

FUNDACIÓ
VILA CASAS



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

CCS

Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicación y Sociedad

Informe Quiral 2025

Medicina,
comunicación
y sociedad

Salud reproductiva
y sexual de la mujer:
información
y percepción

Informe Quiral

Medicina,
comunicación
y sociedad

2025

Salud reproductiva y sexual de la mujer: información y percepción

Índice

Presentación

Autores

Introducción

1. DESIGUALDADES, ESTIGMAS Y BARRERAS
2. RETOS EN REPRODUCCIÓN Y MATERNIDAD

Objetivos y metodología

Resultados

1. CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES
 - 1.1 Menstruación
 - 1.2 Experiencia en las consultas ginecológicas
 - 1.3 Anticonceptivos
 - 1.4 Donación de óvulos
 - 1.5 Congelación de óvulos
 - 1.6 Selección de embriones en reproducción asistida
 - 1.7 Embarazo
 - 1.8 Parto
 - 1.9 Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o aborto
 - 1.10 Menopausia
 - 1.11 Salud sexual y reproductiva
2. INFORMACIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
3. BÚSQUEDAS DE INFORMACIÓN EN GOOGLE

Conclusiones

Recomendaciones

Referencias bibliográficas

Salud reproductiva y sexual de la mujer: información y percepción

Presentación

El Informe Quiral de 2025 se ha centrado en la salud reproductiva y sexual de la mujer y tiene el doble objetivo de comprender qué información llega a la sociedad sobre este tema y cuáles son los conocimientos, opiniones y actitudes de las mujeres al respecto.

La salud reproductiva y sexual es clave para el bienestar de la mujer y, por tanto, para el conjunto de la sociedad. A pesar de ello, la investigación en este campo es insuficiente, con pocas décadas de recorrido. Es necesario que la práctica médica indague más profundamente y se potencie la formación de los profesionales. Las políticas de salud pública han tardado en preocuparse por el tema y apenas comenzamos a tener resultados. En definitiva, aunque en los últimos años se ha reconocido la importancia de esta cuestión, aún queda mucho por hacer.

Las desigualdades entre hombres y mujeres generan problemas que afectan a la salud reproductiva y sexual. Y estos, a su vez, aumentan las desigualdades. La situación en las regiones del Sur Global es incluso más grave. Por su parte, en los países postindustriales han aparecido además nuevos retos debidos a las formas de vida actuales. El más evidente es el retraso en la maternidad. Este se acompaña de la necesidad de tomar decisiones complejas como la congelación de óvulos o las técnicas de reproducción asistida, y requiere de una mayor concienciación sobre la caída en la fertilidad con la edad o el aumento de complicaciones en la gestación y el parto. Pero a lo largo del ciclo vital de la mujer hay otras muchas cuestiones que requieren tomar decisiones informadas: los nuevos productos de higiene menstrual, la prevención de enfermedades

de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o la salud durante la menopausia.

Esta urgente necesidad de información de calidad es la que nos ha llevado a seleccionar este tema para la investigación de este año. Para ello, hemos realizado un estudio de opinión en una muestra representativa de las mujeres adultas residentes en el territorio geográfico español, un análisis de contenido de dos diarios de gran difusión y una investigación sobre las búsquedas de información en Google.

Esta investigación forma parte del *Proyecto Quiral*, una iniciativa que nació en 1997 gracias a la colaboración entre la Fundación Vila Casas y el Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad (Universitat Pompeu Fabra). En este proyecto, estudiamos cada año un tema de salud a fondo (Informe Quiral) y, a partir de los resultados, desarrollamos actividades de difusión y debate (Opinión Quiral). Todo ello con el objetivo final de mejorar la comunicación pública sobre salud y medicina.

En estas páginas les presentamos un resumen de los principales resultados del *Informe Quiral 2025*, que lleva por título «Salud reproductiva y sexual de la mujer: información y percepción».

Montserrat Viladomiu Pascual
Patrona de la Fundació Vila Casas
Médica de Familia
Informe Quiral 2025

Salud reproductiva y sexual de la mujer: información y percepción

Autores

GEMA REVUELTA, MD, PHD

Doctora por la Universitat Pompeu Fabra (UPF), Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental (UPF BSM) y Licenciada en Medicina por la Universidad de Barcelona. Directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la UPF y profesora del Departamento de Medicina y Ciencias de la Vida de la misma universidad. Directora del Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental de la UPF-BSM. Académica de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Vicepresidenta de la Asociación Española de Comunicación Científica. Directora del Informe Quiral. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0701-2026>

IRIS ANFRUNS FERNÁNDEZ

Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental (UPF-BSM), Máster en Oceanografía y Gestión del Medio Marino y Licenciada en Biología en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Colaboradora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la UPF.

CARLOS GONZALO PENELA

Doctor por la UPF e investigador postdoctoral. Es especialista en SEO y analítica digital y ha desarrollado parte de su carrera profesional como analista de marketing en empresas multinacionales y agencias de comunicación y publicidad como Oracle, IAC Search & Media, Atrevia, Mediacom, Penguin Random House y Planeta, entre otras. En la actualidad es profesor e investigador en la Universidad Europea de Valencia.

CAROLINA LLORENTE

Doctora por la Universitat Pompeu Fabra (UPF), Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental (UPFBSM), Máster en Sociedad de la Información (UOC) y Graduada en Biología (UB). Coordinadora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la UPF y del Máster en Comunicación Científica, Médica y Ambiental de la UPF-BSM. Profesora asociada del Departamento de Medicina y Ciencias de la Vida de la misma universidad. Miembro de la Junta Directiva de la red internacional Public Communication of Science and Technology (PCST) en el período 2021-2025. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1786-7108>

Introducción

En 1979 se reconocieron explícitamente los derechos humanos de las mujeres en la «Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer», primer tratado internacional adoptado por la ONU (Naciones Unidas, 1979). El documento fue ratificado años más tarde por España (BOE, 1984). En 1994 se produjo otro gran logro cuando la Conferencia de El Cairo incorporó por primera vez el concepto de salud sexual y reproductiva en el ámbito internacional (Galoviche, 2016).

Desigualdades, estigmas y barreras

La salud sexual y reproductiva es clave para el bienestar de la mujer —y por ende para la humanidad en su conjunto— pero está marcada por desigualdades estructurales, estigmas culturales y barreras comunicativas. A pesar de los avances biomédicos, las brechas entre la evidencia científica y la experiencia diaria son profundas. Persisten ideas preconcebidas sobre procesos como la menstruación, el embarazo, el parto o la menopausia, y de cualquier cuestión relacionada con la sexualidad femenina.

Incluso en la actualidad y en países del llamado Norte Global, las niñas de todos los estratos sociales aprenden rápido y por experiencia que hablar abiertamente de su menstruación no está aceptado socialmente. En muchas culturas, la menstruación se asocia a impureza, lo que limita el acceso a productos higiénicos, infraestructuras seguras e información fiable (House, 2013; Tan *et al.*, 2017). Estudios realizados en España muestran que la educación menstrual previa al primer periodo a menudo es insuficiente y procede de fuentes poco fiables, lo que genera miedo y preocupación (Hennegan *et al.*, 2019; Sánchez López *et al.*, 2023).

La elección de los **productos de higiene menstrual** no solo depende de la idoneidad, desde un punto de vista sanitario o ambiental. De hecho, este criterio en muchas ocasiones tiene poco peso. Por el contrario, la elección suele depender de muchos factores, desde económicos a culturales, lo que hace que la distribución en el consumo de los productos de higiene menstrual sea muy distinta entre países. En concreto, los factores que más influyen en esta elección son:

- **Comodidad y facilidad de uso.** Es el factor más determinante en países en los que el acceso a los productos menstruales es fácil. La mayoría de las usuarias da prioridad a que el producto menstrual sea práctico y se adapte a su estilo de vida.
- **Costumbre y hábitos personales.** Muchas personas eligen productos que han visto usar a sus madres o referentes femeninos, o que siempre han usado, lo que refuerza la continuidad de ciertos productos tradicionales.
- **Estigma y tabúes culturales.** En muchas sociedades, la menstruación es tema tabú, lo que limita la información y genera vergüenza o rechazo a hablar abiertamente sobre el tema. Esto puede dificultar la adopción de alternativas nuevas o reutilizables.
- **Nivel de conocimiento y educación.** El desconocimiento sobre las alternativas sostenibles o reutilizables y sobre cómo usarlas correctamente es una barrera frecuente. Cuanta más información fiable y educación, mayor predisposición al cambio hacia productos reutilizables.
- **Sostenibilidad ambiental y conciencia social.** El valor que se otorga al impacto ambiental de los productos influye especialmente en contextos donde existe conciencia medioambiental y movimiento por la menstruación sostenible.
- **Acceso a recursos y pobreza menstrual.** En comunidades con acceso limitado a agua potable, baños limpios o recursos económicos, las opciones reutilizables pueden ser poco prácticas o incluso inseguras. La falta de medios obliga a recurrir a alternativas improvisadas (papeles) o métodos que aunque sean reutilizables no siempre se usan en condiciones seguras (trapos).
- **Influencia de creencias religiosas y normas tradicionales.** En varias regiones, hay restricciones sobre el uso de determinados productos (tampones, copas, etc.) o sobre las actividades que pueden realizarse durante la menstruación, lo que condiciona el tipo de producto aceptado socialmente.

• **Disponibilidad y marketing.** La presencia de productos en el mercado y la influencia de la publicidad también afectan a la elección, igual que las campañas que promueven productos específicos.

Por otra parte, la presión social y los factores de tipo cultural han hecho que muchas mujeres normalicen el dolor menstrual (Wiggleton Little, 2024) y lo mismo sucede con buena parte de las molestias, dolores y trastornos que sufrirán en el embarazo, el parto o la menopausia. A pesar de la elevada prevalencia de estos problemas, la investigación científica no se ha interesado en dar respuesta y, hasta hace muy poco, tampoco el sector empresarial los ha investigado seriamente. Por ejemplo, hasta 2023 no se usó sangre real para evaluar productos de higiene menstrual, a pesar de que estos se comercializan por millones y sus fabricantes constituyen un importante sector industrial (Deloughery *et al.*, 2023).

ANTICONCEPTIVOS, RETRASO EN LA MATERNIDAD Y AUMENTO EN LA INFERTILIDAD

La autonomía sexual y reproductiva requiere información clara, pero muchas mujeres tienen dificultades para acceder a datos veraces sobre anticonceptivos, fertilidad o reproducción asistida (Sharma *et al.*, 2021; Rondung *et al.*, 2022). Por eso, el uso de anticonceptivos depende no solo de su disponibilidad, sino también de factores educativos, sociales, de pareja y creencias sobre efectos secundarios (D'Souza *et al.*, 2022). Esto hace que las preferencias en el uso de anticonceptivos varíen ampliamente entre países, de la misma manera que sucede con los productos menstruales (Sociedad Española de Contracepción y Fundación Española de Contracepción (2024).

La capacidad de controlar mejor la natalidad gracias a los anticonceptivos ha sido sin duda un gran logro que ha permitido una sexualidad más plena y ha ampliado las perspectivas laborales de las mujeres. Sin embargo, también ha tenido consecuencias no tan positivas. En concreto, los métodos anticonceptivos sumados a las condiciones de vida actuales, con una alta competitividad laboral e insuficientes ayudas a las familias, han traído consigo un gran retraso en la maternidad. Esta tendencia es internacional en los países denominados desarrollados, en los que la media de edad en la que se produce el primer nacimiento es cuando las mujeres tienen alrededor de 30 años (Daniluk *et al.*, 2015).

España ocupaba uno de los primeros puestos a nivel mundial en cuanto a edad materna más avanzada al nacimiento del primer hijo. Según datos de 2019, esta edad se situaba en los 32,3 años, y desde entonces la tendencia sigue estando al alza (Moya, 2023). Entre 1975 y 2022, la edad media en que las mujeres españolas tuvieron su primer hijo pasó de 25,2 a 32,6; además, el porcentaje de madres que tras haber cumplido los 40 años tienen su primer hijo se ha incrementado en un 38% en la última década, según recoge la Encuesta de Anticoncepción en España de 2024 (Sociedad Española de Contracepción y Fundación Española de Contracepción, 2024). Estos datos son preocupantes por motivos sanitarios (mayor morbilidad del embrión y la madre, menor probabilidad de descendencia, impacto en la salud mental, consumo de recursos, etc.), pero también porque el retraso en la maternidad a menudo es una respuesta obligada ante un contexto que no permite tomar otras decisiones.

Con ello, hay más casos de infertilidad, lo que lleva a su vez a más problemas durante el embarazo y el parto, además de un mayor riesgo de aborto y de enfermedades congénitas en la descendencia (Daniluk, JC *et al.* 2015).

Las técnicas de reproducción asistida han avanzado mucho y son capaces de ofrecer una amplia gama de respuestas a la infertilidad (femenina y masculina). Desde el nacimiento de Louise Brown en 1978, las tecnologías de reproducción asistida han brindado beneficios increíbles a millones de personas que experimentan infertilidad y desean formar una familia. La evolución de nuevas tecnologías, como la inyección intracitoplasmática de espermatozoides para la infertilidad de factor masculino, la criopreservación eficiente de embriones y la criopreservación de óvulos para la preservación de la fertilidad, ha ampliado la gama de opciones de tratamiento (Adamson GD *et al.* 2023; Brinsden PR, 2018).

La demanda de estas técnicas es cada vez mayor (con una única excepción, el año 2020). En el año 2021, según los datos de 334 centros en España, se realizaron 165.453 ciclos de Fecundación In Vitro (FIV) y 33.818 Inseminaciones Artificiales (IA), lo que significó un aumento del 11,7% en los ciclos de FIV comparado con 2019, y un incremento del 29,8% respecto a 2020, año en que los tratamientos se habían reducido a causa de la pandemia, y resultó en 40.638 nacimientos, un 33,3% más que en años anteriores (Sociedad Española de Fertilidad, 2023).

Sin embargo, las excesivas expectativas puestas en ellas a menudo hacen olvidar que, a mayor edad, menor probabilidad de éxito. (Li, F. *et al.* 2025). A medida que la edad de la mujer avanza, la probabilidad de lograr un embarazo clínico intrauterino detectable disminuye. Para las mujeres de 25 a 29 años, la tasa de éxito es del 33%, mientras que para las de 30 a 34 años es del 31%. Esta cifra baja al 26% para el grupo de 35 a 39 años y se reduce drásticamente a solo un 12% en mujeres de 40 a 46 años. La tasa de nacimientos vivos también decrece con la edad. En mujeres de 35 años, el 30% de los ciclos de FIV resultan en un bebé nacido vivo, porcentaje que se reduce al 15% en mujeres de 40 años y cae al 1% en aquellas de 45 años (Pierce, N. *et al.* 2018).

Además, en caso de éxito, la edad de las mujeres embarazadas se asocia a más riesgo de problemas obstétricos, así como a complicaciones en el parto que precisan elevado intervencionismo (cesárea, etc.) (Pierce, N. *et al.* 2018).

