

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

VII CONGRESO

Octubre 2004

Ponencia Oficial:

Título: LA IVE EN ESPAÑA

Autor: Santiago Barambio Bermúdez

Cargo: Jefe Dep. de Ginecología de Agrupación Tutor Médica-Clínica d'Ara

Miembro de ACAI: Asociación de Centros Acreditados para La Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Correspondencia:

Dirección: Calle del Bergueda 17-19, Barcelona 08029

Teléfono: 34 934192626, Fax: 34 93 3219338

E-mail: santibarambio@retemail.es

Webs: www.tutormedica.com / www.clinicadara.com

LA IVE EN ESPAÑA

JUSTIFICACION DE LA PONENCIA

Cuando el Dr. Lertxundi me encargó esta ponencia para este congreso, resalté no ser la persona idónea, al no ser epidemiólogo y por lo tanto que me sería difícil hacer un buen trabajo, sin embargo me señaló que no quería un epidemiólogo, quería una valoración REAL del Aborto Provocado (AP) en España.

Parece ser que todos los que estamos directamente relacionados con la practica del AP no estamos convencidos de que las cifras, inequívocamente al alza, que se manejan sean reales, reflejen realidades y sirvan para algo, pero ¿es demostrable?, les aclaro que yo en este trabajo no lo haré, pero puede servir para la reflexión.

INTRODUCCION

Acepté el encargo por ser un tema que me preocupa y así tener un motivo para trabajarlo, pero como verán, para cumplir el objetivo tendré mas bien que resaltar aspectos incongruentes que pueden afectar a las cifras que se manejan y su significado, más que aportar datos. Evidentemente este modesto trabajo puede ser considerado subjetivo, pero garantizo el intento de objetividad, y que en definitiva su finalidad es intentar demostrar que las cifras oficiales que nos dan pueden ser cuando menos poco fiables y/o poco útiles, además muchas veces son utilizadas, especialmente por parte de determinados medios de comunicación y grupos sociopolíticos, más como piedra de escándalo que para analizar si la evolución al alza de las cifras de APs en los años 1993 al 2002 son realmente un problema y si es así, que solución tiene. Si hay un problema, deberíamos plantearnos si ha existido siempre y la realidad lo va evidenciando progresivamente o bien si lo que sucede es que ante un recurso necesario y conquistado con dificultad, la sociedad, conforme lo va aceptando, lo va utilizando cada vez más, o ambas cosas. Conocer la realidad debería ser más tranquilizador, que preocupante.

Según disminuye la presión social en favor de la existencia y utilización del AP, gracias a su normalización, y conforme aumentan las cifras, se va orquestando, por parte de sus detractores, un estado de opinión encaminado a deshacer lo andado, devolviendo al AP a una situación de condena social, con la idea de que si se convierte en algo moral, ética o socialmente inadecuado y reprobable, se reprimirá su uso, creando una situación distinta pero parangonable a la de los que creen que de prohibirse desaparecería su práctica, no aceptando que lo que sucede siempre, es que se convierte en clandestino y por tal en injusto, caro, peligroso e incontable.

PLANTEAMIENTO

Resalto reflexiones que pueden intervenir en “la explicación” de porque se acepta una situación no real, incluso es alentada y porque el progresivo afloramiento de cifras reales, se interpreta de forma negativa, cuando debiera ser lo contrario.

Primero. En el titulo de esta ponencia se denomina al Aborto Provocado (AP) como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) cuando la Ley Española (Ley 9/1985, de reforma del Artículo 417 bis del CP) habla de “aborto practicado por...” y establece unos supuestos o indicaciones por los cuales “no será punible” y por lo tanto la voluntariedad como único motivo, lo convertiría en ilegal, si embargo el mimetismo con otros países, en los que sí es legal la exclusiva voluntariedad, o bien el deseo político de hacer creer que las españolas abortan solo por que quieren (salvo la voluntariedad que debe constar en cualquier acto médico que se realice según la Ley General de Sanidad). Esta denominación es pues un autoengaño, o un deseo

político, o es que interesa, porque al ser “voluntario” es cuestionable el que sea atendido y costado por el Servicio Nacional de Salud (SS), por el contrario al ser una “indicación” debería obligatoriamente ser cubierto por la SS, por ser la solución a una alteración del estado de salud.

