

*"Cómo preservar la calidad de la prestación
sanitaria de aborto provocado"*

CIRCUNSTANCIAS HISTÓRICAS EN EL ABORTO PROVOCADO.

La transición española desde la dictadura a la democracia trajo consigo numerosos cambios en la legislación española y poco a poco fue conduciéndonos al estado de derecho que hoy conocemos.

En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, resulta significativo recordar que a principios de los años 70 la iniciativa de algunos/as sanitarios/as consigue relajar las costumbres morales de la dictadura. Los anticonceptivos, ilegales en España, atraviesan la frontera de la mano de profesionales que además empiezan a recetar la píldora por “supuestos” problemas hormonales. Poco a poco se van legalizando los anticonceptivos y se crean centros de planificación familiar en los que se recetan y también se atienden otras demandas en materia de información sobre sexualidad y otras cuestiones de salud reproductiva. La Sociedad se va modernizando y equiparándose lentamente a Europa.

Sin embargo, la aspiración feminista por conseguir un aborto libre y gratuito se resistía. En aquellos tiempos, se estimaba que más de 100.000 mujeres al año interrumpían sus embarazos de forma clandestina dentro de España o bien, las que se lo podían permitir, viajando a otro país. Las consecuencias más graves de la clandestinidad eran por una parte la muerte de las mujeres, entre 200 y 400 en el año 1976 según datos del Tribunal Supremo, y por otra parte los altos índices de morbilidad

Dentro del grupo de las mujeres que viajaban a otros países, estaban aquellas que abortaban en Londres, en Holanda o en Francia, donde el aborto era seguro, se practicaba en muchos casos con anestesia general y por supuesto se realizaba en centros sanitarios y por profesionales. Por el contrario, había mujeres, que por no poder sufragarse un viaje de estas características, se desplazaban a Tánger o a Portugal, donde el aborto también era ilegal y era practicado sin las condiciones sanitarias adecuadas, poniendo en peligro su salud o sus vidas.

Por último, en España había grupos de personas que realizaban abortos clandestinos por la técnica de aspiración, también llamado método Karman introducido por algunas feministas de Francia. Grupos de mujeres y algunos hombres que aprendieron esta técnica y constituyeron grupos que por militancia y arriesgándose a ser detenidos/as, practicaban abortos en diferentes ciudades.

Las mujeres contactaban con estos grupos a través del boca a boca, realizándose generalmente las intervenciones en casa de alguna de las mujeres afectadas o en clínicas bajo el “pretexto” de aborto retenido. Estos grupos, tenían contacto con los grupos feministas y realizaron en alguna ocasión actos reivindicativos como realizar abortos en público, autoinculpaciones o las jornadas feministas relativas a esta cuestión que se celebraron en Barcelona en 1985, entre otras actividades. Al tiempo, algunos montaron centros de Planificación familiar donde se practicaban las intervenciones.

Las detenciones de algunos/as de los/as integrantes de estos grupos y sus consiguientes procesos judiciales tuvieron una gran incidencia pública; como el caso de Los Naranjos de Sevilla, o la detención de 11 mujeres en Basauri (Bilbao) en el año 1976, acusadas de prácticas abortivas.

También en algunos lugares como en Málaga, había algunos/as ginecólogos/as que por convicción ideológica realizaban abortos en sus consultas privadas a precios asequibles, incluso

gratuitamente a quién no disponía de recursos. Algunos/as de estos/as médicos/as fueron también detenidos/as y sus procesos, como el de los/as anteriormente nombrados/as, fueron caballo de batalla del feminismo de aquellos años. Si bien la mayoría fueron condenados/as y estuvieron algún tiempo en la cárcel, en casi todos los casos el gobierno de turno los indultó. Así las cosas y ante la presión social, el gobierno de Felipe González, se atrevió a presentar un proyecto de ley de despenalización parcial del aborto.

