

Informe SESPAS

Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014



Isabel Larrañaga^{a,*}, Unai Martín^b y Amaia Bacigalupe^b

^a Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa, Donostia-San Sebastián; Departamento de Salud-Gobierno Vasco, España

^b Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Vizcaya), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de septiembre de 2013

Aceptado el 7 de marzo de 2014

Palabras clave:

Sexualidad

Comportamiento sexual

Salud reproductiva

Recesión económica

España

RESUMEN

La salud sexual y reproductiva es un ámbito de protección por parte de los poderes públicos para garantizar el disfrute de una vida sexual libre, satisfactoria y segura. A pesar de la aprobación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2011, las recientes propuestas de modificaciones legislativas (ley del aborto y ley 16/2012) y la actual crisis económica pueden poner en riesgo los avances conseguidos. Este artículo describe la situación de la salud sexual y reproductiva en la población española, e identifica los posibles impactos de la crisis económica, a partir de las fuentes de información disponibles: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, encuestas DAPHNE, Estadísticas de Nacimientos y de Muertes Fetales Tardías del Instituto Nacional de Estadística, Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, Informes del Centro Nacional de Epidemiología y Registro Nacional de Casos de Sida. La población española tiene una buena percepción de su salud sexual y buena disponibilidad de información. Entre la población joven, la escuela y los servicios de salud pierden importancia como fuentes de información, mientras que gana Internet. Desde el comienzo de la crisis se observa un descenso en el uso de los anticonceptivos, una reducción de la fecundidad y un retraso en la edad a la maternidad. El impacto de la crisis económica parece afectar algunos indicadores de la salud sexual y reproductiva, pero es necesario seguir monitorizando sus posibles impactos en otros indicadores, ya que en la actualidad la falta de perspectiva temporal suficiente puede estar infravalorándolos.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Sexual and reproductive health and the economic crisis in Spain. SESPAS report 2014

ABSTRACT

Keywords:

Sexuality

Sexual behavior

Reproductive health

Economic recession

Spain

Sexual and reproductive health (SRH) is protected by the public authorities to ensure that people enjoy a free, satisfying, and safe sexual life. Despite the approval of the National Sexual and Reproductive Health Strategy in 2011, the progress achieved may be jeopardized by recent proposals for legislative changes affecting this area (abortion Law and 16/2012 Law) and by the impact of the current economic crisis. This article aims to describe the current situation of sexual and reproductive health in the Spanish population and to identify the potential impact of the economic crisis. To this end, we used the following information sources: the National Sexual Health Survey, the DAPHNE surveys, births and fetal deaths statistics from the Spanish National Institute of Statistics, the Registry of Voluntary Pregnancy Interruptions, reports from the National Epidemiology Center, and the National AIDS Registry. Sexual health and the availability of information are rated as good by the Spanish population. Among young people, schools and health services have become less important as information sources and the internet has become more important. Since the beginning of the crisis, contraceptive use and fertility have declined and maternity has been delayed. The economic crisis seems to have affected some indicators of sexual and reproductive health. However, the potential effects on other indicators should continue to be monitored because insufficient time may have passed for accurate determination of the full effect of the crisis.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El concepto de salud sexual y reproductiva ha variado en el tiempo, al igual que su definición. Según la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual abarca el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad.¹ La salud

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ilarranaga@ej-gv.es (I. Larrañaga).

Ideas clave

- La salud sexual y reproductiva constituye un ámbito de protección por parte de los poderes públicos para garantizar que las personas disfruten de una vida sexual libre, satisfactoria y segura.
- La población española tiene una buena percepción de su salud sexual y buena disponibilidad de información. La familia y las amistades constituyen la principal fuente de información sexual, seguida por la escuela y el centro de salud. Entre la población joven, la escuela y los servicios de salud pierden importancia como fuentes de información y ganan en cambio las redes sociales e Internet.
- La práctica del sexo seguro abarca el 79% de las relaciones ocasionales o esporádicas. Se aprecia un descenso en el uso de los anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, un descenso del número de nacimientos y un retraso en la edad a la maternidad, que coincide con el inicio de la crisis en nuestro país.
- A pesar de la aprobación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2011, las recientes propuestas de modificaciones legislativas (ley del aborto y ley 16/2012) y las medidas anticrisis pueden provocar un retroceso en los avances conseguidos. La falta de perspectiva temporal suficiente puede infravalorar los posibles impactos de la actual crisis en la salud sexual y reproductiva, y por tanto son necesarios su monitorización y seguimiento.

reproductiva entraña la capacidad de procrear y disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.²

Ambas vertientes de la salud se sustentan en el derecho a una vida sexual libre, satisfactoria y segura, el reconocimiento de las distintas opciones sexuales, y la capacidad para decidir de una manera libre y responsable sobre la descendencia deseada.

La protección de la salud sexual y reproductiva tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el desarrollo de su sexualidad y las decisiones relacionadas con la procreación pueden afectar sus vidas en diferentes órdenes. Las relaciones igualitarias, basadas en el respeto y el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida de la conducta sexual y sus consecuencias, son aspectos esenciales para una buena salud sexual y reproductiva.