El retraso en la maternidad y la capacidad para aplicar técnicas de fecundación in vitro han llevado al desarrollo de la tecnología de criopreservación, o congelación, de óvulos. Concebida inicialmente para indicaciones médicas, esta técnica crece entre mujeres saludables que desean posponer la maternidad (Hodes Wertz *et al.*, 2013; Critchley *et al.*, 2020). No obstante, algunas clínicas privadas no son del todo transparentes y claras respecto a las tasas de éxito, la edad recomendada y los riesgos (Mohammadi *et al.*, 2019), lo que limita la capacidad de tomar decisiones informadas y plantea retos éticos.

En 2024, una iniciativa de la Sociedad Española de Fertilidad, en la que participaron las principales asociaciones científicas y de pacientes relacionadas con la fertilidad, la obstetricia y la reproducción asistida, dio lugar a la publicación del «**Documento de Consenso sobre Natalidad y Salud Reproductiva en España**» (Sociedad Española de Fertilidad, 2024). Este propone una hoja de ruta para una reproducción saludable y planificada, dividiendo las recomendaciones en tres áreas principales:

1. Planificación, Información y Educación

Se insta a las Administraciones Públicas a lanzar campañas para concienciar sobre las dificultades para concebir, sus causas y prevención. Se considera fundamental impartir educación en salud reproductiva desde la escuela, cumpliendo con la ley de salud sexual y reproductiva. Esta educación debe ser realista

y plural, dirigida a toda la población y abordando la sexualidad, los métodos anticonceptivos y la prevención de ITS. Además, se deben implementar políticas para prevenir la obesidad y el sedentarismo, fomentando hábitos de vida saludables y garantizando que una dieta mediterránea sea asequible para todos.

2. Atención Clínica

Se recomienda reforzar la Atención Primaria, ginecólogos y matronas como puntos clave de información. Es necesario promover el conocimiento sobre fertilidad, integrando el consejo médico y protocolizando la conversación sobre la «ruta fértil» de la mujer. Se debe fomentar la detección precoz de problemas de esterilidad, derivando a pacientes con síntomas a unidades especializadas y ofreciendo consejo reproductivo a quienes se enfrenten a tratamientos que puedan afectar su fertilidad. Se propone un programa de prevención que incluya revisiones periódicas y el uso de innovaciones técnicas.

3. Tratamientos de Reproducción Asistida

Se busca facilitar y estandarizar los procesos de reproducción asistida y preservación de la fertilidad. Se sugieren medidas como la aprobación de permisos de conciliación para mujeres en estos tratamientos y el desarrollo de estándares de calidad que incluyan apoyo psicológico. Se plantea revisar la cartera de servicios para facilitar el acceso a los tratamientos, sin excluir a quienes ya tienen un hijo. Finalmente, se propone un modelo de colaboración público-privada para mejorar la atención y aumentar los recursos, garantizando la equidad.

Este documento recoge también cuál es la información básica que deberían conocer todas las personas, especialmente aquellas que desean ser algún día padres o madres. Para que toda la sociedad conozca estos puntos clave, es importante que antes sean conocidos por todas aquellas personas que pueden tener un papel en la información y la educación de la ciudadanía. Esto incluye desde personal sanitario (especialistas del sector, pero también atención primaria), hasta periodistas e informadores, profesorado de todos los niveles educativos, madres y padres o personas con responsabilidades familiares, etc.

PUNTOS CLAVE SOBRE FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN QUE DEBERÍAN CONOCER TODAS LAS PERSONAS, especialmente aquellas que desean ser algún día padres o madres

Texto elaborado a partir de las recomendaciones del «Documento de Consenso sobre Natalidad y Salud Reproductiva en España» (Sociedad Española de Fertilidad, 2024).

1. Producción de gametos

La mujer produce solo un óvulo maduro al mes, sumando unos 500 en toda su vida. Por su parte, el hombre liberará en cada eyaculación unos 100 millones de espermatozoides.

2. Fertilidad y edad

Las mujeres nacen con una cantidad fija de óvulos que disminuyen en calidad y cantidad con la edad, especialmente a partir de los 35 años. A los 37 años, el 90% de los óvulos ha desaparecido. Los hombres producen esperma continuamente, aunque su calidad también baja con los años.

3. Salud y estilo de vida

Mantener un peso saludable, no fumar, limitar el alcohol y la cafeína, y hacer ejercicio regular mejora las posibilidades de embarazo y la salud del futuro bebé.

4. Relaciones sexuales

Las relaciones sexuales sin protección de forma regular, no solo durante la ovulación, son clave para mejorar la calidad del semen y la interacción de los gametos. Obviamente, esto no debe interferir con las protecciones necesarias para evitar embarazos no deseados e ITS.

6. Cuándo buscar ayuda

La mayoría de las parejas conciben en el primer año. Si no lo logran en 12 meses (o 6 si tienen 35 años o más), se recomienda consultar a un especialista.

7. Factores que afectan a la fertilidad

Diversas condiciones como las ITS, la endometriosis, el síndrome de ovario poliquístico, paperas en la pubertad, o la exposición a ciertos químicos pueden impactar en la fertilidad.

8. Realidad de la Fecundación In Vitro (FIV)

La FIV no es infalible. La tasa de éxito es del 30% en menores de 35 años, cae a un 10% a los 40 años y desciende a casi 0% a partir de los 45 años.

9. Opciones de fertilidad

Los tratamientos como la FIV están disponibles para parejas infértiles (heterosexuales u homosexuales) y personas solteras. Es recomendable hablar con un experto en fertilidad para conocer las mejores opciones.

Respecto al parto, se ha observado que estrategias como el acompañamiento continuo, una intervención restringida únicamente a lo necesario y una preparación adecuada promueven una vivencia positiva (Taheri *et al.*, 2018). Aunque se demanda una atención obstétrica con enfoque respetuoso y centrado en la mujer, estamos lejos de conseguir estas condiciones y, aunque se ha reducido, aún se registra violencia obstétrica. Por otra parte, el retraso en la maternidad ha aumentado las complicaciones en el parto, lo que implica que el equipo médico se ve en muchas ocasiones obligado a actuar rápido.

Finalmente, durante la menopausia y el climaterio, la mujer puede experimentar cambios fisiológicos, emocionales y sociales para lo que no siempre está preparada. Muchas mujeres que desconocen los síntomas y sus tratamientos difícilmente consiguen una vivencia informada (Baquedano *et al.*, 2022). Por otra parte, a menudo la atención se centra únicamente en

aspectos biológicos, dejando desatendido el impacto emocional y social. Estudios recientes llaman a enfoques empáticos y personalizados que incluyan bienestar psicológico, imagen corporal, sexualidad y participación en decisiones (Martin-Key *et al.*, 2023).

Diversos organismos abogan por un enfoque integral, basado en los derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Un enfoque que supere la atención clínica tradicional e incluya alfabetización sanitaria, equidad en el acceso a la información y la incorporación activa de las voces de las mujeres en el diseño y evaluación de las políticas (Binfa *et al.*, 2025).

Objetivos y metodología

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es conocer las necesidades y retos informativos de las mujeres sobre su salud reproductiva y sexual. El ámbito geográfico es el territorio español.

Objetivos específicos:

OBJETIVO 1

Conocer **la percepción y el grado de conocimiento de las mujeres** sobre esta temática para poder identificar cuál es la situación actual y los retos que quedan por resolver en cuestión de acceso a la información o de persistencia de creencias erróneas.

OBJETIVO 2

Conocer **la visión general que ofrecen los medios de comunicación** sobre las cuestiones relacionadas sobre la salud reproductiva y sexual de la mujer, cuáles son los temas en los que se centran y qué enfoque le dan a la información.

OBJETIVO 3

Comparar el estudio de percepción y el de medios con las **búsquedas de información** concreta sobre esta temática por parte de la población general.

Metodología

ESTUDIO 1: ENCUESTA

Se diseñó y validó un cuestionario que fue respondido voluntariamente por una muestra de 516 entrevistadas. Estas constituyen una muestra representativa de las mujeres adultas que viven en España. El cuestionario contenía 32 preguntas (cerradas y abiertas). El trabajo de campo se realizó entre el 30 de junio y el 7 de julio de 2025.

ESTUDIO 2: ANÁLISIS DE MEDIOS

Se estudió, mediante la técnica de análisis de contenido, la cobertura periodística del tema durante el último año en dos diarios generalistas de referencia, *El País* y *La Vanguardia*. Para ello, se hizo una búsqueda de 30 palabras clave en la base de datos *My News Online* (periodo 1/3/24-31/3/25).

ESTUDIO 3: BÚSQUEDAS EN GOOGLE

Análisis de frecuencias de los términos de búsqueda en Google desde dispositivos localizados en el territorio español. Para el análisis de las búsquedas se ha utilizado Google Trends y Google Ads, siendo el periodo de estudio el comprendido entre 2020 y 2025. En este informe nos centraremos en el año 2024.

Resultados

1. Conocimientos, percepciones y actitudes

El cuestionario, que contenía 32 preguntas (cerradas y abiertas), fue contestado por 516 entrevistadas. Estas constituyen una muestra representativa de las mujeres adultas que viven en España. A continuación, resumimos los principales resultados tras su análisis estadístico.

1.1 MENSTRUACIÓN

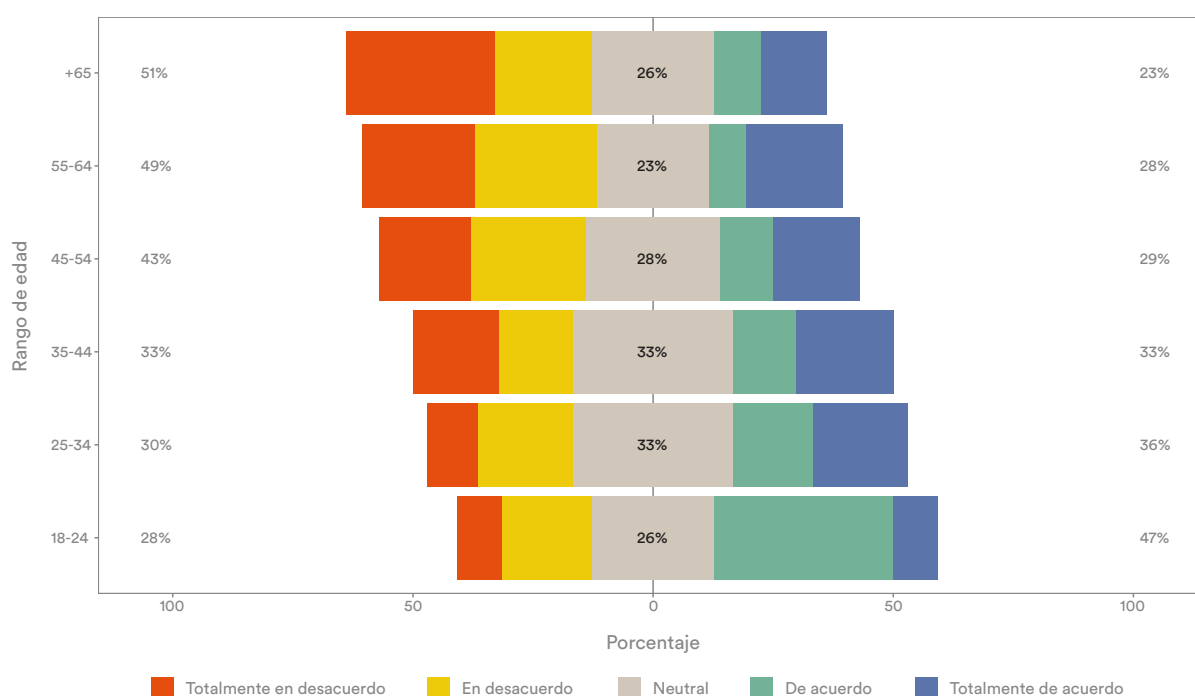
Ante la afirmación «En mi adolescencia, recibí buena información sobre la menstruación», las encuestadas debían responder su grado de acuerdo en una escala del 1 al 5 (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo). **El promedio obtenido ante esta pregunta fue de un 2,9.** Es decir, la media de las mujeres está en una situación cercana al valor neutro: ni de acuerdo ni en desacuerdo. Sin embargo, estadísticamente se encontraron diferencias significativas según la edad de las encuestadas, de modo que, **a mayor edad peor es la puntuación en la escala de Likert (p-valor: 3.79e-05) [gráfica 1].**

Por otra parte, la principal fuente de información sobre la menstruación fue la «familia» (44%), aunque las «amistades» también representan un papel importante a esta edad (30%). En tercer lugar, se seleccionó «profesorado» (12%). Tras estos, se sitúan los «profesionales de la salud» (6%), seguidos de «internet y redes sociales» (4%).

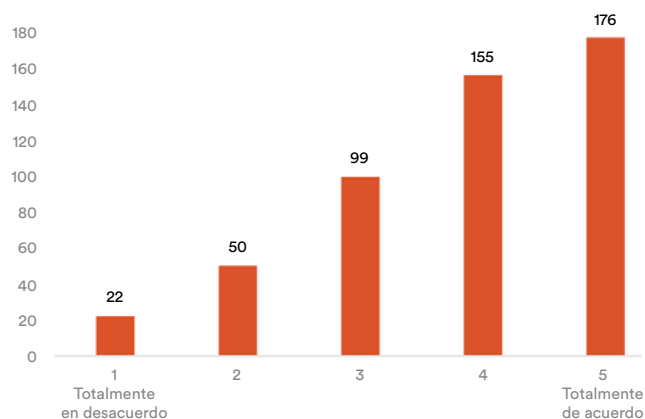
1.2 EXPERIENCIA EN LAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS

En general, las mujeres encuestadas refieren estar satisfechas con el nivel de información que reciben durante las consultas ginecológicas (en una escala del 1 al 5, el promedio es de 3,8). Sin embargo, la experiencia es significativamente diferente según el rango de edad de la encuestada, en el sentido de que, a mayor edad, mayor es la puntuación en la escala de Likert (p-valor: 3.17e-07) [gráfica 2].