Esta denominación, ¿para qué, sirve?, si fuera para distinguirlo de los abortos espontáneos podría, semántica aparte, ser correcto, pero se ha introducido otro término como es el de “Interrupción Legal del Embarazo” (ILE), por cierto, término un tanto eufemístico, pues parece dar a entender que los otros, las IVEs, no son o son dudosamente legales. Curiosamente en la Ley que despenaliza el aborto no habla para nada de voluntario, ni legal, solo lo titula aborto y lo despenaliza restringidamente. Todo aborto que no sea espontáneo, es provocado, inducido, intencionado o como quieran llamarlo, pero aborto al fin, practicado dentro o fuera de la Ley, veamos como define el aborto la OMS, en su Resolución Técnica 461 donde dice que es *“La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal”* por lo que hay apuntada una definición(1) del AP basada en ésta: *“Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”*, o ¿debería decir?, *“Evacuación total intencionada del contenido de un útero, con gestación evolutiva normal, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”*. Estas dos definiciones, aplicadas a un registro contendrían datos muy distintos, la primera contendría las actuaciones sobre gestaciones con embrión o feto vivo es decir, mas o menos, la actual, la segunda solo aquellos que suponemos evolucionarían bien, deseados o no, es decir todos aquellos que suponemos que de no hacer nada, darían nacidos sanos y que por algún motivo la mujer embarazada ha decidido evitarlo.

Es decir la confusión ya se inicia en la denominación, donde se huye de la utilización de la palabra aborto, adjetivada adecuadamente, que en definitiva es la que utiliza todo el mundo, el público, medios de comunicación, políticos, mundo del derecho etc., con lo que, sí decimos IVE fuera del mundo restrictivo de los profesionales involucrados, nadie sabe a que nos referimos.

Sin una definición de lo que hacemos, tampoco se puede saber exactamente que medimos y que significado tiene, por lo que se impone una definición o varias. ¿Medimos cuantas mujeres no quieren que llegue a nacer, el ser concebido, por la razón que sea?, sea porque ha sido contra su voluntad, porque no estaba previsto, porque pone en peligro su salud física, o porque aun cuando era una gestación buscada, ha dejado de desearlo por que sus condiciones de vida o salud han cambiado, o bien porque las condiciones fetales no responden a las esperadas física o psíquicamente, ¿son todas estas situaciones de AP, “voluntario?”, o solo interesa medir aquellas que se han quedado embarazadas en un coito no controlado y sin protección, o las que aún cuando lo deseaban, han cambiado de opinión. ¿Consideramos a las que el método anticonceptivo les ha fallado como víctimas de una situación involuntaria y no las contamos o las contamos aparte?. Según como lo miremos no hay ningún aborto voluntario, todos los embarazos, deseados o no, afectan a la mujer y por lo tanto, atendiendo a la definición de salud de la OMS, a su salud física y psíquica, y por lo tanto también los abortos de cualquier índole. ¿Vincular el AP a la salud, es un avance social, o no?

En definitiva, unos números que según se manejen significan cosas diferentes para analistas diferentes, ¿indican algo realmente problemático para la sociedad?. Aparte de tener números, ¿sacamos conclusiones útiles?.

Segundo. ¿Es el Embarazo No Deseado (END), por el motivo que sea, lo que nuestra sociedad no desea?, pero consideramos que mientras éste no se aborte no

es un problema. ¿Cuál es el problema?, porque si lo es el END y el AP la solución postconcepcional, debería ser felicitada, puesto que soluciona el problema real, el END. Sin embargo la realidad es que anatematizamos al AP como problema y sobre todo lo que preocupa socialmente es **el número y el crecimiento** de ellos, que por otra parte para cada persona es una solución a su problema individual, en lugar de analizar qué es lo que debemos corregir para que no se den tantos END, como sería la política de prevención anticonceptiva y la educación sexual.

Tercero. ¿Cómo contamos el AP?, ¿cuales nos preocupan?, si solo preocupan los realizados por el supuesto de riesgo para la salud psíquica materna, ¿porque se cuentan todos en la misma estadística?. ¿Porque los centros públicos y privados “decentes” hacen solo los que “caen” bajo el supuesto de salud fetal, violación y salud física materna? y les cambian el nombre a ILE y los que son por causa de salud psíquica los nombran IVE y los diferencian a “una clínica de esas” que yo prefiero llamar “clínicas especializadas en AP de cualquier índole”. Resulta además, que en esas clínicas especializadas se practican también, abortos diferidos de mujeres que no lo sabían (en Tutor Medica (TM) el 3.6% de los practicados en 2001), pero que abortarían igual ¿cómo se contabilizan?, como actos médicos para solucionar un aborto espontáneo o como demanda de aborto por causas psíquicas que es la realidad. Si lo que deseamos es conocer el END, se deberían registrar, si lo que queremos es conocer el número de gestaciones evolutivas que interrumpimos, no.

