

Actas de las

V Jornadas andaluzas mujeres y salud



2010

Granada,
9 de julio de 2010

“LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA
DESDE LA
PERSPECTIVA
DE GÉNERO”



Instituto Andaluz de la Mujer
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BENEFICIO SOCIAL



PRESENTACIÓN

El Instituto Andaluz de la Mujer, como organismo que promueve la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres, desarrolla actuaciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud de las mujeres desde una perspectiva de género, que contribuyan a eliminar las desigualdades existentes en la actualidad.

En conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, en 2006 se organizaron las I Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud, con la finalidad de contribuir al debate profesional y social sobre las desigualdades de género relacionadas con la salud. Para 2010 se ha organizado la quinta edición, que ha tenido como protagonista a la recién aprobada Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, analizando en concreto, desde la perspectiva de género, el importante papel que a la prevención y la promoción de la salud le atribuye dicha norma.

Los objetivos que han guiado el desarrollo de estas Jornadas han sido los siguientes:

- ✚ Analizar la importancia que la información y la educación afectivo sexual y reproductiva, con perspectiva de género, tienen como elementos de prevención y promoción de la salud.
- ✚ Abordar el nuevo marco jurídico sobre los derechos de la salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- ✚ Incrementar el nivel de conocimientos de las y los profesionales, debatir y proponer alternativas y posibles actuaciones sobre los temas a abordar.

Sirva esta presentación para agradecer en nombre del Instituto Andaluz de la Mujer la aportación realizada por las ponentes y las personas asistentes con sus intervenciones, que han cooperado una edición más en lograr que estas Jornadas se conviertan en un lugar donde debatir e intercambiar ideas. Para toda aquella ciudadanía interesada en ahondar con detalle en la temática tratada, se ofrece en este documento el texto de las ponencias presentadas.

Soledad Pérez Rodríguez
Directora del Instituto Andaluz de la Mujer

PRESENTACIÓN

PROGRAMA DE LAS JORNADAS

10:30 h. Recepción de participantes y entrega de documentación.

11:00 h. Inauguración.

Excmo. Sra. Dña. M^a Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud.
Excmo. Sra. Dña. Micaela Navarro Garzón, Consejera para la Igualdad y Bienestar Social.

11:30 h. Café.

12:00 h. Conferencia.

El nuevo marco jurídico sobre los derechos de salud sexual y reproductiva:
acciones informativas y de sensibilización, el papel de los medios de comunicación.

Dña. Alba Varela Lasheras, Periodista.
Directora Ejecutiva de la Federación de Planificación Familiar Estatal.

13:00 h. Mesa de ponencias.

Estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva
y de la interrupción voluntaria del embarazo, desde la perspectiva de género.

La interrupción voluntaria del embarazo: las mujeres jóvenes.

Dña. Eva Rodríguez Amario, Representante de ACAI para Andalucía y Europa.

El movimiento feminista y la lucha por el derecho al aborto.

Dña. Natalia Enguix Martínez, Presidenta de la Asociación de Mujeres Politólogas.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Dña. Casilda Velasco Juez, Profesora Universidad de Jaén, Federación de Asociaciones de Matronas de España.

14:30 h. Almuerzo.

16:00 h. Visionado del vídeo *Lo que tus ojos no ven*.

A través de testimonios reales se profundiza sobre la vivencia de la sexualidad en mujeres con alguna discapacidad.

Preguntas/reflexiones en plenario.

Dña. Syra Borrás Prunedá, Servicio de Atención Sociosanitaria, Consejería de Salud.

17:00 h. Mesa de ponencias.

La política de Salud Sexual y Reproductiva en Andalucía.

Dña. Cristina Torró García-Morato, Subdirectora de Promoción de la Salud y Participación, Consejería de Salud.

La atención sanitaria de la salud sexual y reproductiva desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía: Logros
y retos.

D. Lorenzo Arribas Mir, Médico de Familia, Centro de Salud La Chana, Granada.

19:00 h. Clausura.

Ilna Sra. Dña. Soledad Pérez Rodríguez, Directora del Instituto Andaluz de la Mujer.

PROGRAMA

Actas de las

V

Jornadas
andaluzas
mujeres
y salud



2010

Granada,
9 de julio de 2010

PROGRAMA
PONENCIAS



EL NUEVO MARCO JURÍDICO SOBRE
LOS DERECHOS DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA:
ACCIONES INFORMATIVAS Y DE
SENSIBILIZACIÓN, EL PAPEL DE LOS
MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

ALBA VARELA LASHERAS

Entendiendo la interrupción voluntaria del embarazo como parte de las prestaciones sanitarias que se deben incluir en el cuidado de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, los medios de comunicación desde su función y responsabilidad social deben promover un enfoque que facilite herramientas a la ciudadanía para ejercer su derecho a la salud en este ámbito.

En esta presentación, trataré de contrastar estos principios con el seguimiento que la prensa española ha hecho de la nueva ley de salud sexual y reproductiva e IVE.

Tras una breve introducción acerca de la posición institucional de la FPFE sobre IVE y el contexto más amplio de derechos sexuales y reproductivos, analizaré el reflejo que los medios de comunicación han hecho del debate y aprobación de la nueva ley en torno a tres elementos de distorsión que han impedido una información desde una perspectiva de derechos y ciudadanía.

El primer elemento a destacar es la pérdida del contexto: a pesar de ser esta una ley que se enmarca en un contexto mayor de salud sexual y reproductiva, han sido clara minoría los artículos dedicados a otros aspectos de la ley que no sean los referidos a IVE.

El segundo elemento es la atracción por negativo, que recojo del último titular de la defensora del lector del diario El País: el movimiento anti elección no tiene reparos a la hora de dramatizar sus argumentos y los medios, siguiendo la idea de Milagros Pérez Oliva que dice "Hay una regla no escrita en periodismo según la cual la noticia negativa tiene más posibilidades de ser publicada que la positiva", han publicado más noticias protagonizadas por la oposición que por los y las defensoras de los derechos de las mujeres, a pesar de que el medio sea progresista y apoye el espíritu de la ley.

El tercer elemento es la trampa de la imparcialidad. En los artículos protagonizados por el movimiento en defensa del derecho a decidir, se incluyen opiniones de los anti elección y no al contrario. En los debates, se incluyen posturas de defensa de los derechos humanos de las mujeres con posturas que los niegan, equiparando ambas posiciones. Por último, en los medios que apoyan el espíritu de la nueva ley se presta espacio en sus tribunas a posturas desfavorables, sin embargo desde los medios contrarios nunca se presta espacio a posturas diferentes a la suya.

A partir de este análisis, haré propuestas para mejorar nuestra actuación con los medios.

LA POSICIÓN INSTITUCIONAL DE LA FPFE SOBRE LA IVE

La FPFE cree que:

- El aborto es un derecho sexual y reproductivo básico, accesible para cualquier mujer.
- El aborto no puede seguir siendo criminalizado en aquellos países donde aún es ilegal.
- La calidad y la confidencialidad de la asistencia en una interrupción voluntaria de embarazo deben estar garantizadas, y los derechos de las mujeres respetados, especialmente en el caso de las mujeres jóvenes y adolescentes.
- Los datos de las mujeres que solicitan o realizan un aborto son absolutamente confidenciales y su intimidad invulnerable.

Los puntos resumidos que la FPFE defiende son los siguientes:

- 1.- Despenalización del aborto, partiendo de la premisa que la interrupción de un embarazo constituye un acto médico. Desde esta perspectiva la práctica de un acto médico nunca puede ser penalizado.
- 2.- El aborto debe responder a una **decisión única de la mujer embarazada**. Este punto se sustenta en el respeto a la capacidad moral para formular y emitir sus propios juicios como individuo, para tomar decisiones y actuar ante situaciones que se presentan en el transcurso de su vida, entre otras la maternidad.
- 3.- En tanto que contemplamos el aborto como un acto médico, debe ser **contemplado e incluido en la cartera de servicios de la red sanitaria pública** y que los responsables de esta red deben asegurar el ejercicio del derecho, garantizando la prestación del servicio. Entendemos que **la autoridad sanitaria central debe velar por el cumplimiento de estas condiciones, velando y asegurando por su ejercicio sin generar desigualdades territoriales.**
- 4.- Consideramos que el **actual ejercicio de la objeción, así como su legislación, debe ser revisado**. Las autoridades sanitarias deben asegurar que el acto médico se realice en las condiciones óptimas, por lo que debe garantizar el servicio al conjunto de usuarios y beneficiarios de la red sanitaria pública.
- 5.- Consideramos que deben incluirse en la formación de los profesionales sanitarios los protocolos de atención en interrupción de embarazo, **incorporando en su elaboración el marco temporal (pre y post aborto) así como el conjunto de la evidencia científica, las prácticas y metodologías más adecuadas y seguras acordes a las distintas situaciones en que puede producirse la interrupción del embarazo.**

Entre las actuaciones y actividades que promueve la Federación para conseguir que estos objetivos se hagan realidad, está la apertura del debate en la agenda de salud pública, siguiendo las indicaciones de la organización internacional a la que pertenecemos, la Federación Internacional de Planificación familiar (IPPF):

‘El establecimiento de regulaciones sanitarias o el mejoramiento de las ya existentes, requiere de un compromiso claro por parte de las autoridades sanitarias para con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en este caso particular con la creación de condiciones que permitan el acceso oportuno a servicios de IVE que sean seguros. Sin duda, tal compromiso se moviliza cuando la sociedad promueve la inclusión de estos debates en la agenda de salud pública’.

Extraído del texto, **Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas, IPPF 2007**

Siguiendo también las recomendaciones de la IPPF: toda legislación sobre IVE debe basarse en los siguientes principios:

- Favorecer las condiciones para el ejercicio de los DSR y para el mejoramiento de la SSR en todos los aspectos relacionados con la IVE
- Definir medidas para reducir o eliminar las barreras para el acceso en distintos niveles de atención
- Minimizar los riesgos para la salud y favorecer un enfoque integral y con calidad en la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Estas recomendaciones deben formar parte de políticas integrales de atención de la SSR y particularmente de la prevención y el manejo del embarazo no deseado

Reconocemos que la nueva ley supone avances muy importantes en el sentido que marcan las pautas de la IPPF. Como reza el mismo texto de Ley “La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal”. Y además, “La Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada”.

Sin embargo, consideramos que aún existen puntos en la nueva ley que no responden a la necesaria reducción o eliminación de barreras al acceso: los tres días de reflexión, el acceso condicionado por los tutores a las mujeres entre 16 y 18 años, o la información contenida en el sobre, si se dirige solo a las ayudas a la maternidad sin aportar información sobre la IVE y la prevención del embarazo no deseado.

ACTIVIDADES FORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACIÓN

Para conseguir el objetivo de una ley que cumpliera con nuestros objetivos y con el marco general propuesto por la IPPF: desde la FPFE hemos realizado actividades formativas y de sensibilización, entre las que destacan las Jornadas celebradas en Madrid en 2009. Nuestro texto de invitación a las mismas exponía así nuestro objetivo general:



- ⊗ Defender los derechos sexuales y reproductivos significa respetar y proteger la elección individual de cada mujer ante un hecho que atañe tan íntimamente a su vida y a su salud como es el aborto. Para ello, promovemos prácticas sexuales sin riesgo, nos esforzamos por poner al alcance de todas las personas métodos anticonceptivos eficaces, reclamamos apoyo para las mujeres con dificultades que desean un embarazo y defendemos la protección jurídica y sanitaria de las mujeres que deciden interrumpirlo y de los profesionales que las atienden. También es necesario que la sanidad pública incorpore de manera más efectiva la práctica del aborto en su Cartera de Servicios, que los profesionales sanitarios asuman su responsabilidad en un proceso tan ligado a la salud bio-psico-social y que la sociedad abandone el clima de confrontación, haciendo predominar el respeto a la diversidad y a la pluralidad que la ennoblece. Estas Jornadas pretenden aportar su granito de arena a esta difícil, pero necesaria tarea.

Los objetivos específicos quedaron conseguidos gracias a la participación de numerosos profesionales que acudieron a nuestra convocatoria:

- ⊗ Analizar la situación del aborto en el Estado español, su incidencia, características y problemas asociados en el contexto político y social actual y de los cambios legislativos previstos.
- ⊗ Conocer la situación de varios países de nuestro entorno europeo en lo relativo al marco legal y sanitario en que se desenvuelve el aborto, con especial atención a sus fortalezas y debilidades.
- ⊗ Compartir y difundir experiencias y actividades que se llevan a cabo en las diferentes Comunidades respecto a la prestación sanitaria de aborto, su abordaje y prevención, desde una perspectiva bio-psico-social.
- ⊗ Presentar a la sociedad y a la opinión pública las propuestas de profesionales y colectivos sanitarios vinculados a los programas de planificación familiar, salud reproductiva y servicios que atienden la demanda de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), para mejorar la situación actual y aplicar los futuros cambios.

Tras la aprobación de la Ley, tenemos en marcha otro programa que pretende seguir trabajando para profundizar en la misma. Se trata de una Campaña sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, que parte de las preguntas: ¿Conocen las españolas sus derechos sexuales y reproductivos? ¿Saben como ejercerlos y reclamarlos?

De esta manera, el objetivo principal es sensibilizar a la población para ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos, estableciendo una carta de derechos adaptada a la realidad española actual, que atiende a aspectos como autonomía, diversidad, libertad, participación, atención, información y educación,... Partiendo de esta carta, elaboraremos materiales de difusión dirigidos a organizaciones de la sociedad civil, especialmente de mujeres, parlamentarias y medios de comunicación.

En este mismo empeño, hemos tratado de actuar de manera reactiva pero también proactiva ante los medios de comunicación. De este trabajo con los medios y sus dificultades he realizado una pequeña investigación que supone la última parte de mi exposición de hoy.



EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL DEBATE SOBRE LA IVE

Partiendo de la premisa de que los medios de comunicación desde su función y responsabilidad social deben promover un enfoque que facilite herramientas a la ciudadanía para ejercer su derecho a la salud en este ámbito, he basado la búsqueda de datos para el análisis cuantitativo en el buscador de Internet más generalizado (Google) y cuatro diarios de tirada nacional y diversidad ideológica (EL País, Público, ABC y La Razón), utilizando como herramienta las páginas de búsqueda de sus ediciones en Internet.

Estas páginas permiten buscar determinadas palabras y encontrar el número de artículos en que aparecen, incluyendo las secciones en las que se insertaron. A pesar del margen de error de este sistema, considero que se pueden encontrar resultados significativos, que resumo en cuatro tendencias:

La pérdida del contexto: a pesar de ser esta una ley que se enmarca en un contexto mayor de salud sexual y reproductiva, han sido clara minoría los artículos dedicados a otros aspectos de la ley que no sean los referidos a IVE.

Esta tendencia ha sido clara para quien ha seguido el debate en los medios, que poca o nula atención han prestado a otros aspectos recogidos en la ley, como la educación sexual. Un ejemplo claro es que si se busca educación sexual en la sección de noticias de Google, la tercera entrada corresponde a 'Aborto en España: cuestiones abiertas'

La trampa de la imparcialidad: en los artículos protagonizados por el movimiento en defensa del derecho a decidir, se incluyen opiniones de los anti elección y no al contrario. En los debates, se incluyen posturas de defensa de los derechos humanos de las mujeres con posturas que los niegan, equiparando ambas posiciones. Por último, en los medios que apoyan el espíritu de la nueva ley se presta espacio en sus tribunas a posturas desfavorables, sin embargo desde los medios contrarios nunca se presta espacio a posturas diferentes a la suya.

Podemos encontrar por ejemplo, una tribuna de opinión cedida por El País a Arantza Quiroga en contra de Ley, publicada en la edición nacional. Sin embargo, la cedida a Laura Seara (Directora del Instituto de la Mujer, de ámbito estatal) solo apareció en la edición impresa de Galicia

Otro ejemplo es el artículo aparecido el día después de la aprobación de la Ley en el diario Público, que recoge la opinión de los "añil elección" y ninguna de las organizaciones que la apoyaban. Y en el artículo del mismo día de El País, se recogen las opiniones de dos organizaciones favorables y de cuatro contrarias, además de las de dos diputadas contrarias también a la ley. Así, el texto queda completamente descompensado.