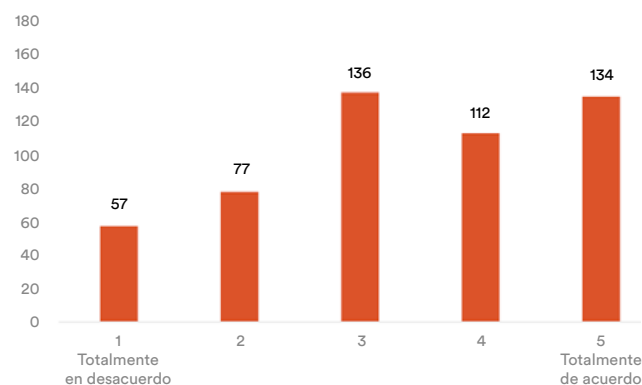
Respecto al género de la persona que les atiende en la visita ginecológica, las mujeres se dividen



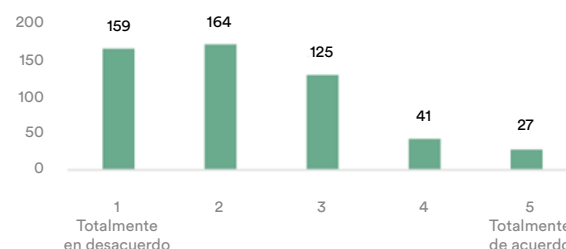
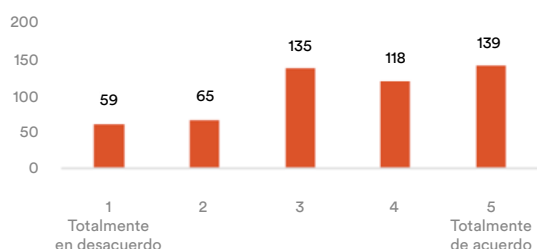
Gráfica 1 Distribución de respuestas, según rango de edad, a la pregunta P1: Indica tu grado de acuerdo con la afirmación «En mi adolescencia, recibí buena información sobre la menstruación».



Gráfica 2 «En general, estoy satisfecha respecto a la información que me van proporcionando los profesionales que me atienden durante las consultas» (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo) (n=517).



Gráfica 3 P5 «He recibido información suficiente sobre los distintos anticonceptivos (en aspectos importantes como su efectividad y sus efectos secundarios)» (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo) (n=517).



Gráfica 4 Grado de acuerdo (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo. n=517) con las afirmaciones P7_1 «Sé en qué consiste la donación de óvulos» (izquierda) y P7_6 «En general, la sociedad está bien informada sobre la donación de óvulos».

principalmente entre las que **prefieren que sea una mujer (51%)** y a las que **refieren que les es indiferente el género de los profesionales que les atienden (49%)**, siendo las que prefieren que sea un hombre un porcentaje muy reducido (3%).

Sin embargo, se observan diferencias significativas según la edad y la religión. En concreto, **«No tengo preferencia por ningún género» ha sido escogida por mujeres de mayor edad** en comparación a las mujeres más jóvenes que han escogido más a menudo la opción de «Prefiero que me atienda una mujer». La religión también marca diferencias significativas: **las mujeres católicas han escogido con mayor frecuencia la opción de «No tengo preferencia por ningún género»**. En comparación, las mujeres sin religión (agnósticas o ateas) han escogido más frecuentemente que «Prefiero que me atienda una mujer».

1.3 ANTICONCEPTIVOS

En general, las mujeres sienten que han recibido suficiente información sobre los distintos métodos anticonceptivos. Además, **a mayor edad mayor es la puntuación en la escala de Likert (p-valor: 2.35e-07) [gráfica 3]**.

1.4 DONACIÓN DE ÓVULOS

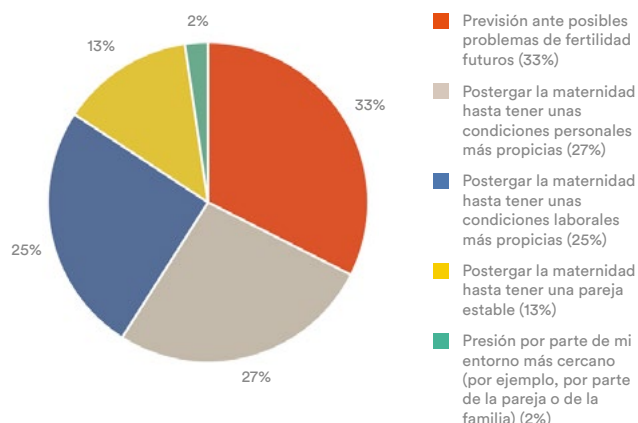
En este caso se produce una situación paradójica, mientras que, en general, las encuestadas consideran que tienen buena información sobre qué es la donación de óvulos, creen que la sociedad general no está bien informada sobre esta cuestión [gráfica 4].

1.5 CONGELACIÓN DE ÓVULOS

A las encuestadas se les preguntó: «¿Cuáles crees que serían tus principales motivaciones para congelar tus óvulos?». Se trataba de una pregunta de respuesta múltiple. De entrada, **308 de las 516 encuestadas no seleccionaron ninguna de las razones para congelar óvulos**, por considerar que «No necesito congelar mis óvulos ni lo voy a necesitar en el futuro» (n=173), por «No quiero congelar mis óvulos ni creo que quiera en un futuro» (n=100) o por «Prefiero no contestar» (n=35). Como era de esperar, la opción «no necesito ni voy a necesitar congelar» la escogen más las mujeres de más edad.

Entre las respuestas que seleccionaron las restantes, la razón más frecuente fue **«previsión ante posibles problemas de fertilidad futuros»** (33%), seguida de «postergar hasta tener unas condiciones personales más propicias» (27%) y «hasta tener unas **condiciones laborales** más propicias» (25%). Lejos de estas, se respondió «postergar la maternidad **hasta tener una pareja estable**» (13%) [gráfica 5].

El nivel de estudios alcanzado y la edad impactan en las opciones seleccionadas, mientras que no se observan diferencias significativas en cuanto a religión. En concreto, las mujeres con más estudios escogen más las opciones «posibles problemas de fertilidad futuros», «motivos laborales» y «motivos personales» que las que tienen menos estudios. La misma tendencia se observa en las mujeres de menor edad en comparación con las de mayor edad. Además, la edad influye también en las opciones «hasta tener pareja estable» y «presión del



Gráfica 5 P8: «¿Cuáles crees que serían tus principales motivaciones para congelar tus óvulos?». Se muestran solo aquellas respuestas que escogían una razón para congelar óvulos.

entorno cercano», de modo que las mujeres de menor edad escogen más estas opciones en comparación con las más mayores. El nivel de ingresos y la religión no muestran un impacto significativo en ninguna de las respuestas.

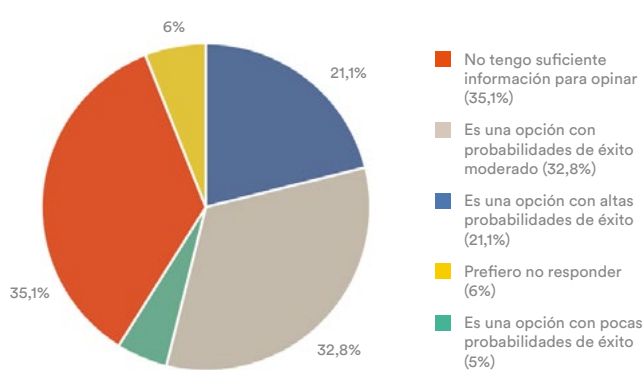
En general, las encuestadas albergan elevadas expectativas en la técnica de congelación de óvulos, ya que un 21,1% cree que las posibilidades de éxito de esta opción son altas y un 32,8% moderadas, frente a un 5,0% que consideran que tiene pocas posibilidades de éxito.

No obstante, **un 48,8% reconoce que «No tengo información sobre el tema o tengo una información muy escasa»** cuando se les pregunta sobre su nivel de información respecto a la técnica de congelación de óvulos [gráfica 6].

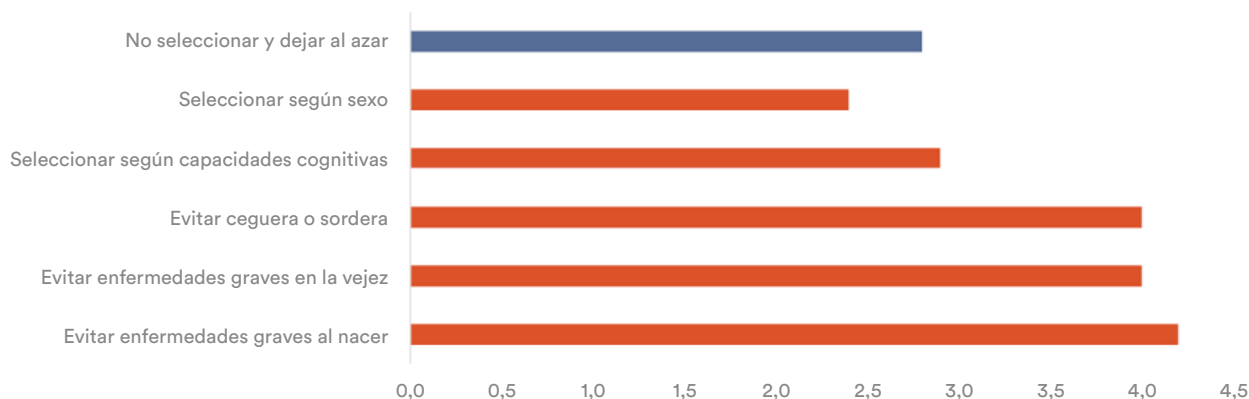
1.6 SELECCIÓN DE EMBRIONES (EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA)

Para estudiar los valores y actitudes de las mujeres respecto a cuestiones de índole ética relacionadas con la reproducción asistida, les preguntamos sobre la aceptación de distintos motivos para seleccionar embriones antes de implantarlos.

En conjunto, las mujeres entrevistadas están muy de acuerdo con seleccionar para **«evitar enfermedades graves al nacer»** (valoración media de 4,2), **«evitar enfermedades graves en la vejez** (como el Alzheimer)» (4,0), y **«evitar ceguera o sordera»** (media de 4,0). La opción que **recibe menos aceptación es «seleccionar según el sexo del embrión»** (2,4) [gráfica 7].



Gráfica 6 P10: «¿Qué opinas sobre la efectividad de la congelación de óvulos para lograr un embarazo en el futuro?»



Gráfica 7 P11: «Sobre estas afirmaciones relativas a la selección de embriones en tratamientos de reproducción asistida, indica tu grado de acuerdo. (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo).»

El impacto de las variables sociodemográficas se observa en tres casos con clara significación estadística:

- «Me parece aceptable seleccionar embriones **según el sexo** del futuro bebé». **A mayor edad, menor aceptación.**
- «Me parece aceptable seleccionar embriones con mayores **capacidades cognitivas** (como la inteligencia, la capacidad de calcular o la memoria), si fuera posible». **A mayor edad, menos se acepta.**
- «Me parece aceptable seleccionar embriones para **evitar enfermedades graves** o incapacitantes que puedan darse **nada más nacer o en la infancia**». **Mujeres con estudios más altos** tienden a dar **mayores puntuaciones**.

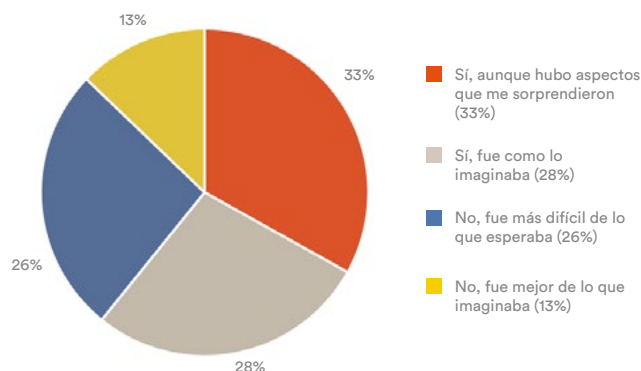
1.7 EMBARAZO

Respecto la afirmación «**Hay suficiente información sobre las dificultades físicas o emocionales que puede implicar un embarazo**» no se está claramente ni de acuerdo ni en desacuerdo (media de **3,0** en una escala del 1 al 5). Y respecto a «**El embarazo se suele representar como una experiencia siempre positiva**», hay algo más de acuerdo, aunque no rotundo (**3,5**).

Las experiencias tras el embarazo respecto a las expectativas previas son muy variables, tal como vemos en la **gráfica 8**.

1.8 PARTO

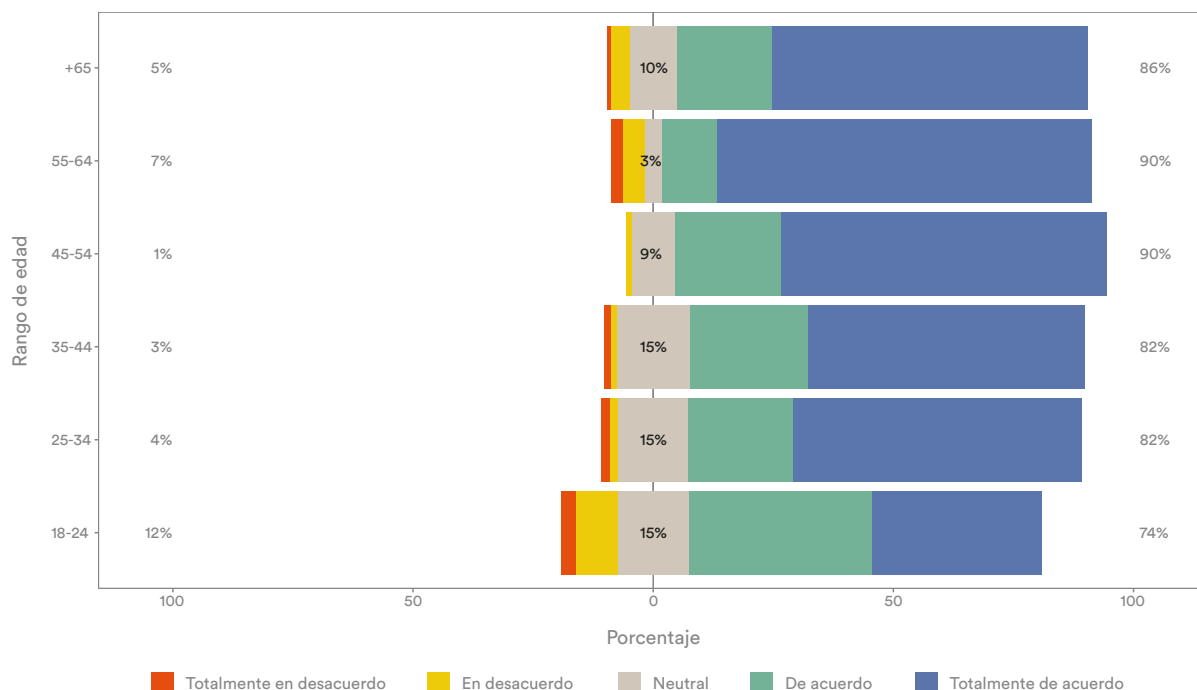
La opinión sobre la experiencia del parto en su relación con la atención sanitaria, el trato recibido y la capacidad de participar en las decisiones es compleja.



Gráfica 8 P13-14: «Si has estado embarazada, ¿la experiencia fue como esperabas?»

Por una parte, las mujeres reconocen mejoras. «Durante el parto, el personal sanitario del hospital suele ofrecer **un trato cada vez más respetuoso** con las gestantes» (grado de acuerdo con esta afirmación: **3,9** sobre 5). «Durante el parto, el personal sanitario del hospital suele **tener en cuenta cada vez más las preferencias de la mujer** (por ejemplo, en cuanto al tipo de anestesia)» (**3,7**).

