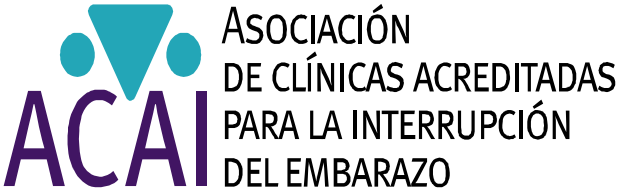
PRESENTACIÓN PARA LA SUBCOMISIÓN PARLAMENTARIA SOBRE INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

ASOCIACIÓN DE CLINICAS ACREDITADAS PARA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO



SANTIAGO BARAMBIO BERMUDEZ
Medico-Ginecólogo
Presidente de ACAI

Congreso de los Diputados
Comisión de Igualdad

25 de Noviembre de 2008

Buenos días. Agradezco al PSOE que me haya distinguido con su confianza en mi experiencia y a SS SS que atiendan mi exposición y respuestas.

PRESENTACIÓN ABREVIADA de SANTIAGO BARAMBIO BERMUDEZ:
Licenciado en Medicina por la UB y Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Ex presidente de: Societat Catalana de Contracepció (Acadèmia de Ciències Mèdiques)
Miembro de la J. Directiva: Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears
Presidente: Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo
Miembro de honor de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecología
Creador y director de la Agrupación Tutor Medica, colectivo de profesionales que se dedican a la Salud Sexual y Reproductiva incluyendo el aborto provocado de menos y más de 12 semanas de gestación y a la formación de profesionales.
Autor de 2 libros, más de 12 artículos y 4 Capítulos en Tratados ginecológicos, todos ellos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, destacando el capitulo 131 del Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)
Ex jefe de la Unidad de Interrupción del Embarazo del Hospital Provincial de Castellón
Socio Fundador de la SEC
Socio de la SCOG y de la SEGO entre otras.

ABORTO PROVOCADO (AP) Y ACUERDOS INTERNACIONALES:
Los Derechos Humanos pueden ser entendidos como: Las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad, que facilite a los individuos ser personas, identificándose consigo mismos y con los otros.

Creo pertinente referirme en mi exposición, al documento "**La Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos" de la International Planned Parenthoot Federation (IPPF)**, realizado bajo el aliento del entonces Secretario General de la OMS, Dr. Mhaler, y con la colaboración de las expertas en derechos humanos internacionales, Rebecca Cook y Mona Zulficar. Este documento se aprobó en 1995 en su Asamblea de Miembros y establece **12 derechos sexuales y reproductivos basándose en conclusiones de las Conferencias de Naciones Unidas: Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993), La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo 1994), la Cumbre Mundial sobre Derecho Social (Copenhague 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995)**. Conferencias que obligan a los gobiernos que suscriben y ratifican sus conclusiones a actuaciones encaminadas al cumplimiento de lo acordado. España ha suscrito y ratificado las conferencias internacionales citadas.

El Derecho 8 del documento dice: "Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos o cuando tenerlos" y en su punto 8.1: "**Todas las mujeres tienen el derecho al acceso a la información la educación y a los servicios necesarios para la protección de la salud reproductiva, la maternidad segura y el aborto seguro".**

Recordar aquí que según el Consejo de Europa, el aborto es un derecho y los Gobiernos tienen que garantizar que el AP sea una práctica accesible y segura.
Conclusión: El AP es un derecho humano reconocido internacionalmente.

SITUACIÓN DEL AP EN ESPAÑA:
En 1985 España vuelve a tener en la Ley un texto que regula el acceso al Aborto Provocado (AP), la LO. 9/1985, el artículo 417 bis en el Código Penal, despenaliza el AP en ciertos supuestos. La posterior LO 10/1995 del CP deja vigente el 417 bis.
Esta Ley permite abortar sin límite de semanas, con una certificación del especialista correspondiente, estableciendo que la salud de la mujer está en grave riesgo. La ley actual es ambigua y por ello muy amplia, su propia inconcreción facilita que si se dan las concordancias y connivencias de algunos poderes públicos, la mera sospecha de ilegalidad, no fundamentada, sobre determinados AP permite encausar judicialmente a las mujeres y profesionales que han sido puestos bajo sospecha por dichos poderes, con el consiguiente perjuicio social, moral, profesional, a la imagen e incluso económico que acarrea. Situaciones recientes que han derivado en procesos judiciales todavía en curso han motivado la movilización, de numerosos colectivos vinculados a la defensa de los derechos de la mujer y de los profesionales, pero también de la población con miles de manifestantes en numerosas ciudades, con autoinculpaciones en todo el Estado, así como de cientos de artículos de opinión, para cambiar esta situación.