La ley de supuestos del 85

Esta ley a pesar de ser muy restrictiva, suscitó una enorme controversia porque era la apuesta ideológica de un partido presionado por una parte relevante de la sociedad española, pero no de toda ella. Y es que el peso ideológico del conservadurismo moral ha ralentizado cualquier avance en los derechos de las mujeres. Esta realidad se hizo palpable no solo en las dificultades del trámite parlamentario, sino en el recurso de inconstitucionalidad del PP contra una norma que se aprobó disminuida en sus pretensiones.

La sentencia que el Tribunal Constitucional emitió en 1985, respondiendo al recurso del Partido Popular, venía a declarar que los supuestos planteados en el recurso no eran objeto de inconstitucionalidad sino que la inconstitucionalidad venía dada por la ausencia de determinadas cuestiones en el precepto legal impugnado, es decir, que una vez incorporadas esas “circunstancias” la ley sería conforme con la Constitución. En definitiva, no se trataba de lo que el precepto legal decía, sino de lo que omitía. Siendo así, el Tribunal ordenó al legislador que incorporase determinadas condiciones para que la norma fuese constitucional.

El Tribunal buscó una posición cómoda enfrentando el derecho de la vida del nasciturus, en rango inferior con los derechos de la mujer, pero exigiendo la veracidad de los supuestos. A diferencia de lo que se hizo en EEUU, siguió la pauta de los TC europeos (Alemania, Francia, Italia) no reconociendo el aborto como derecho constitucionalmente reconocido, sino admitiendo la constitucionalidad del aborto en determinados supuestos.

Siendo así, el aborto quedó despenalizado en tres supuestos: violación, patología fetal y salud física y psíquica. Una despenalización insuficiente, pero que pudo ser un instrumento “útil” gracias a la interpretación que algunos/as profesionales hicieron del concepto de salud; entendida por la OMS no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el bienestar físico, psíquico y social.

Resulta paradójico que esta misma articulación legislativa se diera en Portugal con un desarrollo completamente diferente; ya que mientras que aquí la flexibilidad interpretativa permitía a la mujer abortar; las mujeres portuguesas seguían abocadas a la clandestinidad o bien viajaban a España, ya que en aquel país se hacía una interpretación restrictiva del concepto de salud por parte de los/as médicos/as, quienes equiparaban el aborto con la manifestación inequívoca de una enfermedad.

No obstante, el hecho de tener que delegar en un tercero la pertinencia del aborto, implicaba una gran inseguridad jurídica para el/la profesional y para la mujer. De hecho, se mantuvieron las persecuciones jurídicas, las inspecciones políticas, policiales y el procesamiento a colectivos profesionales...; al punto de que tras años convulsos, fueron esas persecuciones las que precipitaron el cambio de la norma en el año 2010.

Desarrollo de la Ley de Supuestos.

Dicho todo esto, y antes de abordar la resultante de esa situación: la ley actual; convendría conocer de manera más detallada en qué se tradujo la despenalización parcial del aborto en el 85.

La ambigüedad de la ley de supuestos, que dejaba abierta la interpretación de la misma, trajo consigo dos realidades muy diferentes en torno al aborto. Por una parte, desde la mayoría de los sectores sanitarios, se hizo una lectura muy restrictiva de la norma, permitiendo el aborto, por considerar estos supuestos como los únicos legales, sólo si el feto presentaba una patología o malformación grave o si la madre padecía una enfermedad que de seguir con la gestación pondría en grave peligro su vida. Tanto es así, que calificaron la interrupción bajo estas circunstancias como Interrupción Legal del Embarazo, dando a entender que en los otros casos el aborto era de dudosa legalidad.

Por el contrario, algunas de las personas, muchos de ellos/as profesionales sanitarios, que ya realizaban abortos clandestinos y que habían estado vinculadas a grupos feministas y habían luchado por la legalización del aborto; decidieron abrir centros sanitarios privados al amparo de la normativa vigente, aplicando en ellos una interpretación más amplia de la ley, en la que la salud se consideraba, según definición de la OMS: un estado de “bienestar físico, mental y social” y no solo la ausencia de enfermedad.