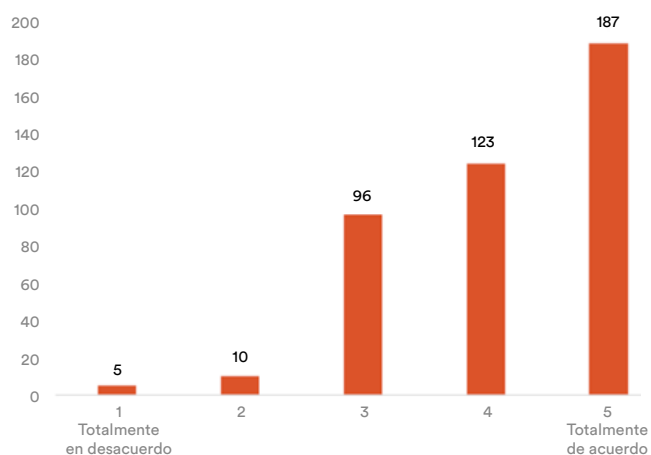
Pero también reconocen deficiencias. «**Hay diferencias importantes en la calidad del parto según el hospital**» (grado de acuerdo con esta afirmación: **4,1** sobre 5). «**Todavía existe demasiada violencia obstétrica** (por ejemplo, trato poco humano o episiotomías innecesarias)» (**3,7**). «**Se realizan más cesáreas de las necesarias**» (**3,5**).



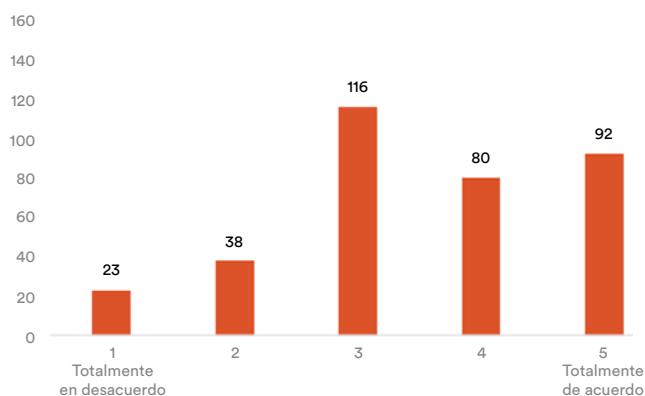
Gráfica 9 Distribución de respuestas, según rango de edad de las encuestadas, a la pregunta P15_2: «El parto fuera del hospital conlleva más riesgos que el parto hospitalario».

Finalmente, el parto en casa suele ser visto con mayor riesgo que en el ámbito hospitalario. La afirmación «**El parto fuera del hospital conlleva más riesgos que el parto hospitalario**» genera un acuerdo muy alto (4,1). Sin embargo, esta respuesta está claramente relacionada con

la edad, a mayor edad mayor es el grado de acuerdo con la afirmación (p-valor: 5.85e-04). Las mujeres jóvenes, y en especial el grupo de entre 18 y 24 años, tienen una visión menos negativa del parto en casa [gráfica 9].



Gráfica 10 Distribución de respuestas a la pregunta P15_7: «Hay diferencias importantes en la calidad del parto según el hospital».



Gráfica 11 Distribución de respuestas a la pregunta P15_6: «Se realizan más cesáreas de las necesarias».

1.9 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) O ABORTO

A las encuestadas les planteábamos la siguiente cuestión: «La legislación en España permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta la semana 14 sin necesidad de justificación, y hasta la semana 22 en casos de riesgo grave para la vida o salud de la persona gestante, o anomalías fetales graves. Indica tu grado de acuerdo respecto a esta legislación (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo).»

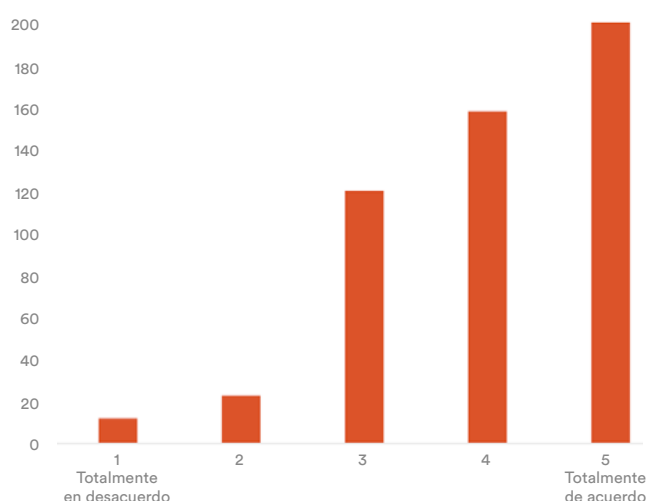
En general, las encuestadas se mostraron de acuerdo con la legislación vigente (3,9 en una escala del 1 al 5). Sin embargo, se encontraron diferencias de opinión entre las encuestadas según la ideología política con la que se sentían más identificadas. Hay una clara diferencia entre los niveles 1 y 2 de ideología vs 3, 4 y 5. Es decir, hablamos de 2 bloques: (1+2) vs (3+4+5), dentro de los cuales no se detectan diferencias significativas. En resumen, el bloque de mujeres que se autodeclaran de **ideología política de izquierdas (1+2)** está **más de acuerdo con la legislación vigente**, ya que escoge grados más altos de la escala de Likert **en comparación al bloque de mujeres que se declaran de una ideología de centro o de derechas (3+4+5).**

También se observan diferencias entre diferentes religiones a nivel de escala de Likert, pero no tan claras

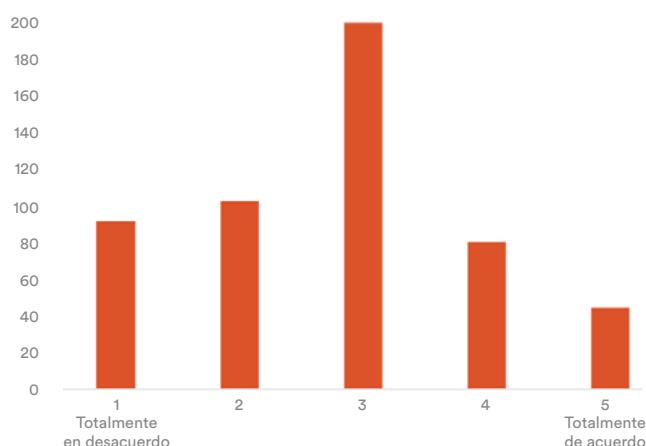
como en el caso de la ideología política. Lo podemos ver en la tabla de contrast con los p-valores ajustados para cada comparación. **Las encuestadas que se identificaron como «sin religión, atea o no creyente» (religión 4) y «espiritualidad sin religión concreta» (5)** son las que expresaron una puntuación más alta del grado de la escala Likert (están más de acuerdo con la legislación vigente).

Por otra parte, las religiones 4 y 5 no presentan diferencias significativas, en cambio, todas las otras comparaciones sí. A continuación, les siguen las que se identificaron con el «catolicismo» (1) y muy por debajo «otras confesiones cristianas» (2) con el grado más bajo en esta escala, muy por debajo de los demás. Otras religiones como «islam» no alcanzaron cifras suficientes como para ser interpretadas estadísticamente.

A pesar de tratarse de un procedimiento legal y de que, en términos generales, las encuestadas manifiestan estar de acuerdo, también refieren que es difícil hablar abiertamente del aborto o IVE y que no es fácil encontrar información clara sobre cómo acceder al aborto/IVE. También están de acuerdo con que «Los medios de comunicación continúan hablando del aborto/IVE de manera estereotipada» [gráfica 12].

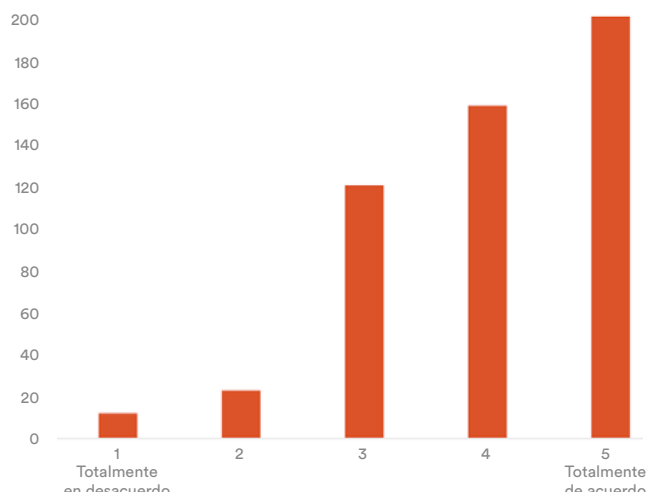


Gráfica 12 Distribución de respuestas a la pregunta P18_1: «Hablar abiertamente sobre el aborto/IVE es difícil en muchos entornos».



Gráfica 13 Distribución de respuestas a la pregunta P18_2: «Es fácil encontrar información clara sobre cómo acceder al aborto/IVE».

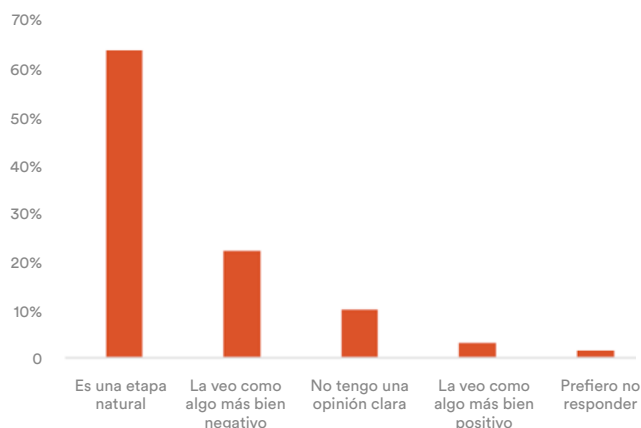
Finalmente, se les preguntó si creían que **cualquier hospital del sistema público debería poder realizar IVE/aborto** y el grado de acuerdo con esta afirmación fue muy elevado (4,0 de media en una escala del 1 al 5) [gráfica 14].



Gráfica 14 Distribución de respuestas a la pregunta P18_4: «Cualquier hospital del sistema público debería poder practicar un aborto/IVE».

1.10 MENOPAUSIA

En general, las encuestadas ven la menopausia como algo natural (63,4%), aunque predominan más las que tienen una visión negativa de esta etapa (22,0%) que las que tienen una visión positiva (3,1%) [gráfica 15].



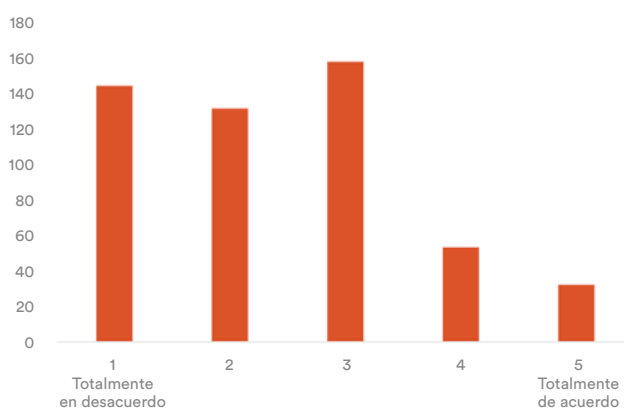
Gráfica 15 Distribución de respuestas a la pregunta P19: «¿Cómo ves la menopausia?».

Por otra parte, las encuestadas **no creen que los medios de comunicación estén representando bien la menopausia** (el nivel de acuerdo medio es de 2,4 en una escala del 1 al 5) [gráfica 16].

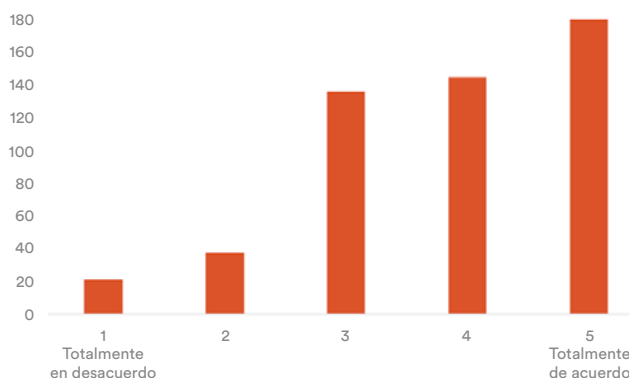
Además, la opinión general es que la sociedad sigue teniendo prejuicios y estigma respecto a la sexualidad en la menopausia (3,8) [gráfica 17].

1.11 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En general, aún hay muchas deficiencias a la hora de tratar la cuestión de la salud sexual y reproductiva en el entorno familiar y educativo. A la pregunta «¿Sientes que la salud sexual y reproductiva ha sido tratada con seriedad en tu educación o entorno familiar?» sólo el 16,28% seleccionaron la opción «Sí, con información clara y abierta». Por el contrario, las respuestas más



Gráfica 16 Distribución de respuestas a la pregunta P20_1: «La menopausia está bien representada en los medios de comunicación».

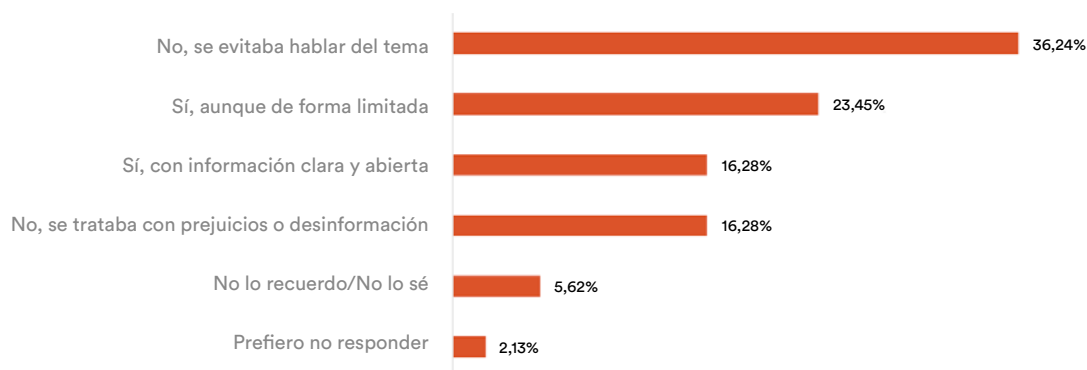


Gráfica 17 Distribución de respuestas a la pregunta P20_2: «En general, la sociedad tiene prejuicios y estigmas sobre la sexualidad de las mujeres en edad menopáusica».