A los poderes públicos les corresponde velar por una buena salud sexual y reproductiva de la población mediante la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en todas las políticas públicas, y garantizando el respeto a las decisiones libremente adoptadas al respecto.

El reconocimiento de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva ha formado parte de la agenda de reivindicación social de las últimas décadas en nuestro país, y ha contribuido al desarrollo de la legislación en este ámbito. La Ley Orgánica 1/2004 sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, son algunas de las normas que han contribuido a la salud sexual y reproductiva, a la igualdad de oportunidades y contra la violencia sexual. Sin embargo, la Ley Orgánica 2/2010 es el referente legal más importante por su vocación de adecuar el marco normativo español al consenso de la comunidad internacional, garantizar derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva, regular la interrupción voluntaria del embarazo (sacándola del marco del Código Penal) y requerir una estrategia institucional de atención a la salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, cumpliendo con este mandato, publicó en 2011

la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*,³ en la que se recogen las recomendaciones y medidas que la garantizan.

Tan sólo han transcurrido 3 años desde que esta estrategia vio la luz, pero las dificultades para su aplicación son crecientes. La crisis económica y las políticas anticrisis adoptadas limitan el acceso a la asistencia sanitaria pública de algunos colectivos,⁴ ignorando los diferentes contextos de vulnerabilidad y poniendo en peligro el cumplimiento de elementos esenciales de la atención a la salud sexual y reproductiva. Los impedimentos para su desarrollo no son sólo de orden económico, sino también ideológico. En la actualidad el gobierno prepara una nueva ley del aborto que endurece los requisitos de acceso y restringe los supuestos justificatorios. Si la iniciativa prospera, supondrá una merma del derecho de las mujeres a la autonomía sexual y reproductiva reconocido por la Ley Orgánica 2/2010, y limitará su libertad para decidir sobre la maternidad, ya que quedará excluido el aborto «a petición de la mujer». El perjuicio será aún más notorio para las mujeres inmigrantes en situación irregular, sin ningún tipo de prestación por efecto de la Ley 16/2012. El anuncio de dejar fuera de la cobertura sanitaria los tratamientos de fertilidad en los casos en que no existe un padre obedece también a una visión ideológica de cómo deben ser definidas las familias, y amenaza los derechos reproductivos de las mujeres solteras y de las parejas de lesbianas.

Diversos estudios que analizan la actual recesión en países de Europa y las crisis anteriores^{4–6} evidencian que las restricciones de índole económica y política inciden en el deterioro de la salud y su cuidado, a la vez que aumentan las desigualdades sociales en salud. Los análisis sobre la salud sexual y reproductiva son menos frecuentes y los resultados no son siempre concluyentes. Mientras unos estudios describen dificultades de acceso a la anticoncepción relacionados con problemas económicos para costearla,⁷ otros no confirman tal relación.⁸ Las evidencias sobre los efectos en la fecundidad tampoco son unánimes,^{9,10} aunque la mayoría de los estudios muestra su tendencia procíclica, destacando el impacto que las crisis económicas tienen en la intensidad de la fecundidad y especialmente en su calendario.¹¹ Menos dudas ofrece el efecto de la crisis financiera en las infecciones de transmisión sexual (ITS), particularmente en el aumento de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹²

Este artículo trata de describir la realidad de la salud sexual y reproductiva en la población española, e identificar los posibles impactos de la actual crisis económica en los indicadores disponibles para la población española.

Método

Este artículo se ha basado en el análisis de datos secundarios, para lo que se han identificado las fuentes de información actualmente disponibles sobre salud sexual y reproductiva en la población española. En concreto, para la descripción de la salud sexual se han utilizado la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009, las Encuestas DAPHNE de los años 2009 y 2011,^{13–15} el Informe anual de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles del Centro Nacional de Epidemiología de 2012,¹⁶ el Registro Nacional de Casos de Sida^{17,18} y otros informes relacionados con la salud sexual (The Global Divide on Homosexuality, 2013;¹⁹ European Union Agency for Fundamental Rights, 2013²⁰). Los indicadores incluidos abarcan salud sexual percibida, acceso y fuentes de información, vigencia de estereotipos, tolerancia a la diversidad sexual, prevalencia de conductas de riesgo, anticoncepción e incidencia de ITS.