Ante esto y teniendo en cuenta que la ley hablaba, no sólo de certezas sino de presunciones...de la posibilidad de que la continuidad de un embarazo no deseado, pudiera perturbar el estado de salud futuro de esa mujer embarazada, estos centros se dotaron de equipos multidisciplinares donde médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras etc. valoraban a las mujeres y emitían dictámenes en los que se indicaba, si así lo determinaba la valoración, que a esa mujer se le podía practicar legalmente un aborto ya que de continuar con el embarazo no deseado, se pondría en peligro su salud, en la gran mayoría de los casos su salud mental.

Así poco a poco y según se abrían más centros acreditados para la práctica de IVE en las distintas CCAA, las mujeres españolas pasaron de abortar clandestinamente o en el extranjero, a hacerlo en España, en muchos casos en su misma ciudad o provincia, por un coste económico moderado y bajo unas garantías sanitarias y legales que han propiciado que en España la tasa de complicaciones derivada del aborto sea una de las más bajas del mundo.

En paralelo a esta tendencia, en la sanidad pública la situación se fue complicando cada vez más. La mayoría de los/as ginecólogos/as se acogieron a la objeción de conciencia para no practicar abortos, pero no sólo los ginecólogos/as, sino otros profesionales involucrados como anestelistas, matronas/os, personal de enfermería y auxiliares, limpiadoras, bedeles etc., de manera que había hospitales en los que si bien contaban con ginecólogos/as dispuestos a practicarlos, la negativa de otros/as profesionales, necesarios/as también para la realizar la IVE, convertía en imposible la empresa de establecer un equipo completo dispuesto a ello.

La situación llegó hasta tal punto que en algunos hospitales se crearon comités éticos (en los que en muchos casos uno de los miembros era el capellán del hospital) para evaluar en qué casos era legal y ético practicar el aborto y en cuáles no. Pero incluso en los casos en que se autorizaba la intervención por graves malformaciones o en situaciones en las que el embarazo ponía en peligro la vida de la madre, a veces los problemas de la objeción de conciencia, generalizada en algunos servicios de ginecología y obstetricia de determinados hospitales, impedía en la práctica que se pudieran llegar a realizar las IVEs.

Llegados a este punto cabe preguntarse: ¿realmente era y es la objeción de conciencia una tendencia general entre los/as profesionales? Tendemos a considerar que si bien la objeción de

conciencia vino a encubrir, sobre todo en un primer momento, el temor de los/as profesionales a verse inmersos en procesos y causas judiciales dada la ambigüedad de la ley, por otro lado, existía y existe una clara reticencia por parte de los/as médicos/as en general y por parte de los/as médicos/as especializados en ginecología en particular, a realizar interrupciones de la gestación.

Las razones de esta última tendencia son varias, pero casi todas ellas se relacionan con la idea de que el ejercicio de esta prestación implica una pérdida de prestigio profesional; y es que cuando hablamos de realizar un servicio estigmatizado (tanto para la mujer como para el/la profesional) y no normalizado dentro de la red de hospitales públicos, se entiende que atender esta prestación resta proyección profesional, aunque con ella se ayude a miles de mujeres.

Frente a esta situación, las clínicas acreditadas no solo realizaban y realizan abortos sino que ofrecían y ofrecen un servicio moderno de anticoncepción, de asesoramiento sexual, al tiempo que empezaron a sostener una labor de incidencia política, social e incluso pública a través de los medios de comunicación que se mantiene en estos momentos.