La atracción por negativo, por el que el movimiento contrario a la ley al no tener reparos a la hora de dramatizar sus argumentos ha conseguido publicitar más sus argumentos que los y las defensoras de los derechos de las mujeres, a pesar de que el medio fuera progresista y apoyara el espíritu de la ley.

Así podemos encontrar en El País un reportaje completo dedicado a una asociación cuya presidenta afirma en el titular que "Abortar rompe a los parejas", un artículo en Público que se hace eco de las palabras del Arzobispo de Granada comparando la IVE con un genocidio u otro en la Vanguardia que titula sin entrecorillar que "Más del 80% de las mujeres que abortan lo hacen obligadas por sus parejas o amenazas de despido".

Aún más allá, la búsqueda de las palabras combinadas "aborto PSOE" en El País nos da 164 resultados, mientras que si la búsqueda es "aborto PP", los resultados ascienden a 272. Poniendo el punto de mira en las organizaciones civiles, el Foro de la Familia arroja una cifra astronómica de apariciones en El País, mientras la FPFE queda en una cifra que comparada resulta risoria.

Para acabar, hice una búsqueda en el espacio en que los medios "marcan" su agenda informativa: la sección de opinión. Si en El País aparecen unos 140 artículos entre columnistas y tribunas (en el buscador no aparece la sección de editorial como tal), en ABC aparecen 1715 escritos entre sus diferentes secciones vinculadas a editorial. Son números suficiente significativos para concluir que, a pesar del margen de error, ABC ha considerado la IVE como tema de gran importancia, cosa que no ha hecho El País.



PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Aunque ciertamente obvias y sin ninguna idea que destaque por su originalidad, quisiera plantear algunas propuestas:

Hacer seguimiento de lo que no se ha conseguido en el marco legal: mujeres de 16 y 17 años, periodo de reflexión, contenido de la información y ACOMPAÑAMIENTO A LAS MUJERES, denunciando los obstáculos al acceso

Organizar foros, investigaciones y programas de sensibilización sobre el tema, explorando los aspectos éticos, sanitarios y legales relacionados con la salud sexual y reproductiva y basándonos en un análisis político del tipo de información o resultado que tendrá impacto en la opinión de una audiencia estratégica

- **Mantener la salud sexual y reproductiva como un tema de salud pública, de igualdad de género y derechos**
- **Aumentar el número de columnas de opinión y tribunas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos**

Muchas gracias



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: LAS MUJERES JÓVENES

EVA RODRÍGUEZ ARMARIO

A bordar en pocos minutos la situación actual del aborto provocado en España, no es fácil pues se trata de un tema complejo y extenso y en estos momentos en proceso de cambio. En el momento que escribo estas líneas está a punto de darse a conocer los Reales Decretos que regularán la entrada en vigor de la Ley. Por lo que algunas de las cosas de las que hablaré al final pueden que sean diferentes el día de la exposición.

Para situarnos en la actualidad hagamos un poco de historia. Como todas y todos sabemos en España se despenalizó parcialmente el aborto hace 23 años, en los supuestos ya conocidos. Si todos los sanitarios de este país nos hubiéramos conformado con seguir los criterios de muchos médicos en cuanto a la aplicación e interpretación de la ley (en muchos hospitales se crearon comités de ética para estudiar las solicitudes en los que el capellán del hospital formaba parte del mismo) y hubiéramos seguido a los muchos compañeros que se acogieron en masa a la objeción de conciencia, actualmente en España estaríamos como muchos de los países en los que quien tiene dinero suficiente practica el éxodo abortivo y la que no se arriesga a engrosar las cifras de morbilidad reproductiva por aborto clandestino.

Unos pocos decidieron que la ley les permitía, contando con la definición de salud de la OMS evaluar las solicitudes desde esta perspectiva y predecir el riesgo potencial sobre la salud que tendría en muchas mujeres la continuación de un embarazo no deseado. En la sanidad pública todo fueron obstáculos para llevar a cabo esta aplicación de la ley por lo que muchos abandonaron y otros decidieron crear centros especializados y multidisciplinarios para poder atender según sus criterios (y los de gran parte de la comunidad científica mundial) la demanda de miles de mujeres cada año.

Esto nos ha ido llevando en estos 23 años a la situación en la que nos encontramos actualmente.

El 97% de los abortos se hacen en estos centros privados acreditados. Sólo en Andalucía estos centros están concertados con lo que forman parte de la red pública. Sólo el 3 % de los abortos se hacen en Hospitales públicos o cualquier centro público.

Esto trae como consecuencia que la gran mayoría de los abortos en España tienen que ser abonados por las usuarias. Que hay una comunidad autónoma, Navarra, que no tiene ningún centro, ni privado ni público. Que en la práctica y salvo excepciones de las que luego hablaré, sólo se financian los abortos por alteración fetal o patología física muy grave de la embarazada. Las excepciones son Andalucía, concertados desde hace más de 10 años. Comunidad Valenciana, en la se realizan en Hospitales públicos o el mismo Hospital las subcontrata con las clínicas acreditadas. En la comunidad de Madrid el servicio regional de salud abona algunos abortos realizados en centros privados, previo dictamen de un centro y tras evaluar el caso. En la mayoría de los casos el trámite tarda unas tres semanas. En Cataluña existe una fundación que gestiona dinero público y que subvenciona parcialmente y junto con el centro acreditado que subvenciona otra parte, algunos abortos.

Consecuencias. La mayoría de las españolas deben abonar la intervención sin ayuda pública y sin tener en cuenta su nivel de renta. En la mayoría de los casos tienen que desplazarse a una gran ciudad y si se trata de más de doce semanas a unas cuantas ciudades en España, en muchos casos muchos kilómetros. Muchas sólo cuentan con los descuentos parciales o totales de los centros que los practican.

Otra consecuencia de esto es la falta de formación específica en aborto provocado de los profesionales sanitarios. El aborto provocado tiene unas características especiales que lo diferencian por muchos motivos, del aborto espontáneo y otras prácticas obstétricas. En estos 23 años los protocolos nacionales e internacionales sobre técnicas y prácticas de aborto provocado han cambiado mucho, incorporándose nuevos fármacos, evaluándose e implementándose nuevas técnicas obstétricas, anestésicas y de acompañamiento que mejorado considerablemente los resultados de las técnicas abortivas. Estos conocimientos no forman parte del currículo formativo de ningún sanitario en nuestro país ni en la teoría, ni mucho menos en la práctica. Es casi exclusivamente en los centros acreditados donde se forman profesionales en estas técnicas, se asiste a congresos, se innova, se investiga y se publica sobre cuestiones específicas del aborto provocado.

A pesar de todo esto los profesionales que practican los abortos en este país (clínicas acreditadas) han conseguido unos niveles de calidad muy altos y así están reconocidos en otros países de nuestro entorno. Además de tener unos índices de morbilidad por aborto provocado de los más bajos del mundo.

Pongamos ahora el aborto en cifras. El 97% de los abortos provocados se hacen por el primer supuesto (salud de la embarazada), menos del 1% por el segundo (violación) y un 3% aprox. por el tercer supuesto (alteración fetal). Un 90% son de primer trimestre y un 10% de más de 12 semanas. Las tasas de aborto de sitúan en torno al 12 por 1000. Si bien esta tasa duplicado en 10 años, seguimos situándonos en unas de las más bajas de Europa, por debajo de países como Francia, Alemania, Suecia, Inglaterra etc. Este incremento se debe fundamentalmente al incremento de la población inmigrante en el país y a la incorporación de los más jóvenes a la sexualidad coital. Si desagregamos los datos y sacamos a estos dos grupos de la muestra el incremento de las tasa de aborto es mucho más pequeño, manteniéndose, incluso descendiendo ligeramente en algunos grupos de edad. En estudio realizado por de la universidad de Barcelona en este sentido que la tasa de aborto es diferente si son mujeres catalanas, que se sitúa en 8 por cada 1.000 mujeres --una tasa que apenas ha crecido en los últimos años--, que si son de nacionalidad extranjera, que es de 30,75 por cada 1.000. La tasa de aborto en Cataluña se situó en 2007 en 14,31 por cada 1.000 mujeres, y según los datos del grupo Daphne el uso de anticoncepción segura en mujeres inmigrantes es más baja que en españolas.

Yo creo que ser conscientes de esto y valorar las cifras correctamente nos llevan a desbaratar argumentos de algunos sectores que pretender resaltar que la permisividad en el aborto hace que aumenten sus cifras desbocadamente, que las campañas de concienciación sobre el uso de anticonceptivos y los esfuerzos de los profesionales y las autoridades sanitarias en acercar la información, la formación y el acceso a los anticonceptivos no sirven. Mi percepción desde un centro en que además de hacer abortos se hace mucha consulta de anticoncepción y de prevención, es que en los más de 20 años que trabajo en esta materia las personas y sobre todo las mujeres están mucho más concienciadas en la prevención y tienen mayores y más ciertos conocimientos sobre anticoncepción. No quiero decir con esto que no existan minorías o grupos sociales concretos en los que este progreso se ha dado en menor medida y que a veces nos encontramos con casos flagrantes de falta de conciencia anticonceptiva y vemos parejas que no usan métodos seguros por lo que son reincidentes de solicitudes de aborto. Pero estas situaciones son anecdóticas y suelen estar relacionadas con otros problemas de base.

Tenemos que tener en cuenta además que por mucha prevención que hagamos y mucha conciencia que tenga una sociedad, los embarazos no deseados y por tanto los abortos son inevitables. En la vida de una mujer puede haber unos 35 años en los que sea necesario el uso de anticonceptivos para evitar un embarazo. Y en 35 años pueden ocurrir muchas cosas. Los anticonceptivos fallan, unos más y otros menos, pero fallan. Además hay que tener en cuenta la eficacia real de los métodos, no la teórica. Cada vez es más frecuente encontrar mujeres que tras varios años usando anticoncepción hormonal les falla el método "sin saber como", muchas veces se debe a desconocimiento sobre las interacciones con otros medicamentos y otros factores mitos.

También existen embarazos buscados en los que más tarde, situaciones imprevistas de la vida llevan a las mujeres a plantearse la necesidad de interrumpir el mismo.

A finales de 2009 ACAI se planteó hacer una recogida de datos en las clínicas de nuestra asociación con el objeto de analizar los fallos de anticoncepción que llevaban a las mujeres a encontrarse ante un embarazo no deseado (END). También se recogieron los datos sociodemográficos de estas mujeres para poder establecer, si es que existían, unos grupos con características comunes y que se mostraran como más vulnerables a este fenómeno. El estudio del que os presentaré algunos datos lo hemos llamado: **"Características Sociológicas de las mujeres que realizan una interrupción de la Gestación en España" "Anticoncepción fallida y Aborto Provocado"**

- ✿ Durante el proceso de trabajo de campo se distribuyeron 600 fichas de pacientes, en colaboración con 10 clínicas a las que se facilitó 60 fichas respectivamente. Se solicitó a los facultativos que autocomplimentaran estas fichas basándose en las historias clínicas de las pacientes tanto para los datos de carácter médico como de carácter demográfico y sociológico.
- ✿ Se recogieron datos de interrupciones de embarazos NO deseados inicialmente:
 - ⊗ Mujeres sin un método anticonceptivo específico o habitual que llegan a un embarazo
 - ⊗ Mujeres en las que ha fallado el método/s anticonceptivo/s empleado/s
- ✿ En función de los datos recogidos se pueden establecer unas características generales de los diferentes grupos de mujeres que optan por una interrupción voluntaria del embarazo, determinadas fundamentalmente por la edad, el hábitat de residencia y el nivel de estudios.

- En términos generales, podemos señalar como características y teniendo siempre en cuenta que se seleccionaron datos de mujeres que NO deseaban inicialmente el embarazo, las siguientes:

- Edad media: **28 años**,
- 90,8%** Trabaja como asalariada, 16% desempleada, 14% estudiantes.
- El **66,2%** reside en un entorno urbano.
- El **58,7%** es de nacionalidad **española**, a continuación, nacionalidad latinoamericanas -21%-.
- Mayoritariamente con **pareja estable, 69,3%**.
- Sin hijos a su cargo** en el **48%** de los casos, con al menos 1 hijo en un 24% y 2 hijos en un 16,2% - el número de hijos a su cargo aumenta proporcionalmente a la edad de la mujer-.
- El **65,8%** interrumpe el embarazo **antes de la semana 8** (media 8,3).
- Para el **62,5%** este es su primer aborto provocado.
- El **28,7%** no utilizó ningún método anticonceptivo. En el caso de las mujeres que sí utilizaba un método contraceptivo el más utilizado es el preservativo -42,3%- . Según aumenta la edad de la mujer se incrementa el peso de las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, utilizan la "marcha atrás" o el método Ogino.
- Existe un elevado porcentaje de embarazos no deseados por mal uso o aplicación del método anticonceptivo elegido, el **70,9%**.
- En el 80% de los casos disponían de información sobre las diferentes alternativas de contracepción.
- El 84,1% de las mujeres no solicitó la anticoncepción de emergencia.

- La edad es una de las variables que en mayor medida diferencia al conjunto de mujeres que optan por interrumpir voluntariamente el embarazo. En función de este dato, se analiza al **grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años**. Este grupo se caracteriza por:

- Edad media: **18 años** y representa el **11,2%** de las mujeres que interrumpe el embarazo, NO deseado inicialmente, voluntariamente.
- Mayoritariamente: **estudiantes -64,2%**-(aspecto diferencial frente al resto de grupos etáreos).
- Al igual que en el caso las mujeres para las que es su primera interrupción voluntaria del embarazo, son fundamentalmente mujeres asalariadas y desempleadas, pero en este grupo adquieren peso las mujeres que realizan trabajos domésticos en su propia casa.

QUEREMOS DESTACAR QUE:

- ❁ Si bien podemos decir que existen unas características predominantes en relación a los grupos específicos que acceden a la prestación sanitaria de Aborto Provocado, para ACAI cualquier mujer puede verse afectada por un embarazo no deseado, por lo que desde esta Asociación pedimos que no se estigmatice a ningún colectivo, ni se establezcan premisas previas, que pueden verse modificadas, en relación a la mujer que enfrenta un embarazo no deseado.

El flujo migratorio, la edad de la menarquia, el inicio de las relaciones sexuales, los cambios legislativos... son variables que pueden determinar un cambio en las características relativas a la mujer que interrumpe su gestación.

- ❁ El hecho de que un grueso importante de menores espere "de media" hasta la semana 10 para interrumpir su gestación, cuando el promedio general se sitúa en la semana 8, nos lleva a pensar en la necesidad de reforzar las estrategias en materia de educación sexual y formación contraceptiva dirigidas a este grupo.
- ❁ La dilación en la decisión de interrumpir su embarazo se debe, fundamentalmente, al temor de comunicárselo a sus padres, a la negación de la gestación o a que esperen que el aborto se produzca espontáneamente. En cualquiera de los casos, son aptitudes que requieren de nuestra atención y de la articulación de medidas educativas, afectivas y emocionales que impidan a las menores adoptar decisiones que pudieran poner en riesgo su salud o su integridad física o psíquica, como por ejemplo recurrir a métodos caseros o a centros clandestinos para interrumpir su gestación.
- ❁ Pese a que un 80% asegura tener información relativa a los métodos anticonceptivos, más de un 70% aplicó mal el método. Es decir, un gran número de embarazos no deseados se producen porque la contracepción no está asimilada. A juicio de ACAI el fenómeno podría responder a diversos motivos:
 - ❁ Parece evidente que existe información, pero no formación adaptada o adecuada a los distintos colectivos. Todavía en muchos colectivos predominan la información sesgada, falsos mitos y creencias y el desconocimiento del cuerpo y su funcionamiento
 - ❁ Podemos afirmar que no existe un acceso real, directo y fácil a los centros o a los facultativos que asumen la orientación contraceptiva, o que deberían asumirla.
 - ❁ El tiempo de espera y la inaccesibilidad al profesional para aclarar dudas, realizar un seguimiento del método, conocer la interacción con otros medicamentos, efectos secundarios ... redundan sin duda alguna en un conocimiento y aplicación deficiente del método.

