

Documento de Consenso sobre
Natalidad y Salud
Reproductiva en España:
Hoja de ruta para una
reproducción saludable y
planificada



Índice

LA NATALIDAD EN ESPAÑA

Por qué un Consenso	1
Autores y metodología.....	2
Resumen de recomendaciones de Políticas Públicas.....	4
Resumen de recomendaciones para personas que desean ser madres y padres.....	8
1. Contexto de la natalidad en España.....	9
1.1. Factores socio-políticos y económicos.....	10
1.2. Factores biológicos y clínicos.....	15
2. Planificación, información y educación: el primer paso para una correcta salud reproductiva.....	16
3. Abordaje de los desafíos a la maternidad y la natalidad.....	19
3.1 Primera aproximación.....	20
3.2. La importancia de la prevención y diagnóstico precoz.....	22
3.3. La edad como causa de infertilidad y otros obstáculos biológicos y sociales. Las Técnicas de reproducción humana asistida y el acompañamiento terapéutico.	25
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33



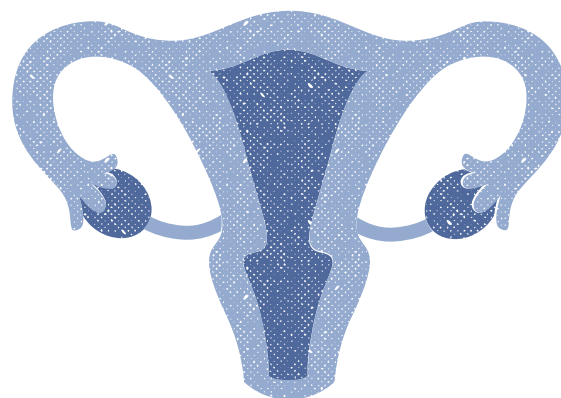
Por qué un Consenso

En España, con una de las tasas de fecundidad más bajas del mundo, la natalidad se ha convertido en una preocupación de primer orden. No solo por su dimensión personal, ante el creciente número de personas y parejas que desean formar una familia y no pueden, sino también desde el punto de vista demográfico y de la sostenibilidad del sistema.

Los bajos niveles de natalidad registrados en los últimos años están motivados por fenómenos de naturaleza socioeconómica, cultural, educativa y sanitaria. Estos factores han derivado en que la decisión de formar una familia se postergue cada vez más, acarreando frecuentes problemas de esterilidad e infertilidad a los que acompaña la necesidad de recurrir a técnicas de reproducción asistida (TRHA). A pesar de los crecientes problemas de esterilidad que afectan a entre el 15 y el 20%¹ de la población española, aún existe mucho desconocimiento, estigma y falta de atención mediática y política.

Este documento, elaborado por los principales agentes del ámbito de la reproducción y la salud reproductiva en España, analiza los factores que nos han situado en la coyuntura actual y traza una hoja de ruta a través de los distintos estadios reproductivos de las ciudadanas españolas, recogiendo recomendaciones sobre medidas dirigidas al público en general y a los decisores públicos.

La finalidad de este trabajo es impulsar la información y educación en salud reproductiva, incidir en la prevención de la infertilidad y esterilidad y su tratamiento a tiempo y articular un sistema de abordaje eficiente de los retos sociosanitarios que plantea la reproducción y la reproducción humana asistida (RHA) en nuestro país.



Autores y metodología

El proceso de coordinación del panel de expertos y la realización del documento ha sido llevado a cabo a iniciativa de la Sociedad Española de Fertilidad, por parte de RPP Group, agencia de asuntos públicos. La iniciativa ha contado con el apoyo de Ferring para cubrir los costes de edición y maquetación.

Los autores y organizaciones que han participado como colaboradores en este Consenso fueron invitados a formar parte del panel de expertos por su notoriedad en los campos de saber e interés que representan, su amplio conocimiento sobre los temas que se abordan en el documento y su capacidad para representar a la sociedad civil española y a los colectivos médicos y clínicos del campo de la natalidad, salud sexual y salud reproductiva. Los autores y organizaciones no han recibido ningún tipo remuneración o gratificación por su participación, para garantizar la independencia de las recomendaciones y la articulación de un consenso sostenible y real. El proceso de edición ha sido realizado a partir del desarrollo de un cuestionario, la celebración de una reunión interdisciplinar, entrevistas individuales e intercambio de información con los expertos participantes.



Sociedad Española de Fertilidad

Coordinador de la iniciativa:
Sociedad Española de Fertilidad (SEF)

COLABORADORES:



Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)



ASOCIACIÓN RED NACIONAL DE INFÉRTILES

Asociación de Pacientes Red Nacional de Infértiles (Red Infértiles)



Asociación Nacional para Problemas de Infertilidad (ASPROIN)



FES FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE SOCIOLOGÍA

Federación Española de Sociología (FES)



Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)



FESNAD FEDERACIÓN DE NUTRICIÓN

Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)



Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

AUTORES:

Luis Ayuso Sánchez

Catedrático de Sociología en la Universidad de Málaga y presidente del grupo de Sociología de la Familia Federación Española de Sociología (FES)

Verónica García Ramos y Marta Cano Pazos

junto al Grupo de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria, representando a semFYC

Joaquín Llácer Aparicio

Ginecólogo especialista en Reproducción Asistida, Director Médico de la Clínica Ginefiv, vicepresidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y vocal de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida

Ascensión Marcos Sánchez

Profesora de investigación y Directora del grupo de Inmunonutrición en CSIC y vocal de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)

Maria Sánchez de la Calle

Responsable de Atención al Paciente de la Asociación Nacional para Problemas de Infertilidad (ASPROIN)

Helena Fernandez Montero

Presidenta de la Asociación de Pacientes Red Nacional de Infértiles (Red Infértiles)

Elisa Gil Arribas

Ginecóloga en la clínica IVI y Secretaria de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)

Mercedes López-Pardo Martínez

Enfermera del Hospital Universitario Reina Sofía y Secretaria de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)

Daniel Morillas Guijarro

Matrón del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y Vicepresidente de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

Laura Segura Martínez

Enfermera en el Consorci Sanitari de Terrassa y Vicepresidenta de la Asociación de Pacientes Red Nacional de Infértiles (Red Infértiles)

Sara García Cuesta

Profesora Titular de Sociología UVA. Especializada en Ecología Humana y Población y tercer vocal del grupo de sociología del género de la Federación Española de Sociología (FES)

Corazón Hernández Rodríguez

Jefa Corporativa de Reproducción Asistida de los Hospitales Públicos gestionados por Quirón Salud en Madrid y Secretaria de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

Dolors Manau Trullas

Ginecóloga y Jefa de Servicio de la Unidad de Reproducción Humana Asistida del Hospital Clinic de Barcelona y Vocal de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)

Elena Palacio Bru

Matrona del Hospital Txagorritxu de Vitoria y Tesorera de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

Edición: RPP Group

Marina Heras Rubio

Cristina Fuentes Antrás

Resumen de recomendaciones de Políticas Públicas



EN EL ÁMBITO SOCIO-POLÍTICO Y ECONÓMICO



Crear infraestructura que permita promover el estudio social y longitudinal sobre la natalidad y sus factores determinantes; por ejemplo, mediante la creación de un Observatorio o Centro de Estudios Nacional y la activación de encuestas útiles que ayuden comprender mejor los motivos por los que en España la fertilidad observada es inferior a la deseada.



Impulsar una percepción positiva de la familia como elemento de cohesión y riqueza de una sociedad. Para ello, es necesario apostar por la creación de espacios amables con la vida familiar y la conciliación entre el ocio y la familia, posibilitando que los jóvenes que desean ser padres y madres no tengan que renunciar al acceso a espacios socioculturales ni al progreso laboral, mejorando la imagen social actual de la maternidad y paternidad.



Desarrollar políticas que promuevan el empleo juvenil y el acceso a una vivienda asequible y de calidad, propiciando una emancipación más temprana de los jóvenes españoles.



Emprender políticas de apoyo directo a empresas y organizaciones laborales para que aprueben medidas de conciliación que incentiven una conciliación real entre vida laboral y familiar y fomenten la corresponsabilidad en la crianza y el trabajo del hogar evitando que se penalice a las mujeres por ser madres. Estas políticas deben ser evaluadas de forma sistemática para entender si los impactos se corresponden con los efectos deseados y diseñar mejoras futuras.



EN EL ÁMBITO DEL ABORDAJE BIOLÓGICO



Poner en marcha un cambio de abordaje de la infertilidad y la esterilidad por parte de la Administración, incluyendo la infertilidad dentro de estrategias de salud pública de gran envergadura en vez de relegarlo a un problema propio de la esfera privada. Paralelamente, es necesario, invertir más recursos públicos en investigar problemas de fertilidad y esterilidad.



EN EL ÁMBITO DE LA PLANIFICACIÓN, LA INFORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN



Elaborar, desde las Administraciones Públicas, campañas de información pública con el fin de concienciar a la población sobre las dificultades y barreras existentes a la concepción, dando a conocer sus causas más frecuentes, recomendaciones para la prevención e información general sobre su abordaje. Se ha de recibir educación en salud reproductiva desde edades tempranas en espacios propicios como las aulas: difundiendo de manera efectiva información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos, dando cumplimiento a la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.



Ofrecer una educación sexual realista y plural que, si bien ponga el foco en adolescentes y preadolescentes, esté dirigida a toda la población, y abarque las distintas formas de disfrutar la sexualidad e informe sobre los métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) disponibles.



Poner en marcha políticas enfocadas en la prevención de la obesidad y el sedentarismo, que fomenten hábitos alimentarios e higiénicos saludables y que aseguren que los alimentos frescos y básicos propios de la dieta mediterránea, la principalmente seguida en España, son asequibles para toda la población, permitiendo así que los ciudadanos puedan disfrutar de un buen estado físico y evitar que su estado de salud se convierta en una barrera para la concepción.



EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN CLÍNICA



Reforzar el papel de la Atención Primaria, matronas y ginecología de cupos como referentes y punto de información sobre salud sexual y reproductiva mediante la creación de unidades específicas Atención Primaria-Hospitalaria sobre salud sexual y reproductiva para mejorar el acceso al servicio y garantizar la equidad.



Promover el conocimiento y la concienciación en fertilidad, incorporando el consejo médico sobre fertilidad impulsando guías y recomendaciones para protocolizar la conversación en torno a la ruta fértil de la mujer, asegurando que existe un correcto traslado de información que responda a cuestiones básicas sobre el deseo reproductivo y los condicionantes biológicos. Paralelamente, es necesario fomentar y financiar la formación de los profesionales para que puedan ofrecer información actualizada y de calidad, especialmente dirigida a los ginecólogos de atención primaria.



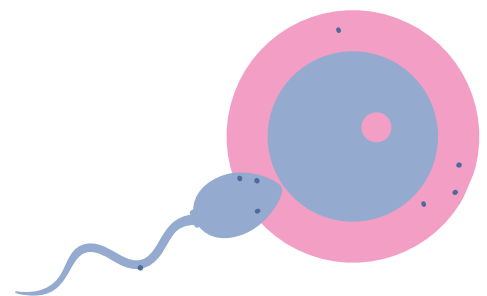
Promover la detección precoz de potenciales problemas de esterilidad mediante la sensibilización de la población sobre la importancia de acudir al ginecólogo o matrona en ciertas situaciones, tales como la ausencia de concepción transcurrido un año manteniendo relaciones sexuales sin protección (6 meses para el caso de mujeres de 35 años o más), personas con antecedentes reproductivos desfavorables como abortos o muertes fetales intrauterinas, o con sospecha de existencia de patologías que potencialmente puedan afectar a la concepción, entre otros. Paralelamente, dar de manera sistemática, consejo reproductivo a todos los pacientes que se enfrenten a tratamientos potencialmente lesivos para su fertilidad (tratamientos con quimio o radioterapia, quirúrgicos...), siendo importante para ello el abordaje multidisciplinar al respecto.



Desarrollar un programa real de prevención en materia reproductiva, que observe los roles de Atención Primaria – Matronas – Ginecología, e incorpore el uso de las innovaciones técnicas disponibles e incluya revisiones periódicas sobre la salud ginecológica y el diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, derivando a las pacientes con síntomas de dolor menstrual intenso a unidades especializadas y armonizando un procedimiento de detección precoz para todo el territorio español.



Dar a conocer a las mujeres la posibilidad de que si desean ser madres en un futuro, pero que no es su prioridad en el momento biológico más propicio, existe la posibilidad de realizar una preservación de la fertilidad, recibiendo toda la información completa sobre beneficios y limitaciones de dicha técnica.





