

## BALANCE A UN AÑO DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE SSR E IVE

Madrid, 4 de julio de 2011

Al cumplirse un año de la entrada en vigor de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo, ACAI considera que:

**LAS DESIGUALDADES EN LA APLICACIÓN DE LA NORMA SE ESTÁN CRONIFICANDO DEBIDO A LAS DISTINTAS INTERPRETACIONES QUE DE LA LEY REALIZAN LOS GOBIERNOS AUTONOMICOS Y A LA FALTA DE ACCIÓN DE UN EJECUTIVO QUE HA RENUNCIADO A SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE SU PROPIA NORMA.**

Como consecuencia, el espíritu de la ley y los principios de igualdad, accesibilidad, gratuidad, confidencialidad y seguridad que buscaba la norma en su articulado están lejos de alcanzarse para todo el territorio.

### **17 Leyes de aborto.**

**LA DISPARIDAD EN LA GESTIÓN MANTIENE 17 LEYES DE ABORTO. UNA POR CADA AUTONOMÍA.**

Tal y como ya ocurriese con otras leyes de carácter social y sanitario (Ley de la Dependencia, Educación para la Ciudadanía...) la falta de recursos económicos, el propio desconocimiento de la norma, la posición ideológica de los gobiernos autonómicos...están propiciando que no exista una unidad de criterios en la gestión de la prestación sanitaria de aborto provocado. Por su parte, el Ejecutivo no está utilizando los escasos recursos que se ha reservado para hacer cumplir sus propia norma, entre ellos: la habilitación normativa que establece para la titular de sanidad, la disposición final segunda del real decreto 831/2010 de garantía de la calidad asistencial, las posibilidades de coordinación que puedan fijarse en el marco del Consejo Interterritorial de Salud o medidas políticas y jurídicas específicas contra los incumplimientos de la norma.

**El aborto desciende por la bajada del número de mujeres en edad reproductiva y el freno de la inmigración.**

**EL PAULATINO DESCENSO DE LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN EDAD REPRODUCTIVA Y EL FRENO EN LA LLEGADA DE MUJERES INMIGRANTES EXPLICAN LA BAJADA EN EL NÚMERO DE NACIMIENTOS Y ABORTOS QUE VIENE PRODUCIÉNDOSE EN NUESTRO PAÍS Y QUE HA ACOMPAÑADO LA APLICACIÓN DE LA LEY.**

Pese a que la ley posibilitaba una serie de medidas encaminadas a disminuir los embarazos no deseados, estas no han llegado a implementarse. Hoy por hoy, *la educación sexual como materia curricular sigue sin desarrollarse, el acceso a los métodos anticonceptivos es parcial y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo no ha conseguido superar un certero diagnóstico de situación y una loable declaración de intenciones que sin embargo, no se han articulado de manera práctica.* Por todo ello, resulta poco riguroso atribuir a la Ley de SSR e IVE y a unas medidas preventivas parciales no desarrolladas, la disminución del número de abortos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, desde el año 2007 hasta el año 2010 se ha registrado un descenso de las mujeres españolas en edad reproductiva de 325.425, este descenso venía amortiguándose por la llegada continuada de mujeres inmigrantes de entre 15 y 45 años que solo en el año 2008 ascendieron a 107.127. Sin embargo, a partir de ese año las mujeres inmigrantes en edad de procrear que llegan a España no pueden considerarse ya como población de reemplazo ya que tan solo alcanzan las 11.865. Cifra que, con un ligero descenso, podemos decir que se mantiene en el año 2010

con 11.574 mujeres inmigrantes. Las consecuencias directas del paulatino descenso de las mujeres españolas en edad reproductiva y la disminución en la llegada de mujeres inmigrantes de 15 a 45 años que llegan a nuestro país se traduce en:

- Si en el 2008, año en que las nacionales disminuyeron 87.551 mujeres, pero las inmigrantes aumentaron 107.127, la tasa de nacimientos se situaba en 1,46; en los seis primeros meses de 2010, año en que la población de reemplazo inmigrante solo asciende a 11.574 mujeres, la natalidad cae en un 3'2%, bajando la tasa hasta 1'38.
- Si en el año 2008 la tasa de aborto se situaba en 11,78, en el año 2009 baja por las mismas razones argumentadas en el punto anterior a 11,41.
- Los centros acreditados de ACAI han estudiado que las mujeres inmigrantes en edad reproductiva asimilan el método contraceptivo a los tres años de residencia en nuestro país, por lo que las residentes de más de tres años ya no tienen el mismo número de hijos ni el mismo número de abortos que al inicio de su residencia en España.