POR TODO ELLO, RECOMENDAMOS QUE:

- ✿ Se establezca la educación sexual como materia curricular en el sistema educativo que garantice el acceso directo, fácil, breve ... al personal facultativo o educadores, tanto en el primer contacto como en el seguimiento posterior.
- ✿ Un 84'2% de las mujeres no había solicitado la anticoncepción de emergencia (píldora postcoital). El estudio fue realizado a un mes de la libre dispensación farmacéutica del método antimplantatorio, por lo que no puede quedar registrada la situación actual. En cualquier caso creemos que el "supuesto" aumento de la dispensación de este tipo de anticoncepción (parece que se ha quintuplicado la demanda en los seis últimos meses), evidencia que existía una necesidad no satisfecha a la que se sumaba la dificultad de acceso
- ✿ Esta circunstancia nos conduce a recordar que existe una demanda contraceptiva general no satisfecha, que obviamente puede estar incidiendo en la tasa de embarazos no deseados.
 - ⊕ El 68,7% reside en un entorno urbano.
 - ⊕ Predomina la nacionalidad española (67,2%).
 - ⊕ Un 50,7% de los casos tiene pareja estable, pero solo un 13,4% vive en pareja.
 - ⊕ Sin hijos a su cargo en el 86,6% de los casos.
 - ⊕ Es el grupo de edad que "más espera" para interrumpir el embarazo, de media se realiza en la semana 10 de gestación, y en un 9% -dato muy superior al resto de grupos- lo hacen entre las semanas 17 y 20.
 - ⊕ Para el 83,6% ésta es su primera interrupción, porcentaje que disminuye según se va incrementando la edad de la mujer.
 - ⊕ El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado -70,1%-, si bien existe un 18% de mujeres que no utilizó ningún método anticonceptivo. El 65% de los embarazos no deseados en este grupo se deben al mal uso o aplicación del método anticonceptivo elegido, mientras que en un 29% de los casos no es atribuible a este motivo, dato que supone el porcentaje más elevado con respecto al resto de grupos de edad.
 - ⊕ En casi el 90% de los casos no solicitó el método de Anticoncepción de Emergencia.
 - ⊕ El 82% de las mujeres disponía de información sobre las diferentes alternativas de contracepción.

✿ Si utilizamos la variable nivel de estudios de la mujer, podemos encontrar diferencias, especialmente en un grupo, el de mujeres "sin estudios". Se trata de un grupo de mujeres caracterizado por:

- ✿ El grueso se sitúa entre los 30 y 39 años (52%) frente a las mujeres con estudios superiores que aglutina mujeres más jóvenes.
- ✿ Estas mujeres interrumpen el embarazo por encima de la media, aproximadamente entre las semanas 13 y 16.
- ✿ Son madres de un hijo o más (63%) y residen fundamentalmente en un entorno rural.
- ✿ Están principalmente en situación de desempleo.
- ✿ Acumulan un mayor número de interrupciones anteriores (2 o más).
- ✿ El método anticonceptivo que más utilizan es el preservativo (37%) pero, un 33% no utilizó ningún sistema de contracepción.

✿ Del porcentaje de mujeres para las que no es su primera interrupción, un 33% sobre el total, destacamos que se caracteriza por:

- ✿ Tener una edad media de 20 años.
- ✿ Residen mayoritariamente en un ámbito urbano.
- ✿ El 66,5% tiene al menos un hijo, dato que se reduce al 40% en las mujeres para las que es su primer aborto.
- ✿ La española continúa siendo la nacionalidad predominante, pero ganan peso las mujeres de origen latinoamericano y rumanas.
- ✿ Frente al grupo de mujeres sin ninguna interrupción previa, éstas tienen pareja estable y conviven con ellas en mayor medida.
- ✿ Su formación académica es inferior.

En el momento actual, si quiero dar una visión sobre la situación del aborto es de obligado cumplimiento hablar de la reforma legislativa que está ahora mismo en proceso.

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA:

Venimos de una ley de Indicaciones (es decir, penalizado a no ser que se "indicara" o "dictaminara" por un médico que existían razones para hacerlo) que permitía:

1. Abortar hasta las 12 semanas si el embarazo era fruto de una violación
2. Abortar hasta las 22 semanas si había una malformación fetal.
3. Abortar sin límite de semanas por riesgo para la salud de la mujer.

Cómo se instrumentaba:

- ⊗ Se instituyen organizaciones civiles (clínicas acreditadas) porque en el sistema público no se hace
- ⊗ Se basa en que la salud psíquica está en riesgo según definición OMS
- ⊗ Era necesario que estuviera certificado por el especialista
- ⊗ Algunos psiquiatras estiman que la definición OMS les permite certificar el riesgo en cualquier caso (violación, alteración fetal, END)

Resultado:

- ⊗ Ninguna mujer tuvo que salir de España para abortar (de Francia salen todos los años 5000 mujeres de más de 12 semanas a abortar a otros países, de Alemania 3000, de Bélgica 1000)
- ⊗ La existencia de ACAI crea una difusión del conocimiento y pone la morbilidad Española en una de las más bajas del mundo. 5/1000 (mayores) y 1/100000 (†)

ESTA LEY ERA:

- ❁ Permisiva y se manejaba bien
- ❁ Era solidaria con las mujeres de otros países
- ❁ No reconocía el aborto como un derecho
- ❁ No era equitativa, ni igualitaria, al no estar considerada como prestación pública (solo en casos muy concretos, 2%) en la mayoría de las CCAA, las mujeres tenían que abonar el aborto. Y en algunas no era posible abortar en la CCAA
- ❁ Pero permitió que fundamentalistas cristianos, en su afán por mezclar creencias y legislación pudieran, con ayuda de sectores de la judicatura y de determinadas fuerzas de la seguridad del estado, empezar una persecución de los profesionales que practicaban abortos y por extensión de las mujeres que habían abortado, al crear situaciones de duda sobre la legalidad de los abortos practicados.

Ante esta situación ACAI promovió una protesta que se vio secundada por otros movimientos de representación feminista, popular, de asociaciones de SSyR, en los cuales era natural porque eran sus reivindicaciones desde hacía tiempo, pero especialmente hoy que agradecer el posicionamiento de la prensa más seria del país y gran parte de la intelectualidad.

POR LO QUE LA LEY ACTUAL NACE DE ESTA LUCHA COLECTIVA CON LA FINALIDAD DE QUE:

- ✿ Se reconozca el derecho al aborto por libre decisión de la mujer sin necesidad de indicaciones que siempre deben ser medicalizadas por terceros, pero también por la indicación de riesgo para la salud
- ✿ Que este derecho esté reconocido por el sistema nacional de salud haciendo desaparecer la falta de equidad por diferencias económicas.
- ✿ Nos esforzamos mucho en que esa nueva situación no representara una pérdida de accesibilidad.
- ✿ También se exigía que el texto de la Ley garantizara la seguridad jurídica de profesionales y usuarias.
- ✿ Que los tutores no pudieran impedir que accedieran al aborto las mujeres de 16 y 17 años que lo consideraran necesario.
- ✿ Obviamente también debía ser posible abortar por alteraciones fetales y en este caso cuando fuera una situación de gran gravedad sin límite de semanas.



El Ministerio de Igualdad ha sido sensible a estos requerimientos y aun recibiendo muchas presiones ha intentado que se cumplieran estas premisas.

La Ley que ha resultado permite:

- La libre decisión de la mujer hasta las 14 semanas (derecho reconocido) Pero también lo permite por la indicación de riesgo para la salud de la mujer gestante, es decir como la que tenemos hoy, sin grandes variaciones en cuanto a sus limitaciones, es hasta la 22 semana de gestación.
- Y por grave malformación fetal o enfermedad incurable del feto sin límite de semanas pero debiendo ser ratificado el diagnóstico fetal por un comité.
- Que las mujeres de 16 y 17 años puedan abortar en contra de la opinión de sus tutores, aunque deben ser informados

Pero obliga a:

- La mujer deberá leer en una información oficial las ayudas que puede recibir del estado si sigue el embarazo y de las ayudas a los discapacitados/as en caso de aborto por alteración fetal.
- Esperar tres días de "reflexión",
- A un complejo sistema de codificación de los datos de las usuarias, con la finalidad de que se proteja su confidencialidad (solo vulnerado por fuerzas de seguridad del estado y gracias a la información en posesión de algún juzgado), que vemos difícil de cumplir y de compaginar con exigencias de otras legislaciones
- A que las mujeres de 16 y 17 años deban venir acompañadas por un/a tutor/a legal.

En conclusión:

- Consideramos que la nueva Ley es "buena" y tiene un espíritu encaminado a hacer muy accesible este derecho, pero ciertos aspectos del Reglamento que la regulará podrían poner en riesgo la prestación como la conocemos en cuanto a accesibilidad.
- Mejora la equidad e igualdad dentro del sistema de Salud, aunque deja algunos "focos" a los que se pueden acoger las CCAA que deseen por intereses o ideología entorpecer la Ley.
- Habrá que estar atentas para que el desarrollo de esta ley y su reglamento sea fiel a su espíritu y que el acceso al aborto no se convierta para las mujeres en un periplo por administraciones y burocracia, permitiendo que los distintos sistemas de salud organicen el acceso al aborto sin menoscabo de la seguridad sanitaria con la que hasta ahora se realizaban los abortos en nuestro país.



EL MOVIMIENTO FEMINISTA Y LA LUCHA POR EL DERECHO AL ABORTO

NATALIA ENGUÍX MARTÍNEZ

En España el aborto ha formado parte de las reivindicaciones feministas de manera expresa desde los años setenta.

Fue en estos años cuando el feminismo impulsó uno de los cambios de mayor impacto en la vida de las mujeres y en el conjunto de la sociedad, se produjo lo que podríamos llamar una transición sexual al pasar de una situación caracterizada por la represión y la negación absoluta de la sexualidad de las mujeres, a otra en la que se respira una mayor libertad y se inicia el despertar sexual de muchas mujeres. No sólo se trataba de conseguir cambios legislativos y asistenciales concretos, sino de hacerlo formulando nuevos derechos: el derecho al propio cuerpo, a vivir la sexualidad y la maternidad con libertad, a poder decidir.

Surge la exigencia de la legalización de los métodos anticonceptivos, la consigna "libres y gratuitos" forma parte de todas las plataformas reivindicativas de estos años y de campañas como la realizada por la Plataforma de Organizaciones Feministas de Madrid, en marzo de 1977. Se acompaña la exigencia de educación sexual, del aborto legal, de la creación de centros de orientación sexual y de la investigación de métodos anticonceptivos no perjudiciales para la salud de las mujeres, siempre orientados a evitar el mal mayor del aborto, y otros que pudieran utilizar los hombres.

El aborto era un tema tabú y el movimiento feminista se tuvo que esforzar para desmontar las falsas creencias que la Iglesia y gran parte de la clase médica había extendido en el imaginario colectivo, criminalizando y estigmatizando a las mujeres que lo realizaban.

A lo largo de estos años, el aspecto central en las reivindicaciones del movimiento feminista ha sido el derecho de las mujeres a decidir, sin ser tuteladas por terceros, el derecho a interrumpir un embarazo no deseado, sean cuales sean las causas que motivan su decisión y el derecho a que se les facilite los recursos legales y sanitarios necesarios para ello, como parte de los derechos reproductivos de las mujeres. Porque debe prevalecer la decisión de la mujer como sujeto de derechos sobre la protección de la vida en gestación.

El movimiento feminista ha conseguido a través de sus reivindicaciones sacar a la luz pública las necesidades y problemas vividos por las mujeres y ocultos tras su consideración de temas tabúes o sujetos a una privacidad cargada de imposiciones.

La proclama "lo personal es político", tiene aquí un claro ejemplo.

Darles una dimensión política al exigir el reconocimiento de los derechos y los cambios que ello arrastra, supone además una práctica que obliga a ampliar los temas que requieren la atención de la sociedad y de las políticas públicas.

Ha sido un largo recorrido plagado de reivindicaciones, demandas, manifestaciones, encierros, charlas, debates, acciones, etc en defensa de las mujeres y de las personas profesionales que han practicado la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La despenalización parcial del aborto en 1985 perpetuó los defectos de un sistema despenalizador que se ha mostrado ineficaz para contener el constante incremento del número de abortos que se practican en España, al tiempo que ha sido fuente de inseguridad tanto para el personal sanitario como para las propias mujeres que han tomado parte en una interrupción voluntaria del embarazo en principio amparada por la ley.

Esta situación se agravó de tal manera que en 1992 el Parlamento Europeo aprueba una resolución solicitando al Gobierno español que cesen las persecuciones, detenciones, juicios, etc., por aborto.

A partir de 1992 hasta 2001 las diferentes fuerzas políticas de izquierda con representación en el Congreso de los Diputados presentaron diferentes proposiciones de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ninguna de ellas llegó a tramitarse.

Por su parte, las movilizaciones y protestas organizadas por el movimiento feminista y otros movimientos sociales han logrado reducir la presión social contra el aborto, limitando los juicios y condenas, que hoy se producen de manera puntual.

Desde 2001 hasta 2007 el debate y las movilizaciones para conseguir una Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo han estado bastante invisibilizadas y silenciadas.

Es a partir del mes de marzo de 2007 cuando la Asamblea Feminista de Madrid convoca a los medios de comunicación para dar a conocer un estudio que durante los últimos años, habían llevado a cabo diversas organizaciones de la Coordinadora Feminista Estatal, sobre qué estaba pasando con el derecho de las mujeres a abortar y sobre la realidad del aborto en las Comunidades Autónomas.

A principios de verano, el periódico el País dedicó varios amplios reportajes a lo que había revelado el trabajo de la Coordinadora Feminista y se dispararon las alarmas: el Defensor del Pueblo y el Ministerio de Sanidad y Consumo inmediatamente se sintieron conmovidos por lo que decía el Estudio: *“Solo el 2% de los abortos se realizan en los Centros del Servicio Nacional de Salud, y existen Comunidades Autónomas (Navarra y Extremadura) en las que no se hace ni siquiera uno: muchas mujeres se ven obligadas a viajar fuera de sus Comunidades para abortar; la mayoría de las mujeres que quieren suspender su embarazo tienen que pagar por ello...”*.

En noviembre de ese mismo año, en Barcelona la Guardia Civil entró en las clínicas acreditadas para practicar abortos. Los medios de comunicación no repararon en medios para difundir todo tipo de filtraciones: *“hay trituradoras en las clínicas abortistas”, “se realizan abortos ilegales de hasta ocho meses” y un largo etc.*

La confusión y la alarma social que se fue generando con la difusión de estas noticias fue enorme. El debate llegó a la calle y la gente se preguntaba qué estaba pasando en las clínicas privadas, qué control había por parte de las autoridades sanitarias de lo que ocurría en ellas. Y empezaron las inspecciones de sanidad. El resultado de estas reiteradas inspecciones confirmó que las clínicas estaban actuando dentro de la legalidad pero ninguna autoridad sanitaria lo hizo público para tranquilizar a la población, ni para apoyar a las clínicas que realizaban el 98% de los abortos que se practicaban anualmente.

Esta "caza de brujas" contra las clínicas privadas es lo que motiva que ACAI se lance a la huelga del 7 al 13 de enero de 2008. La soledad de las clínicas da un giro radical cuando se conoce la imputación de la Guardia Civil en los domicilios de 25 mujeres que habían abortado. El asalto a la intimidad de estas mujeres, provocó la indignación ciudadana, el despertar de muchas conciencias y las diferentes iniciativas de los grupos feministas. La primera de ellas, las autoinculpaciones, cientos de grupos feministas de las diversas Comunidades Autónomas, establecen amplias alianzas y se lanzan a la recogida de autoinculpaciones de mujeres y hombres, que se solidarizan así con las mujeres llamadas a declarar, publican manifiestos y convocan concentraciones y manifestaciones de protesta en las que, además, se exige con fuerza la salida del aborto del Código Penal y una nueva legislación en la materia junto con garantías para que se realice en los centros sanitarios públicos.

