

1978 7

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Conferencia en el Centro Asesor de la Mujer de Granada

por

el Prof. Vicente Salvatierra Mateu

(Catedrático de la Facultad de Medicina, Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario, Granada)

Desde hace mucho tiempo me interesa la planificación familiar. Forzosamente, me ha de interesar como especialista en Ginecología, pero me interesa también, en un plano más general, como Médico, y en último grado, me interesa como padre de familia, como hombre, y como español. Como especialista en Ginecología, y por tanto, en los problemas de la reproducción humana, debo prestarle gran atención. Desde hace unos años hemos establecido una Consulta de Planificación Familiar en el Departamento de Ginecología que dirijo en el Hospital Universitario, para dar consejo y ayuda a las mujeres que lo requieran, que son muchas, a pesar de la cerrazón de la legislación en los años pasados.

Ayer mismo recibí en mi consulta a tres mujeres, cuyos problemas estaban tan relacionados con el tema de mi conferencia, que no resisto la tentación de contarles a ustedes sus casos, que ejemplifican la importancia de la planificación familiar.

Se trataba de dos hermanas y una cuñada de ambas, que vinieron juntas desde Almería. La primera era una mujer de 43 años, que se había casado a los 30, y había tenido seis hijos, uno de los cuales había muerto. Sus embarazos habían sido muy malos, y los médicos le habían aconsejado seriamente que no tuviese más, sin ofrecerle ninguna orientación concreta. Desde hacía cinco años no había tenido ninguno, y acudía ahora porque notaba que sus reglas eran muy escasas, y esto la preocupaba grandemente. Al preguntarle qué hacía para evitar la concepción, me contestó que "haciendo que su marido se acostase en otra parte". Desde hacía cinco años no habían tenido relaciones sexuales, por miedo.

La segunda, hermana de la anterior, de 29 años, se había casado hacia siete años, y tenía tres hijos. Mas enterada que su hermana, desde hacía tres años tomaba anovulatorios que había pedido a su médico de cabecera, quien se los había recetado a regañadientes. Consultaba porque notaba ultimamente reglas muy escasas - un fenómeno corriente con algunos anovulatorios - y hacia dos meses había sido tan insignificante que temió haberse quedado embarazada a pesar de las píldoras. Acudió a los médicos, que prescribieron unas inyecciones para provocar la regla, pero la tuvo tan escasa que sus dudas continuaron. Otras inyecciones no aclararon la situación. Un análisis de embarazo fue negativo. A pesar de todo, la paciente estaba presa de la incertidumbre y llena de angustia, y ningún médico le daba una explicación clara. Por otro lado, en el interrogatorio la paciente reveló que desde el último parto, tomando anovulatorios, las relaciones sexuales con su marido le resultaban dolorosas y molestas, hasta el punto de evitarlas todo lo posible.

La tercera, la cuñada, era una mujer de 33 años, que había tenido su primera regla a los 16 años. Pocos meses después se escapó con el hermano de las otras pacientes. A los 19 años tuvo su primer embarazo, y entonces se casó legalmente, viniendo consecutivamente siete embarazos más. De los ocho hijos, dos eran subnormales, y otro había muerto a poco de nacer, hacia siete meses. Un mes después de morir el niño, hacia unos meses, el marido había muerto repentinamente. Tenemos, pues, una viuda de 33 años, de clase media inferior, con siete hijos a su cargo, dos subnormales.

Estos tres casos representan un resumen de la problemática reproductora y sexual de la mujer andaluza, y muy probablemente, de la mujer española, en general.

El primer caso, el de la mujer de 43 años que desde hace cinco no se acuesta con su marido, es el paradigma del miedo al embarazo, del rechazo de la sexualidad, de la ignorancia y desconfianza en la planificación familiar con métodos científicos.

El segundo caso, de la hermana más joven e instruida que ha tomado contraceptivos orales para evitar cargarse de hijos que no puede atender, nos demuestra que la contracepción tiene también algunos problemas, y que no basta la pura técnica de tomarla pildora, sino que la mujer necesita información y consejo que la guíen en su práctica planificadora, información y consejo que tal vez muchos médicos no son capaces o no están dispuestos a dar generosamente.