Facilitar, normalizar y estandarizar los procesos de tratamientos de reproducción asistida y preservación de la fertilidad. Por ejemplo, mediante la aprobación de medidas de conciliación para las mujeres que deseen someterse a Técnicas de Reproducción Humana Asistida, (TRHA en adelante), proveer ayudas de financiación parcial de procesos de vitrificación a mujeres jóvenes y el desarrollo de estándares que ofrezcan a las pacientes el máximo nivel posible de comodidad en un proceso que suele conllevar altos niveles de estrés, incorporando soporte psicológico y estándares de calidad asistencial en los diferentes tratamientos y centros como la realización de los procedimientos invasivos sin dolor.



Las TRHA deben integrarse a la realidad reproductiva actual como acompañamiento terapéutico necesario para fomentar la natalidad y solucionar los problemas sanitarios de diversa índole. Es necesario estandarizar la información (indicadores, datos básicos...) que se proporciona a las pacientes que se someten a TRHA para tratar que existan unos estándares básicos de referencia, evitando la existencia de expectativas que no se corresponden con la realidad clínica. De forma correlativa, se debería ofrecer un servicio de acompañamiento psicológico como parte del tratamiento a las mujeres y parejas que se sometan a Técnicas de Reproducción Humana Asistida.



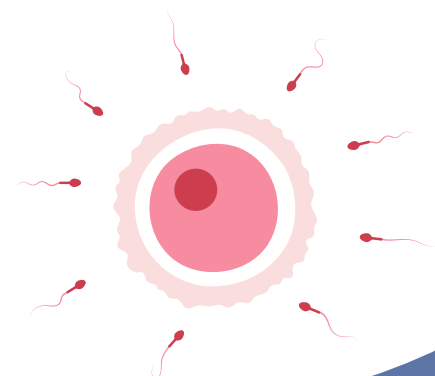
Articular un sistema de abordaje eficiente de los retos sociosanitarios que plantea la reproducción humana asistida, (RHA en adelante) en nuestro país, mejorando la atención sanitaria mediante el aumento de los recursos disponibles en el sistema y desarrollando un modelo de colaboración público-privada eficaz que apueste por la equidad (fórmulas de financiación parcial de los tratamientos y otras medidas de alivio económico de quien opte por estas técnicas).



Revisar la cartera de servicios, facilitando el acceso a las TRHA a pacientes con posibilidades reales de éxito, sin excluir a las pacientes que ya tienen un hijo (esterilidad secundaria) y teniendo en cuenta la actual diversidad de los modelos familiares.



Impulsar un plan integral de esterilidad que atienda a las necesidades específicas de aquellas mujeres que desean concebir y no pueden hacerlo, como parte de una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva actualizada a los desafíos sociales.



Resumen de recomendaciones para personas que desean ser madres y padres

El cuadro elaborado por 'The International Fertility Education Initiative'² resume cuestiones clave en relación con la educación sexual que las personas que deseen ser madres y padres deben conocer.



Al nacer, las mujeres ya disponen de todos los óvulos con los que van a contar a lo largo de su vida, y a medida que van envejeciendo, la fertilidad femenina va descendiendo, especialmente a partir de los 35 años. Alrededor de los 37 años, el 90% de sus óvulos han desaparecido o son de mala calidad. Los hombres, por su parte, producen esperma de manera continuada desde la pubertad hasta que mueren, sin embargo, la calidad de su semen desciende con la edad aunque de forma menos llamativa y grave que en las mujeres.



En una eyaculación, los hombres producen alrededor de 100 millones de espermatozoides. La mujer una vez al mes produce un óvulo maduro – produciendo unos 500 óvulos a lo largo de toda su vida.



Mujeres y hombres deben mantenerse en el mejor estado de salud posible antes de intentar tener un bebé. Tener un peso adecuado, no fumar, limitar la ingesta de alcohol y cafeína y hacer deporte de manera regular aumenta las posibilidades de embarazo y es importante para la salud de los niños a largo plazo.



Es fundamental tener relaciones sexuales no protegidas habituales, especialmente durante los días de ovulación de la mujer, pero no restringiéndolo sólo a dicho período, puesto que las relaciones periódicas mejoran la calidad del semen y la interacción entre los gametos.



¡La fertilidad es edadista! Las mujeres menores de 30 años tienen un 20% de posibilidades de quedarse embarazadas cada mes, pero este porcentaje cae hasta un 5% a los 40 años. Además, si los hombres tienen 45 años o más, aumentan las posibilidades de sufrir un aborto natural y de que su descendencia nazca con ciertas condiciones como autismo.



La mayoría de las personas consiguen el embarazo dentro del primer año de intentarlo. Si llevas intentándolo un año, o 6 meses en caso de que tengas 35 años o más, es momento de acudir a un especialista para que proceda a hacerte pruebas que corroboren si existe algún problema de fertilidad.



Las infecciones de transmisión sexual, las paperas después de la pubertad, los testículos no descendidos, el síndrome del ovario poliquístico, la endometriosis, los problemas con el ciclo menstrual, algunos contaminantes medioambientales y la presencia de productos químicos en el lugar de trabajo pueden afectar a la fertilidad. Si tienes alguna duda, habla con tu médico.



La Fecundación In Vitro (FIV) no es infalible. La posibilidad de quedarse embarazada tras un ciclo de FIV es de un 30% para las mujeres menores de 35, solo del 10% para las mujeres de entre 40 y 44 años, y prácticamente de 0% por encima de los 45.



Los tratamientos de fertilidad pueden ayudar a las parejas heterosexuales infértiles, las parejas homosexuales y a las personas sin pareja a tener hijos. Consulta a un experto en fertilidad (matrona, ginecólogo...) sobre cuáles son tus opciones.

Fuente: Harper, J. C., Hammarberg, K., Simopoulou, M., Koert, E., Pedro, J., Massin, N., Fincham, A., & Balen, A. H. (2021). The International Fertility Education Initiative: research and action to improve fertility awareness. *Human Reproduction Open*, 2021(4). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab031>

1. Contexto de la natalidad en España

En un paréntesis temporal muy corto, los hábitos reproductivos mundiales han sufrido profundos cambios. En menos de 50 años, el número de hijos por mujer en España se ha reducido a la mitad, pasado de 2,77 en 1975 a 1,19 en 2021³. Esta realidad nos sitúa en penúltimo lugar a nivel europeo en cuanto a tasa de nacimientos vivos, sólo por detrás de Malta⁴.

La tasa de reemplazo poblacional es inalcanzable para los españoles⁵ y sólo se amortigua por efecto de la mayor fecundidad de la población inmigrante. La reducción del número de hijos va de la mano de la postergación de la edad de la primera maternidad: la edad media en que las mujeres tienen su primer hijo ha pasado de 25,25 años en 1975 a 32,6 en 2022⁶ y los nacimientos entre madres de 40 o más años ha ascendido en un 38,0% en 10 años⁷.

Estos datos explican que España tenga el segundo índice de fecundidad más bajo de Europa, siendo uno de los países en que se han reducido con mayor intensidad desde 1975⁸, mientras que es uno de los países que registran una mayor diferencia entre el número de hijos que se desean y los que finalmente se tienen⁹.

Si bien factores como la incorporación de las mujeres al mundo laboral o la legalización de los métodos anticonceptivos en 1978¹⁰ han sido determinantes para la caída de la natalidad, una vez estabilizadas estas nuevas circunstancias la natalidad sigue descendiendo. ¿A qué se debe este cambio de paradigma?

MÁS DE UNA DE CADA DOS MUJERES EN LA CUARENTENA SIN HIJOS DESEARÍA HABER SIDO MADRE

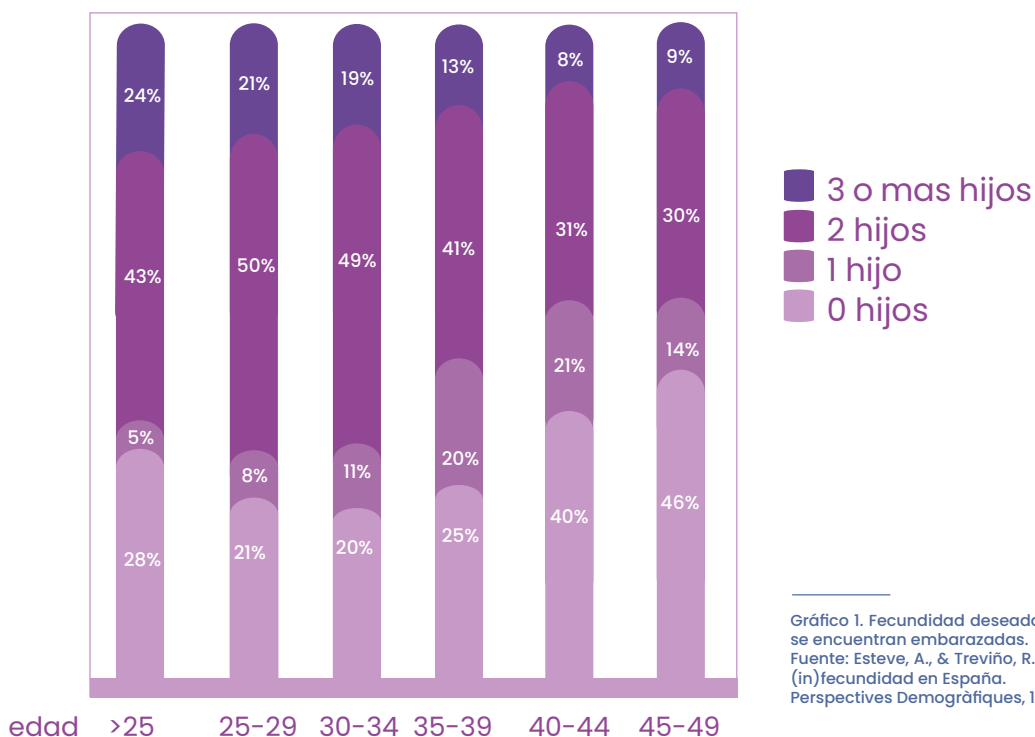


Gráfico 1. Fecundidad deseada de las mujeres sin hijos y que no se encuentran embarazadas.
Fuente: Esteve, A., & Treviño, R. (2019). Los grandes porqués de la (in)fecundidad en España. *Perspectives Demográfiques*, 15.

La suma de factores como la dificultad para encontrar la estabilidad económica y sentimental, un cambio en los valores predominantes, junto con un problema biológico para concebir (en nuestro país, el 17,6% de los adultos (alrededor de 1 de cada 6) son infértiles según datos de la OMS¹¹ secundados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF))^a, apuntan a la existencia de un reto social de gran magnitud, cuyas causas e impactos deberían analizarse con mayor profundidad para informar una toma de decisiones seria, eficiente y urgente.

1.1. Factores socio-políticos y económicos.

Para el diseño e implementación de políticas públicas en el campo de la natalidad y fertilidad conviene tener en cuenta que los comportamientos demográficos responden a las circunstancias sociales, culturales y económicas de las sociedades. Por lo tanto, deben ser estos contextos los objetos de estudio e intervención y no al revés.

El tratamiento que se ha dado a la caída de la fecundidad europea y mundial desde finales del siglo XIX ha estado basado en el señalamiento de las mujeres como responsables de dos fenómenos opuestos: las mujeres occidentales como causantes del descenso de la natalidad en Occidente^b y las mujeres del sur global como responsables de originar los altos picos demográficos de los países pobres o en desarrollo. En consecuencia, se han elaborado medidas de control de la fecundidad centradas en los sujetos fértiles no tomando suficientemente en cuenta los contextos socioeconómicos y culturales que los rodean, y a menudo, no han tenido el éxito esperado¹².

A nivel socio-cultural, la familia y la descendencia han pasado en cuestión de un par de generaciones de ser la forma básica de socialización a ser una opción sustituible por lazos emocionales más líquidos y volubles. Diversas teorías tratan de explicar el cambio en el paradigma reproductivo. Entre las más relevantes cabe plasmar:

TESIS DE LA INDIVIDUALIZACIÓN

En la sociedad actual se prima el disfrute personal y de la pareja, en lo que se interpone la asunción de nuevas responsabilidades como es tener hijos. Los jóvenes vislumbran un futuro en el que familiares y amigos pueden ocupar un papel más relevante en su estructura social y de cuidados que los hijos¹³.

LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA FAMILIA

Como consecuencia de los valores posmodernos se ha ido despojando a la familia de sus funciones instrumentales, pasando de ser la célula-base de la sociedad basada en el matrimonio y la consanguineidad a ser una asociación de personas a las que les une en el deseo de permanecer juntas y el apoyo emocional, lo que debilita la estabilidad de las parejas^{13,14}.

LA TERCERA REVOLUCIÓN DE LA MODERNIDAD; LA REVOLUCIÓN REPRODUCTIVA

En la estructura social tradicional existía el marco y los motivos adecuados para mantener y socializar a los niños y sin la estructura familiar no se encajaba. Por el contrario, en la sociedad actual centrada en el mercado y en el progreso material, los niños constituyen una dificultad añadida para el ascenso social, por todos los costes que conllevan¹⁵.

