 años (18,1 hombres y 19,1 mujeres), tanto en España como en Andalucía. Las comunidades más tempranas son las insulares: Canarias (17,7) y Baleares (17,8) y las más tardías: La Rioja (19,4), Castilla la Mancha y País Vasco (19,2).

Esta encuesta nos ofrece también datos sobre el comienzo de las relaciones sexuales por grupos de edad, lo que nos permite observar la tendencia de los cambios.

TABLA 10: Edad media de la primera relación sexual por sexo y grupo de edad.

	Total	De 18 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años
Ambos sexos	18,6	17,8	18,8	19,3
Varones	18,1	17,5	18,2	18,8
Mujeres	19,1	18,2	19,4	19,8

Fuente: ESHS, INE, 2003.

Vemos como es el grupo de menor edad (entre 18 y 29 años) el que se inicia en la sexualidad coital más temprano (17,8 años). Es decir, la edad de inicio disminuye con el paso de una cohorte a otra. Las diferencias entre mujeres y varones continúan vigentes, iniciándose ellas a los 18,2 años y ellos a los 17,5, aunque las distancias van disminuyendo.

Cinco años después, el Informe sobre la Juventud en España (INJUVE-2008)⁴⁸, señala como la edad de inicio, los 17,2 años para las mujeres y 16,5 para los hombres, lo que supone un descenso de un año en la edad de inicio y “sería la continuidad de una tendencia que comenzó de manera más ralentizada a mitad de los años 90” (INJUVE-2008: 90).

Los datos de dos encuestas multinacionales aplicadas en 2001-02, en 24 países y en 2005-06 en 30 países (HBCS), entre ellos España, a muestras representativas a escala nacional de estudiantes de 15 años, apuntan en la misma dirección: un aumento general del porcentaje de población de quince años que declaran haber mantenido relaciones sexuales coitales entre una y otra aplicación. En concreto, el porcentaje medio de respuestas positivas a esta cuestión es, en 2001/02, del 22,4% y, en 2005/06, del 26,7%. En este sentido, Francia obtiene un porcentaje de respuesta muy similar a la media, el 21,4% en 2001/02 y el 28,0% en 2005/06. España, sin embargo, se sitúa por debajo de la media : en 2001/02 el 15,4% había tenido relaciones sexuales coitales y en 2005/06 el porcentaje de quinceañeros sexualmente activos era del 21,7 (Gabhainn et al, 2009 :211).

También en el contexto de Forma Joven se realizó una encuesta sobre actividad sexual. Sobre los resultados obtenidos Ex2 destaca el alto riesgo al que están sometidas las menores precoces : « hay una población de riesgo tremenda, las que se inician precozmente, a los 12-14 años porque no están bien informadas, están llenas de miedos y temores, son muy pocas pero por pocas que sean (3%), están sufriendo y eso si que está descontrolado. Porque nadie les ha orientado y no se atreven a preguntar. Es un grupo especialmente vulnerable que no viene nunca a las consultas ».

48.- Encuesta administrada a 5.000 sujetos de 18 a 29 años.

El INJUVE (2008:95) pone el acento en la influencia de los medios de comunicación en la conformación del imaginario social español que sitúa la edad de inicio sexual entre los 15 y los 16 años (a la conformación del imaginario contribuyen también investigaciones y encuestas cuyos resultados al ser ampliamente difundidos pasan a conformar la realidad que pretenden explicar). Esta imagen colectiva se establecería como una obligación de normalidad para la juventud y contribuiría al descenso continuado de la edad de inicio.

Otros explican esta tendencia por la fuerte relación existente entre la conciencia de una cierta madurez personal y el mantenimiento de relaciones sexuales; a medida que los jóvenes se sienten más maduros inician a edad algo más temprana las relaciones (2004:213)⁴⁹. Esa primera vez se plantea como un rito de iniciación a la vida adulta, como un cambio de estatus con respecto al grupo de iguales relatan Megías et al (2005)⁵⁰, quienes matizan que esa transición a la madurez es gestionada por las chicas y por los chicos de forma diferente ya que las aspiraciones sexuales se definen en función de las tradicionales diferencias de género.

4.2- Las desigualdades de género

El significado socialmente atribuido a los cambios fisiológicos y biológicos tiene implicaciones en: la construcción de la identidad de género, la configuración del deseo sexual, el desarrollo de la sexualidad, etc. Mitjans (2005) señala como una de las principales diferencias de género: la legitimación del placer y del deseo sexual como un proceso activo y lineal para los chicos y mucho menos explícito para las chicas. Mientras los chicos pueden y deben manifestar sus deseos e impulsos sexuales, las chicas no deben y, a veces, no pueden manifestarse sexualmente activas. Se perpetúa así la doble moral que sanciona de diferente modo las mismas prácticas sexuales, según quien las protagonice: si son los chicos, virilidad y poderío, si son las chicas, promiscuidad. Tanto ellas como ellos mantienen la idea de que “los chicos siempre quieren tener sexo, mientras las chicas siempre pueden tener sexo”, esta idea proyecta cierta capacidad de control de las chicas sobre la relación sexual pero, también supone que el deseo sexual de los chicos es incontrolable por su “instinto” masculino, y para las mujeres, no: si hay algo que controlar en las relaciones sexuales (el tiempo, la oportunidad, el riesgo, o el mismo deseo) ese sólo puede ser ejercido por la mujer” (Megías et al, 2005:127).

Sobre esa base se mantienen, en gran medida, las desigualdades de género en salud sexual y reproductiva, especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos: “las chicas siguen teniendo presiones para las relaciones precoces y coitales, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anticoncepción de urgencia y de la IVE” (MSC, 2007:60).

4.2.1- Una presión social estereotipada

La presiones sociales actúan de diferente modo sobre ellas y ellos: mientras las chicas deben preservar su integridad y necesitan un cierto nivel de intimidad y confianza (incluso de enamoramiento) para que tenga lugar la primera relación sexual coital, las expectativas de los chicos se centran en que acontezca esa primera vez cuanto antes y cuanto más, mejor.

Esas presiones indican que las chicas no deben mostrarse activas sexualmente ni controlar la situación. Para ellas, la “primera vez” significa “un cambio sin retorno: dejar de ser virgen” (Álvarez, 2001), además, continúa el autor, sus expectativas hacia el primer coito son negativas: dolor, sangre, ruptura del himen ... Todos estos elementos no facilitan el disfrute del momento si también se añaden los miedos al embarazo, a las infecciones, etc. Tampoco la percepción del otro y el miedo a que cuente sus errores o sus experiencias a los amigos (Megías et al, 2005) favorecen la sexualidad de las chicas. Algunas de ellas accedan a tener relaciones coitales sin en realidad desearlo por miedo a ser etiquetadas de “estrechas” o ignoradas por

49.- Estudio cualitativo sobre la imagen de la salud de los jóvenes en la Comunidad de Madrid. Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública de la CAM – CIMOP, 2004.

50.- Estudio cualitativo realizado en la Comunidad de Madrid y Cataluña, con chicos y chicas de 16 a 19 años. Se realizaron 8 grupos de discusión, 21 entrevistas a chicas y 22 a chicos, para el INJUVE.

“aburridas”. El nivel de confianza que se tenga en la pareja determina la seguridad en la relación sexual: la situación que más favorece la comunicación y la asertividad sexual y anticonceptiva, es decir, expresar lo que se piensa respecto a la relación sexual, lo que se quiere o cómo se quiere, es la pareja estable. Tanto las chicas como los chicos, coinciden en que la situación de pareja estable contribuye a fortalecer la confianza y la seguridad en sí mismos.

Las presiones hacia los chicos se orientan a ‘dar la talla’. De ellos se espera que dirijan la interacción, que actúen de una forma adecuada, que controlen la situación y no se les permite dudar y esto puede provocar ansiedad que después se traduce en problemas de erección o eyaculación precoz (Álvarez, 2001)⁵¹. Idea ratificada por Ex7: “los chicos tienen problemas de erección, de eyaculación precoz, por la responsabilidad que llevan a las relaciones coitales porque se ven con la carga de asumir el placer suyo y el de la otra persona porque no tienen ni idea, la mayoría de las veces, de lo que van a hacer, pero tienen que representar el papel de que lo saben... porque están continuamente evaluándose a ellos mismos”. El disfrute de la chica pasa a ser un objetivo más del chico para culminar su placer, ya que “suponen que en la relación sexual existe comparación, y dar la talla implica que la pareja disfrute contigo más (o al menos lo mismo) de lo que haya podido disfrutar con otros” (Megías, et al, 2005:143). Parecen estar presionados por mantener una buena imagen, más que preocupados por ellos/as en términos de satisfacción o salud.

Por otro lado, está la presión social para no tener relaciones sexuales ‘antes de tiempo’, lo que conduce a descuidar el uso regular de un anticonceptivo y a poner soluciones a posteriori. Para estos casos, el acceso directo a la PAU es una ventaja, por la privacidad que permite (Moreau et al., 2006). Reflejo de la fuerza de la norma social en cuanto a la oportunidad de la paternidad / maternidad, los jóvenes se esfuerzan por evitar un embarazo demasiado temprano recurriendo a la PAU y al aborto. Pero las desigualdades de uso y acceso según el nivel educativo y la localización geográfica persisten aun.

Otro efecto de la pretendida prohibición de las relaciones tempranas es la ausencia de lugares donde tener relaciones. El no tener dónde relacionarse íntimamente limita las posibilidades de planificación, contribuyendo a que cuando se presente la ocasión, se tenga la relación coital. Mayor confianza de los mayores, especialmente de los progenitores para que puedan reunirse tranquilamente en casa, contribuiría a relaciones más planificadas, pausadas y seguras.

4.2.2 La negociación sobre el uso del preservativo y el chantaje emocional

Sabemos que el preservativo masculino es el método más usado en los primeros encuentros sexuales. La ESHS (INE, 2003) nos aporta información sobre quién llevaba el preservativo la primera vez: en el 73,1% de los casos del grupo de edad más joven (18 a 29 años) era el varón, y en el 9,6% era la mujer. Tengamos en cuenta que un 80% de los menores de 29 años afirmaron usar preservativo en la primera relación sexual con la última nueva pareja. Estos datos apuntan, además de la diferenciación de los roles de género, las relaciones de poder dentro de la pareja y el espacio para la iniciativa de cada uno de sus miembros.

Así, aunque la planificación de la anticoncepción es individual y femenina, la responsabilidad de llevar los condones es de los chicos. En este sentido, muchas chicas son conscientes de que pueden exigir preservativo y decir sí o no, pero no parece que confíen en ser respetadas. La responsabilidad de la anticoncepción es de las chicas, el preservativo se considera responsabilidad de los chicos y, si ellas lo piden o lo aportan se exponen a ser tachadas de ‘frescas’ o presuntuosas. Estos prejuicios contribuyen a que la “marcha atrás” y la PAU, sean tan populares entre este colectivo.

Sabemos también que sobre el preservativo circulan numerosos discursos: “que aprieta, que no se siente lo mismo... para evitar usarlo y es un discurso que defiende que, al final, la responsabilidad de la anticoncepción recae sobre la chica, de manera que acaba optando por un método hormonal” (Ex8). “Mu-

51.- Sociedad Española de Contracepción: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php

chas jóvenes ceden ante los requerimientos sexuales de su pareja entendiendo que así es como pueden demostrar el amor. Y entonces caen en conductas perjudiciales para ellas mismas “por qué utilizar preservativo si me ha dicho tantísimas veces que no siente lo mismo, que no lo quiero tanto” (Ex8). “Si me quieres, si llevamos mucho tiempo juntos... al final se acaban manteniendo relaciones o bien de riesgo, o bien recayendo la responsabilidad sobre ella” (Ex7). Así, el éxito y poder de un chico se verá reflejado en que la chica renuncie al uso del preservativo (tome o no la píldora anticonceptiva). Es decir, el chantaje emocional se articula o bien sobre la idea del placer (concedido o negado) o bien sobre la idea del amor. Una concepción del ‘amor’ como entrega total que incluye el abandono de una misma y la desatención de su salud, y que es nefasta para las ‘sacrificadas’ mujeres.

Los ideales del amor romántico o, como decía McRobby, “la ideología del romance”, entorpecen la vivencia equitativa y responsable de la sexualidad : las chicas marcándose como objetivo vital encontrar a su príncipe azul (cuando no existen príncipes azules), su media naranja para entregarse totalmente a él, para sacrificarse y darlo todo por lograr y mantener su amor. Estas ideas, se han mostrado tremendamente perjudiciales para las mujeres, orientándolas hacia situaciones de riesgo en las relaciones de pareja y sexuales. Son perjudiciales, cuando rebasan la simple expresión de un amor profundo y conllevan la anulación de la autonomía, de la libertad y de la voluntad de alguno de los miembros de la pareja. Además, nunca aparece un preservativo en la relación coital ideal, ni malos compañeros ni reparto desigual de tareas ni conflictos...todo es armónico e ideal. Ese “ideal romántico” puede ser un paso previo a situaciones de sumisión y violencia.

A las desigualdades de género contribuyen también los medios de comunicación, elementos centrales en la configuración de los imaginarios sociales, al reforzar los roles de género más estereotipados y frivolarizar con el sexo. El OSM-CIMOP (2005) sostiene que desde los medios se incita a consumir sexo, por lo general reducido a lo genital, sin vínculos con las emociones, y se le da una imagen graciosa, divertida y simpática que obvia los riesgos de salud que conlleva si no se toman –como nunca ocurre en las películas- medidas de protección. Así, «los chavales adquieren una visión muy pornográfica de la sexualidad y luego se llevan un chasco muy grande cuando tienen relaciones sexuales. Se decepcionan mucho, porque no es nada de lo que han visto ni de la idea que tenían» (Ex7).

Las relaciones sexuales siguen un proceso que lleva de la relación esporádica (con preservativo o marcha atrás) al ‘salir juntos’ que implica mayor grado de confianza. La confianza se convierte en un factor significativo a la hora de decidir cambiar a la píldora anticonceptiva. «Esta transición de los preservativos a la píldora, en una nueva relación con un compañero fijo, está cargada de significado simbólico, y puede emplearse para dar a entender la seriedad de la misma, como una forma de demostrar al compañero que él es alguien especial» (Barranco, 2001: 645).

4.2.3 La persistente dominación masculina

Las presiones que muchas chicas siguen sufriendo para acceder a tener relaciones coitales, la asunción del embarazo como responsabilidad exclusiva de la chica, el que se delegue en los chicos la decisión última de usar o no el preservativo, el hecho de que sea tan común la “marcha atrás” (no en las encuestas pero si en los discursos), el que siempre sean ellas las que tienen que demostrar su amor cediendo a los requerimientos del otro ... todo ello está indicando que la desigualdad de género es profunda, que sigue imperando una perspectiva machista en las relaciones heterosexuales.

Tanto Megías (2005) como OSM-CIMOP (2005) y las sexólogas entrevistadas (Ex7 y Ex8), entre otros muchos, manifiestan la presencia de estrategias de dominación en el seno de la pareja que se traducen en: chantaje emocional ; actitudes machistas e inequitativas bajo la apariencia de modernidad ; los celos, como “síntoma de cariño” y como “signo de potencia” de la relación y, el deseo de aumentar el control masculino ante la mayor independencia de la mujer, adoptando actitudes sumamente rígidas.

Por tanto, la percepción de la relación de pareja como un escenario ideal de confianza y comunicación no parece del todo real. Se perciben otros elementos (como la concepción del amor, la entrega en la pareja, los celos, etc.) que no propician el desarrollo de la autoestima y la asertividad anticonceptiva en las mujeres más jóvenes.

En suma los primeros indicios apuntan a que: 1) las diferencias de género continúan siendo muy marcadas: diferentes roles, expectativas, responsabilidades. Poca confianza y comunicación y relaciones desiguales, parecen ser la norma, y, 2) el medio social ejerce una fuerte presión sobre el colectivo⁵² que se acerca al inicio de su vida afectivo sexual con más miedos que ilusiones; se trata más de una competición que de un proyecto de realización.

4.3 La variabilidad del grupo de edad

No podemos olvidar que la categoría ‘adolescencia’ es una construcción social (o un concepto dinámico, según Dehne y Riedner, 2005). Así, en la literatura sobre la salud de los adolescentes se agrupan muy diversos rangos de edad (de 10 a 20 años, de 12 a 16/18, de 15 a 21 o de 18 a 29). Es decir, estas categorías no presentan consistencia sociológica, sus límites varían porque son convenciones administrativas que se van adaptando a los requerimientos del momento. Los puntos de corte son puramente administrativos por lo que no garantizan que los elementos que caen en cada categoría posean rasgos homogéneos. No obstante, dado que los datos oficiales se presentan por quinquenios y que los organismos oficiales se organizan para dar servicios a diferentes grupos de edad, nos vemos obligadas a adoptar esas convenciones.

Por ejemplo, Mesa, Serra y Vallejo (1997), centraron su investigación en la población de 15 a 21 años. Con un enfoque ‘psicosocial’, se plantearon como objetivos: 1) analizar el conocimiento, las actitudes y las conductas en materia sexual y, 2) conocer las causas que determinan el uso eficaz de anticonceptivos. Como conclusión presentan la siguiente tipología⁵³:

- Modernos sexopositivos: chicos con nivel elevado de estudios y de izquierdas. En su primera relación con penetración llevaron la iniciativa, fue satisfactoria y sin sentimientos de culpa. Usan frecuentemente el preservativo y, sólo en ocasiones, la marcha atrás. Su fuente de información principal son los amigos y no sabrían dónde encontrar más información.
- Tradicionales estereotipados: chicos con estudios primarios. La experiencia sexual es similar al grupo anterior pero mantienen una actitud negativa hacia los anticonceptivos (utilizan la marcha atrás y el preservativo sólo de forma ocasional). Sus conocimientos sobre el tema son escasos, y no estarían dispuestos a ir a informarse.
- Tradicionales estereotipadas: chicas religiosas practicantes. El primer coito lo realizaron con su pareja que fue quién llevó la iniciativa, la experiencia resultó desagradable y les generó culpabilidad. Sólo esporádicamente usan el preservativo, lo más frecuente es la marcha atrás. Creen que no tienen información suficiente.
- Temerosos/as: grupo mixto con baja aceptación de sus impulsos sexuales. Reconocen necesidades informativas. Necesitan que las relaciones sexuales vayan unidas a una relación afectiva. Tienen una eficacia anticonceptiva alta y no suelen practicar la marcha atrás.
- Modernas informadas: principalmente mujeres, buenas estudiantes, alumnas o ex alumnas de centros religiosos. La primera relación con penetración les resultó placentera aunque no llega-

52.- Un estudio realizado en Estocolmo, sobre las adolescentes nacidas dentro y fuera de Suecia, muestra que estas chicas comparten el deseo de terminar sus estudios y por eso abortan y las nativas se refieren también a su edad (a una dimensión de la norma reproductiva), más que las otras. Según los autores, la falta de experiencia y también de consejo e información anticonceptiva pueden ser determinantes (Helström et al. 2003).

53.- La investigación se realizó en Andalucía con una muestra de 1000 chicos y chicas, de 15 a 21 años. Con los 420 que habían mantenido relaciones coitales se realizaron análisis de correspondencias múltiples.

sen al orgasmo. Comparten la iniciativa con la pareja durante la relación sexual y están bastante informadas sobre el uso de anticonceptivos. Declaran no sentir vergüenza a la hora de conseguir anticonceptivos o de plantear el uso a sus parejas.

Esta tipología nos muestra la diversidad que se agrupa bajo la categoría ‘adolescente’ y la especial relevancia del nivel del estudios y de la información (percibida / poseída / demandada) sobre salud sexual y reproductiva para las prácticas anticonceptivas. La aceptación del propio cuerpo y de la sexualidad, la cuestión de quien toma la iniciativa, la gestión de la presión social..., son todos ellos aspectos importantes a considerar. Oliva, Serra y Vallejo, de la Universidad de Sevilla, abundan en que las diferencias en las actitudes y las conductas sexuales de los adolescentes están determinadas por los roles de género pero matizan que en cuanto a la anticoncepción, las variables nivel educativo y edad son también importantes (1997:31).

4.4 ¿Información o des-información afectivo sexual?

El estudio realizado, en Córdoba, por Romero, Lora y Cañete (2001)⁵⁴, acerca de las preferencias y la utilidad de las fuentes de información sexual para los adolescentes, indica que las fuentes de información preferidas no coinciden con las más accesibles. Los adolescentes recibían información de: amigos (26%), revistas (24%), personal sanitario (7%), madre (7%), hermanos y hermanas (5%), y, un 4% del padre; sin embargo, preferirían recibirla de los padres (34%) y de los sanitarios (33%).

En este sentido la ESHS (INE, 2003), revela que el 54% de los encuestados tuvieron como principales informantes a miembros del grupo de pares (hermanos, amigos y la pareja) y, en menor porcentaje, los padres o familiares mayores (17%), y, profesionales (14%). El 5,2% no tuvo a nadie que le informara. Ahora bien, ¿quién les gustaría que les informara?

TABLA 11: Personas de 18 a 49 años por sexo, grupo de edad y fuente preferida de información sexual.

	Total	Padres o familiares mayores	Hermanos o amigos	Pareja	Profesionales	Varios
Ambos sexos						
Total	100	53,05	12,65	5,09	25,74	3,47
De 18 a 29 años	100	48,38	17,82	4,73	25,34	3,73
De 30 a 39 años	100	53,97	11,44	5,5	26,17	2,92
De 40 a 49 años	100	57,94	7,48	5,08	25,73	3,77
Varones						
Total	100	47,42	16,18	5,67	27,05	3,68
De 18 a 29 años	100	42,63	22,59	5,96	24,98	3,84
De 30 a 39 años	100	48,76	14,95	5,79	27,1	3,4
De 40 a 49 años	100	52,12	9,23	5,14	29,72	3,78
Mujeres						
Total	100	58,78	9,06	4,51	24,4	3,25
De 18 a 29 años	100	54,4	12,82	3,44	25,73	3,62
De 30 a 39 años	100	59,23	7,89	5,22	25,23	2,43
De 40 a 49 años	100	63,7	5,74	5,02	21,79	3,75

Fuente: ESHS, INE, 2003.

Estos resultados son coincidentes con los de Romero et al, (2001) en cuanto apuntan a la preferencia por los padres o familiares mayores y los profesionales como fuentes de información sexual. Esta encuesta analiza también la calidad de la comunicación sobre sexualidad con los padres según el grupo de edad. Centrándonos en el grupo de 18 a 29 años, de las personas que sí tienen comunicación con sus padres, el 20,56% la califica como insatisfactoria y poco más de la mitad (53,55%) la consideran satisfactoria.

54.- Cuestionario aplicado a una muestra de 955 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (12 a 16 años).

Ahora bien, si nos centramos en los de 16 años (4ºESO) y en las posibilidades percibidas por ellos de hablar abiertamente con alguien de sexualidad, encontramos: los amigos (90,8% de los casos) y la pareja (80,5%), mientras que otras figuras: profesores y padres, fueron señaladas en un 18,7% y 17,4%, respectivamente (Romero et al, 2001). Pudiera ser que los progenitores perciban a sus vástagos de 16 años como muy ‘infantiles’ y no sea hasta pasados los 18 cuando se decidan a hablar de sexo con ellos. El estudio de OSM-CIS confirma que cuando los padres deciden hablar con sus hijos ya ha pasado la etapa de prevención; ya se está ante el problema. Esto serviría para matizar la hipótesis que plantea la existencia de cierto rechazo por parte de los más jóvenes a la información que procede de fuentes formales o institucionales. A los chavales les gustaría ser bien informados por fuentes autorizadas pero perciben tabúes y obstáculos a un diálogo abierto con los mayores por lo que terminan recurriendo a sus iguales. Estos son los únicos que responden abiertamente a sus inquietudes, aunque no tengan ideas claras al respecto.

4.4.1- Las revistas

Los resultados del estudio de Romero et al. subrayan la utilidad que le atribuyen los adolescentes a la información sexual que reciben de las revistas (24%). Precisamente en 2008 se publicó un estudio sobre las influencias de las revistas juveniles en la sexualidad de las y los adolescentes ⁵⁵ (Martín, Rubio et al, 2008) que confirma la función informativa de estas revistas sobre la sexualidad y las relaciones heterosexuales. El trabajo de campo de esta investigación se realizó en 2005, centrándose en menores de entre 10 y 16 años.

El análisis de los contenidos de las revistas⁵⁶ reveló importantes diferencias en la información sexual dirigida a chicas y chicos: en las revistas femeninas se intenta que las lectoras adopten un rol más activo al tradicionalmente asociado a las mujeres aunque, según las autoras, el protagonismo en estas revistas sigue siendo masculino y el discurso sobre sexualidad gira en torno a la satisfacción del otro sexo. En el caso de las revistas masculinas apenas existe información sexual explícita y se destaca una imagen estereotipada de la mujer cosificada (2008:102). Los contenidos de las revistas dirigidas al público masculino abarcan múltiples temáticas y cuestiones relacionadas con: informática, técnicas y cultura general. Sin embargo, las revistas de las niñas ciñen su contenido a la moda, los trucos de belleza, etc. limitando otros contenidos como el cine, la música o la literatura, al fenómeno fans.

También en las entrevistas realizadas a las sexólogas se hace visible la relevancia de esta fuente de información, al tiempo que se cuestionan su rigor informativo: “los jóvenes aprenden sexualidad, no porque les hable alguien de sexualidad, se hablan entre ellos de sus experiencias, de “Física o química”, eso es lo que aprenden, del petting, de enrollarse todos con todos o de las revistas. De la “Loka” o de la “Vale”, entonces, adquieren una visión de la sexualidad que sigue reproduciendo muchos mitos, falsas creencias, estereotipos y relaciones desiguales y ahí es donde yo creo que debería estar la línea de trabajo” (Ex7).

En la misma línea crítica con las fuentes de información sexual que manejan los menores, entre ellas, las revistas ‘femeninas para adolescentes’ se sitúa el informe del OSM-CIMOP (2005): los adolescentes están llenos de mitos, falsas creencias, rumores y medias verdades, entre otras razones porque sus referentes en educación sexual son las series de televisión, las revistas, la publicidad y la pornografía en Internet.

4.4.2- Mirando al futuro: internet y demás tecnologías de la comunicación

Ex8 pone el acento en una nueva fuente de información: Internet, sin menospreciar al papel de los amigos

55.- Publicado por el Instituto de la Mujer y el CIDE (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte). El trabajo de campo se realizó en tres fases: 1) cualitativa: 12 entrevistas en profundidad y 5 grupos de discusión con chicas y chicos de 10 a 16 años, 2) análisis de contenido de revistas, y, 3) cuantitativa: revisión de fuentes secundarias y encuesta, en Madrid y Granada, a una muestra de 1.044 menores de 10 a 14 años (484 chicas y 560 chicos).

56.- Se analizaron las revistas : a) Juveniles : Bravo por ti !, Súper Pop, Nuevo Vale, Loka Magazine, You, Top Music, Revista 40 Principales, Ragazza, Play2manía, Playstation2, Maxituning, Motociclismo, Top Tuning, Hipflow y FHM ; b) Infantiles : Fox Kids Magazine, Nintendo Acción, Hobby Consolas, Super Juegos, Comput Hoky Juegos, Princesas, Witch, Barbie, Mega Top, Cartoon Network y Dibus.

y también, un aspecto inquietante, la convicción de algunos adolescentes de que ya poseen toda la información necesaria.