En numerosas ocasiones las embarazadas con alteraciones fetales, son atendidas bajo el supuesto de salud psíquica materna, por la urgencia en su atención y ausencia de un dictamen en condiciones legales (emitidos por un centro acreditado y firmado por dos médicos), estos casos son mal contados en las estadísticas pues no aparecen por su auténtica causa, (en TM en 2002 se practicaron 96 y se declararon según su supuesto 19).

Cuarto. La población ha socializado el hecho del AP, perdiendo la impronta de inaccesible, peligroso o prohibido, por lo que, mujeres que viajaban al extranjero por miedo a estar cometiendo un delito o caer en malas manos ya no lo hacen, (según Wm. Robert Jonsthor(2004) en Londres y Gales el número de APs a extranjeras pasa de 33605 en 1984 a 9910 en 2001). Otras, todos lo sabemos, practicaban o practican el aborto, en clínicas o consultas no acreditadas, a elevados precios, por médicos “normales” con una tapadera clínica cualquiera, casos que son ignorados. Muchas de estas mujeres, actualmente con mejor información, acuden a centros especializados, resultando mejor tratadas a menor coste y contabilizadas. Se ha aumentado el número, pero hemos mejorado accesibilidad, control y atención.

Quinto. Hay un registro de casos, bastante impreciso por no decir caótico y poco esclarecedor, pero lo hay, sin embargo no hay registro de complicaciones, la mayoría de los casos que entran en un hospital por alguna complicación real o subjetiva se clasifica como metrorragia o algia pélvica. Es decir en España no sabemos las complicaciones que hay del procedimiento, ¿no nos interesan que resultados tenemos?, sería otro método de información valioso sobre el total real. Tal vez no se contabilizan las complicaciones para que no se observe que en buenas manos es poco peligroso, y se pierda aún más el miedo a utilizar el AP.

Sexto. En todos los países se sospecha una infradeclaración por motivos fiscales, por considerar que las principales actoras son clínicas privadas (en España 97.5% del AP) es decir, empresas que reflejaran las cifras de abortos que deseen, en

función de sus propios conceptos de honradez fiscal y de lo que necesitan declarar para justificar sus gastos, hecho que cito por reiterada referencia a él, pero que desconozco si es real, pero que de existir, influiría en la cifra conocida. Podríamos considerar que el mantenimiento de los precios al público, acompañado de un incremento de costos empresariales y el aumento del número de centros y su distribución territorial podría producir un incremento de la declaración para mantener balances sin pérdidas, con el consiguiente incremento numérico oficial, esto, de ser cierto, solo sería una constatación de la realidad. Cuando el AP está pagado por dinero público, en centros especializados concertados, las cifras son más estables. (Robert Johnston ve en Londres y Gales del 98 al 02 cifras oscilando sobre 175000).

Séptimo. La inmigración, desde el año 1997, de mujeres en edad fértil, con usos anticonceptivos nulos o poco seguros, ha aumentado (en TM entre el 31.15 y 51.2% no hacen ningún método), pero que sin embargo, en caso de un END utilizan el recurso del AP. Todos hemos registrado un aumento significativo de demanda de inmigrantes (en TM de 9.2% (1995-1996) a 20.6% (2000-2001)), que se refleja en un aumento global.

Si las mujeres son residentes en condición irregular pueden quedar registradas como “de otros países”, cuando son en realidad de “nuestro” país.

Octavo. Las mujeres con AP de repetición en el mismo año deberían registrarse de manera especial y aparte puesto que más que indicar un aumento del número de APs global, está indicando un número de personas en una situación social digna de consideración (en TM entre En, y Sep. de 2001 repitieron un 5.52% de las \leq de 20 años). Esta contingencia puede pasar desapercibida a la administración siendo un dato importante y afectando a la tasa por 1000 mujeres de 15 a 44 años y la estadística de las que tienen más de un aborto en su vida.