El tercer caso, el de la cuñada, es el más dramático. Plantea la cuestión de la sexualidad prematrimonial, junto al desconocimiento de la planificación familiar, en un caso en que la subnormalidad de algunos hijos establecía una indicación médica para la restricción de nacimientos. Nadie había orientado a esta pareja en los métodos eficaces de contracepción. El caso plantea también, ciertamente, el problema de la mujer que queda sola con una numerosa familia.

Las conclusiones que se deducen de estos casos son claras, y deben exponerse honestamente:

1) El desconocimiento de la planificación familiar con métodos científicos puede plantear terribles problemas personales, de pareja, de familia, tanto psicológicos, como sociales; y también, puede llevar a alteraciones clínicas, de carácter médico.

2) La planificación familiar científica, a su vez, plantea otros problemas, sus propios inconvenientes, que hay que asumir y resolver.

3) No puede desligarse la planificación familiar, la contracepción, de la actividad heterosexual, esto es, de la educación sexual, en su más amplio sentido.

Efectivamente, cuando nos preguntamos para qué sirven los contraceptivos, la respuesta inmediata es: "para evitar los embarazos", "para regular la natalidad". Pero, realmente, la verdadera contestación tiene más dimensiones, y debería ser: "para tener una vida sexual más espontánea y sin temor". La planificación familiar, por ello, plantea - quíerese o no - la problemática de la sexualidad, y enfrenta a la pareja, y más concretamente a la mujer, con la cuestión de las relaciones heterosexuales en plano de igualdad, simplemente como un disfrute sensual y como una comunicación íntima con el otro.

hombre, con el esposo.

Hay muchas mujeres - lo enseña la experiencia clínica - a las que tomar contraceptivos les produce infelicidad, reaccionando con ansiedad o con depresión, porque no tienen una educación adecuada para responder a una sexualidad cuyo unico objetivo es la relación amorosa interpersonal. En otros casos, lo que realmente existe es una falta de amor hacia el esposo, que permite tal vez unas copulaciones frías, obligadas, pero no un intercambio sensual espontaneo y placentero. Algunas mujeres temen haberse convertido en un objeto sexual del hombre al tomar contraceptivos y haber desaparecido la posibilidad - que en el fondo, es una posibilidad sagrada - de un embarazo.

La problemática de la sexualidad es extensa, profunda y compleja. Tampoco podemos aspirar a resolver sus problemas mediante una educación e información durante la adolescencia, por metódica y bien orientada que sea.

En Noviembre del año pasado, con ocasión del V Congreso Internacional de Ginecología Psicosomática celebrado en Roma, hubo un panel de discusión en el que tomaron parte representantes de diversos movimientos de liberación femenina del mundo. Todas eran, naturalmente, partidarias de la liberación sexual de la mujer, con igualdad respecto del hombre, y de los métodos contraceptivos, como base de esa igualdad. Pero la conclusión del panel fue que la liberación sexual y la contracepción resuelven unos problemas, para crear otros, tal vez tan importantes. Las mujeres liberadas tienen también sus problemas psicosomáticos y de adaptación.

Es muy probable que para que el ejercicio de la sexualidad sea saludable y por tanto la utilización de contraceptivos y en resumen, la planificación familiar, sea necesaria una ética y una regulación social de dicho ejercicio. Recuerdo en este momento las conclusiones a que llegó Heriberto George Wells, el gran escritor inglés, conocido por sus obras de ciencia ficción, pero más importante como escritor social, dentro de su ideología socialista, quien, después de una larga vida amorosa de una variedad, liberalidad e intensidad que escandalizó a sus contemporáneos, llegó a la conclusión de que el matrimonio no podía descartarse como una fórmula válida, y de que existía mucha gente que era infeliz llevando una vida sexual "liberada". La sexualidad es algo tan complejo que es difícil dictar normas que tengan una validez general.

Dejando aparte estas cuestiones, no hay ninguna duda de que los procedimientos de planificación familiar modernos, constituyen un instrumento que clarifica las relaciones heterosexuales, independizándolas de la función procreadora. La contracepción elimina la pesada servidumbre que puede ser un embarazo indeseado, y coloca a la pareja en situación de llevar adelante el diálogo sexual, esa comunicación interpersonal peculiarísima, en un plano diferente, si son capaces de ello.