^a Debido al estigma y el tabú que existe alrededor de la infertilidad es muy difícil obtener datos precisos en relación con su prevalencia e incidencia. Muchas de las personas que la sufren prefieren mantenerlo en su esfera privada y no consultar con especialistas, lo que provoca su infra diagnóstico.

^b Gary Becker, premio Nobel de economía en 1992 hablaba directamente del "egoísmo de las mujeres" en Occidente.

LA FECUNDIDAD ESPAÑOLA: FRUTO DE LAS TENDENCIAS EUROPEAS Y MUNDIALES, PERO CON CARACTERÍSTICAS PROPIAS.

Iniciando su descenso histórico más tarde que muchos países europeos, la fecundidad española ha venido reduciéndose rápidamente desde mediados de los setenta y por debajo de la media europea a partir de los noventa del siglo XX. España se caracteriza por un patrón de fecundidad tardía y una elevada infecundidad que subrayan numerosos estudios¹⁶.

La muy baja fecundidad española queda asociada en buena medida al retraso en el nacimiento del primer hijo/a, fenómeno que se ha explicado asociado a la flexibilización de "las normas sobre la edad ideal para la cohabitación, el matrimonio y el nacimiento del primer hijo, así como una mayor aceptación social de decisiones reproductivas y de convivencia no tradicionales. Los cambios son particularmente evidentes entre las mujeres de las generaciones más jóvenes"¹⁷.

Si bien, el modelo cultural europeo puede explicar la tendencia demográfica a la baja, no explica la diferencia existente entre la fertilidad deseada y la observada en España: según los resultados de la última 'Encuesta de Fecundidad' realizada por el Instituto Nacional de Estadística el promedio de hijos deseado es 1,96 entre las mujeres y 1,86 entre los hombres^{16,18}, siendo el promedio de hijos por mujer 1,19 en España. Para dar respuesta a esta diferencia entre la fertilidad deseada y la que tiene lugar, los análisis, en este caso, ponen el punto de mira en sucesos más específicos del contexto español que nos diferencian de otros países europeos^c.

^c Este último factor se explica fundamentalmente por el ajuste económico a la baja, como han puesto de relieve numerosos estudios que muestran el efecto de la última crisis económica en el continente europeo, especialmente en los países del sur (Goldstein et al: 2013; González- Rábago et al: 2017; Baranda Ortiz: 2019).

AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Malta	1,36	1,45	1,42	1,36	1,38	1,37	1,37	1,26	1,23	1,14	1,13	1,13
España	1,37	1,34	1,32	1,27	1,32	1,33	1,34	1,31	1,26	1,23	1,19	1,19
Italia	1,46	1,44	1,43	1,39	1,37	1,35	1,34	1,32	1,29	1,27	1,24	1,25
Albania	1,63	1,65	1,71	1,73	1,73	1,59	1,54	1,48	1,37	:	1,34	1,31
Polonia	1,41	1,33	1,33	1,29	1,32	1,32	1,39	1,48	1,46	1,44	1,39	1,33
Portugal	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23	1,31	1,36	1,38	1,42	1,43	1,41	1,35
Lituania	1,50	1,55	1,60	1,59	1,63	1,70	1,69	1,63	1,63	1,61	1,48	1,36
Luxemburgo	1,63	1,52	1,57	1,55	1,50	1,47	1,41	1,39	1,38	1,34	1,36	1,38
Chipre	1,44	1,35	1,39	1,30	1,31	1,32	1,37	1,32	1,32	1,33	1,36	1,39
Grecia	1,48	1,40	1,34	1,29	1,30	1,33	1,38	1,35	1,35	1,34	1,39	1,43
Macedonia del Norte	1,56	1,46	1,51	1,49	1,52	1,50	1,50	1,43	1,42	1,34	1,31	1,44
Finlandia	1,87	1,83	1,80	1,75	1,71	1,65	1,57	1,49	1,41	1,35	1,37	1,46
Austria	1,44	1,43	1,44	1,44	1,46	1,49	1,53	1,52	1,47	1,46	1,44	1,48
Suiza	1,52	1,52	1,52	1,52	1,54	1,54	1,54	1,52	1,52	1,48	1,46	1,52
Serbia	1,40	1,40	1,45	1,43	1,46	1,46	1,46	1,49	1,49	1,52	1,48	1,52
Unión Europea - 27 countries (desde 2020)	1,57	1,54	1,54	1,51	1,54	1,54	1,57	1,56	1,54	1,53	1,50	1,53
Liechtenstein	1,40	1,69	1,51	1,45	1,59	1,40	1,61	1,44	1,58	1,48	1,46	1,53
Noruega	1,95	1,88	1,85	1,78	1,75	1,72	1,71	1,62	1,56	1,53	1,48	1,55
Letonia	1,36	1,33	1,44	1,52	1,65	1,70	1,74	1,69	1,60	1,61	1,55	1,57
Bulgaria	1,57	1,51	1,50	1,48	1,53	1,53	1,54	1,56	1,56	1,58	1,56	1,58
Alemania (hasta 1990 antiguo territorio de la RFA)	1,39	1,39	1,41	1,42	1,47	1,50	1,60	1,57	1,57	1,54	1,53	1,58
Croacia	1,55	1,48	1,51	1,46	1,46	1,40	1,42	1,42	1,47	1,47	1,48	1,58
Belgica	1,86	1,81	1,80	1,76	1,74	1,70	1,68	1,65	1,62	1,60	1,55	1,60
Estonia	1,72	1,61	1,56	1,52	1,54	1,58	1,60	1,59	1,67	1,66	1,58	1,61
Hungria	1,25	1,23	1,34	1,35	1,44	1,45	1,53	1,54	1,55	1,55	1,59	1,61
Holanda	1,79	1,76	1,72	1,68	1,71	1,66	1,66	1,62	1,59	1,57	1,54	1,62
Eslovaquia	1,43	1,45	1,34	1,34	1,37	1,40	1,48	1,52	1,54	1,57	1,59	1,63
Eslovenia	1,57	1,56	1,58	1,55	1,58	1,57	1,58	1,62	1,60	1,61	1,59	1,64
Suecia	1,98	1,90	1,91	1,89	1,88	1,85	1,85	1,78	1,76	1,71	1,67	1,67
Dinamarca	1,87	1,75	1,73	1,67	1,69	1,71	1,79	1,75	1,73	1,70	1,68	1,72
Montenegro	1,70	1,65	1,72	1,73	1,75	1,74	1,79	1,78	1,76	1,77	1,75	1,76
Irlanda	2,05	2,03	1,98	1,93	1,89	1,85	1,81	1,77	1,75	1,71	1,63	1,78
Rumania	1,59	1,47	1,52	1,46	1,56	1,62	1,69	1,78	1,76	1,77	1,80	1,81
Islandia	2,20	2,02	2,04	1,93	1,93	1,80	1,74	1,71	1,71	1,74	1,72	1,82
República Checa	1,51	1,43	1,45	1,46	1,53	1,57	1,63	1,69	1,71	1,71	1,71	1,83
Francia	2,03	2,01	2,01	1,99	2,00	1,96	1,92	1,89	1,87	1,86	1,83	1,84

Tabla 1. Total Fertility Rate Rate. EU -28, 2010-2021. Fuente: Eurostat.

Durante todo este período en el que España se sitúa por debajo de la media europea, las mujeres y familias españolas han tenido seis grandes rasgos diferenciales, cada uno de ellos un reto relevante para plantearse seriamente como elementos de intervención sobre la fecundidad:

A. Pese a la gran importancia que la sociedad española otorga a la familia sin importar el espectro ideológico e independientemente de creencias religiosas, el nivel de estudios o el lugar de residencia¹⁹, en España no ha existido un debate político ni académico relacionado con la política familiar y las familias y, sobre todo, las mujeres españolas han tenido menos apoyo de recursos públicos para la crianza que aquellos países que se sitúan por encima del umbral de 1,5 hijos por mujer en la UE.

De media se dedica el 0,52% del PIB en ayudas directas a las familias, menos de la mitad que el 1,25% del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE en adelante), quedándose por debajo también en servicios y solo empatando en las políticas referentes a rebajas fiscales²⁰.

B. Las graves dificultades para el acceso a la vivienda y un empleo que permita tener autonomía económica y un hogar independiente²¹ se han relacionado con la decisión de retrasar o no tener más hijos en España^{22,23,d}. No conviene olvidar que las españolas han declarado querer tener más hijos (dos, ajustándose al modelo europeo y al modelo de familia mediterráneo), pero, sin embargo, tienen uno o ninguno¹⁶. El peso de las circunstancias económicas se manifiesta así evidente en las decisiones de las familias, si las comparamos con el contexto cultural europeo.

C. Ya hace tres décadas que nuestro país contaba con uno de los menores niveles de fecundidad del mundo, pero a raíz de la crisis económica que inició en 2008, la caída de la fecundidad fue aún más acusada, viéndose constreñida por la política de austeridad llevada a cabo en España, con efectos similares a los que produjo en los países del sur europeo que vivieron situaciones parecidas^{24,25,e}.

D. A todo lo subrayado se le añade un factor no menos relevante: la debilidad de las medidas

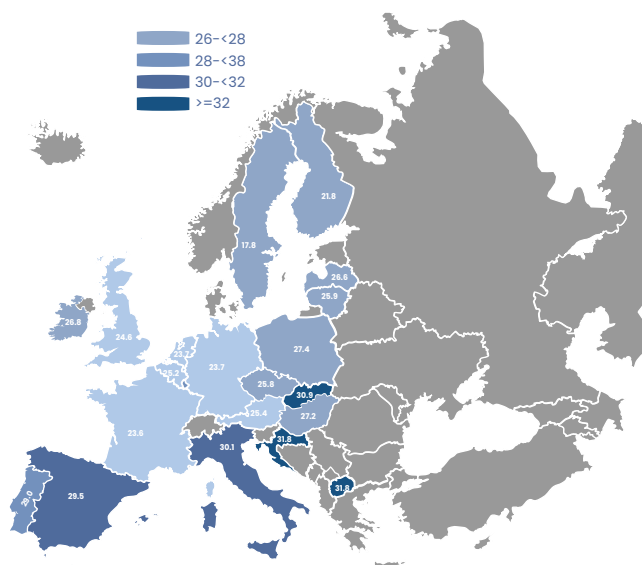


Gráfico 2. La edad de los jóvenes que abandonan el hogar paterno. Fuente: Eurostat. (2022). Age of young people leaving their parental household.

para conciliar la vida laboral y la crianza en las familias en España. La calidad de vida y la calidad de la crianza (dedicar tiempo cotidianamente a los hijos, cuidarlos sin tener que delegar sistemáticamente) son dos elementos fundamentales en el actual pacto social democrático occidental. Este se considera un logro al que amenazan las situaciones de doble jornada extenuante que acompañan a muchas madres y padres españoles –especialmente en familias monoparentales, pero también en las familias de doble salario– y que a menudo son vistos con alarma en escenarios europeos. Tener hijos y trabajar no debe costar la vida.

^d El estudio de Alberto del Rey et al. (2022) en concreto destaca el papel fundamental para la primera maternidad que supone tener pareja estable y haber logrado la emancipación e independencia económica. La inserción laboral es siempre un factor importante, pero en la actualidad no es el empleo sino el hecho de que este se asocie o posibilite la independencia económica lo que provoca efecto sobre la maternidad. El análisis de Miret (2019) subraya cómo la educación ha invertido su relación histórica, pero la variable laboral mantiene sus efectos sobre la fecundidad: negativos en caso de desempleo o precariedad.
^e El estudio de González-Rábago, Martín y Bacigalupe (2017) puso de relieve como la fecundidad-natalidad en España ha venido descendido desde 2008, especialmente entre las mujeres más jóvenes y entre las mujeres inmigrantes. Sus resultados relacionan esto claramente con el deterioro de situación socioeconómica y la ausencia de políticas de apoyo a las familias. Solo en el País Vasco, con políticas de familia intensas, parece ser menor el efecto de la crisis en la fecundidad.

f Los datos del Módulo año 2018 (Base Censos 2011). Conciliación entre vida familiar y laboral sobre resultados nacionales muestran cómo, entre la población ocupada de 18 a 64 años con hijas/os propios o de la pareja menores de 15 años, el efecto más importante que ejerce sobre su empleo actual el cuidado de sus hijos es el de reducir su jornada laboral en el 20,6% de las mujeres. Este efecto sólo afecta al 3,1% de los hombres, mientras que el 85,2% de los hombres con hijos señalan que no hay efectos (65,2% en el caso de las mujeres).
g “Los porcentajes más altos de ocupados a tiempo parcial correspondieron a los jóvenes de 16 a 19 años. Los porcentajes en mujeres son significativamente más altos en todas las edades. En el año 2021, en las mujeres de 25 a 29 años el porcentaje se mantiene en torno al 25% (frente al 12,7% de los hombres) y a partir de los 30 años y hasta los 64 este porcentaje se reduce” (INE. Mujeres y Hombres en España, 2022).

