

**LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
Y
LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN JÓVENES**



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE LA AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD

Plan de **Calidad**
para el Sistema **Nacional**
de Salud

OSM
observatorio
de salud de la mujer

Índice

Naturaleza y propósito de este informe	5
Las tasas de IVE en España	9
La IVE en otros países.....	11
El registro de las IVE	16
Las IVE de las mujeres españolas	18
Las IVE en España.....	20
El país de origen de las usuarias.....	23
Otras características sociodemográficas de las IVE en España..	29
Cambio en las culturas relativas a la sexualidad.....	31
El uso de los métodos anticonceptivos.....	35
La información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos....	46
Las relaciones afectivo-sexuales en igualdad.....	50
Los discursos de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva...	51
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	57
Bibliografía.....	59

Resumen ejecutivo

El presente Informe trata de dar respuestas a la preocupación la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en jóvenes. El Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud- Observatorio de Salud de la Mujer ha realizado un trabajo de análisis de los datos de IVE, revisión de las encuestas e investigaciones existentes en nuestro país sobre el tema y ha encargado además un estudio cualitativo específico. El estudio cualitativo, llevado a cabo por CIMOP, ha recogido información sobre conductas sexuales, utilización de IVE y uso de métodos anticonceptivos en jóvenes de 14 a 24 años, de diferentes CCAA, clases sociales y país de origen, así como de padres y madres y de profesionales de los sistemas educativo y sanitario.

De los resultados del Informe se destaca que las tasas españolas de IVE siguen siendo de las más bajas de los países de la UE y que con la información disponible -teniendo en cuenta la evolución de la notificación de las IVE desde la puesta en marcha del registro en 1987, y la evolución de las IVE realizadas fuera de España antes y después de la despenalización- no se puede afirmar que las IVE estén aumentando en las mujeres españolas. Más bien, el incremento de las IVE en España se debería al aumento de su registro y al incremento de población de jóvenes inmigrantes con situaciones culturales y de acceso a los servicios diversas.

Se constata también un cambio en las conductas sexuales y de uso de anticonceptivos en la gente joven, que refieren mantener con mayor frecuencia y más precozmente relaciones sexuales coitales, en condiciones que no siempre son seguras desde el punto de vista de la

prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual. Aunque en el contexto europeo son los que más utilizan el preservativo masculino, se aprecia se podría estar dando una disminución de su uso y su sustitución por la anticoncepción de emergencia. Todo esto en el marco del mantenimiento de desigualdades de género ya que las chicas siguen teniendo presiones para mantener 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 emergencia y en su caso de la IVE.

Por todo ello, se plantea la necesidad de la colaboración entre las administraciones implicadas para mejorar la información sobre sexualidad y reproducción y el acceso a los anticonceptivos de las y los jóvenes, teniendo en cuenta que sea con enfoque de género y multicultural para evitar las inequidades.

Naturaleza y propósito de este Informe

El presente Informe trata de dar respuestas a la preocupación suscitada por las cifras de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en jóvenes que se publicaron a finales del año 2004 referidas a las IVE notificadas al registro en 2003 y en las que se constataba un aumento de su número en las edades jóvenes.

Surgió entonces la pregunta de ¿cómo es posible que existiendo una mayor información sobre métodos anticonceptivos y una mayor accesibilidad a los mismos, durante los últimos diez años se haya contemplado un crecimiento constante de las IVE en nuestro país y, de forma particular, en las jóvenes menores de 25 años?

Para responder a esta pregunta el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer ha realizado un trabajo de análisis de los datos de IVE, ha revisado las encuestas e investigaciones existentes en nuestro país sobre el tema y ha encargado además un estudio cualitativo específico.

El estudio cualitativo, llevado a cabo por CIMOP (Comunicación, Imagen, Opinión Pública), ha recogido información sobre conductas sexuales y utilización de IVE y anticonceptivos a jóvenes de 14 a 24 años, de diferentes CCAA y clases sociales. Se realizaron 14 grupos de discusión con jóvenes autóctonos, 10 con jóvenes inmigrantes y 5 entrevistas individuales a jóvenes que habían tenido un embarazo no deseado (cuatro finalizado en IVE y uno llevado a término). También se realizaron 5 grupos de discusión con padres y madres autóctonos, 3 con padres y madres inmigrantes, 2 con profesionales del sistema educativo y 24

entrevistas individuales a profesionales sanitarios y del sistema educativo, por su papel informativo y formativo en estos temas.

Puesto que este Informe está orientado a responder a la pregunta formulada más arriba, su foco de atención está en las IVE. Sólo para comprenderlas mejor y plantear su prevención se abordan otros aspectos de la salud reproductiva y de la sexualidad en jóvenes. Esto no significa que se les considere poco relevantes. Más bien al contrario, ya que cuando una mujer o una pareja recurren a la interrupción voluntaria del embarazo ello significa que han fallado las actuaciones de promoción de la salud que comienzan con la información y educación afectivo-sexual y continúan con el acceso adecuado y el uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Este Informe se inscribe en el marco de reflexión y acción de las organizaciones internacionales. En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, desarrollada en Junio de 1999, los Gobiernos acordaron que *“los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles”*. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, en su papel de asesorar a los estados en la provisión de servicios de calidad, ha elaborado un documento titulado *“Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud”*.

También las redes profesionales internacionales, como la *Internacional Planned Parenthood Federation* (IPPF), que representa a 151 organizaciones nacionales que trabajan en 183 países, plantean la necesidad de prevenir los embarazos no deseados y de abordar la interrupción voluntaria del embarazo como temas de salud pública, por

sus repercusiones sobre la salud de las mujeres, y de calidad y accesibilidad de los servicios sanitarios.

En relación con la juventud, la Organización Mundial de la Salud ha puesto en marcha la estrategia europea de “Salud sexual y reproductiva para adolescentes”, la cual incluye el proporcionarles información y educación sobre sexualidad y reproducción, el ayudarles a desarrollar las habilidades necesarias para manejar estos temas de manera satisfactoria y responsable, y el facilitarles acceso a servicios adecuados para reducir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, en la Resolución del Parlamento Europeo sobre “Salud y derechos en materia de sexualidad y de reproducción” (2001/2128) se exhorta a la Comisión a que tenga en cuenta las opiniones de los y las jóvenes sobre salud sexual y reproductiva así como los derechos en esta materia, y a que las considere un aspecto importante en el seguimiento del Libro Blanco sobre un nuevo impulso para la juventud europea.

El Ministerio de Sanidad y Consumo considera que la salud sexual y reproductiva en general, y la de la gente joven en particular, es un componente esencial de la salud individual y colectiva. También considera que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y de probada eficacia así como una adecuada información sobre su uso de acuerdo con las necesidades y las preferencias personales, contribuye a mejorar la salud sexual y reproductiva de los individuos, las familias y la sociedad.

En línea con los organismos internacionales de derechos humanos y de salud el Ministerio de Sanidad y Consumo considera que lo mejor que las autoridades de salud pueden hacer para hacer frente a las IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten las

distintas opciones de anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios accesibles que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de calidad para las usuarias.

En esa misma línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo considera que la promoción de una adecuada salud sexual y reproductiva, incluyendo su importante dimensión afectiva, es un componente esencial de las políticas de igualdad de género.

Las tasas de IVE en España

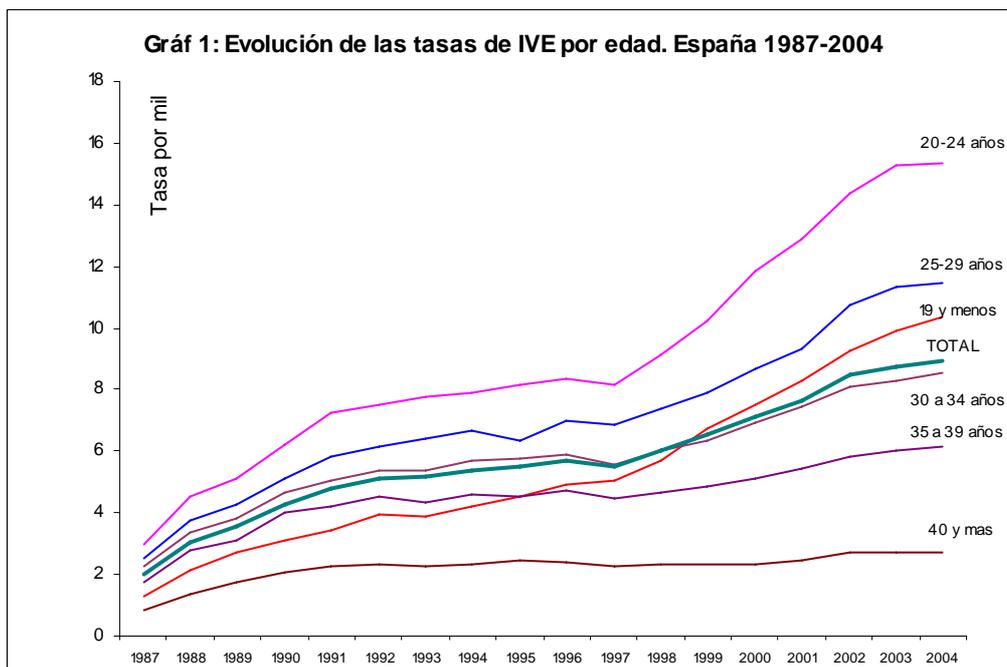
Tras la despenalización de la IVE en la Ley Orgánica 9/1985 el 5 de julio de 1985, una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo del 16 de junio de 1986 estableció la obligatoriedad de notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo mediante un formulario oficial. La primera estadística del Ministerio es, por tanto, la de 1987 y en ella se recogen 16.766 IVE notificadas desde 29 centros.

Observando las estadísticas del registro de IVE, se podría interpretar que tras la ligera tendencia creciente en todos los segmentos de edad hasta 1992, se produciría un aparente estancamiento del incremento hasta 1997, pareciendo que vuelven a crecer, sobre todo en las mujeres más jóvenes, hasta el 2002. A partir de ese año se apuntaría hacia un cierto estancamiento de la cifra global con una separación de las tendencias entre los dos grupos (de 20 a 24 y de menos de 19 años) aunque será necesario observar la evolución en los próximos años para ver si estas tendencias se consolidan (Tabla 1 y gráfica 1).

Tabla 1: Tasas de IVE (por mil) por grupos de edad. España 1990-2004.

Edad	1990	1995	2000	2002	2004
<20	3,12	4,51	7,49	9,28	10,35
20-24	6,22	8,16	11,88	14,37	15,37
25-29	5,1	6,32	8,66	10,72	11,43
30-34	4,69	5,76	6,9	8,1	8,57
35-39	3,99	4,54	5,11	5,84	6,12
40 y más	2,08	2,43	2,35	2,72	2,69
Total*	4,29	5,53	7,14	8,46	8,94

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro de IVE. * mujeres entre 15-44 años.