El apartado de salud reproductiva se ha basado en los datos de la Estadística de Nacimientos y Muertes Fetales Tardías del Instituto Nacional de Estadística para el periodo 1996–2012, y en los

Tabla 1

Indicadores principales de salud sexual en la población española

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Fuente-año
<i>Salud sexual satisfactoria según edad</i>			
<24 años	86,8	88,5	
25-64 años	89,5	86,3	ENSS 2009
>64 años	84,7	71,7	
Total	88,4	83,4	
<i>Buena/muy buena información sobre sexualidad según edad</i>			
<24 años	81,9	77,7	
25-64 años	76,7	73,4	ENSS 2009
>64 años	48,2	39,3	
Total	72,5	76,6	
<i>Fuentes de información sobre sexualidad</i>			
Familia/amigos	61,7	69,6	
Centro escolar	20,3	13,8	ENSS 2009
Profesionales sanitarios	7,5	9,0	
Otras	10,5	7,6	
<i>Estereotipos: nivel de acuerdo</i>			
La finalidad del sexo es procrear	6,7	9,3	
El sexo proporciona comunicación/placer/ternura	73,8	79,2	ENSS 2009
El sexo de verdad incluye penetración y orgasmo	59,2	44,8	
Los hombres tienen mayor capacidad/deseo sexual	51,9	57,4	
La homosexualidad es una enfermedad	17,8	14,1	
<i>Tolerancia ante la diversidad sexual</i>			
Intolerancia de la homosexualidad masculina	22,4	18,6	
Intolerancia de la homosexualidad femenina	54,0	26,1	ENSS 2009
Rechazo a cambios de opción sexual a lo largo de la vida	31,8	47,5	
<i>Conductas sexistas y violentas</i>			
Alguna vez se ha sentido discriminado/a por su sexo	1,1	9,6	
Alguna vez ha pagado para mantener relaciones	32,2	0,3	ENSS 2009
Alguna vez ha sufrido abusos o violaciones	1,7	5,2	
Alguna vez ha tenido relaciones contra su voluntad	3,5	7,4	
<i>Sexo seguro en relaciones esporádicas/ocasionales</i>			
Uso de algún método anticonceptivo	75,1	75,6	
No uso de método anticonceptivo	16,9	12,0	ENSS 2009
Ningún método de protección frente a ITS	22,1	18,6	
<i>Sexo seguro en la relación con pareja habitual</i>			
Uso de algún método anticonceptivo ^a	58,6	59,9	
No uso de método anticonceptivo	29,3	26,8	ENSS 2009
Ningún método de protección frente a ITS	57,1	59,5	
<i>ITS</i>			
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa × 100.000)	14,6	2,6	RNCS 2012
Casos de sida (número) ^b	598	179	

ENSS: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, datos de población española >15 años; ITS: infecciones de transmisión sexual; RNCS: Registro Nacional de Casos de Sida; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

^a Incluye las categorías «uso siempre», «casi siempre» y «alguna vez».

^b Casos de Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco no corregidos por retraso en la notificación.

datos del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el periodo 1996-2011. Se han incluido indicadores de natalidad y fecundidad medidas mediante el Índice Sintético de Fecundidad ISF, que indica el número promedio de criaturas por mujer, el calendario reproductivo (edad media a la maternidad), la salud perinatal (bajo y muy bajo peso al nacimiento: <2500 kg y <1500 kg, respectivamente), la mortalidad infantil, las muertes fetales tardías y la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo.

La situación de la salud sexual en España

La población española se muestra satisfecha con su vida sexual (hombres: 88,4%; mujeres: 83,4%) y la mayoría considera que tiene buena o muy buena información sobre sexualidad. Un 20% de los jóvenes (<25 años) declara carecer de información de calidad, y el acceso a la información empeora con la edad. La familia y las amistades constituyen la principal fuente de información sexual, seguida por la escuela y el centro de salud (tabla 1). Según las encuestas DAPHNE (fig. 1 A), la escuela parece perder relevancia como fuente

de información en el periodo 2005-2009 respecto a 2002-2005, al igual que los centros sanitarios, y únicamente Internet crece como medio de información (139% en chicas y 78% en chicos).

La sexualidad entendida como hecho diferenciado de la reproducción alcanza un respaldo mayoritario. Para el 74% de los hombres y el 79% de las mujeres las relaciones sexuales son un medio para buscar comunicación, placer y ternura. Estereotipos sexistas, como los mayores deseo y capacidad sexual masculina, siguen vigentes en más de la mitad de la población española, así como la identificación del sexo «verdadero» con la penetración y el orgasmo (tabla 1). Las ideas y actitudes estereotipadas son más frecuentes en edades avanzadas, pero aún prevalecen en sectores importantes de la juventud. El 59% y el 46,8% de los hombres y las mujeres jóvenes (<25 años) participan de esta idea de sexo «verdadero», y para el 4,9% de los jóvenes la procreación es el objetivo principal del sexo (datos no mostrados).