Los centros acreditados para la IVE establecieron unos costes sociales de acceso a la IVE que oscilaban en aquel momento entre unos 160-180 euros. Hoy en día una interrupción del embarazo de hasta 12 semanas, el 90% de todas las intervenciones, oscila entre los 290 euros y 500, según las distintas CCAA y dependiendo de si se realiza con anestesia local, con general o bien con sedación. Esto incluye en la mayoría de los casos todo el proceso, es decir:

- Cita informativa previa legalmente obligatoria, que incluye a su vez diagnóstico de embarazo ecográfico
- Valoración médica del caso (historia clínica completa) es decir, exploración ginecológica, valoración de patologías concomitantes, alergias, antecedentes personales, familiares, actuales y remotos. Valoración anestésica, si procede. Análisis de sangre necesarios. Valoración y clasificación del tipo de riesgo de cada paciente (ASA)
- Valoración social o psicológica del caso si procede y acompañamiento emocional
- Premedicación
- Intervención, según elección de la usuaria o indicación médica, ya sea intervención instrumental o farmacológica, dependiendo de las semanas de gestación, con valoración de las posibilidades anestésicas.
- Reposo o recuperación según el tipo de anestesia y seguimiento posterior.
- Alta restringida con tratamiento y recomendaciones postoperatorias. Consejo anticonceptivo.
- Seguimiento de posibles incidencias o complicaciones posteriores hasta la siguiente menstruación. Con la intención de reforzar este seguimiento, se mantiene abierta una línea de asistencia telefónica en los centros, al objeto de resolver dudas, temores, problemas...que las usuarias necesiten solventar. Servicio que se presta 365 días al año, 24 horas al día.

Retomando la situación de aquellos días, podemos decir que en aquel momento se estableció como prioridad facilitar el acceso a mujeres sin recursos, siendo en muchos casos gratuita la intervención para aquellas mujeres que por su situación económica y social no pudieran costearla (un 30% de las intervenciones en algunos centros).

En vista de todo lo anterior, algunas administraciones públicas optaron por recurrir a las clínicas privadas acreditadas para poder garantizar el derecho al aborto de aquellas mujeres que aun cumpliendo estrictamente los requisitos que la ley exigía para poder acogerse a ella, no podían ejercer su derecho ante la negativa de los/as profesionales sanitarios públicos a realizarlo. Tal fue el caso de Andalucía y poco después el de la Comunidad Valenciana, donde se organizaron sistemas de acceso a la prestación que garantizaban el recurso de forma amplia a la población y de manera gratuita a través de la financiación pública.

Estos sistemas se basaban en contratos con las clínicas autorizadas para que prestaran el servicio de IVE a las mujeres que lo solicitaran en la Sanidad Pública, siendo la fórmula elegida la concertación a través de concurso público, tal y como ocurre con otros servicios sanitarios, tales como: diálisis, ambulancias, resonancias magnéticas, etc.

En el resto del territorio se optaron por otras alternativas, todas ellas más complejas, restrictivas y menos transparentes. Por ejemplo, en Cataluña se optó por conceder a una asociación privada concertada para tal efecto, la facultad de subvencionar total o parcialmente las IVEs en los centros privados, después de firmar un convenio con algunos de estos centros. El precio acordado era inferior al coste habitual de la intervención y solo cubría los costes. En Madrid, por su parte, se optó por autorizar la IVE como prestación complementaria caso a caso. En algunas comunidades como Navarra, no hubo ningún centro que realizara abortos y ningún tipo de acuerdo con centros de otra comunidad, propiciando que hasta el año 2010 la prestación siempre la abonaran directamente las mujeres.

En definitiva se había conseguido ofrecer a las mujeres españolas un aborto seguro y de calidad dentro de los parámetros legales; sin embargo la gratuidad, la equidad y la facilidad de acceso no quedaban garantizadas en todo el territorio.

En paralelo al desarrollo de la prestación de aborto provocado desde un punto de vista sanitario y también como respuesta a la presión de los grupos antielección; se crea en 1997 la Asociación de Clínicas Acreditadas, ACAI. Esta asociación de profesionales es una asociación estatal sin ánimo de lucro que funciona como una red solidaria en 19 ciudades y 11 comunidades autónomas.