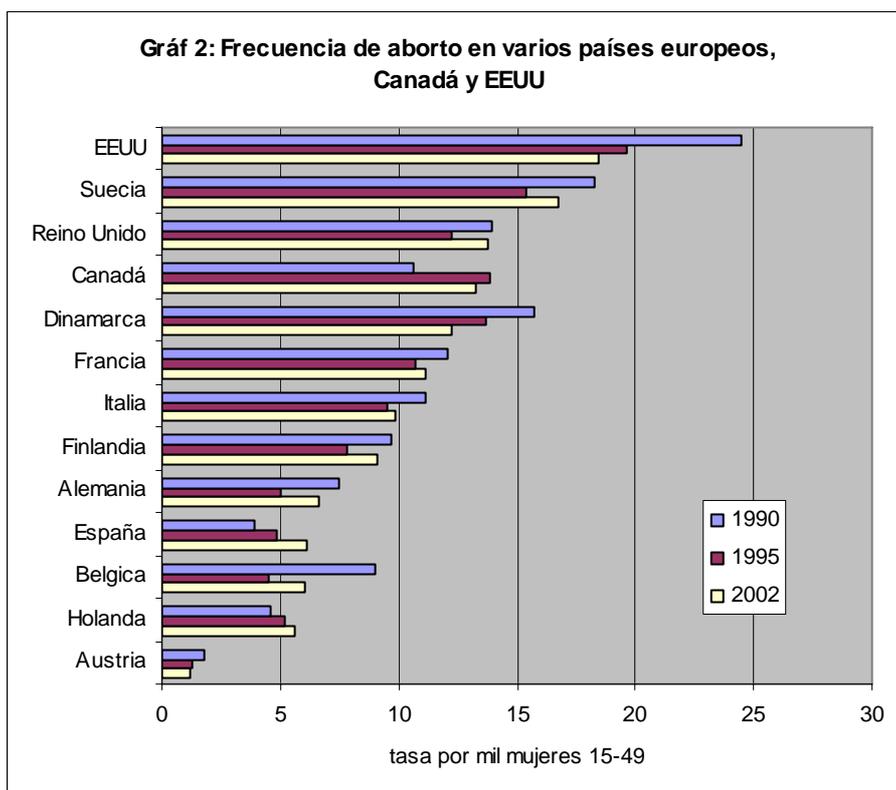
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro IVE 2004.

Las IVE en otros países

Puesto que la IVE es un fenómeno universal, a la hora de valorar la situación en España interesa conocer las situaciones en países de nuestro entorno en los que existan leyes, registros y prestación de servicios semejantes. No obstante las comparaciones, dada la diversidad de planteamientos existente y las diferencias culturales, habrá que hacerlas e interpretarlas con precaución. Según algunos estudios comparativos, parece que los países, una vez que publican leyes para normalizar la atención a las IVE y las registran, observan primero un crecimiento sostenido de las tasas hasta llegar a un techo en el que éstas se estabilizan. Esto sucedió por ejemplo en EEUU y en Reino Unido, donde parece que estarían disminuyendo ligeramente en la actualidad tras llegar a tasas dos y tres veces superiores a las actuales de España.

En el panorama internacional, es interesante destacar dos aspectos que pueden observarse en la gráfica que se muestra a continuación:

- 1) En España las tasas todavía están, aparentemente, creciendo mientras en otros países parecen disminuir ligeramente.
- 2) Las tasas españolas siguen siendo de las más bajas si se comparan con las de otros países de la UE y otros países, como EEUU y Canadá.



Dentro de la Europa de los 15 en Irlanda, Luxemburgo y Portugal no está despenalizado. En 1990, año 1992 para Bélgica; en 1995, datos de 1994 para Grecia; en 2002, datos 1997 para Francia y Holanda, de 1999 para Albania, Italia y EEUU, de 2000 para Austria, Canadá y España y de 2001 para Bélgica y Dinamarca. Alemania incluye RFA y antigua RDA.

Bases de datos utilizadas: Eurostat, United Nations para varios años. También www.insee.fr para Francia, www.statistics.gov.uk para Reino Unido, www.ssd.scb.se para Suecia. INE y Ministerio de Sanidad y Consumo para España. Para EEUU y Canadá anuarios demográficos de United Nations. Para EEUU también www.cdc.gov. Y www.census.gov y para Canadá también www.bcstats.gov.bc.ca.

Para una adecuada valoración de estas observaciones habrá que tener en cuenta, por un lado, cuándo comenzaron a registrarse las IVE en España y cómo ha evolucionado la cobertura del registro en los primeros años; y, por otro, el hecho de que la despenalización se produjera en nuestro país más tarde que en la mayoría de esos países (Suecia en 1937; Reino Unido en 1967). Las costumbres y condicionamientos culturales, unidas a la presencia o ausencia de políticas de planificación

familiar, explicarían también parte de estas diferencias, como en el caso de Rumania que alcanzó tasas superiores a 50 por mil en el 2002.

Además, en los países en los que se observan descensos, éstos no parece que sean importantes en términos absolutos y presentan oscilaciones en el tiempo. También es importante tener en cuenta que el descenso de las tasas de IVE, especialmente cuando éste se asocia a políticas que dificultan su práctica en los servicios públicos, no quiere decir, necesariamente, que se realicen en menor medida, sino que no se registran y/o se realizan en condiciones inadecuadas, aumentando por tanto el riesgo para la salud y la vida de las usuarias. En estos casos las IVE se convierten en un problema de salud pública y en causa de inequidades de género y de renta.

Por otro lado, es necesario reconocer la dificultad existente para comparar las tasas en diferentes países sin conocer en profundidad las circunstancias políticas y sociales que podrían explicar los cambios observados, y que podrían ir desde modificaciones en la legislación, como sucedió en Alemania tras la reunificación, hasta cambios en los registros, en el clima social o en la prestación de los servicios de los países. Como puede apreciarse en las tablas siguientes, las variaciones en la cobertura de las leyes son importantes. Debemos tomar pues esta información internacional como lo que es: un elemento más de reflexión sobre la complejidad del fenómeno que abordamos (Ruiz Salguero, 2005)

Tabla 2: Regulación legislativa del aborto en distintos países, según su restrictividad (1997)

Países	más restrictiva-----más abierta				
	Sólo para salvar la vida de la mujer	Además, por problemas de salud física	Además, por problemas de salud mental	Además, por razones socio-económicas	Sin restricción en cuanto a razón, sí a edad gestacional
Irlanda	*				
Polonia	*	*			
Irlanda del Norte	*	*	*		
Portugal	*	*	*		
Suiza	*	*	*		
España	*	*	*		
Finlandia	*	*	*	*	
Gran Bretaña	*	*	*	*	
Italia	*	*	*	*	*
Grecia	*	*	*	*	*
Francia	*	*	*	*	*
Alemania	*	*	*	*	*
Austria	*	*	*	*	*
Países Bajos	*	*	*	*	*
Bélgica	*	*	*	*	*
Suecia	*	*	*	*	*
Noruega	*	*	*	*	*
Dinamarca	*	*	*	*	*
Rusia	*	*	*	*	*
Rumania	*	*	*	*	*
Hungría	*	*	*	*	*
Yugoslavia	*	*	*	*	*
Cuba	*	*	*	*	*
Canadá	*	*	*	*	*
EEUU	*	*	*	*	*

Fuente: A. Rahman, I. Katzive y Henshaw. "A global review of laws on Induced abortion 1985-1997" en *Family Planning Perspectives* vol. 24, nº 2 junio 1998.

Tabla 3: Regulación del aborto en las distintas regiones del mundo, según su restrictividad (1997)

Regiones	más restrictiva-----más abierta				
	Sólo para salvar la vida de la mujer	Además, por problemas de salud física	Además, por problemas de salud mental	Además, por fundamentos socio-económicos	Sin restricción en cuanto a razón, sí edad gestacional
El 25% de la población mundial: 54 países de África, Asia, Américas y de Europa sólo Irlanda	*				
El 10% de la población mundial: 25 países de África, Asia, Américas y de Europa sólo Polonia	*	*			
El 4% de la población mundial 20 países de África, Asia, Américas y de Europa Irlanda del Norte, Suiza, Portugal y España	*	*	*		
El 20% de la población mundial 6 países de Asia, África, y de Europa Finlandia y Gran Bretaña	*	*	*	*	
El 41% de la población mundial 49 países, de los que 29 son de Europa, 6 de Asia, y 4 de las Américas	*	*	*	*	*

Fuente: A. Rahman, I. Katzive y Henshaw. "A global review of laws on Induced abortion 1985-1997" en *Family Planning Perspectives* vol. 24, nº 2 junio 1998.

El registro de las IVE

En el análisis de la frecuencia de cualquier fenómeno de salud es fundamental conocer la fuente de información de la que se obtienen los datos. En concreto: qué aspectos del fenómeno recoge, cuán fiable es y cuál es su cobertura respecto al mismo. De ello dependerá en gran medida la validez de las estadísticas y por lo tanto la del análisis de la situación que se basa en ellas.

El registro comenzó a funcionar a partir de una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo del 16 de junio de 1986 que estableció la obligatoriedad de notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo. La mejora progresiva de la calidad del registro y de su cobertura territorial (Cataluña se incluyó en 1990) muestra un incremento progresivo del número de centros notificantes con el consiguiente y progresivo incremento del número de IVE notificadas:

- 29 centros en 1987 desde los que se notificaron 16.766
- 102 centros en 1995 desde los que se notificaron 49.367
- 133 centros en 2004 desde los que se notificaron 84.985

Diversos estudios recogidos en una revisión con meta-análisis del tema (Ruiz, 2005) plantean que, debido a las dificultades habituales iniciales de todos los registros y a la escasa cobertura territorial al comienzo del registro, el subregistro de IVE en los primeros años podría encontrarse entre el 30 y el 70% de los casos.

En el estudio realizado por Ministerio de Sanidad y Consumo para valorar la calidad del registro en 1990 (cuarto año de su funcionamiento) se estimó que se habían dejado de registrar 18.500 IVE en ese año, es decir

el 33% de las que se habrían realizado realmente, que se estimaron en 55.577. Esto supondría una tasa real de IVE en el año 1990 del 6.5 por mil y no del 4,3 como consta en las estadísticas (Rodríguez, 1994). Estudios realizados en Francia e Italia muestran niveles de subregistro semejantes (Ruiz, 2005)

El aumento en el número de centros notificantes indica sin duda una mejora en el registro de las IVE y una mejor cobertura territorial del mismo. Probablemente también indica un aumento real de los centros que prestan los servicios de IVE, lo que supondría una mayor accesibilidad. Por otra parte, estos hechos introducen la duda de hasta qué punto han aumentado las IVE, o lo ha hecho su notificación, o se han producido en paralelo ambos fenómenos.

Las IVE de las mujeres españolas

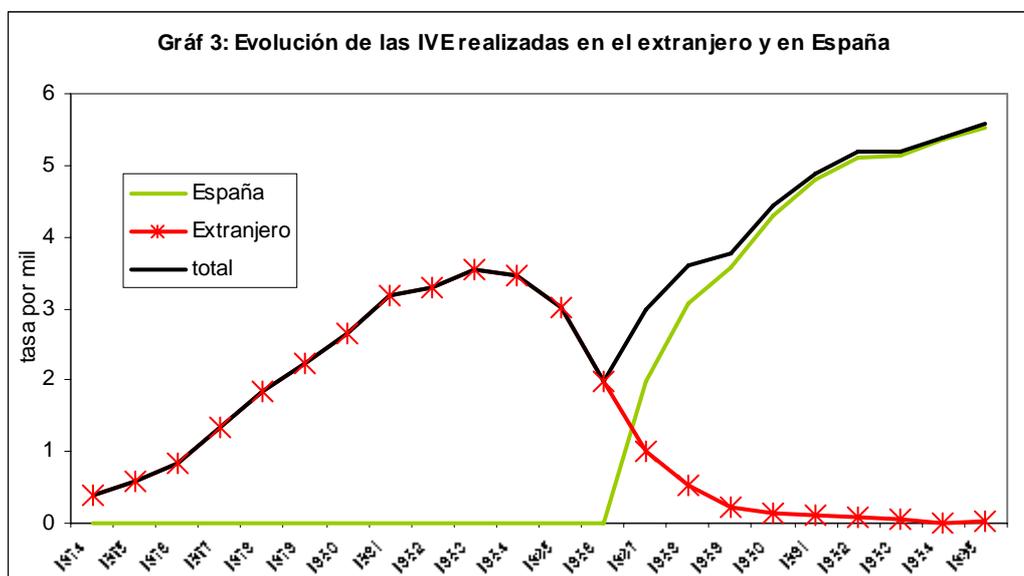
En el análisis de la evolución real de las IVE de las “mujeres españolas” hay que tomar en cuenta no sólo los casos notificados desde que existe el registro, sino también los no notificados, sobre todo antes de que existiera registro y en los primeros años de su funcionamiento, Y, también, las IVE de las mujeres españolas en otros países.