La ambigüedad de esta ley de indicaciones ha provocado que solo profesionales comprometidos/as, a costa de riesgos personales, penales, sociales y de que se menoscabe su credibilidad profesional, se hayan decidido a facilitar el acceso al AP a las mujeres. Para ello los/as profesionales han debido crear establecimientos clínicos dotados de la mejor infraestructura humana y técnica, con gran coste económico. Todo ello incentivado por la resistencia de muchas instituciones públicas a poner en funcionamiento unidades propias, con un ambiente restrictivo, creador de numerosas objeciones de conciencia. Estas unidades especializadas privadas han estado realizando más del 97 % de los abortos en el territorio español durante más de 20 años.

Es de justicia resaltar que el afán por garantizar un AP seguro y de calidad a precios sociales nos ha conducido a aplicar unos beneficios comerciales mínimos para cubrir los costes y la inversión realizada. En consecuencia, los precios establecidos son realmente bajos si se comparan con precios de prestaciones privadas que no son realizadas por el Sistema Nacional de Salud, y también con el coste de las prestadas por este. Teniendo en cuenta además que se han realizado y se realizan miles de abortos de forma gratuita.

Pese a esta difícil coyuntura, la mayoría de los centros acreditados hemos cumplido por encima lo exigido por las autoridades sanitarias, lo que unido a la profesionalidad, permite afirmar que España es uno de los países con las mejores instalaciones para AP de Europa, con mortalidad prácticamente inexistente y la morbilidad mayor bajísima (<1/1000). Por el contrario, los escasos centros públicos que realizan AP, utilizan protocolos obsoletos, lejos de técnicas actuales que minimizan complicaciones, acortan esperas, abaratan costes y aceleran la reincorporación a la vida cotidiana de la mujer.

La aplicación de la Ley ha hecho innecesario y excepcional tener que salir de España para un AP y una nueva ley no debería modificar esto, recordemos que en países, como Francia, con una restrictiva Ley de plazos hasta 14 semanas, cada año deben viajar para abortar en otros países, 5000 mujeres. Sería paradójico que el esfuerzo por dotar a España de una Ley con más seguridad jurídica y más conforme con las recomendaciones europeas, obligara a las españolas a volver al turismo abortivo como aún ocurre con francesas, belgas, italianas, alemanas, danesas, polacas etc. O peor, que tuvieran que jugarse la salud y la vida en abortos clandestinos como sucedía en el año 1976, cuando morían por aborto entre 200 y 400 mujeres al año, tal y como informó el Tribunal Superior de Justicia. En un momento, en que según Ibáñez y García-Velasco, se realizaban alrededor de 100.000 abortos al año, similar al 2006 con menor población.

Conclusión: Es necesaria una Ley con garantías jurídicas, pero sin retroceder en la amplitud con respecto a la accesibilidad actual.

AP Y CONCEPTOS MÉDICOS (Definiciones, Límites).

- **Aborto: "Interrupción de la gestación antes de la viabilidad fetal" (OMS)**, es decir si la viabilidad fetal no es posible es aborto, que es de lo que estamos tratando.
- **Viabilidad fetal:** El Prof. Bajo Arenas, Presidente de SEGO, declaró recientemente que la viabilidad fetal se situaba después de las 22 semanas, añadiendo que aún así en esa semana morirían más del 74% de los que nacieran; siendo aún mayor el porcentaje de los que no conseguirían tener una vida autónoma. Los Catedráticos de la UAB, Profs. Lluis Cabero Roura y Josep M. Lailla Vicens, escribían en La Vanguardia (2008) que la viabilidad era a partir de las 24 semanas. La viabilidad fetal no se establece de forma arbitraria, trabajos científicos demuestran las graves secuelas que presentan los prematuros extremos (28-30 semanas). Por debajo de 26 semanas ya hay una mortalidad de aprox. 70% y hasta un 50 % de afectación cognitiva en los que sobreviven (Narberhaus A. Segarra D. 2004). Molina y Gratacos (Hospital Clinic UB 2008) sitúan la barrera de un nacimiento con garantías de autonomía motora y cognitiva, también después de las 24 semanas y eso disponiendo de servicios neonatales de alta calidad. El límite de viabilidad se debe considerar en las 24 semanas (Figueras 1998), hay pues un amplio consenso.

