El HCEfh

El HCEfh es el Alto Consejo para la Igualdad entre las Mujeres y Hombres, es un órgano consultivo independiente creado en enero de 2013, por decreto del Presidente y situado a nivel del Primer Ministro.

Las misiones del HCEfh son animar el debate público en materia de igualdad mujeres-hombres, asegurar la concertación con la sociedad civil, y participar, mediante proposiciones de reformas y su recomendaciones para la elaboración y la evaluación de políticas públicas haciendo progresar la igualdad mujeres-hombres.

Por su organización, el HCEfh reivindica un enfoque transversal, lo hace trabajando desde 5 comisiones: " Violencia de género ", sobre " Lucha contra los estereotipos sexistas ", sobre " Paridad en materias políticas, administrativas y en la vida económica y social, Sobre " derechos de las mujeres y en el ámbito internacional y europeos ", y sobre " Salud, Derechos sexuales y reproductivos".

Esta compuesto por 73 personalidades de todo el horizonte, representando la gran diversidad de corrientes del pensamiento y de acciones que existen en nuestra democracia.

Representantes de asociaciones y personas con capacidad moral, desde lo público o privado, que han aportado su trabajo para la igualdad entre mujeres y hombres

Elegidos a nivel nacional y local:
* Personalidades cualificadas escogidas en razón de sus competencias y de su experiencia en el campo de los derechos de las mujeres
* Expertos e investigadores sobre la igualdad entre las mujeres y los hombres;

Representantes del Estado

*miembros de derecho:
presidentes de las delegaciones de los derechos de las mujeres de la AN, del Senado y del CESE , representantes de distintos Consejos o Comités relacionados con el tema de la Igualdad y altos funcionarios encargados de la Igualdad de derechos , en los distintos ministerios

La Ministra de Derechos de las Mujeres es la encargada del funcionamiento de este Comité Interministerial y la interlocutora gubernamental de la HCEfh

El 5 de abril de 2013, la señora Najat Vallaud-Belkacem, entonces Ministra de Derechos de las mujeres encargó al HCEfh un trabajo a fondo sobre el acceso al aborto, complementario de otros trabajos de evaluación que el Estado ha realizado

Se observaron las siguientes circunstancias:

- dificultades para el acceso a los servicios de IVE en las organizaciones territoriales de salud, con importantes disparidades de acceso entre los territorios.
- información pública sobre la IVE muy poco visible en Internet y con otros espacios donde dan información errónea.

Se pidió al HCEf realizar un diagnóstico sobre esta problemática y hacer recomendaciones.

La Comisión " Salud ", encargada de proponer un informe al HCIEfh consultó para este trabajo con las principales asociaciones militantes, tales como Planificación familiar, el ANCIC, el CADAC y el REVH0, así como instituciones tales como el Ministerio de Salud y el Ministerio de derechos de las Mujeres.

El informe, presenta 34 recomendaciones, ha sido votado por unanimidad por el HCEfh en noviembre de 2013, y devuelto públicamente a la señora N.Vallaud-Belkacem y ministerios y personas e instituciones interesadas.

El Ministerio creó una página en Internet dirigida a las mujeres y los profesionales, sobre el IVE, www. WG.gouv.fr, que es hoy en día la mejor referencia.

Las Delegaciones parlamentarias de los Derechos de las Mujeres, en la AN y en el Senado, han presentado para su votación , a lo largo del debate sobre la Ley de Igualdad, la supresión de la referencia a " una situación de desamparo " para que una mujer pueda solicitar una IVE.

También lo hicieron para " ampliar el delito de entorpecer el acceso al IVE " que realizan las informaciones disuasorias en internet.

Pero, el trabajo de seguimiento del Informe del HCEfh es relativamente lento con la Ministra de Salud. Sin embargo, ella es, desde hace poco, Ministra encargada de los derechos de las mujeres, y la organización del trabajo con el ministerio se ha facilitado.

La próxima Ley de Salud Pública, que será discutida en primavera va, posiblemente, a poder integrar un cierto número de recomendaciones del HCEfh.

Además, las ARS (Agencias Regionales de Salud) que son verdaderos pequeños Ministerios en las Regiones se están haciendo cargo poco a poco con el informe, pero de forma dispersa.