La IVE es una práctica habitual, en el control de la fecundidad, en todas las sociedades y en todos los tiempos de la historia y sucede independientemente de que las leyes la permitan, la despenalicen o la prohíban. Se calcula que se producen en el mundo 46 millones de IVE al año, cerca de la mitad en condiciones de inseguridad, sobre todo en aquellos países que no la han despenalizado o en los que no hay accesibilidad a servicios adecuados. Según los organismos internacionales de derechos humanos y de salud lo mejor que los gobiernos pueden hacer frente a las IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten la anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios de calidad que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de accesibilidad para las usuarias (OMS, 2003).

En España, como en todos los países del mundo, también se han practicado IVE en todas las épocas. Antes de la ley de despenalización éstas se realizaban de manera clandestina, poniendo en peligro la salud y la vida de las mujeres. Algunas mujeres se desplazaban a otros países donde los sistemas de salud prestaban estos servicios, fundamentalmente a Inglaterra y Holanda. Así, en los años previos a la democracia (1974-1978) cerca de 38.000 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo en Inglaterra y algo más de 220.000 lo hicieron en Holanda o

en Inglaterra en los años previos a la despenalización en España (1974-1986).

Después de la promulgación de la ley los registros de IVE de esos países muestran un descenso manifiesto y progresivo del número de mujeres españolas en ellos, llegando a ser de sólo 328 en el año 1995 (hay que destacar que la mayoría de estas últimas eran jóvenes). Este descenso está estrechamente relacionado con el incremento de casos registrados en España, de manera que la suma de casos en esos países y en España presenta una tendencia semejante. Es decir la aplicación de la ley en España no incrementó las IVE más allá de lo esperable en función de la tendencia que ya venía mostrándose: lo que hizo fue evitar que las mujeres tuvieran que desplazarse al extranjero, como puede observarse en la gráfica 3, de Peiró (2001).



Las IVE en España

Como se ha comentado, en el análisis de las IVE es importante separar lo que se refiere a las mujeres españolas - que supone incluir lo sucedido antes y después de la despenalización tanto en España como fuera de ella - del análisis del fenómeno de las IVE en España a partir de la información que proporciona el registro - y que incluye tanto a ciudadanas españolas como a ciudadanas de otros países. Sabiendo que en ambos casos, estaremos observando sólo una parte de la realidad: la parte visible que nos muestra lo notificado y registrado.

Además, si analizamos el fenómeno de las IVE en España a partir de los datos del registro, hay que tener en cuenta que, entre las variables que recoge, no incluye el país de origen de la usuaria. Por tanto, existen limitaciones importantes para conocer la realidad de lo que está sucediendo con estos grupos de mujeres. Mujeres que, al menos cuando recién llegan a España son más vulnerables pues suelen tener menos información sobre anticoncepción y mayores dificultades para acceder a este servicio de salud.

Además de las mujeres de otros países pero residentes en España, parte de las IVE registradas son de mujeres extranjeras no residentes (2.496 en 2004). Como hemos visto, cuando las mujeres que necesitan abortar no pueden hacerlo en su país, una parte de ellas se desplazan a otros lugares donde puedan prestarles ese servicio, como sucedió con las españolas antes de la aprobación de la ley.

Como el registro de IVE español no recoge la variable “país de origen” en su boletín de notificación, sólo es posible obtener esa información por estudios puntuales, estadísticas de algunas clínicas, o el registro de

alguna Comunidad Autónoma que sí lo incluye, como es la Comunidad de Madrid.

Como es sabido, en España se ha producido un incremento importante y continuado en los últimos años de la población extranjera (comunitaria y no comunitaria) que tiene una presencia fundamental en la fecundidad y natalidad. Según los datos provisionales del INE para el 2005, el 15% de los nacimientos (casi 70.000) fueron de madres inmigrantes, y más de la mitad de ellos fueron de mujeres de los cuatro países que se muestran en la tabla 4.

Tabla 4: Distribución (%) de mujeres y nacimientos según país de origen

País de origen	% de entre las mujeres inmigrantes	% de entre los nacimientos de inmigrantes
Ecuador	15	14.2
Marruecos	10	20.8
Colombia	9	7.1
Rumania	8	9.8
Total	32	51.9

Esta actividad reproductiva más elevada refleja, por un lado, diferentes posiciones ante las relaciones sexuales, la anticoncepción y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en las distintas culturas. Y probablemente también que muchas de las recién llegadas tienen dificultades para acceder a los servicios de salud reproductiva del Sistema Nacional de Salud. Es lógico suponer que esa actividad reproductiva conlleve no sólo el incremento de nacimientos sino también de embarazos no planificados y no deseados y, por lo tanto, también de las IVE.

Por otro lado, aunque al residir en España tienen derecho a los servicios de planificación familiar, su uso dependerá de la accesibilidad cultural, económica y geográfica. Es interesante destacar en este sentido que en función del descenso en el crecimiento anual de nacimientos de madres extranjeras desde el año 2002 parecería que estas mujeres se asemejan cada vez más a las españolas en este sentido, y que esto tal vez se deba a que poco a poco van consiguiendo un mejor acceso a la anticoncepción y a decidir sobre su maternidad.

Contar con el dato del país de origen es fundamental para realizar un análisis correcto de la situación y orientar adecuadamente las actividades preventivas teniendo en cuenta las circunstancias y necesidades específicas de cada grupo de usuarias para mejorar su efectividad.

El país de origen de las usuarias

España, como se ha comentado, ha experimentado una importante transformación sociodemográfica en los últimos 10 años con un aumento desde mediados de los 90 de la población proveniente de otros países, que según datos del INE ha pasado del medio millón de extranjeros en 1995 (de los que se estimaba que la inmigración económica apenas llegaban a 200.000) a más de 3.69 millones en el 2005, es decir un 8,4% de la población (de los que se supone que más de 2.5 millones son debidos a la inmigración económica). En este flujo, las mujeres en edad fértil tienen una representación importante ya que eran algo más de un millón en el 2005.

Si bien es cierto que en la actualidad es imposible conocer con precisión la frecuencia de IVE en la población inmigrante dado que no se recoge esta información en el registro de IVE, existen algunos estudios realizados en distintas zonas de España que dan cuenta, aunque sea de forma parcial, de la importancia del cambio en el perfil sociodemográfico y cultural del fenómeno de las IVE.

En un estudio llevado a cabo entre 1998 y 2002 en la zona norte de la provincia de Almería (Barroso García, 2005) el porcentaje de inmigrantes en el total de IVE practicadas fue de 52,7%, siendo del 25% en las menores de 15 a 19 años y del 60,6% entre las de 20 a 24 años. Por otro lado, los datos de crecimiento de IVE en los distintos Distritos Sanitarios andaluces se relacionan directamente con la presencia de inmigrantes en ellos.

Un estudio de la Clínica Dator¹ de Madrid, a partir de las intervenciones realizadas muestra un crecimiento progresivo de la proporción de usuarias no españolas desde el año 1994 al 2005 (del 11% al 45%), que fue del 22% en las menores de 25 años en el año 1999 y del 35% en el 2005.

Según datos del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, en el año 2004², la mitad de las IVE notificadas correspondían a mujeres no españolas de acuerdo con la siguiente distribución por edades.

Tabla 5: IVE en la Comunidad de Madrid por país de origen y edad

Edad	España (n)	Otro país (n)	Total (n)	% otro país/total
<20 años	1011	685	1696	40,4
20-24	1796	2281	4077	55,9
25-29	1613	2407	4020	59,9
30-34	1354	1750	3104	56,4
35-39	1061	957	2018	47,4
40-44	489	292	781	37,4
45 o más	35	11	46	23,9
Total	7359	8383	15742	53,3

Fuente: BECM, nº 3, vol II, Marzo 2005.

Otro estudio³ llevado a cabo a partir de los datos de 15.000 cuestionarios suministrados por 12 Clínicas Privadas de 5 Comunidades Autónomas pone de manifiesto que el 49% de las IVES practicadas en dichas clínicas corresponden a mujeres no españolas.

A partir de estos estudios, todo parece apuntar a que en la actualidad entre un 40-50% de las IVE practicadas en España corresponden a

¹ Clínica Dator, 2006.

² Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 3. Vol. II. Marzo 2005.

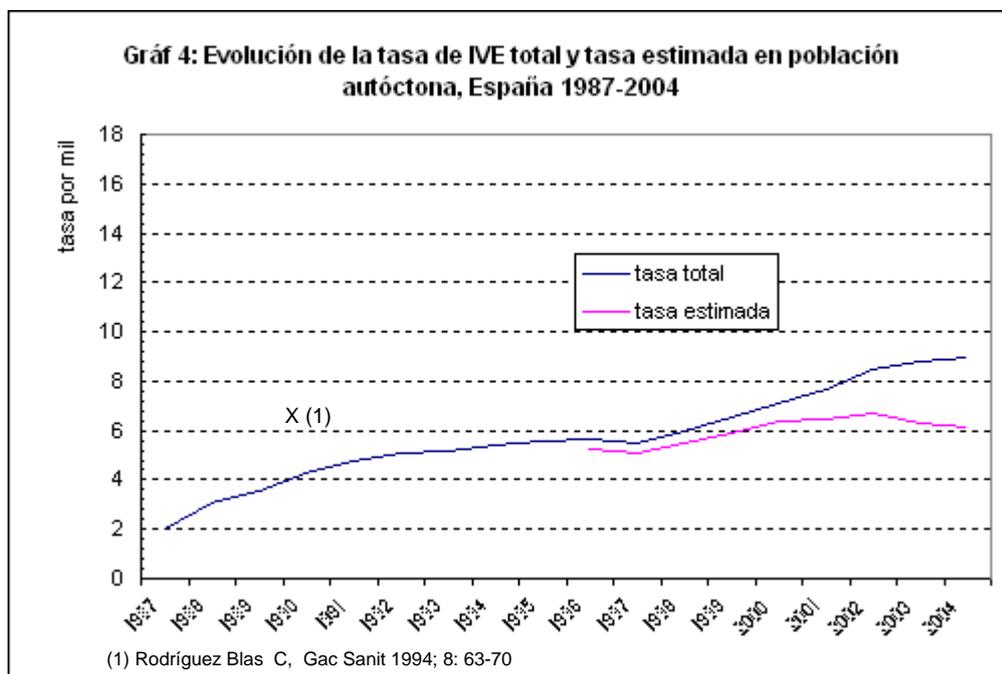
³ El País, 28 Diciembre de 2005.

mujeres no españolas, con una representación importante de las menores de 25 años entre ellas.