E. En España aún persiste el reto de la corresponsabilidad. Las mujeres españolas (también las europeas) trabajan más a menudo a tiempo parcial que los hombres con la finalidad de poder conciliar su vida laboral y familiar (lo que repercute en sus ingresos)^f, mientras que el trabajo a tiempo parcial en los hombres se asocia, según las encuestas, a imposiciones del puesto de trabajo^{26,g}.

En línea con esto, los hombres españoles dedican mucho menos tiempo que ellas a las tareas domésticas y de cuidados, evidenciando que la corresponsabilidad en el caso español aún no es un hecho y puede estar contribuyendo a la decisión de no tener más hijos. Aunque se trata de un hecho común a todos los países de la Unión Europea, en España la desigualdad en este aspecto es mayor²⁷.

F. En nuestro país, formas familiares y de convivencia diversas han proliferado en los últimos años. El tamaño de las familias ha disminuido y el proceso de secularización²⁸ y el cambio de los valores de la población han favorecido el proceso de modernización de los núcleos familiares, teniendo como consecuencia un aumento de familias monoparentales, LGTBIQ+, reconstituidas, coparentalidad... con una aceptación social de esta diversidad familiar relativamente alta ²⁹.

La naturaleza cambiante de las familias y la vida familiar implica que las políticas públicas también han de acompañar ese cambio, especialmente la política relativa a la natalidad, reproducción, conciliación, tomando en cuenta todos los modelos familiares que son ya una realidad en nuestro país.

RECOMENDACIONES



Crear infraestructura que permita promover el estudio social y longitudinal sobre la natalidad y sus factores determinantes; por ejemplo, mediante la creación de un Observatorio o Centro de Estudios Nacional y la activación de encuestas útiles que ayuden a comprender mejor los motivos por los que en España la fertilidad observada es inferior a la deseada.



Impulsar una percepción positiva de la familia como elemento de cohesión y riqueza de una sociedad. Para ello, es necesario apostar por la creación de espacios amables con la vida familiar y la conciliación entre el ocio y la familia, posibilitando que los jóvenes que desean ser padres y madres no tengan que renunciar al acceso a espacios socioculturales ni al progreso laboral, mejorando la imagen social actual de la maternidad y paternidad.



Desarrollar políticas que promuevan el empleo juvenil y el acceso a una vivienda asequible y de calidad, propiciando una emancipación más temprana de los jóvenes españoles.



Emprender políticas de apoyo directo a empresas y organizaciones laborales para que aprueben medidas de conciliación que incentiven una conciliación real entre vida laboral y familiar y fomenten la corresponsabilidad en la crianza y el trabajo del hogar evitando que se penalice a las mujeres por ser madres. Estas políticas deben ser evaluadas de forma sistemática para entender si los impactos se corresponden con los efectos deseados y diseñar mejoras futuras.

1.2. Factores biológicos y clínicos

En gran medida como consecuencia de las barreras socioeconómicas que llevan a postergar la maternidad, un porcentaje relevante de la población con deseos reproductivos se encuentra con problemas biológicos para procrear.

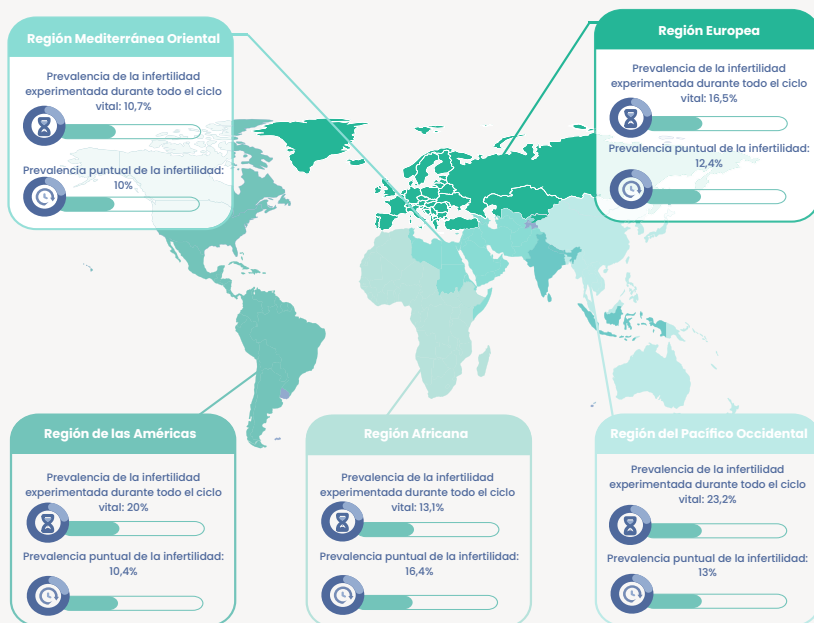
Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹ el 17,6% de los adultos (alrededor de 1 de cada 6) son estériles en algún momento de sus vidas. La alta prevalencia de la enfermedad ha llevado a la OMS a etiquetar esta patología como 'un grave problema de salud pública' que 'afecta a millones de personas' y, aun así, sigue estando poco estudiado e infra financiado. La entidad que ha adquirido este problema (que no solo se traduce en una baja natalidad sino también

en problemas psicológicos, de autoestima y bienestar de quien lo sufre)³⁰ requiere una mayor inversión en investigación científica y un mayor desarrollo de las políticas públicas al respecto.

Cabe destacar que el citado informe de la OMS, construido en base a datos recogidos entre 1990 y 2021 obtenidos de un total de 133 estudios, no se registraron grandes diferencias en relación con la prevalencia de la esterilidad entre regiones, con tasas similares en los países de ingresos altos, medianos y bajos, lo cual demuestra que se trata de un problema de salud pública global.

Más adelante en este documento se detallarán las principales causas de infertilidad y esterilidad.

GRÁFICO 3: ESTIMACIONES REGIONALES DE LA PREVALENCIA DE LA INFERTILIDAD



ESTIMACIONES REGIONALES DE LA PREVALENCIA DE LA INFERTILIDAD

La estimación de la prevalencia mundial de la infertilidad en 2022 es: **Aproximadamente una de cada seis personas experimenta infertilidad en algún momento de su vida.**



17.5%

Prevalencia estimada de infertilidad experimentada en el ciclo vital (intervalo de confianza del 95%).

La prevalencia a lo largo de la vida se define como la proporción de una población que ha experimentado infertilidad alguna vez en su vida.

12.6%

Prevalencia puntual de la infertilidad (intervalo de confianza del 95%).

La prevalencia puntual se define como la proporción de una población con infertilidad en un momento dado o intervalo en el tiempo, que puede ser actual o pasado.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Infertility prevalence estimates. World Health Organization.

RECOMENDACIONES



Poner en marcha un cambio de abordaje de la infertilidad y la esterilidad por parte de la Administración, incluyendo la infertilidad dentro de estrategias de salud pública de gran envergadura en vez de relegarlo a un problema propio de la esfera privada. Paralelamente es necesario invertir más recursos públicos en investigar problemas de fertilidad y esterilidad.

2. Planificación, información y educación: el primer paso para una correcta salud reproductiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la planificación familiar es un derecho que abarca la salud reproductiva de manera integral y la define como *«un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia»*³¹.

A pesar de la definición plasmada, es innegable que los métodos de barrera al embarazo constituyen el principal foco de atención de las políticas públicas desde hace años. Tanto así, que se ha llegado a una situación de asimilación entre los conceptos de planificación familiar y contracepción.

Dentro de la noción de planificación familiar que contemplan las regulaciones a nivel nacional, europeo y mundial se obvia de manera sistemática el análisis de los aspectos que condicionan la falta de natalidad y su abordaje, que debería tomar en consideración las características y retos propios del país. Es urgente fomentar la natalidad ante el invierno demográfico propio de sociedades envejecidas y las dificultades de las mujeres para conformar una familia en el actual marco socioeconómico tomando en cuenta el poder de los medios de comunicación y el consumo como precursores de modelos sociales con capacidad de cambiar las expectativas de las culturas locales cada vez más rápidamente.

La meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)³² pide a los países que “para 2030, garanticen el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.

En España, la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva data del 2010¹⁰. Aunque su vocación es integral, lo cierto es que entre sus líneas estratégicas no señala la problemática de la natalidad. Esencialmente, la estrategia señala acciones de promoción de la salud sexual relacionadas con la reducción de las enfermedades de transmisión sexual, la contracepción y la salud durante el embarazo, parto y postparto.

Desde entonces, se han sucedido diversas políticas de desarrollo enfocadas en el abordaje de la sexualidad y la reproducción desde la perspectiva de las buenas prácticas en el ámbito clínico. La salud durante el embarazo, el parto y el postparto, la interrupción voluntaria del embarazo y la contracepción constituyen el grueso de los temas abordados dentro de la sección de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Sanidad.

Algunas regiones han puesto en marcha sus propias estrategias específicas de apoyo a la maternidad, buscando favorecer la natalidad mediante la implementación de medidas diversas. Es el caso de la Comunidad de Madrid³³ y de Cataluña³⁴.

Como consecuencia del hecho de que los métodos contraceptivos hayan monopolizado la narrativa de las campañas sobre salud sexual, los problemas para concebir han sido relegados a la esfera privada, a menudo siendo invisibilizados.

Un estudio reciente indica que el 80% de las españolas con edades entre los 20 y los 45 años considera los problemas de infertilidad un tema tabú³⁵. Las mujeres encuestadas señalaron: temor a las consecuencias laborales, la vergüenza, el fracaso personal y la presión social entre las principales causas por las que no se sienten capaces de hablar de los problemas de fertilidad abiertamente en su entorno. El tabú alrededor de la infertilidad viene motivado por una falta de concienciación y conocimiento de la problemática en la población que deriva en último término en su falta de abordaje o en un abordaje tardío y mayor estigma y estrés sobre quienes lo sufren.

Por este motivo existe consenso entre los principales actores en el campo de la fertilidad y la natalidad en España sobre la necesidad de mejorar el nivel de información de la población entorno a la salud sexual y reproductiva para contar con una ciudadanía informada y consciente desde edades tempranas, cuando los ciudadanos tienen sus primeros contactos con el mundo de la sexualidad y la reproducción.

Si los jóvenes desde el inicio se informan por las vías inadecuadas pueden recibir mucha información confusa, errónea y dar por ciertos falsos mitos. La educación en reproducción debe impartirse desde las aulas, desde la educación primaria a la universidad, en el marco de la educación sexualⁱ, a la que se encuentra estrechamente unida propiciando que, desde jóvenes, mujeres y hombres, puedan tener relaciones sanas y satisfactorias, tanto física como emocionalmente.

ⁱ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento marco sobre la salud sexual y reproductiva, incluye ‘la educación e información integrales’ en una lista de intervenciones (6) que considera que han de darse en este campo junto a otras como la asistencia prenatal o los tratamientos a la esterilidad.

Proporcionar información e inculcar hábitos adecuados en los ámbitos de la sexualidad y salud reproductiva es esencial, pero también es determinante que la población cuide su salud de manera más amplia (ejercicio, alimentación...) permitiendo a los ciudadanos mantener un bienestar físico y evitar que ciertos factores como el tabaquismo u otros hábitos dietéticos patológicos (obesidad, ortorexia, vigorexia y otros escenarios de culto al cuerpo) impidan o compliquen la concepción deseada.

Para ello es importante que desde las administraciones se fomenten campañas sobre alimentación saludable que contrarresten y neutralicen los numerosos bulos e información engañosa que existe en relación con alimentos y hábitos nutricionales, especialmente en las redes. Además, es altamente recomendable que, antes de realizar cambios sustanciales en la alimentación, las personas que buscan un embarazo o se encuentran embarazadas consulten con especialistas en nutrición y procuren mantener un peso estable y dentro de los parámetros saludables, evitando alteraciones hormonales que pueden ser producidas por un exceso de grasa corporal y otras alteraciones nutricionales.

La literatura sobre la relación entre los hábitos alimenticios y la fertilidad humana se ha ampliado mucho durante la última década, dando lugar a la identificación de una serie de patrones alimenticios claros, que reunimos a continuación:

BENEFICIOSO

La adherencia a dietas saludables que favorezcan los mariscos, las aves, los cereales integrales, las frutas y las verduras se relaciona con una mejor fertilidad en las mujeres y una mejor calidad del semen en los hombres.

Los ácidos grasos omega-3 de cadena larga parecen mejorar la fertilidad femenina, aunque no está claro hasta qué punto la contaminación de las fuentes de alimentos compartidas, como el pescado con altos niveles de sustancias tóxicas ambientales, puede atenuar este beneficio.

NO NECESARIAMENTE BENEFICIOSO

A pesar de las sospechas iniciales por su buen funcionamiento en animales, la vitamina D no parece ejercer un papel importante en la fertilidad humana en ausencia de deficiencia.