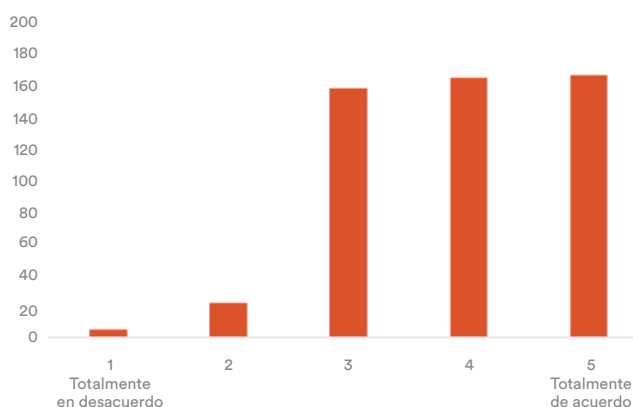
seleccionadas fueron «No, se evitaba hablar del tema» (36,24%), «Sí, aunque de forma limitada» (23,45%) y «No, se trataba con prejuicios o desinformación» (16,28%) [gráfica 18].

En general, hay un gran acuerdo en que persisten muchos estereotipos y creencias erróneas. En una escala de 1 a 5, la puntuación media es de **3,9 respecto al grado de acuerdo con la afirmación «En torno a la salud sexual femenina persisten muchos estereotipos y creencias erróneas»** [gráfica 19].

A esto, se añade el problema de que el acceso a la información sobre estas cuestiones es difícil. En una escala de 1 a 5, la **puntuación media es de 2,7** respecto al grado de acuerdo con la afirmación «**La información sobre salud sexual y reproductiva que encuentro en Internet es fiable**». Lo mismo sucede con la información que llega a través de los medios de comunicación. El nivel de acuerdo con la afirmación «**La salud sexual y reproductiva femenina es un tema bien tratado en los medios de comunicación**» es igual de bajo: un **2,7 de media** en una escala de 1 a 5.



Gráfica 18 Distribución de respuestas a la pregunta P21: «¿Sientes que la salud sexual y reproductiva ha sido tratada con seriedad en tu educación o entorno familiar?».



Gráfica 19 Distribución de respuestas a la pregunta P22_2: «En torno a la salud sexual femenina persisten muchos estereotipos y creencias erróneas».

2. La salud reproductiva y sexual en los medios de comunicación

La base de datos Mynews Online permitió identificar 216 piezas periodísticas sobre este tema publicadas por *El País* o *La Vanguardia* durante el último año (1/3/24-31/3/25). Tras un análisis del contenido de las publicaciones, se observa que los temas cubiertos se agrupan en tres grandes bloques: (1) el retraso de la maternidad, sus causas y consecuencias, y los avances —así como los dilemas éticos— en torno a la reproducción asistida y la congelación de óvulos; (2) la menstruación: los persistentes tabúes y la desinformación, la comparación de productos de higiene y la búsqueda de la equidad en el acceso a productos e información («justicia menstrual»); y (3) el cambio de discurso sobre la menopausia y el florecimiento del llamado mercado del bienestar menopáusico.

2.1 RETRASO DE LA MATERNIDAD, FERTILIDAD, CONGELACIÓN DE ÓVULOS Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La cobertura mediática sobre el retraso de la maternidad destaca el aumento en España de la edad promedio para tener el primer hijo. Las causas de este retraso, según ambos periódicos, corresponden a factores personales, profesionales y económicos, como la precariedad laboral, la inestabilidad personal o la dificultad para encontrar una pareja adecuada. Según se informa, aproximadamente la mitad de las mujeres ni siquiera se plantea la maternidad hasta lograr cierta

estabilidad, y el número de madres primerizas mayores de 40 años sigue creciendo.

Ambos diarios insisten en que el retraso de la maternidad conlleva un **descenso irreversible de la fertilidad**, ya que la cantidad y calidad de los ovocitos disminuye con la edad, y de complicaciones reproductivas. Las tecnologías como la congelación de óvulos y la fecundación in vitro aparecen en los medios como soluciones que amplían el margen temporal para ser madre. Sin embargo, se advierte sobre un **«exceso de confianza»** en estas técnicas, recordando que tienen sus limitaciones. Entre otras, a mayor edad de la mujer al congelar sus ovocitos, menos probabilidades de éxito.

La expansión de la **congelación de óvulos** es un tema recurrente. Se informa que el número de ciclos realizados en España se multiplicó por 18 en una década y que en 2022 se contabilizaron 2.500 procedimientos más que 2021. El 40% de las mujeres que recurren a la congelación lo hace en la franja de 35 a 39 años y el coste es de unos 2.500 euros más 500 euros anuales por el mantenimiento, según informan.

Además, insisten en la importancia de una **información realista** respecto a las tasas de éxito, matizando que dependen principalmente de la edad de la mujer y otros factores médicos, algo que no siempre está suficientemente claro en la comunicación pública.

Ambos medios subrayan que existe un gran **desconocimiento social sobre la disminución de la fertilidad con la edad**, tanto entre mujeres como entre hombres, lo que genera sorpresa y frustración al llegar a los cuarenta años y comprobar las bajas probabilidades de embarazo natural sin ayuda médica.

Las noticias sobre **reproducción asistida** están motivadas por lo general por la celebración de congresos y la publicación de investigaciones. Por ejemplo, tras la presentación de una encuesta realizada por la Sociedad Española de Fertilidad o la comunicación sobre el uso de la IA (y una posible secuenciación completa del genoma) para aumentar tasa de éxito en tratamientos de reproducción asistida. Algunos artículos denuncian las **desigualdades en el acceso** a estos tratamientos por su alto coste en los centros privados y las listas de espera en la sanidad pública.



El País, 13 de octubre de 2024. «Cuando el coste de ser madre tarde no es solo económico».



La Vanguardia, 26 de abril de 2025. «El uso de IA en la reproducción asistida».

2.2 MENSTRUACIÓN Y PRODUCTOS DE HIGIENE

Dentro de la cobertura sobre menstruación, los diarios analizan principalmente el avance en el uso de la **copa menstrual** y las desigualdades en el acceso a los productos higiénicos.

En ambos diarios se han publicado comparativas entre distintos productos de higiene menstrual y guías de uso. Respecto a la copa menstrual, se ha subrayado que supone un ahorro económico, más comodidad y menos contaminación, razones que deberían impulsar un cambio en los hábitos menstruales.



La Vanguardia, 10 de diciembre de 2024. «Una influencer deja atónitos a sus seguidores explicando lo que ha hecho con su copa menstrual: “Puede que sea una cerda”».



La Vanguardia, 6 de marzo de 2024. «Copas menstruales: ¿qué tipos hay y cuáles son las mejores?».

No obstante, se debate la baja adopción de la copa, y se vincula a estigmatización de la menstruación y a la falta de educación sobre el propio cuerpo. Se asocian al uso de la copa riesgos potenciales y reticencias sociales. Además, limpiar una copa menstrual fuera de casa representa un reto, sobre todo para mujeres en contextos vulnerables.

Finalmente, ambos señalan la cuestión de la **«justicia menstrual»**, que implica el acceso equitativo a productos higiénicos y a educación, así como la eliminación de barreras y estigmas. En esta cobertura periodística tiene mucho impacto la ley catalana que permite acceder a productos reutilizables de forma gratuita en farmacias y que se acompañó de una campaña mediática bajo el lema «Mi regla, mis reglas».

2.3 MENOPAUSIA, VISIBILIZACIÓN Y MERCANTILIZACIÓN

Se recogen entrevistas a profesionales que evidencian la incidencia de problemas de ansiedad y depresión en una de cada cinco mujeres en esta etapa, e insisten en que resignificar y celebrar la menopausia puede beneficiar la salud mental.

En los últimos años **la menopausia comienza a dejar de ser tabú** y se apuesta por un enfoque en el que se le de más visibilidad. Las campañas informativas han sido especialmente activas durante el periodo analizado, ayudando a dar visibilidad y a favorecer el acceso a recursos y guías, como ocurre el 18 de octubre en el **Día Mundial de la Menopausia**. Las figuras públicas y celebridades (como Penélope Cruz y Naomi Watts)



El País, 15 de junio de 2024. «Estrógenos SA, el gran negocio en torno a la menopausia».

también han jugado un papel clave compartiendo abiertamente sus experiencias.

Sin embargo, se destaca que en paralelo se está produciendo el auge de un nuevo mercado orientado al bienestar menopáusico. La oferta de productos (farmacológicos y no farmacológicos, con o sin base científica), así como de servicios crece de forma acelerada, y como consecuencia los medios debaten sobre los nuevos retos que plantea la **mercantilización del bienestar**.

2.4 ABORTO (O INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO)

El aborto o interrupción voluntaria del embarazo (IVE) fue uno de los temas de salud reproductiva más frecuentemente cubierto por ambos medios, con especial intensidad en torno a los cambios legislativos (en España y otros países) y el renacimiento de movimientos activistas como reacción al avance de la ultraderecha. Ambos medios utilizan más frecuentemente el popular término «aborto» que «interrupción voluntaria del embarazo», a pesar de ser el que se utiliza en el entorno médico y legal.

En resumen, los medios analizados han informado de lo siguiente:

- Se informó recurrentemente sobre la **evolución de derechos sobre el aborto en distintos países**, principalmente latinoamericanos (Argentina, Honduras, Chile, México, Uruguay, Perú, etc.), así como EEUU (país en el que se está produciendo un retroceso en los derechos sobre este tema provocado en gran parte por las reformas de Trump) y Reino Unido. También se informa sobre la evolución de la ley del aborto en España que modifica la necesidad de permiso parental en menores embarazadas.
- El derecho al aborto en la Unión Europea presenta enormes desigualdades. En Hungría, Polonia y Malta existen fuertes restricciones o prohibiciones, mientras que, en Francia y Eslovenia, se ha «blindado» para que no dependa tanto del partido que gobierne. La legislación española es bastante avanzada, pero solo un pequeño porcentaje de IVE se realizan en hospitales públicos y las disparidades entre las distintas CCAA son notables. Se calcula que más de 20 millones de mujeres en la UE no tienen acceso garantizado al aborto seguro. Ante ello y el avance de la ultraderecha, en 2023 nació la iniciativa ciudadana europea «**My voice, my choice**»



El País, 17 de abril de 2024. «La campaña "Mi voz, mi decisión"».



La Vanguardia, 8 de mayo de 2024. «“My Voice, my choice” en busca del millón de firmas».

con el objetivo de blindar este derecho y crear un fondo económico europeo que facilite abortos seguros, gratuitos y accesibles. Consiguió el umbral exigido de firmas a mitad de 2025 y ahora está a la espera de la respuesta formal de las instituciones europeas.

- **El número de IVE ha crecido** en el último año, según informe publicado por el Ministerio de Sanidad. En 2023 se registraron algo más de 100.000 IVE en España, lo que significó un aumento del 4,8% respecto a 2022. Este incremento se observó en todas las comunidades autónomas, con excepción de Aragón y Navarra. Las IVE farmacológicas son mayoritarias en Cantabria (96,50%), Navarra (76%), Baleares (74%), La Rioja (68%), Galicia (59,6%) y Cataluña (55,74%). Más del 45% de las mujeres que se sometieron a una IVE no utilizaba ningún método anticonceptivo.



El País, 28 de septiembre de 2024. «Los abortos suben un 4,8%».



El País, 12 de junio de 2024. «¿Es fácil acceder a la píldora del día después o al DIU?».

2.5 ANTICONCEPTIVOS, REDES SOCIALES, PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

Ambos medios se hacen eco de los resultados de una encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Fundación Española de Contracepción (FEC). Estos describen las **tasas de uso de los distintos anticonceptivos**, las percepciones sobre los efectos secundarios de cada método y la influencia de las redes sociales. El preservativo es el método principal (36,5%) aunque hay preocupación por su bajada en jóvenes, seguido de los anticonceptivos orales (18%). El uso de la píldora es más común en mujeres entre 20 y 29 años, y a partir de ahí desciende con la edad. El anillo vaginal ha triplicado su uso en los últimos años, especialmente entre jóvenes quienes perciben que este tiene menos efectos secundarios que la píldora. Las redes sociales influyen en la selección del método.

Píldora del día después (píldora anticonceptiva de urgencia o PAU). Casi un 40% de las mujeres ha utilizado la píldora del día después alguna vez en su vida, especialmente en el grupo de 25 a 39 años. Disparidades regionales en el acceso (algunas comunidades la ofrecen gratis, otras no). Cambios legales desde 2023 para facilitar la gratuidad. Persistencia de la calificación popular de «abortiva».

Finalmente, se informa sobre el fenómeno de la «**hormonofobia**», o rechazo creciente entre mujeres jóvenes a anticonceptivos hormonales, a menudo debido a desinformación y rumores circulantes.

2.6 SALUD SEXUAL DE LA MUJER

Este tema es frecuentemente cubierto por los dos diarios, pero no hemos podido identificar con precisión todos los artículos que se publicaron pues el término «sexo» y otros derivados son muy comunes en muchos textos que no se refieren a la salud sexual de la mujer y nuestros sistemas de búsqueda no nos han permitido delimitar con precisión cuántos cumplían verdaderamente con nuestros criterios.

En general, los motivos que han generado publicaciones sobre este tema son: lanzamiento de **campañas de educación sexual**, entrevistas y reportajes sobre bienestar sexual (especialmente frecuentes en torno a la menopausia), y artículos en los que se denuncian las repercusiones del **desconocimiento, falta de información médica y desigualdad en el acceso** a métodos anticonceptivos para poder tener relaciones sexuales saludables y seguras.

3. Búsquedas en Google

Google contabiliza todas las consultas y pone a disposición de investigadores y profesionales las estadísticas de búsqueda sobre cualquier tema a través de la herramienta Planificador de Palabras Clave, pudiendo delimitar el territorio geográfico desde el que se ha producido la búsqueda. Esta funcionalidad nos ha permitido recuperar los datos de las palabras clave que se introducen a diario desde cualquier ubicación situada en España. Para el análisis de las búsquedas se ha utilizado Google Trends y Google Ads, el periodo de estudio es 2020-2025, pero en este informe nos centraremos en el año 2024.

Para este estudio, se ha analizado el conjunto de palabras clave agrupadas bajo distintas categorías temáticas relacionadas con la salud reproductiva de la mujer (embarazo, técnicas de reproducción asistida, parto, etc.) y salud sexual (en este caso, principalmente métodos anticonceptivos), así como la salud durante la menopausia.