Aunque el informe *The Global Divide on Homosexuality* señala una importante aceptación de la homosexualidad en España (82% en 2007 y 88% en 2013), la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009 detecta ciertas manifestaciones

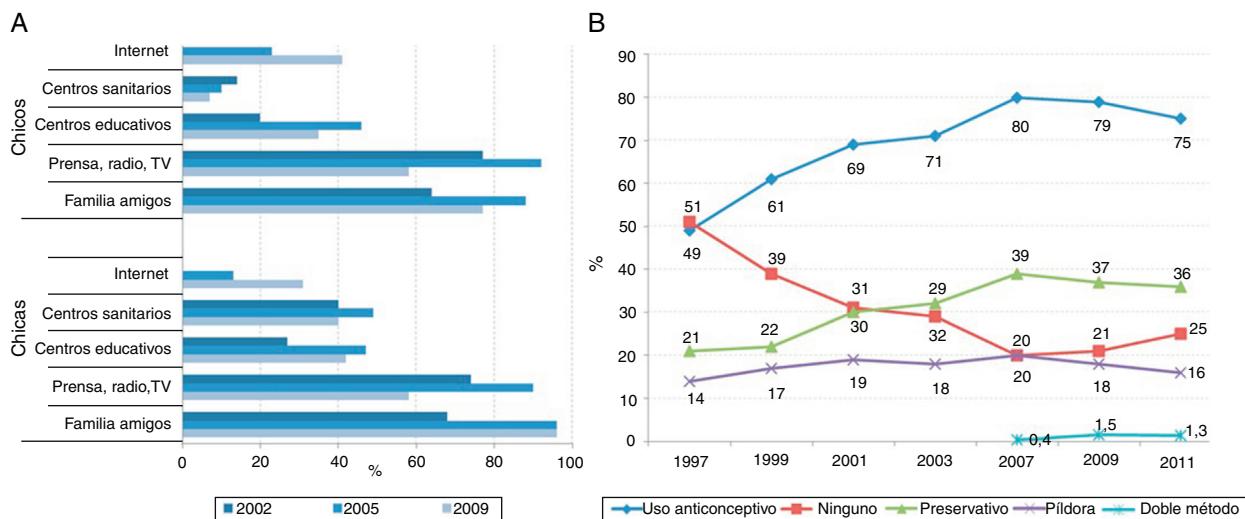


Figura 1. Evolución de las fuentes de información sobre sexualidad en la población de 15 a 24 años de edad (A) y sobre el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años (B). España, varios años.

de intolerancia hacia la diversidad sexual. Un 16% de la población considera la homosexualidad como una enfermedad. Estas ideas, más frecuentes en la población de mayor edad, también son defendidas por un 13,4% de los jóvenes. Igualmente, un 31% desaprueba cambios en las opciones sexuales a lo largo de la vida, y este rechazo lo manifiesta el 23,5% de los jóvenes (datos no mostrados). La intolerancia hacia la homosexualidad femenina es más prevalente que hacia la masculina. Un 54% de los hombres y un 26% de las mujeres opinan que las relaciones entre dos mujeres son menos respetables que las relaciones entre un hombre y una mujer, y cuando se trata de la relación entre dos hombres esta proporción desciende al 22% y el 19% respectivamente (tabla 1). También la encuesta de la European Union Agency for Fundamental Rights de 2013 confirma actitudes homófobas en España. El 38% del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero reconoce ser objeto de discriminación o acoso por su orientación sexual, aunque esta proporción es inferior a la europea (47%).

En relación a las conductas sexuales, el 32% de los hombres declaran haber pagado alguna vez por mantener relaciones sexuales, mientras que en las mujeres es una conducta muy minoritaria (0,3%). Por el contrario, los abusos sexuales son tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, y en ambos casos

proceden principalmente del entorno familiar y cercano. La discriminación en función del sexo es más habitual en las mujeres que en los hombres, al igual que las relaciones sexuales forzadas e involuntarias (tabla 1).

El uso de anticonceptivos es mayor en las relaciones ocasionales (75,2%) que en las estables (53,6%), y el método más frecuente es el preservativo masculino en ambos casos. El informe DAPHNE de 2011 muestra un descenso en el uso del preservativo y de la píldora en las mujeres en edad fértil (fig. 1 -B).

El sexo seguro en las relaciones esporádicas u ocasionales es practicado por el 79% de la población. Un 22% de los hombres y un 18,6% de las mujeres declaran no adoptar medidas de protección frente a las ITS en las relaciones ocasionales, proporción que aumenta en las relaciones estables (57,1% y 59,5%, respectivamente) (tabla 1).

La incidencia de ITS mantiene una tendencia al alza para la sífilis y la gonococia, mientras que disminuyen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. El comportamiento del VIH varía según los mecanismos de transmisión. Así, los hombres que tienen sexo con hombres son los más expuestos y su incidencia aumenta, pero desciende en los usuarios de drogas intravenosas y se estabiliza en los heterosexuales (fig. 2 A y B). La infección por el VIH es menos