Hay una falta de evidencia para excluir el gluten de la dieta de todas las mujeres que intentan quedar embarazadas en ausencia de enfermedad celíaca.

La suplementación con antioxidantes no parece ofrecer ningún beneficio a las mujeres que se someten a un tratamiento de infertilidad, pero parece ser beneficiosa cuando es hombre la que recibe el suplemento. Sin embargo, la evidencia disponible no permite discernir qué antioxidantes específicos, ni en qué dosis, son los responsables de este beneficio.

RECOMENDACIONES



Elaborar, desde las Administraciones Públicas, campañas de información pública con el fin de concienciar a la población sobre las dificultades y barreras existentes a la concepción, dando a conocer sus causas más frecuentes, recomendaciones para la prevención e información general sobre su abordaje. Se ha de recibir educación en salud reproductiva desde edades tempranas en espacios propicios como las aulas: difundiendo de manera efectiva información de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos, dando cumplimiento a la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazoⁱ.



Ofrecer una educación sexual realista y plural que, si bien ponga el foco en adolescentes y preadolescentes, esté dirigida a toda la población, y abarque las distintas formas de disfrutar la sexualidad e informe sobre los métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) disponibles.



Poner en marcha políticas enfocadas en la prevención de la obesidad y el sedentarismo, que fomenten hábitos alimentarios e higiénicos saludables y que aseguren que los alimentos frescos y básicos propios de la dieta mediterránea, la principalmente seguida en España, son asequibles para toda la población, permitiendo así que los ciudadanos puedan disfrutar de un buen estado físico y evitar que su estado de salud se convierta en una barrera para la concepción.

3. Abordaje de los desafíos a la maternidad y la natalidad.

Expuestos los factores socioculturales que dificultan la consecución de la maternidad y paternidad deseada, conviene estudiar los desafíos clínicos que las mujeres pueden encontrar y los recursos disponibles para superarlos.

Aunque las condiciones socioculturales, económicas y laborales que llevan a postergar la maternidad cambiasen (empleo más estable, ayudas a la paternidad, medidas de conciliación, emancipación temprana...), no hay garantías de que la "edad reproductiva social" fuese a cambiar igualándose a la "edad reproductiva biológica" y, aunque lo hiciese, muchos problemas clínicos para procrear no relacionados con la edad persistirían.

ⁱ En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) (2011), se proponen una serie de servicios de información y atención a los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, que se han implantado en ciertas CCAA y CEA de manera desigual. Se trata de servicios de muy distintas denominaciones, características, prestaciones, horario y accesibilidad. Entre ellos se encuentran: Consulta Joven (en ciertos centros de salud e Institutos de Enseñanza Secundaria), Tarde Joven (en servicios sanitarios), Asesorías sobre sexualidad juvenil, Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), teléfonos Jóvenes de información sexual y páginas web específicas entre otros.

Por ello, estrategias y planes públicos han de elaborarse tomando en cuenta las condiciones actuales y buscar formas de propiciar, dentro de márgenes sensatos y en base a recomendaciones científicas, que la maternidad sea posible a edades más tardías, acorde con nuestra realidad social.

RECOMENDACIONES



Impulsar un plan integral de esterilidad que atienda a las necesidades específicas de aquellas mujeres que desean concebir y no pueden hacerlo, como parte de una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva actualizada a los desafíos sociales.

A continuación, se hará un recorrido por los distintos estadios de la vida de la ciudadana española desde el prisma de la atención a la salud reproductiva con la finalidad de proponer medidas que mejoren el cuidado de su salud reproductiva y las posibilidades de tener la descendencia deseada.

3.1 Primera aproximación.

En España, no existe una edad pautada a la que acudir al ginecólogo o a la matrona por primera vez.

La edad media de la primera menstruación se sitúa entre los 12 y los 13 años³⁷, y en 16,7 para el inicio de las relaciones coitales en mujeres españolas³⁸, momento en el que tradicionalmente se ha recomendado la primera revisión por un especialista en ginecología. Esta ha estado relacionada con la búsqueda de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual y expansión del cribado de cáncer de cérvix.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en adelante, SEGO) aprox. 7 de cada 10 (72,2%) de las mujeres españolas entre 12 y 19 años no ha acudido nunca al ginecólogo³⁹ y del total de españolas, 2 de cada 10 afirman no haber ido nunca⁴⁰. Sin embargo, según la SEGO la revisión periódica es fundamental para la detección preventiva de potenciales problemas de salud y para que la información que la mujer recibe sobre su salud sexual y reproductiva sea lo más completa posible desde edades tempranas.

La menstruación irregular o dolores recurrentes/anormales, infecciones vulvovaginales o la solicitud de prescripción de fármacos anticonceptivos para prevenir el embarazo son las principales razones de consulta por las cuales las mujeres acuden al médico ginecólogo durante la etapa fértil⁴¹.

Dado el papel de la medicina de familia y de las matronas en la primera aproximación al problema, tanto por ser la primera línea de atención y/o autoridad médica de confianza como por el conocimiento holístico de que dispone al conocer la historia clínica, es especialmente importante que desde este servicio se transmita la importancia de los cuidados y se provea a la paciente de información completa.

Este rol se despliega en tres estadios cuando la consulta versa sobre el deseo de tener hijos: 1. el consejo pregestacional; 2. el inicio del estudio de la pareja el individuo y la decisión diagnóstica y 3. la derivación al detectar alguna patología reproductiva y/o derivar a segundo nivel asistencial. El apoyo psicológico y el seguimiento del proceso son aspectos también relevantes en esta primera línea de atención⁴².

Con carácter general, si la paciente no lo demanda, la consulta ginecológica no aborda cuestiones relativas a la maternidad o el deseo reproductivo que dificultan progresivamente que este deseo se materialice.

Una vez que el profesional de ginecología general o la matrona constata que existe sospecha de patología susceptible de tratamiento o que existe historia de factores predisponentes, deberá derivar a el o la paciente a la consulta especializada en fertilidad.

La petición de asesoramiento médico sobre el embarazo y fertilidad comienza en edades más avanzadas (más allá de los 35 años) y se produce normalmente por problemas para concebir. Antes de ello, el enfoque generalizado es el asesoramiento sobre los métodos de contracepción.

El abordaje tardío de la conversación sobre la maternidad tiene consecuencias para la mujer: por un lado, se perpetúa el desconocimiento social respecto a los condicionantes biológicos y de salud que condicionan la capacidad para gestar; por otro, la necesidad de recurrir a técnicas de reproducción asistida se convierte en opción prácticamente forzosa si se desea concebir. Sin necesidad de transmitir mensajes alarmantes, se debe informar a las mujeres correctamente de los obstáculos biológicos para conseguir el embarazo.

RECOMENDACIONES



Reforzar el papel de la Atención Primaria, matronas y ginecología de cupos como referentes y punto de información sobre salud sexual y reproductiva mediante la creación de unidades específicas Atención Primaria-Hospitalaria sobre salud sexual y reproductiva para mejorar el acceso al servicio y garantizar la equidad.



Promover el conocimiento y la concienciación en fertilidad, incorporando el consejo médico sobre fertilidad impulsando guías y recomendaciones para protocolizar la conversación en torno a la ruta fértil de la mujer, asegurando que existe un correcto traslado de información que responda a cuestiones básicas sobre el deseo reproductivo y los condicionantes biológicos. Paralelamente, es necesario fomentar y financiar la formación de los profesionales para que puedan ofrecer información actualizada y de calidad, especialmente dirigida a los ginecólogos de atención primaria.

3.2. La importancia de la prevención y diagnóstico precoz.

Muchos de los factores causales de la infertilidad y la esterilidad pueden solventarse mediante un abordaje temprano e incluso evitarse con el seguimiento de hábitos saludables, como es el caso de los problemas de fertilidad causados por la obesidad. Por ello, la prevención y el diagnóstico precoz son el primer paso para la mejora de la salud reproductiva en nuestro país.

Además de por el padecimiento de ciertos síntomas (dismenorrea^k, irregularidades en el ciclo menstrual, dolor al miccionar, secreciones anormales etc..) se recomienda a individuos y parejas acudir a la consulta ginecológica si transcurrido cierto tiempo manteniendo relaciones sexuales sin protección de manera asidua no se ha alcanzado la concepción:

- En general tras 1 año manteniendo relaciones sexuales sin protección.
- 6 meses para el caso de mujeres de 35 años o más.
- Previamente a intentar la concepción para personas con antecedentes reproductivos desfavorables como abortos o muertes fetales intrauterinas, esterilidades previas con parejas anteriores, en presencia de patologías potencialmente implicadas o cirugías previas que puedan afectar a la concepción.

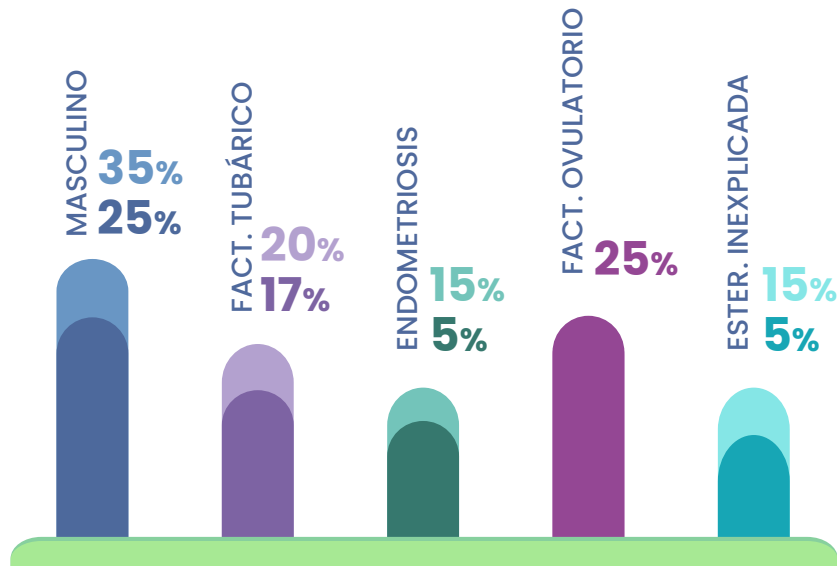
Para conocer si existen obstáculos clínicos a la concepción, el especialista en ginecología practicará a el o la paciente un estudio básico de esterilidad. El estudio inicia con una consulta destinada a conocer los antecedentes familiares, personales y reproductivos, recoger datos de diagnósticos y tratamientos anteriores y estudiar si hay presencia de síntomas inusuales que pueden sugerir una alteración de la función reproductiva⁴³.

Completada esta fase, se practicará una exploración física general, genital y mamaria a las mujeres y si los antecedentes o los síntomas del varón lo hacen aconsejable, éste será remitido al andrólogo (médico especialista en patología reproductiva masculina)⁴³.

Los factores causales de infertilidad son variados y muy difíciles de medir. Solo se tiene registro de las causas de la infertilidad de las personas que acuden a centros públicos y clínicas de reproducción asistida dejando fuera de las estadísticas los casos de esterilidad secundaria (cuando los miembros o un miembro de la pareja ya ha tenido un hijo/a) que no se consultan, mujeres que nunca buscaron el embarazo etc. Debido a estas dificultades para identificar los factores causales de la infertilidad no hay estudios recientes disponibles y los datos disponibles inevitablemente adolecen de cierto sesgo. Sin embargo, se sabe que estos factores pueden tener su origen en el factor masculino (25-30% de los casos), en el femenino (55% de los casos) o tener causas desconocidas (15-5% de los casos), según las estimaciones el último informe de la SEF⁴³.

^k Fuertes dolores causados por el periodo

Además de las causas biológicas como reto a la fertilidad, es posible que la mujer o el hombre padezcan problemas diversos que afectarán a su capacidad para concebir.



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2013). Saber más sobre Fertilidad y Reproducción Asistida.

Para su mejor comprensión se reúnen a continuación los principales factores causales de infertilidad señalados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) en su informe sobre 'Fertilidad y Reproducción Asistida'⁴³.



En mujeres



La edad de la mujer: La edad avanzada de las mujeres con deseo reproductivo es la primera causa de incremento de la infertilidad y esterilidad en los países desarrollados⁴⁸. La mujer nace con una cantidad determinada de ovocitos (reserva ovárica) que desde la primera menstruación (menarquia) se van reduciendo, perdiendo y envejeciendo. A los 35 años quedan aproximadamente el 10% de los óvulos y cuantos menos quedan peor es su calidad ya que el paso del tiempo provoca alteraciones en el proceso de meiosis de sus cromosomas. La edad biológica adecuada para tener hijos es de los 20 a los 30⁴⁴.

Endometriosis: La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido que afecta aproximadamente un 10-20% de mujeres en edad fértil de cualquier etnia-raza y grupo social. Las manifestaciones clínicas abarcan un amplio espectro, encontrando desde personas asintomáticas hasta formas severas y crónicas con síntomas dolorosos intensos y/o infertilidad asociada, que requieren varias intervenciones quirúrgicas y para las que no se consigue un tratamiento curativo.