Extrapolando esta información al conjunto de la población inmigrante en España para hacer una estimación de las tasas de IVE en población autóctona¹, y teniendo en cuenta el subregistro de IVE en 1990, se podría decir que la tasa total de IVE en el grupo de mujeres españolas se habría mantenido a lo largo del tiempo estudiado alrededor del 6 por mil. Por tanto, el reciente incremento se relacionaría fundamentalmente con el cambio en la composición de la sociedad española que incluye ahora colectivos diversos que modifican, al menos temporalmente, las estadísticas (gráfica 4).

En base a estas estimaciones y teniendo en cuenta sus limitaciones, las tasas totales de IVE de las mujeres inmigrantes serían mucho más altas que las de las españolas (hasta 30 por mil). En las IVES en menores de 24 años, dos tercios del aumento de las tasas que se ha producido entre 1996 y 2004 estaría relacionado con el aumento de la población de jóvenes inmigrantes. Estas estimaciones reforzarían la hipótesis de la relación entre las dificultades de las mujeres inmigrantes para acceder a métodos anticonceptivos adecuados y a servicios de salud sexual y reproductiva.

¹ Con el fin de estimar el efecto de la inmigración en las tasas de IVE, se han elaborado unas tasas corregidas para el conjunto de España. Para ello se calcularon las tasas específicas de IVE por edad en las inmigrantes de la Comunidad de Madrid (únicos datos disponibles por país de origen); se asumió que estas tasas específicas eran las mismas para el conjunto de la población inmigrante en España (y constantes en el tiempo) y se aplicaron a esta población en edad fértil. Se obtuvieron así las IVE estimadas en población inmigrante y, por diferencia sobre el total, las atribuibles a la población autóctona. Sobre ellas se calcularon las tasas estimadas. Esta estimación tiene dos limitaciones de importancia: 1) al elaborar las tasas específicas, probablemente el denominador (población extranjera del padrón) podría estar sub-representado, con lo que las tasas estarían sobre-estimadas; 2) si la población total de mujeres inmigrantes no tuviera el mismo perfil que las inmigrantes de Madrid respecto al país de origen, hábitos reproductivos, situación socio-económica y laboral –y por lo tanto tasas de IVE- esta estimación variaría. En todo caso, y mientras la variable país de origen no esté recogida en el protocolo de IVES, es un acercamiento que nos puede ayudar a entender la evolución de las tasas.



Pero el factor numérico no es el único que influye, ya que por razones relacionadas con factores culturales y religiosos, entre otros, las mujeres procedentes de algunos países tienen mayor fertilidad que otras, y por lo tanto mayores tasas de nacimientos y de IVE que las esperadas en función de su presencia numérica. Un ejemplo de lo primero son las mujeres de Rumania, país con una tasa de IVE de las más altas de Europa y que trasladan a su situación fuera del país. Por el contrario, las mujeres de Colombia tienen una presencia inferior a su peso poblacional.

Según el estudio cualitativo realizado por CIMOP, en algunas jóvenes sudamericanas cabría asociar los embarazos no deseados a su proceso de integración en la sociedad española. Este proceso puede suponer acumular los riesgos de la sociedad y cultura de origen a los de la española, sin haber desarrollado todavía habilidades para la gestión

responsable y positiva de los riesgos. Por un lado, la cultura familiar de origen prescribe un amplio número de hijos como modelo de realización personal-social. Por otro, en España predominan objetivos vitales más personalizados y una sexualidad joven desvinculada de objetivos reproductivos. La cultura del “cortejo” existente en el país de origen genera la creencia del conocimiento y la confianza en el otro o la otra, que se mantiene en España pero con un “cortejo” mucho más corto. Esto puede dar la falsa impresión de seguridad y de no necesitar utilizar el preservativo, con el incremento del riesgo de embarazo e infección.

También se recoge en el mencionado estudio que en estos grupos existe una situación de desigualdad de las chicas, que se ven presionadas por los chicos para mantener relaciones sin preservativos u otros métodos anticonceptivos. Además, algunas desean quedarse embarazadas ya que tener hijos aparecería como una manera de crear vínculos estables. Pero con frecuencia si se produce el embarazo suele provocar la ruptura de la pareja y a veces su interrupción.

En otro estudio cualitativo (Llacer, 2006), el personal sanitario entrevistado identificó los horarios como una de las dificultades de acceso de las mujeres inmigrantes a las consultas de planificación familiar. Estas mujeres suelen estar empleadas en trabajos de servicio doméstico, cuidados a personas dependientes o restauración, que coinciden en el tiempo con las consultas o en los que les resulta difícil obtener un permiso para acudir a ellas. Otras circunstancias referidas como relacionadas con el embarazo no deseado y la IVE en esas mujeres fueron la negativa de sus parejas a usar el preservativo, la desorientación acerca de los métodos anticonceptivos más idóneos, la falta de pareja o, en caso de tenerla, de su corresponsabilidad ante el embarazo, y en algunas mujeres en la prostitución las falsas expectativas de que el embarazo les

permitiera dejarla. También se mencionaron situaciones de violencia sexual en el seno de la familia o por parte de la pareja, como problema de mayor complejidad para su reconocimiento que el más extremo de la violación.

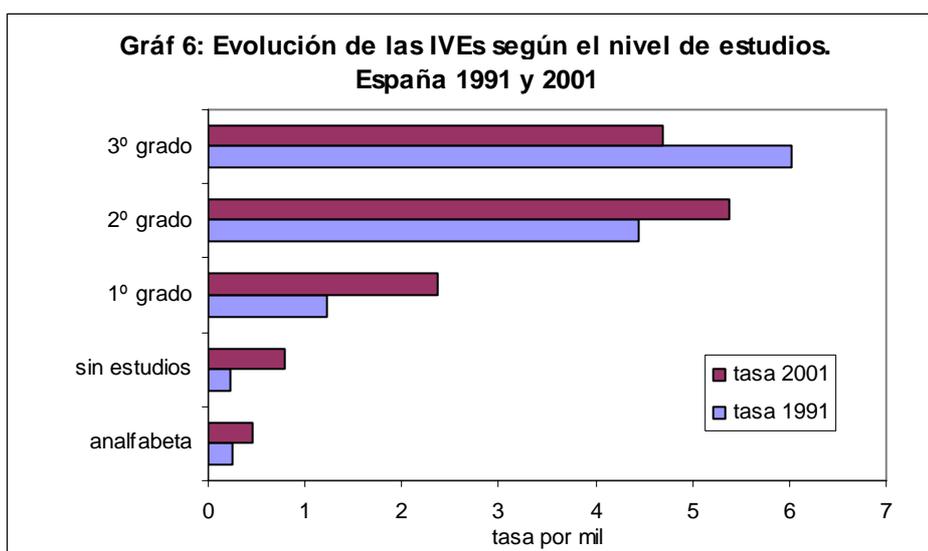
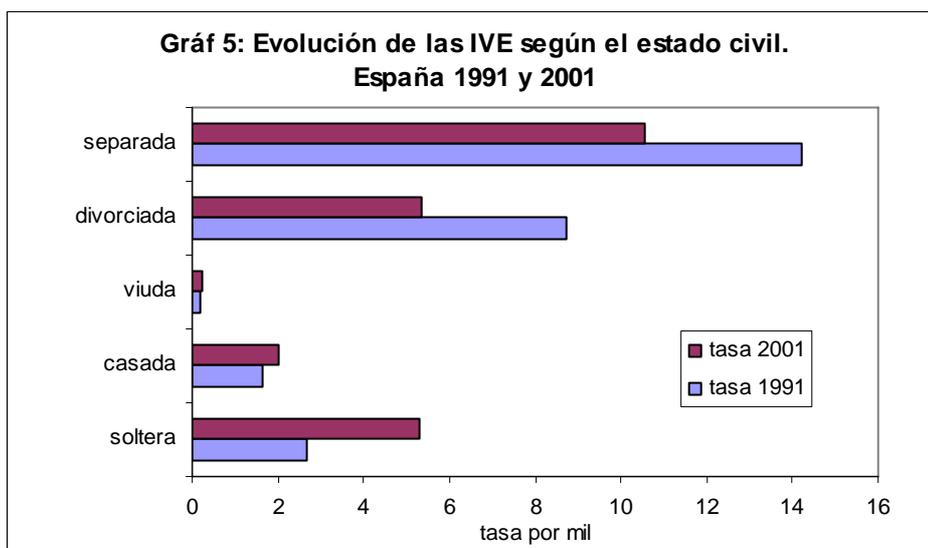
Otras características sociodemográficas de las IVE en España

Respecto a las características socioeconómicas de las mujeres que usan este servicio, sólo podemos contar con las variables estado civil y nivel de educación, las únicas que se recogen del mismo modo en el registro de IVE y en el censo poblacional.

Esto permite calcular tasas poblacionales que facilitan valorar correctamente los cambios en el tiempo. Puesto que los censos se realizan cada 10 años y el padrón, que se realiza posteriormente, no incluye estas variables, no es posible presentar datos más actualizados de ellas. En consecuencia, se han calculado las tasas poblacionales a partir de los datos de los últimos censos disponibles (1991 y 2001) y de la información recogida en el registro de IVE para las dos variables mencionadas.

En relación con el estado civil, las tasas mayores de IVE son las de aquellas usuarias que refieren estar separadas o divorciadas. Respecto a 1991 en este grupo las IVE han disminuido mientras que han aumentado en las solteras.

Respecto al nivel de educación, aunque en el periodo estudiado la tasa más alta es la de los grupos con mayores niveles de educación, se observa que en el 2001 ha aumentado la tasa en las mujeres de niveles educativos más bajos. En el único grupo en el que ha disminuido la tasa de IVE ha sido el de las usuarias con estudios superiores, es decir, clases medias y medias altas que acceden mayoritariamente a la universidad y a los estudios de tercer grado. La tasa más elevada en 2001 fue la de las usuarias con segundo ciclo de estudios (gráficos 5 y 6).



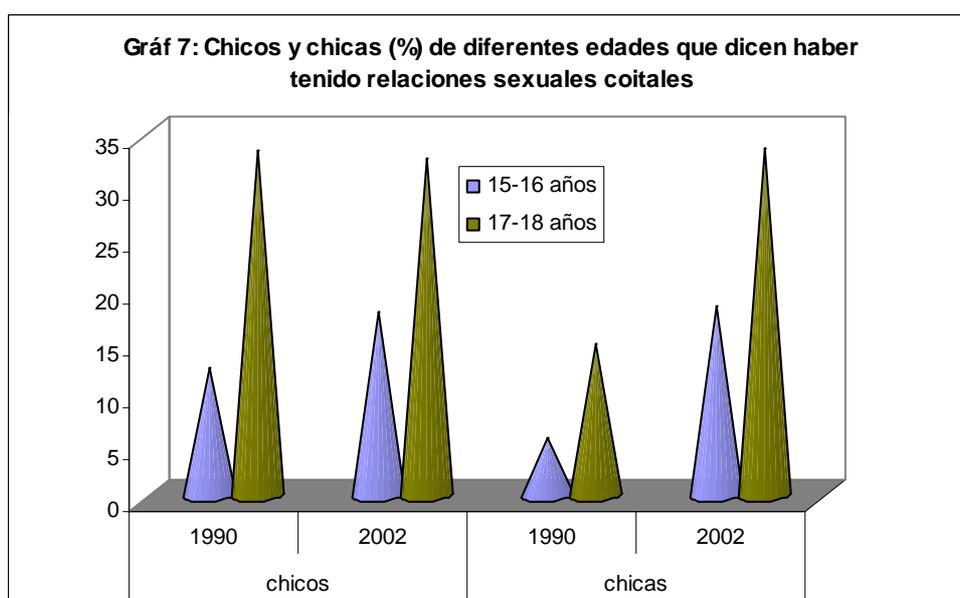
La información cualitativa nos puede ayudar a comprender mejor estos cambios que podrían deberse a variaciones en la composición social y laboral de la juventud residente en España y al diferente posicionamiento de la gente joven y de sus familias ante las situaciones de embarazo no deseado, y sus repercusiones en el desarrollo de sus vidas.