Entre finales de enero y principios de febrero se suceden las concentraciones en los Juzgados de Guardia, en los que las organizaciones feministas entregan miles de autoinculpaciones.

Vuelven a surgir las Comisiones Pro-Derecho al aborto que habían tenido un gran protagonismo en los años 70 y 80.

En Granada, como en otras ciudades españolas se crea en el año 2008 la Comisión Pro-Derecho al Aborto: "Derecho al aborto. Las mujeres decidimos", formada por asociaciones de mujeres y mujeres independientes.

Esta Comisión nació de la iniciativa del movimiento feminista de Granada, a raíz del proceso judicial anteriormente mencionado.

Las primeras actuaciones que se decide llevar a cabo fue la recogida de autoinculpaciones de abortos y de apoyos a las mujeres y profesionales llamados a declarar y que estaban pendientes de proceso judicial.

A esta primera actuación le siguieron otras, como la realización de una mesa redonda titulada "Por el derecho al aborto, ¿qué tipo de Ley necesitamos?", acciones formativas como diferentes charlas: "El derecho al aborto" en Asociaciones de Mujeres y "Educación Sexual y Derecho al Aborto" en Institutos de Educación Secundaria de Granada, ruedas de prensa para expresar nuestra opinión ante la realidad del aborto en España y ante el Anteproyecto de Ley, así como artículos de opinión en prensa y actos reivindicativos.

Finalmente se realizaron unas Jornadas en octubre de 2009 con el título: "Por la educación sexual y el derecho al aborto" cuyo objetivo principal era fomentar el debate e implicación social a favor de la Ley de salud sexual y reproductiva que estaba elaborando el Gobierno.

La Comisión se disolvió en 2010 con la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

LA LUCHA POR EL DERECHO AL ABORTO. RECORRIDO HISTÓRICO.

- 1976.** En octubre son detenidas once mujeres en Basauri acusadas, dos de ellas, de practicar abortos y el resto por someterse a prácticas abortivas.
- 1977.** El movimiento feminista realiza una campaña por la legalización de los anticonceptivos, por una sexualidad libre y por el derecho al aborto. Se exige la amnistía para las mujeres condenadas por los llamados "delitos específicos" entre los que se encuentra el aborto.
- 1978.** Legalización de los anticonceptivos. La Coordinadora de Organizaciones Feministas del Estado español critica el texto constitucional que se somete a referéndum, entre otros aspectos, por el art.15 ("todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral") al considerar que dificultará el conocimiento pleno del derecho al aborto.
- 1979.** Desde algunos grupos de profesionales proderecho al aborto, como en Valencia, se comienza la práctica clandestina de interrupciones voluntarias del embarazo. Octubre: se suspende la vista oral del procesamiento a las "once mujeres de Bilbao". En Barcelona, Valencia, Sevilla, Canarias, Valladolid, Oviedo, Madrid, Zaragoza y Bilbao... se producen numerosas manifestaciones y encierros en apoyo a las "once mujeres de Bilbao". El mismo día 26, ante la Audiencia de Bilbao se manifiestan 3.000 personas. Estas movilizaciones son impulsadas por la Coordinadora Feminista Estatal y recogen más de 1.000 firmas de mujeres y hombres famosos que afirman haber abortado o colaborado en abortos clandestinos. Diciembre: se celebra un juicio en Madrid contra ocho mujeres y un hombre acusados de practicar abortos.

- 1980.** Enero: puesta en marcha del centro de información sexual Los Naranjos en Sevilla. En octubre irrumpe la Guardia Civil en ese centro. Son detenidas veintinueve personas, veinte de ellas acusadas de haber practicado prácticas abortivas. Se suceden amplias movilizaciones de apoyo convocadas por la Coordinadora Feminista Estatal. En noviembre: comienza el proceso que durará 9 años contra ocho personas miembros del Colectivo de Los Naranjos.
- 1981.** Enero: Se entregan en el Juzgado de Sevilla 26.249 firmas de mujeres y hombres que declararon haber abortado o colaborado en la práctica de aborto. En diciembre: se celebra en la Universidad Complutense de Madrid unas Jornadas Estatales: "Derecho al aborto. Nosotras decidimos", organizada por la Coordinadora Estatal Feminista.
- 1982.** Inicio del juicio de las once mujeres de Bilbao. Manifestaciones por el derecho al aborto. Presentación de una propuesta de Ley de Aborto elaborada por la Coordinadora Feminista Estatal.
- 1983.** Febrero: Marcha de mujeres a la Moncloa impulsada por la Comisión Proderecho al Aborto del movimiento feminista de Madrid. El Parlamento inicia el debate sobre la despenalización de algunas prácticas abortivas. Manifestaciones en diversas ciudades españolas convocadas por la Coordinadora Feminista Estatal y con el apoyo de muy diversos colectivos sociales, profesionales y personal político. Octubre: se debate en el Congreso de los Diputados el proyecto de ley del Gobierno socialista. Noviembre: indulto para las mujeres de Bilbao.
- 1984.** Una mujer condenada en Santander a seis meses y un día por abortar.
- 1985.** El Tribunal Constitucional da por bueno parte del recurso presentado por la Coalición Popular sobre la Ley aprobada y obliga a su modificación. La Ley es aprobada el 3 agosto de 1985. Unos meses después da inicio la campaña de la Coordinadora Feminista Estatal: "Derecho al aborto libre y gratuito. Las mujeres decidimos. Estamos haciendo abortos".
- 1986.** Los medios de comunicación se reúnen con el movimiento feminista en Cantabria, Tarragona, Barcelona, Asturias, Madrid, Navarra. Cientos de mujeres dan a conocer que desobedecen la ley del aborto, por considerarla insuficiente. Noviembre: En Madrid el juez Valle detiene y encarcela al equipo del Centro de Planificación Durator y al de la Clínica Dator, primera en abrirse en España, llevándose las historias clínicas de las pacientes.
- 1987-1988.** En diversas ciudades, como Alicante, Barcelona y Madrid, se produce un acoso judicial contra las clínicas autorizadas para practicar interrupciones de embarazo: incautación de historias clínicas, detenciones por la práctica de abortos, citaciones a declarar de hasta trescientas mujeres en algunos casos.
- 1989.** Marzo: Comienza, después de nueve años desde el inicio del proceso, el juicio contra las ocho personas del Centro de Planificación Familiar Los Naranjos de Sevilla inculpadas por la realización de abortos. La sentencia condenó a un año a cuatro de las personas enjuiciadas. El Gobierno socialista las indulta en 1994.

- 1990.** La Organización Mundial de la Salud, en su informe "Indicadores de la salud reproductiva en España" señala que de las 135.000 mujeres que abortaron en 1989, el 78% lo hicieron fuera del marco de la legalidad vigente. 1991 es indultado el ginecólogo malagueño Germán Sainz de Santamaría sobre el que pesaba una condena de cuatro años de cárcel por la práctica de un aborto a una menor en 1994, agredida sexualmente repetidas veces por un familiar. Informe de la Fiscalía General del Estado dirigido al Ministerio de Justicia pidiendo la ampliación de la legislación del aborto a un cuarto supuesto despenalizado.
- 1992.** El Parlamento Europeo aprueba una resolución para que cesen las persecuciones, detenciones, juicios, etc., por el aborto. El Gobierno socialista presenta un informe sobre la realidad del aborto en el que considera necesaria una reforma de la Ley de 1985.
- 1994.** A finales de junio, el Gobierno remite al Consejo General del Poder Judicial su Anteproyecto de Ley Orgánica de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el que introduce un cuarto supuesto de despenalización: las causas económico-sociales. Anteproyecto que no se lleva a las Cortes para su discusión. Se acaba la legislatura sin que haya ningún tipo de modificación de la legislación vigente desde 1985.
- 1995.** Junio: El Grupo Parlamentario Federal Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En la sesión plenaria del Congreso de los Diputados la proposición es rechazada.
- 1996.** Abril: El Grupo Socialista del Congreso presenta una proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. El Grupo Federal Izquierda Unida - Iniciativa per Catalunya presenta nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- 1997.** Junio: El Grupo Socialista del Congreso y El Grupo Federal Izquierda Unida - Iniciativa per Catalunya presentan nuevamente una proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- 1998.** Marzo: El Grupo Federal de Izquierda Unida, el Grupo Socialista del Congreso y el Grupo Mixto presentan una propuesta de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Septiembre: El Grupo Parlamentario Mixto presenta una propuesta de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Es negada la admisión a trámite de la proposición para ampliación de la Ley de 1985.

- 2000.** Abril: El Grupo Parlamentario Socialista presenta una proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- 2001.** Septiembre: Grupos Parlamentarios presentan nuevamente la proposición de Ley de Regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- 2007.** Publicación del Estudio de la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas: 'Interrupción Voluntaria del Embarazo'. Noviembre: Inspecciones sanitarias en las clínicas acreditadas para practicar abortos e irrupciones de la Guardia Civil en las clínicas del doctor Morin en Barcelona.
- 2008.** Enero: Huelga de ACAI e irrupción de la Guardia Civil en los domicilios de 25 mujeres que habían abortado en la Clínica Isadora por orden del Juez Sierra, titular del Juzgado de Instrucción nº 47. Concentraciones en los Juzgados de Guardia, en las que las organizaciones feministas entregan miles de autoinculpaciones.
- 2009.** Debate del Anteproyecto de Ley de "salud sexual y reproductiva" y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 2010.** Febrero: Aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Julio: Entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.





**LOS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES**
CASILDA VELASCO JUEZ

Las mujeres a lo largo de la historia hemos sufrido discriminaciones de todo tipo, siempre se nos ha valorado la capacidad de ser madres y eso ha marcado nuestras vidas. Éramos importantes porque podíamos reproducirnos, dar vida. Sin embargo, esta misma capacidad reproductiva ha marcado nuestras vidas en lo privado y en lo público.

Los derechos de las mujeres se han ido consiguiendo poco a poco a lo largo de la historia, a diferentes ritmos según el tipo de derechos y según la zona geográfica. Sin embargo, aún hoy, no todas las mujeres han conseguido derechos que para muchas se consideran básicos, como el derecho al voto, a conducir, a tener los hijos que se desean y en el momento que lo desean, al acceso a servicios educativos o de salud básica, etc.

En el mundo hay 580 millones de mujeres analfabetas, dos veces más que los hombres, y más de 70 millones de niñas no están escolarizadas. De los 210 millones de embarazos que ocurren cada año, se calcula que aproximadamente 46 millones finalizan en un aborto provocado. De ellos 18 millones son abortos no seguros, que dan lugar a 65.000 muertes maternas. 120 millones de mujeres habría preferido no tener su embarazo actual, pero no usan un método anticonceptivo, se podrían haber evitado 100.000 muertes maternas por año si las mujeres hubieran tenido acceso a métodos de planificación familiar. Según la OMS el 2% de las mujeres en edad fértil son infértiles debido a un aborto provocado o de riesgo y el 5% sufren infecciones crónicas, aumenta el riesgo de embarazos ectópicos, partos prematuros y abortos espontáneos en otros embarazos¹.

Cada día 6.000 niñas son mutiladas genitalmente, cada año mueren más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Falta entre 100 y 200 millones de mujeres en el mundo.

Sabemos que la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres que en los hombres, sin embargo, en nuestro país, los hombres viven más años de vida en buena salud que las mujeres. A los 65 años, los hombres tienen 10,3 años de esperanza de vida en buena salud y 10,0 años las mujeres. Con información correspondiente al año 2007, los varones al nacer vivían el 81,2% de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud frente al 74,8% de los años de esperanza de vida de las mujeres. En mujeres, la mortalidad que teóricamente se podría evitar, y que origina las cifras más altas de años potenciales de vida perdidos corresponde a causas como: afecciones originadas en el periodo perinatal (47,5 años), **embarazo, parto y puerperio (44,8 años)**, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (40,7 años), causas externas de mortalidad (27,2 años), enfermedades infecciosas y parasitarias (16,2 años)².

1. A measure of survival Calculating Women's Sexual And Reproductive Risk. PAI Report Card 2007

2. Instituto Nacional de Estadística. Hombres y mujeres en España. 2010. www.ine.es

LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD

Hace 60 años la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice en su preámbulo que los derechos son iguales e inalienables en todos los miembros de la familia humana. En sus diferentes artículos dice cosas como: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraterna-mente los unos con los otros.

También que **todo individuo tiene derecho a la vida**, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud y el bienestar**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, **la asistencia médica** y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Finalmente en otro de sus artículos dice que **la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales**. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

¿Dónde está el derecho a la salud de todas estas mujeres, cuando ni siquiera su función biológica, como es el ser madres se asegura a millones de ellas en todo el mundo? Y solo hablamos de su función maternal ¿Qué podemos decir de otros derechos no tan biológicos?

Hay otras muchas normas, directivas, tratados, etc. que nos amparan.

Naciones Unidas, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para **eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar**»

Así que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y reconocido desde hace mucho tiempo.

DE LA SALUD MATERNO INFANTIL A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Como hemos dicho, durante siglos la salud de la mujer ha sido tenida en cuenta solo por su parte reproductiva, no se ha valorado ni dado atención a muchas otras necesidades que tenían o podía tener por el hecho de ser mujer, independientemente de ser madre o no. Era su parte de ser madre, la única a la que se le daba atención, se prodigaban cuidados.

La IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido 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 reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia».

En esta conferencia se define por primera vez y de forma explícita y con consenso de todos los países participantes lo que es la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Fue todo un cambio de paradigma, pasamos de la salud materno infantil a la salud sexual y reproductiva. Por primera vez a las mujeres se les considera algo más que su capacidad de reproducirse y de ser madres. Este cambio no ha sido fácil ni homogéneo y por ello, aún muchos países, entre ellos el nuestro, están ahora iniciando el cambio y el enfoque de la atención a la mujer, pasando de una forma de hacer y decidir la atención a la mujer como una paciente, a una persona con derechos específicos en cuanto a su salud.

En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento ha aprobado la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados en el año 2001.



DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ESPAÑA

Para el desarrollo de esta ley debemos tener en cuenta no solo la salud sexual sino también la reproductiva, en todos los ámbitos diferentes en los que debemos pensar y trabajar, por otra parte tampoco debemos olvidar los derechos sexuales y reproductivos, bien definidos en las recomendaciones internacionales y a partir de esta ley tendremos un marco legal para poder desarrollar.

Me parece importante también no pensar en parcelas diferentes de la vida de la mujer, por un lado la salud sexual y por otra la salud reproductiva, ya que todo ello es parte integrante en la vida y la salud de las mujeres.

El preámbulo de la Ley nos dice que en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, **todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva** sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Punto importante ¿Cómo se va a poder poner en marcha esta ley? ¿Dónde están los profesionales formados en esta perspectiva y con el enfoque adecuado?

Debemos estar alertas, el hecho de tener una ley no quiere decir que las cosas van a cambiar de la noche a la mañana, sí que es un avance ya que tenemos una legislación en la que poder ampararnos pero, esta, no es suficiente.

ALGUNOS EJEMPLOS DE FALTA DE SALUD O DE MALA SALUD EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN NUESTRO MEDIO.

Somos un país donde podemos sentirnos orgullosos de un sistema de salud muy bueno, con una atención sanitaria de calidad y con acceso universal a todos los residentes. Sin embargo, tenemos puntos negros en esta atención, sobre todo en lo relacionado con la salud de las mujeres. Vamos a analizar, someramente, algunos de estos problemas que a veces, contentos con lo que tenemos tan bueno, se nos olvida los déficits que siguen existiendo en nuestra sociedad.