<b>MUJERES ESPAÑOLAS EN EDAD REPRODUCTIVA (INE)</b>				
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>15-19 años</b>	1.008.619	994.940	977.395	961.145
<b>20-24 años</b>	1.137.868	1.103.929	1.074.656	1.050.755
<b>25-29 años</b>	1.434.999	1.368.783	1.307.454	1.247.960
<b>30-34 años</b>	1.650.660	1.647.721	1.619.015	1.579.836
<b>35-39 años</b>	1.622.147	1.637.695	1.655.332	1.673.952
<b>40-44 años</b>	1.625.402	1.639.076	1.635.609	1.640.622
<b>TOTAL</b>	<b>8.479.695</b>	<b>8.392.144</b>	<b>8.269.461</b>	<b>8.154.270</b>
<b>AUMENTO</b>		-87.551	-122.683	-115.191

<b>MUJERES INMIGRANTES EN EDAD REPRODUCTIVA (INE)</b>				
	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>15-19 años</b>	134.707	140.507	139.151	140.263
<b>20-24 años</b>	249.810	260.358	247.768	249.537
<b>25-29 años</b>	364.546	383.151	375.490	378.141
<b>30-34 años</b>	336.573	368.569	380.971	383.598
<b>35-39 años</b>	269.197	289.347	299.799	301.711
<b>40-44 años</b>	20.3991	224.019	234.637	236.140
<b>TOTAL</b>	<b>1.558824</b>	<b>1.665 951</b>	<b>1.677 816</b>	<b>1.689390</b>
<b>AUMENTO</b>		107.127	11.865	11.574

[Una gratuidad que aseguran los centros acreditados frente a algunas administraciones en deuda.](#)

LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LA PRESTACIÓN SANITARIA DE ABORTO PROVOCADO PODRÍA ALCANZAR EL 70%; SI BIEN EN ALGUNOS TERRITORIOS LA GRATUIDAD ESTÁ SIENDO GARANTIZADA POR LOS CENTROS Y NO POR LAS ADMINISTRACIONES. ES EL CASO DE MADRID Y DE CASTILLA LA MANCHA, DONDE LA MUJER ACCEDE GRATUITAMENTE A LA PRESTACIÓN GRACIAS A LA VOLUNTAD DE LOS CENTROS. EN MADRID LOS HOSPITALES DE TITULARIDAD PÚBLICA, PERO DE GESTIÓN PRIVADA LLEGAN A ACUMULAR UN RETRASO EN EL PAGO A LAS CLÍNICAS DE HASTA 20 MESES.

De no modificarse la situación, los centros no podrán seguir garantizando la prestación a las mujeres, ya que esta se está facilitando gratuitamente a costa del propio patrimonio y los créditos contraídos por las clínicas acreditadas. Frente a esta situación y pese a instar a la Comunidad de Madrid a establecer una interlocución mínima que resuelva el problema, la Consejería de Sanidad no ha recibido a los representantes de los centros.

Los centros acreditados madrileños “están financiando” una prestación que debería ser sostenida por la Administración Madrileña para evitar situaciones como las de las mujeres catalanas, obligadas por su administración adelantar el pago de la intervención. Sin embargo, la situación de asfixia económica a la que están conduciendo a los centros obligará a los mismos a adoptar medidas no deseables para ninguna de las partes.