Noveno. El aumento, en los últimos 10 años, en la edad del primer embarazo, con el consiguiente incremento de cromosomopatías, que serán detectadas en el segundo trimestre y en la mayoría de los casos con el consiguiente AP, también ha influido en el aumento de la demanda.

Décimo. El aborto registrado es evidentemente un exponente del número de END pero no la expresión real, el IMSP(2), extrapolando del registro de defectos congénitos de Barcelona, sitúa el END que no se aborta provocadamente, en cifras alrededor del 20%, pero en la franja 20-24 años está en el 26% y en la de \geq de 40 años está en el 36%, en función de ello, insisto, ¿nos preocupa el número de END, que condicionará la vida futura de la mujer?, o ¿nos preocupa el número de abortos provocados en general?. Si nos preocupan los END se deberían contar bien los que dependen de una mala gestión de la anticoncepción o son un cambio de planes vitales de la mujer, distinguiendo además, entre las que usaban métodos anticonceptivos y las que no, los grupos sociales, las repetidoras, las extranjeras reales y las residentes ilegales etc., en fin, cifras que sean útiles para buscar soluciones al END, puesto que todos los otros embarazos que se abortaran provocadamente, podemos considerarlos como “inevitables”, ya que no son debidos a una sexualidad voluntaria o son embarazos deseados.

CONCLUSIONES:

Mi conclusión de lo expuesto hasta ahora es que un aborto es un aborto, independientemente del motivo por el cual ocurra, sea espontáneo, por indicación o

voluntario. Sin embargo, cada tipo de motivo es vivenciado por el individuo y su sociedad de manera diferente, cuando son espontáneos de deseados, como un problema de fertilidad, cuando son APs de gestaciones deseadas pero con mala evolución fetal o que crean un peligro para la salud física de la madre y cuando son abortos para solucionar un delito contra la libertad sexual (violación), como una mala suerte que tiene una solución médica, cuando son abortos por una mala gestión de la anticoncepción, como una solución personal a un problema económico, social o vital, según el caso. Siempre es un problema individual y social con ópticas distintas según cada persona y grupo social y su prevención será distinta, según prioridades.

En las estadísticas ni están todos los que son, ni son todos los que están.

En ese contexto puede ser muy rentable, políticamente hablando, el manejo de las cifras para ocultar lo que no conviene o destacar aspectos negativos que impregnan al propio acto médico per se, despreciando hacer un análisis de las causas y por lo tanto de las soluciones reales.

Se puede entender que un aumento de APs en las adolescentes es un bien, puesto que de lo contrario tendríamos un incremento de madres adolescentes con hijos no deseados, con los problemas sociales que ello conlleva.

La lectura práctica es valorar, si es posible, el AP derivado del END, entendiendo como problema este último, puesto que los otros APs seguirán dándose como complicación de la vida y para ello necesitamos unos registros que nos den una idea extensa y real de la situación, además de políticas encaminadas a:

A. PREVENCIÓN = SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN SEGURA.

- Adecuada política de educación y formación sexual, a los adolescentes, pero también a progenitores, personal docente y de pedagogía, personal sanitario, trabajadores/as sociales, personal de las empresas expendedoras de productos farmacéuticos etc..
- Informar mejor de los métodos anticonceptivos con ventajas y riesgos reales.
- Medidas divulgativas de la realidad.
- Políticas de accesibilidad real, por grupos de edad y población, especialmente a los más vulnerables.
- Prestigiar al personal profesional que trata el tema.

B. SOLUCIÓN = AP SEGURO, RECURSOS ECONÓMICOS, ADOPCIÓN

- Información sobre el AP desdramatizada y no sensacionalista.
- Mejor gestión de los recursos, accesibilidad y atención continuada.
- Prestigiar y dar seguridad jurídica al personal sanitario vinculado al tema.
- Concursos económicos de los centros especializados que no atenten contra su supervivencia o a su calidad (niveles mínimos adecuados e inspecciones).
- Reevaluar y/o actualizar alternativas al AP, como son: mejorar las ayudas económicas a la embarazada sin recursos y remoralizar la cesión en adopción.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Xercavins J, Ramírez A, **Barambio S**, Intercepción postcoital. **Interrupción voluntaria del embarazo**. En: Vanrell J, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P, Fertilidad y Esterilidad Humanas II. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.p.434-438)
- 2.- M Isabel Pasarín i tècnics, Servei d'Informació Sanitària IMSP, Debats Científics de l'Institut Municipal de Salut Pública, 2001