FALTA DE SALUD

Podemos encontrar un problema de falta de salud no resuelto, como son los embarazos en adolescentes en nuestro país y por supuesto en Andalucía.

En el año 2008 en España⁴ hubo 15.133 embarazos en jóvenes de 19 años y menos, de ellos 178 fueron en niñas de menos de 15 años. En Andalucía⁵ el mismo año hubo 3.884 y 45 respectivamente.

¿Por qué consideramos que estos embarazos son una falta de salud?

Porque una joven⁶ que es madre a esa edad, tiene mayor riesgo de morbilidad materna, es decir de padecer complicaciones durante su proceso de embarazo y parto, mayor riesgo de no dar el pecho al bebé, mayor riesgo de sufrir maltrato durante el embarazo.

Por otra parte una niña o adolescente que es madre, abandonará sus estudios, tendrá una formación profesional muy baja, con lo cual el mercado de trabajo al que pueda acceder será de muy mala calidad y más frecuentemente estará desocupada⁷. Como consecuencia no podrá tener una independencia económica ni personal y será más vulnerable a sufrir violencia a lo largo de su vida.

Y me dirán ¿y qué tenemos que ver los sanitarios con esto? O ¿esto qué tiene que ver con la salud? Yo creo que todo o mucho. Una joven adolescente se queda embarazada porque no hemos hecho bien el trabajo los servicios de salud.

- Esta joven no ha tenido acceso a una educación sexual adecuada desde que es niña
- No ha tenido información adecuada para acceder a servicios de control de la concepción.
- No ha tenido acceso a educación dentro de la familia, quizá porque los padres tampoco tienen la suficiente información sobre estos temas.

La nueva ley dice en su preámbulo que pondrá al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información⁸.

4. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento de población 2008.

5. Instituto de estadística de Andalucía. Movimiento de población 2008.

6. Population Reference Bureau. Fiche de données sur la population mondiale. 2009. www.prb.org

7. CSIC. Maternidad adolescente en España. Nota de prensa, 26 de mayo de 2010.

8. Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva. BOE 4 de marzo 2010

Por otra parte en su Artículo 5 define los objetivos de la actuación de los poderes públicos. Y podemos destacar lo que deben garantizar las políticas públicas:

- ❁ **La información y la educación afectivo - sexual y reproductiva** en los contenidos formales del sistema educativo.
- ❁ **El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.** A métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad. A la eliminación de toda forma de discriminación,
- ❁ **La educación sanitaria integral** y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- ❁ **La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro** que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

Etcétera, etcétera. Nuestras adolescentes embarazadas no han podido tener acceso a ninguna o casi ninguna de estas actuaciones.

Y nosotros somos o deberíamos sentirnos responsables del número de embarazos en adolescentes por las consecuencias que esto va a tener para esos cientos y miles de niñas que cada año son madres en nuestro país o en nuestra comunidad autónoma; y deberíamos considerarlo como una falta de salud entre nuestras jóvenes.

MALA SALUD

Vamos a ver dos ejemplos de mala salud que sufren las mujeres aquí y ahora.

A las mujeres, como dijimos antes, nos han manipulado diciéndonos lo qué es lo mejor para nosotras, lo que nos conviene o lo que no, en cada momento de nuestras vidas hay o había "un experto" generalmente hombres, aunque las mujeres que entraban en ese club no les iban a la zaga, que nos decían lo que era mejor para nosotras.

Muchas feministas, en algún momento de sus discursos, encontraban que estaba bien y aplaudían el hecho de que las mujeres no tuviéramos que parir con dolor, que no fuéramos "esclavas" de la lactancia materna y por tanto bienvenidos los biberones, etc. De alguna forma pensaban que nosotras para poder tener una vida profesional y personal satisfactoria debíamos renunciar a todo lo que nos frenaba para desarrollar ese tipo de vida. Así que siempre había alguien que demostraba que lo mejor era dar biberones cada 3 horas, que la lactancia artificial era tan buena o mejor que la lactancia materna, que tener un parto sin medicalizar era de ser salvajes, etc.

De nuevo "los expertos" decidían lo que era mejor para las mujeres y nosotras en muchos casos, encantadas.

Pero ¿por qué sabemos hoy que eso no es lo mejor?

UN PARTO MEDICALIZADO

La medicalización del parto en España apareció a partir de los años 70, cuando hubo un gran desarrollo de los hospitales maternales y los partos pasaron de ser a domicilio realizados por matronas a ser en medio hospitalario realizado mayoritariamente por tocólogos. Un proceso normal, fisiológico pasó a ser un proceso médico lleno de tecnología. Las mujeres en lugar de parir nos hacían otros los partos, pasamos a ser sujetos pasivos de nuestra fisiología más primaria. Nos dijeron como colocarnos, como empujar, donde parir, que lo mejor era no sentir nada y por tanto nos dormían, etc. El proceso más ancestral para el que siempre las mujeres habíamos sabido como realizarlo se pasó a un acto que ya no sabíamos nada, no éramos protagonistas de nuestro parto. Los "expertos" sabían más que nosotras de nuestro cuerpo, de lo que sentíamos o podíamos sentir, de como movernos, andar, respirar. Éramos meros sujetos pasivos de nuestro proceso de dar vida a un otro ser. El parto no era nuestro, era de los otros, los que sabían de esto. Pero siempre ha habido mujeres pioneras en contra de lo establecido y aunque más tarde que en otros países del norte de Europa, en nuestro país un grupo de mujeres dijeron, No, basta, el parto es nuestro y queremos que nos lo devuelvan y por ello ahora nos encontramos en todo un proceso de cambio en España y muy especialmente en Andalucía para que las mujeres puedan decidir sobre como dar a luz, es su parto, y ellas, las mujeres, bien informadas decidirán que es lo que quieren para su parto, el de ellas.

MEDICALIZACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Y bueno llegamos al final de la vida reproductiva de las mujeres y se acabó ya no somos capaces de tener hijos pero tampoco podemos vivir con un proceso normal que es la menopausia, necesitamos que de nuevo los expertos nos digan lo que nos conviene, lo que es bueno para nosotras. Señoras no tienen que envejecer, podemos darles hormonas, no se sabe hasta cuando, pero para que continúen sintiéndose mujeres activas, sin sofocos, sin sequedad vaginal. Nosotros les daremos hormonas. ¿Han calculado si eso nos va a acarrear otros problemas? No, son hormonas las mismas que tenemos en nuestra vida de jóvenes, con lo cual no puede ser malo.

La naturaleza está hecha de tal forma que podemos manipularla para continuar una vida como los otros quieren que la vivamos, los otros de nuevo deciden por las mujeres.

CONCLUSIONES

Deben pensar que estoy en contra de los adelantos de la ciencia, nada más lejos de la realidad. Los avances en la ciencia están para ayudar, no para suplantar procesos normales. Los avances en la obstetricia son importantes para cuando hay un problema, lo que no se puede es que lo que sirva para un problema, lo utilicemos hasta cuando no hay problemas, que es lo que ha ocurrido con la medicalización de los partos o de la menopausia, hay procesos normales que dejan de serlo y para estos casos está el avance de la ciencia no para medicalizar todos los procesos normales de las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos van en esta línea, queremos procesos normales, queremos decidir y tenemos el derecho a hacerlo. No queremos que se nos considere menores de edad toda la vida solo por ser mujeres.

La puesta en marcha de la estrategia en salud sexual y reproductiva del Ministerio de Sanidad, puede ser un buen instrumento para poner en marcha en todo el país este nuevo paradigma en cuanto a la salud de las mujeres, igual que lo está siendo actualmente la estrategia del parto normal.

Muchas mujeres a lo largo de la historia han demostrado su capacidad y han luchado porque las mujeres de hoy podamos decir alto y claro cuales son nuestros derechos y podamos decidir sobre nuestros cuerpos.





LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN ANDALUCÍA
CRISTINA TORRÓ GARCÍA-MORATO

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

La sexualidad no es solo cuestión de sexo. Es el modo que el ser humano tiene de vivir, de verse y de sentirse como hombre o como mujer. Tal como lo define la OMS, el término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de la persona, como su autoestima y su bienestar emocional y mental además de la cultura y el ambiente donde vive.

La salud sexual parte, por tanto, de una educación igualitaria y libre. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable, los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos, respetados y definidos por las sociedades con todos sus medios. La garantía de los derechos sexuales y reproductivos se obtiene a través de la educación y el desarrollo social, no se basa en la organización de los servicios sanitarios.

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

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

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

Por todo ello la perspectiva de género aplicada a la salud sexual y reproductiva deberá contemplar los aspectos sociales, culturales y psicológicos que inciden sobre los comportamientos y las relaciones sexuales entre mujeres y hombres, pudiendo tener consecuencias, positivas o negativas, en la salud y autonomía de éstas.

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

Este enfoque basado en los derechos de las mujeres y los hombres respecto de su sexualidad y reproducción, junto con una perspectiva de equidad socioeconómica, de género y de multiculturalidad han sido los principios desde la que se ha diseñado y se está desarrollando la Estrategia de salud sexual y reproductiva en Andalucía.



CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. HITOS EN SU REGULACIÓN

El camino hacia la Salud Sexual y Reproductiva, tal y como la entendemos hoy, se inició en 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos, pero hasta principios de los '90, esta declaración se tradujo en políticas dirigidas a cubrir metas exclusivamente demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Es en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) donde se produjo el gran cambio al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de las personas, su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. En esta conferencia se acuñó por primera vez el término de Salud Sexual y Reproductiva, siendo definida como un "Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción".

Desglosando los dos componentes de la Salud Sexual y Reproductiva, como parte esencial del concepto de SALUD, la Salud Sexual¹ se define como un "Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La Salud Sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libre de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la Salud Sexual los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos".

Por otro lado, la Salud Reproductiva queda definida como un "Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con la reproducción humana, sus funciones o procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear libremente, y de decidir hacerlo o no hacerlo, cómo, cuándo y con qué frecuencia".

Este concepto de Salud Sexual y Reproductiva se ve reforzado en 1995, durante la IV Conferencia Mundial sobre la mujer de Naciones Unidas, en la que se insiste sobre los derechos y la necesidad de empoderamiento de las mujeres y se aprueba la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Esta Plataforma afirma que los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia y reconoce que "la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos".

1. Definición de la WAS (World Association For Sexual Health).

En 1997, en el XIII Congreso Mundial de Sexología, titulado Sexualidad y Derechos Humanos se produjo la Declaración de Valencia en la que se establecen los siguientes derechos sexuales:

- Derecho a la libertad que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones y violencias de toda índole.
- Derecho a la igualdad sexual. Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que se pertenece.
- Derecho a la salud sexual. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
- Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.
- Derecho a una educación sexual integral desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.
- Derecho a la libre asociación. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
- Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable: tener o no hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño tiene derecho a ser deseado y querido.
- Derecho a la vida privada que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable e insustituible.

A nivel mundial, en la Cumbre del Milenio en 2000, el espíritu de la Salud Sexual y Reproductiva estuvo presente a la hora de definir dos de los objetivos del desarrollo del milenio: reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres.

La Conferencia de Naciones Unidas Beijing +10 (2005) concluyó que la falta de derechos en materia de Salud Sexual y Reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo y la incidencia cada vez mayor de VIH/SIDA entre las mujeres, así como altas tasas de mortalidad materna en regiones de África, Asia y América latina refleja que "en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer" y queda mucho camino por recorrer.

Finalmente, es de destacar el Foro Europeo de Mujeres Beijing +15 (2010), en el que han surgido cuatro tendencias principales: Aumento de los esfuerzos de incorporar la perspectiva de género en los marcos normativos relativos a la salud y de ampliar las medidas dirigidas a las mujeres; mejora del acceso de las mujeres a los servicios médicos; aumento de los esfuerzos de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer; aumento de la atención que se presta a las enfermedades no transmisibles específicas de las mujeres.

A nivel de la Unión Europea, se han asumido los compromisos antes descritos en las sucesivas conferencias internacionales y se han reforzado mediante la Resolución de la UE 2001/2128 sobre Salud Sexual y Reproductiva

En nuestro país, el desarrollo parte de la Constitución Española de 1978 y se desarrolla en el ámbito sanitario a través de la Ley General de Sanidad de 1986 en los aspectos relacionados con la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes. Desde aquí hay que esperar hasta el año en curso (2010) para ver publicada la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que ya establece y regula, sin tapujos, el ejercicio de los derechos de la ciudadanía en materia de salud sexual y reproductiva, así como la obligación de los poderes públicos de no interferir en estas decisiones al tiempo que deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

LA ESTRATEGIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ANDALUCÍA

Esta estrategia tiene como objetivo general promover una vivencia satisfactoria de la sexualidad y la reproducción, como un valor positivo y un activo para el bienestar y la salud de las personas. Para ello, desarrolla diversas líneas de actuación complementarias dirigidas a:

1. Fomentar competencias para desarrollar una vivencia sexual satisfactoria (edad, rol, tendencia...)
2. Prevenir las ITS (sexo seguro) y tratarlas adecuadamente
3. Facilitar accesibilidad a la anticoncepción
4. Proporcionar atención perinatal de calidad, centrada en la familia y el desarrollo saludable, en caso de embarazo deseado
5. Proporcionar una atención de calidad en caso de embarazo no deseado



LÍNEA 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

La promoción de la salud sexual tiene como objetivos fomentar la elección de conductas saludables respecto a la sexualidad y propiciar entornos en los que esta elección sea fácil. Por ejemplo, fomentar el uso del preservativo a la vez que se facilita el acceso al mismo.

Se han priorizado dentro de ella dos objetivos específicos relacionados con las edades en las que la sexualidad supone una conducta más conflictiva en nuestra cultura: la adolescencia y la vejez.

En relación a la gente joven, la intervención se canaliza a través del programa Forma Joven (implantado desde el curso 2001-2002), en el que participan las Consejerías de Salud, de Educación, el departamento de drogodependencias y juventud de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, con la colaboración de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP), las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (AMPAs) y el Consejo de la Juventud de Andalucía.

Se desarrolla en los Puntos Forma Joven, ubicados en los diversos espacios frecuentados por la población adolescente y joven como son institutos de enseñanza secundaria, escuelas taller, universidades, espacios de ocio, comunitarios, etc. Allí coinciden los actores fundamentales de Forma Joven: chicos y chicas, profesionales de educación, profesionales de salud y mediadores y mediadoras.

Dependiendo del espacio de que se trate, adquieren protagonismo profesionales de otros sectores, instituciones y organizaciones, pero siempre se mantiene el protagonismo de la propia población joven, con la que se desarrollan y se realizan actividades individuales y grupales sobre los temas más importantes relativos a la salud de la juventud. Tanto la gente joven que participa en la mediación como las personas del centro de salud y del instituto reciben una formación específica al inicio de cada curso. En el Punto se recibe un paquete de materiales de apoyo dirigido a profesionales, familias, jóvenes y mediadores. Cuando se constituye un Punto Forma Joven es por cooperación entre un centro educativo y un centro de salud. La inscripción de cualquier centro educativo es a través de un formulario electrónico y es siempre opcional.

En el curso 2009-2010 750 institutos de enseñanza secundaria, con alrededor de 250.000 alumnos y alumnas han participado en Forma Joven. Más información puede obtenerse en www.formajoven.org

La Ley Orgánica 2/2010 viene a reforzar el compromiso que el gobierno y la sociedad andaluza ya materializaban a través de Forma Joven: la formación en Salud Sexual y Reproductiva en el sistema educativo, "incluyendo un enfoque integral que contribuya a: la promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales; el reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual; el desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes; la prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente del VIH; la prevención de embarazos no deseados, en marco de una sexualidad responsable; especial atención a grupos vulnerables, como el de personas con discapacidad.

En el caso de las personas mayores se está desarrollando un Plan de promoción de la salud sexual en las personas mayores de 65 años, en el marco de una estrategia más amplia de envejecimiento activo, cuyo objetivo principal es incorporar la perspectiva de salud sexual y reproductiva en la atención integral que reciben estas personas en los centros de salud y de servicios sociales en nuestra comunidad autónoma a través de una importante estrategia de sensibilización y formación de profesionales.