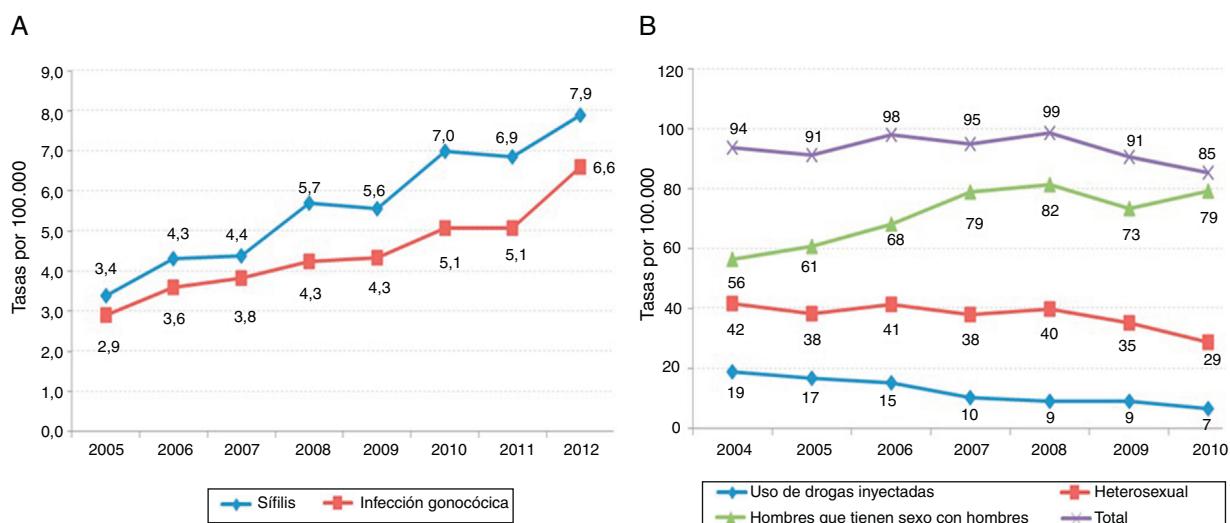


Figura 2. Incidencia de sífilis y gonococia (A), y de VIH por tipo de transmisión (B); datos de Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco no corregidos por retraso en la notificación). España, varios años.

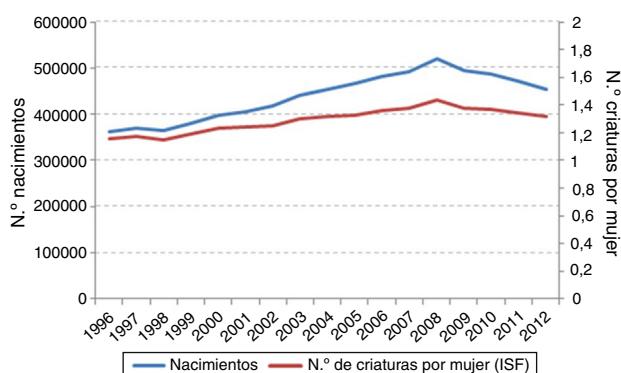


Figura 3. Evolución de los nacimientos y del número de criaturas por mujer (ISF). España, 1996–2012.

frecuente en las mujeres que en los hombres, y la vía de transmisión fundamental en ellas es la heterosexual, causante del 80% de las nuevas infecciones, frente al 23% en los hombres. Los nuevos diagnósticos en población extranjera aumentan ligeramente hasta 2010 (31% en 2004 y 36% en 2010) y luego descienden (35% en 2012).

La incidencia de sida continúa el descenso iniciado a mediados de la década de 1990. El 77% de los diagnósticos de 2012 fueron en hombres, con un aumento de los casos que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas (29% en 2004 y 35% en 2012). La proporción de casos de sida en personas extranjeras fue baja hasta finales de los años 1990 (3%), y posteriormente aumenta (31% en 2012) (datos no mostrados).

La situación de la salud reproductiva en España

Después de una trayectoria de aumento mantenido, el año 2008 marca un punto de inflexión en la evolución de los nacimientos y de la fecundidad en España. A partir de ese año, ambos indicadores inician una tendencia claramente descendente. En el caso de los nacimientos, el mayor descenso se produjo en 2009, año en que los nacimientos se redujeron un 4,8% respecto al año anterior. La tendencia descendente ha continuado hasta 2012, con 66.142 nacimientos menos que en 2008. En el caso de la fecundidad medida por el número de hijos/as por mujer (ISF), la mayor reducción se produjo también en 2009 y ha continuado descendiendo, aunque con una intensidad menor que la natalidad (fig. 3).

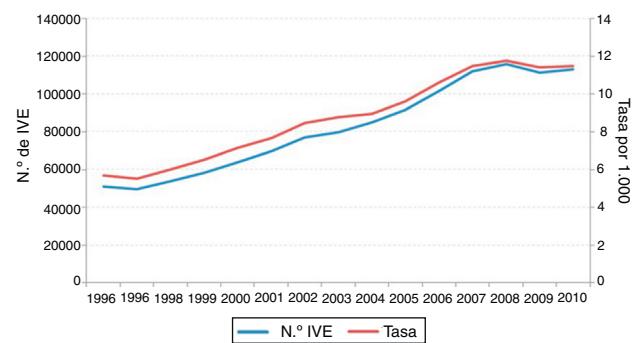


Figura 5. Evolución del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y tasa en mujeres de 15 a 44 años de edad. España, 1996–2011.