Cambio en las culturas relativas a la sexualidad

El cambio en la manera de vivir la sexualidad se produce en todos los grupos de jóvenes. En las jóvenes inmigrantes este cambio se produce entre las culturas existentes en las sociedades y grupos sociales de origen y las que deben y pueden ir desarrollando en España. En las españolas, el cambio principal se produce entre las culturas y comportamientos de las generaciones educadas en el temor al VIH-SIDA de finales de los 80 y principios de los 90 y unas culturas emergentes en las que la sexualidad cumple una función de escuela de vida y en las que el temor al VIH-SIDA ha disminuido de forma significativa. Las consecuencias principales de esos cambios en relación con el riesgo de embarazo no planificado y de realización de IVE es que las relaciones heterosexuales coitales se han generalizado y comienzan antes.

En la encuesta internacional de la OMS a escolares (Ministerio de Sanidad. HBSC 2004) puede observarse la evolución de las respuestas a la pregunta de “haber tenido relaciones sexuales coitales” entre 1990 y 2002 (Gráfico 7). La principal conclusión que se deriva es que durante estos 12 años se ha producido un cambio significativo en su comportamiento sexual, sobre todo de las chicas adolescentes, con un inicio más precoz de las relaciones sexuales coitales.

En los resultados del 2002, el grupo de 17-18 años refieren haberlas comenzado como media a los 14,61 los chicos y 15,89 las chicas, mientras que el grupo más jóvenes refiere haberlo hecho como media a los 14,33 y 15,83 respectivamente. Los resultados de los Informes de la Juventud en España (Tabla 6) confirman estas tendencias, aunque al incluir grupos de edades diferentes y aplicar diferente metodología no coincidan exactamente los datos.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo-HBSC 1990 y 2002 para España.

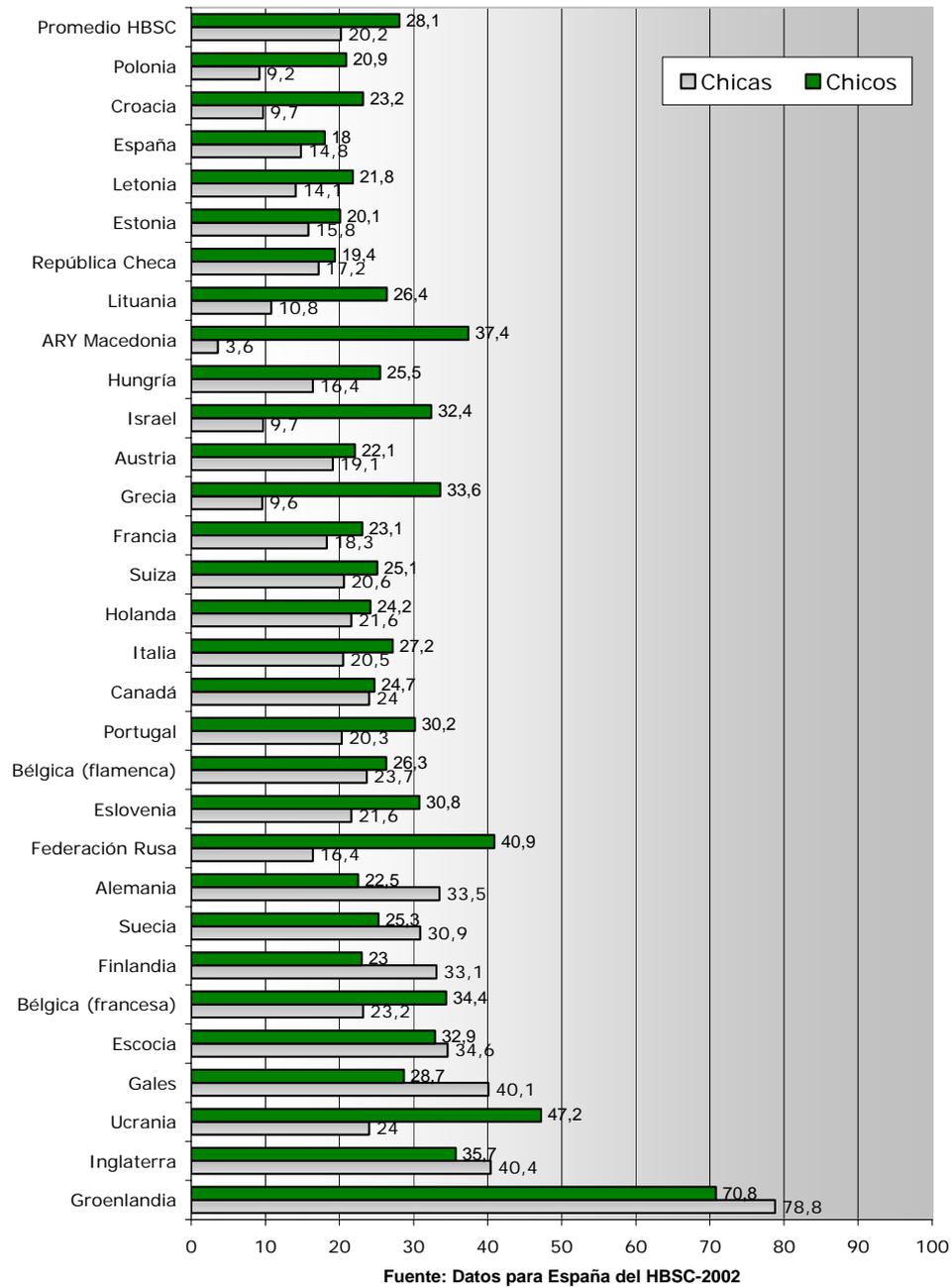
Tabla 6: Evolución de la edad media de la primera experiencia sexual

	IJE-1996	IJE-2000	IJE-2004
Chicas	18 años y 8 meses	18 años y 4 meses	18 años
Chicos	17 años y 7 meses	17 años y 4 meses	17 años y 4 meses

Fuente: INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 1996, 2000 y 2004. Base: personas que han tenido relaciones en la población de 15-29 años

En la misma encuesta, al comparar entre los países participantes en el 2002, destacan los diferentes porcentajes de jóvenes que a los 15 años refieren haber mantenido relaciones sexuales coitales. Estas diferencias se manifiestan tanto en su frecuencia como en las diferencias entre chicas y chicos. En el caso de España, los dos aspectos a destacar son que la frecuencia se encuentra por debajo de la media y que las diferencias entre las chicas y los chicos son pequeñas (Gráfica 8).

Gráfico 8: Chicas y chicos de 15 años (%) que dicen haber experimentado relaciones sexuales coitales



Parece que, como sucede con otras conductas relacionadas con la salud (por ejemplo, el consumo de tabaco y de alcohol), se ha

adelantado la edad de comienzo y se han igualado las prácticas entre los chicos y las chicas.

Hay que señalar en este punto que, probablemente, exista un sesgo de género en las respuestas emitidas, como en general puede suceder en las encuestas sobre hábitos sexuales.

Esta iniciación más temprana podría suponer una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información y de habilidades para la gestión responsable de los mismos. Mientras que a edades más adultas y con mejor información las relaciones sexuales pueden contemplar diferentes componentes además del coito, en la adolescencia parece que se tiende más a este tipo de relación. Esta presión hacia el coito parecería estar promovida por el entorno mediático de la juventud actual (películas, comics, etc.) (CIMOP, 2005)

El uso de los métodos anticonceptivos

El conjunto de información cualitativa y cuantitativa disponible apunta a que a lo largo de la década de los 90 se ha ido incrementando progresivamente el uso de distintos métodos anticonceptivos entre la gente joven. Destaca el **preservativo masculino** como el método por excelencia y la **anticoncepción de emergencia** como el de uso creciente. Otros métodos como la píldora, el dispositivo intrauterino, el diafragma o los parches se asocian con edades más adultas, con relaciones de pareja institucionalizada, o con mujeres que ya han tenido hijos, situaciones todas ellas percibidas como lejanas por la mayoría de jóvenes.

Los y las jóvenes dicen que el **preservativo masculino** es el medio más accesible, aunque parece seguir teniendo ciertos problemas de accesibilidad en algunos entornos, en parte por el coste económico que supone y también porque todavía un cierto sector de jóvenes declara tener “vergüenza” a la hora de pedirlo como manifestó el 25% de ellos en la encuesta realizada en el 2003 entre jóvenes de Sevilla (Real Heredia y cols. 2003).

El resto de métodos requieren de una planificación, de revisiones ginecológicas, es decir, de un cierto control sanitario que aleja a las actuales generaciones juveniles de su utilización. Mientras en las generaciones más adultas la visita ginecológica está más o menos aceptada y asentada, esto no parece ser así en las actuales generaciones juveniles. De ahí que sólo una minoría de mujeres jóvenes, en general las que tienen una relación de pareja más estable, accedan a dichos métodos anticonceptivos.

El uso del preservativo masculino presenta algunos frenos asociados a ciertas creencias vinculadas al placer, a la incomodidad de su uso o a otros aspectos. El resto de métodos anticonceptivos presentan, por el contrario, una multitud de frenos vinculados a ámbitos de importancia para las mujeres jóvenes: la estética y la salud. Para un amplio sector de jóvenes representados en los grupos de discusión del estudio cualitativo (CIMOP, 2005) **los métodos hormonales (la “píldora”)** “engordan”, “afean”, “hacen perder la silueta”, “tienen contraindicaciones”, “pueden generar cáncer” o “producir infertilidad” si su uso es continuado. Dichas creencias proyectan una imagen negativa sobre dichos métodos desincentivando su uso entre una amplia mayoría de chicas.

En el marco de la evolución del uso de los preservativos, algunos estudios cualitativos (Conde 2004, CIMOP 2005) han observado una cierta “relajación” en la “norma” discursiva que prescribe utilizar “siempre” el preservativo en el marco de una relación sexual que pueda conllevar algún riesgo. Si bien es cierto que no hay una correlación completa entre el discurso y los comportamientos, también los es que, de una u otra forma, con el discurso se viene a representar lo que ocurre en la realidad de los comportamientos.

También los resultados de algunas encuestas apuntan hacia la necesidad de reforzar la información y educación sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos. En la realizada en Sevilla (Real Heredia y cols. 2003) un 26,4% de los y las jóvenes encuestadas declaraba haber utilizado en sus relaciones coitales prácticas anticonceptivas de dudosa eficacia, como el lavado vaginal y la marcha atrás. Además, un 31% de los encuestados declaró utilizar a menudo el preservativo pero no en todas las ocasiones y un 17.7% (14% de los chicos y 21,6% de

las chicas), manifestaron considerar que el preservativo es eficaz aunque se coloque tras la penetración.