LÍNEA 2. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Enmarcada la intervención en el Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS, 2010-2015, esta línea prioriza su atención a la población más joven, mediante el programa Forma Joven y el uso instrumentos específicos como el concurso de ideas con motivo del Día Mundial del SIDA, que permite a los docentes trabajar el tema con un elemento motivador, o el juego "Contra el Sida deja tu huella" en el que unas 110.000 personas han participado en 2008 y 2009 en esta actividad con la colaboración de 15 entidades para su dinamización y monitoreo.

Además, se desarrollan estrategias preventivas específicas dirigidas a las personas que tienen una mayor prevalencia de prácticas de riesgo, como quienes ejercen la prostitución, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las personas adictas a drogas por vía parenteral, mediante la colaboración entre la Consejería de Salud, que asume la financiación y proporciona los medios preventivos (preservativo masculinos y femeninos, lubricantes, barreras dentales, folletos, kits de intercambio de jeringuillas, etc) y un buen número de entidades ciudadanas (de ayuda mutua y ONGs) que aportan su labor cerca de estas personas.

Además hay estrategias bien definidas para la articulación de los servicios sanitarios alrededor del proceso VIH/Sida y detección precoz del cáncer de cuello uterino.

LÍNEA 3. GARANTIZAR EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN

En Andalucía se financia parte de las prestaciones anticonceptivas: los DIU, implantes, algún perfil anticonceptivo y la anticoncepción de urgencia, que se dispensa de manera gratuita en todos los servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria. También se financia la realización de vasectomía, ligadura de trompa y el método Essure.

Sin embargo, los cambios sociales, demográficos y culturales que se han producido necesitan de nuevos conocimientos para adaptar la oferta de servicios de anticoncepción a las nuevas necesidades emergentes. Por ello, la Consejería de Salud, en colaboración con diversas universidades andaluzas, está realizando estudios sobre barreras de acceso a la anticoncepción y sobre las expectativas en de las mujeres jóvenes, de las que tienen alguna discapacidad y de las mujeres inmigrantes, con el objetivo de realizar actuaciones adecuadas de reducción en las desigualdades de acceso.

LÍNEA 4. ATENCIÓN DE CALIDAD AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y A LA PERSONA RECIÉN NACIDA

En Andalucía contamos desde 1985 (Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre atención de la salud materno-infantil) con una regulación muy avanzada de la atención integral al proceso de nacimiento, parto y puerperio que se ha traducido en los últimos años en un Proceso Asistencial Integrado, al que se ha incorporado toda la evidencia científica disponible.

Más recientemente se pone en marcha en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, el Proyecto de humanización de la atención Perinatal en Andalucía (PHAPA) con el que se pretende lograr un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, que haga compatible la garantía de seguridad para la madre y el bebé, con el respeto a los derechos y deseos de la madre y del recién nacido, minimizando el intervencionismo médico y maximizando el protagonismo de la mujer y su pareja, si así es su deseo.

Las estrategias fundamentales del PHAPA son:

1. Promoción de las Buenas prácticas en atención perinatal, con la humanización como eje conductor
2. Implantación del Plan de parto y nacimiento, para que las mujeres puedan, de manera informada y libre, plantear sus preferencias en cuanto a la atención que van a recibir a propósito del parto y el nacimiento de su hijo o hija.
3. Actualización de los recursos disponibles para la preparación al parto y el nacimiento,
4. Fomento de la lactancia materna,
5. Apoyo al contacto permanente entre la persona recién nacida y su madre, fomentando el desarrollo de un vínculo saludable de apego.

LÍNEA 5. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN CONGÉNITO

Andalucía se propuso extender el derecho al asesoramiento y consejo genético para que todas las personas que lo precisen puedan recibirlo en condiciones de equidad y en el plazo más breve posible. Como consecuencia de este propósito, Andalucía, ha sido la primera Comunidad del Estado en regular el derecho al consejo genético, como lo fue, en su día, en incorporar el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en la cartera de servicios del Sistema sanitario Público Andaluz o lo ha sido en promover la investigación con preembriones humanos con fines terapéuticos.

Otras medidas dirigidas al control de las enfermedades congénitas vienen de más lejos: la vacunación de las futuras madres frente a la rubéola, la prescripción de yodo y ácido fólico a las embarazadas, el diagnóstico prenatal mediante el seguimiento del embarazo, los cribados neonatales o el diagnóstico genético de anomalías congénitas.

De manera reciente, dos planes han visto la luz para priorizar y articular las intervenciones necesarias para abordar este complejo panorama: el Plan de Genética de Andalucía y el Plan de Atención a las Personas Afectadas por Enfermedades Raras.

LÍNEA 6. REPRODUCCIÓN ASISTIDA

En la actualidad todos los hospitales públicos andaluces realizan estudios de esterilidad, y todas las provincias andaluzas cuentan con unidades que ofrecen estas técnicas. Además, 21 hospitales públicos andaluces desarrollan técnicas básicas de reproducción asistida y 8 de ellas técnicas avanzadas.

La Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, reconoce a toda mujer mayor de 18 años el derecho a ser usuaria o receptora de estas técnicas "con independencia de su estado civil y orientación sexual" con el objetivo de garantizar que el inicio del tratamiento adecuado en estas unidades se realice en un tiempo máximo de 180 días.

Es de destacar la aplicación de técnicas especiales como el lavado de semen para facilitar la reproducción en parejas serodiscordantes respecto a la infección por el VIH.

LÍNEA 7 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La interrupción voluntaria del embarazo estaba dentro de la cartera de servicio del SSPA antes de establecerlo la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En Andalucía se realizan anualmente alrededor de 22.000 IVÉs. La proporción de IVÉs que realizan las mujeres inmigrantes es superior a la que les correspondería por su peso demográfico (Soledad Márquez, 2009). Por esto se están poniendo en marcha actuaciones para mejorar el acceso a anticonceptivos para estas mujeres y la calidad de la atención a las mismas en el momento de la IVÉ con edición y distribución del material informativo para inmigrantes y la implantación de un servicio de traducción simultánea telefónica a través de Salud Responde.

BIBLIOGRAFIA

- Beijing-10 - Sección de noticias [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: <http://www.un.org/spanish/events/beijing10/pages/index.htm>
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Buenas Prácticas en Atención Perinatal. Disponible en: <http://www.perinatalandalucia.es>
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía Forma Joven: una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía. 2009. También disponible en www.formajoven.org ó www.juntadeandalucia.es/salud
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS (2010-2015). 2010. También disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de atención a personas afectadas por enfermedades raras (2008-2012). 2007. También disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de Genética de Andalucía . 2006. También en: www.juntadeandalucia.es/salud
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/salud
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Interrupción Voluntaria del Embarazo 1999-2008. 2010. También en: www.juntadeandalucia.es/salud
- Constitución Española de 1978. [Internet]. Boletín Oficial del Estado: Diario oficial del día 29/12/1978. Págs. 29313-29424. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre atención de la salud materno-infantil. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía: Diario Oficial del 8/11/1985. Págs.3084. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/1985/105/diupdf02.pdf>
- Federación de Planificación Familiar de España. Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España [Internet]. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: http://www.msc.es/organizacion/sms/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva_Observatorio.pdf
- Hélène Bretin y Carmuca Gómez Bueno. Estudio sobre el uso de anticonceptivos y de la píldora anticonceptiva de urgencia de la población inmigrante residente en Andalucía. Universidad de Granada, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Diciembre 2008.
- Hélène Bretin, Carmuca Gómez Bueno, Rocío puente Navas y Layla Hamed Ali. Informe de investigación sobre Contracepción: Percepción, Acceso y uso en Andalucía. Universidad de Granada, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Junio 2010. (Comunicación Personal).
- Jose Antonio Griñán. Junta de Andalucía. Compromisos 2008-2012. Capítulo V: Nuevos derechos y prestaciones para la igualdad de oportunidades. Igualdad efectiva entre hombres y mujeres [Internet]. [Accedido: 23 septiembre 2010]. Disponible en url : <http://www.juntadeandalucia.es/compromisos20082012/compromisos.php>
- José Luis Dueñas, Emilia Ballón, Mª Isabel Dotor, Cesáreo Granados, Rosa Mª Rodríguez Gómez, Ana Rulo. Proceso Asistencial Integrado de EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO [Internet]. [Accedido: 23 septiembre 2010]. Disponible en url: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/procesos.asp?idp=23>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. Boletín Oficial del Estado: Diario oficial del 29/4/1986. Págs.15207-15224. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. [Internet]. Boletín Oficial del Estado: Diario Oficial del día 27/5/2006. Págs.19947-19956. [Accedido: 10 junio 2010]. Disponible en url: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>

- ⊗ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. Boletín Oficial del Estado: Diario oficial del día 04/03/2010. Págs. 21001-21014. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- ⊗ Lucía Mazarrasa, Sara Gil. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Módulo 12: Salud sexual y reproductiva [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: http://www.msc.es/organizacion/sns/plan/CalidadSNS/pdf/eqidad/13modulo_12.pdf
- ⊗ Ministerio Sanidad y Política Social. Informe IVE 2008. [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.msp.es/novedades/docs/libro/IVE2008.pdf>
- ⊗ Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ⊗ Naciones Unidas. Asamblea del Milenio de las Naciones Unidas [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/spanish/milenio/>
- ⊗ Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.unlpa.org/py/cip/index.php>
- ⊗ Naciones Unidas. Global 15-year review process in the 54th session of the Commission on the Status of Women [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/overview.html>
- ⊗ Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- ⊗ Naciones Unidas. Review and Appraisal of the Beijing Platform for Action and the Outcome document of the Twenty-third special session of the General Assembly, March 2005 [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/english/49sess.htm>
- ⊗ National Institute on Aging. La sexualidad en la edad avanzada [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/Spanish/sexuality-sp.htm>
- ⊗ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- ⊗ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Programa de acción de la Conferencia Internacional [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- ⊗ Organización Internacional del Trabajo (OIT). C183 Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C183>
- ⊗ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.paho.org/spanish/ad/ich/ca/sa-marcoconceptual.pdf>
- ⊗ Parlamento Europeo. Resolución de la UE 2001/2128 sobre Salud Sexual y reproductiva. Diario Oficial de la Unión Europea. 3 julio 2003. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2003:271E:0369:0374:ES:PDF>
- ⊗ Rafael Mazarrasa, Elisa Mª De los Riscos, Luis Errazquin, Juan Jesús Fernández, Mª Ángeles García, Carlos Gómez, et al. Proceso Asistencial Integrado CÁNCER DE CÉRVIX - CÁNCER DE ÚTERO [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/procesos.asp?idp=7>
- ⊗ Soledad Márquez- Calderón. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre comunidades autónomas. Gac Sanitaria 2009; 23 (Supl1): 72-73.
- ⊗ XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos. Declaración de Valencia de los derechos sexuales [Internet]. [Accedido: 10 junio 2010]; Disponible en url: <http://www.sexologia.com/index.asp?pagina=http://www.sexologia.com/inicio/valencia.htm>



LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE
EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE
ANDALUCÍA: LOGROS Y RETOS

LORENZO ARRIBAS MIR

Desde que se produjo la reforma de la atención primaria en los años ochenta, el Sistema Sanitario Público de Andalucía apostó con fuerza por la atención sanitaria de la salud sexual y reproductiva, con un contenido importante de actividades preventivas, algunas de las cuales ya se venían realizando, pero que de alguna manera había que extender a toda la población. Además, había que actualizar las actuaciones sanitarias adecuándolas a la mejor evidencia científica disponible. En la salud de la mujer hay actuaciones claves. Analizaremos algunos aspectos importantes.

1. PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

Los términos embarazos no planificados (ENP), no aceptados y no deseados, deberíamos manejarlos como conceptos diferentes. No todos los ENP merecen el calificativo de no deseados, ya que los hay que pueden ser bien aceptados, pero aún así pueden tener un significativo impacto negativo en la vida de las mujeres. Otros no son aceptados, y muchos acaban en interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Varían de unas mujeres a otras y tienen una correlación importante con la situación social, las influencias culturales y con la actitud de sus parejas hacia la gestación.

Los ENP son más frecuentes en las edades extremas de la vida fértil y se relacionan con un bajo nivel socioeconómico y educativo. Se han asociado con un elevado riesgo de cuidados inadecuados prenatales y de complicaciones posteriores, tanto para la madre como para el hijo, más acusadas en las adolescentes que presentan una mayor vulnerabilidad psicológica, uniones más inestables, y, en muchos casos, una finalización prematura de su formación escolar.

En España, en la década de los noventa se ha producido una disminución de las tasas de fecundidad, pero la tasa de IVE sigue en aumento. En 1992 se realizaron 44.962 IVE con una tasa de 5,2 por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, que pasa a 11,78 en 2008, con un total de 115.812 IVE.

En el año 2007, ocurrieron 29.913 embarazos en adolescentes, de los que 15.307 acabaron en IVE. Los últimos datos disponibles estiman que se dispensan más de 600.000 tratamientos postcoitales de levonorgestrel (LNG) al año. Una encuesta nacional sobre uso de anticonceptivos entre las mujeres españolas, muestra la evolución desde 1997 al año 2009, en el que un 79% usa algún método anticonceptivo, el preservativo es el más utilizado 37%, y estima que hay más de 2 millones de mujeres en riesgo de embarazo no planificado.

Según datos de la encuesta sobre hábitos sexuales realizada en 2003, los varones inician sus relaciones sexuales antes que las mujeres (18,1 y 19,1 años, respectivamente). La frecuencia de los que tienen su primera relación sexual antes de los 16 años parece estar aumentando ligeramente en ambos sexos. No obstante, la edad media de inicio sigue siendo superior a la de la mayoría de los países occidentales. El uso del preservativo en esta primera relación es cada vez más frecuente: entre los que tienen > 40 años solo el 31,5% indica haberlo utilizado, mientras que entre los > 30 lo hizo un 79,6, lo que sugiere una progresiva aceptación del preservativo entre los más jóvenes.

En Andalucía, se han desarrollado políticas importantes para la prevención de ENP. Los primeros programas de planificación familiar puestos en marcha en la década de los ochenta han sido un buen ejemplo. Se dio un paso clave, un cambio importante, pasando de una atención dispensarizada de la anticoncepción en centros especializados, los centros de planificación familiar, que en su inicio jugaron un importante papel, a una atención mucho más accesible, en cualquier consulta de atención primaria. En anticoncepción ya no se trata de responder a una simple demanda, y la anticoncepción pasa a ser una importante medida preventiva que puede ser ofrecida por los sanitarios a las mujeres que no la solicitan, entre las que muchas veces se encuentran mujeres de riesgo. La anticoncepción está hoy en la cartera de servicios de todos los centros de salud andaluces. Ha sido ejemplar en muchos aspectos la valentía del SAS y su apuesta por la anticoncepción desde la atención primaria, toda una apuesta por la accesibilidad. Pero en los últimos años, a parte de la introducción de la PAU, no se ha mantenido el empuje que se dio. Se han desarrollado procesos asistenciales, grupos de trabajo, para muchos otros temas, pero la anticoncepción ha quedado un poco marginada de esa línea de prioridades. A veces los profesionales no han actualizado sus conocimientos. Quizás ya es momento de retomar el importante impulso de los años 80 y poner al día el magnífico programa de planificación familiar de Andalucía. Esto incluye mejorar los actuales sistemas de registro.

Analizemos varios aspectos:

1.1 ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA.

En el año 2001 apenas se comercializó la primera píldora específica con indicación como anticonceptivo de urgencia, se dispuso de ella en Andalucía para su dispensación gratuita en todos los centros sanitarios de atención primaria y en todos los servicios de urgencia. Ahora casi 10 años después, aún hay comunidades autónomas en nuestro país donde esto no es así. Sin ella, las cifras de IVES habrían sido más elevadas. La reciente libre dispensación de la PAU en nuestro país, supone un paso más en la mejora de la accesibilidad a este tratamiento.

Pero aún hay que mejorar algunos aspectos:

Abandonar los términos píldora del día después y píldora postcoital.