3.1 ANTICONCEPTIVOS

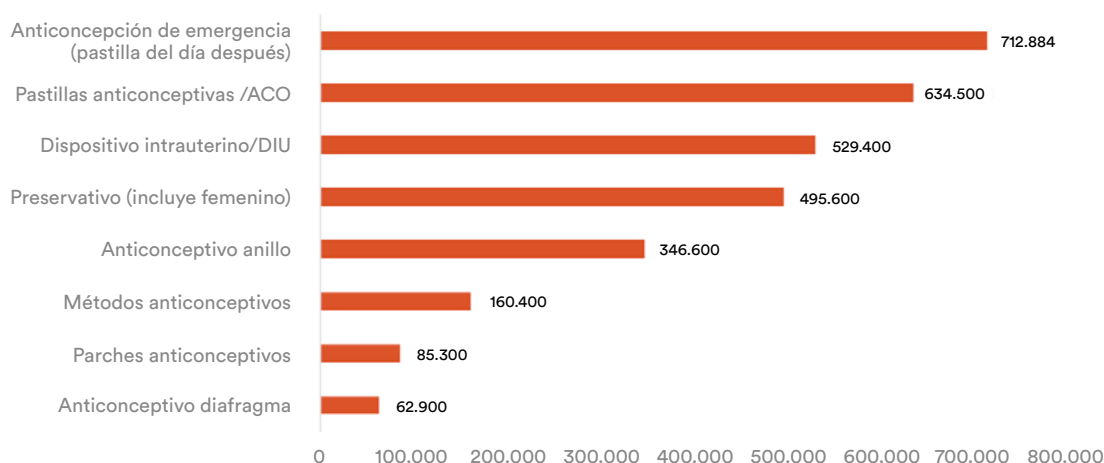
Las búsquedas sobre métodos anticonceptivos desde cualquier dispositivo ubicado en España **superaron los 3 millones en 2024 (3.027.584)**. El método más buscado fue la anticoncepción de emergencia (el término más común era «pastilla del día después»), con 712.884 búsquedas, a pesar de que se trata de un método al que debería recurrirse solo en caso de emergencia.

Le siguen los anticonceptivos orales (634.500 búsquedas incluyendo distintos términos, como «pastillas anticonceptivas», «píldoras anticonceptivas», etc.), el dispositivo intrauterino o DIU (529.400), los preservativos (en este caso los términos de búsqueda son más diversos y se incluyen tanto los preservativos masculinos como los femeninos) (495.600) y el anillo (346.600) [gráfica 20].

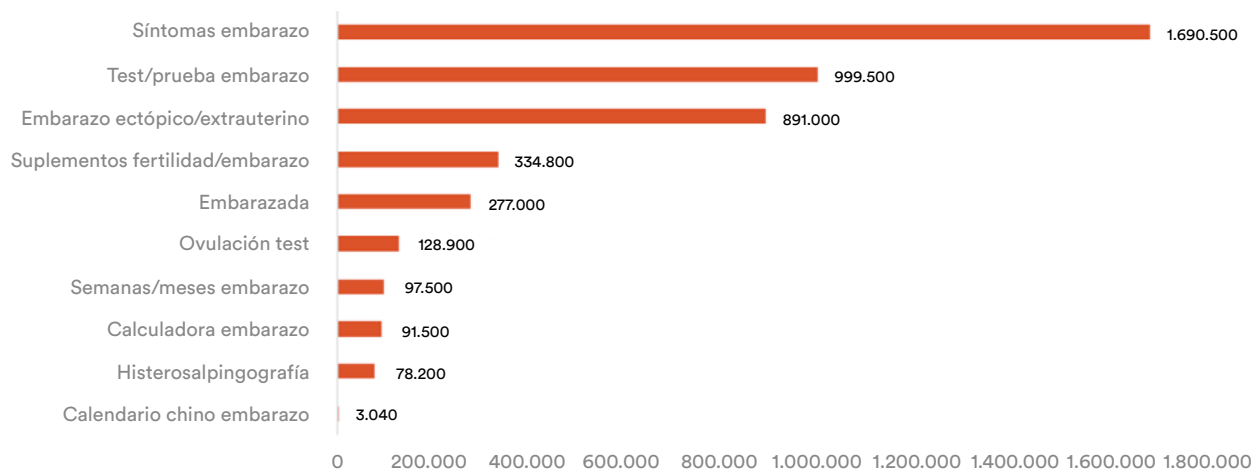
Estas búsquedas se corresponden solo en parte con el uso de los distintos anticonceptivos en nuestro país, puesto que el método más utilizado sigue siendo el preservativo masculino, seguido de los anticonceptivos orales y el DIU (datos de la Encuesta de Anticoncepción en España de la Sociedad Española de Contracepción).

3.2 EMBARAZO

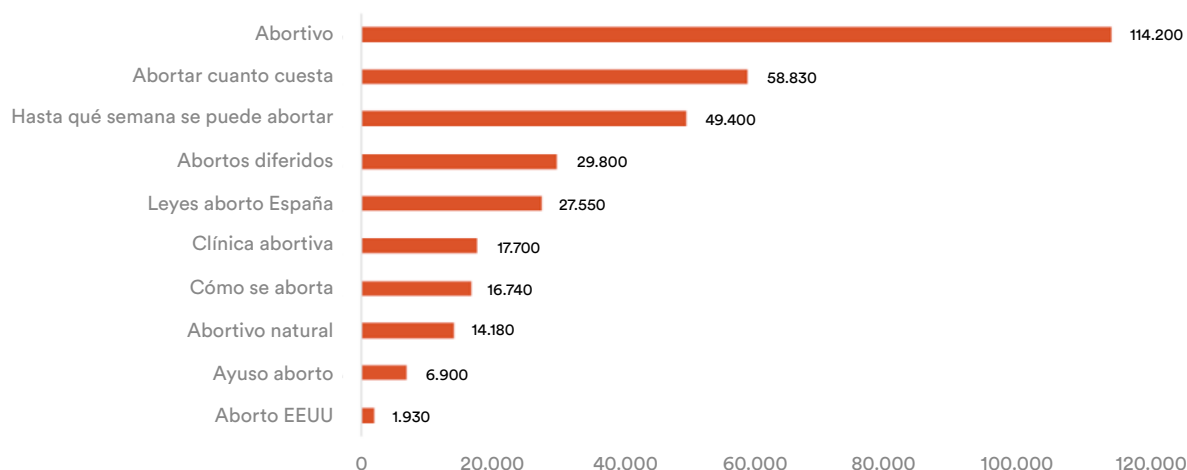
Las consultas sobre embarazo fueron también muy frecuentes. En concreto, hay tres bloques de búsqueda: cómo planificar o evitar un embarazo (test de ovulación, calculadora embarazo, calendario chino, etc.), cómo confirmar si se está embarazada o no (test, prueba, etc.) y cuáles son los síntomas de embarazo. Otros términos buscados tienen que ver con conceptos más específicos, como el embarazo ectópico o la búsqueda de suplementos alimenticios para tomar durante el embarazo (o para aumentar las posibilidades de quedarse embarazada) [gráfica 21].



Gráfica 20 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con anticonceptivos.



Gráfica 21 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con embarazo.



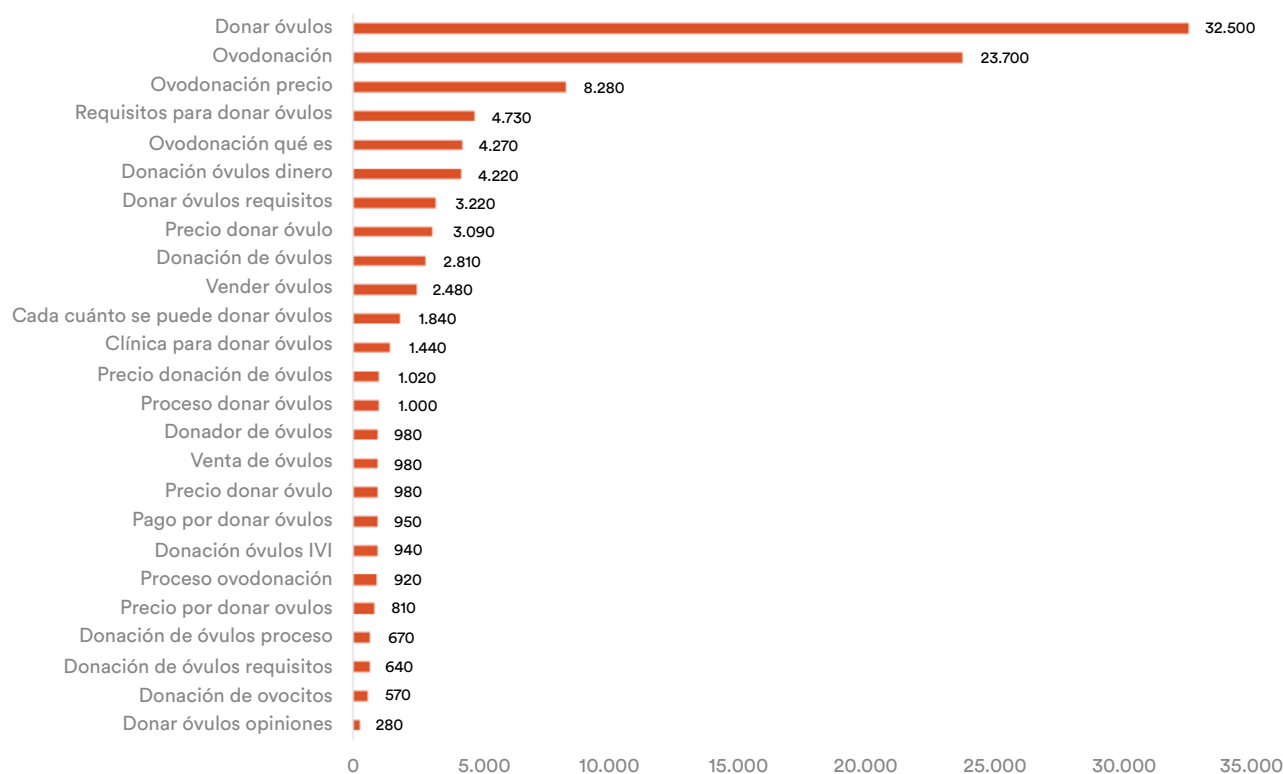
Gráfica 22 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con interrupción voluntaria del embarazo o aborto.

3.3 ABORTO

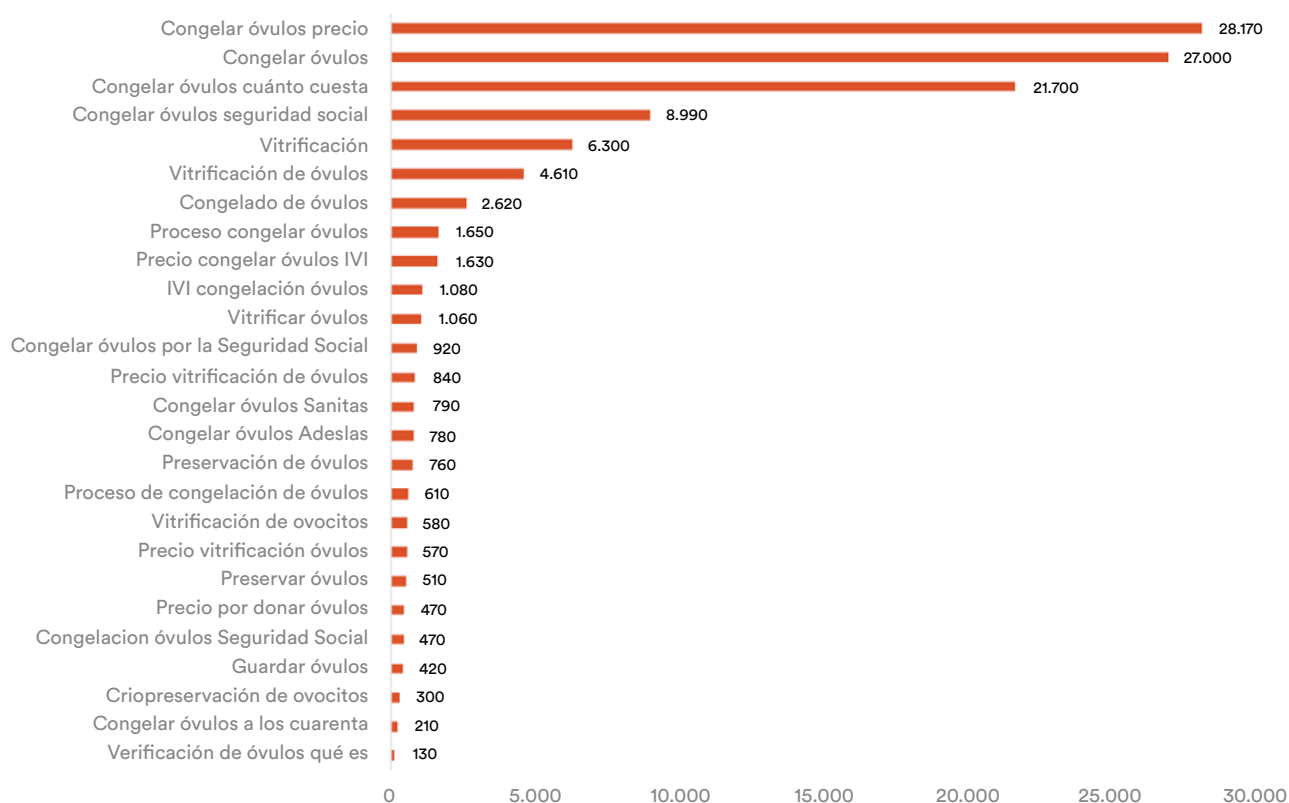
En 2024 se realizaron 337.230 búsquedas en Google sobre el concepto «aborto». En su mayor parte, el termino se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), más que al aborto espontáneo. En la siguiente gráfica se indican las necesidades concretas de información en quienes consultan sobre este tema [gráfica 22].

3.4 DONACIÓN DE ÓVULOS

Al bloque de búsquedas más generales sobre la donación de óvulos (donar óvulos, ovodonación qué es, proceso, etc.), le sigue otro bloque que se centra en sus aspectos económicos (precio, vender, pago, etc.). Un último bloque incluye aspectos prácticos (requisitos, clínica, cada cuanto se puede donar, etc.) [gráfica 23].



Gráfica 23 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con donación de óvulos.



Gráfica 24 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con congelación de óvulos.

3.5 CONGELACIÓN DE ÓVULOS

En el caso de la congelación de óvulos o criopreservación de óvulos, las búsquedas más frecuentes tienen que ver con su precio (precio, cuánto cuesta, etc.), incluso por encima de búsquedas más generales (congelar óvulos, vitrificación de óvulos, qué es, proceso, etc.). Otro bloque de búsquedas tiene que ver con cómo acceder a este tratamiento (seguridad social, Adeslas, Sanitas, etc.) [gráfica 24].