Algo similar se recoge en el artículo de Callejas (2005) donde se señala que un 12% de los y las jóvenes de 14-18 años que declaraban mantener relaciones sexuales con penetración, habían recurrido al menos una vez a “la marcha atrás”.

En esta misma dirección, una encuesta nacional llevada a cabo por el Consejo de la Juventud entre jóvenes de 13 a 29 años (M. Hernán, M. Ramos y A. Fernández, 2002) puso de manifiesto que entre el 27 y el 46,5% habrían declarado *“no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración”*. Un estudio de la Clínica Dátor¹ en mujeres que realizaron un IVE muestra que “un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas afirma que su pareja le obliga a tener relaciones sexuales sin preservativo”.

A pesar de estos datos, en el contexto internacional la gente joven de nuestro país es la que más utiliza el preservativo.

Según la encuesta internacional a escolares (HBSC-2002), un 80% dijeron haber utilizado el preservativo masculino en la última relación sexual, el porcentaje más alto de entre los países participantes. Hay que destacar sin embargo que los chicos más jóvenes (15-16 años) presentan, según dicha encuesta, conductas menos seguras (el 10% no usaron ningún método en su última relación, el 10,4% uso la “marcha atrás” y el 2,6 no estaba seguro del método empleado) (Tabla 7 y gráfico 9).

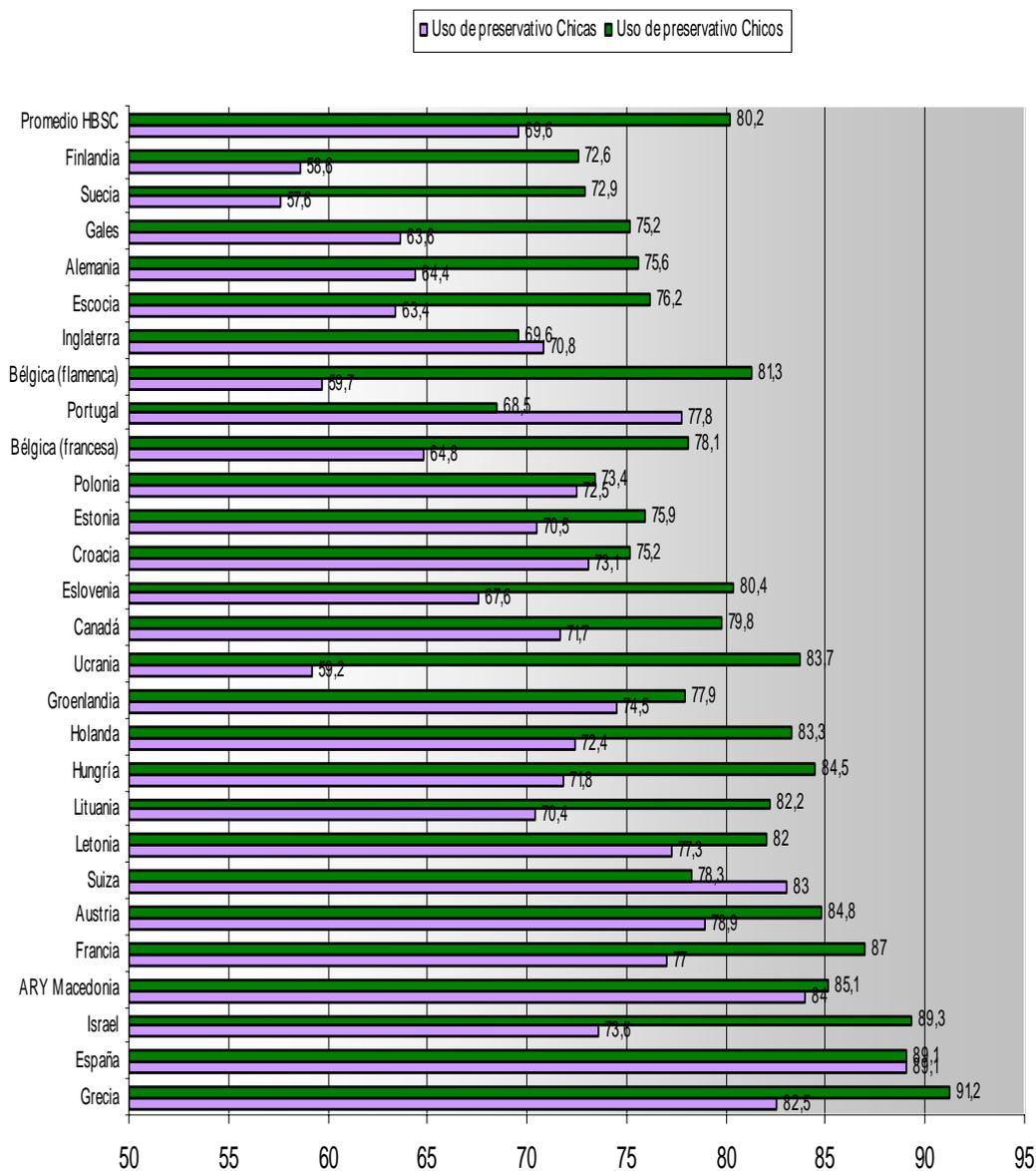
¹ El País, 2 de mayo de 2005.

Tabla 7: Conducta declarada referente a la última relación sexual

		Chicos		Chicas	
		15-16 N = 269 %	17-18 N = 567 %	15-16 N = 255 %	17-18 N = 620 %
Edad promedio de inicio en las relaciones sexuales coitales		14,33	15,83	14,61	15,89
Usó preservativo	Si	78,8	84,1	82,0	84,2
	No	16,4	14,3	12,5	15,3
	N.C.	4,8	1,6	5,5	0,5
Usó píldoras anticonceptivas	Si	5,2	9,2	11,4	14,8
	No	62,1	64,6	64,7	61,3
	N.C.	32,7	26,3	23,9	23,9
Usó marcha atrás	Si	10,4	11,6	14,5	15,2
	No	57,2	62,1	60,0	59,4
	N.C.	32,3	26,3	25,5	25,5
Usó “otros métodos”	Si	5,9	2,1	3,9	2,4
	No	60,6	69,5	67,8	68,7
	N.C.	33,5	28,4	28,2	28,9
No está seguro del método anticonceptivo empleado	Si	2,6	0,5	0,0	0,0
	No	59,1	78,3	68,6	81,6
	N.C.	38,3	21,2	31,4	18,4
No usó método contraceptivo	Si	10,0	5,5	4,3	3,9
	No	87,7	94,2	92,9	95,8
	N.C.	2,2	0,4	2,7	0,3

Fuente: Datos para España del HBSC-2002

Graf 9: Uso del preservativo (%) en la última relación sexual coital en chicos y chicas de 15 años



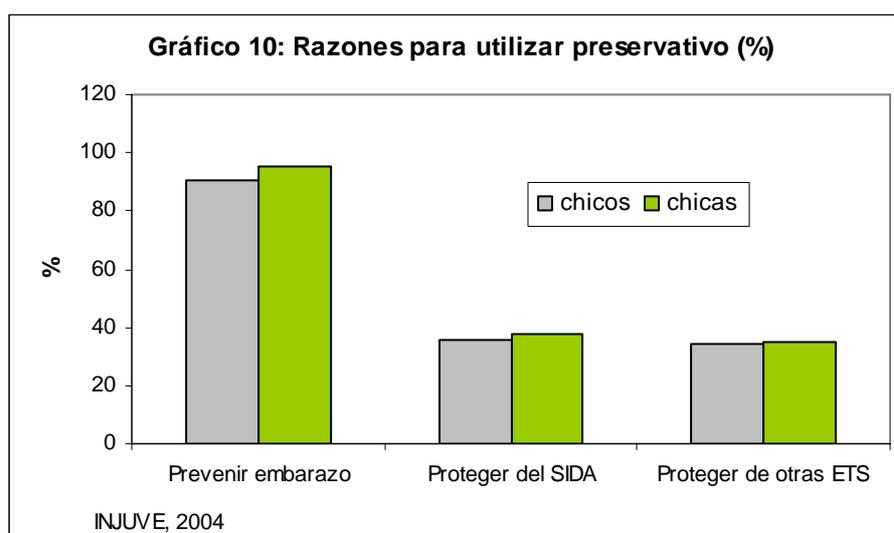
Fuente: Datos para España del HBSC-2002

En los datos del INJUVE puede observarse cómo sólo un tercio de la juventud con relaciones coitales y que usa el preservativo considera la protección respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) - y específicamente respecto al VIH/SIDA- una buena razón para su uso. Aunque las chicas parecen ligeramente más sensibles a la prevención de los embarazos no deseados, no ocurre lo mismo con el tema de las infecciones a pesar de su mayor vulnerabilidad (Tabla 8 y Gráfica 10).

Tabla 8: Razones para usar el preservativo, en la última relación (%)

	IJE 2000	IJE 2002	IJE 2004
Prevenir embarazo	93	95,4	93
Proteger del SIDA	43	45,1	34,8
Proteger de otras ITS	35	43,2	31,9

Fuente: INJUVE 2002-2004. Base: Personas que han utilizado preservativo.



En resumen, en relación con la frecuencia de uso del preservativo masculino existen aspectos que deben ser mejorados. Sobre todo porque, por un lado, hay jóvenes que todavía no lo utilizan o no lo hacen de manera adecuada, y por otro, porque parece existir una cierta tendencia a la relajación en su uso, relacionada probablemente con la disminución en la percepción del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y en concreto del VIH/SIDA. Y pone de manifiesto problemas en la implicación y corresponsabilidad de los chicos e incluso actitudes coactivas sobre las chicas para el no-uso del preservativo.

No hay que olvidar tampoco que la propia presencia y dominancia de la norma de usar el preservativo puede ser en sí misma un factor incitador de su trasgresión, ya que el juego con el riesgo es una característica central de la juventud.

La **anticoncepción de emergencia (AE)** es el método que parece utilizarse cada vez con mayor frecuencia: 100.000 unidades nuevas al año hasta alcanzar las 500.000 en el 2005 (Tabla 9). Este método parece jugar un doble papel, ya que, por un lado podría reforzar la justificación de no usar el preservativo y, por otro, parece ser altamente efectivo en la prevención de embarazos no deseados.

Tabla 9: Evolución de las ventas de anticonceptivos de emergencia (miles de unidades) en farmacias y hospitales. 2001-2005

	Farmacias	Hospitales	Total	Tasa* utilización
2001	144,3	15,9	160,2	18
2002	269,6	39,5	309,1	34
2003	317	76,7	393,7	43
2004	366	118,4	484,4	51
2005**	399	107	506	53

Fuente: IMS (Internacional Marketing Studies). Los datos de las Farmacias corresponden a un panel representativo del 95% de dichos establecimientos. * Tasa por mil mujeres 15-45 años. **Para 2005 se estimó la cantidad total a partir de las ventas realizadas hasta agosto (dato disponible).

A falta de datos generales y unificados de utilización de la AE algunos datos parciales pueden ayudar a conocer el perfil de las usuarias. Así, por ejemplo, los datos de evaluación sobre AE de Andalucía¹ (período 2001-2005) muestran un perfil de edad en el que un 67% de las usuarias tienen menos de 25 años (35.2 % menos de 20 años y 31.5% de 20-24 años); datos de Cataluña² (período octubre 2004-octubre 2005) muestran un perfil similar con un 63% de usuarias por debajo de los 25 años (4,2% en menores de 16 años, 30,3% en 16-19 años y 28,5% en 20-24 años) y en el registro de anticoncepción de emergencia de Asturias³ (período julio-diciembre de 2005) el 60% de usuarias tenía edades inferiores a 25 años (28% en menores de 20 años y 31,3 % en 20-24 años).