ACAI buscó y busca dar a conocer el trabajo de un amplio sector de profesionales del ámbito de la salud sexual, reproductiva e integral de las mujeres, pero sobre todo intenta aunar esfuerzos para conseguir el máximo nivel de calidad en la atención de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

Entre los objetivos para los que se creó la asociación están los siguientes:

- Conseguir que todas las mujeres puedan decidir libremente si quieren o no, interrumpir su embarazo.
- Facilitar la asistencia psicológica y social necesaria para que las mujeres accedan al aborto sin los estigmas negativos asociados a la interrupción del embarazo.

- Ayudar a las mujeres y a los hombres a elegir, tras la interrupción de un embarazo, el método anticonceptivo más acorde con su situación.
- Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los y las jóvenes, así como de las mujeres y hombres inmigrantes, se facilita la información más adecuada para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Facilitar entre los/as profesionales de la sanidad y la asistencia social la formación necesaria para la correcta aplicación del recurso al aborto.
- Promover la investigación de las necesidades que en materia de anticoncepción, aborto provocado y en general de salud reproductiva, afrontan mujeres y hombres.
- Trabajar para la dignificación de esta prestación sanitaria y social, así como, de los/as profesionales que con su esfuerzo consiguen que sea un recurso humano y médico de calidad.

La presión del movimiento antielección- La ley del 2010

Al tiempo que se desarrollaba la prestación sanitaria de aborto provocado en España en las condiciones descritas, los/as profesionales tuvieron que desarrollar su trabajo durante esos 25 años bajo la presión de los grupos antiabortistas que interpusieron contra ellos/as denuncias constantes por considerar que actuaban fuera de la ley. Las denuncias o causas judiciales referían tanto a aspectos legales como a cuestiones tales como, trámites administrativos, tratamientos de residuos, protección de datos, uso de determinados medicamentos...convirtiéndose las inspecciones administrativas, policiales y políticas en una constante en la actividad de los centros, y la denuncia pública de estos grupos en una actividad recurrente. Qué duda cabe que tanto los/as profesionales como las mujeres que confían en ellos/as han sido estigmatizados socialmente en gran medida por la presión de estos grupos. Una estigmatización que aún perdura en nuestra sociedad, pese a la labor de incidencia política, social y científica de muchos/as de estos/as profesionales en diversos ámbitos.

En 2010 la situación de acoso y persecución a los centros y a las mujeres que abortan en ellos resulta insostenible. La opinión pública presiona en la calle, pidiendo un cambio de ley que reconozca el derecho de las mujeres a decidir. Es en esos momentos cuando el Gobierno socialista de José Luis Rodríguez Zapatero encarga a su Ministra de Igualdad, Bibiana Aído, que redacte la actual Ley de SSR e IVE, equiparando nuestra legislación a la de la mayoría de países europeos. Es este un proceso en el que ACAI colaboró decididamente a través de investigaciones e informes elaborados a partir de la actividad cotidiana en sus centros, y aportando diversas referencias documentales tanto del desarrollo y las particularidades de la prestación sanitaria en nuestro país, como de la situación internacional de la IVE.

La actual Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo reconoce por primera vez en nuestro país el aborto como un derecho de la mujer, sujeto a su libre decisión en las 14 primeras semanas. De manera clara se establece la dimensión sanitaria de este derecho y por vez primera se aporta seguridad jurídica. La mujer accede a este recurso de manera gratuita y no se olvida la norma de facilitar una salida a la patología fetal y materna, así como, a la

incompatibilidad vital o enfermedad muy grave e incurable más allá de la semana 22. En este sentido, podemos decir que los/as profesionales de ACAI contribuyeron desde su experiencia, a fijar, dentro del marco normativo, los límites gestacionales para interrumpir el embarazo según los casos.

En definitiva la ley actual tiene la intención de superar los problemas descritos en las líneas precedentes, con el afán de conseguir garantizar la calidad, la gratuidad y la equidad en el acceso a la interrupción del embarazo.

CIRCUNSTANCIAS ADMINISTRATIVAS Y SANITARIAS EN LA PRESTACIÓN DE ABORTO PROVOCADO.