Factores tubáricos: suponen la obstrucción de las trompas de Falopio, unas estructuras del sistema reproductor femenino que unen los ovarios con el útero y permiten el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Si el óvulo es fecundado y, finalmente, a través de las trompas se transportará el embrión hacia el útero.

Factor ovulatorio: La liberación de óvulos a los ovarios no es normal. Está causado por trastornos hormonales como el ovario poliquístico, hiper o hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico y otras endocrinopatías.

La infertilidad, también es, una de las principales secuelas del cáncer y su tratamiento. Por ello, es muy importante que los pacientes que se enfrentan a tratamientos potencialmente lesivos para su fertilidad (tratamientos con quimioterapia, radioterapia, quirúrgicos...) reciban de manera previa a comenzar el tratamiento consejo reproductivo⁴⁷.

Un correcto abordaje multidisciplinar, junto al fomento del asesoramiento integral desde los primeros indicios de infertilidad, es clave para determinar las causas y potenciales soluciones en el caso de que finalmente esta situación se produzca.

En hombres



La calidad del semen: Un estudio de 2022 realizado en Estados Unidos, Australia y Europa con base en muestras de esperma recogidas a lo largo del siglo XX y XXI⁴⁵ ha revelado un descenso apreciable en el número de espermatozoides entre 1973 y 2018 entre los hombres de estas zonas geográficas. El descenso indicado se lleva produciendo por tiempo prolongado, que se ha hecho más pronunciado desde el año 2000.

Problemas con la liberación de espermatozoides: Suele estar relacionado con problemas sexuales, como la eyaculación precoz; ciertas enfermedades genéticas, como la fibrosis quística; problemas estructurales, como una obstrucción en los conductores deferentes; o daño o lesión en los órganos reproductores⁴⁶.

RECOMENDACIONES

- ✓ Promover la detección precoz de potenciales problemas de esterilidad mediante la sensibilización de la población sobre la importancia de acudir al ginecólogo o matrona en ciertas situaciones, tales como la ausencia de concepción transcurrido un año manteniendo relaciones sexuales sin protección (6 meses para el caso de mujeres de 35 años o más), personas con antecedentes reproductivos desfavorables como abortos o muertes fetales intrauterinas, o con sospecha de existencia de patologías que potencialmente puedan afectar a la concepción, entre otros. Paralelamente, dar, de manera sistemática, consejo reproductivo a todos los pacientes que se enfrenten a tratamientos potencialmente lesivos para su fertilidad (tratamientos con quimio o radioterapia, quirúrgicos...), siendo importante para ello el abordaje multidisciplinar al respecto.
- ✓ Desarrollar un programa real de prevención en materia reproductiva, que observe los roles de Atención Primaria – Matronas – Ginecología, e incorpore el uso de las innovaciones técnicas disponibles e incluya revisiones periódicas sobre la salud ginecológica y el diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, derivando a las pacientes con síntomas de dolor menstrual intenso a unidades especializadas y armonizando un procedimiento de detección precoz para todo el territorio español.

3.3. La edad como causa de infertilidad y otros obstáculos biológicos y sociales. Las Técnicas de reproducción humana asistida y el acompañamiento terapéutico.

Si bien es fundamental implementar políticas de corte socioeconómico como las sugeridas en apartados anteriores, esto no supone que haya que obviar la importancia y el valor social de los avances clínicos que pueden permitir conseguir la maternidad deseada a las mujeres que deseen ser madres más tarde, a las personas con problemas de infertilidad y esterilidad y a los integrantes de modelos familiares no tradicionales.

Maternidad más tardía: Los nacimientos entre madres de 40 años o más han ascendido en un 38,0% en 10 años y la edad media de maternidad es de 32,6 años⁷. La probabilidad mensual de embarazo para una mujer sana desciende de manera progresiva, situándose en el 20% a partir de los 35 años y cayendo hasta un 5% a los 40 años⁴⁸.

Problemas de infertilidad acuciantes: 1 de cada 6 personas en edad de procrear son infértiles¹¹.

Diversidad familiar, otros modelos de familia: Hay que tener en cuenta, a la hora de hablar de familia y reproducción, la diversidad de estructuras familiares¹ que existe en la sociedad española actual y

¹ Desde que el INE comenzase en (2014) a realizar la Encuesta Continua de Hogares (ECH) hasta su última edición (2021) los hogares monoparentales han crecido un 10,7%, debiéndose casi todo el crecimiento de hogares entre estas fechas a personas que viven solas, a familias monoparentales y a familias reconstituidas. Entre estos tres tipos suman 600.000 y pico hogares más en seis años.

que pueden requerir de técnicas de reproducción asistida para conseguir la reproducción deseada. Es el caso de las familias LGTBIQ+, monoparentales, familias reconstituidas, co-parentalidad⁴⁹ etc.

Gracias a un importante esfuerzo de investigación, desde el punto de vista clínico, se ha avanzado enormemente en las técnicas de reproducción humana asistida, que son un método adecuado y necesario para dar respuesta a las situaciones recogidas.

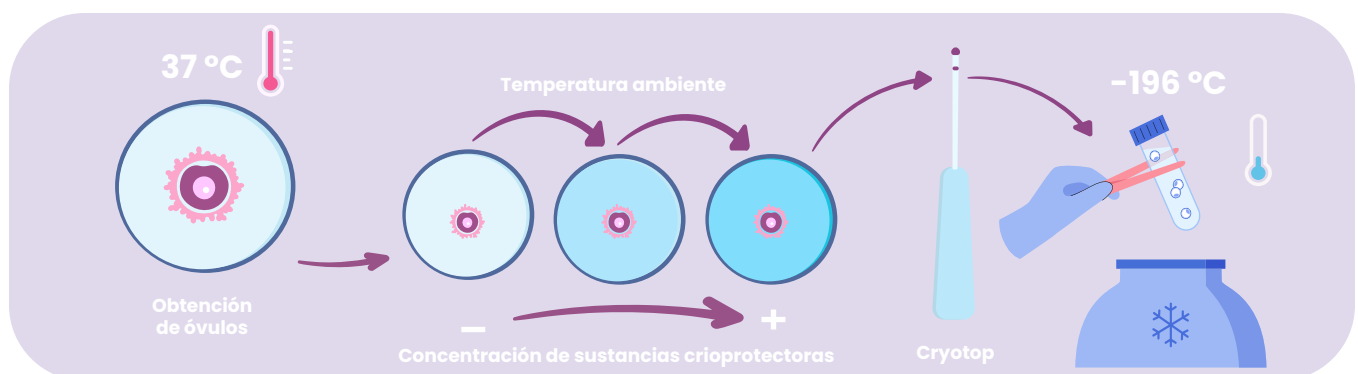
SOLUCIONES CLÍNICAS

1. **La inseminación artificial** es un tratamiento de baja complejidad que consiste en introducir semen de manera artificial en el útero de la mujer cuando esta se encuentra en periodo de ovulación, y normalmente tras realizar un proceso de estimulación ovárica, para que las probabilidades de conseguir la fecundación sean más altas⁵⁰. Es indoloro, mucho menos invasivo y más económico (entre 600 y 1400 euros) que la técnica alternativa, la fecundación in vitro, pero también es menos efectivo. Se recomienda principalmente a mujeres sin pareja, a parejas de mujeres que no tengan problemas de fertilidad pero que quieran conseguir la fecundación con el semen de un donante o a mujeres con pareja masculina con un buen pronóstico reproductivo.
2. **La Fecundación In Vitro (FIV)**, es un procedimiento que consiste en poner en contacto los gametos femeninos (óvulos) y los masculinos (espermatozoides) en un laboratorio con el fin de lograr la fecundación⁵¹. A esta técnica se puede recurrir ante los casos de infertilidad tanto masculina como femenina en sus diversas variantes⁵².

En la FIV convencional los espermatozoides, unidos a los gametos femeninos en un laboratorio, tienen que atravesar las barreras existentes para penetrar el óvulo, mientras que en la microinyección de espermatozoides o ICSI, una variante de FIV, el espermatozoide se microinyecta directamente en el interior del óvulo mediante una microaguja, ofreciendo altas tasas de éxito especialmente cuando la escasa movilidad de espermatozoides es la principal barrera a la concepción.⁵³ El precio de la FIV oscila entre los 3.500 y 5.500€, pudiendo aumentar el precio cuando se trata de FIV-ICSI por su mayor complejidad.

3. **La vitrificación de óvulos** permite preservar la fertilidad de la mujer que desea retrasar el momento de ser madre. Los ovocitos permanecen preservados -por técnica de vitrificación- hasta el momento en el que se decida intentar el procedimiento de fecundación in vitro, conservando la edad y calidad que tenían en el momento de ser preservados⁵⁴.

También se utiliza para las personas que quieren concebir con un historial familiar de enfermedades graves, ya que permite realizar un test genético preimplantacional (PGT por sus siglas) que tiene como objetivo detectar alteraciones en los embriones antes de su transferencia al útero, evitando que se hereden patologías dañinas.



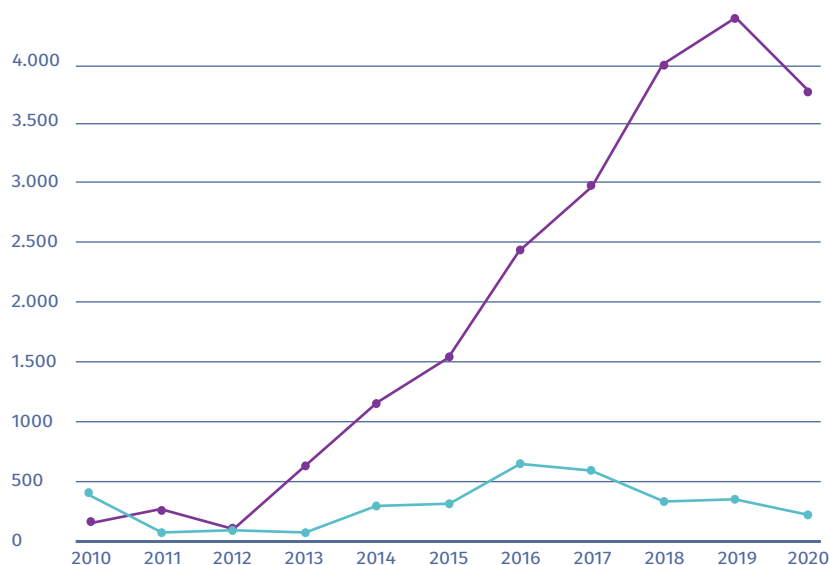
Fuente: Moliner, V., Azaña Gutiérrez, S., Rogel Cayetano, S., Zermiani, M., Molina Sotomayor, L., Gallego Terris, F., García Segovia, A., Salvador, Z., & Díaz Giraldez, R. (5 de abril de 2022). ¿Qué es la vitrificación de óvulos y cuáles son sus ventajas? Reproducción Asistida ORG.

La preservación de la fertilidad desde edades tempranas permitirá reducir los ciclos fútiles cuando la mujer decida iniciar el tratamiento de reproducción asistida. De hecho, es el tipo de ciclo que más ha aumentado en los últimos años, con una progresiva reducción de la edad media a la que tiene lugar (de 38 años a 35)⁵⁵.

El principal obstáculo que enfrenta el proceso es su coste, que oscila entre los 2.000 y los 4.000 euros por ciclo, a lo que deben sumarse 300-400 euros anuales de mantenimiento de los óvulos preservados y, habitualmente, un tratamiento previo a la extracción para estimular la producción ovocitaria (1.000 euros más)⁵¹.

Debido al impacto social y la importancia de poder acceder a este tipo de técnicas para un gran porcentaje de las mujeres españolas y sus parejas, se recomienda el desarrollo de políticas públicas que hagan asequibles estos tratamientos para las ciudadanas, erradicando así problemas de inequidad. Una vez que se consigue acceder al proceso, este puede ser altamente estresante a nivel físico y emocional. Para reducir al máximo el malestar que sufren muchas pacientes, deberían crearse rutas asistenciales pautadas que aseguren, por defecto, el máximo grado de comodidad posible para las pacientes.

Las mujeres que congelan sus óvulos se han multiplicado casi por 30 en una década en España⁵⁵.



Fuente: Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2022). Informe estadístico de criopreservación de la fertilidad 2020. Estos datos incluyen la preservación por elección, pero no por indicación médica. Registro Nacional De Actividad 2020-Registro SEF. https://www.registrosef.com/public/docs/criopreservacion_SEF2020.pdf

4. El método ROPA, es una fecundación in vitro exclusiva para mujeres que permite que ambos miembros de la pareja participen en la gestación, donando una de ellas el óvulo y llevando otra a cabo el embarazo.