¹ Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud: Informe sobre Anticoncepción de Emergencia, Andalucía 2001-2005.

² Generalitat de Catalunya (www.gencat.net).

³ SESPA, Subdirección de Atención Primaria: Evaluación de la dispensación de la contracepción post-coital, julio-diciembre 2005.

También en el estudio cualitativo (CIMOP, 2005) los profesionales entrevistados señalan que la mayoría de las usuarias de la “pastilla del día de después” son menores de 30 años, y que las más mayores utilizan otro tipo de métodos anticonceptivos (pastillas, tratamientos hormonales o DIU fundamentalmente).

Es decir, según los datos disponibles se podría decir que entorno al 63% de la AE es utilizada por jóvenes. Según esta información y los datos suministrados por el IMS (Internacional Marketing Studies) sobre la distribución de los citados métodos de emergencia en las farmacias y hospitales de las distintas Comunidades Autónomas, se han estimado las tasas de utilización de AE en jóvenes que se muestran en la tabla siguiente, junto con las tasas de IVE por CCAA.

Puede observarse una amplia variabilidad tanto en la tasa de IVE (entre 4,68 y 17,34 por mil) como en la de utilización de AE (entre 43 y 161 por mil). Estas diferencias se suponen relacionadas con factores dependientes de las administraciones sanitarias además de con las diferencias en las conductas y prácticas sexuales de la juventud en cada lugar. Por un lado, lo están con la existencia de programas de salud sexual y reproductiva para jóvenes que incorporen un enfoque global y de género y ofrezcan los servicios básicos, fundamentalmente la educación e información sexual. Y por otro, también lo están con la accesibilidad económica, geográfica y cultural a estos servicios específicos de IVE y AE en cada CCAA.

Tabla 10: Utilización de anticoncepción de emergencia (AE) y de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en jóvenes de 15-24 años por CCAA, 2004

	Mujeres 15-24 años	IVE en mujeres 15-24 años	AE estimada en mujeres 15-24 años	Tasa por mil IVE	Tasa por mil AE
Total nacional	2.601.461	33.386	305.361	12,83	117,38
ANDALUCÍA	527.259	7.393	22.720	14,02	43,09
ARAGÓN	66.113	940	8.343	14,22	126,19
ASTURIAS	56.986	744	7.643	13,06	134,12
BALEARES	57.396	999	7.792	17,41	135,76
CANARIAS	127.338	1.292	20.583	10,15	161,64
CANTABRIA	32.048	179	2.779	5,59	86,71
CASTILLA LA MANCHA	113.929	937	12.790	8,22	112,26
CASTILLA Y LEÓN	137.154	1.248	20.209	9,10	147,35
CATALUÑA	378.127	6.221	48.904	16,45	129,33
C. VALENCIANA	274.685	3.458	42.395	12,59	154,34
EXTREMADURA	70.073	533	7.065	7,61	100,82
GALICIA	159.442	978	22.013	6,13	138,06
MADRID	346.747	6.013	50.691	17,34	146,19
MURCIA	86.804	1.265	10.929	14,57	125,90
NAVARRA	31.229	242	1.902	7,75	60,90
PAÍS VASCO	109.733	708	15.040	6,45	137,06
LA RIOJA	16.353	189	2.158	11,56	131,96
CEUTA Y MELILLA	10.045	47	1.402	4,68	139,57

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (Censo, 2001), Ministerio de Sanidad y Consumo (IVE) e International Marketing Studies (anticonceptivos de emergencia 2004). Estos últimos datos hacen referencia a Farmacias y Hospitales

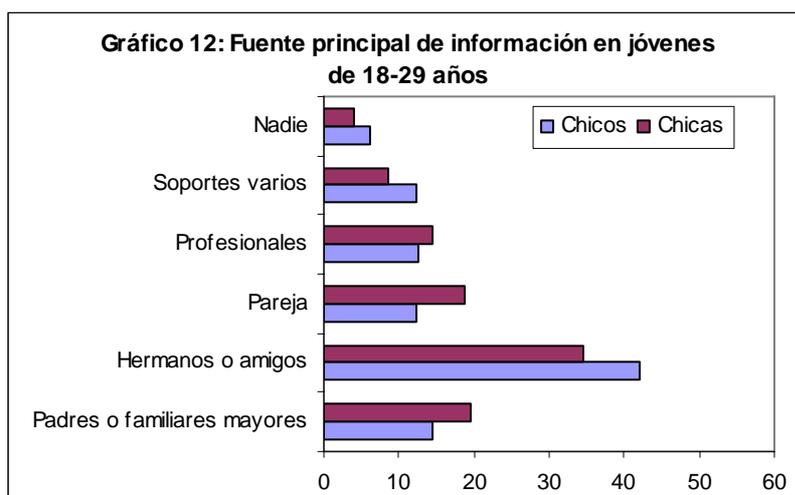
Al interpretar los datos que se presentan en la tabla, hay que tener en cuenta que el registro utilizado (el IMS) recoge sólo los datos de ventas a

hospitales y oficinas de farmacias y que podrían existir otros canales de distribución de la AE no incluidos en ellos, por ejemplo las compras directas desde las administraciones sanitarias, como por ejemplo sucede en Andalucía. Por ello, estos datos hay que interpretarlos con precaución y el mostrarlos obedece sólo al propósito de ayudar a la reflexión sobre la mejora de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva prestados a las y los jóvenes.

Por último, con la información disponible no podemos conocer la utilización de la AE por país de origen de las jóvenes usuarias, pero según las entrevistas a profesionales de los servicios que los dispensan, el peso de las inmigrantes sería muy reducido todavía en las cifras anteriores (CIMOP 2005). Además, según datos de la Clínica Dator, de las inmigrantes que realizaron un IVE en 2004, sólo un 36% decían utilizar un método anticonceptivo efectivo (54% de las españolas), lo que señala objetivos para la acción prioritaria.

La información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Según la Encuesta sobre Hábitos Sexuales (MSC) las expectativas de la gente joven sobre las fuentes de información en temas de sexualidad y anticoncepción no se corresponden con la realidad de la información recibida. La familia y las profesionales del ámbito sanitario y educativo quedan ubicadas en la provisión de la misma por debajo de las preferencias, mientras que los/las iguales son quienes juegan el papel informador más frecuente.



Respecto a las diferencias entre las chicas y los chicos, parece que ellas prefieren y utilizan más que ellos las fuentes profesionales y familiares, y, sobre todo, dicen hablar más de estos temas con las madres.

De las entrevistas a jóvenes, profesionales sanitarios y de educación, y padres y madres (CIMOP 2005) se puede deducir que la información sobre sexualidad y reproducción, incluida la información sobre anticoncepción, no está integrada en las vidas de los y las jóvenes, ni en sus experiencias. Esto sucede en todos los grupos independientemente de su nacionalidad y cultura.

La información que tienen suele ser superficial, basada fundamentalmente en conversaciones con sus iguales y en lo que leen en revistas y ven en la televisión.

Estas fuentes no sólo informan sino que transmiten experiencias y permiten compararlas, lo que resulta clave en estas edades. También prescriben modelos de comportamiento, y transmiten y consolidan creencias, acertadas o erróneas. Esto sucede, por ejemplo, con el uso de los preservativos masculinos, pues aunque existe bastante información sobre ellos, importantes núcleos de jóvenes no sabrían utilizarlos correctamente; o también con la creencia acerca de que en la primera relación sexual coital no existe riesgo de embarazo. En los medios de comunicación, el modelo de sexualidad que se transmite prioriza el placer y el coito como si éstos fueran equivalentes.

Otro resultado del citado estudio cualitativo es que el papel que están jugando actualmente los adultos en la prevención de los embarazos no

deseados y de la transmisión de las infecciones de transmisión sexual es insuficiente.

En el medio familiar, la sexualidad es uno de los temas menos hablados y conversados. En el mejor de los casos se hace sólo para recomendar el uso del preservativo, sin proporcionar más información y sin tomar un papel más activo y educativo en la vivencia de la sexualidad. De esa manera, se refuerza la importancia de las relaciones coitales, sin abordar otras dimensiones esenciales. Dentro del entorno familiar y, sobre todo, las chicas, reconocen tener más confianza para hablar de estos temas con la madre que con el padre.

El papel del sistema educativo en este terreno aparece muy debilitado. Según lo expresado a lo largo de la investigación mencionada, la educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente del sistema educativo. Pero la situación no sólo es preocupante por la caída cuantitativa de estos contenidos sino porque adolece de deficiencias en la orientación dominante, que se reduce a los aspectos de anatomía y biología. Aunque estos conocimientos son imprescindibles para el conocimiento del funcionamiento de los órganos genitales y el aparato reproductor, resultan insuficientes para ayudar a los y las jóvenes a comprender el mundo afectivo-sexual.

Respecto al 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. Aunque en algunos casos el personal sanitario colabora con los centros educativos impartiendo charlas sobre estos temas, la orientación suele ser la predominante anatómico-biológica y, además, este tipo de

actividades puntuales se perciben como insuficientes y de efectividad limitada.

En general se podría decir que existe un abordaje que refuerza más los aspectos negativos que los positivos de lo afectivo-sexual. Se 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.

Además, parece existir un esfuerzo insuficiente en la promoción y educación de la igualdad de género, y en el apoyo decidido a dicha igualdad en los programas de educación afectivo-sexual en el sistema educativo y en el control de las imágenes transmitidas por la publicidad y los medios de comunicación.

Las relaciones afectivo-sexuales en igualdad

Se observa un proceso de cambio de los estereotipos y tópicos de género más tradicionales que asigna al varón el mundo de la actividad y del sexo y a la mujer un papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo. En las chicas más que en los chicos, y en las clases medias altas más que en las clases medias y medias bajas, se aprecia un cambio de los citados estereotipos en una línea más igualitaria, más activa en las chicas e introduciendo ciertos elementos más afectivos en los chicos. Sin embargo, hay otros sectores sociales en los que siguen vigentes los comportamientos prescritos por los estereotipos más tradicionales y en los que las chicas tienen menor capacidad de decidir libremente sobre cuándo y cómo mantener las relaciones sexuales (CIMOP 2005).

Desde el punto de vista de las políticas en salud sexual y reproductiva que se establezcan desde las administraciones sanitarias y otras, es importante que se fomenten en ellas las relaciones en igualdad, la responsabilidad compartida y el respeto mutuo a la hora de tomar decisiones sobre el tipo de relaciones y el uso de anticonceptivos. Los objetivos y actuaciones de esas políticas deberán evitar inequidades en la utilización de los servicios de anticoncepción y de IVE, que deberán tener en cuenta que las decisiones sobre qué se financia y cómo tienen repercusiones sobre la salud de las y los jóvenes.

Los discursos de los y las jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva

El estudio cualitativo realizado por CIMOP apunta algunos aspectos importantes para la comprensión de los datos y para generar hipótesis de trabajo que permitan profundizar en el conocimiento de estos temas y mejorar las posibles intervenciones.