Concertación de la prestación sanitaria de Aborto Provocado

En estos momentos podemos decir que en la práctica totalidad de las comunidades autónomas, a excepción de Cataluña y Baleares, se ha optado por generalizar el sistema de concertación andaluz con los centros médicos especializados para la IVE, como sistema de acceso gratuito, seguro y equitativo a la prestación sanitaria de aborto provocado en todo el territorio.

Las razones por las que este sistema es general se basan en motivaciones históricas como las que hemos descrito en las páginas precedentes y también en otras razones de carácter médico-sanitario como las que vamos a explicar a continuación.

Los y las profesionales de los centros médicos especializados para la IVE siempre han apostado porque la prestación de Aborto Provocado fuese una prestación pública, sin embargo por diversas circunstancias históricas antes explicadas, y que podríamos resumir en: ambigüedad de la ley, objeción de conciencia de los/as profesionales, inseguridad jurídica, falta de formación específica...no ha sido así y hoy por hoy el Aborto Provocado es una prestación, reconocida por el Sistema Nacional de Salud, pero realizada mayoritariamente por los centros especializados para la IVE, hoy concertados con la Sanidad Pública.

Como consecuencia de estas circunstancias, durante más de treinta años mientras los/as profesionales de las clínicas privadas se formaban e investigaban a propósito del recurso al aborto, la mayoría de los/as profesionales de la sanidad pública permanecían estancados en el conocimiento de esta prestación, o bien **la relacionaban con sus conocimientos obstétricos, cuando el aborto tiene características y técnicas propias**. Hoy por hoy, la sanidad pública no contempla la formación de los/as profesionales en el recurso al aborto, no se incluye en el currículum de los/as médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales...ni en la especialidad de ginecología. **Tampoco existen las muy “necesarias” unidades públicas especializadas en Aborto Provocado.**

En estos momentos, los/as profesionales de los centros especializados que si han creado unidades específicas para atender la prestación de Aborto Provocado y que en consecuencia conocen las especificidades de una práctica sanitaria diferenciada y distinta según la semana de gestación; están ofreciendo a las usuarias una prestación de calidad que ha procurado durante estos veinticinco años una mortalidad por aborto en España casi nula (1/200.000 en centros especializados) así como, que el nivel de complicaciones sea uno de los más bajos de los países desarrollados.

Como no podía ser de otro modo, los/as profesionales de los centros médicos especializados para la IVE han apoyado y apoyarán los esfuerzos de la Administración por asegurar a la mujer la calidad y la equidad en la prestación de Aborto Provocado en el ámbito público. Sin embargo, consideramos que **tales esfuerzos requerirán de tiempo y sobre todo de una voluntad profesional que, hoy por hoy, creemos que no se ha manifestado con la rotundidad que la situación requiere**: falta experiencia, investigación, trabajo de campo...

Más allá de la regulación de la denominada objeción de conciencia que en mayor o menor medida puede mermar la resistencia de los/as profesionales a la realización de abortos provocados, consideramos, como ya hemos apuntado antes, que existe una clara reticencia por parte de los/as médicos/as en general y por parte de los/as médicos/as especializados/as en ginecología, a realizar interrupciones de la gestación

Las razones como ya hemos dicho son varias, pero casi todas ellas se relacionan con la falta de prestigio profesional. Como consecuencia de esto y si desde las distintas administraciones se “obligara” a ciertos profesionales a realizar abortos, podríamos encontrarnos con que la prestación **acabe siendo realizada por médicos/as que no quieren realizarla** y que de hacerlo **lo harán aplicando conocimientos obstétricos que poco tienen que ver con las técnicas específicas de aborto provocado.**

TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA PRESTACIÓN SANITARIA DE ABORTO PROVOCADO.

ABORTO FARMACOLÓGICO E INSTRUMENTAL-UNA CONVIVENCIA IMPRESCINDIBLE.

Actualmente en el mundo para practicar abortos seguros se usan fundamentalmente dos tipos de técnicas; de una parte el método instrumental (también llamado quirúrgico, aunque el término instrumental es más correcto) y de otra parte el método farmacológico (también denominado aborto médico, en su traducción literal del inglés); asimismo, podríamos decir que también se utilizan ambos métodos combinados, según el caso y la edad gestacional.