  El derecho de la mujer a interrumpir su embarazo, prevalece sobre el derecho del nasciturus, mientras la situación de dependencia vital de éste sea absoluta, aún cuando sea un bien jurídico a proteger en las ocasiones en que su existencia no suponga un conflicto de intereses con la gestante.

- **Alteraciones fetales:** Sabemos que hay alteraciones fetales diagnosticables, las cuales, aunque la gestación llegue a término y el peso sea superior a 2500g., tienen una elevadísima probabilidad de provocar la muerte, o una deficiente evolución cognitiva y de capacidad de autonomía de ese feto, situaciones que justifican la interrupción de este embarazo, siempre y cuando la mujer lo solicite y consienta por escrito, después de una información completa y adecuada.

  Esta visión de la viabilidad fetal, ligada a conceptos de salud como son la capacidad cognitiva y la autonomía, son aspectos que ya han sido contemplados para proceder al AP por el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya cuando dice

en un informe bioetico sobre el AP (2008): ”En tot cas, les condicions de qualitat de la vida futura han de ser un altre dels criteris que determinin la viabilitat fetal en cas de malformacions fetals greus”.

- **Riesgo materno:** No olvidemos que tiene más riesgo materno el embarazo y parto según propia evolución que un AP. En USA (1991-1997 CDC/11-V-01) hubo 11.5 muertes por 100,000 nacidos vivos, relacionadas con el embarazo, muertes debidas a este y producidas durante este o en el año siguiente. Por el contrario Surveillance summaries 2007, la CDC publica en 1997 una mortalidad del 0.6 por 100.000 AP.

Conclusiones: AP es la interrupción de la gestación antes de la 24 semana de gestación en función de la viabilidad fetal, término que recoge también conceptos relacionados con la capacidad futura cognitiva y de autonomía. Hay menos morbimortalidad en un AP que en una gestación y parto con evolución espontánea.

RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DE LO EXPUESTO:
Situar el AP fuera del código penal y dar autonomía a la mujer para decidir por si sola hasta una determinada semana, permitiría que el AP dejase de ser un delito despenalizado para ser un derecho, mejoraría las condiciones jurídicas para las mujeres y los profesionales, rebajaría la objeción de conciencia, muchas veces vinculada al hecho de tener una ley ambigua que a reservas morales, redundando además en un acceso al AP más equitativo.
Recomendación: ley de plazos fuera del código penal.

Parece lógico que el límite para la libre decisión de la mujer para abortar venga establecido por la propia definición de aborto de la OMS y el concepto de viabilidad fetal, es decir: las 24 semanas de gestación. Circunstancia legal que ya está funcionando desde hace años en países como Inglaterra y Holanda, poco sospechosos de irreflexivos.
Recomendación: plazo de 24 semanas de gestación.

Cuando se diagnostique una alteración fetal después de las 24 semanas que comprometa la vida o la calidad y dignidad de la vida futura de ese feto, se debería, si la embarazada así lo manifiesta por escrito, poder interrumpir la gestación sin ningún límite de semanas, tras la valoración y asesoramiento del profesional experto que la mujer elija.
Recomendación: indicación por alteraciones fetales severas sin límite de semanas.

Cuando la gestación comprometa la vida, agrave una enfermedad concomitante diagnosticada o se establezca que hay una alta probabilidad de secuelas, establecido y documentado por el médico especialista correspondiente, debe poder interrumpirse la gestación, si así lo decide la mujer después de ser informada, aunque esta circunstancia ya la contempla el derecho común y no creemos necesario que este contemplado expresamente en una la ley hecha para regular el acceso al AP. También si hay riesgo vital inmediato se podrá proceder a un AP sin consentimiento informado, entendiendo que en estos casos se dará la atención necesaria a los nacidos después de 24-26 semanas.

Recomendación: si riesgo vital o enfermedad, indicación sin límite de semanas o remitirse al derecho común. En este caso atención fetal después de 24-26 semanas.