La gente joven de hoy desarrolla una forma de vivir la sexualidad lejos de los fines de procreación tradicional y más cerca de su vivencia como escuela de vida, en la que lo más importante es construirse a sí mismo, tejer el vínculo afectivo con el otro o la otra, e ir configurando una red de confianza y de responsabilidad personal y compartida. Ese conjunto de transformaciones apunta a lo que se podría llamar la emergencia de un nuevo modelo de relaciones y comportamientos afectivo-sexuales, de una nueva aproximación y vivencia de la sexualidad en las jóvenes generaciones que se expresaría en una serie amplia y diversa de dimensiones (imaginario de la reproducción, creencias sobre la sexualidad, proyectos de desarrollo personal y de constitución de relaciones de pareja, etc.).

Algunos estudios (Marquet 2004) han subrayado la existencia en diversas sociedades de una determinada “sexualidad recreativa” cuya práctica se inscribe en el tiempo del placer. En nuestro país, Bimbela se refiere al concepto de sexualidad “lúdica” (muy cercana al concepto de “recreativa”) para tratar de explicar los desajustes entre lo que se dice y se hace en el terreno de las medidas de prevención por parte de los jóvenes.

Sin embargo, según Conde, dicha caracterización de la sexualidad juvenil como “recreativa” resulta insuficiente para explicar el conjunto de

fenómenos que se expresan y se suceden en este terreno. Este autor plantea que la vivencia más estrictamente “lúdica” o “recreativa” de la sexualidad se daría principalmente en los momentos iniciales de la misma, en las edades más adolescentes. Sin embargo, en estas mismas edades y, especialmente, en las más adultas, de los 17-18 años en adelante, la sexualidad cumpliría una función más amplia y compleja, una función identitaria y de escuela de vida, en el sentido más amplio de la expresión.

Dicho de otra forma, el mundo afectivo-sexual, el desarrollo de las relaciones sexuales, ocupa un lugar decisivo en el conjunto de condiciones que definen y caracterizan a la juventud, en cómo los y las jóvenes pueden crecer, en cómo pueden construirse como sujetos adultos y responsables, construir su individualidad y configurar, al mismo tiempo, un proyecto personal que puede materializarse de muy diversas maneras. La sexualidad aparece así como un espacio íntimo y acotado, un espacio propio donde pueden expresarse y aprender a conocerse a sí mismos y a los “otros”, en el que se admiten orientaciones y consejos de los adultos, pero que tiene que recorrer cada cual, con sus errores, sus fracasos y sus éxitos.

Los discursos juveniles expresados en esa investigación apuntan, por tanto, a la existencia de un nuevo modelo, una nueva vivencia de la sexualidad joven marcada por una serie de características propias de esta generación.

La procreación aparece ligada al desarrollo de un nuevo imaginario en el que ocupa un lugar destacado la existencia de las llamadas técnicas “artificiales” de la reproducción asistida así como una creencia paralela en la mayor dificultad de tener hijos en las relaciones sexuales “naturales”.

La juventud actual convive con una pluralidad de concepciones acerca de la sexualidad y la procreación. Frente a la tradicional concepción patriarcal, heterosexual e institucional, la evolución actual muestra formas diferentes de ejercicio de la sexualidad – y no sólo de la heterosexualidad - y del ejercicio de la procreación, en un entorno de relaciones más diversas entre mujeres y hombres, y con unos modelos familiares de referencia más plurales.

También parece estar presente una sensación de fragilidad y precariedad en el conjunto de relaciones afectivas a lo que contribuiría la experiencia de las generaciones anteriores, con sus separaciones y divorcios. Además, los modelos sociales y los educativos reforzarían el “yo” de cada sujeto en detrimento del “nosotros”.

En este contexto, los discursos sobre las IVE evidencian una “secularización” y “normalización” de esta problemática, alejada de los debates morales e ideológico-políticos.

En general los y las jóvenes muestran una aprobación pragmática de la IVE, incluso en los sectores que la rechazan en un plano más teórico y de principios. La ven como una decisión personal, de valoración en función de la situación de cada mujer, lejos de cualquier tipo de carga moral o social más general. Pesan más en la decisión sobre su práctica las reflexiones acerca de la propia situación de la mujer que las consideraciones sobre “lo concebido aún no nacido”.

Los y las jóvenes sitúan la decisión de practicar una IVE en continuidad con los anticonceptivos de emergencia, como “último recurso” en caso de fallos o errores en los anteriores. Pero este proceso de normalización y

desdramatización de las IVE no elimina totalmente ni el estigma social ni la sensación de culpabilidad y dolor personal.

Conclusiones

1. Con la información disponible en el registro de IVE y en otras fuentes, no se puede afirmar que las IVE estén aumentando en las mujeres españolas. Si se tienen en cuenta la evolución de la notificación de las IVE desde la puesta en marcha del registro en 1987, y la evolución de las IVE realizadas fuera de España antes y después de la despenalización, más bien se podría decir que las tasas de IVE de las españolas se habrían modificado escasamente desde su despenalización.
2. Los datos disponibles apuntan a que el incremento de las IVE en España se debe, por un lado, al aumento en su notificación al registro gracias a la mejora de su cobertura y a la transformación de las IVE clandestinas o realizadas en el extranjero en IVE registradas. Y, por otro lado, al incremento en la población inmigrante, a la mayor fecundidad de las jóvenes inmigrantes y, probablemente, también a que éstas tienen mayor número de embarazos no planificados y no deseados que las españolas.
3. La anticoncepción de emergencia (AE) es el método que parece utilizarse cada vez con mayor frecuencia. Con los datos disponibles se puede decir que en torno al 63% de la AE es utilizada por mujeres menores de 30 años. Con la información disponible no podemos conocer el país de origen de las usuarias, pero según las entrevistas a profesionales de estos servicios el número de inmigrantes que usan la AE sería muy reducido. Además, según datos proporcionados por una clínica especializada, de aquellas inmigrantes que realizaron un IVE en 2004, sólo un 36% decían utilizar un método anticonceptivo efectivo (frente a un 54% de las españolas)

4. La información sobre las políticas y los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes ofertados por el SNS, sobre la satisfacción con esas prestaciones tanto por parte de la juventud española como inmigrante, así como sobre las opiniones de los jóvenes acerca de la accesibilidad y efectividad de estos servicios es escasa. De hecho, las encuestas de salud existentes no incluyen aspectos de salud sexual y las encuestas sobre las conductas de los jóvenes no incluyen los aspectos relacionados con los servicios de salud.
5. Los patrones de comportamiento sexual de los jóvenes están cambiando. Las y los jóvenes actuales refieren mantener, con mayor frecuencia y más precozmente, relaciones sexuales coitales, y las realizan en condiciones que no siempre son seguras desde el punto de vista de la prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual. Aunque en el contexto europeo son los que más utilizan el preservativo masculino, se aprecia un discurso que podría estar justificando la disminución de su uso y su sustitución por la anticoncepción de emergencia.
6. Parece que la situación actual mantiene 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 emergencia y en su caso de la IVE.
7. 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.

Acciones

El Ministerio de Sanidad y Consumo, ante las conclusiones expuestas anteriormente, se propone poner en marcha las siguientes actuaciones:

1. Incluir en el *Plan de Calidad para el SNS* del 2007 el análisis de la variabilidad de servicios para atender a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en el SNS. Este análisis permitirá realizar propuestas específicas para su mejora.
2. Revisar, con las CCAA, el sistema de información de las IVE, que, tras veinte años de funcionamiento, necesita adaptarse a las nuevas realidades sociales y conocer mejor aspectos fundamentales para acciones preventivas eficaces, especialmente el país de origen de las usuarias.
3. Analizar las necesidades y dificultades de las y los jóvenes inmigrantes para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, horarios, conocimiento de los recursos, idioma, aceptabilidad cultural, aspectos administrativos, etc.), con el fin de diseñar actuaciones adecuadas e incluirlas en *el Plan de Calidad para el SNS* y, en su caso, en el *Plan Nacional de Inclusión Social*.
4. Realizar una encuesta sobre salud sexual y reproductiva para conocer las necesidades de información y atención, así como las opiniones sobre la accesibilidad y efectividad de los recursos existentes en este campo, especialmente los orientados a la población menor de 30 años.

5. Analizar las formas de abordar los temas de salud sexual y reproductiva por parte del personal sanitario, preferentemente el de atención primaria, para atender adecuadamente a los y las jóvenes, y plantear de común acuerdo con las Comunidades Autónomas y las administraciones locales, las acciones formativas necesarias.
6. Desarrollar estrategias de información y educación sexual y para el uso correcto de la anticoncepción, utilizando los canales y mensajes más efectivos para la juventud, contando con la participación de grupos de jóvenes y en colaboración con el Ministerio de Educación, el Instituto de la Juventud, el Instituto de la Mujer, las Comunidades Autónomas y las administraciones locales
7. Desarrollar instrumentos y campañas para promover la responsabilidad compartida entre las chicas y los chicos en las relaciones afectivo-sexuales y para prevenir los embarazos no deseados, en colaboración con el Ministerio de Educación, el Instituto de la Juventud, el Instituto de la Mujer, las Comunidades Autónomas y las administraciones locales,

Bibliografía

Barroso P, Lucena MA, Parrón T: Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres de un Distrito Sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002. Revista Española de Salud Pública. Vol. 79 nº 4. Julio-Agosto 2005.

Bimbela J.L: "Sociología del Sida. Jóvenes y Sexualidad en Andalucía". CIS. 2004.

Callejas S, Fernández B, Méndez P y cols: "Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes en la ciudad de Toledo", Revista Española de Salud Pública vol. 79, número 5, Septiembre-October 2005.

CIMOP: Estudio sobre las IVE en jóvenes en España, 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Conde F: "La concepción de la salud de los jóvenes. Informe 2004". Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección general de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 2004.

Conde F: "La mirada de los padres. Crisis y transformación de los modelos de educación familiar" CREFAT-CRUZ ROJA, 2003.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Andalucía 1994-1999. Evolución de la Incidencia de IVE.

Llacer Gil de Rames A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L, Martínez Blanco: "El aborto en las mujeres inmigrantes". ML. Index de Enfermería 2006 (en prensa)

Marquet J: "Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires ». Academia A. B. Bruylant. 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid, 2004.

OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de salud. Ginebra, 2003

Peiró R y cols. Does the liberalization of abortion laws increase the number of abortions?. The case study of Spain. European Journal of Public Health 2001;11: 190-194.

Real P, Oliva A, Serrano M y cols : "Sexualidad y Contracepción entre las jóvenes sevillanas: Un estudio cuantitativo". Ayuntamiento de Sevilla, Servicio de Juventud. Universidad de Sevilla. 2003.

Rodríguez C, Sendra J, Regidor E y cols: Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España. Gaceta Sanitaria 1994, 41 (8): 63-70.

Ruiz MT, Cabré A, Castro T y cols: Anticoncepción y salud reproductiva en España: Crónica de una r-evolución. Colección de estudios ambientales y socioeconómicos. Consejo Superior de investigaciones científicas. Madrid. 2005.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Clínica Dator: Estudio Preliminar de Interrupciones Voluntarias de Embarazo en el período 2.000-2005 en la Clínica Dator, Madrid, 2006.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, Nº 3, vol. II, Marzo 2005.

Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Informe Juventud en España, 1996, 2000 y 2004.

Instituto Nacional de Estadística (www.INE.es)

Internacional Marketing Studies (IMS).

Ministerio de Sanidad y Consumo: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos 1987-2004.