IVG EN FRANCIA En 2012, cerca de 207.000 tipos de IVG han sido realizados en e libra un atestado, certificando su petición se le reorienta hacia otro médico, si no quiere hacer

LA IVE EN FRANCIA

En 2012, cerca de 207.000 IVE han sido realizadas en Francia metropolitana. Este número es relativamente estable desde hace una decena de años. La tasa en la IVE es de 14,5 IVE por 1000 mujeres, en edades entre 15 a 49 años, variando de 11,0 a 18,0 según las regiones.

El 40 % de las mujeres, por término medio, habrán recurrido a la IVE una vez en su vida

86 % del IVG son realizados en Clínicas , así pues el 14% fuera de ellos, de ellos , el 100% son abortos farmacológicos.

En 2012 , el 49% de las IVEs realizadas son abortos farmacológicos (10% en 1992)

La ley actual, desde 2000, limita las IVEs a 12 semanas de gestación, permite a las menores realizarlas sin permiso de sus padres, asegura a las mujeres la elección del método, la confidencialidad y la gratuidad (desde el 2013).

El 80% de las IVEs se realizan en el sector público. Así pues, el 20 % de las IVES se realizan en el sector privado, (35% en 1990) Este descenso va en aumento debido a la supresión, en el año 2000 de la limitación de la IVE a un 30% de los actos médicos realizados en los centros sanitarios privados.

El aumento del precio de la IVE que se hizo en Marzo de 2013 (mas de un 50%) debería parar esta bajada de Ives realizadas en centros privados.

REGLAS DE FUNCIONAMIENTO

Todas las reglas hacen referencia al funcionamiento de la IVE instrumental en Clínicas.

La IVE farmacológica, que al principio se hacia en clínicas, desde 1993 se ha organizada en los hospitales, como las IVES por aspiración en los mismos servicios

En 2004, la IVE farmacológica, fuera de los hospitales, ha sido organizada, exigiendo un convenio de los médicos de familia (de ciudad o de zonas rurales) con los médicos y servicios hospitalarios que practican la IVE (instrumentales y las farmacológicas).

Estos conciertos son firmados después de la realización de curso teóricos y prácticos puestos en marcha por los servicios hospitalarios.

Son obligatorias 2 consultas previas para la IVE instrumental o farmacológica, en una clínica o fuera de ella.

En la primera consulta:
- la mujer pide un aborto
- el medico le informa y le responde a sus preguntas
- Le propone una consulta psico social que solo es obligatoria para las menores
- el medico le firma un certificado de su consulta
- le orienta a un centro de IVE si el no puede hacerla

La 2 consulta previa, se hace a los 7 días, por lo menos, después de la primera, con el fin de que la mujer " haya reflexionado suficientemente" En caso de emergencia, este plazo puede ser reducido a 48 horas.

No es obligatorio hacerla con el mismo médico que realizó la primera consulta.

La mujer confirma su petición por escrito.

La IVE

Por el método instrumental

Se practica en la fecha, con el método y lugar decidido.
Se hace una consulta de control a los 14 o 21 días después.

Por el método farmacológico

En la clínica o fuera de ella.

- En la primera consulta se toma la Mifepristona
- En la segunda consulta se toma el misoprostol a las 36 o 48 horas

Se hace una consulta de control a los 14 o 21 días siguientes.

Se exigen, pues, 4 consultas medicas para un IVE instrumental y 5 consultas para un IVE farmacológica, sea o no en una clínica , en una consulta médica o en un CPF.

Hubo unas modificaciones con el tiempo, más o menos siguiendo las recomendaciones del HAS (la Alta Autoridad de Salud). Por ejemplo, para la IVE farmacológica. El misoprostol, se le da a la mujer para que se lo tome en su casa, con el fin de evitar las expulsiones durante el trayecto.

Algunos médicos se lo dan a la mujer, en el momento de la primera consulta, cuando tomo los comprimidos de Myfegine, En ese caso le explican a la mujer que les llame por teléfono si después de esta consulta tienen problemas no previstos.