Las técnicas instrumentales, apoyadas o no con fármacos abortivos, son en general para la mujer más rápidas, más eficaces y si se practican con sedación o anestesia tienen un menor impacto emocional porque no se tiene conciencia del acto médico.

Tenemos que considerar además otras razones que determinan la elección de la mujer por un método u otro. El aborto instrumental se hace en un centro médico, la intervención dura de unos 5 a 10 minutos y todo el procedimiento hasta el alta, según el tipo de anestesia, de 1 a 2 horas. Por el contrario, una intervención farmacológica implica para la mujer, como mínimo, una jornada de mañana o tarde en su domicilio o en el centro clínico, ya que después de haber tomado la medicación hay que esperar el efecto deseado, es decir la expulsión del producto gestacional, siendo frecuente la aparición de efectos secundarios como dolor, abundante sangrado, náuseas, vómitos, diarrea, etc. en un grado mayor que en el aborto instrumental.

Solo cuando estos síntomas van disminuyendo y se produce el expulsivo, la mujer se puede incorporar a la vida cotidiana. Al mismo tiempo, el proceso de aborto farmacológico genera en la mujer la incertidumbre de no saber si se ha producido totalmente el aborto o no, lo que requerirá por norma una ecografía tras la expulsión.

Como resultante de estas y otras condiciones, muchas mujeres nos trasladan la imposibilidad de disponer del tiempo y la intimidad necesarios para llevar a cabo el proceso, no se encuentran acompañadas (requisito indispensable), viven en un entorno familiar con cuyos miembros no comparten sus experiencias, existen condicionantes laborales o bien viven lejos de un centro de urgencias al que poder acudir en caso de necesidad.

Todas estas circunstancias son probablemente las razones por las que las mujeres prefieren mayoritariamente el método instrumental, cuando se les ha permitido elegir entre una técnica u otra y en conformidad con sus circunstancias sociales, personales, sanitarias e íntimas.

En esta línea en España y según estudios de ACAI.

- Cuando las mujeres son correctamente informadas y se les permite optar entre las dos técnicas de acuerdo a sus circunstancias personales y médicas, casi el 80 % elige el método instrumental frente al 20% que se decanta por el farmacológico. Sobre todo cuando en el mismo centro se puede optar por los dos métodos.

En el caso de que en el centro al que acude la usuaria se ofrezca una de las dos opciones y la mujer prefiera la otra opción, deberá desplazarse y dicha circunstancia puede condicionar su elección.

Según varias publicaciones internacionales basadas en estudios fiables y de las que se hace eco la OMS entre otras, *“las mujeres prefieren las técnicas instrumentales a las farmacológicas, fundamentalmente por el dolor y el tiempo que dura este último procedimiento”*

- En una valoración del 1 al 10, las usuarias del farmacológico manifiestan tener un nivel de satisfacción con el proceso del método de 7.4 puntos. Sin embargo, son las usuarias del método instrumental las que dan una valoración superior al método elegido con 9 puntos.
- El perfil en la elección del método farmacológico es una mujer joven, sin hijos y con pocas semanas de gestación.
- Por el contrario el perfil del método instrumental es de una mujer madura con hijos, aunque en este caso es independiente de la semana de gestación. Es significativo que a más edad y a más número de hijos las usuarias se decantan por la elección del método instrumental.
- La mayor parte de las usuarias que eligieron el método farmacológico lo hicieron por miedo a la intervención, un 56%.
- En cuanto a la tolerancia del método, en el instrumental es mayor, ya que los efectos secundarios, generalmente leves y transitorios, se presentan tan sólo en un 10% de los casos, siendo muy leves la mayoría de las veces. En el caso del farmacológico tanto en el estudio de ACAI como en los datos que aporta el propio laboratorio Nordic Pharma, estos síntomas, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, dolor de cabeza y desvanecimiento aparecen en más del 50% de los casos.
- Entre el 95% y el 98% de los casos el método farmacológico tiene éxito, consiguiendo interrumpir el embarazo y producir la expulsión completa del contenido uterino; sin embargo entre un 2% y un 5% de los casos el método farmacológico fracasa, por eso es tan importante la visita al centro médico.¹