En las últimas décadas, modelos familiares diversos se han abierto paso y conviven ahora con la familia tradicional^m. Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) son clave para dar respuesta a los deseos reproductivos de estas familiasⁿ.

5. La donación de ovocitos y espermatozoides. Si bien las personas con posibilidad de someterse a las TRHA (FIV, inseminación artificial...) utilizando sus propios gametos optan por ello, esto no es siempre viable por problemas de infertilidad y esterilidad. En estos casos, existe la posibilidad de recurrir a la cesión de los óvulos y espermatozoides por parte de donantes anónimos, altruistas y voluntarios, que desean ayudar a otras personas a cumplir su sueño de ser padres y madres. En España también es posible la donación de embriones, que consiste en una donación realizada por personas que se han sometido a la fecundación in vitro y tienen embriones sobrantes

^m Se entiende por 'la familia tradicional' la formada por una pareja heterosexual y su descendencia

ⁿ Si bien, como se señalaba al inicio de este apartado, se ha avanzado sustancialmente en los derechos de ciertos colectivos, la inequidad sigue patente en muchas esferas de la vida de los nuevos modelos de familia, para empezar, en términos de conciliación.

En caso de nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento, la legislación española garantiza 16 semanas de baja a cada uno de los progenitores (Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación). Es obligatorio disfrutar las 6 primeras semanas de esa baja remunerada de manera inmediata al nacimiento del hijo o hija, tras lo cual, las 10 semanas restantes se pueden repartir a conveniencia dentro de los 12 primeros meses de vida del recién nacido. Los colectivos de padres y madres sin pareja -se ha multiplicado por cinco la presencia de mujeres solas/homosexuales en las clínicas de reproducción asistida- denuncian que, como consecuencia, los recién nacidos de una pareja cuentan con la posibilidad de disfrutar de 10 semanas más de cuidados libres de cargas laborales, creando una desventaja comparativa. Esta situación ha sido denunciada ante los tribunales en reiteradas ocasiones.

criopreservados para usos posteriores. Si la pareja no desea tener más hijos, pueden optar por su donación para que otras personas puedan ser padres y madres.⁵⁶

- **Las implicaciones emocionales de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.**

Uno de los principales retos que enfrentan las mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida es la gestión psicológica y emocional ante la alta probabilidad de que las técnicas fracasen y el embarazo no se produzca o se experimente un aborto precoz o espontáneo.

El no embarazo es percibido como un fracaso a nivel personal, que despliega consecuencias en las relaciones de pareja y familiares, así como en la estabilidad psicológica. Depresión, ansiedad y conflictos personales son problemas frecuentes⁵⁷.

Por este motivo, la responsabilidad de los especialistas en fertilidad sobre las expectativas generadas a la mujer y/o pareja, así como sobre la información transmitida en todo momento, es una cuestión clave para que el proceso se realice de la mejor manera posible y se mitiguen los efectos sobre la salud mental en caso de que no llegue a buen término. De hecho, el error en las expectativas es el principal motivo de abandono de los intentos de reproducción asistida.

Además del rol de los médicos, las instituciones, los medios de comunicación y las redes sociales también deberían desempeñar un papel activo en que estas expectativas sean ajustadas y adecuadas según la evidencia científica y las condiciones de cada caso, mediante la difusión de información veraz y completa.

- **Las implicaciones físicas de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.**

El riesgo físico de las TRHA es bajo; Existen diversos miedos y 'falsos mitos' que apuntan a que las TRHA pueden tener efectos no deseados como afectar negativamente a la reserva ovárica, que la medicación suponga efectos secundarios a corto y largo plazo, hormonofobia, o que los niños nacidos como fruto de un tratamiento de RHA sean susceptibles de tener más enfermedades en los primeros años de vida. Ninguna de estas consecuencias es real, y gracias a los avances que se han producido en las últimas décadas en el ámbito de las TRHA los problemas asociados a las mismas son muy escasos, pero sigue habiendo ciertas peculiaridades asociadas como la mayor posibilidad de un embarazo múltiple⁵⁸.

- **Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida en el Sistema Público.**

En España, es posible acceder a las TRHA a través de el Sistema Nacional de Salud. La provisión de este servicio por el sistema sanitario de manera gratuita es esencial para muchas pacientes, sin embargo, adolece de graves problemas.






De los más de 400 centros de reproducción asistida que hay en nuestro país, tan solo un 27% son públicos⁵⁹. Consecuentemente, estos se encuentran saturados.

La lista de espera en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para un tratamiento de fecundación in vitro es de media de un año⁶⁰, pero en muchas ciudades ese tiempo llega a duplicarse. Por ello, muchas mujeres que comienzan el proceso cumpliendo los requisitos de edad (que en general, consiste en ser menor de 40 años, pero varía en función de la Comunidad Autónoma) ven frustrado su intento. Es recomendable acelerar la recepción de los tratamientos, potenciando los servicios existentes y creando u optimizando sistemas de derivación a clínicas privadas que sean ágiles y accesibles.

La diferencia de servicios que se ofrecen a las pacientes en función de la región en la que residen supone un obstáculo para el acceso a las TRHA, y una importante fuente de inequidad para las ciudadanas españolas, que con unas mismas condiciones pueden verse privadas de oportunidades que en otros territorios si tendrían. Es imperativo armonizar los servicios que ofrecen las distintas regiones españolas en términos de TRHA y los requisitos para acceder a las mismos en aras de evitar inequidades.

Además, en el acceso a las TRHA a través del sistema público se excluyen a ciertos colectivos de mujeres (como las mayores de 40 años) o a las mujeres que ya han tenido un hijo, la llamada 'esterilidad secundaria'.

RECOMENDACIONES EN RELACIÓN CON LA MATERNIDAD TARDÍA Y LA PREVENCIÓN DE SUS COMPLICACIONES:

-  Dar a conocer a las mujeres la posibilidad de que si desean ser madres en un futuro, pero que no es su prioridad en el momento biológico más propicio, existe la posibilidad de realizar una preservación de la fertilidad, recibiendo toda la información completa sobre beneficios y limitaciones de dicha técnica.
-  Facilitar, normalizar y estandarizar los procesos de tratamientos de reproducción asistida. Por ejemplo, mediante la aprobación de medidas de conciliación para las mujeres que deseen y someterse a TRHA, proveer ayudas de financiación parcial de procesos de vitrificación a mujeres jóvenes y el desarrollo de estándares que ofrezcan a las pacientes el máximo nivel posible de comodidad en un proceso que suele conllevar altos niveles de estrés, incorporando soporte psicológico y estándares de calidad asistencial en los diferentes tratamientos y centros como la realización de los procedimientos invasivos sin dolor.
-  Las TRHA deben integrarse a la realidad reproductiva actual como acompañamiento terapéutico necesario para fomentar la natalidad y solucionar los problemas sanitarios de diversa índole. Es necesario estandarizar la información (indicadores, datos básicos...) que se proporciona a las pacientes que se someten a TRHA para tratar que existan unos estándares básicos de referencia, evitando la existencia de expectativas que no se corresponden con la realidad clínica. De forma correlativa, se debería ofrecer un servicio de acompañamiento psicológico como parte del tratamiento a las mujeres y parejas que se sometan a Técnicas de Reproducción Humana Asistida.
-  Articular un sistema de abordaje eficiente de los retos sociosanitarios que plantea la RHA en nuestro país, mejorando la atención sanitaria mediante el aumento de los recursos disponibles en el sistema y desarrollando un modelo de colaboración público-privada eficaz que apueste por la equidad (fórmulas de financiación parcial de los tratamientos y otras medidas de alivio económico de quien opte por estas técnicas).
-  Revisar la cartera de servicios, facilitando el acceso a las TRHA a pacientes con posibilidades reales de éxito, sin excluir a las pacientes que ya tienen un hijo (esterilidad secundaria) y teniendo en cuenta la actualidad diversidad de los modelos familiares.

Conclusiones

Las autoridades sanitarias, sociales y decisores públicos no pueden continuar ignorando el grave problema de fertilidad que nuestra sociedad enfrenta. Éste amenaza la sostenibilidad de nuestro sistema y tiene efectos muy perniciosos sobre la salud y el bienestar de una amplia proporción de ciudadanos que están viendo frustrados sus deseos de ser padres y madres tanto por la falta de condiciones materiales, económicas y laborales propicias como por problemas de fertilidad.

Implementar políticas públicas que den una respuesta integral es urgente.

La solución debe comenzar en estadios tempranos, mejorando el conocimiento en salud sexual y reproductiva de la población en general y formando ciudadanos conscientes de las barreras existentes para procrear. Debe continuar con la garantía de una atención clínica de calidad que abarque desde los estadios iniciales de detección hasta la implementación de medidas de abordaje a la infertilidad y esterilidad como son las Técnicas de Reproducción Asistida. En último término, todas estas medidas han de ser acompañadas por políticas de corte social y económico que creen un entorno amable y propicio para la paternidad y la maternidad. Hay que actuar rápido y de manera informada para revertir una situación preocupante que hace que peligre la continuidad de nuestra sociedad y sistema tal y como lo conocemos.



Bibliografía.

- ¹ Bau, T. (2023). Cerca del 20 % de la población tiene dificultades para tener hijos. UOC (Universitat Oberta De Catalunya). <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2023/028-tabues-infertilidad-duelo-perinatal.html#:~:text=Entre%20el%20%25%20y%20el,acaban%20en%20un%20aborto%20espont%C3%A1neo>.
- ² Harper, J. C., Hammarberg, K., Simopoulou, M., Koert, E., Pedro, J., Massin, N., Fincham, A., & Balen, A. H. (2021). The International Fertility Education Initiative: research and action to improve fertility awareness. *Human Reproduction Open*, 2021(4). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab031>
- ³ Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Fecundidad. Total Nacional. Ambas nacionalidades. Consultado el 1 de mayo 2023, en <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s>IDB72160&c=2&>
- ⁴ Instituto Nacional de Estadística. (octubre, 2021). Demografía de Europa. Estadísticas visualizadas versión 2021. https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/img/pdf/Demography-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=es
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Indicadores Demográficos – Año 2021. Consultado el 20 de mayo de 2023. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- ⁶ Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento Consultado el 10 de abril de 2022, en <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
- ⁷ Instituto Nacional de Estadística. (junio, 2022). Movimiento Natural de la Población (MNP). Indicadores Demográficos Básicos (IDB). Consultado el 9 de abril de 2022, en https://www.ine.es/prensa/mnp_2021_p.pdf
- ⁸ J. Goerlich Gisbert, F., Ruiz Gonzalez, F., Choren Rodríguez, P., & Albert Pérez, C. (2015). Cambios en la estructura y localización de la población. Una visión a largo plazo (1842-2011)-. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2015_ivie_cambios_en_la_estructura.pdf
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta de Fecundidad. Año 2018. Datos definitivos. Consultado el 1 de mayo 2023, en https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf
- ¹⁰ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Gobierno De España. Consultado el 9 de mayo de 2023, en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Infertility prevalence estimates. World Health Organization, ISBN 978-92-4-006831-5. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- ¹² Cuesta, S. G. (2020). Capítulo VIII. La redefinición del papel de las mujeres europeas en los retos demográficos del siglo XXI: aproximación a los discursos sobre la fecundidad femenina. Dialnet. En <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7795298>
- ¹³ Requena Santos, F., & Ayuso Sánchez, L. (2022). La gestión de la intimidad en la sociedad digital, parejas y rupturas en la España actual. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2022/05/DE_2022_Requena_Gestiondelaintimidad_web.pdf
- ¹⁴ Acevedo Bermejo, A. (2013). La desinstitucionalización de la familia. *Revista De Ciencias Y Orientación Familiar. Familia-Revista-de-Ciencias-y-Orientación-Familiar-2013-n.º-47-Páginas-37-45-La-desinstitucionalización-de-la-familia.pdf*
- ¹⁵ MacInnes, J., & Pérez Díaz, J. (2008). La tercera revolución de la modernidad; la revolución reproductiva. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas (Reis)*, No. 122, 89-118. https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS122_031207049049393.pdf
- ¹⁶ Castro, T., Martín, T., Cordero, J., Seiz, M., (2020), "La muy baja fecundidad en España: la brecha entre deseos y realidades reproductivas". *Dossieres EsF*, 36, pp. 8-13.
- ¹⁷ Seiz, M., Castro, T. Martín, T., Cordero, J., & Martín-García, T. (2022). La evolución de las normas sociales relativas a las transiciones familiares en España. *RES*, 31(2), a106. en <https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.106>
- ¹⁸ Esteve, A., & Treviño, R. (2019). Los grandes porqués de la (in)fecundidad en España. *Perspectives Demogràfiques*, 15. en https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_015_ESP.pdf