Ahora bien, conviene recordar, además de lo que acabo de decir, que la planificación familiar, y mas exactamente, porque hay que llamar a las cosas por su nombre, la restricción de los nacimientos, tiene indicaciones que se pueden clasificar en médicas, eugenicas, sociales y economicas. En muchos casos de enfermedades de la mujer (hipertensión maligna, nefropatías, etc), un embarazo puede poner en peligro su vida - y también, la del hijo. En algunos casos se sabe que la gestación va a conducir a un feto muerto, como en la isoinmunización Rh, o va a producir un recién nacido, anormal, tarado, por ciertas enfermedades genéticas transmisibles. La oligofrenia de la mujer y ciertos trastornos psiquiátricos contraindican claramente la procreación. Los ginecólogos nos encontramos frecuentemente ante casos que exigen que no haya mas embarazos.

Junto a las razones médicas estan razones socio-economicas, en primer lugar, que atañen a las parejas, a los matrimonios, a las familias. No basta tener un hijo: es justo que ese hijo reciba una educación igual ala del resto de la población, que no esté discriminado respecto de los que nazcan en un hogar cultural y economicamente superior, y esto es, realmente, un derecho moral.

Podemos admitir también que es justo que la mujer disponga de metodos que le permitan establecerse en un plano de igualdad sexual con el hombre, de forma que solamente tenga los embarazos planeados y deseados.

Hay, finalmente, razones demograficas, de caracter político-economico a gran escala, que apoyan una regulación de la natalidad, aunque estas razones puedan sujetarse a discusión y a controversia, porque la regulación dirigida por los estados pueda constituir un atentado a la libertad personal. Realmente, los análisis de los tecnicos de la O.M.S. parecen indicar que no hay contraindicación entre planificación familiar, a niveles personales, y regulación de la natalidad por motivos demograficos.

Todas las razones e indicaciones anteriores son aceptadas por todas las personas de buena voluntad, por las organizaciones nacionales e internacionales, y desde luego por las diferentes Iglesias, incluida la Iglesia Católica.

El problema parece surgir ante los procedimientos para llevar a cabo la restricción de natalidad. Antes de entrar en su enumeración, conviene decir dos puntos previos:

1) No hay ningun procedimiento perfecto, de forma que todos los conocidos tienen sus fallos y sus inconvenientes.

2) Mas importante que el procedimiento en si, esto es, que la pildora, que el dispositivo o el metodo, es la información, preparación, disposición y apoyo con que cuente el o la usuaria.

Los metodos de restricción de la natalidad pueden dividirse en dos grandes grupos: los metodos temporales y los metodos permanentes.

Los metodos permanentes son la esterilización, que puede hacer-se en la mujer mediante ligadura de las trompas, o en el hombre mediante la ligadura o sección de los conductos deferentes (vasectomía). En la actualidad, la esterilización está teniendo un enorme auge, y en muchos países es el procedimiento base para una contracepción definitiva.

Los metodos temporales pueden dividirse en cuatro grupos:

En el primer grupo están los procedimientos naturales. En primer lugar está la simple abstinencia sexual. Debemos recordar que fué el metodo recomendado por MALTHUS: casarse tarde y observar continencia, o al menos, la mayor continencia posible.

Como procedimiento natural se ha considerado tradicionalmente la abstinencia periódica o metodo del ritmo, basada en el hecho bien comprobado de que la fecundidad (o la infecundidad) de la mujer es periódica, limitada a algunos días antes de la ovulación y al día de la misma, que es bastante constante en una mujer bien reglada. Para practicar este metodo se requiere un conocimiento exacto de la duración de los ciclos de la mujer, mediante un calendario menstrual (metodo de OGINO-KNAUS). Una mayor seguridad se obtiene si se logra determinar exactamente el día de la ovulación mediante el registro de la temperatura basal, o mediante la observación de las secreciones genitales como en el metodo propuesto por los esposos BILLINGS (detección de la mucosidad ovulatoria que sale por los genitales, que es abundante, clara y fluida). Hay dispositivos para percibir mejor si el moco es ovulatorio (por su contenido en sal o en azúcar). La experiencia muestra que los metodos del ritmo van bien a una minoría de parejas, mientras que en la mayoría tienen un elevado numero de fallos, aparte de sujetar a los conyuges a una disciplina restrictiva no siempre bien tolerada. Parece que cuando el metodo falla y se produce un embarazo, la tasa de anormalidades fetales es mayor de lo normal, debido a que los fallos se producen por ovulaciones tardias o envejecidas.