Además, la primera Consulta Previa es realizada por personal no médico, que trabajan en equipo con los médicos. Así, la mujer puede pasar mucho más tiempo con esta persona, formada y competente, que con un médico.

LAS TARIFAS

La IVE, en Francia, es remunerado como un Forfait (es decir bonos) no por IVE Esto se empezó a hacer a principios, en el año 1976

Las tarifas dependen del método de IVE y del lugar donde es practicada.

La IVE instrumental

El costo fijo varía de 437,03€ a 644,71€, en función de si el centro es público o privado, del tipo de anestesia,(local o general), y de la duración de la hospitalización.

Este precio no incluye las 2 consultas medicas previas y la consulta de control, facturadas en ese momento y que se reembolsan como otros cuidados.

Este precio comprende los análisis previos, la anestesia, el acto de la IVE y los cuidados, alojamiento si es necesario.

La IVE farmacológica

1. En los centros sanitarios (público o privado): el precio fijo es 257,91€.
No incluye las 2 consultas médicas previas, ni la ecografía, que realizan para delimitar el tiempo de gestación.

Incluye los análisis previos, las dos consultas, para la toma de medicamentos, los medicamentos y la consulta de control

2. La IVG farmacológica fuera de las clínicas, en una consulta médica, centro de salud o planificación familiar

El costo fijo es sobre 191,74€ no comprende la primera consulta, ni los análisis, ni las ecografías, que son considerados como otros actos médicos.

Incluye la segunda consulta, las dos consultas de toma de medicación, las medicinas y la consulta de control

Desde marzo de 2013, los forfait son reembolsados al 100% a todas las mujeres, y cualquiera que sea el método.

La generalización del "Tiers payant" va a permitir a las mujeres, no realizar ningún anticipo de dinero.

Las consultas, análisis y los exámenes no comprendidos en el coste fijo o Forfait están comprendidos entre los servicios que abona el seguro de enfermedad, como cualquier otro acto.

La IVE farmacológica, sea dentro de una clínica o fuera, está organizado tomando como referencia la práctica hospitalaria de la IVE instrumental

Las estadísticas de la actividad no son recogidas de modo autónomo. Figuran en las estadísticas del hospital con el que el médico ha firmado el convenio.

Las tarifas, a la vista los diferentes costos fijos, muestran diferencias de remuneración a los médicos.

EL INFORME DEL HCEfh

Este informe trata de las desigualdades de acceso a la IVE, y de su práctica, para las mujeres de territorios diferentes. Parte también del hecho de que las mujeres no disponen de informaciones fiables y adaptadas a sus demandas.

Son las vivencias de las mujeres el punto de partida de lo cuestionarios del HCEfh.

Punto de partida: La IVE es un acontecimiento corriente en la vida sexual y reproductiva de las mujeres: cerca del 40 % de las mujeres recurrirán a una IVE en su vida. EL IVE no es un problema: es una solución a un embarazo no deseado.

La libertad de interrumpir un embarazo es un derecho "aparte". Todavía hoy, ciertos elementos pueden conducir a las mujeres a no percibir el derecho a la IVE como un derecho completo, culpabilizadas, se sienten obligadas a justificar su elección. En efecto, si el recurso al IVE está ,cada vez más ,considerado como la expresión de un derecho adquirido, en Francia, la legitimidad de las mujeres que recurren a IVE, en un contexto social donde la anticoncepción es ampliamente utilizada, sigue siendo problemático: La IVE es todavía percibida como un fracaso de las mujeres en el control de su anticoncepción.

Después ya de numerosos años, los actores y actrices del IVE y las asociaciones constataron que ciertas mujeres, que querían realizar una IVE, se encontraban frente a un trayecto lleno de de obstáculos.

Todavía hoy, los numerosos obstáculos pueden ser identificados: disminución de la oferta de cuidados, degradación de la calidad de acogida, elección del método imposible, el anonimato y la gratuidad no garantizados.

Es por eso que, el HCEfg decidió pronunciarse en un discurso público, sobre la accesibilidad de la IVE. Se pronunció por la financiación de un dispositivo global de información y de comunicación con tres pilares: una página institucional internet, un número de teléfono nacional único, anónimo y gratuito, y una campaña nacional de información sobre " Sexualidad, Contracepción, IVE ".