3.6 REPRODUCCIÓN ASISTIDA

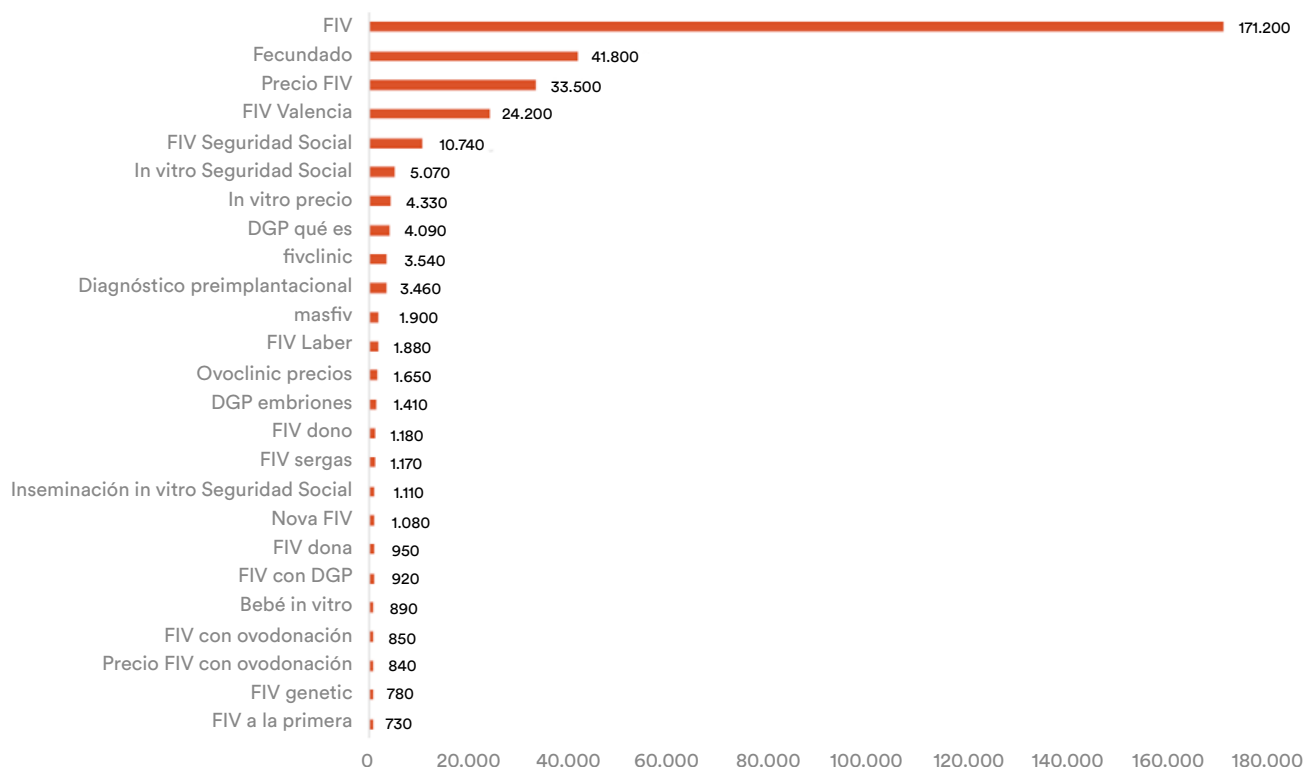
Las búsquedas relacionadas con técnicas de reproducción asistida fueron también muy frecuentes en 2024. En concreto, las búsquedas se centran en la fecundación in vitro (FIV) principalmente, aunque también en aspectos concretos como el diagnóstico genético preimplantacional (DGP). En cuanto a la FIV, las búsquedas muestran la preocupación por las cuestiones económicas y la necesidad de información sobre cómo acceder a estos tratamientos (precio, Valencia, Seguridad Social, Clínic, Laber, SERGAS, etc.) [gráfica 25].

3.7 MENOPAUSIA

Las búsquedas se dividen en dos bloques. Por una parte, las que tienen que ver con los síntomas, siendo el síntoma más buscado la **sequedad vaginal** y muy por debajo de este, los bochornos/sofocos. Por otra parte, las que buscan información sobre tratamientos o métodos para reducir los síntomas.

Entre las búsquedas de tratamientos, son mucho más frecuentes los tratamientos no hormonales que los hormonales. Esto responde a la **percepción negativa hacia los tratamientos hormonales sustitutivos** estudiada en la literatura científica, la cual se ha asociado al impacto mediático que tuvo el abuso de estos durante los primeros años de su comercialización y la detección de efectos secundarios graves. Aunque actualmente la dosificación está mucho más ajustada, la fobia a las hormonas (a la que se ha denominado «hormonofobia») sigue estando muy presente.

En particular, en nuestro estudio vemos una elevada frecuencia de búsqueda de información sobre complementos alimenticios o nutraceuticos «sin



Gráfica 25 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con reproducción asistida.

hormonas» (y en muchos casos, sin isoflavonas, sin fitoestrógenos) que supuestamente pueden ayudar a combatir los síntomas. Los más buscados son:

Flavia Nocta

Complemento alimenticio principalmente a base de isoflavonas de soja, lúpulo, melatonina, vitaminas (como D, B6 y B12), calcio y ácido alfa-linolénico. **Supuestos beneficios:** se dice que actúa sobre los síntomas nocturnos (reduce sudoración, mejora sueño) y la salud ósea.

Ymea

Gama de productos que suelen incluir salvia, maca, té verde, vitaminas (C, B12, B5, D) y minerales (Zinc). **Supuestos beneficios** dependen del producto, pero entre otros, se dice que aumentan el bienestar diurno y el descanso nocturno y que actúan mejorando síntomas como sofocos, sudores nocturnos, cambios de humor, fatiga, control de peso y quema de grasas.

Menocta

Complemento alimenticio principalmente a base de cimífuga racemosa, melatonina, 5-HTP, extracto citoplasmático de polen, ácido fólico, y vitaminas (E, B6 y B12). **Supuestos beneficios:** se dice que contribuye a aliviar los sofocos y la sudoración nocturna, que mejora la calidad del sueño y que ayuda a equilibrar el estado de ánimo.

Climafort

Complemento alimenticio principalmente a base de extracto de lúpulo, vitaminas (B3, K2, B5, B6, B2, A, biotina, D3, B12) y minerales (manganeso, zinc, selenio). **Supuestos beneficios:** se dice que ayuda a aliviar sofocos, sudores, irritabilidad e insomnio, y que contribuye a la salud de la piel, el cabello, las uñas y los huesos.

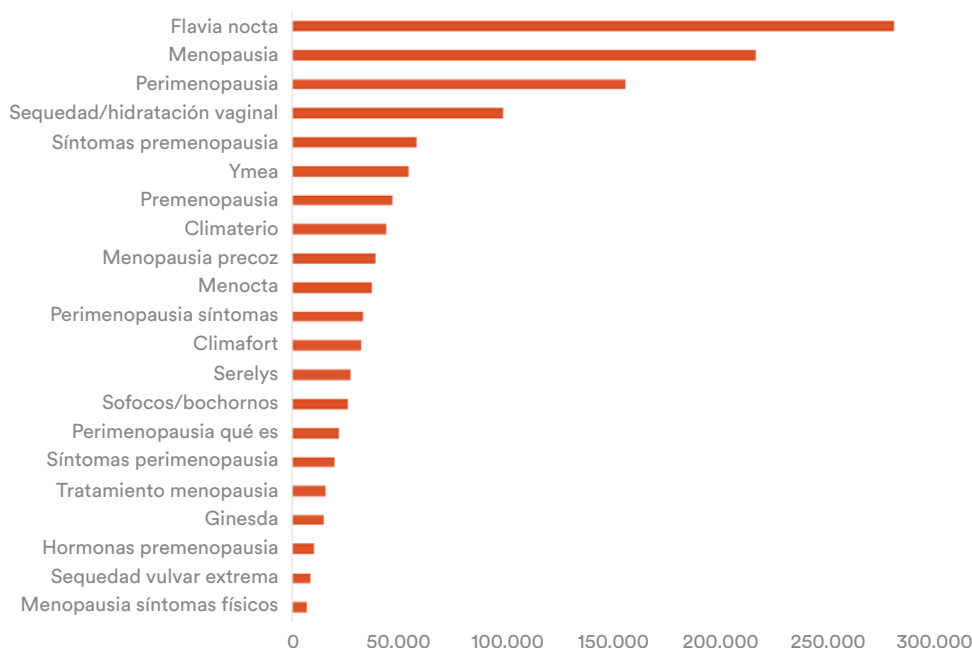
Serelys

Complemento alimenticio principalmente a base de extracto de polen purificado y vitamina E. **Supuestos beneficios:** se dice que ayuda a reducir sofocos, sudoración nocturna, irritabilidad y fatiga temporal; también que puede contribuir a disminuir la sequedad vaginal y la pérdida de densidad ósea.

Gineseda

Complemento alimenticio principalmente a base de isoflavonas de soja, aceite de onagra, extracto de lúpulo y salvia, y vitaminas (E, B6 y D3). **Supuestos beneficios:** se dice que alivia los sofocos, la transpiración excesiva, los cambios de humor y la sequedad vaginal; también se dice que contribuye a la salud de la piel y a la fortaleza de los huesos.

Los fabricantes de estos complementos alimenticios suelen aconsejar la toma de una a varias cápsulas



Gráfica 26 Número de búsquedas en Google en 2024 desde España relacionadas con menopausia.

diarias, según el producto y el caso. No están cubiertos por la Seguridad Social, por lo que deben adquirirse de manera privada, con un coste aproximado de **entre 10€ y 50€ al mes, según producto, dosis y lugar donde se adquieran**. Un gasto considerable si se tiene en cuenta que se tomarán durante años. Un problema añadido es que las búsquedas de distribuidores online de estos productos pueden llevar a puntos fraudulentos.

Es importante tener en cuenta que **los supuestos beneficios de los complementos alimenticios tienen menor respaldo científico que los medicamentos**, ya que no están sujetos a los mismos ensayos clínicos de eficacia y seguridad [gráfica 26].

Conclusiones

A lo largo del ciclo vital de la mujer se presentan distintas necesidades informativas y preocupaciones en torno a su salud reproductiva y sexual. Los retos que plantea la vida actual y la necesidad de saber más sobre las distintas tecnologías médicas se ven claramente representados en los tres estudios que integran esta investigación: el cuestionario sobre conocimientos y opiniones, el análisis del contenido de los medios de comunicación y el estudio de las búsquedas en Google.

1. En concreto, las principales conclusiones del estudio de conocimientos y opiniones, siguiendo el ciclo vital de la mujer, son las siguientes:

Salud sexual y reproductiva

En relación con la experiencia propia sobre si se hablaba o no de estos temas en el entorno familiar, la opción más seleccionada es que el tema se tendía a evitar y no se hablaba de él. Además, la mayor parte de las mujeres no creen que la información que se encuentra en internet sobre estos temas sea fiable y tampoco confían en los medios de comunicación. Por otra parte, la opinión general es que persisten aún muchos estereotipos y falsas creencias en torno a la salud sexual de la mujer.

Menstruación

La información recibida acerca de la menstruación es mejor en las generaciones de mujeres más jóvenes que en las de más edad, pero en conjunto aún no se percibe como una «buena información». La fuente principal de información sobre la menstruación es la familia, seguida muy de cerca por las amigas.

Consultas ginecológicas

En general, las mujeres encuestadas refieren estar satisfechas con el nivel de información que reciben durante las consultas ginecológicas. A mayor edad, más de acuerdo están con esta afirmación.

Anticonceptivos

En general, las encuestadas sienten que han recibido buena información sobre los métodos anticonceptivos y este nivel de satisfacción aumenta con la edad.

Donación de óvulos

Paradójicamente, mientras que las encuestadas consideran que tienen buena información sobre qué es la donación de óvulos, piensan que la sociedad general no está bien informada sobre esta cuestión.

Congelación de óvulos

En general, las encuestadas albergan elevadas expectativas en las probabilidades de éxito de la técnica de congelación de óvulos para lograr un embarazo en un futuro, sin embargo, casi la mitad reconoce que no tiene suficiente información. Un 20% de las encuestadas no quiere ni cree que vaya a querer someterse a esta técnica y un 30% no lo necesita ni lo va a necesitar (probablemente, mujeres que ya han tenido descendencia o están en edad postmenopáusica). En el caso de las que sí se lo plantearían, las tres razones que más les harían optar por esta técnica son la previsión ante posibles problemas de infertilidad futuros, la espera de unas mejores condiciones personales y la de unas mejores condiciones laborales, por encima de la espera hasta tener una pareja estable. El nivel de estudios y la edad impactan claramente en las opciones seleccionadas (a mayor nivel de estudios y más edad, con más probabilidad están de acuerdo con la criopreservación).

Reproducción asistida y selección de embriones

En general, las encuestadas están de acuerdo con la selección de embriones en tratamientos de reproducción asistida por distintas razones médicas (la opción no seleccionar y dejarlo al azar recibe una puntuación algo inferior al valor neutro: ni de acuerdo ni en desacuerdo). En concreto, las mujeres entrevistadas están de acuerdo con utilizar esta selección para evitar: **1)** enfermedades graves al nacer, **2)** enfermedades graves en la vejez o **3)** condiciones como la sordera o la ceguera. Por el contrario, en general no están de acuerdo en la selección de embriones: **1)** con mejores capacidades cognitivas (en caso de que esto fuera posible) o **2)** en función del sexo. Estas dos últimas opciones son mejor aceptadas en las generaciones más jóvenes.

Embarazo y salud

Las opiniones sobre la información recibida acerca de la experiencia del embarazo y sus posibles no son ni claramente positivas ni negativas y las experiencias reales en comparación con las expectativas previas son muy variables. En general, las encuestadas sienten que el embarazo se suele presentar con una visión de experiencia positiva.

Parto

En general, las encuestadas creen que el trato durante el parto es cada vez más respetuoso y que se tienen más en consideración las preferencias de

la mujer. Sin embargo, también creen que aún hay problemas importantes a resolver, como diferencias entre hospitales en la calidad del parto, persistencia de ciertas formas de violencia obstétrica y de cesáreas innecesarias. El parto en casa se percibe contundentemente como de mayor riesgo en comparación con el parto hospitalario, sin embargo, entre las mujeres de 18 a 24 años la visión sobre esta opción es menos negativa.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)/aborto

De forma muy generalizada, las mujeres encuestadas creen que es difícil hablar abiertamente del aborto/IVE, que los medios siguen cubriendo el tema de manera estigmatizada y que no es fácil encontrar información clara sobre cómo acceder a la IVE en caso de necesidad. Además, la gran mayoría está de acuerdo con la actual ley española sobre la IVE (especialmente quienes se identifican más con la izquierda y son ateas o agnósticas) y cree que cualquier hospital público debería estar preparado para practicar una IVE.

Menopausia

La visión más común sobre la menopausia es la de que se trata de una etapa natural, aunque las mujeres más jóvenes tienden a verla más como algo negativo. Muy pocas la ven como algo positivo. La opinión mayoritaria es que la sociedad sigue teniendo prejuicios sobre la menopausia y que los medios de comunicación no representan bien la información sobre este periodo de la vida.

2. El estudio de los medios de comunicación concluye que los temas cubiertos durante los doce meses previos a la investigación se han agrupado en tres grandes bloques:

A. El retraso de la maternidad

Sus causas y consecuencias, y los avances —así como los dilemas éticos— en torno a la reproducción asistida y la congelación de óvulos.

B. Los productos de higiene menstrual

Los persistentes tabúes y la desinformación, la comparación de productos de higiene y la búsqueda de la equidad en el acceso a productos e información («justicia menstrual»).