Un procedimiento que mucha gente considera natural es el coito interrumpido, la eyaculación fuera de la vagina, aunque la Biblia lo considera el pecado de Onán (onanismo). El coito interrumpido está muy extendido, y sin duda ha sido en Europa, y en España, el causante mas importante de la restricción de natalidad en el ultimo siglo, con el consiguiente declive demográfico. Entre los matrimonios de Andalucía Oriental, los estudios realizados en mi Departamento enseñan que del 30 al 50 p100, por lo menos, practican el coito interrumpido de forma habitual, como la tecnica "natural", obvia, de contracepción. Pero hay que decir a ustedes que los trabajos de STAEMMLER, en Alemania Federal, indican que el coito interrumpido continuaba siendo en 1976 el procedimiento anticonceptivo mas frecuente utilizado por las parejas alemanas (del 30 al 40 p100). Es indudable que la interrupción de la cópula no es un metodo seguro, ni fisiologico. A la misma se han atribuido muchas alteraciones tanto de la mujer, como del hombre, y nuestros estudios muestran una indudable relación entre coito interrumpido y congestión pelviana cronica en la mujer. Sin embargo, hay muchas variaciones, y en bastantes casos el coito interrumpido se tolera muy bien,

y es considerado, tanto por el hombre, como por la mujer, lo mas natural, seguro y conveniente. Recientemente, un sexologo alemán ha insinuado que muchas de las intolerancias al coito interrumpido se deben a la influencia de los médicos que lo condenan.

El segundo grupo comprende los que yo llamo metodos temporales autoadministrables, que son metodos que se utilizan en el mismo momento de la relación sexual, de una forma activa por los usuarios, bien sea mediante la colocación de un diafragma por la mujer, o de un preservativo por el hombre, o por la introducción de espermicidad en la vagina en forma de ovulos, de pastillas o de cremas, sustancias que inmovilizan o matan rapidamente a los espermatozoides. Un procedimiento muy utilizado en los países anglosajones, sobre todo los EE.UU. es la combinación de diafragma y de espermicidad en forma de crema. La colocación del diafragma, y su posterior retirada, deben enseñarse a la mujer, que lo aprende facilmente si no tiene inhibiciones. Estos metodos mecanicos tienen una seguridad relativa, pero bien llevados, cuidando adecuadamente el material, su eficacia está entre el 2 y el 15 p100, esto es, que solo se producirán de 2 a 15 embarazos cada 100 mujeres, en un año, en contra de las cifras normales de 40 a 60.

El tercer grupo está constituido por la contracepción hormonal, de aplicación exclusiva en la mujer, ya que no se ha descubierto todavia un procedimiento hormonal anticoncepcional seguro en el hombre. Hoy disponemos de metodos, consistentes en la ingestión de ciertas hormonas (estrogénos, gestagénos o combinaciones) o en la inyección de las mismas, antes de las 72 horas de un coito, que impiden la concepción con gran seguridad, y que pueden emplearse en casos de emergencia, por ejemplo, ante una violación. Sin embargo, estos metodos, que se llaman de intercepción, no pueden aplicarse mas que en casos de un coito aislado, y no se prestan a la repetición, porque requieren una dosis considerable de hormona.

La contracepción hormonal sistematica se basa en la administración repetida o prolongada de pequeñas dosis de hormonas, con el fin de suprimir la ovulación, y de provocar otros cambios en el aparato genital femenino que imposibiliten la fecundación. En realidad, lo que se hace es provocar un estado bastante semejante al del embarazo o al de una lactación normal, situaciones en las que la mujer normalmente no ovula y es inapta para quedar embarazada.