Por otra parte el Ministerio de la Salud creó inmediatamente el sitio www.ivg.gouv.fr verdadera herramienta de la información dedicada a la IVE, respondiendo a las preguntas de las mujeres.

El HCEfh trabajó, en particular, a partir de numerosos informes y estudios, tanto institucionales como asociativos. Pudo comprobar que los informes continúan pero que los obstáculos quedan.

Es por eso que su informe tiene 3 ambiciones.

a) Actualizar el diagnóstico sobre la situación del acceso y del ejercicio de la IVE hoy.

b) Fijar un objetivo claro: hacer del aborto un derecho completo y de la IVE un acto médico como otro, desprovisto de representaciones moralizadoras y de ideas pre concebidas, y por lo tanto que el acceso y el ejercicio estén garantizados por un servicio público que lo asegura plenamente.

c) Suscitar acciones para reparar las insuficiencias graves y persistentes,

Las recomendaciones se dividen en seis bloques:

1.- Hacer del aborto un derecho en sí mismo, solicitando la supresión en el Código de la Salud, de la referencia a la angustia de las mujeres, necesaria para su aplicación. (los parlamentarios lo tomaron en cuenta y lo suprimieron)

Pedir la eliminación del requisito de los 7 días de reflexión.

Pedir la supresión de la cláusula específica de objeción de conciencia para realizar abortos

2.- Rápido acceso y proximidad al aborto, dado que la reestructuración hospitalaria cierra las unidades de IVE.

Permitir que las consultas previas puedan ser realizadas por personal no médico, entrenado, para que se lleven a cabo las primeras consultas a las mujeres fuera de las clínicas.

Poner en marcha una moratoria sobre el cierre de las clínicas de aborto y que se exija que todo centro sanitarios que disponga de una unidad de obstetricia, que realice abortos.

Autorizar por ley, como en Bélgica, para que los CPF y Centros salud puedan realizar abortos por aspiración bajo anestesia local.

3.- Proporcionar apoyo al aborto de calidad, a las estructuras y los médicos que practican abortos.
Incluir el aborto en los contratos con el Sistema Nacional de Salud estatal.
Generalizar la obligación de práctica hospitalaria de las IVES, para todos los médicos que intervienen en las clínicas.

4.- Asegurar la calidad de la IVE en las estructuras y médicos que la practican mediante la formación inicial de los profesionales médicos y paramédicos, integrando el aborto y la anticoncepción en los programas.

5.- Garantizar la confidencialidad y la gratuidad.

6.- Varias recomendaciones se refieren a la participación de asociaciones y usuarias.

IVE Instrumental

El aborto farmacológico se ha utilizado en los Servicios Sanitarios desde 1983.

Los abortos instrumentales todavía no se practicaban en todas las Clínicas, por eso comenzaron las movilizaciones políticas y de las feministas para obtener un mejor desarrollo del aborto instrumental.

Las prácticas hospitalarias tenía retrasos de hasta 10 SG.

La experimentación de la IVE farmacológica interesó a las feministas: de hecho, para estas asociaciones era importante que existiera otro método, menos oneroso que las aspiraciones bajo anestesia en los quirófanos.

La práctica comenzó en algunos centros sanitarios. En 1992, sólo el 10% de los abortos fueron farmacológicos.

En 1993, el Myfegine obtuvo su autorización en el mercado, y un gran número de clínicas comenzó, lentamente, a usarla.

Sin embargo, cuando los anestesiólogos se opusieron rotundamente a la IVES, el aborto farmacológico tuvo un crecimiento importante a pesar de su limitación a 7 semanas de gestación.

Las mujeres comenzaron a ser informadas acerca de este nuevo método en la atención psico social, o en la segunda consulta previa.

Un número de mujeres que temía la anestesia y el quirófano, pedían este método si su embarazo no estaba demasiado avanzado.

Otras, por el contrario, no querían un método en el que el aborto durara varios días, y el dolor y sangrado les asustaba.

Hasta el año 2000, la IVE farmacológica era un método más entre otros.