Internet se configura, paulatinamente, como una de las fuentes de información más utilizada no sólo en cuestiones de sexualidad, sino en el ámbito de la salud en general. Sin embargo, un estudio de la Escuela Anadaluz de Salud Pública (2007) pone en duda la calidad de esta fuente (Jiménez et al, 2007)⁵⁷.

Es notoria la variedad de la calidad de la información que puede encontrarse en la red, no obstante, destacamos algunas páginas con información sexual orientada a los más jóvenes:

www.informateya.com
www.anticonceptivosshoy.com
www.centrojoven.org
www.sexoconseso.com
www.fpfe.org/guiasexjoven.com
www.sec.es/area_cientifica/promocion_ssr/index.php

Parece general la impresión de que en el ámbito de la sexualidad hay una gran cantidad de información destinada a los más jóvenes, pero dada la variedad de fuentes que manejan (boca a boca, revistas, Internet...) la calidad de esa información es muy variada. El hecho de encontrar información, a veces poco clara y contradictoria, contribuye a generar confusión y conduce a prácticas poco seguras.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007:60) sostiene que “los y las jóvenes necesitan más y mejor información sobre salud sexual y reproductiva, procedente de informadores más cualificados y con responsabilidades educativas con ellas y ellos, especialmente de los padres y madres y del personal sanitario y docente formado sobre sexualidad con un enfoque global y de género. Para resultar eficaz, esta información debería incorporar dimensiones adicionales a la puramente biológica, en particular las aproximaciones que los y las jóvenes hacen al mundo de las relaciones afectivas y sexuales”.

Pero ni el personal docente ni la mayoría de los padres se sienten preparados para afrontar la educación afectivo-sexual de los chavales: los profesores de instituto están demandando intervenciones, bien a los servicios de salud bien a las administraciones educativas⁵⁸ y, los progenitores sienten que no tiene elementos suficientes para educar a sus hijos y manifiestan el difícil tránsito del ‘respeto’ que vivieron en sus familias de origen a la ‘confianza’ que les gustaría lograr en su configuración familiar actual pero, no saben cómo lograrlo. Un elemento que dificulta este proceso es la divergencia entre criterios educativos de los principales agentes de socialización (padre / madre ; madre / abuela ; familia / escuela ...)⁵⁹.

La comunicación sobre sexualidad entre progenitores y vástagos no ha mejorado (aunque se percibe mayor apertura y mayor diálogo en familias de clase social más favorecida), bien porque siguen vigentes ciertos pudores, bien porque el modo de vida actual no genera espacios de diálogo sereno y abierto. Se constata que, cuando los padres intervienen, ya se ha superado la etapa de prevención y se está “frente al problema” (OSM-CIMOP, 2005). Algunas estrategias para complementar el diálogo como contar experiencias propias, dar consejos, opinar en voz alta, podrían resultar útiles. Es decir, hablar y comentar aspectos de las relaciones afectivas y sexuales pero sin esperar respuestas. El objetivo no sería controlar la vida de los menores sino ser un referente para ellos.

57.- Equipo de investigación de la EASP, línea de investigación: Salud e Internet.

58.- En EE.UU se ha mostrado que la educación sexual en los colegios no afecta a la probabilidad de la abstinencia entre los escolares, pero mejora la probabilidad de uso del preservativo masculino en las prácticas sexuales (Paton, 2000). Conclusiones similares a las alcanzadas por Surís (2008).

59.- Para este tema ver: Martín Criado, Gómez Bueno et al (2000): Familias de clase obrera y escuela, Donostia, Iralka.

Según este estudio, la educación sexual actual es bastante restrictiva (genital, juvenil y asociada a la belleza) y unidireccional, poco abierta a la discusión y la participación, basada en una combinación de proteccionismo en el seno de la familia y la suma de información y norma en el seno del sistema escolar, que suele pecar de “biologicista” y “reproductivo”, sin conseguir ser eficaces en lo que pretenden (prevención) y obviando lo emocional, lo afectivo y lo sentimental. Los adolescentes tienen necesidad de aprender y no suelen querer hacerlo sólo “de referencia”; cuestionan los modelos que se les quieren imponer; asimismo la rigidez impulsa a muchos a la rebelión y la transgresión.

Aunque cuando profesionales de fuera del centro educativo (médicos, sexólogos,...) imparten cursos de educación sexual son mejor aceptados, el modelo de relación sigue siendo vertical, y la falta de tiempo disponible hace aumentar su inseguridad, su rebeldía y su descreimiento, en lugar de ayudarles a crecer y a reflexionar. Lo que se aborda en las charlas a partir de las preguntas que plantean los estudiantes suele girar en torno a lo genital (a petición de ellos) y la anticoncepción (a petición de ellas) (OSM-CIMOP, 2005).

Por ello, Ex7 subraya la necesidad de espacios para la comunicación efectivo-sexual, para el intercambio de experiencias: “a nosotros nos interesa llegar a los jóvenes y que ellos también puedan tener un espacio para hablar, porque muchas veces no tienen donde poder compartir dudas ni hablar del tema de una forma adecuada y además recibir información contrastada que muchas veces es lo que falla”.

Un proyecto de investigación-acción, realizado en Colombia, indagaba sobre las estrategias de comunicación y puede proporcionarnos algunas claves. Jiménez, Mosquera y Obregón (2004) sostienen que los estudiantes (12 a 17 años) prefieren tratar los temas de sexualidad con sus amigos y compañeros porque se llevan bien con ellos, y perciben que los entienden y los pueden orientar. Cuando se les plantea la opción de tratar estos temas en los centros educativos, estos estudiantes preferirían que les hablaran y presentaran los temas sobre sexualidad a través de charlas y dinámicas de grupo, obras de teatro, vídeos, cartelería o murales. Requieren que se utilice un lenguaje sencillo, claro y directo y que el ambiente sea relajado para evitar así la sensación de vergüenza. Así mismo, esperan que las personas que les hablen de sexualidad sean expertas en el tema, directas, dinámicas, aclaren sus dudas, hablen con confianza, y, que se dirijan a ambos géneros simultáneamente.

Tenemos pues que la edad de inicio es algo superior a la que domina el imaginario colectivo y que las diferencias de género continúan estando muy marcadas. La información disponible es amplia y variada y, en ocasiones, contradictoria. Esto genera desconfianza y alimenta el terreno para el mantenimiento de mitos y falsas creencias. En el imaginario colectivo, los más jóvenes presentan más conductas de riesgo, veamos qué dicen los datos.

4.5 La percepción y las conductas de riesgo.

No toda la población adolescente tiene un conocimiento más o menos consciente de los riesgos a los que se exponen cuando mantienen relaciones sexuales sin protección de ningún tipo. Bien es cierto que el embarazo no deseado es uno de los riesgos más visibles y más reconocidos, pero, con frecuencia se percibe como algo ajeno y lejano que no les puede afectar a ellos.

4.5.1 La percepción

Purera (2008) resume del siguiente modo la evolución en la percepción de las consecuencias del no uso de anticonceptivos:

- 1) De 12 a 14 años: piensan que la actividad sexual no tiene ninguna consecuencia negativa
- 2) De 15 a 17 años: piensan que puede haber consecuencias negativas pero que a ellos no les ocurrirá nada
- 3) De 18 años en adelante: entienden que pueden correr riesgos

Es decir, la percepción del riesgo se va afianzando con la edad, pasando de la ausencia de riesgo a la percepción del riesgo en los demás, como si ellos estuvieran inmunes, llegando a la comprensión de que ciertas prácticas conllevan riesgos.

A menor edad, más intensa es la vivencia del aquí y ahora. Así, la inmediatez prevalece sobre la preocupación por lo que pueda ocurrir a corto y medio plazo: “explotar con ansia ese momento es lo que importa, desaparece la idea de mañana, y se magnifica el valor de lo que se está viviendo, máxime si se alcanza el objetivo de una relación sexual” (Megías et al, 2005:22). Es decir, la inmediatez se impone a la percepción del riesgo y la prevención.

El estudio del OSM-CIMOP (2005) explica la relación entre percepción y prácticas de riesgo: «los jóvenes saben (a nivel cognitivo) que un coito puede derivar en un embarazo y que el preservativo anula esta posibilidad, pero pocos tienen este saber como una convicción, como una certeza, porque no se les ha ayudado a reflexionar sobre esta posibilidad. No cala en ellos el discurso preventivo porque siguen viendo el riesgo como algo lejano. Sería necesario trabajar en aumentar la percepción del riesgo. Para ello es útil emplear la ficción, la dramatización, la construcción de historias que parecen reales. Varios profesionales utilizan dinámicas en las que los hacen ponerse en la piel de otro, por ejemplo, de una chica menor de edad que se queda embarazada o de su compañero, la posibilidad del chico de desvincularse, la amenaza de la prueba de paternidad si lo hace, la dificultad de hallar trabajo, la posible crisis de los padres cuando se enteren, la posibilidad de que se nieguen a que aborte, qué pasa mientras en el instituto con la gente y los estudios... Así, experimentan la posibilidad del riesgo, las consecuencias negativas de la no protección, y entonces, es el momento de hablarles de cómo los métodos anticonceptivos pueden evitar que esa experiencia vivida en la ficción pueda ser vivida en la realidad. Este tipo de intervenciones requieren tiempo y calma para que sean efectivas».

La intensidad de las emociones, la incertidumbre, el miedo a ser pillado o a no quedar bien (no dar la talla), en las primeras relaciones pesa más que el riesgo de embarazo o de contraer el SIDA u otras ETS: a estas edades es más importante hacerlo que disfrutar.

En definitiva, los riesgos con los que conviven los jóvenes, «a menudo se relacionan con la negación de sus relaciones e impulsos sexuales, teniendo como consecuencia sentimientos constantes de culpa, posibilidades de embarazo no deseado o de contagio de enfermedades. Esto influye en que resulte difícil para los adolescentes aceptar sus deseos y así adoptar medidas anticonceptivas» (Oliva et al, 1997: 32). Se valora la espontaneidad por encima de la planificación; se anteponen los impulsos, el placer y la realización personal a las consecuencias que pueda tener una relación sexual sin protección, y operan las concepciones existentes sobre cómo debe ser un encuentro sexual: imprevisto, apasionado, emocionante, espontáneo... etc. De alguna manera, un reflejo de lo que muestran el cine, las series de televisión, las revistas y demás medios de comunicación.

En países como Alemania, Canadá y Holanda los chavales, desde muy chicos, tienen contacto con los métodos anticonceptivos y aprenden como funcionan. Sin embargo, en España no hay consenso sobre cuándo empezar con la educación sexual, sobre lo que sí parece haber acuerdo es en que sería deseable que nadie acabara la secundaria sin saber qué es la anticoncepción de urgencia y cuál es el uso correcto del preservativo y demás métodos. Los jóvenes españoles saben que existen y para qué sirven los métodos anticonceptivos, pero no conocen la correcta utilización de los mismos, ni siquiera del preservativo. Reciben mucha información y muy dispersa (OSM-CIMOP, 2005).

4.5.2- Las conductas sexuales de riesgo: entre el deber y el placer.

Se consideran conductas sexuales de riesgo: mantener relaciones sexuales sin anticonceptivos (riesgo de embarazo) y sin preservativo (riesgo de contraer SIDA u otras ETS). Estas conductas serían favorecidas por la ingesta de alcohol u otras drogas que llevan a la relajación y el descuido y se asocian sistemáticamente con los más jóvenes.

Sabemos que el preservativo es el método más utilizado en España. Pero ¿cuál es el patrón de uso entre los menores?, la ESHS (INE, 2003) nos aporta información detallada.

TABLA 12: Personas de 18 a 29 años que han tenido relaciones sexuales por sexo, estudios y uso de preservativo en la primera relación sexual.

	Ambos sexos			Mujeres		Varones	
	Total	Sí	No	Si	No	Si	No
De 18 a 29 años							
Total	100	79,62	20,38	81,22	18,78	78,14	21,86
Inferior a secundaria	100	75,92	24,08	73,52	26,48	77,65	22,35
Secundaria	100	82,7	17,3	84,99	15,01	80,59	19,41
Universitarios	100	79,1	20,9	83,85	16,15	72,12	27,88

Fuente: ESHS, INE, 2003.

En general, el uso del preservativo está más extendido entre los más jóvenes, a medida que aumenta la edad, disminuye su uso. Si nos centramos en el grupo de edad de 18 a 29 años tenemos que el 80% utilizó preservativo en la primera relación sexual. Por sexo las mujeres muestran mayor prevalencia que los varones (81% vs 78%). Y, a menor nivel de estudios menor uso del preservativo. Aquellos con estudios secundarios muestran la mayor prevalencia, la tendencia cambia al llegar a los universitarios, debido a la edad y la mayor probabilidad asociada de relaciones estables, con la mencionada transición hacia la anticoncepción hormonal. En términos de OSM-CIMOP : los chicos de 12-13 años que tienen relaciones coitales no utilizan ningún método anticonceptivo; el preservativo se utiliza entre los 14 y los 18 años, mientras que para los mayores de 18 años, el paso a métodos hormonales da estatus.

Los resultados de la HBSC (Health Behaviour in School-Age Children), correspondientes a 24 países en 2001-02 y a 30 países en 2005-06 y presentados por Gabhainn et al (2009), muestran que del alumnado de 15 años, en 2005-06 el 27% habían tenido relaciones sexuales, de los cuáles, el 86% habían usado preservativo o píldora anticonceptiva en el último coito. Estos datos reflejan un pequeño cambio desde 2001-02: en cuanto a la edad de inicio más temprana y un incremento general de la protección en el último coito. Hubo amplias variaciones con hasta un tercio de quinceañeros sexualmente activos en algunos países con riesgo o de ETS o de embarazo, o ambos. Los riesgos potenciales asociados con el comportamiento sexual a los quince años están principalmente unidos a las características emocionales y conductuales del desarrollo de esta etapa (2009:209). El sexo prematuro puede tener implicaciones en la autopercepción, el estatus social y el comportamiento saludable futuro.

El análisis de la encuesta HBSC muestra que el uso de anticonceptivos (preservativo, píldora anticonceptiva y doble método) en España ha variado desde la recogida de datos de 2001/02 a la de 2005/06: en el caso de los chicos el porcentaje de protección ha disminuido del 87,3% del primer estudio al 83,8% del estudio posterior, sin embargo, en las chicas el porcentaje aumenta del 87,1% al 96%.

En Francia, el porcentaje de protección de los chicos y las chicas se mantiene prácticamente igual: en 2001/02, se obtuvo un 90,10% de chicos protegidos, y un 88,40% de las chicas; y en 2005/06, el 90% de los chicos y el 88,8% de las chicas.

En resumen, la prevalencia anticonceptiva de los quinceañeros españoles según el estudio internacional

HBSC es muy superior a la mostrada por cualquiera de los estudios nacionales, aunque hay que tener en cuenta que dadas las características muestrales, los estudios no son directamente comparables. En cualquier caso siempre se constata que hay un porcentaje de población que no usa preservativo, ¿cuáles son las principales razones?

TABLA 13: Personas que no usaron preservativo en la 1ª relación sexual con última nueva pareja por sexo, motivo y grupo de edad.

	Total	De 18 a 29 años			De 30 a 39 años	De 40 a 49 años
		Varones	Mujeres	Ambos		
Ambos sexos						
No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales	21,74	23,37	17,78	21,59	18,07	31,58
Era muy difícil para mí proponer el preservativo	1,17	0	2,31	0,73	1,03	3,07
No disponíamos de preservativos en aquel momento	30,07	33,02	30,97	32,37	30,75	20,27
Conocía lo suficiente a esa persona	23,25	19,48	20,88	19,93	25,49	29,26
La otra persona no quería usarlo	3,82	5,38	1,17	4,04	3,45	3,94
Yo no quería usarlo	6,29	7,5	3,13	6,12	7,26	4,45
Utilizamos otro método anticonceptivo	22,07	19,24	38,26	25,28	19,97	16,1
Creí que no corría ningún peligro	14,67	9,93	8,73	9,55	18,53	22,87
Sólo practicamos sexo oral	8,52	9,52	10,22	9,74	8,28	4,83
Problemas de impotencia con el preservativo	1,88	2,13	3,14	2,45	0,98	2,12
Estaba muy enamorado/a	11,61	18,33	4,6	13,98	9,97	7,45
Sin preservativo se siente más	5,25	4,54	4,51	4,53	3,78	11,47
Habíamos bebido o tomado demasiado alcohol u otras drogas	3	2,39	5,88	3,5	2,81	1,71
Tenía un deseo incontrolado	15,67	17,04	13,68	15,98	15,54	14,94
Estábamos intentando tener hijos	1,79	0,95	0	0,65	2,43	4,14
Otra razón	24,22	20,72	26,59	22,58	27,45	21,79

Fuente: ESHS, INE, 2003.

Como observamos, la primera razón es común a todas las edades: «no disponíamos de preservativos en aquel momento»: aludiendo así a las dificultades para “controlar” el deseo o el impulso sexual (en consonancia con su imagen espontánea y apasionada) y para conseguir preservativos en cualquier situación y lugar. La segunda razón para los más jóvenes es: «no hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales»; la falta de comunicación, ya sea por vergüenza o por no incomodar a la pareja sexual. El exceso de confianza es la tercera razón: «conocía lo suficiente a esa persona». Este argumento se va afianzando a medida que avanza la edad y sirve de fundamento para recurrir a la marcha atrás. La siguiente remite al «uso de otro método anticonceptivo»: por tanto, no se percibe el riesgo de infecciones o se confía mucho en la pareja. «Tenía un deseo incontrolado» es la siguiente razón aducida por hombres más que por mujeres (17 frente al 14%) en el grupo de 18 a 29 años, lo que se explicaría por la idea instaurada en el imaginario colectivo sobre el deseo sexual incontrolable de los varones. Por último, «otra razón» fue una opción muy marcada pero sin matizar (pregunta categorizada que ofrece las categorías de respuesta reflejadas en la tabla anterior).

Encontramos una diferencia entre hombres y mujeres que llama la atención: “estaba muy enamorado/a” como motivo para no usar el preservativo en la primera relación sexual con la última nueva pareja ha sido señalado en mayor porcentaje por los varones de entre 18 y 29 (18,33%) que por las mujeres (4,6%) de la misma edad. Este dato nos lleva a cuestionarnos la concepción del enamoramiento que legitima la práctica sexual sin protección.

El OSM-CIMOP (2005), aporta nuevas pistas: «junto a la falta de percepción de riesgo, la transgresión, la falta de “glamur” y la vergüenza que algunos adolescentes sienten para hablar del preservativo antes de practicar el coito, están también la falta de habilidades para el manejo del mismo y para conseguirlo. Otra

razón es la cuestión de la menor sensibilidad. Es cierto, pero si entendieran que la actividad sexual no se circunscribe al momento de la penetración, si abordaran el tema de los placeres a corto y largo plazo, los placeres objetivos (fisiológicos) y los subjetivos, el balance del placer, aun utilizando el condón, seguramente les saldría positivo. Dado que la posibilidad / miedo al embarazo impide la relajación y con ello el disfrute del coito. Por otro lado, un preservativo bien usado garantiza que no haya embarazo, pero no que se disfrute; para eso hay que trabajar las actitudes, el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales, etc”.

Probablemente el efecto más visible de las conductas sexuales de riesgo sea la presencia de menores de 20 en los registros de Interrupciones Voluntarias del Embarazo:

TABLA 14: I.V.E. en menores de 20 AÑOS. Número según provincia de residencia y edad. 2008. Total nacional / andaluz

EDAD		9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
TOTAL I.V.E.												
NACIONAL	14.939	1	1	5	15	67	386	1.056	1.812	2.719	4.179	4.698
ANDALUCÍA	3.198	0	1	0	1	17	85	210	434	641	879	930
Almería	303	0	0	0	0	1	7	27	32	75	84	77
Cádiz	298	0	0	0	0	5	9	28	48	57	75	76
Córdoba	343	0	0	0	0	3	7	13	53	67	104	96
Granada	320	0	1	0	1	0	10	21	40	57	88	102
Huelva	256	0	0	0	0	1	1	12	41	49	71	81
Jaén	177	0	0	0	0	0	6	11	28	39	45	48
Málaga	707	0	0	0	0	1	14	50	80	132	204	226
Sevilla	794	0	0	0	0	6	31	48	112	165	208	224

Fuente: MSPS, Informe IVE 2008

El estudio de las IVEs por grupos de edad muestra que es en el grupo de 20-24 años donde se concentra el mayor número de IVEs (ver capítulo 2). Entre las menores de 20 años y como muestra la tabla anterior, la proporción va aumentando hasta alcanzar esa edad.

Fue Ex3 quien nos aportó un análisis conjunto de lo ocurrido en los últimos años: «se ha pasado de una época en la que las mujeres menores de 18 años no tenían relaciones a una época en la que las mujeres han empezado a tener relaciones con penetración a los 14 y a los 15, no todas pero sí son muchas. Ese es un grupo muy vulnerable porque son muy fértiles, la fertilidad buena en la vida está en las primeras edades, entonces a nada que les falle se quedan embarazadas. Luego, son gente que usan muy frecuentemente el preservativo y, como se ve en las estadísticas, el preservativo es el método que más falla. Porque no siempre se usa y eso es un fallo de método, y porque se usa mal. La gente joven lo usa bastante peor que la gente mayor (depende de la experiencia de uso). Pero esta gente que no es siempre la misma pareja, que tienen relaciones sin lubricar (porque van a tiro hecho, por falta de experiencia, por los modelos que ven en la TV o en las películas porno), no es raro que se les rompa porque están secas las mujeres, no se lo saben poner, lo han comprado en una maquinita, o, el chaval lo lleva en el bolsillo desde hace no sé cuánto y no se ha preservado de la luz, del calor, ... y no está en condiciones. Es verdad que falla, no es un rollo que cuentan. Luego, se les va la olla un día y no se lo ponen y se quedan embarazadas con un solo día, cosa que con más edad no es tan frecuente. Está claro que es un grupo muy vulnerable que se ha incorporado a la sexualidad coital en los últimos años. Pero yo percibo que la información de hoy en día sobre anticoncepción es infinitamente mejor para la gente joven que hace 15 años. A mi antes era frecuente que, sobre todo las que tienen menos nivel cultural o proceden del medio rural, llegara y cuando ya había abortado le preguntabas, ¿tu qué método usas? Yo ná, yo la marcha atrás. Y, entonces, le preguntabas y no tenían ni idea. Y hoy en día de casi cualquier nivel social y cultural, las niñas conocen los métodos. La que más y la que menos la han dado una charla en el instituto, hay mucha información en internet, cuando se ven en la

situación buscan la información, mucha información la recogen de sus iguales, igual sus amigas han ido ya al centro de salud y saben, pasa también que muchas veces la información no es correcta. Muchas veces viene la niña: yo quiero el anillo, y la madre ¿el anillo? ¿eso qué es? Y, la niña de 16 sabe perfectamente que está el anillo, el parche, ya lo conocen».

Una investigación cualitativa realizada en Suecia por Ekstrand et al (2009), muestra que en un país donde la legislación permite el aborto voluntario hasta las 18 semanas de gestación, las mujeres están influenciadas, directa o indirectamente, por las actitudes de sus iguales, familiares y amigos y por las normas sociales. Se realizaron 25 entrevistas en profundidad a mujeres de 16 a 20 años, 3-4 semanas después de abortar. Las principales razones para los embarazos no deseados fueron: subestimación del riesgo de embarazo y prácticas anticonceptivas inconsistentes. La prevención del embarazo se consideraba responsabilidad de las mujeres. La decisión de abortar fue acompañada de emociones encontradas: algunas sentían que la experiencia les hacía crecer como personas y se sentían orgullosas y seguras de la decisión que habían tomado (la experiencia del aborto como un evento que cambiaría su vida ; la toma de decisiones serias como indicador de poder), para otras, se veía como una decisión difícil de tomar. Las normas sociales (incluyendo la desaprobación de los embarazos tempranos) y las actitudes negativas de familiares o amigos, condicionan su decisión. Los compañeros y los padres son los principales apoyos para las chicas. Después de abortar, las chicas se sienten presionadas para utilizar métodos anticonceptivos más eficaces: unas, muestran una fuerte determinación por incorporar esas prácticas a sus vidas mientras que otras siguen encontrando dificultades para negociar su uso.

A la luz de los datos Arribas (2007) se plantea cual es el riesgo real para los adolescentes: ¿el SIDA o el embarazo? El registro nacional de casos de SIDA, recoge desde 1981 hasta junio de 2005, 26 casos de contagio, en menores de 20 años, a través de las relaciones heterosexuales. Mientras que los nacimientos de madres adolescentes están experimentando un repunte en los últimos años paralelo al aumento de las IVEs. «En el año 2004 se han registrado 5 casos de infección VIH en adolescentes, incluyendo hombres, mujeres y todas las vías de transmisión. Ese mismo año hubo 24.542 embarazos en adolescentes de los que 12.046 acabaron en IVEs y hubo 12.496 partos». ¿Sólo preservativos ?, plantea este autor que, como ya vimos, es partidario del doble método. Sin embargo, en nuestra opinión la problemática no debe plantearse como una disyuntiva entre prevenir el SIDA o las IVEs, sino como una conjunción: prevenir el SIDA y las ETS además de contener las IVEs. De ahí la recomendación del doble método.

- El consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo

El fin de semana es considerado un elemento fundamental para el análisis de las relaciones entre los/as más jóvenes: “los fines de semana se configuran como un espacio simbólico propio; en él, los jóvenes, como colectivo social, encuentran un tiempo-espacio para establecer relaciones sociales significativas, reforzar su identidad como grupo y reafirmarse como individuos” (Megías et al, 2005: 20). Son de suma importancia: la seducción, la conquista y, por tanto, la relación sexual durante el fin de semana. En este tiempo aparecen también, otros elementos como el alcohol⁶⁰, las fiestas, etc. que propiciarían el encuentro sexual.

60.- Así, una investigación por encuesta, realizada con una muestra de 1000 personas (485 hombres y 515 mujeres) de entre 14 y 22 años, residentes en Ciudad de Méjico, tenía como objetivo conocer la asociación entre el consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo y concluye que: “para el total de los adolescentes, los que han consumido alcohol muestran mayor frecuencia de relaciones sexuales, usan menos el condón y tienen más parejas sexuales. El consumo de alcohol se asoció con la edad de la primera relación sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales” (Palacios, Bravo y Andrade, 2007).

TABLA 15: Personas de 18 a 49 que han tenido relaciones sexuales por sexo, frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y uso de preservativo en la primera relación sexual

	Ambos sexos			Mujeres		Varones	
	Total	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ambos sexos							
Total	100	56,6	43,4	57,86	42,14	55,41	44,59
Cuatro o más días por semana	100	42,02	57,98	41,09	58,91	42,28	57,72
De uno a tres días por semana	100	61,77	38,23	63,54	36,46	60,64	39,36
Menos de un día por semana	100	60,35	39,65	62,53	37,47	56,73	43,27
Nunca	100	51,82	48,18	50,13	49,87	56,33	43,67

Fuente: ESHS, INE, 2003

En España y según la ESHS-2003, el consumo de alcohol cuatro o más días por semana contribuye al descenso del uso del preservativo pero el consumo de uno a tres días o menos no produce dicho efecto. Es decir, un consumo continuado afecta al uso del preservativo pero no lo hace un consumo esporádico o moderado. En otras palabras, se trataría de diferenciar entre uso y abuso del alcohol u otras sustancias adictivas, aunque ¿cómo medirlo? en principio, parecería más preciso por cantidades que por días a la semana.