**El desconocimiento de la ley por parte de algunos/as profesionales sanitarios públicos vulnera los derechos de la mujer, impidiéndola acceder con normalidad a la prestación.**

**El desconocimiento del articulado de la propia ley o motivaciones de carácter ideológico llevan a pocos profesionales sanitarios del ámbito público a difundir información errónea sobre la interrupción del embarazo entre las mujeres que acuden a ellos/as en busca de asesoramiento.** En comunidades autónomas como Cataluña o Andalucía se han registrado numerosos casos de profesionales que vulnerando el artículo 15 de la ley que contempla la posibilidad de interrumpir la gestación por salud materna o patología fetal, niegan a la mujer esta posibilidad al afirmar que las interrupciones a partir de la semana 14 son ilegales.

Asimismo, distintos profesionales de la comunidad de Madrid han aconsejado a las mujeres afectadas por una patología fetal incompatible con la vida o incurable detectada más allá de la semana 22, que “resuelvan” su situación fuera del país. Esta circunstancia vulnera el artículo 16 de la ley que ofrece a la mujer la posibilidad de ratificar a través de un comité clínico el diagnóstico de patología fetal incurable o muy grave y en consecuencia elegir o no la interrupción de su gestación.

**Información Preceptiva y Obligatoria. La oportunidad de difundir información “parcial”**

**Pese a que ACAI pidió que la información preceptiva y obligatoria fuese común y estuviera disponible en la Web del Ministerio de Sanidad, la normativa vigente obliga a las Administraciones Públicas a entregar la información para la mujer en un sobre cerrado, elaborado y editado por el órgano competente de la Comunidad Autónoma donde se vaya a practicar la intervención.**

La consecuencia más directa es que algunas comunidades autónomas como Madrid utilizan los sobres informativos para culpabilizar a la mujer y dirigirla a organizaciones de claro signo antielección. Otras comunidades como la Castellano Leonesa obligan a los propios centros a introducir información sobre la Red Madre en unos sobres cuyo contenido debería ser imparcial. Incluso en Andalucía la Consejería no ha sido capaz de distribuir regularmente los sobres preceptivos pidiendo en esos casos a los centros que descarguen de la web la información, rellenen los sobres, los cierren y los faciliten a las mujeres, es decir pidiendo a los centros que incumplan la ley.

**La confidencialidad e intimidad de la mujer, “accesible” según el territorio.**

**ACAI ha defendido siempre el derecho a la confidencialidad y la intimidad de la mujer. Una intimidad que habría quedado perfectamente garantizada si se hubiera “hecho cumplir” la legalidad vigente. Es decir ACAI siempre ha defendido que no eran necesarias nuevas medidas para proteger la intimidad de la mujer, simplemente era necesario aplicar las existentes.**

Por el contrario, la vigente normativa no solo ha venido a complicar tremendamente la mecánica interna de las clínicas, sino que pese a que los centros se han adaptado a la nueva ley, la realidad demuestra que las normas tendentes a proteger la intimidad de las mujeres no se cumplen “de nuevo” por parte de la Administración.

En estos momentos, administraciones como la Catalana, la Valenciana o la Murciana...no solo no codifican y no protegen por tanto la intimidad de la mujer (tal y como exige la ley) sino que esta queda identificada durante todo el proceso y su intimidad expuesta en ocasiones hasta el punto de que dicha identificación es imprescindible para el reembolso de la prestación, tal y como sucede en Cataluña.

### Tiempo desde la solicitud de la prestación a la realización de la intervención.

Frente a Comunidades Autónomas donde todo el proceso desde la solicitud de la prestación hasta la realización del aborto no dura más de una semana (Euskadi, Valencia, Murcia, Galicia...); en otras comunidades (Cataluña, y algunas provincias de Castilla León...) la mujer sufre un periplo vital y médico que, en algunos casos, puede durar hasta dos y tres semanas. Este hecho conduce a muchas mujeres a renunciar, “por agotamiento emocional” o por miedo a superar determinadas semanas de gestación, a su derecho de acceso a una prestación gratuita.