También en 2008 se produjo un cambio de tendencia en la edad media a la maternidad (fig. 4 A): desde mediados de la década de 2000 inicia un leve descenso, que finaliza en 2008 para iniciar un marcado aumento, de manera que en 2012 se sitúa en 31,6 años frente a los 30,8 años de 2008. Este aumento de la edad media a la maternidad se produce por el importante descenso de la fecundidad en las edades jóvenes y el aumento entre las mayores (fig. 4 B).

En el caso de las interrupciones voluntarias del embarazo (fig. 5), tanto el número total como la tasa por mil mujeres de 15 a 44 años mantienen su tendencia ascendente y sólo durante 2009 experimentó un ligero descenso (3,2%) tras una ralentización del crecimiento en 2008. A partir de 2010, ambos indicadores siguen aumentando, aunque de manera más moderada que antes de 2008.

El motivo principal de las interrupciones voluntarias del embarazo en el periodo 1992–2010, clasificado según el criterio de la Ley Orgánica 9/1985 vigente hasta el año 2010, fue la «salud materna» (97%), seguida del «riesgo fetal» (3%). Desde 2010, de acuerdo a la nueva clasificación, el motivo más frecuentemente registrado fue «a petición de la mujer» (89,6%). En 2011, el 40% de las interrupciones se practicaron a mujeres nacidas fuera de España, proporción que ha disminuido un 10% desde 2008 (datos no mostrados).

La evolución de la mortalidad infantil y las muertes fetales tardías no muestra cambios claros durante los últimos años, salvo una ligera ralentización de la tendencia de mejora observada hasta 2008. El porcentaje de nacimientos de bajo peso (<2500 g) y muy bajo peso (<1500 g) experimentó un ligero, pero mantenido ascenso, desde 1996 (datos no mostrados).

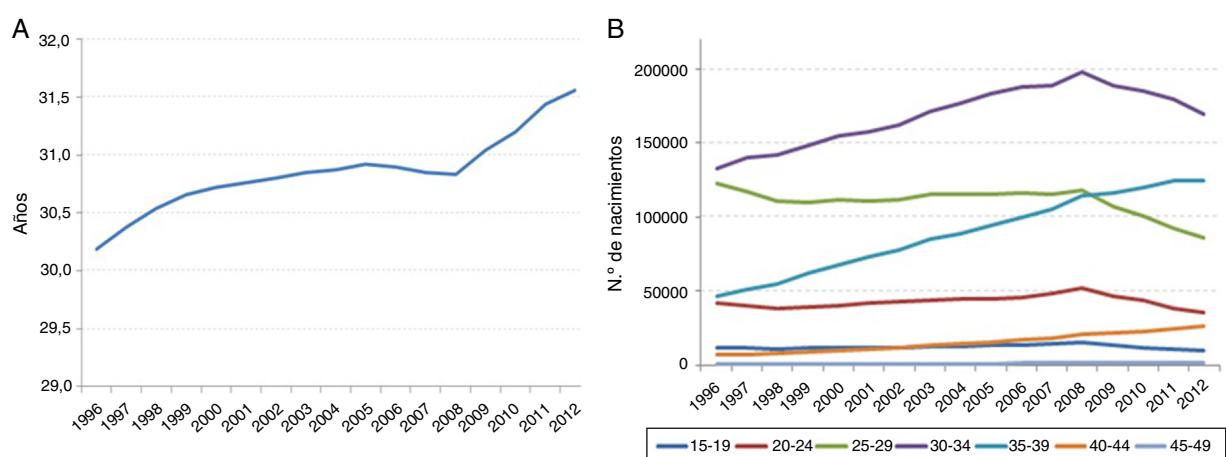


Figura 4. Evolución de la edad media a la maternidad (A) y del número de nacimientos según la edad de la madre (B). España, 1996–2012.

Discusión y conclusiones

La población española tiene una buena percepción de su salud sexual y una buena disponibilidad de información al respecto. Las intervenciones de educación afectivo-sexual desarrolladas en algunas comunidades autónomas podrían haber contribuido a esta mejora, aunque la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva³ constata una gran variabilidad de procedimientos y contenidos educativos, y pocas evaluaciones en términos de resultados en salud sexual.

Los datos ponen de manifiesto la relevancia de nuevas fuentes de información sobre sexualidad. Mientras la escuela y los servicios de salud pierden importancia, crece el papel de las redes sociales e Internet como vía de información entre la juventud. Estudios realizados tanto en el ámbito nacional²¹ como internacional²² analizan los potenciales riesgos asociados a estos medios y advierten de que la pornografía, de fácil acceso en Internet, se está erigiendo en una fuente relevante de conocimiento sobre sexualidad entre la juventud, cuyos contenidos reproducen estereotipos machistas, violentos y poco tolerantes con la diversidad sexual. Existe un consenso creciente sobre la importancia de incidir en la educación sexual y afectiva de una forma integral e integrada. Diferentes agentes sociales, formales y no formales, son responsables de cumplir esta función, entre los cuales la escuela proporciona un escenario privilegiado para promover una sexualidad saludable desde edades tempranas.^{23,24} En la medida en que la crisis económica debilita el sistema educativo y sanitario, medios como Internet cubrirán estas carencias, en ocasiones con contenidos poco objetivos y rigurosos.