La idea más extendida insiste en la asociación positiva entre el consumo de sustancias adictivas y la práctica de relaciones sexuales de riesgo. Los jóvenes adultos que beben más son más proclives a ser activos sexualmente, tener múltiples parejas sexuales y usar menos el preservativo (Ferguson y Lynskey, 1996; Palacios et al, 2007). Sin embargo, empíricamente, la asociación no es tan clara. Hay autores que sostienen que el consumo de alcohol incrementa la probabilidad de mantener relaciones sexuales y reduce el uso de anticonceptivos y Rees (2001) que esa relación no se da. La polémica está servida.

En España, una encuesta realizada por la secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA en 1999, mostró que “el uso del condón resultó significativamente menor entre los consumidores de cocaína y alcohol. En estas circunstancias de abuso de drogas, hasta el 49,3% de las parejas no utilizan el preservativo durante el coito” (cf. Lete, 2005:18). En esta línea, el informe OSM-CIMOP (2005) sostiene que las formas de ocio han cambiado. El aumento de tiempo que pasan, solos o en grupos reducidos, en casa frente a los medios audiovisuales o electrónicos, hace que les falte “una pandilla” con la que aprendían a desarrollar muchas de sus habilidades sociales. El ocio en lugares públicos se ha transformado y la mayor ingesta de alcohol y/o drogas hace que se pierdan los límites y aumenten las conductas de riesgo.

Por otro lado, mientras que hace 10 años la gente le tenía mucho “respeto” al SIDA, los jóvenes de hoy piensan que eso no va con ellos, además, el SIDA tiene tratamiento y no les va a pasar nada; y si alguien tiene una imagen pulcra por fuera no suscita dudas sobre su salud genital, y menos si es alguien conocido (aunque lo sea desde hace 2 meses). La casi nula percepción del SIDA como amenaza y la disponibilidad de la PAU, contribuirían al descenso sistemático del uso del preservativo, sostiene el OSM-CIMOP (2005). Sin embargo, los datos apuntan en dirección contraria.

4.6 - El recurso a la PAU

El informe del OSM-CIMOP (2005) sostiene que una razón por la que los más jóvenes no utilizan el preservativo es la anticoncepción de urgencia. La mayoría de los jóvenes han oído hablar de ella, pero no conocen los detalles de su uso y más bien está rodeada de mitos y falsas creencias. Los profesionales reconocen que, si bien ya está bastante normalizada, esta píldora “rompió esquemas”, sobre todo entre los adultos – incluidos numerosos sanitarios – que reaccionaron con el hiperproteccionismo habitual – del que los jóvenes quieren salir – y una dosis fuerte de argumentos que apelaban a la moralidad.

Sin embargo, sus ventajas se han hecho notar, tanto como supresora de riesgos como por su incidencia en una mayor y más temprana utilización de métodos anticonceptivos regulares. A veces se escucha la queja de que algunas chicas “repiten”, como si usaran ésta pastilla como método anticonceptivo habitual, pero son casos excepcionales.

Francia muestra la siguiente situación: alta prevalencia anticonceptiva, acceso a la PAU casi universal y tasa de IVEs ligeramente ascendente. El uso de la PAU está mucho más extendido en el país vecino (15,2% de las mujeres en edad fértil la han utilizado al menos una vez en su vida) que en Andalucía (3,5%). Al distribuir su uso por grupos de edad observamos que las menores de 20 años acumulan el 30,35% de los casos de uso en Andalucía y el 31,5% en Francia. Luego, todos los indicios apuntan que el uso de la PAU está aumentando tanto en España⁶¹ y Andalucía como en Francia, pero su uso es bastante menor aquí.

Sobre las razones para no usar la anticoncepción de urgencia en 2006 :

- en Francia, destacan: la baja percepción del riesgo de embarazo (48%) ; la falta de información (no saber donde conseguirla, 23,8%) y pensar que es demasiado tarde (22,4%), (Moreau, 2006). De manera general, las creencias cuentan muy poco comparadas con los obstáculos concretos: materiales y relacionales, muy condicionados estos últimos por la dominación masculina.
- en España (comunidades madrileña y valenciana)⁶², destacan: la dificultad de negociación del uso de preservativo, la oposición de la pareja al uso del preservativo, la falta de familiaridad con los anticonceptivos, la posibilidad de hacer una IVE y, finalmente, se señalan las creencias⁶³.

Si relacionamos estos datos con los datos sobre las IVEs, observamos que aunque el uso de la PAU está mucho más extendido en Francia que en Andalucía, también lo está el recurso al aborto voluntario. Estos datos ponen en evidencia que, en ciencias sociales, las relaciones no son mecánicas: fomentar el acceso a la anticoncepción no significa erradicar el embarazo no deseado ni las IVEs. Además, los embarazos no deseados no terminan siempre en aborto. Lo que significa que aunque en las sociedades occidentales está aumentando el control sobre la reproducción, los embarazos previstos no son los únicos que llevan a la maternidad y resta un pequeño margen para la improvisación.

Estadísticas e investigaciones muestran que tanto el embarazo no deseado como el aborto voluntario son situaciones que forman parte de la vida cotidiana. La casuística es enorme y las posibilidades, la idea misma de su erradicación es poco consistente.

4.7- Estrategias de promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva

4.7.1- Los chicos ante los Servicios de Salud Sexual

Pearson (2003 :194) realizó una investigación a través de nueve grupos de discusión con hombres de 13 a 21 años de diferentes localidades de Inglaterra. Su objetivo es contribuir al diseño de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y lucha contra el SIDA, en ella, un elemento clave es la provisión de servicios de salud accesibles a todos los que lo necesiten. Los servicios de salud sexual están infra-utilizados por los chicos jóvenes, el rol de los chicos en las prácticas anticonceptivas, la ratio de embarazos adolescentes y los riesgos de contraer ETS sugieren que es necesario considerar que tanto chicos como chicas conforman el target de las futuras campañas de los servicios de salud sexual. «La importancia de contar con estrategias efectivas para incrementar el conocimiento sobre los servicios de salud sexual y hacerlo popular entre los

61.- En 2007, las mujeres que habían utilizado la PAU en España alcanzaba al 16% de la muestra del estudio HAYA (Daphne, 2009).

62.- Estudio llevado a cabo entre 2006-2007 en las comunidades madrileña y valenciana, en 8 clínicas privadas acreditadas y con 783 mujeres solicitantes de IVE.

63.- En EE.UU., Walsh (2006) cuantifico en un 7% el porcentaje de mujeres que atribuía a la religión importancia como limitadora de sus prácticas anticonceptivas.

jóvenes es clara» (2003 :195).

Hasta la fecha, la participación de los jóvenes varones en las cuestiones relacionadas con la salud sexual se limita a :

- la búsqueda de información a través del grupo de pares: corriendo el riesgo de que se rían de uno o de que le cuenten a todo el grupo sus preocupaciones. Estos chicos envidian la confidencialidad que existe en los grupos de chicas en los que sí se habla en serio de estas cuestiones,
- la consecución de condones gratis de los servicios de salud (aún así siguen siendo una minoría), y, perciben como barrera el hecho de que les pidan datos de identificación. Quieren un servicio rápido y anónimo: ni dar sus datos ni soportar una charla moralizante.
- el recurso a estos servicios para remediar situaciones críticas (ETS). Utilizan la metáfora del interrogatorio familiar para referir las consultas de los servicios de salud sexual.

La percepción que tienen los chicos sobre los Centros de Planificación Familiar insiste en que estos servicios están orientados a las chicas (ellas son las únicas que pueden quedarse embarazadas y las que toman más precauciones). El nombre del servicio: Planificación Familiar también espanta a los chicos que perciben que está orientado a parejas adultas con relaciones estables. Servicio Sexual para Jóvenes les suena mejor: más próximo y más amable. Prefieren que el personal sanitario sea joven para que pueda entender su estilo de vida, sin emitir juicios morales. La confidencialidad no es muy referida ni requerida por los chicos, ésta aparece más en los estudios realizados con chicas ; la confidencialidad es más importante para ellas que para ellos (2003 :196-197).

- Estrategias específicas para incorporar a los chicos a los Servicios de Salud Sexual.

Pearson (2003 :197) estudió los elementos imprescindibles para diseñar estrategias de promoción: elección de los métodos, diseño de los materiales y los contenidos y distribución del material.

Elección de métodos: aunque se suelen utilizar folletos, cuadernillos y posters cuando se les pregunta a los chicos, nos encontramos con que sus principales fuentes de información son sus amigos (el grupo de pares) y el teléfono de información sexual (anónimo y a distancia). La confirmación de la importancia del grupo de pares como fuente de información nos permite pensar que si pequeños grupos de menores acceden a los servicios de SS y salen contentos, por el 'boca a boca', otros accederán paulatinamente a esos servicios.

Diseño de materiales y contenidos: los chavales discrepan sobre la conveniencia de que los mensajes se redacten en negativo (destacando los riesgos pero: unos opinan que sería un mensaje pesimista, otros piensan que destacar los riesgos puede ser muy ilustrativo y contribuir a que aumente el recurso a los servicios de salud) o en positivo: el material para que sea efectivo tiene que estar de moda, ser atractivo, llamar la atención. Estos aspectos pueden ser más importantes que la información que proporcionan. Los chicos, en general, son partidarios de utilizar el humor como estrategia de promoción apuntando a que será divertido si se usa apropiadamente. También les gusta la idea de utilizar imágenes de parejas jóvenes, mostrar a gente joven hablando puede dar una imagen positiva del servicio a promocionar.

Distribución: lugares donde los chicos buscan activamente información (bibliotecas, salas de espera de los centros de salud, tablón de anuncios de colegios e institutos) y localizaciones pasivas donde los chicos encuentran inadvertidamente el material promocional. Ambas localizaciones deberían permitir ver el material de forma discreta y confidencial, para lograrlo, apuntan dos estrategias: una privada, poner pegatinas en las puertas interiores de los servicios y, otra pública, grandes posters en los centros comerciales (un poster con imágenes y colores llamativos y la palabra sexo, no pasa desapercibido).

Pearson, concluye que sería interesante potenciar los servicios existentes para que los chicos jóvenes acudan a ellos. «Con una promoción apropiada se podría lograr hacer los servicios de salud más 'jóvenes y amables para los varones» (2003 :198). Sería interesante aprovechar las visitas de los chicos a los centros para conseguir condones para proporcionarles información adicional. Habría que lograr que ellos encontrarán allí un lugar apropiado para consultar sus dudas, no que se les someta a un interrogatorio y a una charla.

El diseño de campañas de promoción efectivas requiere de la evaluación previa de grupos de chavales para adecuar las imágenes, los contenidos y los soportes a sus gustos y requerimientos: información básica sobre el servicio con un buen diseño parece ser lo más apropiado para captar la atención de los chavales y promocionar una imagen positiva del servicio. Una buena estrategia, requiere, igualmente, que sean los chavales los que indiquen donde deben ubicarse / distribuirse los materiales.

Concluimos, con Ekstrand, Tydén, Darj y Larsson (2009), autores de una investigación cualitativa con chicas de 16 a 20 años, que «dada la percepción de que la anticoncepción es responsabilidad de las chicas, los programas públicos deben: enfatizar la idea de que la prevención es una responsabilidad compartida y hacer grandes esfuerzos para incluir a los chicos en las prácticas preventivas». Ideas retomadas por Ex5: «el papel que juegan los varones en la anticoncepción es demasiado escasa por muy diversos motivos. La anticoncepción ha sido, sobre todo, una preocupación de las mujeres. Los varones deben asumir su responsabilidad en la búsqueda de su propio placer (Placer), en la toma de decisiones sobre lo que concierne a su vida sexual y reproductiva (Decisiones) y en la prevención de los riesgos que pueden afectar a su salud y a su bienestar (Auto-cuidados). Pero, todo ello, debe hacerse desde estrategias específicas, distintas a las generadas a lo largo de muchos años, y con gran esfuerzo, para las mujeres. Me refiero a que deberían generarse algunos recursos (como experiencia piloto) especialmente pensados para atender las necesidades en salud sexual de los varones". No parece que excluir sistemáticamente a los chicos de los estudios y encuestas sobre Salud Sexual y Reproductiva sea una buena estrategia para lograr su implicación responsable en la toma de decisiones y la acción.

4.7.2- Los profesionales sanitarios y sus estrategias de comunicación

Parece que la información que suelen manejar los menores de 20 años es confusa y que, la mayoría, preferirían ser bien informados por sus padres y los profesionales sanitarios. Como la mayoría de los jóvenes van al médico al menos una vez al año (Surís, 2008), el papel de los profesionales de la salud es central para desmontar falsas creencias y facilitar información de calidad.

La prevención de las llamadas conductas de riesgo es una de las prioridades de la medicina del adolescente porque la mayoría de los hábitos de salud van a adoptarse durante esta época de la vida, y porque es en este periodo cuando van a adquirirse las habilidades sociales que van a permitir a los adolescentes escoger las opciones que más les convienen. En el campo de la sexualidad, sabemos que aquellos jóvenes que adquieren habilidades sociales tienen menos probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección. Del mismo modo, también sabemos que la educación sexual no aumenta la probabilidad de que los jóvenes mantengan relaciones sexuales: en todo caso las retrasa y cuando las inician lo hacen de manera más segura (Surís, 2008).

Señala Surís que los médicos de atención primaria y, en especial, los pediatras están en una posición ideal para hacer una educación sexual longitudinal, sin embargo, no lo suelen hacer por: «falta de conocimientos, creencia de que los padres no estarían de acuerdo, circunstancias culturales y falta de tiempo». Esa educación debería iniciarse cuanto antes y, como muy tarde al principio de la pubertad. Las "Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS) indican que la prevención para promover estilos de vida sanos debe hacerse anualmente a lo largo de toda la segunda década de la vida". De manera similar, la guía de actuaciones preventivas de la Generalitat de Catalunya aconseja hacerlo al menos tres veces durante la adolescencia: entre los 12-14 años, entre los 15-18 y después de los 18. De una manera práctica, la idea es que «hay que aprovechar todas las oportunidades en que el adolescente acude a la consulta para que

reciba estos mensajes» (Surís, 2008). Garantizando la confidencialidad y coordinación con la información que se da en la escuela, se lograría llegar a los chavales.

Pero no siempre existe esa predisposición de los más jóvenes a aceptar fuentes de información institucionales: “la opinión y los criterios “técnicos” de maestros, médicos y otros componentes de la tribu de expertos, no están mal, pero no son más que elementos fríos, descontextualizados, que no tienen en cuenta la realidad, y que por tanto no valen para ordenarla” (Megías et al, 2005: 189). El capítulo del manual de la SEC dedicado a la interacción entre los profesionales sanitarios y la población adolescente señala cuatro tipos de actitudes incorrectas del médico: adoptar el rol de colega ‘adolescente’, el rol paternalista, posición de dominación y/o moralizante. En la comunicación son importantes “la personalidad del médico y su filosofía”, sostiene Álvarez (2001) quien proporciona cuatro claves para el desarrollo de las entrevistas con los más jóvenes: evitar los juicios de valor, adoptar una postura neutral, propiciar el acompañamiento de amigos o amigas, y, en presencia de los padres, dirigirse directamente al chico o la chica. Aunque otras fuentes apuntan que es mejor procurar mantener la sesión sin los padres.

Ahora bien, según el Informe del MSC (2007), el sistema de salud no parece ser percibido por las chicas jóvenes y menos aún por los chicos como un espacio accesible para obtener información y consejo sobre salud sexual y reproductiva. En general, a los menores se les habla más de prevenir riesgos y de evitar problemas que de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, complejo, responsable y placentero (2007:53).

4.7.3- Iniciativas informativas institucionales

La información sobre las políticas y los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes ofertados por el SNS y sobre la satisfacción con esas prestaciones así como sobre las opiniones de los jóvenes acerca de la accesibilidad y efectividad de estos servicios es escasa (MSC, 2007:59). No obstante, si atendemos a programas o proyectos andaluces concretos podemos avanzar algo.

- Forma Joven

Según el SAS, Andalucía cuenta con 517 centros educativos públicos (institutos y universidades), inscritos en el programa Forma Joven, cuyo principal objetivo es acercar a los jóvenes información y formación sobre las cuestiones que les rodean : tabaco, drogas, sexualidad, accidentes de tráfico. En el ámbito de la sexualidad pretende favorecer una política de anticoncepción efectiva, basada en prevenir la transmisión de enfermedades y evitar los embarazos no deseados y promover conductas equilibradas entre los géneros. Ex12 está en la comisión regional técnica de Forma Joven, y éste está recogido en el contrato programa. El CP dice que a cualquier centro educativo que solicite Forma Joven se le tiene que asignar un profesional desde el centro sanitario de referencia (3 horas semanales). En ellos colaboran además de sanitarios, educadores, realizando asesoramiento y orientación. Este Equipo se completa con la incorporación de jóvenes que realizan funciones de mediación, destinadas a facilitar la comunicación entre los profesionales que asesoran y los chicos y chicas, y propiciar el trabajo en común entre todos.

Un portal de Internet da soporte integral a la estrategia Forma Joven de las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Contiene información actualizada y variada (enlaces, documentos, artículos, noticias, material multimedia) sobre jóvenes y salud, herramientas de gestión y seguimiento para los equipos de los Puntos Forma Joven (mediadores/as y profesionales) y para quienes coordinan el Programa a nivel provincial y autonómico⁶⁴. Para la coordinación entre las instituciones existe una Comisión Intersectorial en la que están representadas las Consejerías mencionadas y el Instituto Andaluz de la Juventud, el Instituto Andaluz de la Mujer, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias y la Coordinadora de Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía. Esta Comisión se reúne

64.-http://mago.easp.es/formajoven4/file.php/1/ArchivosWEB/FORMA_JOVEN/Manual_de_uso_portal_2009.pdf

anualmente para dar seguimiento al desarrollo de Forma Joven, marcar las líneas prioritarias de acción y asignar los recursos necesarios.

A todo lo anterior hay que añadir que, desde el 2005 la Escuela Andaluza de Salud Pública ofrece soporte y apoyo a las iniciativas que llevan a cabo los Puntos de Forma Joven, propicia el intercambio de experiencias y facilita el acceso a documentación e información de interés, también administra su Web. En esta página las preguntas más frecuentes sobre salud sexual se pueden agrupar en :

- Dispensación, uso y efectos de la Píldora Anticonceptiva de Urgencia (PAU): ¿cuántas veces la puedo tomar ? ¿Cómo sé si me ha hecho efecto ? ¿Cuáles son sus efectos secundarios ?
- Fallos de uso de la píldora anticonceptiva: ¿qué hacer si se me olvidó tomar una y han pasado más de 12 horas, menos de 12 horas, si se me olvidaron 2, si vomito, si tengo diarrea, si... y sobre sus efectos secundarios: ¿se gana peso ?, ¿sale acné?, ¿afecta al sangrado ?...
- Preservativos (masculino y femenino), sobre el masculino: ¿cómo se usa ? ¿qué pasa si se rompe ? ¿por qué se rompe ?... y, aparecen preguntas sobre el femenino: ¿cómo es y cómo se usa ? ¿protege de las ETS ? ¿qué ventajas tiene ?... y, ¿qué puedo hacer si mi pareja no quiere usar el condón ?
- Parche ¿qué es ? ¿qué puedo hacer si se despegá total o parcialmente ?
- Información descriptiva sobre cualquier método: ¿qué son los espermicidas ? ¿qué es la esterilización ? o ¿qué es el coito interruptus ?

Los Puntos Forma Joven difieren en su funcionamiento y éxito pero queremos destacar el IES la Madraza (La Chana, Granada), ganador del Premio Internacional Buenas Prácticas: Experiencia Forma Joven.

El equipo lo forman: Francisco Ramos Díaz (Ex2, Médico de Familia), Trinidad Rodríguez Rivas (Ex13, Enfermera) y Rafi Hidalgo Muñoz, orientadora del Instituto y los mediadores y mediadoras (jóvenes formados que acercan la información y motivan a sus iguales).

Las áreas que priorizan los responsables del programa son:

1. Afectivo-sexual: haciendo hincapié en el conocimiento de los métodos anticonceptivos.
2. Análisis y conocimiento de los mecanismos de las adicciones, en concreto, del tabaco y del alcohol.
3. Corrección de comportamientos en la conducción de vehículos a motor.
4. Alimentación saludable y ejercicio físico.
5. Primeros auxilios y reanimación cardio pulmonar.

Las acciones que se realizan en este instituto en el marco de acción Forma Joven son: asesorías individuales y grupales (Punto Forma Joven atendido por un profesional sanitario dos horas a la semana en horario fijo), talleres y jornadas. Estos profesionales sanitarios (Ex2 y Ex13) nos aclaran que llevan 9 años con este programa y que este año se han centrado en 4º de ESO, alumando de 14-15 años. Se muestran contentos con los resultados aunque los chavales consultan menos de lo previsto: «los jóvenes creen que no tienen problemas y juega mucho también el papel de los tutores. Si se hace de la salud un tema transversal, los niños vendrán pero si no se habla de ello, se les olvida. ¿Qué consultan? Temas de sexualidad y el peso (preocupa tanto a las chicas como a los chicos). Consultan cómo hacerlo, si hay algún otro método: conocen el preservativo que no les gusta, y quieren conocer otros. Nosotros les decimos que es el más apropiado

pero, les entra el calentón y no se lo ponen, se lo ponen después». Estos profesionales mantienen activo un blog: <http://formajoven-chana.blogspot.com>

En cuanto a las necesidades para fortalecer la sostenibilidad de la experiencia, desde el IES Madraza, se solicita un mayor apoyo institucional: introduciendo la promoción de la salud en el desarrollo curricular de las asignaturas impartidas en los centros y reforzando el papel de la promoción de la salud en los contratos programas de las unidades clínicas de gestión responsables de aportar profesionales sanitarios a esta actividad.

El próximo paso es hacer accesible este tipo de programas a los jóvenes que están fuera de los centros educativos, buscando otros espacios de acción no institucionales.

- Teléfono de Información Sexual para Jóvenes

El teléfono de información sexual para jóvenes es un teléfono semigratuito (901 40 69 69) puesto en marcha por el Instituto Andaluz de la Juventud que atendió 6106 llamadas en el año 2008 y 5237 en 2009. Aunque no hay ningún informe publicado, los responsables realizan un resumen estadístico de su actividad. El resumen de 2008 refleja que fueron 3227 mujeres y 2879 chicos los que realizaron esas llamadas, el mayor número de llamadas se produjo en los meses de enero, mayo, junio y octubre. El día de la semana que más llamadas reciben es el lunes. El resumen de 2009 confirma que llaman más chicas (2777) que chicos (2457) y que son los lunes, los días de las dudas. Los meses que concentraron mayor número de llamadas fueron enero, marzo, mayo y junio. Las edades más representadas son de 20 a 24 años y, el nivel de estudios, universitarios. Más de 2000 personas se habían enterado del teléfono por Internet, principal fuente para ellas y ellos, tanto en 2008 como en 2009. Las preguntas que propiciaron esas llamadas son las siguientes:

TABLA 16: Las 15 preguntas más frecuentes realizadas al Teléfono de Información Sexual para Jóvenes, 2008 y 2009.

TIPO DE PREGUNTAS	2008		2009	
	chicas	chicos	chicas	chicos
Anticoncepción hormonal	1105	194	1606	306
Miedo al embarazo	424	230	849	412
Enfermedades de transmisión sexual	363	836	547	1413
Uso de píldora anticonceptiva de urgencia	343	170	652	211
Aborto. legislación. indicaciones. Como es	136	46	160	76
Problemas psicológicos relacionados con sexualidad	98	290	210	449
Ap. reproductor femenino y problemas ginecológicos	83		119	
Rotura de preservativo	69	55	133	64
Embarazo. desarrollo, pruebas, alteraciones	62		114	
Ciclo menstrual	45		77	
Consultas de padres sobre sexualidad de hijos/as	38		54	
Disfunciones femeninas en general	37		90	
Disfunciones masculinas en general	32	220		
Fertilidad, esterilidad, deseo de embarazo	33		47	
Centros de planificación, información dirección	30			
Fimosis, frenillo, problemas urológicos		78		62
Masturbación masculina		66		102
Uso de la prostitución		48		102
Preservativo masculino		38	82	74
Tamaño del pene		32		
Problemas de pareja		31		

Sexo oral		29		140
Primer coito, cómo abordarlo, rotura himen				48
Coito interrumpido			71	

Fuente: Elaboración propia a partir del resumen estadístico provisional facilitado por el Teléfono de Información sexual para jóvenes. Instituto Andaluz de la Juventud, Junta de Andalucía (2010).

La anticoncepción hormonal, el miedo al embarazo y a las ETS y la PAU, concentran la mayoría de las consultas realizadas. Las dudas varían en función del género de quien las formula. Para ellos son más preocupantes las ETS que los embarazos (poca solidaridad con la pareja) y para ellas a la inversa.

Además de las llamadas telefónicas se recibieron 1105 correos electrónicos en 2008, preferentemente en los meses de agosto y septiembre. Y, 1320 correos en 2009, con mayor intensidad durante los meses de mayo y agosto.

4.7.4- Iniciativas privadas: los laboratorios en acción

Al principio del informe comentamos que en Noruega habían experimentado nuevos canales de comunicación con los jóvenes: juegos de ordenador, páginas web y SMS. En España, esta última iniciativa la hemos encontrado en la página web de la SEC⁶⁵, en el apartado “promoción de la salud sexual y reproductiva” y, en “programa sobre anticoncepción y sexualidad para jóvenes”. Pinchando aquí accedemos a un power-point que tras presentar el aparato reproductor femenino y masculino y los diferentes métodos anticonceptivos se centra en la píldora. El servicio SMS para recordar la toma de la píldora es ofertado por un laboratorio farmacéutico sólo para aquellas que utilicen la píldora: 20mcg EE/ 100 mcg levonorgestrol, que presentan como el anticonceptivo ideal. El proceso consiste en suscribirse a la página web que te indican, introducir el número de móvil, la hora del mensaje y el número de lote de la píldora. Ellos, a cambio, envían un SMS a la usuaria el día de comienzo de la ingesta.

La misma web de la SEC, presenta las campañas:

- “Salud y calidad de vida”, consistente en 10 grabaciones de programas radiofónicos (sólo sonido), sobre los diferentes tipos de anticonceptivos presentes en el mercado español: tipos, presentación, duración, indicaciones, ventajas, inconvenientes...etc. Esta campaña está patrocinada por otro laboratorio.
- “Sexo con seso”, 2007: vídeo de la campaña, información, links...
- “Habla con ellos”, 2009: preguntas y respuestas, mitos, dudas más frecuentes.

4.8. Las barreras al uso de anticonceptivos en los menores de 20 años

En RESUMEN, podemos afirmar que hay mucha información sobre anticoncepción pero que esa información es incompleta, está fragmentada y, en ocasiones, resulta contradictoria. Al proceder de fuentes muy diversas (grupo de iguales, revistas, internet, padres, educadores y profesionales), la calidad y la precisión de las indicaciones son muy variadas y generan confusión, pudiendo conducir a prácticas poco seguras.

Consideramos que lo que falla es la forma de transmitir la información afectivo-sexual. Las fuentes más fiables (profesionales, educadores y padres) no emplean estrategias convincentes, sino que recurren a la prohibición y la amenaza, en su deseo de proteger a los menores. Los profesionales no disponen de tiem-

65.- http://www.sec.es/area_cientifica/promocion_ssr/index.php

po para hacer PF, tres minutos en la consulta a demanda; el SAS hace años que no hace nada por facilitar la PF; el profesorado tiene la educación afectivo-sexual como materia transversal pero no sabe cómo abordarlo, y, los progenitores rara vez abordan a tiempo y de forma abierta el tema con sus vástagos.