Entendemos que debe estar contemplado en la Ley que cuando el embarazo suponga un riesgo para la salud de la mujer dictaminado médicamente, debe poderse interrumpir la gestación, si la mujer así lo decide, después de ser informada, pero haciendo aquello que sea necesario para la supervivencia fetal, después de las 24-26 semanas.
Recomendación: indicación por riesgo para la salud, dictaminado, sin límite de semanas. Estos casos con atención fetal después de 24-26 semanas.
Conclusión: Ley de plazos (24s.) e indicaciones (salud fetal y materna)

FINANCIACIÓN:
Por equidad, entendemos que la atención al AP debe ser financiada por la Sanidad Publica y practicada por quien sepa hacerlo, entendiendo que, en la actualidad, los programas de formación en Ginecología, no contienen elementos docentes teóricos ni prácticos en interrupción del embarazo. Sería una falta de provecho social el no incorporar, por vía de la concertación publica, a las entidades privadas que llevan 23 años realizando este servicio con resultados sanitarios estadísticamente excelentes y gran dominio de los precisos e importantes aspectos psicosociales del acompañamiento.

Es imprescindible que las mujeres accedan a esta prestación, de manera libre, gratuita y con la mayor garantía profesional y creemos que hoy por hoy un sistema de concertación, permitiría asegurar calidad y seguridad en el aborto y al mismo tiempo equidad y gratuidad, a la deseable prestación normalizada de este recurso sanitario.

Para ACAI, la disminución de los embarazos no deseados y como consecuencia, su solución, los AP, es un objetivo a alcanzar, por mucho que se intente divulgar maliciosa e interesadamente lo contrario. Muchas clínicas de ACAI abarcan toda la amplia y extensa cirugía ginecológica ambulatoria, recibiendo información anticonceptiva toda persona que accede a nuestras instalaciones. Nuestras consultas tienen a disposición de las mujeres todos los recursos y servicios posibles en materia de salud sexual y reproductiva, medicina preventiva, incluyendo gestaciones deseadas y ginecología general. Por lo que sería interesante plantear que la concertación abarcara todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, de la que, el personal de las clínicas, tiene gran experiencia y voluntad de excelencia.
Conclusión: Financiación pública propia y concertada del AP y anticoncepción.

POLITICAS COMPLEMENTARIAS:
Creemos que la asistencia al AP debe ser incorporada a la formación profesional del personal sanitario, debe ser integrada en redes asistenciales que abarquen la asistencia sanitaria primaria y los servicios de urgencias ginecológicos, debe ir acompañada de una mejora sustancial de la enseñanza, difusión y accesibilidad de la formación en salud sexual y reproductiva y en especial de una universalización

del acceso a los métodos anticonceptivos, con especial incidencia sobre las poblaciones más vulnerables.

Conclusión: Formación en Salud sexual y reproductiva a todos los niveles e incorporación de protocolos de acción para las poblaciones más vulnerables.

OTRAS CONSIDERACIONES:

Poner un limite de 24 semanas al AP no aumenta el número y mucho menos el retrasar el AP de gestaciones avanzadas, lo demuestra la propia experiencia española. Con una Ley con indicaciones, pero sin límites por riesgo para la salud, el 87% de las mujeres abortan antes de las 12 semanas, el 96 % antes de las 18 semanas y por tanto solo un 4% abortaban más allá de las 19 semanas, siendo menos de un 2% las que lo hacían después de las 22 semanas y de estas, la mayoría se debían a alteraciones fetales diagnosticadas tardíamente, además en las cifras recogidas, un número considerable eran extranjeras que no podían abortar en su país engrosando nuestras cifras, esto demuestra que limitar el número de semanas no evita el aborto solo lo complica, especialmente a la población más vulnerable. Por otra parte, España con una ley amplia tiene unas tasas de aborto bajas en relación a otros países socialmente parecidos.

Holanda con una ley de plazos hasta 24 semanas tiene una de las tasas de AP más bajas.

Conclusión: Limitar mucho las semanas no disminuye el número de abortos y perjudica a los segmentos más vulnerables.

Por ultimo Señorías, debería plantearse que la ley contemple que no sea legal el AP por razón de género, según contempla la Plataforma de acción de CCMM y anticipándonos a situaciones que ya se dan en otros países.