Las reclamaciones se basaban, entonces, en el hecho de que todos los métodos debían ser presentados y discutidos con cada mujer y todas las mujeres debían obtener el método que han elegido.

Entonces la Ley de 2001, que mejoró la Ley de 1975, decidió permitir a los médicos que tenían una formación adecuada para la IVE, practicar el aborto farmacológico.

Por razones desconocidas, el decreto, publicado en 2004, no afectaba más que a las consultas de médicos privados, pero no es hasta el decreto de 2009, cuando se permite esta práctica en los Centros de Planificación Familiar y en los Centros de Salud.

Hoy en día, 30.000 abortos se llevan a cabo fuera del hospital. Este número aumenta cada año y este crecimiento continuará.

Son las IVES farmacológicas, practicadas fuera de los hospitales, en un número de 87.000 en 4 años, las que compensan la disminución de las IVES instrumentales.

No se puede decir, de forma general, si la disminución de abortos instrumentales se debe a la reestructuración hospitalaria y la restricciones de medios (compensada por las IVES fuera del hospital) porque las mujeres hacen sus solicitudes de aborto cada vez antes, o si es debido al desarrollo de los abortos farmacológicos ambulatorios lo que provoca el descenso del aborto instrumental.

Tiendo a pensar que es lo primero. Las luchas de las feministas y de las asociaciones de salud relacionados con los profesionales todavía se mantienen para asegurar que los servicios de salud aseguren tanto los abortos como otros servicios.

La elección del método de cada mujer es una prioridad. Sin embargo, nos encontramos con que la información dada a las mujeres acerca de los diferentes métodos no son neutrales.

Los servicios hospitalarios hablan del método que practican y no de los otros. Tratan de convencer a la mujer para hacer un aborto ambulatorio, cuando su servicio tiene dificultad para realizar todos los que vienen a ellos. Se necesitaría mucho más lugares de información, que no participan en la práctica, plataformas telefónicas, sitios web interactivos.

Muchos médicos de la ciudad o rurales, ginecólogos o de familia, autorizados para practicar en sus consultas abortos farmacológicos o los Centro de Planificación, son contratados por las clínicas para realizar abortos, los médicos de los hospitales no se encargan de esta práctica por miedo al aislamiento.

Algunos ginecólogos no quieren convertirse en "abortistas", por lo que sólo realizan abortos a sus pacientes.

Si no se crea un servicio en los hospitales centrales, el desarrollo de este servicio siempre será limitado y las mujeres de las zonas alejadas no tendrán acceso al aborto.

REVHO, un servicio en la Ile de France desarrollo numerosos cursos de formación y reuniones con médicos de diferentes territorios. De esta forma, son muchos y no se sienten aislados.

La práctica ambulatoria del aborto farmacológico tiene varios problemas.

La atención psicosocial casi nunca se ofrece por el médico, que no sabe que es.

La escucha, que debe representar la parte más importante de la 1ª consulta previa, es muy breve.

La petición de la mujer incluye algunas cuestiones.

Muchas piensan en abortar en su casa sin que se note.

Las jóvenes piensan valerse por sí mismas, solas, en casa.

Por eso la consulta previa es importante para reflexionar con la mujer sobre las razones de su decisión, y darle suficiente información sobre las posibles consecuencias. Cuando estas consultas se desarrollan bien, las mujeres y las jóvenes a menudo cambian su petición.

Las asociaciones y las feministas están interesadas en la mejora del aborto farmacológico ambulatorio.

La mujer es, de hecho, quién dirige su aborto. La medicalización del aborto no se agrava, como en los hospitales. Sin embargo el aborto farmacológico sólo puede realizarse hasta las 7 S de amenorrea en la consultas y hasta 9 en las clínicas.

La elección del método no se puede hacer bien si no están disponibles todos los métodos en un área cercana, y hará falta siempre que los abortos de 9 SA a 14 SA se hagan en la misma área. Es, pues necesario que en cada territorio el sistema de salud trabaje con el servicio de formación de profesionales que practican abortos farmacológico y viceversa, y que la estructura de información sobre el aborto se integre colaborando, tanto en la primera consulta como para las entrevistas psicosociales.