Las diferencias de género son enormes, no hay corresponsabilidad anticonceptiva. Los estudios revisados muestran que ellos asumen la responsabilidad de comprar y llevar el preservativo y, ellas rara vez los llevan (para evitar juicios y descalificaciones). Esto supone la continuidad del modelo tradicional: ellos proveedores materiales y ellas dependientes y confiadas. En caso de concienciación, ellos se preocupan por prevenir las ETS y ellas por prevenir un posible embarazo. Es como si vivieran en mundos separados y se enfrentaran a experiencias antagónicas.

En este grupo de edad el preservativo masculino es el anticonceptivo estrella pero no siempre se utiliza o no se hace correctamente. ¿Por qué no se usa el preservativo? Un bloque de argumentos hace referencia a que resta sensibilidad y el chico rechaza su uso, resta placer, es incómodo de usar, rompe la magia del momento y la espontaneidad. Otro bloque, remite a problemas de logística: no se tiene a mano, no hay dinero para comprarlo o les da vergüenza pedirlo. Al no uso del preservativo hay que sumar el mal uso del mismo: la falta de información sobre cómo y cuándo ponerlo y/o quitarlo, parece ser la clave. En ocasiones, a un uso poco convincente del preservativo le sigue la PAU.

La píldora es el segundo método utilizado por este grupo de edad y su uso (como el de los demás métodos hormonales) se ve frenado por los numerosos mitos que lo rodean y que hacen referencia a la estética y la salud: engordan, dan dolor de cabeza, tienen contraindicaciones, pueden generar cáncer o producir infertilidad. Estas creencias y la autodisciplina que exige la ingesta de la píldora diaria (prácticamente, la única recomendada por los profesionales de nuestro país) desincentivan su uso.

El resto de métodos hormonales pese a su mayor comodidad y eficacia, no son prescritos por los profesionales ni promovidos por los servicios públicos de salud ni, mucho menos, por los laboratorios. Estos apuestan antes que por los métodos de larga duración, por el doble método (ya alertamos sobre los posibles intereses de los laboratorios en lograr la imposición de esta práctica que supone la medicalización de la sexualidad de las chicas desde edades muy tempranas).

Parece también que cuanto antes se inician las chicas en la sexualidad coital, más desprotegidas están: menos información, menos recursos para buscar y preguntar, más dominación masculina (los chicos presionan y ellas ceden a esas presiones). Una iniciación más tranquila, hablada y compartida conduciría a situaciones más satisfactorias y favorables para el desarrollo personal y social.

Por tanto, no se usan anticonceptivos porque se rechaza el intento de imposición de: la medicalización temprana de la sexualidad y de la vivencia de una sexualidad programada, planificada y ordenada. Tampoco ayuda el que no se promocionen ni prescriban métodos altamente eficaces y de larga duración (implantes, DIUs, inyectables). Sin embargo, se adopta el modelo único de acceso tardío a la maternidad (a los 30 años), cuando biológicamente estamos preparados para una maternidad temprana (cuanto más joven, mayor es la fertilidad). La tendencia homogeneizante se fundamenta en la supuesta protección de los menores, garantizándoles mejores condiciones de acceso al mercado laboral (con mayor nivel de estudios...). La lógica capitalista se impone también en el ámbito de la reproducción: primero los estudios, después el trabajo y la casa y, después, la pareja y los hijos. Todo secuencial, lineal y homogéneo. No hay modelos alternativos en vigor. Muestra de ello es el estudio recientemente presentado por el CSIC-UCM-FEC (2010): La maternidad adolescente, donde Delgado analiza las repercusiones negativas que la maternidad adolescente tuvo en los ámbitos educativo y laboral de las protagonistas. No parece que se cuestionen ni el modelo socio-económico ni los indicadores utilizados para medir las repercusiones; se trabaja en la línea dominante.

4.9. La extensión generalizada de la educación como principal estrategia de intervención

La nueva Ley 2/2010 recoge la inclusión de la educación afectivo-sexual y de igualdad de género en la enseñanza obligatoria. La idea es que la educación afectivo-sexual abarque todas las etapas educativas, desde primaria o incluso infantil, adaptando los contenidos a cada etapa. Empezar en una etapa temprana presenta la ventaja de que el alumnado aún no está cargado de prejuicios y de miedos y su capacidad de asimilación es muy alta. Este modelo educativo enseñaría, apunta OSM-CIMOP (2006), lo que significan las prácticas “aconceptivas” (todo lo que dos cuerpos pueden hacer sin riesgo de embarazo), conocer la fisiología del placer y la relación erótica como alternativas al coito, sin demonizarlo, pero aprendiendo que su placer lo pueden gestionar sin depender exclusivamente de él. Aprenderán a hablar sobre sexualidad de otra manera, para que las alusiones sean más naturales y a la vez, más respetuosas. Si aprenden a hablar con naturalidad y confianza del cuerpo, de los deseos, del placer, en contextos que no sean de intimidad, no será luego tan difícil que se comuniquen con su pareja. La incapacidad de hablar de anticoncepción es otra de las razones que favorecen la no utilización del preservativo. Tampoco serían tan limitadas las preguntas que plantean los adolescentes en las charlas de educación sexual. Hay que abarcar además de lo que les interesa, aquello que necesitan y pueden saber.

- Las intervenciones deben ser cíclicas (para que lo que la gente se queda pensando tras una charla, tenga la oportunidad de preguntarlo después) y que se establezcan “consultorías sexuales” en los institutos.
- La educación sexual debe ser activa, participativa, abierta, capaz de escuchar las inquietudes del alumnado, pero también de “adelantarse” a ellos dándoles las herramientas que aún no saben que necesitarán, o aquellas que no reconocen como necesarias pero que sin duda les son útiles.
- La vivencia de experiencias de forma ficticia, ubicándolos en situaciones de riesgo supuestas, o poniéndolos en contacto con personas que padecen o han padecido las circunstancias de las que toque hablar, ayudan a ver con más claridad los riesgos a los que pueden enfrentarse y es probable que actúen con mayor responsabilidad.
- La ubicación de la educación sexual en el sistema escolar permitirá intervenir más positivamente en otros espacios.

5- INFORMACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Tradicionalmente se ha considerado que las personas con discapacidad eran seres asexuados y han quedado fuera de los programas de difusión de información, de los reconocimientos ginecológicos y del asesoramiento en materia anticonceptiva. A esto se suma la ausencia, en los profesionales, de conocimientos sobre las discapacidades y de una visión global de la persona; la atención médica suele centrarse en la ‘discapacidad’, quedando desatendidas otras necesidades y/o alteraciones. Entre estos es frecuente ofrecer un trato paternalista, delegando por ‘su bien’ importantes decisiones personales sobre su cuerpo y su reproducción, a tutores y cuidadores: la esterilización sin consentimiento informado es, probablemente, el caso más extremo y más documentado.

Por todo ello, la OMS insiste en que los criterios médicos de elegibilidad traten el uso de anticonceptivos en personas con discapacidad y/o con trastornos médicos específicos, dado que la provisión de anticonceptivos a estas personas puede requerir mayor consideración. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. Las decisiones deben estar basadas en una elección informada. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada, los anticonceptivos se deben proporcionar sólo después de una discusión exhaustiva con todas las partes, incluidos los interesados y sus tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos del individuo se deben considerar en todas estas decisiones (OMS, 2005:9).

También, el artículo 26 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales reconoce el derecho de las personas con discapacidad a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad. Las personas con discapacidad representan hoy más del 15% de la población de la UE.

En este informe utilizaremos los términos ‘con discapacidad’ y ‘con diversidad funcional’ indistintamente, aun sabiendo que son mayormente utilizadas por diferentes corrientes de pensamiento. Ambos términos estarían politizados y nuestro objetivo no es posicionarnos del lado de uno u otro movimiento o corriente de pensamiento, sino avanzar en la comprensión del fenómeno objeto de estudio y diseñar posibles líneas de actuación. Permitásenos, pues, considerar y exponer las aportaciones que desde diferentes lugares se hacen a este campo.

Comenzamos este capítulo con una mirada a las políticas públicas y recomendaciones llevadas a cabo en diferentes países de nuestro entorno: Francia, Suecia y Dinamarca. Seguidamente revisamos la situación en España, a través de los datos estadísticos, las investigaciones y los testimonios de mujeres con diversidad funcional que ocupan cargos públicos y con profesionales de la salud.

5.1- Las políticas de atención a la discapacidad en diferentes países

5.1.1. La regulación de la anticoncepción de las personas con discapacidad en Francia

En el país vecino, una parte de las medidas legales recientes sobre la IVE y el acceso a los anticonceptivos, son resultado de preocupaciones que apuntaban inicialmente a poblaciones específicas: adolescentes y personas con discapacidad. La ley del 4 de julio 2001 relativa a las IVEs y la anticoncepción legaliza la práctica de la esterilización femenina y masculina con fines anticonceptivos, y prevé un procedimiento específico para el consentimiento de las personas con discapacidad. A finales de los 90, varios informes constataban la existencia de esterilizaciones eugenistas e ilegales, esencialmente femeninas, afectando a la integridad física y la dignidad de las personas. Los expertos favorables a la legalización de la esterilización subrayaban que otras opciones anticonceptivas podían y debían ser propuestas (Lagardère, Strohl, Even, 1998; Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, 1996).

Más allá de la problemática del uso eugenista de la anticoncepción y del control de estas prácticas, sigue siendo difícil integrar a las personas con ciertas discapacidades en el debate y las iniciativas tomadas para mejorar el acceso y uso de los anticonceptivos. Este colectivo fue voluntariamente apartado de las recomendaciones nacionales para la práctica clínica. Las “Estrategias de elección de métodos anticonceptivos por las mujeres”, realizadas en 2004 por la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud (Anaes), están orientadas a los profesionales que afrontan el tema de la anticoncepción: “médicos de atención primaria, ginecólogos y tocólogos, endocrinólogos, matronas, enfermeras escolares, farmacéuticos y el conjunto de los profesionales de la salud de los centros de planificación y educación familiar” (Anaes, Inpes y Afssaps, 2004:16). Los expertos decidieron no hablar de “la anticoncepción de los discapacitados [...] plantea problemas éticos y prácticos que hubieran necesitado incluir en el grupo de trabajo personas con conocimientos y competencias específicas, por ejemplo, en derecho o en práctica institucional especializada». Por ello, consideran que deberían ser objeto de un documento específico (Anaes, op cit, 2004:52).

El mismo año 2004, la dirección general de la salud (DGS), editó un folleto informativo detallado sobre la esterilización con intención anticonceptiva. Se reafirma la ley de 2001: se puede practicar una esterilización a una persona cuya alteración de las facultades mentales constituyen una discapacidad que justifica la tutela, solamente cuando existe una contra-indicación médica absoluta a los métodos anticonceptivos o una imposibilidad probada de poder utilizarlos eficazmente (extracto del artículo L. 2123-2 del código de salud pública). Es decir, aplicable sólo a los casos de discapacidad mental cuando hay ‘contraindicación absoluta’ del resto de métodos anticonceptivos.

En Octubre 2008, se organizó una sesión pública sobre el tema “Acceso a la asistencia sanitaria para las personas en situaciones de discapacidad”. Varios expertos intervinieron, entre ellos la ginecóloga Danielle Sainte Rose, sobre el acceso a la asistencia ginecológica : aunque exista un buen seguimiento de las patologías debidas a la discapacidad, eso no exime de un seguimiento ginecológico que pocas veces se practica, sea cual sea el tipo de discapacidad, y teniendo también en cuenta que las problemas son muy diferentes según el tipo de discapacidad: física, mental, sensorial, orgánica, etc. Las fuertes desigualdades socio-económicas que ya existen respecto al seguimiento médico son aún más importantes en el caso de las personas con diversidad funcional frecuentemente confinadas en su medio, que escapan a toda forma de prevención, diagnóstico y seguimiento médico.

Sainte Rose recapitula los principales obstáculos identificados por estas mujeres:

- la dificultad para lograr una cita médica, debido a la escasez de ginecólogos ;
- las barreras arquitectónicas que limitan el acceso a muchas consultas privadas ;
- las dificultades para subirse y colocarse en la camilla de la consulta y acceder a los baños;
- el pudor de las chicas, aun mas difícil de respetar cuando se necesita la ayuda de una persona desconocida para adoptar la posición adecuada para la exploración ginecológica;
- las limitaciones de tiempo: para este tipo de consultas se precisa más tiempo;
- el personal sanitario en general desconoce la discapacidad y no tiene formación específica ni educación o formación sobre sexualidad.
- Parte de los problemas resultan también de la mala remuneración; una consulta en la que se emplea más tiempo es pagada igual que las demás, tampoco hay ningún documento en el que recoger que se han realizado exploraciones a personas con diversidad funcional. Si se remuneraran mejor estas consultas, las mujeres en esta situación serían mejor atendidas por los profesionales.

Sus propuestas de mejora, son :

- formación obligatoria sobre las diversas discapacidades para todo el personal sanitario
- accesibilidad real tanto a los edificios como a plataformas técnicas y salas de hospitalización de los edificios públicos y privados
- ayuda a las familias y al personal que trabaja en las instituciones
- listado de servicios, consultas, etc. accesibles y preparados tanto por su arquitectura como por su personal
- remuneración adaptada teniendo en cuenta el tiempo invertido y la asistencia necesaria en la consulta o en un acto específico
- el apoyo y la consulta con regularidad de las numerosas asociaciones ya existentes y competentes, de los sitios y foros de internet
- organización de jornadas de "puertas abiertas" en servicios de salud y exposiciones públicas (Sainte Rose, 2008).

Finalmente entre mayo y septiembre de 2008, una asociación especializada⁶⁶ hizo una encuesta para conocer mejor las dificultades y necesidades de las mujeres con discapacidades en el sector de la salud en general y de la sexualidad en particular. Según ésta, la accesibilidad para las mujeres con discapacidades motrices surge otra vez como problema fundamental. "Cuando entramos en la esfera íntima, las chicas no se atreven a pedir ayuda y prefieren renunciar". Con lo cual pocas mujeres consultan, lo que supone un problema importante cuando se trata también de prevenir. Para esta asociación, habría que promover la toma de conciencia seguida de un plan de acción en términos de salud pública. "Nos gustaría, por ejemplo, que el público con discapacidad estuviera integrado en las campañas de prevención, se trate de la píldora, de la violencia contra las mujeres o de la detección del cáncer de la mama... no se puede admitir que sean excluidas"⁶⁷.

5.1.2. Suecia y la Ley de asistencia personal

En Suecia, la Ley de asistencia personal de 1994 ha sido elogiada por los usuarios de la asistencia personal y sus familias, se ha llamado «la reforma del siglo de la discapacidad» y ha recibido un interés considerable en el ámbito internacional. Además, «ha demostrado a los políticos y al público, la popularidad y la eficacia de los instrumentos de pago directo en el campo de la discapacidad donde, en contraste con otras áreas de política social, prevalecen todavía los servicios en especie». Sus características: «total cobertura de las necesidades evaluadas, incluyendo la asistencia en el trabajo, en las tareas domésticas y en la reproducción, cubriendo los costes administrativos renunciando a la investigación sobre los recursos económicos» (Ratzka, 2003 :183 ; cf. García Alonso, 2003). A la aprobación de esta Ley contribuyó significativamente el Movimiento de Vida Independiente (MVI).

Otra de las contribuciones de este movimiento (MVI) a la política de la discapacidad ha sido la articulación del concepto del 'poder del consumidor', la noción de que las personas con discapacidad no son objetos de intervención profesional, sino expertos en sus necesidades, y el reconocimiento del control sobre la propia vida diaria como un derecho humano básico (Ratzka, 2003 :187).

66.- RIFH : Réponses Initiatives Femmes Handicapées

67.- Extracto de un artículo en la e-revista especializada Déclic : <http://www.magazine.declic.org>. "Femmes handicapées et sexualité : pas toutes égales devant le gynéco", (17/09/2008).

Actualmente la página: www.independentliving.org recibe más de 1000 visitas al día. En esta página encontramos enlaces a reflexiones, proyectos, informes y recomendaciones sobre el derecho a la información sexual, la atención ginecológica, la maternidad y el aborto voluntario. Presentamos un extracto de los mismos:

- *"La falta de acceso a la información tiene efectos graves sobre la salud de las mujeres con discapacidad, el bienestar, la seguridad, las oportunidades y el ejercicio de sus derechos.*
- *La falta de información sobre el VIH y el cáncer de mama y cervicouterino pone en peligro la salud de las mujeres con discapacidad. La información no se dirige ni es producida en formatos accesibles para muchas mujeres (como Braille, audio y lenguaje sencillo ilustrado con imágenes).*
- *La información sobre el sexo y la sexualidad es a menudo limitada, en parte, porque los familiares, cuya función es compartir este conocimiento con frecuencia obvian a las niñas con discapacidad, consideradas asexuadas. Además de ser una negación de nuestros derechos, esto puede conducir a embarazos no deseados, abusos y enfermedades.*
- *La falta de confidencialidad y la invasión de la intimidad, junto con los prejuicios y las dificultades de acceso, hacen que este colectivo no se someta a controles ginecológicos.*
- *En todos los países, la imagen física de una mujer determina su valor y sus posibilidades de tener pareja. Las personas con discapacidad son mucho menos propensas a casarse - una desventaja del 4% en Europa y hasta del 45% en Filipinas-. Las mujeres con discapacidad no solo tienen menos probabilidades de casarse que los hombres con discapacidad, sino que también presentan una mayor tasa de divorcios.*
- *Las mujeres con discapacidad no son animadas a explorar su sexualidad. Si tienen una relación sexual, se supone que tienen suerte y no deben demandar nada más.*
- *Las mujeres con discapacidad a menudo no se consideran capaces de mantener relaciones íntimas. Si comienzan una relación con un hombre o una mujer sin discapacidad, son juzgadas por ser el socio más débil - una carga emocional y financiera-. Si se unen con un hombre o una mujer con discapacidad, se considera que no fue una verdadera elección porque ¿quién le iba a querer?.*
- *A las personas con discapacidad se les niega el control de su sexualidad y reproducción, la histerectomía de adolescentes con discapacidad se ha justificado con el argumento de que la menstruación es difícil de manejar.*
- *Un gran número de mujeres con discapacidad son presionadas para abortar y ser esterilizadas ; son alentadas a sentir que están siendo irresponsables al seguir adelante con un embarazo, que lo más "amable" que pueden hacer es terminar con él.*
- *En muchos casos, nuestra experiencia de la opresión nos puede hacer emocionalmente más fuertes, más tolerantes, más pacientes y comprensivas: lo ideal para convertirse en una buena madre.*
- *Contra las creencias comunes, aunque algunas mujeres con discapacidad pueden enfrentarse a desafíos adicionales en el embarazo, la crianza de los hijos y las tareas domésticas, un sin número de mujeres con discapacidad han demostrado que pueden manejarlo todo - uso de las facultades de organización y fuerza emocional desarrolladas por la gestión de sus discapacidades, incluso viviendo en un mundo inaccesible!".*

5.1.3 Dinamarca y los nuevos derechos en salud sexual

En 2002, la política danesa sobre discapacidad contempla la sexualidad (en el capítulo «personal integrity») y reconoce que hay personas que necesitan ayuda para desarrollar su vida sexual a causa de su discapacidad. Esta ayuda será subvencionada por los servicios sociales. Cuando se recibe subvención para lograr una vida sexual activa, se enfoca desde el respeto de los límites propios de las personas implicadas y se pone mucha atención en proteger contra el abuso sexual. La ayuda es para aprender como conseguir una vida sexual activa y no incluye relaciones sexuales entre la persona que proporciona la ayuda y la que la recibe (2002: 39) ⁶⁸. El servicio danés de salud procura también ayuda y tratamientos gratuitos a los que no tienen hijos, con diferentes tipos de inseminación. En este ámbito, las personas con discapacidad tienen derecho a la inseminación de igual forma que el resto de la población (2002:39).

En 2005, una nueva medida vino a reforzar la anterior, los daneses con discapacidad pudieron empezar a hacer visitas mensuales a las prostitutas y recuperar el coste de la visita, en virtud de leyes destinadas a garantizarles la igualdad de derechos⁶⁹. Es una medida que ha provocado airadas protestas, pero ha sido del agrado de muchos otros. El gobierno danés ha puesto en marcha una campaña de información para asesorar a las personas con discapacidad sobre la mejor manera de obtener servicios eróticos. Forma parte de la campaña, un folleto elaborado por el Ministerio de Asuntos Sociales, que tiene como objetivo informar a las personas con discapacidad de sus derechos sexuales, y alienta a sus cuidadores para contactar a los proveedores de servicios eróticos. “Podría ser de gran importancia que el cuidador se dirija a la prostituta junto con la persona a su cuidado, para ayudarle a expresar sus deseos y asegurarse de que existe tiempo suficiente”.

Los partidos de la oposición acusan al ministerio de fomentar la prostitución, y de tratar de ayudar a un grupo desfavorecido, fomentando la explotación de otro. Mientras que Stig Langvad, el presidente de la Asociación Danesa de Discapacitados, calificó la campaña como un triunfo para la igualdad. “La frustración sexual puede ser un problema importante para las personas con discapacidad, y en algunos casos, la última solución es visitar a una prostituta. Los políticos pueden debatir, en general, sobre si permitir la prostitución o no, pero si se permite, ¿por qué las personas con discapacidad son las únicas sin posibilidad de acceder a ella?”.

La legislación danesa garantiza la ayuda económica del estado para asegurar al colectivo con discapacidad una vida tan normal como sea posible. Así, este colectivo tiene derecho a reclamar el coste de adaptar un coche, o un subsidio para pagar una habitación de hotel caro si los más baratos carecen de las instalaciones necesarias.

5.1.4. Otras experiencias internacionales

Summermatter (2009) informa sobre un proyecto de formación de acompañantes sexuales o asistentes eróticos para personas con discapacidad, en Suiza. « Hablar del cuerpo, de la intimidad, del sexo, no siempre es fácil. Y lo es aún menos si se considera de modo ‘diferente’. Sin embargo, la sexualidad de las personas con discapacidad es un derecho que debe ser respetado y salvaguardado, indica Aiha Zemp, psicoterapeuta y responsable del Centro Incapacidad y Sexualidad de Basilea, la primera asociación en introducir, en Suiza, una formación para asistentes eróticos.

Para responder a las inquietudes de sus miembros, la asociación Sexualidad y Discapacidad Plural (SEHP), ha formado ya a 30 asistentes sexuales (varones y mujeres). A un lustro del inicio de esta experiencia, el balance es positivo, aunque no han desaparecido del todo las críticas. Combatido en países de mayoría católica, como Italia, este tipo de apoyo no es sólo una prerrogativa Suiza, sino que se encuentra también en

68.- Danish Disability Council (2002) Danish disability policy - equal opportunities through dialogue. Editors: Mogens Wiederholt (Editor responsible under the press law) Christine Bendixen, Lotte Dybkjær, Inge Storgaard Bonfils. Website: www.dch.dk

69.- <http://www.telegraph.co.uk/expat/expatfeedback/4197657/Taxpayers-foot-bill-for-disabled-Danes-visits-to-prostitutes.html>

Holanda, Alemania, Dinamarca, Estados Unidos y otros países del norte de Europa. Allí se forman personas para la asistencia sexual y, en algunos países escandinavos esta prestación la cubre el seguro médico.

El servicio que se presta consiste en: masajes eróticos, caricias, desnudo o masturbación, el abanico de propuestas es amplio y responde a la necesidad de una intimidad frecuentemente negada o estigmatizada. Los asistentes ‘ofrecen’ con empatía y respeto un poco de relajación, con el pago de una tarifa que puede ir de los 150 a los 200 francos por hora. A veces se trata simplemente de descubrir el placer o de encontrar una función perdida a causa de un accidente, mientras que en otras ocasiones se trata de contactos orales o penetración. “Esta ayuda no es la solución al problema en sí mismo”, precisa Zemp. “Pero es una posibilidad de colmar un deseo cuya existencia se negaba hasta hace poco». A diferencia de la prostitución común, este acompañamiento sexual requiere un aprendizaje complejo centrado en el respeto del otro, la ética y la escucha. Para Zemp, los asistentes sexuales alzan un velo a un mundo oculto de necesidades negadas y de una gran búsqueda de afecto⁷⁰.

5.2- La atención a la discapacidad en España

En España y en Andalucía, la atención a la SSyR hemos visto que está algo desatendida, situación que se agrava si nos referimos a la salud sexual de las personas con discapacidad. Los argumentos que nos dan tanto los profesionales médicos como los laboratorios farmacéuticos (Ex6) se limitan a su número: “son pocos casos”. Como son pocos ni se investiga ni se invierte en cubrir sus necesidades sexuales y reproductivas.

5.2.1- Los datos estadísticos

En 2008, el INE con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de la Fundación ONCE, del CERMI y la FEAPS, realizó la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008)⁷¹. El tamaño muestral fue de 96.000 viviendas familiares y 260.000 personas. En ella se investiga la percepción subjetiva de las personas acerca de su discapacidad, entendida como limitación en la realización de alguna actividad. Según esta fuente, hay en España 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de 85,5 por mil habitantes. La distribución de las discapacidades por sexo muestra que el 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Las tasas por edades son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años, a partir de esa edad se invierte la situación que se va agravando a medida que aumentan los años.

La distribución por tipos de discapacidades muestra que la movilidad es la más habitual, afecta al 67,2% de estas personas (presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos), el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48,4% con las tareas de cuidado e higiene personal. La deficiencia más frecuente es la osteoarticular pero la que causa mayor número de discapacidades por persona es la mental, sostiene el INE (2009).

De los diferentes tipos de discapacidades, los que afectan a las actividades básicas que se realizan en la vida diaria (ABVD), están relacionados con la dependencia. El número de estas personas alcanza los 2,8 millones y supone el 6,7% de la población. La mitad de ellas no pueden realizar la actividad si no reciben algún tipo de ayuda; el 81,7% de estas personas la recibe (INE, 2009).

Por Comunidades Autónomas, la mayor tasa de discapacidad se da en Galicia (112,9 por mil habitantes), seguida de Extremadura (109,9). La Rioja presenta la tasa más baja junto con Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente). Andalucía ocupa una posición intermedia, la siguiente tabla muestra la

70.-Ver:http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/derecho_sexualidad_pese_discapacidad.html

71.- A efectos de la encuesta, se ha definido como discapacidad la limitación por motivos de salud y de larga duración en alguna de las 44 actividades investigadas. Las personas con discapacidad se ven limitadas a causa de una deficiencia corporal (fallo o falta de un órgano o sistema).

distribución de las discapacidades en Andalucía y España por sexo y centrada en el grupo de edad de 6 a 44 años (incluyendo así a la población con necesidades anticonceptivas).

TABLA 17: Población con discapacidad según grupo de discapacidad y sexo. Grupo de edad 6-44 años. España y Andalucía. Cifras absolutas.

	ESPAÑA			ANDALUCÍA		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	608,5	345,4	263,1	125,1	66	59,1
Visión	106,3	57,3	49	21,7	10,8	10,9
Audición	99,3	56,8	42,5	18,1	8,3	9,8
Comunicación	190	120,9	69,1	39,6	25,6	14,1
Aprendizaje, aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas	173	111,2	61,8	35,5	23,3	12,2
Movilidad	314,1	168,8	145,3	68,1	34,2	33,9
Autocuidado	220	124,5	95,5	52,1	30	22,2
Vida doméstica	249,2	121,2	128	59,3	27	32,4
Interacciones y relaciones personales	189,5	123	66,4	40,8	27,2	13,6

Fuente: EDAD-2008, INE (2009).