A pesar de la progresiva superación de estereotipos sexistas y de los avances en la tolerancia de las distintas expresiones de la sexualidad, aún existen manifestaciones de intolerancia, en particular hacia la sexualidad femenina. La diversidad sexual está más penalizada en las mujeres que en los hombres, ellas están más expuestas a la violencia sexual y hasta un tercio de los hombres en edad adulta tienen relaciones sexuales comerciales. Prostitución y violencia son fenómenos que se agravan con la crisis y el empobrecimiento femenino, y en los países con problemas económicos se describen aumentos en la población que la ejerce.²⁵ La reducción del gasto público incrementa el desamparo económico de las víctimas y disuade a denunciar al agresor. Así lo confirma el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, con una reducción del 10% de las denuncias por violencia machista entre 2008 y 2013, y un ligero aumento de las renuncias a continuar con el proceso judicial.²⁶

Las fuentes revisadas muestran un descenso en el uso de anticonceptivos desde 2007, así como la ausencia de medidas de protección frente a las ITS en una quinta parte de las relaciones ocasionales o esporádicas. Esta realidad, junto con una incidencia creciente de sífilis, gonorroea o VIH en algunos colectivos, evidencia la necesidad de incidir en las estrategias de sexo seguro. El creciente peso relativo de los casos de sida y de infección por el VIH en población extranjera, a la vez que su exclusión de la atención sanitaria pública en caso de situación irregular según la Ley 12/2012, puede suponer un mayor riesgo de transmisión de ITS. Este fenómeno se ha experimentado en Grecia, con un notable incremento de los casos de VIH. Algunos estudios en población española cuestionan estas medidas restrictivas, que lejos de generar ahorro ponen en riesgo la salud pública del país y aumentan los gastos sanitarios a medio plazo.²⁷ Mantener la tendencia decreciente del sida exige, además de reforzar las medidas de prevención y vigilancia, garantizar la asistencia a las personas con mayor riesgo.

En el caso de la salud reproductiva, los datos ponen de manifiesto la relación entre la crisis económica y el descenso del número

de nacimientos y el retraso en la edad a la maternidad. Eliminando otros factores explicativos del descenso de la natalidad no relacionados con el contexto económico, como el descenso en el número de personas en edad reproductiva, puede estimarse que el empeoramiento del contexto económico y social ha provocado que en 2012 nacieran casi 40.000 criaturas menos de las esperadas. Esta pérdida de nacimientos tiene importantes implicaciones desde el punto de vista social.²⁸ Con frecuencia, las respuestas para paliar sus efectos se han centrado en políticas restrictivas, como la remodelación del sistema de pensiones basado en recortes de derechos y prestaciones, y en la merma del bienestar de la población, sin que factores importantes que afectan al descenso de la natalidad hayan formado parte del debate.

Asimismo, desde el punto de vista individual este descenso de los nacimientos puede estar suponiendo un deterioro de la salud reproductiva de personas que desean tener descendencia pero que se enfrentan a condiciones de vida que no permiten su materialización. No es casualidad que haya sido en las edades más jóvenes (en las que el desempleo ha tenido más impacto) en las que la fecundidad ha tenido un mayor descenso. Por el contrario, se ha producido un aumento de los nacimientos de mujeres de mayor edad, de manera que en 2012 los nacimientos de madres de 40 y más años de edad aumentaron un 29% respecto a 2008. Asimismo, no hay que olvidar las consecuencias, en términos de salud de la madre y de su criatura, que supone este retraso en la edad a la maternidad.^{29,30}

Numerosos estudios han descrito el impacto que las condiciones económicas tienen en la fecundidad. Aunque los resultados en ocasiones no son unánimes^{9,10}, sí parecen describir un carácter procíclico, destacando el efecto que el contexto económico (fundamentalmente el desempleo y la falta de perspectivas económicas) tiene sobre la intensidad de la fecundidad y, sobre todo, en su calendario¹¹. En el caso concreto de la crisis actual, se ha descrito su impacto en el conjunto de los países europeos, destacando su mayor efecto en España, así como el papel que las diferentes políticas pueden desempeñar para mitigar o aumentar dicho impacto.^{31,32} No parece observarse, sin embargo, un impacto reseñable de tendencia en los resultados del parto ni en el número de interrupciones voluntarias del embarazo, aunque es necesario monitorizar los posibles efectos de la crisis económica también en estos indicadores porque su efecto puede producirse en un plazo de tiempo más extenso.