Son inadecuados, porque inducen a malentendidos, al creer que solo hay un día para tomarla después del coito no protegido (CNP), "el día después", o que hay que tomarla inmediatamente después del CNP, "postcoital". Publicaciones internacionales de referencia en anticoncepción como el Contraceptive Technology, aconsejan abandonar el uso de estos términos, y sustituirlos por el de "emergency contraceptive pills", píldora anticonceptiva de emergencia, como ya aparece en sus últimas publicaciones, y en los documentos claves sobre anticoncepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En nuestro país, la Sociedad Española de Contracepción (SEC), ya se ha pronunciado, y en nuestro medio, píldora anticonceptiva de urgencia (PAU), sería hoy el término más recomendable; anticoncepción de emergencia se debe sustituir por anticoncepción de urgencia.

120 horas, y no 72 horas, para tomar la PAU, y cuanto antes.

En el primer ensayo de la OMS en 1998, pequeñas diferencias en la tasa de embarazos según se tomase en las primeras 24, 48 o 72 horas, hicieron dar la consigna de "cuanto antes se tome más eficaz". El estudio posterior, en el año 2002, ampliando el plazo hasta 120 horas, demostró que estas diferencias no se mantenían y que la eficacia seguía siendo tan alta a las 96 horas como en las primeras horas, y que había eficacia a las 120 horas. El plazo para administrarla es realmente amplio, 120 horas, lo que supone ventajas. No es imprescindible tomarla "de madrugada", ni de inmediato. Tampoco se trata de rechazar a las mujeres que la solicitan en horario de noche o sobre la marcha, porque se puede perder la oportunidad de ayudarlas. Pero cargar la prescripción de la PAU en los servicios de urgencias, ya sean de primaria u hospitales, ha generado un rechazo en profesionales que están muchas veces sobrecargados y atendiendo procesos graves, urgencias, entre las que la prescripción de la PAU no acaba de encajar. Para otros, ha sido una excusa para manifestar su rechazo "filosófico". Tal vez, de darla en otro ámbito, se habría podido acompañar de otro abordaje más integral. La decisión, desde luego, no es fácil. Sin dejar de hacer lo que hoy hacemos, sin dejar desprotegidas a las mujeres, sin olvidar que la OMS recomienda darla cuanto antes, hay que ir ya pensando en otras estrategias en el sistema público. Hay 5 días para tomarla, y no hay que esperar al quinto, se debe tomar pronto, cuanto antes, pero con más tranquilidad. Hoy, en el 2010, sigue habiendo demasiados profesionales que aún creen en el incorrecto plazo máximo de 72 horas. A muchas mujeres se les priva de este tratamiento por llegar después de las 72 horas y antes de 120 horas, dentro de plazo.

Burocratización de la prescripción de la PAU.

Rellenar un formulario cada vez que se indica una píldora, y después de tantos años, no parece razonable. Es desmedido. Probablemente hay un gran infraregistro. A diario prescribimos fármacos con importantes efectos secundarios y toxicidad, para los que no se nos requiere tanta burocracia. Tal vez la necesidad de dar explicaciones sobre este tratamiento tan "polémico", ha llevado a nuestro servicio sanitario público a crear todo un entramado burocrático sobre la PAU. En el primer momento de su comercialización, con su tormenta mediática, pudo ser comprensible, pero ya han pasado casi 10 años, y no podemos seguir igual. Esto penaliza a los que prescriben, hace más complejo el acto médico, duplica registros, y apoya aún más la susceptibilidad y rechazo de los más reacios a utilizarla. Estigmatiza aún más a la PAU. Parece que ya va a desaparecer el registro específico anónimo en papel que hoy se nos solicita a los médicos cada vez que prescribimos una PAU. Se puede llevar un control del consumo por las unidades que se adquieren. Y si se quieren detalles sobre el perfil de mujeres que toman PAU, hay que hacer pequeños estudios, tener un sistema de vigilancia, valorar como obtener datos de Diraya. Hay que utilizar pequeñas muestras y no seguir cargando en los sanitarios esta tarea, trabajando con el "universo" de usuarias. Ya se va en esta línea.

La PAU-LNG no es abortiva

Desde el año 2007 se publican nuevas evidencias sobre el mecanismo de acción. La PAU-LNG inhibe a la hormona luteinizante (LH); la inhibición o retraso de la ovulación constituye el principal mecanismo de acción, y probablemente sea el único. El espesamiento del moco cervical, haciéndolo impenetrable a los espermatozoides, también podría contribuir a su eficacia si es que se ha producido la ovulación. Estos mecanismos se basan en estudios realizados en mujeres, en ratas y en monas. Cuando se toma antes de la ovulación no se han producido embarazos en los estudios realizados: los embarazos solo ocurren cuando se toma el día de la ovulación o los días posteriores, siendo entonces su tasa igual a la de las mujeres que mantienen relaciones esos días buscando la gestación. No se ha demostrado que induzca cambios en el endometrio que interfieran en la implantación, no puede impedir la implantación de un huevo fecundado. Si su eficacia fuera del 100%, que duda cabe de que evitaría embarazos después de la fecundación, pero no es así. La PAU no es abortiva, al contrario, puede evitar abortos al prevenir embarazos no deseados. Un reto importante es difundir estas nuevas evidencias que aún no han llegado a todos los sanitarios, y a la población.

Objeción de conciencia a la PAU-LNG

El derecho a la anticoncepción ha sido reconocido por la Asociación Médica Mundial, pero la anticoncepción es un terreno en el que siempre se han planteado problemas éticos. Hoy no cabe la objeción de conciencia como abortivo a la PAU-LNG, un anovulatorio. Cuando una mujer solicita la PAU-LNG, cualquiera que sea su edad, el coito no protegido ya ha ocurrido, y el tiempo no tiene marcha atrás. Esa mujer puede llevar espermatozoides en su tracto genital, y disponemos de un tratamiento sin contraindicaciones, que inhibe o retrasa la ovulación, que no es abortivo, que puede evitar el embarazo y los abortos derivados de embarazos no deseados. El reto, una vez más, hacer llegar esta información.

Infecciones de transmisión sexual (ITS) y AU.

Se ha difundido que el uso de la PAU podría favorecer las ITS entre los jóvenes. Hoy ya disponemos de evidencias de que no es así. En otros países, además, se aprovechan los contactos con los jóvenes cuando solicitan la PAU para hacer cribado de ITS. La fertilidad posterior de muchas jovencitas puede comprometerse por estas ITS, causas de EPI muchas veces asintomática. En el Reino Unido la prevalencia de la infección por chlamydia en las jóvenes que solicitan la PAU es del 10%, y su detección en orina se realiza sistemáticamente en las consultas de AU de algunos centros, donde se les administra tratamiento específico. ¿En España no hay chlamydia?. Hacer estudios de prevalencia es una cuestión pendiente.

1.2 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Anticoncepción hormonal combinada (AHC) medicalizada en exceso.

A pesar de las nuevas evidencias científicas, todavía son muchos los médicos que, antes de prescribir un AHC, realizan exploraciones y analíticas innecesarias no indicadas en mujeres sanas, la mayoría de las usuarias. Aún no han calado las nuevas recomendaciones internacionales. Los requisitos imprescindibles antes de prescribir un AHC solo son tres: 1) Historia clínica personal y familiar, especialmente orientada a factores de riesgo cardiovascular, 2) Medida de la presión arterial, 3) Informar a la mujer. Hay que dejar de hacer cosas innecesarias y no dejar de hacer lo esencial.

¿Qué píldora anticonceptiva elegir?.

Hay una prescripción importante de las últimas novedades. Y esto merece reflexiones. Como en toda la práctica del MF, también en anticoncepción la elección de métodos, de preparados, está influida por muchos factores; los especialistas, la industria farmacéutica, las usuarias, la sociedad. Si a estas presiones se une una mayor desinformación, la prescripción no es fácil. Al menos con los AOC se debería seguir las recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento, apostando más por los AOC de 2ª generación, con levonorgestrel como gestágeno.

Anticoncepción hormonal de gestágeno solo (AHGS).

No acaban de calar en nuestro medio estos excelentes métodos (Inyección trimestral de AMP, Minipíldora de desogestrel, Implantes subcutáneos, DIU de levonorgestrel). Si producen alteraciones frecuentes del ciclo menstrual, que en muchos casos pueden ser bien aceptadas por las mujeres si son bien asesoradas previamente. Ese es el reto. Pero son más seguros para la salud, y muy eficaces. Para algunos son "métodos provisionales", durante la lactancia y poco más. Se está creando un injustificado perfil restrictivo, mientras podrían ofertarse en primera línea a la mayoría de las mujeres. ¿Si los AHC se ofertan ampliamente, con estrógeno y gestágeno, con más efectos secundarios graves, con más riesgos significativos para la salud, por qué no pueden ofertarse como primera elección los AHSG, mucho más inocuos?.

1.3 ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN

En este grupo de anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD), incluimos a DIUS e implantes subcutáneos de gestágenos. Son los anticonceptivos más eficaces, con mayores tasas de seguimiento, los más coste-efectivos, y los más seguros para la salud de las mujeres. Sin embargo, los DIUS gozan de una injustificada mala prensa en nuestro medio. Los implantes subcutáneos, comercializados en 2002, no acaban de ocupar un papel relevante entre los otros métodos. Su uso en nuestro medio es mucho más bajo que el que se hace en los países de nuestro entorno. Apenas un 5% de las españolas usa DIUS mientras lo hacen un 25% de las noruegas. El reto es capacitar a más profesionales en su manejo, acreditando su competencia para asegurar que las mujeres estarán bien atendidas. La atención primaria, dada su accesibilidad, debería ser el escenario donde se manejen estos métodos, hoy, injustamente relegados a un segundo plano.

1.4 IVE

Infertilización del aborto médico.

Realizar el aborto médico requiere más visitas, más seguimiento. Sobre todo hay que hablar más con las mujeres, advertirlas de la duración del proceso, las posibilidades. Frente a él, la aspiración es más "rápida", se hace en un solo acto médico, pero no deja de ser una técnica invasiva. Muchas mujeres evitarían la aspiración si se les ofreciera más información sobre el aborto médico. Bien asesoradas por su MF y por las clínicas que realizan IVES, en las primeras 7 semanas, podrían optar por el aborto médico con la RU-486 y misoprostol. ¿Cuáles son en nuestro medio las cifras de IVES mediante RU-486 / aspiración en las primeras 7 semanas? ¿Se puede acercar la IVE con RU-486 a los centros de salud?. Habría que detenerse a reflexionar más sobre el aborto médico.

IVE en inmigrantes.

Hoy disponemos de datos que demuestran que un porcentaje de IVES en España y en Andalucía recaen en el grupo de mujeres inmigrantes. Las tasas de IVES no paran de crecer, a pesar de muchas de las medidas puestas en marcha para evitarlo. Este colectivo accede menos a los servicios sanitarios, demanda menos la anticoncepción, y deberíamos considerarlo como un grupo especial de riesgo para embarazos no planificados.

1.5 LA FINANCIACIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Merece la pena tratarla como tal. El Ministerio de Sanidad es responsable de la financiación de los fármacos a cargo del sistema nacional de salud. Pero el SAS además financia otros fármacos a cargo de la Junta de Andalucía. No hay que olvidar que los anticonceptivos tienen además de la anticoncepción, otras indicaciones. Hoy disponemos de un solo preparado financiado de AHC, (Óvoplex 30/150®), 30 EE + 150 LNG, indudablemente bien elegido. También se financia la minipíldora de desogestrel (Cerazet®), el DIU de LNG, el de cobre, el implante de LNG y las esterilizaciones. La PAU se dispensa gratuitamente en los centros. Las compras masivas de un Servicio de Salud mejoran mucho los costes. Hay financiación, pero es mejorable. Sobre todo, cuando se comparan los anticonceptivos con la enorme cantidad de nuevos fármacos aprobados para otras indicaciones, y que aportan tan poco. Financiar otra píldora más de AHC, de la misma composición y con dosis algo más baja, 20 EE + 100 LNG, y el implante de una sola varilla con etonogestrel, sería una buena decisión.

2. ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En los países desarrollados la tasa de mortalidad perinatal ha experimentado un notable descenso en las últimas décadas. En España la mortalidad perinatal ha descendido desde una tasa de 10,9 por mil nacidos vivos y muertos en el año 1985 a un 4,9 en 2005, siendo una de las más bajas de la Unión Europea; esta tasa expresa la calidad de la atención durante la gestación. Las tasas más altas de mortalidad perinatal se encuentran en el continente africano (80 por 1.000) y en el sur de Asia (66 por 1.000). La tasa de mortalidad infantil de España en el año 2008 fue de 3,45 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna, que mide las defunciones relacionadas con el embarazo y el parto, en los países desarrollados ha descendido hasta situarse por debajo de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna en 1994 en España fue de 3,2 por 100.000 nacidos vivos; la media europea en ese mismo año estaba en 6,2. En los países en vías de desarrollo la tasa de mortalidad materna estaba entonces entre las 200 muertes por 100.000 nacidos vivos en Latinoamérica, y las 870 por 100.000 nacidos vivos en África. En 2008 la tasa mundial fue 251. En los últimos años hemos asistido a una continua bajada mundial de la mortalidad materna, un 35% en 30 años. Sorprendentemente, en los países más desarrollados esto no ha ocurrido: EEUU, Canadá, Dinamarca, Austria, Noruega, y también España, han aumentado sus tasas de mortalidad materna en los últimos años. En el año 2008 la mortalidad materna en España fue 7, al igual que Alemania y Canadá, para EEUU fue de 17, Francia 10, Dinamarca 9, Reino Unido 8, Suecia 5, Italia 4. El retraso de la edad del primer embarazo, un mayor éxito en las técnicas de reproducción asistida, condicionan más embarazos en mayores de 35 años, edades en las que el riesgo es mayor, y esa puede ser causa de la mayor mortalidad.

El seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico supone básicamente la realización de actividades de promoción y prevención de la salud. Disponemos del 'Proceso asistencial embarazo, parto y puerperio' del Servicio Andaluz de Salud. Este importante documento unifica las actuaciones y asegura una buena calidad en la atención.

La implicación de los médicos y enfermeras de familia en este proceso es muy heterogénea, y un reto sería conseguir que aumentara. Para algunos esto es una contradicción ante el desarrollo de una especialización en primaria para atender este proceso. También hay que plantearse que a veces hay demasiados proveedores diferentes, fruto de la especialización / subespecialización, en detrimento del seguimiento personalizado por un único profesional. ¿Tal vez se están haciendo un excesivo número de visitas?. Se debería desmedicalizar más el embarazo, la mayoría son mujeres sanas, el embarazo no es una enfermedad. Las gestantes deberían estar más directamente seguidas por sus médicos y enfermeras de familia. En general es uno de los procesos mejor cumplimentados.

3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER GENITAL

Existe una larga tradición en la prevención del cáncer genital en la mujer. Pero no todo lo que se realiza se basa en buenas evidencias científicas. Es posible que a corto plazo se produzcan cambios en algunas estrategias. Pero actualmente debemos atenemos a las recomendaciones vigentes, todas ellas cubiertas por el Servicio Andaluz de Salud.

Recomendaciones para la prevención del cáncer de mama.

- Se recomienda el cribado con mamografía cada 2 años en las mujeres mayores de 50 años.
- Se recomienda establecer la coordinación necesaria con los programas poblacionales de cribado del cáncer de mama.

Recomendaciones para la prevención del cáncer de cérvix.

- Se recomienda consejo sobre protección en contactos sexuales.
- Se recomienda la citología en las mujeres de 25 a 65 años. Al principio dos citologías con periodicidad anual y después, cada 3-5 años.
- A las mujeres mayores de 65 años sin citologías en los últimos 5 años se les ofrecerán dos citologías con periodicidad anual y si son normales no se propondrán más intervenciones.
- No se ofrecerá cribado en aquellas mujeres que no han tenido relaciones sexuales, ni a las mujeres con histerectomía total.
- Se aconseja una búsqueda activa dirigida a aumentar la cobertura de la población diana.