Los contraceptivos hormonales se dividen en dos grandes grupos: los de administración oral (contraceptivos o anovulatorios orales, la famosa "pildora"), y dos de administración inyectable.

Los anovulatorios orales son mezclas o combinaciones de estrogénos (hormona de la feminidad) y de gestagénos (hormona del embarazo), aunque de origen artificial, obtenidos

por síntesis química. Existen 15 o 20 combinaciones diferentes en el comercio, compuestas por un estrógeno (hay dos compuestos generalmente utilizados) y un gestágeno (de los 9 o 10 existentes), en dosis y pautas de administración variables. Por ello, las píldoras no son iguales, unas convienen más, otras menos, según las características de la mujer, su edad, fertilidad, tipo menstrual, etc. La realidad es que a lo largo de 20 años, las píldoras han ido evolucionando y perfeccionándose, y puede hablarse de tres generaciones sucesivas, desde las primeras, introducidas por PINCUS en su famoso experimento de Puerto Rico, en los años 50, hasta las actuales, mucho más seguras e inocuas. La última generación de anovulatorios orales no tiene más que tres años, de forma que muchas de las alteraciones secundarias que se atribuyen a las píldoras se refieren a las que tomaban las mujeres hace 5 o 10 años, y no tienen ninguna aplicación a la realidad actual. Por ejemplo, el pequeño aumento de trombosis que se encontró con las píldoras de primera generación, que llevaban 80 o 100 microgramos de estrógeno, ya no ^{es} seguro que exista con las píldoras de segunda generación con 50 microgramos nada más, y todavía menos con las píldoras actuales que llevan solamente 30 o 35 microgramos, asociados a otros componentes perfeccionados. Esto no se sabe por la generalidad de la gente, ni tampoco por la prensa legítima, que habla de la "píldora", como si no existiera más que un solo tipo.

Los modernos anovulatorios orales tienen una seguridad prácticamente absoluta. Bien tomados, solamente se producen 1-2 embarazos en 1000 mujeres en un año. Sus efectos colaterales son mínimos, y excepto unas pocas contraindicaciones en ciertas enfermedades (como una diabetes o una hipertensión grave, o en mujeres con antecedentes importantes de trombosis o flebitis), su administración no ofrece perjuicios importantes, incluso tomados durante años.

Hay algunas mujeres, desde luego, que no toleran bien la ingestión de las píldoras anovulatorias, por malestar de estómago, cefalea y molestias semejantes. Mi experiencia me enseña que la mujer tolera peor los anovulatorios cuando está predispuesta en contra de ellos, por mala información, o cuando la relación sexual con su marido es deficiente. Los anovulatorios permiten una libre comunicación sexual, y por tanto, el acto sexual se convierte en un fin en sí mismo, no solamente para el hombre, sino también para la mujer. Si no está preparada para ello, su reacción será negativa. O bien mostrará una frigidez aumentada, o bien rechazará la toma de píldoras con vómitos y náuseas, o con un "desplomamiento" general, una aguda sensación de "estar enferma", de estirpe claramente psico-somática. La píldora es una detectora de neurosis, nos dice la ginecóloga francesa LAGROUA. Efectivamente, las intolerancias casi siempre aparecen en neuroticas, tomando la neurosis en el amplio sentido de una mala educación y una mala adaptación sexual, o más estrictamente, conyugal.

El cuarto grupo de contraceptivos son dispositivos permanentes que se colocan en el útero de la mujer, los llamados dispositivos intra-uterinos o D.I.U. , que son pequeños artilugios de plástico o de metal, que el medico o un auxiliar experto introducen en la matriz, donde pueden quedar durante años (2-5 años). Hay varias clases de dispositivos. Los primeros eran de plastico, en forma de anillo, espiral, Y griega, escudo, etc, y actúan de forma puramente mecanica, dificultando el ascenso de los espermatozoides, el transporte del ovulo, y posiblemente la nidación. Posteriormente, se comprobó que la adición de alguna pequeña cantidad de cobre, en forma de un alambre fino enrollado al dispositivo de plastico, aumentaba su eficacia y tolerancia. Los DIU de cobre, actúan probablemente como espermicidas. Ultimamente, han aparecido DIU que llevan incorporada una pequeña cantidad de hormona gestagena, que actúa localmente sobre la mucosa de la matriz, así como sobre las trompas, impidiendo la fecundación o la nidación. Se une aquí el efecto hormonal, a la acción mecanica. La ventaja de la hormona incorporada sería que ejerce su acción directamente, sin pasar a la circulación de la mujer, y por tanto, sin ejercer efectos generales, como las pildoras.