- ¹⁹ Ayuso Sánchez, L., Bascón Jiménez, M. (2021). El descubrimiento de las políticas familiares en España: entre la ideología y el pragmatismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 174: 3-22. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.174.3>
- ²⁰ Calderón, I. (17 de diciembre 2018). España necesita niños, pero apenas invierte en políticas de natalidad. *elEconomista.es*. en <https://www.eleconomista.es/economia/noticias/9587462/12/18/Espana-necesita-ninos-pero-apenas-invierte-en-politicas-de-natalidad.html>
- ²¹ Mínguez, A. M. (2019). Lo que no dicen los estudios sobre las transiciones formativas-laborales de los jóvenes. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7255214>
- ²² Del Rey Poveda, L., Grande, R., García-Gomez, J., (2022). Transiciones a la maternidad a través de las generaciones: Factores causales del nacimiento del primer hijo en España. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8373224>
- ²³ Miret Gamundi, P. (2019). ¿Reacias a la maternidad? Primofecundidad en España a principios del siglo XXI. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79204>
- ²⁴ González-Rábago Y, Martín U, Bacigalupe A. (2017). Crisis y fecundidad en España: ¿Cómo afectan la situación socioeconómica y las políticas de apoyo a la familia? *OPIK-Working papers/Lan koadernoak 2*. <http://www.ehu.es/documents/3638427/5511490/Crisisy-fecundidad-en-Espana-OPIK.pdf>
- ²⁵ Alcañiz, M., & Monteiro, R. (2016). She-austerity. Precariedad y desigualdad laboral de las mujeres en el sur de Europa. *Convergencia-revista De Ciencias Sociales*, 72. <https://doi.org/10.29101/crcs.v0i72.4089>
- ²⁶ Instituto Nacional de Estadística. (2022). Mujeres y Hombres en España 2022. Consultado el 15 de junio de 2022. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout?m1=PYSDetalleGratis&m4=Ocultar
- ²⁷ Gender Equality Index 2022: The COVID-19 pandemic and care. (2023, June 9). European Institute for Gender Equality. https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-equality-index-2022-covid-19-pandemic-and-care?language_content_entity=en
- ²⁸ OECD. (2022). *Evolving Family Models in Spain: A New National Framework for Improved Support and Protection for Families*, OECD. <https://doi.org/10.1787/c27e63ab-en>.
- ²⁹ Ayuso, L. (2019). Nuevas imágenes del cambio familiar en España. *Revista Española de Sociología*, 28(2). doi:10.22325/fes/res.2018.72
- ³⁰ Vioreanu, A.M. (2021). The Psychological Impact of Infertility. *Directions for the Development of Interventions. Mental Health: Global Challenges Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v4i1.113>.
- ³¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Salud Reproductiva. Proyecto de Estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
- ³² *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. (2019). United Nations. Department of Economic and Social Affairs. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf
- ³³ *Estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y la conciliación | 2022-2026*. (2022). Comunidad De Madrid (CAM). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/presidencia/estrategia_natalidad_2022.final_.web_.pdf
- ³⁴ Direcció General de Planificació en Salut. (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025*. <https://hdl.handle.net/11351/7948>
- ³⁵ Encuesta Merck: Fertilidad en España. Deseos y Realidad. (2022). Concibe. <https://www.merckgroup.com/es-es/news/encuesta-fertilidad-spain-deseos-y-realidad-2022.html>
- ³⁶ La información de FESNAD se basa en las siguientes fuentes:
- Alves MG1, Martins AD, Rato L, Moreira PI, Socorro S, Oliveira PF. Molecular mechanisms beyond glucose transport in diabetes-related male infertility. *Biochim Biophys Acta*. 2013 May;1832(5):626-35.
 - Boedt T, Vanhove AC, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, Lie Fong S. Preconception lifestyle advice for people with infertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Apr 29;4(4):CD008189. doi: 10.1002/14651858.CD008189.pub3. PMID: 33914901; PMCID: PMC8092458.
 - Benítez Ormazá YC, Campos Ordóñez NA, Albán Cuenca JA, Molina Velastegui RA. Efectos de la obesidad en la reproducción humana femenina. *RECIAMUC [Internet]*. 1jul.2019 [citado 14may2023];3(3):34-6. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/>

article/view/265

- Gaskins AJ, Chavarro JE. Diet and fertility: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Apr;218(4):379–389. doi: 10.1016/j.ajog.2017.08.010. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28844822; PMCID: PMC5826784.
González Rodríguez Liliana Guadalupe, López Sobaler Ana M., Perea Sánchez José Miguel, Ortega Rosa M.. Nutrición y fertilidad. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 14]; 35(spe6): 7–10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018001200003&lng=es. Epub 06-Jul-2020. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2279>.
Lipovac M. et al. Comparison of the effect of a combination of eight micronutrients versus a standard mono preparation on sperm parameters. *Reprod Biol Endocrinol*. 2016 Dec 9;14(1):84.
Łakoma K, Kukharuk O, Śliż D. The Influence of Metabolic Factors and Diet on Fertility. *Nutrients*. 2023 Feb 27;15(5):1180. doi: 10.3390/nu15051180. PMID: 36904180; PMCID: PMC10005661. Skoracka K, Ratajczak AE, Rychter AM, Dobrowolska A, Krela-Kaźmierczak I. Female Fertility and the Nutritional Approach: The Most Essential Aspects. *Adv Nutr*. 2021 Dec 1;12(6):2372–2386. doi: 10.1093/advances/nmab068. PMID: 34139003; PMCID: PMC8634384.
Rafiee B et al. Comparing the Effectiveness of Dietary Vitamin C and Exercise Interventions on Fertility Parameters in Normal Obese Men. *Urol J*. 2016 Apr 16;13(2):2635–9.
Showell M, Brown J, Clarke J, Hart R. Antioxidantes para la subfertilidad femenina. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 8. Art. No.: CD007807.
Wilson RD; Genetics Committee; Wilson RD, Audibert F, Brock JA, Carroll J, Cartier L, Gagnon A, Johnson JA, Langlois S, Murphy-Kaulbeck L, Okun N, Pastuck M; Special Contributors; Deb-Rinker P, Dodds L, Leon JA, Lowel HL, Luo W, MacFarlane A, McMillan R, Moore A, Mundle W, O'Connor D, Ray J, Van den Hof M. Pre-conception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015 Jun;37(6):534–52. English, French. doi: 10.1016/s1701-2163(15)30230-9. PMID: 26334606.
- ³⁷ Botello Hermosa, A. (2023). Estudio educación y salud menstrual de las mujeres jóvenes en España. Unidad Para La Igualdad. Vicerrectorado De Servicios Sociales, Campus Saludable, Igualdad Y Cooperación Universidad De Sevilla. <https://www.elindependiente.com/wp-content/uploads/2023/04/EstudioSaludMenstrual.pdf>
- ³⁸ Instituto de las Mujeres, Pinta, P., & Vazquez, S. (2022). La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación. Catálogo De Publicaciones De La Administración General Del Estado. https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/sexualidad_mujeres_jovenes.pdf
- ³⁹ Necesario pedir referencia a SEGO, Gabasa, L. (1 julio 2021). El 72% de las adolescentes no ha ido al ginecólogo, ¿cuándo deben hacerse la primera revisión? El Español. https://www.elespanol.com/mujer/salud-bienestar/20210701/adolescentes-no-ginecologo-deben-hacerse-primera-revision/592942021_0.html
- ⁴⁰ Ipsos Global Advisor. (2018). 2 de cada 10 mujeres españolas dice no haber ido nunca al ginecólogo. <https://www.ipsos.com/es-es/2-de-cada-10-mujeres-espanolas-dice-no-haber-ido-nunca-al-ginecologo>
- ⁴¹ Información basada en los testimonios de los profesionales en ginecología y atención clínica que han participado en este consenso
- ⁴² Domingo Nieto, M. J. (2012). Manejo de infertilidad en atención primaria. *Salud Mujer Y Atención Primaria. Sociedad Madrileña De Medicina Familiar Y Comunitaria (Somamfyc)*. <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/tag/manejo-de-infertilidad-en-atencion-primaria/>
- ⁴³ Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2013). Saber más sobre Fertilidad y Reproducción Asistida. https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf
- ⁴⁴ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (s.f.). Embarazo despues de los 35. https://sego.es/mujeres/Embarazo_despues_35.pdf
- ⁴⁵ H. Levine et. al. (2022). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis of samples collected globally in the 20th and 21st centuries. *Human Reproduction Update*. Oxford Academic. Online: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac035>
- ⁴⁶ Espejo Catena, M., Calomarde Rees, M., Agirregoikoa, J. A., Barranquero Gómez, M., & Salvador, Z. (2022). ¿Qué es la esterilidad masculina debida a un factor posttesticular? *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-masculina-debida-a-un-factor-posttesticular/>
- ⁴⁷ Santaballa, A., Márquez-Vega, C., Rodríguez-Lescure, Á., Roviroso, A., Vázquez, L., Zeberio-Etxetxia, I., Andrés, M., Bassas, L., Ceballos-García, E., Domingo, J. L., & Manau-Trullas, D. (2021). Multidisciplinary consensus on the criteria for fertility preservation in cancer patients. *Clinical & Translational Oncology*, 24(2), 227–243. <https://doi.org/10.1007/s12094-021-02699-2>

- ⁴⁸ Edad y Fertilidad. (2023). En Sociedad Española De Fertilidad (SEF). https://www.sefertilidad.net/docs/ficherosSeguros/9R3Z8qloXG-PAyC_12AtpOmsiBJk3wQUvbtzjilWUA.pdf
- ⁴⁹ Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). Demografía y población. Cifras de población y Censos demográficos. Encuesta continua de hogares. Resultados 2013-2021. Consultado el 20 de mayo 2023, en https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981
- ⁵⁰ Recuerda Tomás, P., Barranquero Gómez, M., Izquierdo Urdinola, H. I. ., Santiago Romero, E., Gómez De Segura, R., & Villalobos Plumé, M. (2021). La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/>
- ⁵¹ Salgado, S., Aura Masip, M., Barranquero Gómez, M., Dolz Arroyo, M., Salvador, Z., & González-Viejo, L. (2022). ¿Cuál es el precio de los tratamientos de reproducción asistida? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/precios-de-tratamientos-de-reproduccion-asistida/#:-:text=La%20vitrificaci%C3%B3n%20de%20%C3%B3vulos%20tiene,y%20los%204.000%20euros%20aproximadamente>
- ⁵² Barranquero Gómez, M., Saucedo De La Llata, E., Carti, G. D. ., Barrenetxea Ziarrusta, G., Azaña Gutiérrez, S., & Salvador, Z. (2022). La fecundación in vitro (FIV) - ¿Qué es y cuál es su precio? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/fecundacion-in-vitro-fiv/#cuando-se-necesita-hacer-la-fiv>
- ⁵³ Cortés Gallego, S., Azaña Gutiérrez, S., Reus, R., Barranquero Gómez, M., León Tovar, J., Carti, G. D. ., Domingo Bilbao, A., & Algarra Goosman, C. (2022). Microinyección espermática: ¿En qué consiste la ICSI y cuál es su precio? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/microinyeccion-intracitoplasmica-de-espermatozoides-icsi/>
- ⁵⁴ Moliner, V., Azaña Gutiérrez, S., Rogel Cayetano, S. ., Zermiani, M., Molina Sotomayor, L., Gallego Terris, F. ., García Segovia, A. ., Salvador, Z., & Díaz Giraldez, R. (5 de abril de 2022). ¿Qué es la vitrificación de óvulos y cuáles son sus ventajas? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/vitrificacion-de-ovulos>
- ⁵⁵ Sociedad Española de Fertilidad (SEF). (2022). Informe estadístico de criopreservación de la fertilidad 2020. Registro Nacional De Actividad 2020-Registro SEF. https://www.registrosef.com/public/docs/criopreservacion_SEF2020.pdf
- ⁵⁶ Barranquero Gómez, M., Trolice, M. P., Dolz Arroyo, M., Rodrigo, A. ., & Ballesteros, A. (2021). Reproducción asistida con donación de óvulos, semen y embriones. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/donacion-y-reproduccion-asistida/#la-ovodonacion>
- ⁵⁷ Algarra Goosman, C., Paraíso, B., Rodrigo, A. ., Salvador, Z., & Freire Ortega, C. (2022). Aspectos Psicológicos en la reproducción asistida. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/aspectos-psicologicos-en-la-reproduccion-asistida/>
- ⁵⁸ Azaña Gutiérrez, S., Sánchez Jordán, J. M., Paraíso, B., & Rodrigo, A. . (2021). ¿Qué riesgos o consecuencias puede tener la inseminación artificial? Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/problemas-de-la-inseminacion-artificial/>
- ⁵⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2023). Registro de Centros y Servicios de Reproducción Humana Asistida. Consultado el 22 de mayo de 2023, en <https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/busqueda.htm>
- ⁶⁰ García De Miguel, L., & Salvador, Z. (2019). Reproducción asistida en la Seguridad Social española. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida-en-la-seguridad-social-espanola/#situacion-de-las-listas-de-espera>