Recomendaciones para la prevención del cáncer de endometrio.

- Se recomienda realizar consejo apropiado a las mujeres posmenopáusicas para que consulten ante cualquier sangrado vaginal.
- No existe evidencia científica para recomendar el cribado sistemático del cáncer de endometrio en las mujeres asintomáticas.

Recomendación para la prevención del cáncer de ovario.

- No existe evidencia científica para recomendar el cribado sistemático del cáncer de ovario.

En la prevención de cáncer de cérvix, quizás hoy debería realizarse una captación más activa, sin llegar a un programa poblacional, para aumentar la cobertura de la citología. Los administrativos de los centros de salud tienen aquí una nueva línea de trabajo, captando a sus poblaciones de referencia.

4. ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

La menopausia es el cese definitivo de la menstruación por pérdida de la actividad folicular ovárica. Se precisan por lo menos 12 meses de amenorrea para confirmar su fecha de instauración. En España, la edad de aparición es a los 50 más o menos 2 años; si ocurre antes de los 40 años se habla de menopausia precoz. Según se ha demostrado, el descenso de los estrógenos se asocia con las alteraciones del ciclo durante la premenopausia, y con dos cuadros clínicos, trastornos vasomotores y atrofia urogenital. No existe una base científica para asociar el climaterio con aumento de las alteraciones del estado del ánimo ni del riesgo de complicaciones cardiovasculares. La disminución de la masa ósea secundaria a la deprivación estrogénica representa un proceso fisiológico ligado al envejecimiento, sin trascendencia clínica durante el climaterio. Las intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de fracturas se realizarán en edades con un riesgo de fracturas suficiente: 65 y 80 años para las fracturas vertebrales y de cadera, respectivamente.

Recomendaciones preventivas climaterio y menopausia.

- En mujeres con síntomas vasomotores y sequedad vaginal que, por su intensidad o frecuencia, puedan repercutir en la calidad de vida de la mujer, considerar el tratamiento hormonal con estrógenos/gestágenos. El tratamiento debe realizarse a la mínima dosis eficaz y durante el menor tiempo posible (no superior a 5 años).
- En mujeres con síntomas vasomotores no se recomienda el tratamiento con fitoestrógenos (no existen datos de eficacia ni de seguridad a largo plazo).
- Tampoco se recomienda el tratamiento preventivo de las fracturas óseas con los fitoestrógenos.
- No se recomienda el tratamiento con estrógenos y progesterona para la prevención de complicaciones vasculares, las fracturas óseas, la demencia o los problemas psicológicos.
- El tratamiento preventivo de las fracturas en mujeres sin antecedentes de fractura consiste en la promoción de estilos de vida saludable (adecuado aporte de calcio y vitamina D, práctica de ejercicio, abstinencia del tabaco, etc.).

- ❁ El cribado con densitometría selectivo o en población general no se recomienda en mujeres climatéricas en edades inferiores a 60 años. La realización de densitometría en este grupo de población se recomienda únicamente en presencia de enfermedades osteopenizantes, o en caso de haber realizado tratamiento con fármacos que disminuyan la densidad mineral ósea (corticoides en dosis mayores de 6 mg de prednisona/día, o equivalentes, durante más de 6 meses).
- ❁ No se recomienda el cribado poblacional en mujeres mayores de 60 años; no está justificado, salvo que tengan un riesgo de fractura en los próximos 10 años superior al 10% (por lo que se debe tener algún factor de riesgo de fracturas). Por encima del 20% no sería necesario realizar cribado inicial, ya que estaría justificado el tratamiento.
- ❁ No se recomienda realizar un tratamiento farmacológico en mujeres con osteopenia (T-score entre -1 y -2,5 DE).
- ❁ El cribado se debe realizar con la DEXA en la columna lumbar o el cuello femoral. No se recomiendan los ultrasonidos como prueba de cribado ni de diagnóstico.

Debe abandonarse la tendencia a una medicación generalizada de la menopausia.

5. ESTERILIDAD

En parejas jóvenes que mantienen relaciones sexuales regulares cada 2 o 3 días y no protegidas, la probabilidad de lograr un embarazo al mes es del 20-30%, del 57% a los 3 meses, 72% a los 6 meses, 85% al año y 93% a los 2 años. Por tanto, está justificado iniciar un estudio de esterilidad a partir del año de relaciones sexuales frecuentes y no protegidas, ya que en condiciones normales habría un 85% de posibilidades de embarazo. Sin embargo, en sentido estricto, en la pareja joven (< 30 años) se podría esperar a los 2 años para considerar que existe esterilidad. Dada la pérdida de fertilidad de la mujer con la edad, si la mujer tiene entre 30 y 35 años, el intervalo se acorta a un año, y si tiene más de 35 años, se considera que existe esterilidad y por tanto se aconseja empezar un estudio tras los 6 meses.

Actualmente existen demoras excesivas en las Unidades de Reproducción del SAS que deben ser corregidas. Muchas parejas viven mal estas situaciones. Un propuesta para agilizar esta atención sería una mayor implicación de la atención primaria, como ya existe en otros países. Se podría iniciar el estudio por el médico de familia para luego derivar a la Unidad de Reproducción una vez realizadas serologías, el seminograma, y una histerosalpingografía (HSG) ante un seminograma normal, junto con un informe de derivación debidamente cumplimentado. Debe existir una buena coordinación entre las unidades de reproducción y la atención primaria.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y SALUD DE LA MUJER. ¿HASTA DONDE?.

Antes de emprender medidas preventivas, de dar consejos de salud, hay que ser muy discretos y limitarse a aquellas que la evidencia científica ha demostrado que estaría indicado aplicarlas en la comunidad. No debemos olvidar esta máxima antes de actuar sobre personas sin enfermedad conocida, sobre personas "en principio sanas". Los avances de la tecnología, el culto al cuerpo, la moda, los intereses de ciertos sectores, la medicina defensiva, la búsqueda de garantías imposibles ante el miedo a ciertas enfermedades devastadoras, y una cultura de revisiones médicas para la mujer poco fundamentada, puede hacer caer a muchas de ellas en una excesiva medicalización, a veces produciendo una significativa iatrogenia, creando ansiedad, y en definitiva, disminuir su salud. Hay evidencia de que ser mujer es un factor de riesgo independiente para sufrir iatrogenia 2.

No hay práctica clínica inocua. Una simple analítica, un hemograma y una bioquímica, son mucho más que una simple punción venosa, y su riesgo va mucho más allá de un simple hematoma o flebitis. Un parámetro alterado nos puede llevar a emprender otras pruebas o a tomar medidas con más riesgo para la salud. Una ecografía, aunque no conlleve radiaciones, puede suponer ansiedad, y hallazgos que tengan sus consecuencias posteriores. Una simple citología convencional o un test del VPH pueden generar problemas importantes. Educar en la autoexploración mamaria a las mujeres jóvenes no es inocuo. Y todo esto puede ocurrir en mujeres que además son sanas, completamente sanas. La anticoncepción, puede incurrir creando enfermedad donde antes solo había salud. Además, las pruebas innecesarias pueden crear barreras a la anticoncepción. Hay que tener medida de lo que se hace.

Pero el médico que hace pocas pruebas y se basa en la mejor evidencia científica disponible, aunque esté haciendo lo mejor, no siempre lo tiene fácil. El ambiente está ya muy "contaminado". Frente a esto, de sobra sabido, y aunque exista la dificultad, tenemos que seguir apostando por la información. Hay que informar correctamente, lo más objetivamente posible a las mujeres. En el futuro, la información que demos en las consultas va a marcar mucho la práctica clínica. Médicos que "explican" y dejan elegir dentro de un marco, frente a posturas menos participativas, que solo "indicar" que hacer a las mujeres. Claro está que lo primero consume más tiempo de consulta y a veces crea desazón en algunas personas, derivado de una mayor implicación en la propia salud, de pasarles decisiones, pero a todos nos irá mejor así. Por otra parte los profesionales deberíamos estar más de acuerdo en nuestras recomendaciones, consensuándonoslas, actuando correctamente, manteniendo una ética que a veces se diluye en el que hacer diario de nuestras consultas. Hay un lucrativo mercado de salud de la mujer, desde los cosméticos y fármacos, a las intervenciones de cirugía estética, pasando por los tratamientos adelgazantes y exámenes médicos. ¿Revisiones anuales? ¿Como si el organismo se renovara cada año?. ¿Como si cada año adquiriéramos un cuerpo nuevo que hay que chequear!. Las mujeres entran a veces en una dinámica de consumo de salud que muchas veces carece de rigor científico y puede suponerles riesgos innecesarios; están gastando tiempo y dinero para empeorar a veces su calidad de vida. ¿Como sacarlas de este atolladero?. Los médicos, las sociedades científicas y las administraciones deberían intervenir más activamente, y la información jugaría una vez más un papel clave. Hay que divulgar mejor las recomendaciones preventivas, las pocas que sabemos que hay que indicar, podría ser interesante para hacer frente a la información sesgada y sobre todo a la desinformación, a la vez que podría favorecer el cumplimiento de las recomendaciones preventivas que se establezcan. No debemos olvidar los medios de comunicación y la gran fuerza de Internet. Las mujeres jóvenes y no tan jóvenes, muchas de ellas han estado excesivamente medicalizadas debido a la anticoncepción, embarazo, prevención del cáncer ginecológico y menopausia. Deben revisarse mucho estas prácticas, mantener lo bueno y abandonar aquello que la evidencia científica no aconseja seguir practicando. La prescripción de anticonceptivos es un buen ejemplo de medicalización excesiva, cuando con los métodos actuales las mujeres no deben someterse a tantas pruebas y revisiones como venían haciendo.

Debemos esforzarnos en que las pocas medidas preventivas que han demostrado ser útiles lleguen a todas las mujeres, y no gastar nuestros recursos en lanzar muchas medidas de prevención, la mayoría de muy dudosa eficacia, solo para unas pocas. La andaluzas, en general, para mantener una buena salud, deberían cuidar su peso con una dieta equilibrada, hacer algo más de ejercicio físico, e informarse desde cuando y cada cuanto tiempo deben medirse la presión arterial, el colesterol, la glucemia, hacerse una citología o una mamografía, pedir información sobre anticoncepción, preguntar a su médico sobre los nuevos adelantos que "no pararan de llegar", y sobre todo... no fumar. Nuestro reto es atenderlas correctamente. ¡Y a vivir!

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned and wanted pregnancy. *J Fam Pract* 1999;48:117-22.
- 2 Speroff L, Darney PD. *Contracepción*. 2nd ed. Madrid: Marban, 1998.
- 3 Ministerio de Sanidad y Consumo (Página en internet). Madrid. (Actualización de 2009; cita de 16 de septiembre 2009). Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>
- 4 Equipo Daphne. Encuesta Bayer Schering Pharma VI. Anticoncepción en España 2009. (Página en internet). (Actualización de 2009; cita de 16 de septiembre de 2009). Disponible en: www.equipodaphne.es/encuestas.php
- 5 Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. Cifras INE. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística 2004;4. Disponible en: www.ine.es/revistas/cifraine/oline_sida0704.pdf
- 6 Sociedad Española de Contracepción. Federación Española de Planificación Familiar. Libro blanco de la anticoncepción en España. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2005.
- 7 Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Planificación Familiar. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. 1987.
- 8 Stewart F, Trussell J, Van Look FA. Emergency contraception. En: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson AL, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology*. New York: Ardent Media; 2004. p. 279-303.
- 9 Sociedad Española de Contracepción (SEC). (En línea). Modificación del término anticoncepción de emergencia por anticoncepción de urgencia. (Actualización de 26 marzo de 2007; cita de 26 de abril de 2007). Disponible en: <http://www.sec.es>
- 10 Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33.
- 11 Von Hertzen H, Piaggio H, Ding J, Chen J, Song S, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
- 12 Croxatto HB, Ortiz ME. Como y cuando el levonorgestrel previene el embarazo cuando se administra como anticonceptivo de emergencia. *Población y Salud en Mesoamérica* 2007, vol 4, número 2, artículo 3. Revista electrónica. (Citación de 26 de abril de 2009). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/4/4-2/4-2-3/index.htm>
- 13 Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Planificación Familiar y el Derecho de la Mujer a la Anticoncepción. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996. www.sec.es/comunic3.htm
- 14 Marston C, Meltzer H, Majeed A. Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys. *BMJ* 2005;331(7511):271
- 15 Stewart FH, Harper CC, Ellerston CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical Breast and Pelvis Examination Requirements for Hormonal Contraception. *JAMA* 2001;285:2232-9

- 16 Hannaford PC, Webb AMC. Evidence-Guide Prescribing of Combined Oral Contraceptives: Consensus Statement. *Contraception* 1996;54:125-9
- 17 Agencia Española del Medicamento. Nota informativa. Riesgo de tromboembolismo venoso asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. Comunicación sobre riesgos de medicamentos. Ref.:2001/10. 28 de septiembre de 2001.
- 18 Perinatal Mortality. A listing of available information. Family and reproductive health. Geneva: WHO, 1996.
- 19 Mortalidad y Morbilidad Información sobre la situación en España. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/materno_infantil/mortalidad_morbilidad.htm
- 20 Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; Published online April 12. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60518-1.
- 21 Luge-Fernández MA, Bueno-Cavanillas A, Dramala-Wilmet M, Soria FS, de Mata Donado-Campos J, Gilbert DH. "Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996-2005". *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009;63:433-438.
- 22 Guse CA, Yang H, Layde PM. Identifying risk factors for medical injury. *International Journal for Quality in Health Care* 2006;18:203.
- 23 Schwarz EB, Saint M, Gildengorin G, Weltz TA, Stewart FH, Sawaya GF. Cervical cancer screening continues to limit provision of contraception. *Contraception* 2005;72:179-181.
- 24 Waller J, Marlow LA, Wardle J. The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sex Transm Infect.* Published Online First: 10 November 2006. doi:10.1136/sti.2006.023333
- 25 Kösters JP, Gatzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (Cochrane Review). From *The Cochrane Library*, Issue 3, 2007.
- 26 Stewart FH, Harper CC, Ellerson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical Breast and Pelvis Examination Requirements for Hormonal Contraception. *JAMA* 2007;295:2232-9.
- 27 Arribas L, Alonso P, Ballón E, Coutado A, del Cura I, Fuentes M, Gutiérrez B, Landa J, López A, y Ojuel J. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones preventivas en la mujer. *Aten Primaria*. 2007;39(Supl 3):123-60.
- 28 Shulman LP. New recommendations for the periodic well-woman visit: impact on counseling. *Contraception* 2006;73:319- 324.
- 29 Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002;346:2025-32.
- 30 Davidson N, Helzlsouer KJ. Good News about oral contraceptives. *N Engl J Med* 2002;346:2078-9.
- 31 Hannaford PC, Webb AMC. Evidence-Guide Prescribing of Combined Oral Contraceptives: Consensus Statement. *Contraception* 1996;54:125-9.
- 32 Hannaford P.C., Webb A.M.C. Evidence-Guided Prescribing of the Pill. The Parthenon Publishing Group Limited. London 1996.
- 33 Arribas L, Sastre F. Mantenimiento de la salud y cuidados preventivos. En: Palacios S. editores. *Salud y Medicina de la Mujer*. Madrid: Ediciones Harcourt S.A. 2001. p. 33-41.



ARCHIVO
FOTOGRAFICO

IMAGEN 1



ARCHIVO
FOTOGRAFICO

IMAGEN 2



ARCHIVO
FOTOGRAFICO

IMAGEN 3



ARCHIVO
FOTOGRAFICO

IMAGEN 4



ARCHIVO
FOTOGRAFICO

IMAGEN 5

Actas de las

V

jornadas
andaluzas
mujeres
y salud



2010

Granada,
9 de julio de 2010

CRÉDITOS

EDITA:

IMPRESIÓN ECOLÓGICA:

NO SE IMPRIMIRÁN FONDOS NI OBJETOS DE COLORES