Pese a que uno de los objetivos básicos de la ley, pasaba por asegurar la prestación a la mujer dentro de su propio territorio, la realidad demuestra que no todas las mujeres pueden acceder al aborto provocado en el lugar donde residen. Esta circunstancia constituye otra fuente de desigualdad y desequilibrio en relación a la prestación entre autonomías e incluso entre las provincias de una misma Comunidad Autónoma.

Se da la circunstancia de que las mujeres de Navarra y La Rioja tienen que abandonar su Comunidad, pero también se está constatando que algunas mujeres de determinadas provincias de Castilla y León tienen que abandonar no solo su provincia sino su comunidad si quieren que la prestación les sea financiada públicamente.

Por otra parte, en algunos territorios en los que la mujer reside, temporal, habitualmente o coyunturalmente, esta no podrá realizar la interrupción en dicha comunidad, teniendo que desplazarse a la autonomía de origen para poder acceder a la prestación. Algo que no sucede con ningún otro recurso sanitario.

### Requisitos de calidad dispares en la acreditación de centros.

La carencia de unos parámetros comunes de carácter reglamentario, consensuados para todos los centros, independientemente del territorio donde estén ubicados; ha dado lugar a que cada Administración Autónoma esté estableciendo sus propios requisitos de acreditación para las clínicas. Requisitos que en muchos casos nada tienen que ver con las condiciones técnico sanitarias de las intervenciones y que en otros resultan desproporcionados para la realización de interrupciones de cirugía menor ambulatoria de primer trimestre.

### Andalucía: Única comunidad que garantiza un modelo de concertación público transparente y equitativo.

Si bien es cierto que prácticamente en todas las comunidades se han establecido modelos de derivación, en ninguna Comunidad Autónoma, salvo Andalucía, se ha consolidado un modelo de concertación público para la adjudicación del servicio. Lo que sin duda no constituye un ejercicio ni de transparencia, ni de equidad por parte de las Administraciones Públicas Españolas.

### Mujeres de 16 y 17 años.

Argumentamos en su día las múltiples razones y los diferentes fundamentos legales, por los que considerábamos que a la mujer de 16 y 17 años la Ley debía de reconocerles su derecho a decidir libremente sin más requisito que su consentimiento y voluntad, toda vez que hubieran recibido toda la información necesaria. En esta línea anunciábamos conflictos y dificultades si se limitaba el derecho de las mujeres comprendidas en estas edades.

En la práctica se ha demostrado que:

- El porcentaje de mujeres de 16 y 17 años que interrumpe su gestación en los centros ACAI oscila entre un 3% y un 4% del total de mujeres.
- Sobre todo en el colectivo de inmigrantes, a quienes se deja acceder al territorio del Estado Español con 16 y 17 años sin estar acompañadas de sus padres, y que no suelen tener más documentación que su pasaporte, posteriormente se les exige, caso de querer someterse a una IVE, que o les acompañen sus padres o que acrediten situaciones negativas, lo que convierte la prueba en impracticable.
- En el caso de las españolas, entre un 80 y un 90% de los casos atendidos por centros ACAI acuden acompañadas a las clínicas. Las que vienen solas es porque el conocimiento de su situación de gestante por parte de sus padres podría causarles serios prejuicios.