Revisados los metodos contraceptivos temporales, queda la cuestión de cuales deben utilizarse y cómo.

Puede decirse que los metodos naturales, la abstinencia, el metodo del ritmo, el coito interrumpido, son metodos que están ahí, a disposición de todo el mundo, y no plantean ningun problema de prescripción o de organización medico-sanitaria. Tal vez el metodo del ritmo, sobre todo si se utiliza el termometro o la detección de la ovulación, deba enseñarse a la pareja o a la mujer, con toda claridad, estimulandola para que lleve registros escritos de la fecha de sus reglas y duración de sus ciclos, y apoyandola en su practica, si lo desea.

Los metodos autoadministrables (preservativo, diafragma, espermicidas) así como los contraceptivos hormonales, deberían expenderse en las farmacias, estar a disposición de quien quiera comprarlos, y prescribirse por la Seguridad Social, ademas de los usuarios. Cuando hace tres años fui Ponente de la Sección de Sanidad Maternal e Infantil, de la Comisión de Reforma de la Sanidad, en unión de todos los restantes ginecologos de la misma, Catedráticos y Directores de grandes instituciones de asistencia ginecologica, propusimos por unanimidad la despenalización de los contraceptivos, y su prescripción por la Seguridad Social. La despenalización ya se ha efectuado, y practicamente, los contraceptivos se recetan por la Seguridad Social.

Sin embargo, no basta la libre prescripción, ni siquiera la prescripción gratuita de los contraceptivos. Es necesario que el usuario reciba la necesaria información acerca de su uso, y cuente con una asistencia constante. Debe haber alguien dispuesto a ayudarle, un Centro o Consulta adonde pueda acudir, y sea tratado como una persona responsable. No se trata de enfermos o enfermas.

Los dispositivos intrauterinos no deben venderse libremente en las farmacias, requiriendo una Clínica en la que se pueda reconocer a la mujer, comprobar que es apta para los mismos, colocárselos en condiciones de asepsia, y realizar una vigilancia y control posterior. Los dispositivos requieren, por tanto, una organización médico-sanitaria, que puede conectarse lógicamente con los ambulatorios y centros hospitalarios ginecológicos, pero necesitan personal y equipo. Por otra parte, una vez colocados, los DIU requieren menos atención que otros procedimientos, tanto por parte del usuario, como del médico.

El elegir uno u otro método depende de muchos factores. En primer lugar hay que tener en cuenta si la pareja, o la mujer, desean solamente posponer el embarazo, lo que podría ser el caso de parejas jóvenes. Un caso diferente es cuando se trata, después de haber tenido uno o más hijos, espaciar las gestaciones, reduciendo en general su número, pero planeando tener alguna más. La situación más clara es la del matrimonio que no desea tener más hijos, habiendo alcanzado la cifra que estima conveniente, y por tanto, quiere cerrar definitivamente su carrera reproductiva.

Son tres situaciones diferentes, que requieren soluciones distintas. Cuando se trata solamente de posponer el embarazo, aparte de los métodos naturales, que son muy inseguros y no recomendables en esta opción, lo indicado es utilizar los métodos autoadministrables mecánicos (diafragma, preservativo, espermicida) o la contracepción hormonal sistemática. El decidirse por uno u otro depende de otras circunstancias. En general, si la actividad sexual es reducida o esporádica, sería mejor utilizar un método mecánico de utilización en cada coito. Si hay una actividad frecuente y habitual, me parecen aconsejables los contraceptivos hormonales.