De esta completa encuesta destacamos también que 269.139 personas con discapacidad residen en centros (7% del total nacional) y que son 2,2 millones de personas con discapacidad (58%) las que han recibido algún servicio social o sanitario (el 93,2% de forma gratuita). Aun así Arnau denunciaba en 2004 que España es uno de los países de la Unión Europea que menos dinero destina a las personas con discapacidad mientras que Dinamarca destaca en el extremo opuesto, «allí quienes tienen discapacidades pueden vivir su sexualidad con menos dificultades» (2004:5). Y, reclama que tanto la sociedad como las instituciones involucradas en sus vidas reconozcan que “tengan el tipo/grado de discapacidad que tengan, tienen pleno derecho a vivir y a disfrutar su-s sexualidad-es, y, aunque carezcan de autonomía física para llevar a cabo por sí mismas las relaciones sexuales no por ello deberían ‘evitar’ la sexualidad” (2004:6). De hecho, la encuesta que acabamos de comentar no hace mención alguna a la sexualidad: ni en el ámbito de la salud ni en el de ocio.

Pero, las personas con discapacidad no sólo han estado discriminadas en el ámbito de la salud sexual. El desconocimiento de sus potencialidades dio lugar a su aislamiento y las repercusiones de éste aún se dejan ver, por ejemplo, en el acceso a la escolaridad. La siguiente tabla muestra el nivel de estudios de la población con discapacidad física, sensorial (visual y auditiva) y orgánica (en ellas centramos este informe).

TABLA 18: Porcentaje de personas con discapacidad por tipo de discapacidad, sexo y nivel de estudios

	Total			Visión			Audición			Movilidad		
	Ambos sexos	Varon	Mujer	Ambos sexos	Varon	Mujer	As	Varon	Mujer	Ambos sexos	Varon	Mujer
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
No sabe leer o escribir	10,74	7,25	13,06	12,79	7,04	16,31	9,92	5,36	13,34	12,12	8,25	14,19
Estudios primarios incompletos	34,02	30,01	36,69	37,45	34	39,56	36,48	31,06	40,53	36,18	32,26	38,28
Estudios primarios	29,3	30,5	28,49	28,09	29,91	26,97	30,47	33,37	28,29	28,76	29,71	28,25
Educación secundaria de 1ª etapa	9,44	10,79	8,55	7,66	9,64	6,44	8,35	9,39	7,56	8,49	9,52	7,95
Estudios de bachillerato	5,68	7,49	4,48	5,2	7,23	3,95	4,35	6,3	2,89	5,16	7,35	4
E. Profesional de grado medio o equivalentes	2,91	3,63	2,43	2,02	2,48	1,73	2,69	3,74	1,91	2,55	3,37	2,12
E. Profesional de grado superior o equivalentes	1,86	2,63	1,34	1,42	2,49	0,77	1,79	2,48	1,27	1,72	2,64	1,23
Estudios universitarios	5,26	6,42	4,48	5,01	6,82	3,9	5,6	7,71	4,02	4,6	6,23	3,73

Fuente: EDAD, INE (2008).

El nivel de estudios de la población con diversidad funcional es muy bajo, especialmente entre las mujeres. Con estudios primarios o menos se encuentran el 74,06% de la población con diversidad funcional y el 78,24% de las mujeres en esa situación. Por tipo de discapacidad las que tienen problemas de comunicación y de aprendizaje son las que menos estudios tienen. Entre las mujeres con diversidad funcional visual un 16,3% no saben leer ni escribir y casi un 40% no completaron la primaria. Porcentajes similares se observan en las mujeres con diversidad funcional auditiva. Estos datos son especialmente relevantes porque nos obligan a ser muy imaginativas a la hora de diseñar estrategias de comunicación e información capaces de llegar a la población sin habilidades de lecto-escritura.

La OMS (2009 :11) insiste en que en muchas sociedades, la información sobre salud sexual se imparte en las escuelas secundarias y que gran parte de las personas con discapacidades abandonan la escuela al terminar la primaria, quedando así totalmente desinformados sobre estas cuestiones. Los datos por edades, aún confirmando las observaciones de la OMS, nos permiten ser un poco optimistas: en las nuevas generaciones los estudios aumentan y los porcentajes de las que tienen estudios primarios o menos descienden al 40%. La relación por sexo se invierte y en esa situación se concentran el 46,4% de los varones. Ver la tabla siguiente:

TABLA 19: Porcentaje de personas con discapacidad por sexo, edad y nivel de estudios

	Total			De 6 a 24 años			De 25 a 44 años		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varon	Mujer	Ambos sexos	Varon	Mujer
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
No sabe leer o escribir	10,74	7,25	13,06	8,37	6,51	11,55	8,64	9,97	7,03
Estudios primarios incompletos	34,02	30,01	36,69	20,92	21,64	19,68	11,48	11,5	11,46
Estudios primarios	29,3	30,5	28,49	27,55	29,33	24,5	23,28	24,67	21,62
Educación secundaria de 1ª etapa	9,44	10,79	8,55	15,37	15,09	15,86	19,17	19,53	18,73
Estudios de bachillerato	5,68	7,49	4,48	4,65	3,79	6,11	11,6	12	11,12
Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	2,91	3,63	2,43	1,43	1,65	1,06	9,72	9,27	10,25
Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	1,86	2,63	1,34	1,08	1,22	0,82	5,63	5,21	6,13
Estudios universitarios	5,26	6,42	4,48	0,85	0,78	0,96	10,48	7,85	13,65
% con estudios primarios o inferiores	74,06	67,76	78,24	56,84	57,48	55,73	43,4	46,14	40,11

Fuente: EDAD, INE (2008).

Según datos tomados por el Ministerio de Igualdad (2008) del Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007, hay diferentes indicadores que inciden en la discriminación que sufren las mujeres. Así, el porcentaje de analfabetismo causado por razones distintas a los problemas estrictamente físicos o psíquicos afecta al 6,74% de mujeres con discapacidad frente al 3,66% de hombres. La tasa de actividad de las mujeres con discapacidad (21,7%) es menor que la de los hombres con discapacidad (34%) y, la tasa de paro es superior. En relación a los indicadores de impacto de las medidas de fomento de empleo, de las 43.088 personas con discapacidad beneficiadas sólo el 29.54% son mujeres.

Según la Base Estatal de Personas con Discapacidad (Diciembre 2006)⁷², son 2.314.996 las personas con grado de discapacidad reconocido igual o mayor al 33%, en toda España. La distribución por comunidades autónomas y provincias muestra que en Andalucía la cifra asciende a 415.118, de ellos, 228.082 son mujeres y 187.036 hombres. Mientras que la distribución de esta población por provincias dentro de Andalucía indica que son: Málaga (84.867), Sevilla (78.650) y Cádiz (63.668) las que acumulan el mayor número de casos. Le siguen Almería (41.662), Granada (40.996), Córdoba (39.207), Jaén (34.787) y Huelva (31.181).

5.2.2- El marco normativo

Los derechos sexuales incluyen el derecho a la libertad sexual, a la salud sexual, a la autonomía, a la integridad y seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, al placer, a la expresión sexual emocional, a la toma de decisiones libres y responsables, a la información basada en el conocimiento científico y a la educación sexual integrada (DECIR, 2001). Entre los derechos reproductivos constan: el derecho a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a casarse y a fundar una familia; el derecho al cuidado comprensivo de la salud reproductiva incluida la planificación familiar y los servicios de salud, educación e información para la maternidad; el derecho a dar un consentimiento informado referente a todos los procedimientos médicos incluida la esterilización y el aborto; y el derecho a estar libre de abuso y explotación sexual” (CRLP, 2001; cf. Mogollón, 2002). La OMS (2005:9; 2009), atiende expresamente a la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales y son numerosos los acuerdos, programas y convenciones internacionales que recogen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con diversidad funcional. Entre ellos destacamos aquí aquellos que sirvieron para fundamentar la reciente Ley 2/2010 española:

–La Plataforma de acción de Beijing acordada en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, de Naciones Unidas (1995) y ratificada por España, reconoce que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y repro-

72.- <http://sid.usal.es/estadisticas-discapacidad.asp?arg=bdestatal>

ductiva, libre de presiones, discriminación y violencia» (BOE nº55:21001).

- En Europa, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (13/12/2006), ratificada por España, establece la obligación de los Estados de “respetar el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás» (BOE nº 55:21002).
- La legislación española respecto a la atención y los derechos de las personas con diversidad funcional es “abundante y positiva, a la vez, que tiene una de las más altas tasas de impunidad ante su incumplimiento”, sostienen Maraña y Lobato (2003:276). La LISMI (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, BOE nº 103, de 30 de abril, p11106 y ss) fue “una buena ley siempre incumplida y mal desarrollada por el Estado, según las propias asociaciones de personas con discapacidad” (Maraña y Lobato, 2003:261; cf. García Alonso, 2003). Según estos autores, “tras el establecimiento del Estado de las autonomías la Ley tuvo un desarrollo desigual, proporcional al valor que se concedía a los problemas sociales en los programas electorales y determinado por la renta per capita regional, lo que supuso empezar el Estado de Bienestar generando crecientes desigualdades entre las regiones. Se aprobaron leyes de servicios sociales autonómicas con un diseño que propiciaba la entrada de la empresa privada y la delegación de servicios a la sociedad civil. La herencia de estructuras centralistas ha estado interfiriendo, cuando no ralentizando las situaciones de precariedad en buena parte de las Comunidades Autónomas. A su vez, las Comunidades Autónomas aún tienen pendiente hacer verosímiles las competencias en Servicios Sociales transferidas sin dinero suficiente a las corporaciones municipales” (2003:264). En este contexto las organizaciones de personas con discapacidad en España han hecho esfuerzos organizativos y de asunción de prestación de servicios en los últimos 30 años. El Movimiento de Vida Independiente (MVI) orienta sus críticas hacia el poder político: “pocos colectivos sociales ven tan constreñidos sus derechos más primarios: acceso al medio, a los servicios, a la educación, al trabajo, etc. Las alternativas aplicadas en los últimos años por la planificación estatal⁷³ no han supuesto un cambio radical en los derechos civiles de las personas con discapacidad y a cuenta de ello se continúa sometiendo a sus organizaciones políticas a una tediosa y agotadora negociación permanente sobre sus derechos mínimos” (2003:265).

No tener la vida cotidiana, profesional y familiar controlada y, por tanto, actuar de forma independiente de otras personas, es uno de los núcleos de la filosofía del MVI (no confundir con la capacidad de moverse de modo autónomo) (2003:266). Su lema: “nada sobre nosotros sin nosotros”, resume su filosofía. Su principal reclamación para las personas con discapacidades severas: la asistencia personal (2003:277), muy diferente de la ayuda a domicilio en la que un “Trabajador Social no discapacitado determina tus necesidades y adjudica un tiempo en función de los recursos humanos y económicos disponibles” (2003:278). El MVI, reivindica que la persona con discapacidad pueda “negociar el tiempo y el tipo de asistencia que necesita, contratar e incluso despedir a su asistente personal y que sea la propia persona la que reciba el dinero de las administraciones públicas para que proceda directamente al pago de los servicios prestados” (2003:278). Este procedimiento, argumentan, puede suponer un importante ahorro de costes de gestión y un impresionante aumento de la calidad de vida de las personas con graves discapacidades que lo precisen.

“La accesibilidad al entorno, a los edificios, al transporte y a las aplicaciones tecnológicas no pueden seguir siendo concesiones graciables y altamente limitadas [...] es tiempo de que en España se avance hacia el establecimiento de un auténtico Sistema de Provisión de Accesibilidad y Ayudas Técnicas, que asegure que

73.- Observese que el documento es anterior a la aprobación de la Ley de Dependencia aunque en este caso también son conocidas las dificultades para su aplicación, especialmente, en las CC.AA. gobernadas por el partido de la oposición.

las personas con discapacidad dispongan de los dispositivos o adaptaciones necesarias para tener una vida digna y participativa” (2003:279). “Tenemos derecho a que se escuche nuestra voz en todos los debates sobre temas que inciden sobre nuestras vidas, en especial en Bioética” (2003:280). A través del foro de yahoo “vidaindependiente” se ha redactado un Manifiesto que expresa su ideario básico (<http://es.groups.yahoo.com/group/vidaindependiente>).

En términos generales este ideario plantea que las personas con discapacidad deberían tener control sobre sus vidas, tener las mismas oportunidades y enfrentarse a las mismas elecciones en la vida diaria que cualquiera. Derecho a pensar y hablar por si mismas sin la interferencia de otros. “No decimos lo que hay que hacer porque eso lo ha de establecer la propia persona en el ejercicio de su libertad” (2003:281), insisten. De modo que los principios básicos de la Filosofía de Vida Independiente, son: “garantizar los derechos humanos y civiles, la auto-determinación, la auto-ayuda, la capacidad para ejercer poder, la responsabilidad sobre las propias acciones y el derecho a asumir riesgos [...] Hacemos patente nuestro especial rechazo al actual modelo médico que nos clasifica por patologías y nos divide artificialmente bajo criterios estrictamente políticos y burocráticos que dificultan la puesta en marcha, la eficacia y la eficiencia de los servicios para las personas con discapacidad” (2003:281).

En definitiva, reivindican, el modelo de Vida Independiente como inspirador de todas las iniciativas y servicios para las personas con diversidad funcional. Así como que esos servicios sean gestionados, en la medida de lo posible, por personas con discapacidad y, sin excepciones, procurar la capacidad de influir y controlar los mismos por parte de las propias personas con discapacidad.

En el ámbito legislativo España continúa avanzando. La nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva e IVEs es muestra de ello puesto que presta una especial atención a las personas con discapacidad, en un intento de adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia. La ley 2/2010, cap I, art. 1d, establece como objetivo de actuación de los poderes públicos: “La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad”. Y, en el art.6 referido a acciones informativas y de sensibilización, establece que: “los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual”.

Contamos pues, con un marco normativo sensible y respetuoso con la diversidad funcional, sólo resta que el desarrollo y la aplicación de la Ley logren alcanzar, esta vez, los objetivos marcados.

5.3- El planteamiento de la problemática: del modelo médico al modelo social de las discapacidades

En general existen dos modelos de aproximación a la discapacidad: 1) el modelo médico tradicional de la discapacidad, centra su atención en la deficiencia o déficit, por lo que el problema se encontrará en la misma persona y la solución en la rehabilitación, y, 2) el modelo Social de la Discapacidad, que centra su interés en el entorno discapacitante, así el problema estará en el entorno no accesible, y la solución, en el diseño universal y en la creación de políticas sociales coherentes con esa filosofía, que conciben a la persona con discapacidad como ‘sujeto de pleno derecho’ (Arnau, 2004). Como apunta Ex10: “hay edificios que discriminan y edificios que no discriminan. Hay que deconstruir la cultura para construir otra entre todas y todos”.

En España estaría muy generalizado el primer modelo a raíz de una mala traducción de un documento de la OMS (handicap / obstaculizado, se tradujo por discapacitado, poniendo así el acento en la persona

en vez de en el entorno discapacitante), y, de las reminiscencias de una cultura religiosa que asociaba la discapacidad con el pecado (muchos recordarían que la masturbación provocaba ceguera). El concepto de discapacidad es absolutamente negativo, y, contribuye a que las personas incluidas en esa categoría vayan interiorizando ese sentido de imperfección, inutilidad, cosas ocultables. Ex9, autora de estas reflexiones, llama nuestra atención sobre los términos que usamos en español: “subnormales, anormales, tullidos, minusválidos, discapacitados... y se muestra partidaria de utilizar ‘diversidad funcional’. Esta expresión estaría libre de connotaciones negativas pero diluye los límites, contribuyendo así a la invisibilidad. Otro problema asociado a la nueva denominación es su apropiación por determinados grupos activistas y líneas de pensamiento (Movimiento Vida Independiente).

Arnau, nos aporta otra precisión conceptual que consideramos interesante: la necesidad de desglosar el concepto “autonomía personal” en dos: autonomía física, para referirse a las capacidades físicas que permiten la realización por uno mismo de las actividades básicas y, autonomía moral, para “aquellas otras capacidades necesarias e imprescindibles para regir sus vidas con madurez moral y actuar como personas adultas” (2004:4). Con demasiada frecuencia no se hace esta matización y se trata a las personas ‘diferentes’ como si carecieran de la autonomía moral suficiente para tomar sus propias decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Igualmente, olvidamos que, como destaca Ex10 : «la discapacidad es una oportunidad para desarrollar el ingenio. Pero, mucha gente sucumbe en el intento porque requiere un esfuerzo constante. Las personas sin discapacidad lo tienen todo a mano, las personas con discapacidad no tienen nada. Toda pérdida potencia habilidades».

La diversidad funcional es amplísima, por ello, nos vemos obligadas a acotar y a centrar el informe en aquella población con diversidad funcional física, orgánica y sensorial (visual y auditiva). Consideramos que en estos casos se hace más patente el potencial discapacitante del entorno no accesible. Aunque discrepamos de las categorizaciones que contribuyen a acentuar las diferencias en vez de resaltar los puntos en común, partimos de las clasificaciones médico-burocráticas para detectar y señalar las necesidades / barreras específicas que afectan a cada colectivo para, a continuación, intentar dar una visión de conjunto que enfatice las convergencias.

5.3.1 Un entorno no accesible

Las primeras barreras reconocidas para las personas con diversidad funcional suelen ser de accesibilidad: a los espacios, a la información, al placer, a la toma de decisiones...Sin embargo, Ex10 puntualiza que la principal “problemática de la sexualidad de las discapacitadas es el problema que tienen las personas normales para tener sexo con ellas. No es otra». Ni es la única, otras barreras son:

- los miedos de la gente, miedos que hacen que se intente por todos los medios que no tengan sexo.
- la falta de espacios de interconocimiento: espacios donde hablar y conocerse, donde relacionarse. En las residencias no se permite ni tener intimidad.
- las generalizaciones: «las personas que tienen problemas para el acto sexual son los tetrapléjicos / parapléjicos pero se les da mucha propaganda y se habla sólo de ellos y son el 5% de las personas con discapacidad física. Y, entre la población general, los problemas de disfunción eréctil afectan a porcentajes mucho mayores. Se piensa que no tenemos sensibilidad orgásmica pero sí la tenemos. Por ejemplo, la polio dificulta el movimiento pero no hay un corte de la médula, pasa la corriente nerviosa y aumenta la sensibilidad. Poseen una sensibilidad mayor tanto para el dolor como para el placer pero esto no se sabe. A nadie le interesa que se sepa» (Ex10).
- los prejuicios: hace unos años el Dr. Vidal del Instituto Guttmann dio una charla sobre la sexualidad de los parapléjicos, se centraba en los problemas de los hombres para tener hijos, estos se sometían a unos tratamientos terribles, hasta se aplicaban electrodos. Sobre las mujeres con dis-

capacidad no había hecho ningún estudio pero generalizaba. Decía que no tenían orgasmos sino ‘para-orgasmos’. Ex10 le preguntó a qué se refería y cómo lo sabía. Por los fluidos, le respondió y ¿cómo se mide? ... Las relaciones son diferentes. El ponente fue puesto en evidencia y quedó sin respuestas, no lo había estudiado y no esperaba que nadie le cuestionara.

Estas barreras afectan a todo el colectivo, ahora bien, según el tipo de diversidad funcional el entorno será una barrera específica más que añadir a las anteriores:

- física, se concentra en la accesibilidad a los centros sanitarios, las consultas, los servicios y las plataformas de exploración (camillas, básculas, mamógrafos ...). Esta accesibilidad básica deberá ser completada con medidas adicionales en función del grado de discapacidad.
- lesionados medulares: la mayoría conservan la capacidad reproductiva. Sin embargo, en ocasiones, por la disminución de la irrigación, se produce un significativo descenso de la cantidad y calidad de los espermatozoides. Un fenómeno relativamente frecuente, es la presencia de eyaculación retrógrada. Las mujeres pueden tener disminuida la lubricación vaginal, cosa que se soluciona con lubricantes artificiales. El coito puede dificultarse por la rigidez de los músculos, lo que se soluciona con medicamentos relajantes. En algunos casos, el uso de sustancias vasoactivas en dosis pequeñas, puede ayudar a la obtención de actividad eréctil. La observación clínica y el seguimiento cuidadoso, deben ser la regla. La aparición del Citrato de Sildenafil (Viagra), constituyó un avance importante en la medicación de tipo oral, para tratar los problemas eréctiles de los lesionados medulares⁷⁴.
- sensoriales, tienen la misma sexualidad que la mayoría pero con una fuerte barrera de acceso a la información, con frecuencia dependen de una persona que les explique. Recordemos que el nivel de estudios de estos colectivos indica dificultades de lecto-escritura en un porcentaje elevado y que para usar internet precisan que los ordenadores y la información estén adaptados.
- visual, tienen aproximadamente, la misma sexualidad que los videntes pero, como en nuestras sociedades, lo que sabemos de sexualidad lo hemos captado mayoritariamente a través de la vista, los invidentes han estado en desventaja. Aunque tienen otros sentidos con los que reconocer, sentir, apreciar es preciso que la información esté adaptada a sus capacidades (la información en audio tendrá mayor alcance que si se edita en Braille)⁷⁵. Sólo en casos concretos puede que la alteración que causó la ceguera, por ejemplo la Diabetes o la Esclerosis Múltiple, sea la responsable de problemas sexuales específicos.
- auditiva, parece ser el colectivo más desconocido y olvidado. “Las sordas son las grandes olvidadas, como su discapacidad no es visible y no hacen ruido, nadie se acuerda de ellas, y, pueden vivir muy aisladas y muy poco informadas” (Ex9). La opción de pasarles la información / recomendaciones por escrito no garantiza el acceso a la información. Este colectivo reclama información en lengua de signos o en imágenes (“visual, tiene que ser muy visual”, para que llegue a la mayoría).
- epilépticos (alteración atribuida durante tiempo a una excesiva masturbación), las dificultades más comunes consisten en: la tendencia a aislarse, temerosos del próximo ataque, y, la acción de los medicamentos antiepilépticos, que pueden constituirse en fuentes de dificultades sexuales.

El derecho a disfrutar de su sexualidad conlleva el derecho a poder controlar la fertilidad. Muchas discapacidades, aun cuando suponen enfermedades en algunos casos degenerativas, no implican imposibilidad para procrear. Por ello, es posible que las personas con discapacidad deseen usar anticoncepción, en

74.-http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/sexualidad_personas_necesidades_diferentes.html

75.- La ausencia de material sobre educación sexual adaptado a personas con discapacidad visual llevó a Sánchez Raja et al (2005) a elaborar una guía en diferentes formatos: guía visual, guía visual para baja visión, guía en Braille, libro hablado y CD.

algunas etapas o de forma permanente (si sufren una condición genética que podrían heredar sus hijos: por ejemplo, la esclerosis múltiple, enfermedad neurológica que produce parálisis, temblor y trastornos del lenguaje, y a menudo se diagnostica cuando la persona está en edad de procrear). Puesto que con frecuencia la accesibilidad a los centros sanitarios es reducida, a las personas con discapacidad les es difícil acudir, y, es posible que el personal sanitario no esté al tanto de sus necesidades de salud reproductiva. Cuando estos ofrecen información y asesoramiento relativos a la anticoncepción, deben tener en cuenta, señala Best (1999), cuestiones médicas relacionadas con las diversas situaciones. Las opciones anticonceptivas dependerán de factores como la calidad de la circulación, si la condición se asocia con coagulación anormal de la sangre, el grado de sensación física, la destreza manual, las posibles interacciones farmacológicas con otros medicamentos que la persona esté tomando, si la persona está deprimida, y cualquier problema con la higiene menstrual (Leavesley y Porter, 1982; cf. Best, 1999).

Así nos encontramos ante una problemática muy diversa (los entornos no accesibles para los grupos con diferentes tipos de discapacidad reclaman diferentes formas de afrontamiento y mejora), y poco investigada. A la escasez de investigaciones se añade su focalización en las discapacidades físicas y, más concretamente, en el tema de la rehabilitación de aquellos que han quedado discapacitados para que recuperen su sexualidad (así los estudios sobre personas con lesión medular adquirida por accidentes laborales y de tráfico) y la desatención del resto. Muestra de ello son los testimonios localizados en la red.

- Testimonios de mujeres y varones con diversidad funcional física

Transcribimos aquí algunas de las dudas que se plantean las mujeres con lesión medular, en el foro lesion-medular.org, sobre anticonceptivos:

- *“Ojalá alguien me pueda resolver una duda, tengo lesión medular T11 y llevo 8 años con ella y es ahora ke nuevamente tengo vida sexual activa ke me ocupo en buscar un método eficaz. En una ocasión leí que no era recomendable las pastillas anticonceptivas ni, en general, los anticonceptivos químicos, esto es cierto? Porque antes de la lesión yo utilizaba pastillas”.*
- *“Hola. Yo te recomiendo que te pongas un DIU. Mi mujer tuvo uno y le fue de maravilla, y una vez que se lo quitó no tuvimos problemas para que se quedase en estado”.*
- *“Hola, a mi me indicaron que era peligroso el DIU ya que por la perdida de sensibilidad uno no se percata que puede haber algo que este perjudicando”.*
- *“A mi me dijeron lo mismo, una sexóloga que no era conveniente tomar pastillas anticonceptivas, pero una ginecóloga me dijo que no había problemas...así que no sé a quien hacerle caso”.*
- *Prohibidas las pastillas anticonceptivas y prácticamente todo excepto el preservativo, dicho por el doctor amor, como le dicen en el hospital de parapléjicos de Toledo, uno de los investigadores sobre la sexualidad en lesionados medulares. El por qué, no lo sé, pero me lo dijo a mi personalmente y utilizando siempre lubricante. Espero resolver tu duda”.*
- *“El DIU al no haber sensibilidad pues si se moviera nos podría hacer herida y no nos daríamos cuenta al menos que haya sangrado... no deja de ser algo metido allí que algunas complicaciones trae a alguna mujer, pero claro si no se siente pues mala solución. Lo de las pastillas si que me sorprende”.*
- *“Hola, bueno yo también he leído sobre eso de k el diu no es conveniente para las mujeres k tenemos lesión medular, y bueno sobre las pastillas no sabia k eran malas o las prohibían, lo k si se k estemos o no con una lesión medular, las pastillas nos ayudan a subir de peso y eso no nos conviene a nosotras.....yo tengo 2 años con mi lesión medular y no he tenido experiencias sexuales, pero*

si tengo mi pareja, obvio no hemos llegado hasta ese plan de hacer el amor, se k algún día pasara y x el momento no kiero tener hijos, tengo planes antes de tener un hijo y si me preocupa sobre un método anticonceptivo bueno para nosotras las lesionadas medulares...asi k si alguna mujer puede darnos consejos de como se cuidan, pues bienvenido sean sus opiniones...se los agradecería.. gracias" (6/12/2009).

No obstante, la mayoría de las problemáticas que se presentan en el foro de esta página hacen referencia a disfunciones sexuales masculinas: de erección (para lo que recomiendan unos preservativos especiales que se llenan de aire y permiten mantener relaciones, un anillo ...) erección sin eyaculación, eyaculación precoz ... Esta realidad es puesta de manifiesto por una participante:

- *"Hola! He estado leyendo en este apartado de sexualidad y sólo se habla de hombres, poco se dice sobre las mujeres. Me gustaría que ellas se implicaran para dar consejos de como conseguir disfrutar del sexo, a solas, o en compañía. Mi lesión es incompleta y aunque tengo sensibilidad, está alterada lo que me dificulta llegar...*

Me gustaría leer otras experiencias para así animarme y seguir intentando. Supongo que es algo que nos gusta a todas. Venga, dónde están las mujeres???