Los datos aquí presentados provienen todos de fuentes secundarias que han limitado el alcance de los resultados presentados. Sin embargo, su valor estriba en que se ha realizado un diagnóstico conjunto de los datos que habitualmente se encuentran dispersos, para realizar una lectura integral de la situación de la salud sexual y reproductiva. Aunque a partir de ellos no puede establecerse una causalidad, sí se detectan áreas particularmente vulnerables en la salud sexual y reproductiva, que pueden ser en especial susceptibles a la crisis o a las medidas anticrisis. Evitar el deterioro de la salud sexual y reproductiva requiere profundizar en el conocimiento y la vigilancia de los problemas, y reforzar los compromisos institucionales sobre las áreas y los colectivos más vulnerables detectados en este informe.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la concepción y el diseño del trabajo, en la búsqueda de los datos, en su interpretación y análisis, en la escritura del artículo y en su revisión crítica con contribuciones intelectuales. Los tres autores han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. A/CONF.171/13. El Cairo, 1994. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offsp/sconf13.html>
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
4. Legido-Quigley H, Otero-García L, La Parra D, et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system. *BMJ*. 2013;346:1–5.
5. Kentikelenis A, Karanikolas M, Papanikolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378:1457–8.
6. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315–23.
7. McBride O, Morgan K, McGee H. Irish Contraception and Crisis Pregnancy Study 2010. A survey of the general population. Dublin: Health Service Executive Crisis Pregnancy Programme (CPP); 2012.
8. Karra M, Lee M. The effects of an economic crisis on contraceptive use. PRB Research brief. 2012. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.prb.org/pdf12/poppov-effects-economic-crises.pdf>
9. Gray M, Qu L, Weston R. Fertility and family policy in Australia. Australian Institute for Family Studies; 2008. Research Paper n. 41. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/rp41/rp41.pdf>
10. Kharkova TL, Andreev EM. Did the economic crisis cause the fertility decline in Russia: evidence from the 1994 microcensus. *Eur J Popul*. 2000;16:211–33.
11. Sobotka T, Skirbekk V, Philipov D. Economic recession and fertility in the developed world. A literature review. *Popul Dev Rev*. 2011;37:267–306.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Joint technical mission: HIV in Greece. 28–29 May 2012. Stockholm: ECDC; 2013. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/hiv-joint-technical%20mission-hiv-in-greece.pdf>
13. Equipo Daphne. 3.º Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española. Bayer ScheringPharma. 2009. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/encuestas.php>
14. Equipo Daphne. VI Encuesta sobre anticoncepción en España. Bayer ScheringPharma. 2009. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/VI.Encuesta.anticoncepcion_BSP2009.pdf
15. Equipo Daphne. VII Encuesta de anticoncepción en España. Bayer ScheringPharma. 2011. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>
16. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2010. Madrid. 2012. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://gesdoc.icsiii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/01/2013-9221d7165e>
17. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Registro Nacional de Casos de Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2010. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/vigilancia/>
18. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH. Registro Nacional de Casos de Sida. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2013. (Consultado el 26/02/2014.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/vigilancia/>
19. Pew Research Center. The global divide on homosexuality. Greater acceptance in more secular and affluent countries. Washington DC. 2013. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.pewglobal.org/2013/06/04/the-global-divide-on-homosexuality/>
20. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). EU LGBT survey European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey. Results at a glance. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2013. (Consultado el 27/02/2014.) Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources>
21. Garmendia M, Garitaonandia C, Martínez G, et al. Riesgos y seguridad en internet: los menores españoles en el contexto europeo. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; 2011.
22. Horvath MAH, Aly L, Massey K, et al. Basically, porn is everywhere. En: A rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University; 2013.
23. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Afectividad y sexualidad. ¿Son educables? Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2011.
24. Barr EM, Moore MJ, Johnson T, et al. New evidence: data documenting parental support for earlier sexuality education. *J Sch Health*. 2014;84:10–7.
25. Médicos del Mundo. Programas para personas en situación de prostitución. Memoria. 2011. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.medicosdelmundo.org/memorias/2011/nuestra-intervencion/inclusion-social/prostitution/>
26. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Datos sobre el efecto de la crisis en los órganos judiciales: primer trimestre de 2013. Consejo General del Poder Judicial, España. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgj/es/Temas/Estadistica.Judicial/Informes.estadisticos>
27. Pérez-Molina JA, Pulido Ortega F, Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA) de la SEIMC. Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2012;30:472–8.
28. Esping-Andersen G, Arpino B, Baizán P, et al. El déficit de natalidad en Europa. La singularidad del caso español. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2013.
29. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, et al. ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update*. 2012;18:29–43.
30. Balasch J, Gratacós E. Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24:187–93.
31. Lanzieri G. Towards a «baby recession» in Europe? Differential fertility trends during the economic crisis. Eurostat. Statistics in focus 2013. (Consultado el 12/08/2013.) Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-13-013/EN/KS-SF-13-013-EN.PDF
32. Goldstein JR, Kreyenfeld M, Jasilioniene A, et al. Fertility reactions to the «Great Recession» in Europe: recent evidence from order-specific data. *Demogr Res*. 2013;29:85–104.