La edad es un dato a considerar. Si se trata de mujeres jóvenes, incluso en el caso de relaciones prematrimoniales, deberían emplearse métodos autoadministrables, que no tienen ningún efecto previsible sobre el futuro reproductor de la mujer. Su utilización representa un afrontamiento consciente de la actividad sexual, con responsabilidad personal. Los contraceptivos hormonales, tomados muy largo tiempo (más de 3 a 5 años), sobre todo en mujeres mayores de 30 años, pueden originar cierta depresión posterior de la fertilidad. Por ello, en estos casos, debería restringirse su empleo.

Los contraceptivos orales son muy apropiados para el espaciamiento de los hijos, en mujeres entre 20 y 35 años, dada su comodidad, seguridad y falta de acciones secundarias en periodos de utilización de 2-3 años. Está comprobado que no ejercen efecto perjudicial alguno sobre los embarazos posteriores a su utilización, naciendo niños sanos y sin defecto. Todo lo que se oye en contra de esta afirmación, carece de base científica, en absoluto.

Si ya no desean tener mas hijos, los contraceptivos hormonales continuan siendo interesantes en virtud de su seguridad y pocos efectos colaterales. Una indicaci3n complementaria son aquellos casos en que los ciclos son irregulares o existen trastornos menstruales, ya que las pildoras regulan muy bien el funcionamiento genital. Cuando existen contraindicaciones para las hormonas, o no se toleran por la causa que sea, puede recurrirse a los DIU. Los dispositivos actuales de cobre tienen gran seguridad, aunque menor que las pildoras, fallando al menos 2 veces por cada 100 mujeres-año. Tienen tambien ciertos efectos perjudiciales, porque provocan una ligera inflamaci3n a nivel de la matriz, y a veces, hemorragias o infecciones. En una pequeña proporci3n, estas infecciones dejan una esterilidad permanente, tal vez en un 3 o 4 p100. Por ello, los DIU deben reservarse para aquellos casos en los que no se quiere tener mas hijos.

En los ultimos tiempos, en los paises desarrollados, pero tambien en el tercer mundo, en la India por ejemplo, se realiza cada vez mas frecuentemente una esterilizaci3n quirurgica de la mujer o del hombre. Las ultimas estadisticas parecen indicar que, a nivel mundial, se practican mas esterilizaciones definitivas que contracepciones temporales.

En nuestro país, existe actualmente la moda del dispositivo intrauterino, mientras se ha producido una latente actitud de rechazo hacia los contraceptivos orales, y un olvido de otros procedimientos. Influyen aquí, sin duda, intereses comerciales, y la inercia de la prohibici3n de otros contraceptivos de los años pasados.

Es muy probable que la situaci3n se aclare a partir de ahora. Pero, en ultimo grado, debemos adquirir el convencimiento de que el problema no consiste solamente en la falta de contraceptivos en el mercado. La soluci3n va mas allá de la despenalizaci3n de los anticonceptivos y de la disposici3n de los mismos en las farmacias. Tan importante, e incluso más, es la informaci3n, el apoyo moral y tecnico a los usuarios. Debe comprenderse que la regulaci3n de la natalidad está estrechamente ligada a la educaci3n sexual (y que esta debe basarse en una ética). ¿Quién debe entonces regular la planificaci3n familiar, con la educaci3n sexual que representa ? Sin duda, la escuela secundaria, la Sanidad, los centros médicos tienen un papel importante. Puede pensarse que la responsabilidad última es de los poderes públicos. Yo pienso que tal vez esto no sea lo mejor. Estamos en una sociedad pluralista, e incluso, con antagonismos evidentes. Creo que hay una gran labor a realizar en planificaci3n familiar, Pero posiblemente esa labor se haga mejor partiendo de la base, mediante la creaci3n y desarrollo de instituciones de caracter libre que, aún teniendo caracter publico, no sean oficiales, burocratizadas y autoritarias. En este sentido, es indudable que organizaciones como el Centro Asesor de la Mujer que ha creado la Junta de Andalucía gracias a la iniciativa de Maria Izquierdo, o como la Asociaci3n Andaluza de Planificaci3n Familiar, y otras que puedan crearse, tienen un papel de enorme significaci3n.