- *Hola A, tienes razón en que el número de mujeres que se animan a participar en estos foros es menor, y no solo en estos foros. Debido a que la cultura siempre ha sido represiva para la mujer, aún siguen manifestándose algunos temores para hablar de sexo y someterse a diversos estudios como en el caso de los hombres. Es por ello que hay menos estudios referentes a la capacidad de una mujer para tener orgasmos cuando esta tiene lesión medular.*

Sin embargo, el ser humano puede experimentar orgasmos aún con una lesión medular, ya que el principal órgano que rige la sexualidad se encuentra en el cerebro, no en los genitales. Por otro lado, desde una mirada psicológica del asunto, considero que la mujer con lesión medular, puede alcanzar uno o varios orgasmos cuando disfruta completamente del sexo, es decir, cuando se permite integrar en esta relación todos los sentidos, jugar, explorar y disfrutar de sus sensaciones. Lo contrario sucede cuando empieza a responsabilizarse de hacer sentir bien a su pareja más que a ella misma, ya que esto da cuenta de sus temores y limitaciones a nivel mental, los cuales pasan, "sin querer" al plano físico y, por la preocupación centrada en su pareja, le es difícil o no logra tener un orgasmo.

El orgasmo en la mujer puede sentirse de igual manera como se sentía antes de la lesión, la única diferencia se encuentra en la sensibilidad física, es decir, de acuerdo con la lesión, se puede sentir poco o nada una penetración, por ejemplo, pero la sensación del orgasmo recorre todo el cuerpo de igual forma. Es por ello que recomiendo no bloquearse a sí misma cuando se quiere hacer sentir bien a la pareja, o para sentirse aceptada ya que muchas personas tienen la creencia de que las mujeres con lesión no pueden ofrecer un buen sexo. Lo mejor es regalarse a sí misma el placer completo del sexo disfrutándolo como guste y no como debería ser.

- *Hola A, me parece muy bien que expongas tus dudas con respecto a este tema, y que no seamos sólo los hombres los que hablemos de esto.*

En un principio no sé como de incompleta será tu lesión, yo también la tengo incompleta y sí puedo llegar al orgasmo, aunque para que te hagas una idea, si antes de la lesión el orgasmo tenía una puntuación de 10, el de ahora es un 5. Pero menos da una piedra.

Tú al ser mujer tienes la ventaja de que no necesitas medicamentos para la erección, y mi consejo es que pruebes a masturbarte, porque mejor que tú no te conoce nadie y sabes lo que te gusta y lo

que no; también te recomiendo que te compres algún juguetito que sea vibrador, seguro que con las vibraciones te ayuda a tener más fácil el orgasmo; y si mientras te masturbas ves una película porno, pues quizás te ayude más a excitarte

Respecto a lo que dice la otra compañera, lo veo bastante difícil eso de tener orgasmos con la mente, no conozco a nadie que pueda tener un orgasmo con una lesión completa; aunque sí sé de hombres que pueden eyacular con lesión completa y no sienten el orgasmo. En fin, en esto de las lesiones medulares hay para todos los gustos. Suerte en tu búsqueda del orgasmo. Saludos”.

- “¡Muy bien, Supertoto!!!!!!!!, ¡Catedrático del sexo!!!!!!!!

¡Chicas aprovechar la cobertura, que toto está inspirado!!!!!!!!Jajajaja!!!!

¡A, di que sí, que las mujeres no somos tan puritanas!!!! . Un saludo”.

- “El sexo es una muy buena medicina, un buen deporte, una cura contra todas las pequeñas depresiones y alivia los dolores de cabeza. ¡¡ HACER EL AMOR ES MUY SABROSO !! ¡¡ Y ES BUENO PARA LA SALUD !!”.
- “Hola A. Yo también tengo la misma necesidad, llevo 3 años de lesión y 3 meses juiciosa haciendo la tarea pero no he podido conseguir el orgasmo. Yo no creo esa teoría de que el orgasmo es mental, cualquier cosa que nos imaginemos, que veamos o que sintamos sexualmente, tiene que manifestarse en la vagina o zona pélvica y tenemos que percibirla, para eso la sensación tiene que llegar al cerebro y si hay una lesión que está dificultando ese trance pues es muy difícil que ocurra el orgasmo. Yo no recuerdo antes de mi lesión haber tenido un orgasmo cerebral. Jejeje”.
- “[...] Pero no hay que perder de vista, que el órgano más grande está casi completo, y ese es la “piel”. Recorre con tus dedos toda la piel, casi sin tocarla, concéntrate en ello. Inspecciona parte por parte, hasta llegar a ese punto en que la piel, se enchina y te estremeces. Moja tus dedos con saliva y estimula tus pezones, tu cuello, tus oídos. Conclusión date a la tarea de explorarte, invierete todo el tiempo posible y cuando estes con alguien, entonces sabras decirle donde y como. Ya me inspire jajaja!!!!”.

Otras dudas sobre relaciones sexuales y posibles riesgos:

- “Hace más o menos un mes que hemos pensado tener relaciones con mi novia pero tenemos miedo por las infecciones, fluidos, orina y todas las complicaciones que puedo tener, yo tengo una lesión d7 completa. ¿Que es lo que debemos hacer?, ¿me cateterizo? mi novia es una persona sana ¿qué cuidados debe tener, qué debo hacer yo?”.
- “Hola, mi novio también tiene una lesión completa a nivel T3 T4, y pues lo único que hace antes de empezar es el cateterismo para desocupar su vejiga y evitar los posibles escapes de orina, y si tienes espasmos pues solo es cuestión de buscar alguna posición cómoda para ambos, y pues nada, disfruten sin miedo”.
- “Hola, yo también tengo algunas dudas al respecto de como cuidarse en el momento de tener relaciones con tu pareja: yo vací mi vejiga y todo va bien, mi duda es que si de verdad ya no puedo eyacular tengo una lesión a nivel t4 y pues esa es mi duda ya que mi novia se preocupa mucho ya que ella todavía no quiere un bebe y pues he leído y probado masturbándome que no puedo eyacular pero quiero saber que tan probable es para así tener en cuenta los riesgos”.
- “Hola F: Yo soy nuevo y tengo lesión L1 y también me cateterizo cada mañana y antes de ir a dor-

mir. Pues bien, antes de cualquier relación sexual, cumplo con esto para evitar transmitirle posibles infecciones a la persona que esta conmigo ya que tengo vejiga neurogénica. Lo que yo hago es usar condón para no correr riesgos de escape de algún fluido, porque me pasa que no tengo eyaculación en mis relaciones, creo que es por falta de sensación en el miembro. Pero si eyaculo con la masturbación. Es medio raro lo que me pasa”.

También sobre la fertilidad hay un debate abierto en el foro:

- *“del 100% de lesionados medulares cuantos tendrían que irse a inseminación in vitro”.*
- *“ No creo que exista ese estudio, pero me imagino que la mayoría por ciento a reproducción asistida, a in vitro ni idea...”*
- *“Yo diría en un 99.9% que deberás acudir a la inseminación invitro, espero equivocarme y que puedas hacer una inseminación intrauterina y te ahorrarías un dinero, pero lo dudo mucho.”*
- *“[...] pues yo llevo con la de este mes 2 inseminaciones artificialesjj La verdad que desespera todo, la edad tengo 38 años, la tranquilidad con la que se lo toman todo...los nervios, la crisis... En fin, yo tengo lesión medular en la L5- S1 y voy con bastones, el problema es que mi costi, tiene el esperma muerto, casi en su totalidad .. solo un 6 % de vivos.*

Las listas de espera son desesperantes, aquí donde vivo mas de 2 años (España, no especifica) ... para la INVITRO llevamos 16 meses en lista de espera y hasta junio de 2010 no tendremos la primera invitro por la seguridad social. Así que mientras vamos quemando cartuchos con las inseminaciones... para mi el tratamiento es un suplicio, pero merece la pena estar tan mal, con esos pedazo de dolores que me dan en el vientre, de tantas hormonas y tantos dolores de cabeza ..etc... efectos secundarios de las hormonas que nos inyectanij El proceso para mi marido es duro en el sentido de que le cuesta mucho trabajo masturbarse para echarlo en el tarro..jjajaja. Él lo pasa fatal, y para ambos este momento se hace inaguantable.. además de que es violento también el tiempo que pasas entre consultas y consultas y haciéndote pruebas y pruebas...jj Así que os aconsejo en este tema que os lo toméis con paciencia y que todo es tiempo al tiempo, los médicos no se aceleran con nada y nosotros somos los que tenemos que tener tesón y fortaleza.

Sobre la impotencia mi marido toma cosas naturales, entre las que os pongo son para avivar el esperma y que se os empine el aparato: la vitamina c que esta en muchas frutas, el ácido fólico ; la arginina mi marido toma 1 cápsula al día (en herbolario); jalea real en ampollas y maca también hay en ampollas y en pastillas”.

5.3.2- El acceso a la información y su cuantificación

La investigación realizada bajo la dirección de McCabe (1999) en Australia, tuvo como finalidad construir y validar Escalas de Sexualidad que incluyen: conocimientos sexuales, experiencia, sentimientos y necesidades para personas con Discapacidad Intelectual, Discapacidad Física y Población General. Su objetivo fue diseñar escalas que permitieran conocer las necesidades educativas de estas poblaciones así como la evaluación de los programas educativos aplicados. Para ello trabajaron con una muestra de 60 personas con discapacidad intelectual, 54 personas con discapacidad física y 100 de la población general.

Las áreas de la sexualidad incluidas en las escalas fueron: amistad, ligar, intimidad, matrimonio, identificación de las partes del cuerpo, sexo y educación sexual, menstruación, interacción sexual, anticoncepción, embarazo, aborto y nacimiento, enfermedades de transmisión sexual, masturbación y homosexualidad.

McCabe, Cummins y Deeks (1999:242) sostienen que hay gran cantidad de instrumentos diseñados para la población global pero muy pocos para poblaciones con necesidades especiales. En 1997, Whitehouse y McCabe, examinaron las áreas sexuales en las que las personas con discapacidad intelectual necesitaban más información. Las áreas identificadas por más de la mitad de los participantes fueron: “anticoncepción, ligar e intimidad” (McCabe, 1999:243). Una tercera parte de los participantes apuntaron necesidades de formación sobre: SIDA, homosexualidad, matrimonio, masturbación y embarazo. Todas estas áreas fueron finalmente incluidas en la escala.

TABLA 20: Dimensiones fotografiadas e incluidas en la escala Sex-Ken-ID de McCabe et al (1999:246), para discapacitados intelectuales.

Sección de la escala	Número de fotografías	Naturaleza de las fotografía
Identificación de las partes del cuerpo	6	Hombres y mujeres vestidos, mujeres desnudas de frente y de espaldas, hombres desnudos de frente y de espaldas
Menstruación	1	Objetos sanitarios: tampón con aplicador, tampón para inserción manual
Interacción sexual	4	Abrazos con ropa; abrazos desnudos/ tocamientos, beso erótico, acto sexual
Anticoncepción	2	Píldoras, diafragma, condón colocado en el pene
Embarazo	2	Mujer embarazada, mujer pariendo
Masturbación	4	Hombres y mujeres tocándose, hombres y mujeres tocando sus propios genitales

La sexualidad es también un problema para las personas con discapacidades físicas y muchos de esos problemas son compartidos con los que poseen discapacidades intelectuales y con la población general. En definitiva, los autores diseñaron tres formas diferentes de la escala, cada una adaptada a un grupo poblacional.

Se calculó la puntuación de los sujetos en cada área de la escala (subescalas). Para analizar la fiabilidad calcularon el coeficiente alfa de Cronbach y la fiabilidad test-retest. Finalmente, concluyen que han desarrollado una medida válida del conocimiento, la experiencia, los sentimientos y las necesidades sexuales de las tres poblaciones: “la escala proporciona una medida comprensiva de la mayoría de las áreas de la sexualidad, y estima el conocimiento, la experiencia, los sentimientos y las necesidades de los sujetos dentro de cada área. Tiene una buena consistencia interna con los dos grupos con discapacidad así como con la población general y las respuestas se muestran estables a lo largo del tiempo en todos los grupos” (McCabe et al, 1999:250). Como conclusión, los autores sostienen que con la escala se puede obtener una idea clara de las dificultades experimentadas por la gente con discapacidad, las áreas en las que precisan más programas educativos y la efectividad de los programas educativos implementados.

Este estudio nos parece interesante porque frente a la medicalización de la sexualidad están la educación y la información. Como sostiene Tepper (2000) “el placer es una afirmación de la vida, es un remedio para el dolor físico y emocional. El efecto analgésico del placer sexual puede agregar un sentido de conexión con el mundo, puede ayudar a construir nuestra inmunidad contra los mensajes de los medios que nos producen la sensación de que no mereciéramos el placer” (cf. Mogollón, 2002:7). Si el cuerpo es nuestra forma de estar en el mundo, continúa Mogollón, de comunicarnos con el otro, un inicio del cambio de percepciones es la propia aceptación ‘de ese cuerpo’ y el cuidado del mismo y para las personas con discapacidad física motora estos son pasos previos a dar en la búsqueda del placer sexual. Un trabajo más intenso de parte de las personas con diversidad funcional, en lo referente al conocimiento del cuerpo, el autoerotismo, conducen a mejores vivencias del placer sexual, en especial las mujeres, sobre quienes influyen más los modelos de perfección instaurados por la sociedad y la cultura y difundidos por los medios de comunicación.

5.3.3- Vivir la sexualidad con estigmas visibles

A continuación presentamos una serie de testimonios de diferentes lugares del mundo, recopilados por Best (1999) que ponen de manifiesto los fuertes estigmas que afectan a las diferentes poblaciones consideradas, así como su repercusión en la escasa información sexual y anticonceptiva que suelen recibir:

Ginger Lane, presidenta del Centro de Recursos de Salud para las Mujeres con Discapacidad, en el Instituto de Rehabilitación de Chicago, tras su visita a los hombres paralizados a causa de traumatismos sufridos en la guerra de Bosnia: “la mayoría de los hombres que tenían traumatismos de la médula espinal querían tener hijos, no ponían en duda su capacidad de crianza pero necesitaban ayuda respecto a técnicas para engendrar. Aquellos que tienen la capacidad física de engendrar dudan de si pueden o deben criar a un hijo. Con información, asesoramiento y apoyo apropiados podrían llegar a ver la paternidad o la maternidad como una opción muy razonable y buena, y estarían en condiciones de tomar una decisión verdaderamente informada acerca de su vida reproductiva”. Pero, lamentablemente, a menudo las personas con discapacidades físicas no reciben información ni asesoramiento adecuados acerca de la sexualidad y la salud reproductiva. Ex11 (lesión medular C5/C4 por accidente de coche), tuvo un hijo hace dos años (a los 40) por cesárea a los 8 meses de gestación y nos comenta que había “mucho desconocimiento por parte de los médicos pero, todo salió bien”.

Wong-Hernández, directora ejecutiva de Disabled Peoples International, con sede en Canadá, sostiene que “en el mundo en desarrollo es muy raro que a una mujer se le haga incluso un examen ginecológico rutinario. Yo misma he conocido a muchas mujeres con discapacidad que sufren de cáncer mamario o cervicouterino que nunca tuvieron la oportunidad de que se les detectaran, mediante una citología o una mamografía, esas enfermedades que con frecuencia ponen en peligro la vida”⁷⁶.

A pesar de que las discapacidades no tienen tanto estigma en el mundo desarrollado, un estudio realizado en Estados Unidos en el que participaron 55 mujeres mayores de 18 años que tenían discapacidades físicas adquiridas o congénitas, reveló que sólo el 19% de ellas habían recibido asesoramiento en materia de sexualidad. Aproximadamente el 65% había recibido información relativa a la anticoncepción, pero a las mujeres que presentaban parálisis, disfunción motora o deformidades físicas obvias rara vez se les había dado información o métodos de anticoncepción (Beckman, Gittler y Garzansky et al, 1989; cf. Best, 1999).

Tampoco en España, el entorno socio-sanitario está preparado para prestar la atención necesaria a la salud sexual y reproductiva de estos colectivos, según nos hace saber la Ex10 (2010):

- el personal socio-sanitario en complicidad con la familia, no quiere que tengamos sexo. Proponen directamente la esterilización.
- la sanidad no tiene medios para explorar a las mujeres con diversidad funcional : “no hay utensilios, no hay camillas hidráulicas, mamógrafos a la altura, sitio donde poner las piernas, no hay balanzas para pesar a las mujeres en silla de ruedas (estés embarazada o no, no nos pesamos)...
- los ginecólogos recomiendan que no se acuda tanto : « cuando tuve hemorragias porque tenía

76.- Meenu Sikand, vicepresidenta del Comité Internacional de la Asociación Canadiense de Centros para la Vida Independiente, en Toronto, dice que en la India, su país natal, “las mujeres que tienen incluso leves discapacidades, nunca reciben información acerca de la salud reproductiva porque la gente considera que no tienen posibilidades de matrimonio. Generalmente hasta se les niega la oportunidad de asistir a la escuela porque les pueden dar convulsiones, caerse y avergonzar a la familia. No son consideradas como seres humanos completos. Cualquier imperfección que dificulta la capacidad de una mujer de ocuparse de su familia hace que quede excluida del mercado matrimonial”. Musakanya, de SAFOD, dice que en África meridional “existe la creencia de que las discapacidades son una maldición, un castigo de los espíritus ancestrales o de Dios por malos actos cometidos por los padres de las personas discapacitadas. Como resultado de ello, la mayoría de los padres de niños discapacitados los esconden, y no se espera que una mujer discapacitada tenga hijos” (cf. Best, 1999).

dos miomas, me decían que no hacía falta que fuera tanto. Porque se montan unas películas, se imaginan que tienen que ayudarte muchísimo y no. Yo voy con mi silla, me tiro en la camilla y ellos sólo tienen que subirme las piernas, no me tienen que ayudar tantísimo pero, yo que sé, lo que se imaginan».

- son percibidas como seres asexuados : « cuando fui a pedir anticonceptivos, hace muchísimo, me preguntan ¿usted por qué quiere estas pastillas? Si las quiere para tener relaciones sexuales... ¿Sabe qué? Si me gustara usted, le demostraba ahora mismo para qué quiero las pastillas pero, como me da usted asco, no las voy a probar con usted. Di un portazo y me fui. Pero tengo amigas que NO van al ginecólogo».
- lo más fácil para ellos es cortar: “más higiénico y tendrás que ir menos al ginecólogo”.
- algunos profesionales anestesian para explorar a las mujeres que tienen espasmos ; les da pánico. Prefieren que no vayas. Aún con todo: tenemos sexo».

La realidad es que, como señala Vélez (2006:161): “1) un pene erecto no hace sólida una relación como tampoco una vagina húmeda, 2) la ausencia de sensaciones no significa ausencia de sentimientos, 3) la imposibilidad de moverse no representa imposibilidad de sentir, 4) la incontinencia urinaria no significa incompetencia en la respuesta sexual, 5) la presencia de deformaciones no significa ausencia de deseo, 6) la dificultad para realizar el coito no significa incapacidad de disfrutarlo y, 7) la pérdida de los genitales no representa la pérdida de la sexualidad”.

Tampoco hay diferencias en la iniciación sexual. Los adolescentes con discapacidades posiblemente sean tan activos sexualmente como los adolescentes sanos. Una encuesta realizada en Estados Unidos entre jóvenes con discapacidades de 12 a 18 años de edad (aproximadamente 500 con discapacidades visibles y 1.100 con discapacidades no visibles) reveló que los adolescentes con diversidad funcional no eran distintos de los sanos respecto a la proporción de los que habían tenido relaciones sexuales alguna vez, a la edad en que habían tenido la primera relación sexual, a haber engendrado o tenido un embarazo alguna vez, ni respecto a las tendencias de uso de anticonceptivos (Suris y Resnick, 1996; cf. Best, 1999).

De todos modos, en los países donde existen programas activos para las personas con discapacidad, los profesionales de los servicios de salud cada vez dan más información a las personas con discapacidades físicas, afirma Musakanya, de SAFOD, y agrega: que están aprendiendo a evaluar la función sexual actual, la forma en que la discapacidad influye en la expresión sexual, las necesidades y el uso de la anticoncepción, y la posibilidad de que la usuaria sea víctima de abuso sexual (cf. Best, 1999).

5.3.4 Anticoncepción y diversidad funcional

Las mujeres con diversidad funcional son una población heterogénea que precisa habilidades, sensibilidades y competencias culturales específicas de quienes les prestan atención en anticoncepción. Kaplan (2006:450) sostiene que las barreras son estructurales, actitudinales e informativas; “muestra de la falta de atención a sus necesidades es la escasez de investigaciones sobre el tema”, sostiene. Esta autora aporta consideraciones específicas para el uso de diferentes anticonceptivos entre las mujeres con diversidad funcional motora, sensorial e intelectual.

La mujer y el médico deben examinar los métodos de control de la natalidad en conjunto, considerando:

- Estilo de vida y preferencias personales
- Eficacia y usabilidad

- Los efectos secundarios potenciales
- La interacción con la medicación

Es importante considerar todas las opciones. Si una mujer desea usar anticonceptivos orales combinados (AOC), lo más importante es saber si corre un riesgo mayor de sufrir tromboembolia. Bests (1999) señala que los AOC están contraindicados para las mujeres que tienen circulación deficiente, antecedentes de accidente cerebrovascular o imposibilidad de mover las piernas. Esto significa que las mujeres con parálisis cerebral, traumatismo de la médula espinal, poliomielitis y distrofia muscular, y tal vez algunas mujeres con artritis reumatoide, no pueden usar este método. También existe la posibilidad de que no se detecte la presencia de tromboflebitis en las mujeres con sensibilidad deficiente en las piernas a causa de disfunción de la médula espinal o esclerosis múltiple. En estos casos, añade Kaplan (2006) se podría considerar el uso de píldoras de sólo de progesterona. Los anticonceptivos de baja dosis, incluyendo píldoras, Norplant y el Depo Provera, son métodos que sólo contienen progesterona, que aumentan las opciones para las personas con discapacidad que no pueden usar pastillas que contienen estrógeno. Según Best (1999) todavía no se ha determinado si los métodos hormonales anticonceptivos exacerban condiciones como la artritis reumatoide o la esclerosis múltiple.

Generalmente se ofrece el DMPA, inyectable sólo de progesterona, a las mujeres que tienen deficiencias ambulatorias y que, por lo tanto, corren mayor riesgo de sufrir de tromboembolia. No se ha observado que el DMPA produzca cambios que podrían aumentar el riesgo de formación de coágulos de sangre o ataque de apoplejía; por consiguiente, su uso se puede considerar para las mujeres con parálisis causada por traumatismos de la médula espinal, distrofias, esclerosis múltiple y poliomielitis. El DMPA también tiende a hacer disminuir la pérdida de sangre menstrual y a menudo causa amenorrea, la cual puede ser beneficioso para las mujeres que no tienen destreza manual para usar tampones o compresas. El Norplant causa sangrado irregular, el cual puede ocasionar problemas de higiene.

Respecto a los métodos no hormonales, Best (1999) defiende que los dispositivos intrauterinos (DIU) tienden a hacer aumentar el flujo menstrual, lo cual plantea dos problemas: 1) anemia, y, por tanto, problemas para las mujeres con trastornos respiratorios o artritis reumatoide, y, 2) problemas de higiene para quienes no tienen destreza manual. Sin embargo, los DIUs hormonales solventarían el problema del sangrado.

Cuando se considere el DIU como una opción anticonceptiva, debe atenderse a si la mujer ha perdido la sensibilidad pélvica. En este caso, cualquier alteración podría pasar inadvertida. La inserción del DIU puede ser difícil en las mujeres que tienen parálisis cerebral, escoliosis o esclerosis múltiple, ya que pueden tener espasmos de los músculos aductores de los muslos. También debe considerarse si la mujer o su compañero están en condiciones de verificar la presencia del hilo del DIU regularmente.

Respecto a los métodos de barrera, se debe animar a las personas con discapacidades físicas a que usen condones si corren el riesgo de contraer ETS. Kaplan (2006) destaca las ventajas que nuevos productos como el condón “femenino”, una funda insertada en la vagina de la mujer antes del acto sexual, y el condón Mentor, que tiene una estrecha banda de adhesivo para mantener el condón en el pene sin soltarse, pueden aportar por ser más fáciles de usar que los condones tradicionales. El condón Avanti, de poliuretano, puede ser usado por personas alérgicas al látex.

Aunque el uso correcto de un método de barrera puede ser difícil para las personas que no tienen buena coordinación o que tienen discapacidades de los brazos. La prevención de las ETS es particularmente importante para las mujeres con discapacidades físicas y problemas de sensación pélvica ya que los síntomas de ETS podrían pasar inadvertidos. Las probabilidades de que una persona con discapacidad física contraiga una ETS no son despreciables. Si se diagnostica una ETS en una mujer con discapacidad, debe considerarse la posibilidad de que la mujer haya contraído la infección como resultado de abuso sexual.

Algunas mujeres o niñas con discapacidades son víctimas de abuso sexual o físico por parte de parientes, personas que las cuidan o “amigos” y, a menudo, no saben cómo protegerse contra esas enfermedades.

Resumimos, método a método, y, siguiendo además de a Best (1999), a Lankasky (2001) y Kaplan (2006) las recomendaciones / implicaciones anticonceptivas para las personas con discapacidad:

Lista parcial de las implicaciones de anticonceptivos para las personas con discapacidad:

Los métodos de barrera

- Puede ser difícil aprender a manejarlos porque requieren destreza física.
- Puede ser necesaria la asistencia de colaboradores.
- Puede ser doloroso para las mujeres con trastornos de la sangre o en pacientes con problemas de la piel (causan irritación).
- La lubricación a base de agua hace que el condón sea más fácil de poner y reduce el riesgo de rotura.
- Para prevenir el SIDA y las ETS sólo los métodos de barrera como los condones y protectores bucales son eficaces.
- El condón femenino y el condón Mentor pueden resultar más fáciles de usar que los condones tradicionales.

Los anticonceptivos orales que contienen estrógenos (AOC)

- La usuaria puede necesitar ayuda para hacer el seguimiento.
- Contraindicado si hay problemas circulatorios (la inmovilidad aumenta el riesgo de trombosis), en caso de una discapacidad debida a: diabetes, glaucoma o enfermedad vascular.

Las píldoras con solo progesterona

- No son tan efectivas como los anticonceptivos orales combinados por lo que se debe informar de la anticoncepción de urgencia.
- La usuaria puede necesitar ayuda para hacer el seguimiento.
- El aumento del sangrado puede ser difícil de manejar.

Inyectable

- Puede interactuar positivamente con algunos medicamentos para las convulsiones.
- La amenorrea asociada a la Depo puede aportar beneficios a las mujeres que tienen problemas con la higiene menstrual.
- La posible pérdida ósea a largo plazo puede ser una limitación de la Depo-Provera. También supone un riesgo para las mujeres con movilidad reducida por posibles fracturas, incremento del riesgo de osteoporosis y osteopenia, y tromboembolismo.

- Proporciona protección por un período de tiempo más largo, por lo que no requiere tanta auto-disciplina.

Implante

- El manchado puede ser difícil de manejar.
- Si la discapacidad afecta a las extremidades superiores, se inserta en la pierna.
- La sensación puede ser irritante.

DIU

- La usuaria puede olvidarse de comprobar el hilo y puede ser necesaria la colaboración de alguien.
- Tener o no sensación pélvica es otro aspecto a considerar, por la posibilidad de detectar los síntomas de raras complicaciones como infecciones o perforaciones.