## **RECOMENDACIONES**

- ✚ ACAI **pide a los gestores autonómicos de la norma que no hagan una lectura particular de una ley que debe aplicarse por igual en todo el territorio al margen de las posiciones políticas e ideológicas.** Lectura que en muchos casos sitúa a estos gobiernos autonómicos al margen de la legalidad.
- ✚ ACAI solicita al Ministerio de Sanidad y a los/as consejeras/os autonómicos de sanidad que adopten **medidas consensuadas en el marco del Consejo Interterritorial de Salud** encaminadas a aplicar una sola ley en los 17 territorios autonómicos.
- ✚ En este mismo sentido, y **ante la disparidad de criterios que se están considerando en las distintas comunidades para acreditar a los centros.** ACAI considera imprescindible que el Ministerio coordine y supervise dichos criterios de acreditación. Para ello, pide además al Ministerio que **cuenta con la experiencia y el asesoramiento de los/as profesionales** que llevan realizando la práctica sanitaria de Aborto Provocado más de 25 años, a fin de evitar que se establezcan condiciones inasumibles e innecesarias para los centros o bien por el contrario se produzca una pérdida de calidad al rebajar las condiciones de acreditación.
- ✚ **La Ley de SSR e IVE es una ley orgánica de carácter nacional de la que no debe desvincularse el Ejecutivo socialista que la ha promovido,** hacerlo es renunciar al desarrollo de una prestación sanitaria equitativa, gratuita, segura y confidencial, dejando en manos de los gobiernos autonómicos y de los centros acreditados la consolidación o no de un derecho sexual y reproductivo básico de la mujer.
- ✚ En base a ello **pedimos a la titular del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Dña. Leyre Pajín, que haga uso de la habilitación normativa** que la disposición final segunda del real decreto 831/2010 de garantía de la calidad asistencial de la prestación establece para la ministra de sanidad; y dicte cuantas disposiciones sean necesarias para unificar criterios en todas las autonomías.

**Disposición final segunda. *Habilitación normativa.***

**Se habilita a la Ministra de Sanidad y Política Social para dictar cuantas disposiciones requieran la definición y aplicación de lo establecido en este real decreto, sin perjuicio de las competencias de desarrollo y ejecución que ostentan las comunidades autónomas.**

**10154** *Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.*

- ✚ No es competencia de ACAI evaluar si las partidas presupuestarias destinadas a financiar el Aborto Provocado de las mujeres que acceden al mismo deben ser propias de la comunidad o transferidas. Sin embargo, parece evidente que **los centros acreditados no pueden seguir garantizando la gratuidad a costa de sus propios medios sin que se produzca una quiebra de la prestación y una merma de la calidad,** por lo que se insta a las administraciones autonómicas y central a resolver el problema.



- ✚ ACAI pide que **la voz de los/as expertos en la práctica sanitaria de Aborto Provocado sea considerada tanto a nivel autonómico como estatal**. Resulta imprudente desoír la experiencia de más de 25 años en el recurso de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- ✚ ACAI pide **que se fomente “realmente” la formación de los/as profesionales sanitarios y sociales en Aborto Provocado**. En este sentido, los centros acreditados ponen de nuevo su experiencia al servicio de tal fin, ya sea desde la formación universitaria, hospitalaria o en los propios centros ACAI que la asociación pone a disposición de las autoridades responsables de promover este compromiso legislativo.
- ✚ **Los/as profesionales de los centros recuerdan que los embarazos no deseados preconcepcionales solo se evitan con medidas preventivas**, tales como, la educación sexual de carácter curricular en la primaria y secundaria. Posibilidades contempladas en la ley y no concretizadas por una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que no establece medidas concretas al respecto.

---

Para aquellos/as que quieran profundizar en la situación concreta de una comunidad autónoma determinada pueden contactar con:

**Andalucía:** Francisca García (Vicepresidenta de ACAI) 618263414 y Eva Rodríguez (Vocal por Andalucía) 699088118.

**Asturias:** Blanca Cañedo (Vocal por Asturias) 696475208.

**Castilla La Mancha:** Sergio Muñoz (Vocal por Castilla La Mancha) 670840183

**Cataluña:** Santiago Barambio (Presidente de ACAI) 670246982.

**Cantabria:** Sergio Muñoz (Vocal por Cantabria) 670840183

**Castilla León.** Eugenio Civieta (Vocal por Castilla León) 606300579.

**Comunidad de Madrid.** Empar Pineda (Vocal por Madrid-Clínica Isadora) 639474664, Sergio Muñoz (Clínica El Bosque) 670840183

**Comunidad Valenciana y Murcia.** Francisco Valero 609608931(Vocal de Murcia y Valencia)

**Galicia:** Elías García 637451052 (Vocal por Galicia)

**Euskadi:** M<sup>a</sup> Ángeles Cortazar 627672594 (Vocal por Euskadi)

---