C. El cambio de discurso sobre la menopausia

Y el florecimiento del llamado mercado del bienestar menopáusico.

En las noticias publicadas se incluyen nuevas expresiones, tales como «justicia menstrual» o «mercado del bienestar menopáusico», que resumen de una manera atractiva y fácil de recordar el problema del que tratan. En el caso de la justicia menstrual, se trata de un término que se origina en las propias campañas de sensibilización y que los medios ayudan a amplificar. La denuncia sobre la mercantilización excesiva del bienestar durante la menopausia parece que parte de los propios periodistas, quienes ofrecen datos e información con los que denuncian este fenómeno emergente que se aprovecha de un sector de mujeres relativamente numeroso que comienza a adquirir productos o servicios con la esperanza de tener una mejor salud durante la menopausia, pero que no siempre están bien informadas sobre su auténtica utilidad o base científica.

Además de estos bloques de temas más frecuentes, ambos medios cubrieron también algunos debates en torno a la interrupción voluntaria del embarazo o aborto con motivo de cambios en la legislación o presentación de estadísticas. En concreto, las noticias principales sobre el aborto de ambos medios en 2024 giraron en torno a: **1)** el incremento de abortos y el debate sobre el acceso a la sanidad pública, **2)** cambios y sentencias judiciales sobre el aborto de menores sin necesidad de consentimiento paterno, **3)** el debate social y político por la despenalización y el acceso al aborto, tanto en España como en otros países, y **4)** la experiencia de las mujeres ante la realidad del aborto farmacológico y los silencios institucionales en el acompañamiento sanitario en casos de aborto espontáneo.

En resumen, los medios de comunicación han cubierto el tema de salud reproductiva y sexual de la mujer con relativa frecuencia, pero el foco se ha puesto en unos pocos debates, dejando de cubrir muchos otros temas. En conclusión, aunque los medios de comunicación son útiles para conocer la actualidad de algunos debates o sucesos concretos, son claramente insuficientes para informarse en su conjunto sobre la salud reproductiva y sexual de la mujer.

3. Por su parte, los resultados del estudio de búsquedas de información en Google visibilizan que hay cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y sexual sobre las que se requiere mucha información y ésta se busca en internet. Hay que tener en cuenta que no tenemos datos sobre las búsquedas relacionadas

con la salud sexual de la mujer pues los términos que utilizaríamos para el análisis se confunden con las numerosas consultas sobre servicios sexuales, páginas de pornografía o temas que no tienen que ver con la salud. Hecha esta aclaración, los resultados indican que los tres bloques de información con más búsquedas en 2024 fueron: el embarazo, los métodos anticonceptivos y la menopausia. En algunos casos, las búsquedas se alinean con las carencias de información detectadas en la encuesta o con los temas más presentes en los medios. Sin embargo, esta relación no siempre es así.

- La frecuencia tan elevada de búsquedas sobre el embarazo (principalmente sobre el test de embarazo y los primeros síntomas) indica que durante esta etapa hay muchas dudas y claramente se recurre a internet para intentar encontrar información.
- El segundo bloque de búsquedas se refiere a los métodos anticonceptivos. En este caso, se produce una situación contradictoria entre el estudio de Google y el cuestionario. En concreto, en las encuestas las mujeres afirman haber recibido suficiente información sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo, la frecuencia tan alta de búsquedas en Google sugiere que realmente siguen teniendo una alta necesidad de informarse, especialmente sobre «la pastilla del día después».
- El tercer bloque de búsquedas tiene que ver con la menopausia, destacando las búsquedas a productos comerciales en forma de complementos alimenticios. Aquí sí vemos una clara coincidencia respecto a la encuesta, en la que se concluye que falta información. La cuestión aquí es qué tipo de información aparece al consultar, pues en la encuesta también se reconoce que la que se encuentra en internet y la que publican los medios de comunicación es poco fiable.

Con cifras igualmente muy elevadas en comparación con datos de anteriores informes Quiral, encontramos otras búsquedas: profesionales sanitarios (ginecología y obstetricia), técnicas de reproducción asistida y aborto.

Recomendaciones

Los resultados de este informe dejan claro que la comunicación puede ser una herramienta clave para aumentar la cultura sobre la salud reproductiva y sexual de las mujeres, así como para combatir el efecto de la desinformación circulante (en redes sociales y en núcleos de amistades o familiares cercanos). A la vez, la comunicación puede ayudar a fomentar políticas sanitarias más acordes con las necesidades reales de las mujeres respecto a esta cuestión a lo largo de su ciclo vital.

En concreto, proponemos incluir las siguientes acciones en futuras campañas informativas:

1. Intentar que, en la adolescencia, la información sobre la menstruación o la sexualidad no recaiga tanto en las amigas, sino en fuentes más fiables. El papel de la familia es decisivo, pero a menudo estos temas se abordan de manera superficial y cuesta que surjan en las conversaciones cotidianas, reservándose para espacios ocasionales e íntimos en el mejor de los casos. Esto hace que hablar sobre ellos se asocie a algo extraño y difícil y por ello las adolescentes recurren con más facilidad a sus amigas.

2. Continuar con las campañas de comunicación que dan apoyo a las políticas de «justicia menstrual» favoreciendo el acceso a información y productos de higiene menstrual efectivos y seguros a todas las personas.

3. Proporcionar una información clara y científica sobre los métodos anticonceptivos. Dar visibilidad a los datos y conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos para reducir las falsas creencias y desinformaciones que circulan en redes sociales o que se transmiten entre amistades y familia (por ejemplo, respecto a efectos secundarios de determinados métodos).

Intentar que en la elección de los métodos no tenga tanta influencia el contexto sociocultural, las tradiciones infundadas y la información circulante en redes, sino las necesidades auténticas de las mujeres (y sus parejas, cuando sea el caso) y las mejores soluciones que pueda aportar el sistema sanitario. La comunicación debería ser también un instrumento para fomentar que las políticas sanitarias garanticen el acceso público a sistemas anticonceptivos eficaces.

4. Intentar eliminar la falsa percepción sobre la «pastilla del día después» como un método para abortar. Facilitar la comprensión sobre su mecanismo de acción e **informar sobre aspectos prácticos que tengan que ver con el acceso a este recurso y al mismo tiempo fomentar un uso responsable, limitado únicamente a casos de emergencia.**

5. Proporcionar una información más realista sobre el embarazo, con sus aspectos positivos y también sus síntomas. Aunque la mayor parte de las mujeres sienten que han tenido una experiencia positiva y que esto es lo que esperaban, un porcentaje considerable refiere haberse sorprendido ante experiencias que no esperaban o no tenían información previa sobre ellas.

6. Dar a conocer los casos aún existentes de violencia obstétrica y fomentar una cultura sanitaria en la que las **mujeres puedan participar más en las decisiones sobre su parto**, siempre que estas no supongan un riesgo.

7. Hablar clara y visiblemente sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE o aborto voluntario) y ofrecer información práctica. A pesar de las leyes actuales y de la aceptación general de la sociedad respecto en la utilización de este método para poder interrumpir un embarazo, la información sobre cómo se lleva a cabo, dónde y cómo acceder a este recurso cuesta de encontrar. Por otra parte, la comunicación podría ayudar a que más hospitales y centros sanitarios del sistema público cubran este servicio, fomentando políticas que vayan en este sentido.

8. Aportar más información sobre las consecuencias del retraso actual en la maternidad (caída de la fertilidad, complicaciones en el embarazo y el parto, etc.). Intentar que este no sea una obligación ante el cambio social. Fomentar, a través de la comunicación y como sociedad, el **apoyo a políticas públicas que permitan una maternidad en edades con menos riesgos** y en las que sea menos necesario el intervencionismo.

9. Garantizar que la información que circula sobre las técnicas de reproducción asistida y la congelación de óvulos sea acorde con la realidad. Fomentar, mediante la comunicación, políticas públicas que den mejor

respuesta ante las necesidades actuales en el acceso a la reproducción asistida y que reduzcan la brecha entre las mujeres que llegan al sistema privado y al público.

10. Visibilizar e informar sobre la menopausia y el bienestar durante esta época y al mismo tiempo denunciar su mercantilización. Continuar las campañas en las que se fomenta el conocimiento sobre la menopausia, qué es, qué síntomas son frecuentes y cuáles menos frecuentes, cómo mejorar la salud durante este periodo, etc. Fomentar mediante la comunicación **políticas públicas que ayuden a las mujeres a mejorar su salud durante este periodo. Alertar a la población sobre la extensión de productos y servicios para la menopausia con poca o ninguna evidencia científica** y sobre el riesgo de comprar en circuitos no autorizados.

Referencias bibliográficas

Adamson, G. D., Zegers Hochschild, F., & Dyer, S. (2023). *Global fertility care with assisted reproductive technology*. *Fertility and Sterility*, 120(3), 473-482. [https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.013]

Binha, L., Pantoja, L., & Ecuriet, R. (2025). *Editorial: Quality of sexual and reproductive health care: strengths, gaps, and challenges for midwifery care*. In *Frontiers in Global Women's Health* (Vol. 6). Frontiers Media SA. [https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1546264]

BOE (1984). *Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979*. España: Boletín Oficial del Estado BOE-A-1984-6749. Boletín Oficial del Estado, 69, 21. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1979/12/18/(1)]

Brinsden PR. The story of Patrick Steptoe, Robert Edwards, Jean Purdy and Bourn Hall Clinic. In: Kovacs G, Brinsden P, Decherney A, editors. *In vitro fertilization: the pioneers' history*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2018.

Critchley, H. O., Babayev, E., Bulun, S. E., Clark, S., Garcia-Grau, I., Gregersen, P. K., ... & Griffith, L. G. (2020). *Menstruation: science and society*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(5), 624-664.

Daniluk, J.C. & Koert, E., 2015. *Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs*. *Human reproduction* (Oxford), vol. 30, no. 2, ISSN 0268-1161. DOI 10.1093/humrep/deu328.

DeLoughery, E., Colwill, A. C., Edelman, A., & Bannow, B. S. (2024). *Red blood cell capacity of modern menstrual products: considerations for assessing heavy menstrual bleeding*. *BMJ sexual & reproductive health*, 50(1), 21-26.

D'Souza P, Bailey JV, Stephenson J, Oliver S. *Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews* (2022). *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 27(5):364-372. [https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215]

Galoviche V. (2016). *Conferencia internacional sobre población y desarrollo de El Cairo (1994): avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva*. *RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 8(8), 89-97.

Hennegan J, Shannon AK, Rubli J, Schwab KJ, Melendez-Torres GJ. (2019). *Women's and girls' experiences of menstruation in low- and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis*. *PLoS Med*. 16(5):e1002803. [https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002803].

Hodes-Wertz B., Druckenmiller S., Smith M, Noyes N.(2013). *What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility?* *Fertility and Sterility*. 100 (5): 1343_49. [https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.07.201]

House, S., Mahon, T., & Cavill, S. (2013). *Menstrual hygiene matters: a resource for improving menstrual hygiene around the world*. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 257-259.

Li, F., Ye, B., Chen, M., Zhou, X., Yu, L., Xiang, J., ... & Zhang, J. (2025). *Genetic nexus of assisted reproduction technique efficacy in infertile women: insights from a comprehensive retrospective study*. *Journal of Applied Genetics*, 19. [https://doi.org/10.1007/s13353-025-00961-9]

Martin-Key, N.A., Funnell, E.L., Spadaro, B. et al. Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study. *npj Womens Health* 1, 2 (2023). [https://doi.org/10.1038/s44294-023-00002-y]

Mohammadi, L., Aranda, D., & Martínez-Martínez, S. (2019). *The narratives of fertility clinic's websites in Spain*. *Profesional de La Informacion*, 28(2), 1-13. [https://doi.org/10.3145/epi.2019.mar.19]

Moya Esteban, B. M. (2023). *¿Por qué las mujeres españolas retrasamos nuestra maternidad?* (Tesis doctoral, Universidad de Alcalá). [https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/56153]

Pierce, N., & Mocanu, E. (2018). *Female age and assisted reproductive technology*. *Global Reproductive Health*, 3(2), e9. [https://journals.lww.com/grh/FullText/2018/06000/Female_age_and_assisted_reproductive_technology.3.aspx]

Rondung, E., Magnusson, S., & Ternström, E. (2022). *Preconception fear of childbirth: experiences and needs of women fearing childbirth before first pregnancy*. *Reproductive Health*, 19(1), 202.

Sánchez López, S., Barrington, D.J., Poveda Bautista, R. et al. *Spanish menstrual literacy and experiences of menstruation*. *BMC Women's Health* 23, 161 (2023). [https://doi.org/10.1186/s12905-023-02293-4]

Sharma, A., McCabe, E., Jani, S., Gonzalez, A., Demissie, S., & Lee, A. (2021). *Knowledge and attitudes towards contraceptives among adolescents and young adults*. *Contraception and reproductive medicine*, 6(1), 2.

Sociedad Española de Contracepción y Fundación Española de Contracepción (2024). *Encuesta de anticoncepción en España 2024*. [<https://sec.es/encuesta-de-anticoncepcion-en-espana-2024/>]

Sociedad Española de Fertilidad, SEF. 2021. *Registro Nacional de Actividad 2021-Registro SEF*. [https://www.sefertilidad.net/documentos/3TsCuAzMiJcLkFq4fQ_-clidBSVzs7kFa7QYPbK00mQ.pdf]

Sociedad Española de Fertilidad, SEF. 2024. *Documento de Consenso sobre Natalidad y Salud Reproductiva en España*. [<https://sefertilidad.net/documentos/HKoWl4KVlphHHYKPu43JzTKiCRP1SgCnbm-d5JcaiDw.pdf>]

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). *Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions*. *Reproductive health*, 15(1), 73.

Tan, D. A., Haththotuwa, R., & Fraser, I. S. (2017). *Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding*. In *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* (Vol. 40, pp. 121–133). Bailliere Tindall Ltd. [<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.015>]

Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf]

Wiggleton-Little, J. (2024). *«Just» a painful period: A philosophical perspective review of the dismissal of menstrual pain*. *Women's Health*, 20, 17455057241255646.

FUNDACIÓ VILA CASAS

www.fundaciovilacasas.com

ESPAIS VoLART BARCELONA

Espais Volart
Ausiàs Marc, 20-22
08010 Barcelona
+34 93 481 79 85
volart@fundaciovilacasas.com

CAN FRAMIS BARCELONA

Museu Can Framis
Roc Boronat, 116-126
08018 Barcelona
+34 93 320 87 36
canframis@fundaciovilacasas.com

CAN MARIO PALAFRUGELL

Museu Can Mario
Plaça Can Mario, 7
17200 Palafrugell (Girona)
+34 972 306 246
canmario@fundaciovilacasas.com

PALAU SOLTERRA TORROELLA

Museu Palau Solterra
Església, 10
17257 Torroella de Montgrí (Girona)
+34 972 761 976
palausolterra@fundaciovilacasas.com

Informe Quiral 2025

Medicina,
comunicación
y sociedad