Los espermicidas

- Puede causar irritación, lo que puede ser peligroso si no se detecta fácilmente o si el individuo es vulnerable a las infecciones.

Anticoncepción de urgencia

- La PAU debe estar disponible para todas las mujeres, sostiene Kaplan (2006:454). Y, Ex5, puntualiza “para discapacidad psíquica, evitar los que requieren auto-control y buscar los más fáciles de usar: inyectables trimestrales, implantes, píldoras del día después, etc”.

Esterilización

- Debe tener dieciocho años y ser capaz de dar su consentimiento informado

Casi siempre es mejor explorar otras opciones de control de la natalidad, como inyectables o implantes. Aunque muchas personas todavía piensan que la esterilización va a resolver sus inquietudes acerca de la vulnerabilidad, la fertilidad o la conducta inapropiada del familiar con discapacidad, la esterilización no protege contra el abuso sexual ni cura conductas sexuales inadecuadas ni tiene ningún efecto sobre la menstruación. La educación es una alternativa a la esterilización. Hay programas que enseñan habilidades de auto-protección, como el reconocimiento de situaciones de abuso y el recurso a la negación.

Aunque la esterilización puede ser apropiada desde el punto de vista médico para algunas personas con discapacidad, se debe hacer todo lo posible para que esas personas comprendan bien que éste es un procedimiento permanente y den su consentimiento informado y libremente. Mamvura Longshaw, del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidades, en Zimbabwe, opina: “Las personas que tienen discapacidades físicas a veces son esterilizadas porque se cree que lo que más les conviene es librarse de un embarazo y de la crianza de hijos. Pero los hijos dan a los seres humanos compañía y un sentido profundo de responsabilidad. Por consiguiente, negarle a una persona con discapacidad el derecho de tener hijos no sólo es inhumano sino una negación evidente de los derechos humanos fundamentales de la persona” (cf. Best, 1999).

5.4- Otras formas de discriminación: la violencia contra las mujeres con diversidad funcional

Aunque no es el objetivo central de este estudio, hemos captado diferentes reflexiones y denuncias sobre la vulnerabilidad de las mujeres con diversidad funcional ante la violencia machista. «La dependencia es siempre un factor de riesgo para la violencia. La dependencia emocional, económica, física [...] Imagínate que tienes a una mujer, que no se puede defender, que casi no se puede mover, que otras muchas veces no puede ni hablar ¿eh? Y que sabes que están en situación de aislamiento y cerca de sus maltratadores...» (Ex9).

Tal vez Por eso, Ex9 nos advierte de los riesgos en la aplicación de la Ley de Dependencia. Ley que considera" absolutamente fundamental y necesaria, pero, cuidado con la aplicación :

- se está endiosando a los cuidadores;
- no siempre se está contando con la voluntad del dependiente
- Los Programas de Innovación y Actuación (PIA), deberían estar consensuados con el paciente. Siempre exijo la firma del dependiente⁷⁷.
- no vale que personas que saben más que tú porque no son discapacitadas, ¿eh?, decidan por ti porque es tu vida, porque es tu intimidad, porque es tu privacidad y tú no puedes alienar o coartar el desarrollo personal de esa persona⁷⁸. Por eso, además de la firma, pido que en las inspecciones se haga una entrevista privada, confidencial y lejana del cuidador, con el dependiente [...] Yo estoy, en los casos más graves hasta por la video – vigilancia.
- Cuando se nombre al cuidador se tiene que tener absolutamente en cuenta la voluntad del dependiente. No vale esa sobreprotección familiar, social, institucional ... sobretodo la institucional.
- No hay que mirar la discapacidad con esa mirada blandiblú de cuidado, pobrecitos, pobrecitos no... aquí no hay pobrecitos, aquí hay personas que tienen una serie de obstáculos. Quitando el obstáculo, es igual que tú. En ese aspecto todos somos seres humanos con capacidades y limitaciones" (Ex9).

Otro colectivo de mujeres objeto de posibles discriminaciones sería el de las lesbianas con discapacidad, ¿doblemente discriminadas? El libro "mi cuerpo, mi decisión" recoge algunos testimonios de mujeres lesbianas con discapacidad física que expresan que "amar a otras mujeres es parte de la aceptación de ellas mismas como mujeres. Otro sector opina que a menudo las lesbianas les aceptan más con sus cuerpos que a los hombres. Mientras otro grupo refiere que al contrario, las lesbianas marcan distancias con ellas. La idea, dice alguna, es aceptar la doble identidad, para vivir con más plenitud. Es notorio que en Estados Unidos se han agrupado en redes y alianzas que cada vez las hace más públicas" (cf. Mogollón, 2002).

77.- «Pero, ya está esa socialización, de que el no discapacitado sabe lo que tiene que hacer, y se está haciendo algo sin contar con la voluntad de la persona afectada. Propongo que se cree el teléfono de atención a víctimas de cuidadores de dependientes» (Ex9).

78.- Por ejemplo te puedo decir, que hay discapacitados psíquicos en los Montes Orientales de Granada, que están en cuadras. Entonces, con la Ley de Dependencia, llega el familiar cobra sus 580 euros, y ahora seguimos teniendo a los mismos en las cuadras, pero mejor ataditos, más limpios, pero en las cuadras. O sea ¿qué hemos solucionado? ¿vivir a costa del dependiente?; es decir, es que, ahora hay otros casos, por supuesto, en los que es fundamental, pero siempre exijo la firma del dependiente, lo exijo» (Ex9).

5.5- Las barreras de los servicios públicos de salud

En 2009, la OMS publicó una guía titulada «Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities». De ella hemos extradiado las barreras y las recomendaciones que consideramos aplicables a nuestra situación actual y son reforzadas por consideraciones de algunas de nuestras informantes. Respecto a las primeras, la OMS insiste en que en numerosas ocasiones, las barreras de acceso a los servicios de salud sexual incluyen:

- barreras físicas para llegar a la consulta: desde el transporte para llegar a las clínicas hasta las rampas de acceso, la ubicación de las salas, los ascensores, servicios...
- barreras físicas en la consulta: ubicación y tamaño de las salas, los despachos, mesas de exploración rígidas o móviles, altura del mamógrafo, básculas adaptadas...
- barreras informativas: ausencia de materiales de comunicación en braille, letras grandes, lenguaje sencillo, dibujos, imágenes, CD con audio o en lengua de signos. Faltan intérpretes en lengua de signos y altavoces.
- barreras actitudinales: actitudes negativas de los profesionales, propiciadas por la percepción errónea de que la exploración resultará tremendamente complicada, larga o tediosa. «La gran mayoría de las personas con discapacidad perciben prejuicios y estigmatización en su vida cotidiana». «El mensaje clave es: las actitudes negativas y las barreras sociales son, con frecuencia, más discapacitantes que las propias discapacidades» (OMS, 2009 :19).⁷⁹
- Faltan conciencia, conocimientos y habilidades en los profesionales. «Uno de los principales impedimentos para proporcionar buenos servicios son las actitudes de los profesionales, fundamentadas en la falta de conocimiento sobre las discapacidades. La información necesaria puede ser fácilmente integrada en las estrategias de formación existentes: en los cursos de perfeccionamiento para los que ya están ejerciendo y en los currícula de médicos, enfermeros, políticas públicas y administración hospitalaria. Los medios de comunicación pueden jugar un importante papel, simplemente incluyendo personas con discapacidades visibles entre la gente que muestran en un cartel, un spot televisivo y puede ayudar a crear una imagen positiva « (OMS, 2009 :20).
- Las barreras de concienciación son resaltadas también por Ex9: «si hubiera una conciencia colectiva, no habría barreras arquitectónicas. Si hubiera una conciencia colectiva, no habría barreras de la comunicación. Todas las páginas Web serían accesibles, tendríamos todos el sellito de la “triple A”, pero como no existe esa conciencia colectiva, existen las demás barreras».
- A los médicos les faltaría, según Ex9: «Formación, orientación, y obligación. Desde mi punto de vista, la obligación de, persona con discapacidad tal, tienes que darle esto en este medio. Que te llega una persona con discapacidad física, obligatoriamente, tu silla aquí regulable, y si hace falta una enfermera, llamarla con normalidad, sin hacer aspavientos, sin... espérate al final porque es humillante. Para mí, ese tipo de comentarios, son agresiones, son violaciones de la dignidad de una mujer. Eso de que llegues a una cola y te digan: espérate al final, empiezan a quejarse como si tú no lo oyeras, porque además tú eres una cosa, es decir, lo de la cosificación. Entonces, como eres una cosa, delante tuya se permiten hacer comentarios. O eso de que el centro es accesible y te hacen entrar por la rampa de atrás, la de sacar las basuras».

79.- Ex9 añade, el origen religioso de las actitudes de conmiseración, de lástima, de miedo, de temor o de pobrecita. « Es decir, son actitudes ante la discapacidad, que crean distancia, crean barreras ... entonces, esas barreras invisibles, que es lo que yo llamo el escalón de cristal, son las que hacen que estos temas no tengan importancia. ¡Ah! Ya viene esta...pues que venga con dos enfermeras, incluso se regaña. ¿Cómo se te ocurre venir sola? O incluso, a una señora parapléjica, que pide anticonceptivos, y le dice el ginecólogo ¿y usted para que necesita anticonceptivos? Pero que es más normal de lo que tú te crees».

5.5.1. Los profesionales ante las personas con diversidad funcional (DF)

Las personas con diversidad funcional precisan de profesionales con habilidades especiales, sensibles y culturalmente competentes para atender sus necesidades anticonceptivas. Las barreras para el cuidado de estas personas, sostiene Kaplan (2006:450), son estructurales, actitudinales e informativas. Para la atención a estas mujeres deberían emplearse técnicas especiales de exploración ginecológica en condiciones confortables, respetuosas y seguras. Así como conocer y asesorar teniendo en cuenta las consideraciones específicas para el uso de métodos anticonceptivos en mujeres con limitaciones motoras, sensoriales y/o mentales.

Un estudio cualitativo con 10 mujeres con discapacidad física de entre 18 y 50 años indagó sobre sus experiencias con los servicios de salud reproductiva y da recomendaciones para su mejora (Becker et al, 1997; cf. Kaplan, 2006:451). Los profesionales no deben presuponer que las personas con diversidad funcional son asexuadas (no informando sobre anticonceptivos) o no desean tener descendencia. Estos supuestos son peyorativos. Observaron que los facultativos tenían un conocimiento muy limitado de sus necesidades y las trataban como si fueran discapacitadas, no mujeres; como si fueran niñas, no adultas. Otros problemas referidos eran estructurales: la accesibilidad a los edificios, los servicios, las consultas y/o las camillas de exploración era deficiente. La ausencia de amplificadores de sonido, mensajes en lengua de signos y en braille y mensajes gráficos simplificados para personas con discapacidad mental. El California Department of Developmental Services editó una guía que describe con dibujos posiciones alternativas para la exploración ginecológica⁸⁰ y otras recomendaciones para profesionales, bajo el título: “The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations”.

Mogollón (2002) reclama la eliminación de las restricciones basadas en consideraciones socio-culturales y / o religiosas en cuanto a la maternidad, los anticonceptivos y el aborto. Lo que significa que estos servicios sean gratuitos y de fácil acceso a las personas con discapacidad-es y con buena calidad asistencial. Además, deben asegurar la privacidad y confidencialidad. Así mismo, sería deseable que el personal sanitario recibiera capacitación para atender de forma clara a las personas con diversidad funcional, respetando en todo momento el procedimiento de obtención del consentimiento informado para la elección de anticonceptivos, decisión de embarazo, plan de parto y aborto.

En general, sostiene Arnau (2004:9), lo que sucede es:

1. No se respeta la autonomía moral (la voluntad) del sujeto con discapacidad, en la medida en que alguien cuestiona y/o prohíbe sus iniciativas
2. Las personas con DF carecen, con frecuencia, de intimidad.
3. Se pretende fomentar la autoestima de la persona, ignorando su sexualidad⁸¹
4. Se ridiculiza a la persona con DF que manifiesta deseos amorosos y/o sexuales.
5. Falta educación sexual así como buena educación social en el respeto a la diversidad.

Arnau defiende que una buena educación sexual además de fomentar la autoestima, contribuirá a que las personas con discapacidad tengan menos prejuicios sobre ellos mismos. “Tanto desde la filosofía de vida independiente como desde la institucionalización, se debe fomentar la autoestima de mujeres y hombres con discapacidad como uno de los mejores mecanismos para evitar la ‘sobrepotección’, que genera

80.- Se puede consultar en: <http://www.bhawd.org/sitefiles/TblMrs/cover.html>

81.- Arnau (2004:6) denuncia concepciones como la que revela la siguiente intervención de la directora técnica de la ACAM de Barcelona: “la sexualidad de una persona con discapacidad, si no puede llevarse a cabo, puede ser sustituida por leer, pintar...; la persona con discapacidad puede desarrollarse igualmente, isin desarrollar su sexualidad”i. Es decir, la de aquellos ‘profesionales’ que en vez de avanzar soluciones niegan la realidad.

infantilismo, vulnerabilidad, incapacidad para tomar decisiones, la madurez que se requiere para vivir la sexualidad con plenitud” (2004:11). Para esta autora, renunciar a la sexualidad es como renunciar a una parte de nosotros-as. La reivindicación expresada por Ex9 es clara: la atención a la SSyR es un derecho, no puede depender de la voluntad de nadie. “Que no dependa de la voluntariedad de determinados médicos. Ni del político de turno, y ni siquiera de los técnicos. Sencillamente, yo creo que no hay conciencia. No hay esa conciencia de Derechos Humanos».

5.5.2 Pequeños avances en los servicios de salud andaluces

Uno de los últimos avances documentados en Andalucía es la apertura del primer centro público de ginecología especializado para mujeres parapléjicas y con gran discapacidad física. A propuesta de la asociación ASPAYM se ha creado la primera consulta de ginecología sin barreras de accesibilidad en Andalucía.

Esta consulta, ubicada en Granada, en el centro de especialidades del Zaidín, está dotada con una camilla de exploraciones especial, con un diseño accesible, con grúa y amplio espacio. Cuenta con personal de apoyo: dos celadores y el tiempo de consulta es de 40 minutos por paciente. Está muy bien pero, solo es una y deberían serlo todas.

5.6 Líneas de actuación en la atención a la SSyR de las personas con DF

1) Desmontar prejuicios. Para ello puede resultar útil la difusión de documentales y películas que muestran la vivencia de la sexualidad desde situaciones diferentes:

- la película francesa: “Nationale 7”, de Jean-Pierre Sinapi (2000), que narra la historia real de cómo afronta la dirección de una residencia de discapacitados la petición del protagonista (René, gran discapacidad física) de querer mantener relaciones sexuales con una prostituta. Una prostituta por dos razones: 1) quiere que sea una mujer de verdad y 2) cree que sólo pagando conseguirá que una mujer mantenga relaciones con él⁸².
- Otras películas a resaltar son: “Hijos de un dios menor” (1986) de Ronda Haines. Relata la historia de amor de una chica con diversidad funcional auditiva y “Yo soy Sam” de Jessie Nelson.
- El documental de TV-2 titulado “Almas con sexo”, dirigido por Pilar González Rams, donde se aborda el tema de la sexualidad de las personas con discapacidad.
- Cortos: “El bebé de Alison” (disponible en youtube); “Lo que el ojo no ve”.

Por otro lado, hemos tenido noticia de que Mati Morata está rodando un documental sobre discapacidad y sexo y hemos encontrado “Adolescencia, discapacidad y sexualidad” y otros documentos educativos, en formato power-point, en:

http://www.slideshare.net/majopichardo/sexualidad-en-discapitados?src=related_normal&rel=984674

<http://sexuality-disability.blogspot.com/>

<http://www.sidastudi.org/es/search?text=educaci%C3%B3n+sexual+y+discapacidad&search=simple>

http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/sexualidad_personas_necesidades_diferentes.html

82.- Aunque no trata directamente el tema de la sexualidad, nos parece interesante resaltar la película española «El truco del manco» por tratar la diversidad funcional sin ningún tipo de complejo o juicio moral. Magnífica.

2) Promover la concienciación y la formación del personal socio-sanitario y de la sociedad

- Promocionar la formación de los profesionales socio-sanitarios
- Diseñar planes de Educación en la Diversidad⁸³.
- Realización de talleres y obras de teatro NO ESTANDAR: «esperpéntico, nos reímos de nosotras mismas, 1 mujer hacía de mujer con retraso mental y explica que está embarazada porque no conocía el condón, y enseña a poner condones poniéndoselo a una zanahoria, se baja del escenario y pregunta a la gente si ha entendido como se pone y reparte condones entre el público» (Ex10).
- Incorporar en los protocolos para pedir cita la pregunta: ¿necesita usted algún tipo de adaptación?, para tomar nota y disponerlo todo para el momento de la cita y si hay que darle un CD de audio o un vídeo, pues se prepara (Ex9).

3) Garantizar el acceso a la información

- Los folletos y demás soportes informativos deben ser accesibles. Para las personas con DF Visual, «la gente siempre con el Braille. No, perdona, el braille lo utilizamos el 32% de las personas ciegas y... la mayoría, sin ser ciegos del todo, tienen dificultades para leer. El 80% de los llamados legalmente ciegos, tienen una reducción del campo visual de un 90%, pues de esa definición legal de ceguera, solamente el 20% son ciegos graves. Y de ese 20%, sólo el 32% utiliza el Braille. Entonces, en mi opinión modestísima, puedes hacer si quieres uno en Braille por aquello de la concienciación, pero... lo práctico sería, que en los centros de salud haya un CD grabado en audio, con las explicaciones de los anticonceptivos» (Ex9).
- La información debe estar en todas las lenguas, la de signos es una lengua. Las personas con DF Auditiva, en numerosas ocasiones tienen problemas serios de lectura. No es solución darles los folletos escritos. La mejor forma de transmitir la información a este colectivo es a través de imágenes: los mensajes tienen que ser muy visuales, el texto debe reducirse al mínimo o, si hablamos de elaborar un CD, en lengua de signos» (Ex9).
- Estos folletos serían los mismos elaborados para la población general, no requieren especificaciones. Hay que pensar en clave de inclusión : simplemente garantizar que la información que tenemos, esté disponible para todo el mundo, tenga las características que tenga : « No hacer nada especial. Es tan sencillo como coger toda la información que tienen allí y hacerla accesible a una persona con baja visión, porque las chicas de 13, 15, 17 años, que quieren información, no van a depender de una tercera persona, no pueden y no quieren (por vergüenza, pudor...)» (Ex9).
- Este tipo de información debería ser siempre personal, directa y autogestionada. « Yo siempre en las políticas sociales de mujeres con discapacidad hablo de autogestión...Ya está bien esa sobreprotección social e institucional de decidir por la persona con discapacidad : tiene una discapacidad, pero tiene otras muchas capacidades, ya está bien de decidir por ella » (Ex9).
- Al incorporar criterios de accesibilidad, se facilitan las cosas a la población general. Así, los transportes que avisan de las paradas con mensajes de audio y con carteles luminosos en una pantallita, están orientados a personas con discapacidad o DF pero, son útiles para todo el mundo (Ex10).

83.- La Generalitat diseñó uno que consistía en ir por los institutos de secundaria proponiendo juegos. "Había un vídeo de chicas con discapacidad y una alumna que iba en silla de ruedas, cuando empezó el vídeo, se salió. Luego la busqué y me contó que no quería verlo porque cuando ve la silla se acuerda de que ella va en silla. Igual que la familia esconde al discapacitado, los discapacitados esconden las relaciones con discapacitados" (Ex10).

4) Favorecer el empoderamiento de las mujeres con discapacidad

- Generar y potenciar las redes de interconocimiento : la Federación de Asociaciones para la Promoción de la Mujer con Discapacidad LUNA Andalucía, es una asociación de Mujeres que trabaja en ésta línea.
- Montar una plataforma de ‘mujeres capacitadas’ : « vamos a incluir a todas las mujeres con y sin discapacidad que estén dispuestas a luchar por la mujer con discapacidad, es decir, por la normalización de la mujer con discapacidad. Y que esté dispuesta a poner el dedo en la llaga de esta múltiple discriminación, porque la discapacidad y el género son dos factores que sociológicamente se potencian. La autoestima de una mujer con discapacidad es mil veces más baja... » (Ex9).
- Fomentar y facilitar que la mujer con discapacidad ocupe el espacio público porque muchas veces está recluida.
- Garantizar la accesibilidad universal, es un derecho. Las mujeres no estándar tenemos derecho a vivir nuestra anormalidad (Ex10).

5) Poner en marcha políticas pro-activas

Para el diseño de programas y políticas públicas la OMS (2009 :15) insiste en incorporar a personas con discapacidad en los equipos de trabajo, tal y como proponían desde el MVI: «Las políticas y programas a todos los niveles son consistentemente mejores cuando las organizaciones de personas con discapacidad forman parte de la planificación».

- Implementar Políticas Pro-Activas para que mujeres con DF vayan al ginecólogo. En Barcelona se hizo una campaña pro-activa contra el cáncer de mama: te escribían una carta y te llamaban por teléfono dándote una cita y te preguntaban si ibas a ir a hacerte la mamografía. Algo así se podía hacer en este caso (Ex10).

6) Lograr la inclusión total de la SSyR de las personas con discapacidad

Para establecer un marco común, la OMS, señala cinco acciones orientadas a lograr la inclusión total de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, son :

- establecer líneas de colaboración con asociaciones de personas con discapacidad e incorporar el lema del Movimiento de Vida Independiente: «nada sobre nosotros sin nosotros» (2009 :16).
- concienciar e incrementar la integración, incorporando las sesiones relativas a la discapacidad a las sesiones generales. La coordinación entre agentes es la clave para el éxito, prevenir la duplicidad de acciones y ganar efectividad.

Mensajes claves para incrementar la concienciación:

La discapacidad es empresa de todos

Las personas con discapacidades no son necesariamente enfermos

Las personas con discapacidad también son seres sexuados

La accesibilidad es algo más que las rampas

Las personas con DF quieren las mismas cosas en la vida que queremos todos

Para las personas con discapacidad los prejuicios son la principal barrera

Las personas con discapacidad tienen derecho a la autodeterminación, la intimidad, el respeto y la dignidad

Es mejor y más fácil establecer servicios de salud que alojar a las personas con DF

Las personas con discapacidad serán cruciales en todos los programas

- Asegurarse de que todos los programas de salud sexual y reproductiva lleguen y sirvan a las personas con discapacidad. La accesibilidad no es solo física. Los materiales y la información también deben llegar a todos y a todas. Además, hay que acercar esa información a las casas de quienes no pueden salir: trabajadores sanitarios y sociales pueden proporcionar ese servicio a domicilio (demostrando las actividades como el uso del condón más que describiéndolas, dando la información muy despacio y comprobando que se ha entendido). Accesibilidad significa también que productos como los condones estén accesibles (las máquinas de condones suelen estar fuera del alcance de quien va en silla de ruedas o es muy bajito).
- Diseñar políticas, leyes y presupuestos y, promover la investigación. Como todos los demás, las personas con discapacidad necesitan adquirir conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, y, tienen el derecho de tomar las decisiones sobre su reproducción por sí mismas (2009 :29).

6- PROPUESTA DE ACCIONES ESTRATÉGICAS

Aunque al final de algunos capítulos hemos avanzado posibles líneas de acción aquí presentamos a modo de síntesis, intentando atender a la variabilidad de situaciones, algunas propuestas de acciones estratégicas. Estas propuestas se verán completadas en la segunda fase de esta investigación, aquella que analiza las representaciones y prácticas de los menores y de las personas con discapacidad. De momento y en general, consideramos que una política de prevención en salud sexual y reproductiva que pretenda garantizar a las parejas las condiciones para que puedan ejercer sus derechos (a la información, adquisición y uso de los diferentes métodos anticonceptivos), sin cortapisas ni juicios morales, supondrá una serie de condiciones:

1. Apostar por la información / formación antes que por la medicalización. Para ello no es suficiente con reflejarlo en los papeles (Cartera de Servicios, Contrato Programa...). Será necesario también dotar de tiempo, formar y concienciar a los profesionales y hacer campañas informativas difundiendo los servicios disponibles.
2. Proponer la colaboración en Forma Joven al alumnado universitario (medicina, enfermería, sociología, psicología,... por supuesto, medicina de familia y ginecología), a cambio de créditos de libre configuración o créditos prácticos (a negociar con las universidades).
3. Implicar en los servicios de atención a la Salud Sexual y Anticonceptiva a enfermeros y matronas, siguiendo así los modelos francés y noruego, y, descargando de trabajo a los médicos de familia de atención primaria.

6.1. Concienciación

- Reconocer el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva como un derecho humano.
- Contar con las poblaciones implicadas (adolescentes, personas con diversidad funcional...) para el diseño de campañas y acciones a ellos destinadas.
- Admitir la eficacia relativa de los anticonceptivos, incluso de los métodos modernos.
- Promover investigaciones que incorporen la perspectiva de género y que abarquen la diversidad funcional.
- Incluir a los hombres en las iniciativas que pretenden mejorar la situación de la mujer y la atención a la SSyR.
- Realizar talleres y obras de teatro NO ESTÁNDAR
- Diseñar planes de Educación en la Diversidad.
- Desmontar prejuicios a través del fomento y la difusión de documentales y películas que muestran la vivencia de la sexualidad desde situaciones diferentes.
- Concienciar e incrementar la integración, incorporando las sesiones formativas relativas a la discapacidad a las sesiones generales.
- Avanzar en la coordinación entre agentes es la clave para el éxito, prevenir la duplicidad de acciones y ganar efectividad.

- Difundir los mensajes claves para incrementar la concienciación:

La discapacidad es empresa de todos

Las personas con discapacidades no son necesariamente enfermos y son seres sexuados

Los prejuicios son la principal barrera

Las personas con discapacidad tienen derecho a la autodeterminación, la intimidad, el respeto y la dignidad.

6.2. Generalización de los servicios

- Diseñar las condiciones de trabajo necesarias para una mejor adaptación de los anticonceptivos a las condiciones de vida de las mujeres y los hombres - lo que se puede conseguir con una consulta abierta y prolongada que garantice oportunidades reales para una elección informada-.
- Luchar contra la resistencia de una parte de los profesionales de la salud a facilitar estas posibilidades.
- Insistir en la necesidad de evitar los juicios morales de los profesionales sobre las prácticas sexuales. Y, difundir la variabilidad de estas prácticas para así contribuir a romper tabúes y aumentar las posibilidades de las mujeres de plantear abiertamente sus realidades y pedir asesoramiento en materia anticonceptiva.
- Regular la atención a la SSyR, actualmente desatendida.
- Destinar profesionales, tiempo y medios a promocionar la SSyR.
- Arbitrar algún sistema para que la gente tenga más posibilidades de consultar dudas. En los centros de salud con algún profesional de referencia (enfermeros – formadores) y en los centros educativos, a través de Forma Joven.
- Incentivar la colaboración con los centros educativos y otras acciones de promoción de la salud, a través de la reducción de cupos o de horas semanales de los profesionales sanitarios.
- Protocolizar que cuando se derive una IVE, la pareja tenga una cita inmediatamente después para PF.
- Protocolizar la implantación de anticonceptivos en la modalidad de Acto Único.
- Protocolizar que al solicitar una cita se pregunte si necesita algún tipo de adaptación.
- Favorecer la formación de mediadores en educación afectivo-sexual.
- Generalizar las Buenas Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva.

6.3 Ampliación de la cobertura

- Promocionar los anticonceptivos altamente eficaces y de larga duración (DIU, implantes e inyectables).
- Lograr la financiación de los anticonceptivos, medicamentos esenciales según criterios de la OMS.
- Garantizar la accesibilidad a todos y cada uno de los centros de salud: rampas, mesas de exploración (móviles o bajas) y sillas regulables, son imprescindibles.
- Garantizar la presencia de intérpretes de lengua de signos cuando sea preciso.

6.4 Difusión del nuevo modelo de atención a la SSyR

- Diseñar campañas de difusión de los nuevos servicios de atención a la salud sexual (estos servicios estarán generalizados, evitando así confusiones, errores e intentos frustrados).
- Diseñar folletos informativos sobre métodos anticonceptivos y lugares y teléfonos de información.
- Realizar campañas destinadas a desmitificar los efectos asociados a anticonceptivos eficaces que carezcan de fundamentación científica.
- Todas las campañas y todos los materiales serán accesibles a toda la población. Esto supone adquirir la práctica de editar todo el material en: audio, braille, lengua de signos, imágenes y lenguaje sencillo.
- Promocionar los dispositivos existentes que se han mostrado eficaces. Por ejemplo, el teléfono de información sexual para jóvenes lo conocen aquellos que usan internet, no el resto de la población.

6.5 Poner en marcha políticas pro-activas

- Implementar Políticas Pro-Activas para que mujeres con DF vayan al ginecólogo: escribir una carta y llamar por teléfono a las mujeres con diversidad funcional, dándoles una cita para acudir al centro de salud: entrevista, revisión ginecológica, mamografía y asesoramiento anticonceptivo, deberían dispensarse. Esta medida no podrá solventar los años de aislamiento y desasistencia pero, supondrá un avance y un punto de partida para normalizar la atención a estos colectivos.

6.6 Promoción del conocimiento

Opción A: Crear la figura del profesional de referencia en SSyR en todos los centros de salud. Estos se encargarían de poner DIUs e implantes (recuérdese que los retrasos en estos procedimientos son, actualmente, escandalosos).

Opción B: Todos los médicos de familia de AP atienden las consultas de SSyR. En este caso, consideramos que el profesional debe contar con más tiempo para las consultas (entre 10 y 20 minutos) y, además, con apoyos eficaces para la actualización de conocimientos. Promover el acceso a una amplia oferta de cursos en horario laboral, garantizando que todos aprendan a poner DIUs e implantes subcutáneos y enviándoles resúmenes actualizados de forma periódica (lo que supondría tener un equipo de investigación revisando las publicaciones y redactando recomendaciones).

A modo de ejemplo, presentamos la tabla siguiente, rigurosa y fácil de distribuir entre los profesionales, como estrategia para contribuir a la actualización del conocimiento y la erradicación de la aplicación de protocolos obsoletos.

TABLA 21: Ventajas e inconvenientes de las opciones anticonceptivas para adolescentes

METODO ANTICONCEPTIVO	WHO MECa	VENTAJAS	INCONVENIENTES
BARRERA: CONDON MASCULINO Y FEMENINO	Categoría 1	<ul style="list-style-type: none"> *.Protección frente ETS *.No necesitan atención en servicios clínicos *Fáciles de obtener 	<ul style="list-style-type: none"> *Menor protección frente a embarazos *Requiere planificación *Precio *Requiere conocimiento de tus genitales y los de tu pareja *Puede reducir la espontaneidad *Alergia al latex *Dependencia del uso
DIAFRAGMA	Categoría 1	<ul style="list-style-type: none"> *Puede ofrecer protección frente a algunas ETS 	<ul style="list-style-type: none"> *Menor protección frente a embarazo que m. hormonales y DIU *Requiere planificación Requiere conocimiento de tus genitales *Necesita un examen pélvico de prueba *Alergia al latex *Dependencia del uso *Requiere uso de espermicidas
QUIMICOS EJ espermicidas	Categoría 1	<ul style="list-style-type: none"> *Ofrece alguna protección frente a ETS *No necesitan atención en servicios clínicos *Fácil de obtener 	<ul style="list-style-type: none"> *Ofrecen mínima protección frente a embarazo *Requiere planificación *Precio *Requiere conocimiento de tus genitales y los de tu pareja *Sucio
PILDORAS DE PROGESTÁGENOS	Categoría 1. No restringidos tras la menarquia	<ul style="list-style-type: none"> *Alta efectividad si se usa de forma consistente y correcta *No requiere planificación *Puede aliviar reglas dolorosas y abundantes 	<ul style="list-style-type: none"> *No ofrece protección frente a ETS/VIH *Dependencia del uso *Debe tomarse a la misma hora cada día para máxima eficacia *Puede ocasionar sangrados y spotting
HORMONAL ORAL COMBINADA	Categoría 1. No restringido tras menarquia	<ul style="list-style-type: none"> *Alta efectividad para prevenir embarazo si se usa de forma consistente y correcta *Puede mejorar el acné moderado *No requiere planificación *Se puede usar para retrasar o regular la menstruación *Alivia reglas abundantes o dolorosas *Protege frente al cáncer de ovario y endometrio 	<ul style="list-style-type: none"> *No ofrece protección frente a ETS/VIH *Dependencia de uso *Necesita atención en servicios clínicos *Aumenta el riesgo cardiovascular (sobre todo en fumadoras) aunque el riesgo absoluto es extremadamente bajo *Efectos 2º menores como cefaleas o nauseas, pero tienden a desaparecer a lo largo de 3 meses
INYECTABLES	El beneficio de uso desde la menarquía a los 18 años generalmente excede los riesgos de embarazo frente al no uso. Categoría 2	<ul style="list-style-type: none"> *Alta efectividad para prevenir el embarazo si se usa de forma correcta y consistente *Fácil cumplimiento si se compara con A.O. *Permite conservar la privacidad mejor que otros métodos como píldoras o parches *No requiere planificación *Protege frente a cáncer de endometrio 	<ul style="list-style-type: none"> *No ofrece protección frente a ETS/VIH *Efectos 2º sobre menstruación :sangrado irregular y spotting *Ganancia de peso, en especial en mujeres obesas *Reduce la densidad mineral ósea *Necesita atención en servicios clínicos *Vía intramuscular: no se puede discontinuar si ocurren efectos adversos *Retrasa el retorno de la fertilidad comparado con otros métodos (4-6 meses)

IMPLANTE SUBCUTANEO	No restringido tras la menarquía. Categoría 1	*Alta efectividad para prevenir embarazo *No requiere planificación *No depende del usuario *Requiere un seguimiento mínimo	*No ofrece protección frente a ETS/VIH *Necesita atención en servicios clínicos *Requiere un procedimiento quirúrgico menor *La amenorrea puede no ser aceptada por quienes prefieren ciclos menstruales regulares
PARCHE	No restringido tras la menarquía. Categoría 1	*Alta efectividad frente a embarazo con uso correcto y consistente *No requiere planificación *Puede mejorar el acné moderado	*No protege frente a ETS/VIH *Depende del usuario (hay que cambiarlo cada semana) *Necesita atención en servicios clínicos *Desprender el parche
DIU HORMONAL (IUS)	Los beneficios de la menarquía a los 20 años exceden los riesgos de embarazo. Categoría 2. Si existe un alto riesgo de contraer ETS, el riesgo puede superar los beneficios del uso: Categoría 3	*Alta protección frente a embarazo *No requiere protección *No depende del usuario *Es frecuente la amenorrea *Reduce la dismenorrea	*No protege frente a ETS/VIH *Necesita atención en servicios clínicos para inserción y renovación *Requiere examen vaginal y procedimiento invasivo *La inserción puede ser más difícil en nulíparas *La amenorrea puede ser inaceptable para aquellas que prefieran ciclos menstruales regulares
DIU NO HORMONAL	Los beneficios de la menarquía a los 20 años, con frecuencia exceden el riesgo de embarazo. Categoría 2. Si existe alto riesgo de ETS el riesgo puede superar los beneficios del método: Categoría 3. Estas categorías se aplican para el uso del DIU como anticonceptivo de urgencia	*Alta protección frente a embarazo *Alta efectividad como anticonceptivo de emergencia *No requiere planificación *No depende del usuario	*No protege frente a ETS/VIH *Necesita atención en servicios clínicos para inserción y renovación *Requiere examen vaginal y procedimiento invasivo *La inserción puede ser más difícil en nulíparas *Las nulíparas tienen mayor riesgo de expulsión *Aumenta el sangrado menstrual y el dolor
COITUS INTERRUPTUS	Categoría 1	*No requiere planificación *No necesita atención en servicios clínicos	*No protege frente a ETS/VIH *Menos efectivo que otros métodos en la prevención de embarazo *Requiere motivación y disciplina *Reduce el placer sexual
CONTROL DE FERTILIDAD	Categoría 1	*No necesitan atención en servicios clínicos	*No protege frente a ETS/VIH *Necesita ser enseñado y requiere mantener un registro cuidadoso *Requiere motivación y disciplina *No recomendado para adolescentes por la dificultad para determinar los días fértiles cuando los ciclos son irregulares.

Fuente: French y Cowan, 2009:237-238.

a)- WHO Age-specific Medical Eligibility Criteria for initiation of contraceptive methods amongst women under 18 years (under 20 years for IUD). Categoría 1: Puede usarse el método. No restricciones de uso. Categoría 2: Puede usarse el método. Las ventajas, generalmente, tienen más peso que los riesgos teóricos o probados. Categoría 3: No debe usarse el método sin un juicio clínico que asegure un uso seguro. Los riesgos teóricos superan a las ventajas. Categoría 4: No debería usarse el método. Las condiciones representan un riesgo inaceptable para la salud si se usa.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS

Álvarez Sotomayor, M. (2001) La entrevista al adolescente. Cap. 4 en Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia, (consulta on-line)

Anaes (2004) Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommendations pour la pratique clinique.

Arnau Ripollés, M^a Soledad, 2004, "Sexualidad(es) y discapacidad(es): la igualdad diferente" Ponencia presentada en la UIMP, Santander, 2004.

Arribas Mir, Lorenzo (2007), "Anticoncepción desde la consulta del médico de familia. Algunos problemas y oportunidades de mejora", XVII Congreso SAMFyC, Málaga, 2007.

Bajos, Nathalie, Leridon Henri, Goulard Hélène, Oustry Pascale, Job-Spira Nadine and the COCON Group (2003) «Contraception: from accessibility to efficiency» Human Reproduction, vol. 18, n° 5, pp. 994-999.

Bajos, Nathalie (2009), Dossier "Sexualité, contraception prévention et rapports de genre" in La santé des femmes en France, dirs : Sandrine Danet y Lucile Olier. La documentation Française, pp 43-53. <http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/sexualite.pdf>

Barranco Castillo, E. (2001) Salud y relaciones afectivas y sexuales adolescentes. Cap. 17 en Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. (en red)

Barroso, Pilar, Lucena, MA y Parrón, T (2005), "Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1998-2002", Revista Española de Salud Pública, vol.79, nº4.

Best, Kim (1999) «Los discapacitados también necesitan anticonceptivos», Network, vol.19 :2.

Beckman CR, Gittler M, Barzansky BM, et al. (1989) "Gynecologic health care of women with disabilities" Obstet Gynecology, 74(1):75-79.

Blackburn, Richard D., Cunkelman, Jacqueline A., et Zlidar, Vera M. (2000) Contraceptifs oraux — Une mise à jour. Population Reports, Série A, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, Printemps.

BOE de 4/3/2010, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Bourdieu, Pierre (2000), La dominación masculina, Barcelona, Anagrama.

Bretin, Hélène y Carmuca Gómez Bueno (2010), EL uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia por la población inmigrante radicada en Andalucía, Informe de Investigación, Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. En: www.juntadeandalucia.es/salud/materialesinmigrantes.

Castaño, E.; Plazaola, J.; Bolívar, J.; Ruiz, I. (2006). «Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España». Revista Española Salud Pública, 80: 705-716.

Center for Reproductive Rights (2004) Governments worldwide put emergency contraception into women's hands. A global review of laws and policies. September. (www.reproductive rights)

CIS, Estudio nº 2639 (2006). Fecundidad y valores en la España del siglo XXI. Madrid.

Clarke, Adele (2004) Contraception. In D. Lecourt (Dir.) Dictionnaire de la pensée médicale. PUF-Quadrige, Paris, pp. 287-293

Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (1996).

Comité de Bioética de España (2009), «Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo», CBE, Soporte electrónico.

Cook, Rebeca, J; Mónica Arango Olaya; Bernard M. Dickens “Healthcare Responsibilities and Conscientious Objection” (2009) International Journal of Gynecology and Obstetrics, 104: 249-252.

CSIC-UCM-FEC (2010), “La maternidad adolescente en España”, disponible en la red.

Danish Disability Council (2002) Danish disability policy - equal opportunities through dialogue. Editors: Mogens Wiederholt, Christine Bendixen, Lotte Dybkjær, Inge Storgaard Bonfils. Website: www.dch.dk

Daphne (2009), Estudio de hábitos anticonceptivos y aborto (HAYA), <http://www.pildoraymujer.com/pdf/Presentaci%C3%B3n%20HAYA.pdf>

Dehne, K. L.; Riedner, G.; (2005) Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. World Health Organization y Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit.

Delegación de Salud de Granada, (2008) Informe del grupo de trabajo sobre dispensación de la anticoncepción de urgencia en la provincia de Granada, Abril, 2008.

Delgado, Margarita (2006), Encuesta de fecundidad, familia y valores, Opiniones y Actitudes, nº 59, Madrid, CIS.

Delgado, Margarita y Laura Barrios (2007) Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España. Madrid, CIS-sXXI, Monografías, nº 236.

DREES (2007) L’état de la santé en France- Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. La documentation française, collection Etudes et statistiques. Paris.

Diección General de Salud Pública y Alimentación (2004) Documentos técnicos de salud pública nº 94. Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables. Comunidad de Madrid: 2004.

Durex, Sexual Wellbeing Global Survey 07/08, <http://www.durex.com/es-ES/SexualWellbeingSurvey/Methodology/pages/SurveyConducted.aspx>

Ekstrand, Maria, Tanja tydén, Elisabeth Darj and Margarte Larsson (2009), «An illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision-Making Among Teenage Women in Sweden», Perspectives on Sexual and Reproductive Health, vol 41, nº3: 173-180.

Falçao Júnior, JSP ; Vieira Freitas, L, Moura Lopes, E et al (2009), «Conocimientos de los estudiantes del área de salud sobre anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual», Enfermería global, 15.

Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), (2008) La anticoncepción de urgencia en España. Fede-

ración de Planificación Familiar Estatal, Madrid.

Figuroa-Perea, Juan G. (1998) "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva" Cuadernos de Saúde Pública vol.14 suppl.1

French, Rebecca, S., Cowan, Frances M (2009). "Contraception for adolescents", Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 23 : 233-247.

Gabhainn, Saoirse Nic; Baban, Adriana; Boyce, William; Godeau, Enmanuelle and the HBSC Sexual Health Focus Group (2009). "How well protected are sexually active 15-year olds? Cross-national patterns in condom and contraceptive pill use 2002-2006". International Journal of Public Health, 54.

García Alonso, J.Vidal (coor) (2003), El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales. Madrid, Fundación Luis Vives.

Gelly, Maud (2006) Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. L'Harmattan, Paris.

González Moya, Cristina (2010), El escalón de cristal, Granada, Dauro.

Goulard Hélène, Bajos Nathalie, Job Spira N., l'équipe Cocon. (2003) "Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Emergency contraception in France: the user profile" Gynécologie. Obstétrique et Fertilité, 31: 724-729.

Gribaldo, Alessandra ; Judd, Maya y Kertzer, David I. (2009), «An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy», Population and Development Review 35 3 551-584.

Helström L. Od Lind V. Zätterström C., Johansson M., Granath F, Correia N., Ek bom A. (2003) "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden" Scandinavian Journal of Public Health, 31 (6): 405-410.

Helström L., Zätterström C., Od Lind V. (2006) Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents., Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 19 (3): 209 – 213.

Instituto Nacional de Estadística (INE)

-(1999), Encuesta de Fecundidad

-(2003), Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales.

-(2008), Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia

INED (2007) L'avortement dans le monde. Fiche pédagogique. (www.ined.fr)

INJUVE (2008) Informe Juventud y Salud.

Jiménez, E.; Mosquera, M.; Obregón, R. (2004), "Comunicación, participación y salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Reflexiones metodológicas desde la perspectiva de comunicación para el cambio" Investigación y Desarrollo Vol.12, nº1: 78-107.

Jiménez Pernet, J.; García Gutiérrez, J.F.; Martínez Jiménez, J.L.; Bermúdez Tamayo, C. (2007) "Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud" Uocpapers nº4, 2007. Monográfico Intervención en Salud en la Red.

Kaplan, Clair (2006) «Special Issues in Contraception: Caring for Women With Disabilities», J Midwifery

Womens Health, 51 :450-456.

Lagardère Marie-Laure, Strohl Hélène, Even Bernard (1998) Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées. Inspection Générale des Affaires Sociales. La Documentation française, Paris.

Larsson Margareta, Eurenus Karin, Westerling Ragnar, Tydén Tanja (2004), Emergency contraceptive pills in Sweden: evaluation of an information campaign. BJOG, 111: 820-827.

Leal Hernández, M.; Abellán Alemán, J.; Martínez Crespo, J.; Mena Molina, M. (2003) “Doctor, se nos ha roto el preservativo ¿sabe usted a qué puede deberse?” Atención Primaria, 31(5)339.

Leavesley G, Porter J (1982) “Sexuality, fertility and contraception in disability” Contraception, 26(4):417-41.

Leeman, L. (2007). “Obstáculos médicos para la contracepción efectiva”. Obstet Gynecol Clin N Am, 34:19-29.

Leoni, A., Cohen, J y Martellotto, G. (2006), «Anticoncepción, embarazo y aborto: incidencia en estudiantes de medicina», Revista de la Escuela de Salud Pública, Ed. Especial II Jornadas Internacionales de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, República de Argentina. http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/docs/revista/2006/rev_edi_esp_06.pdf

Léridon Henri, Oustry Pascale, Bajos Nathalie, (2002) “La médicalisation croissante de la contracepción en France” Population et Sociétés n° 381 : 1-4.

Lete Lasa, Iñaki (2005) “La anticoncepción: factores que influyen en la eficacia de los métodos anticonceptivos”, Conferencia Inaugural del V Congreso de la SEC.

Lete Lasa, Iñaki (2006)

-“NuvaRing tiene un efecto beneficioso sobre el acné”, 8º Congreso Nacional de la SEC.

-“NuvaRing mejora la calidad de vida”, 8º Congreso Nacional de la SEC. En:

http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2006_08CongresoSEC/ponencias/pdf/POSTERSsec2006.pdf#page=20

Lete Iñaki; Doval, José Luis; Pérez-Campo, Ezequiel; Sánchez-Borrego, Rafael; Correa, Marta; de la Viuda, Esther; Gómez, María Angeles; González, José Vicente; Lertxundi, Roberto; Martínez, María Teresa; Mendoza, Nicolás; Robledo, Javier (2007) «Factors affecting women’s selection of a combined hormonal contraceptive methods: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study». Contraception, Volume 76 (2): 77-83

Lete, Iñaki; Doval, José Luis; Pérez-Campo, Ezequiel; Lertxundi, Roberto; Correa, Marta; de la Viuda, Esther; Gómez, María Ángeles; González José Vicente; Martínez María Teresa; Mendoza Nicolás; Robledo, Javier (2008), «Self described impact of noncompliance among users of a combined hormonal contraceptive method”. Contracepcion, 77 (4) : 276-282.

Martín Pérez, A.M.; Rubio Gil, M. A.; Mesa Olea, M. J.; Mesa Olea, M. B.; Influencias de las revistas juveniles en la sexualidad de las y los adolescentes. (2008) CIDE/ Instituto de la Mujer. Mujeres en la Educación. <http://www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/colecciones/mujeres/colm011/colm011.pdf>

McCabe, M. P., R. A. Cummins, y A. A. Deeks (1999) . “Construction and psychometric properties of sexuality scales: Sex Knowledge, Experience, and Needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP).” Research in

Developmental Disabilities 20:241-254.

Megías Quirós, I.; Rodríguez San Julián, E.; Méndez Gago, S.; Pallarés Gómez, J.; (2005) Jóvenes y sexo. El rito que obliga y el estereotipo que identifica. INJUVE 2005.

Mesa Gallardo, M. I.; Barella Balboa, J. L. y Cobeña Manzorro, M. (2004) "Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno" Aten. Primaria 33(7) 374-380.

Mitjans Lafont, L. (2005), «Sexualidad y adolescencia». Rev Pediatr Aten Primaria,;7 Supl 1:S89-95.

Ministerio de Igualdad (2008) VI Informe de España. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Marzo de 2008.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación. (2007b). Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006.

Mogollón, María Esther, (2002) «Cuerpos diferentes. Sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad», en <http://www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/M3%20M.%20Mogoll%C3%B3n%20Cuerpos%20diferentes-Ordenado.pdf>

Moreau Caroline, Bouyer Jean, Goulard Hélène, Bajos Nathalie (2005) "The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions", Contraception, 71: 202-207.

Moreau Caroline, Trussell James, Bajos Nathalie (2006) "The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France, in the context of direct pharmacy access", Contraception , 74: 476-482.

Necchi, S.; Schufer, M (1999). «Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción». En Arch. Argent pediatr, 97(2): 101-8 Seleccionado en el V Encuentro de Editores del Cono Sur. Salta, 2000.

Observatorio de Salud de la Mujer OSM-CIMOP (2006) La educación y promoción de la salud sexual. Problemas y pautas de intervención con vistas a reducir los embarazos no deseados. El punto de vista de los especialistas. Madrid, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad.

Oliva, A.; Serra, L.; Vallejo, R. (1997) "Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia" Infancia y aprendizaje, 77, 19-34.

Palacios, D. J. R., Bravo, F. M. I. & Andrade, P. P. (2007) "Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes" Psychology International, Volume 18, Nº4, Appendix.

Parkes, A., D. Wight, M. Henderson, J. Stephenson, and V. Strange. 2009. "Contraceptive Method at First Sexual Intercourse and Subsequent Pregnancy Risk: Findings from a Secondary Analysis of 16-Year-Old Girls from the RIPPLE and SHARE Studies." Journal of Adolescent Health 44:55-63.

Pearson, Steve (2003), «Promoting Sexual Health Services to Young Men: Findings from de Focus Group Discussion», Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 29(4).

Pérez García, I.; Pérez Campos, EF.; Plá Ernst, E.(2005) «Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales». Rev Pediatr Aten Primaria, 7 Supl 1:S81-87.

Perez, Gloria (2009), “La salud reproductiva y sexual en España”, Gaceta Sanitaria, 23(3).

Population Reference Bureau (2008), Fiche de données sur la planification familiale dans le monde. (www.prb.org)

Population Reports (1998), Guía de orientación ACCEDA. Serie J, nº 48. Population Information Program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore. Versión española disponible en: <http://info.k4health.org/pr/prs/sj48edsum.shtml>

Purera i Junyet, Núria (2008), “Anticoncepción en adolescentes menores de 16 años”. Ponencia, IX Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

Ramírez Polo, Isabel (2005), “Comunidad Autónoma Andaluza” En: Libro blanco sobre la situación de la anticoncepción en España. Sociedad Española de Anticoncepción en colaboración con la Federación de Planificación Familiar de España. Aula Medica Ediciones, Madrid, pp. 89-95.

Romero de Castilla, R.J.; Lora Cerezo, M.N.; Cañete Estrada, R. (2001) “Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida” Atención Primaria Volúmen 27, número 1.

Sainte Rose, Danielle (2008) Accès aux soins gynécologiques. In HAS (avec le soutien de): Audition publique : Accès aux soins des personnes en situation de handicap, Paris 22-23 Octobre. Texte des experts, tome 1, pp: 94-108.

Sánchez Raja, E. Honrubia Pérez, M. Y Chacón Sánchez (2005) Guía Básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual, Universidad de Barcelona.

SEC, (2005), Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas sobre el uso de anticonceptivos, 2ª edición, OMS, Ginebra.

SEC, Salud reproductiva en la adolescencia. Manuales de la Sociedad Española de Contracepción (en red).

Sedgh, Gilda, Stanley Henshow, Shuseela Singh, Elisabeth Ahman, Iqbal H. Shah (2007), “Induced abortion: estimated rates and trends worldwide”, Lancet, 370: 1338-45.

Serrano, Isabel (2008), “Anticoncepción hormonal, sexualidad y fertilidad”, en Equipo Daphne, Beneficios de la píldora, Barcelona, Elsevier.

Steinauer, Jody; Flynn LaRochelle, Marta Rowh, Lois Backus, Yarrow Sandahl, Angel Foster (2009) “First impressions: what are preclinical medical students in US and Canada learning about sexual and reproductive health?”, Contraception, 80: 74-80.

Surís, J.C; Resnick, M.D; Cassuto, N. et al. (1996) “Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability” J Adolesc Health, 19(2):124-31.

Surís, Joan Carles (2008), “Educación sexual en la consulta: ¿Quién, cuándo y cómo?”, Ponencia, 9º Congreso de la SEC, Sevilla.

Tepper, Mitchell S. (2000), “Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure”, Sexuality and Disability, Vol. 18, No. 4.

Trussell, J. et al, (2004) «Contraceptive failure in the United States», Contraception, 2004; 70(2):89-96).

Trussell J. (2007) "Contraceptive efficacy". In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media.

Vélez Laguado, Patricia (2006). «La sexualidad en la discapacidad funcional», Revista Ciencia y Cuidado, vol. 3 :156-162.

Vizuite, Elisa (2006) "¿Es posible reducir la IVEs en adolescentes?" Presentación al 8º Congreso de la Sociedad Española de Anticoncepción, Barcelona, 21-23 de junio.

Vizuite, Elisa (2007) "Anticoncepción de emergencia. Tendencias actuales" 4º Congreso de la Sociedad Andaluza de Anticoncepción, Granada, 2 y 3 de marzo 2007.

Walsh Terry, Freziers Ron G. (2006) "Patters of emergency contraception use by age and ehnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only", Contraception, 74: 110-117.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, United Nations Population Fund (UNFPA), (2009), Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities, WHO/UNFPA guidance note.

World Contraceptive Use 2009, Department of Economic and Social Affairs. Population Division.(<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contraceptive2009table.pdf>)

Ziebland Sue (1999) "Emergency contraception: an anomalous position in the family planning repertoire?", Social Science and Medicine, 49 :1409-1417.

8. Principales sitios web de referencia y consultados

“Adolescencia, discapacidad y sexualidad” y otros documentos educativos, en :

<http://www.slideshare.net/majopichardo/sexualidad-endiscapitados?src=relatednormal&rel=984674>

<http://www.fhi.org/NR/Shared/spFHI/PrinterFriendly.asp>

<http://sexuality-disability.blogspot.com/>

<http://www.sidastudi.org/es/search?text=educaci%C3%B3n+sexual+y+discapacidad&search=simple>

http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/sexualidad_personas_necesidades_diferentes.html

Association Française pour la Contraception: www.contraceptions.org

<http://mighealth.net/index.php/main.page>

Base Estatal de Personas con Discapacidad. Diciembre 2006 <http://sid.usal.es/estadisticas-discapacidad.asp?arg=bdestatal>

Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). Avance de resultados <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES 1999) <http://sid.usal.es/estadisticas-discapacidad.asp?arg=ine&subcat=1>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé: <http://www.inpes.sante.fr/>

Population Reference Bureau: <http://www.prb.org>