¹ **Nota al pie de página:** Se entiende como fracaso del método, la continuación del embarazo o sangrado abundante con persistencia de restos ovulares que requieren de aspiración para resolver el proceso. En este sentido, queremos aclarar que el consenso internacional considera el embarazo evolutivo una complicación tanto en el aborto instrumental como en el farmacológico al igual que el aborto incompleto que presentando síntomas de dolor intenso, hemorragia o sangrado persistente, necesita una nueva aspiración o nuevas dosis de misoprostol. Posición avalada por la OMS en su guía: **“Aborto sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud”**. OMS 2012.

ACAI considera “complicaciones” aquellos abortos incompletos que presentan síntomas: dolor pélvico que no cede con analgesia, sangrado excesivo (hemorragia) que hay que tratar repitiendo dosis de misoprostol o aspirando de nuevo y no en los que solo se realiza un diagnóstico ecográfico de restos embrionarios, pero que no presentan clínica (asintomáticos)

- La Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE no se manifiesta ni a favor ni en contra de ninguno de los dos métodos. Los/as profesionales de los centros médicos especializados para la IVE consideran que es la mujer la única que toda vez que ha sido correctamente informada, debe elegir el método más acorde con sus circunstancias vitales, sociales, personales y médicas. Frente a los métodos, incluyendo el tipo de anestesia, la mujer también debe tener libertad de elección.
- Los centros asociados de ACAI no tienen ningún interés ni profesional ni económico a la hora de orientar a la mujer en la elección de método, ya que tanto en un caso como en el otro, los/as profesionales creen por una parte que ambos métodos son adecuados si la mujer así lo elige y de otra parte el coste económico y por tanto la remuneración de la intervención es igual en ambos casos. Son excepcionales los casos de tres comunidades en las que se abona más el farmacológico por parte de la administración, así como, el caso de una comunidad donde se paga menos.

Cuando una mujer elige la técnica farmacológica suele hacerlo porque tiene miedo a la intervención o fobias (al personal sanitario, las agujas o los quirófanos), aunque también se da el caso de mujeres, si bien este es un grupo minoritario, que se decantan por esta técnica porque quieren ser las protagonistas de sus abortos y tener plena conciencia del mismo, desmedicalizando el proceso.

Ateniéndonos a cuestiones puramente médicas, las técnicas farmacológicas están indicadas cuando por motivos científicos o médicos es importante practicar la necropsia al feto, en condiciones de integridad completa.

Si bien cómo ya expusimos, las mujeres prefieren mayoritariamente el aborto instrumental, para los/as profesionales sanitarios las técnicas farmacológicas podrían llegar a ser preferibles por diversos motivos. En primer lugar no necesitan la infraestructura material y humana necesaria en un aborto instrumental; en segundo término no son necesarias ni la formación ni la experiencia e implicación directa que se requieren en la realización de las intervenciones instrumentales.

Llegados a este punto, podemos afirmar que las preferencias y deseos de las mujeres entran, muchas más veces de las deseables, en colisión no solo con las motivaciones de algunos/as profesionales, sino también con las recomendaciones que sobre las técnicas de IVE realizan las diferentes sociedades científicas y organismos internacionales. Incluso en confrontación con las políticas de las distintas administraciones públicas y gobiernos, más incentivados en muchos casos por la contención del gasto que por el propósito de preservar la salud de las mujeres y la calidad de la prestación sanitaria de aborto.

Por último, no podemos dejar de considerar el peso específico de la industria farmacéutica y su influencia concreta sobre los gobiernos y profesionales sanitarios. Es evidente que más allá de las razones sanitarias y médicas, esta industria se muestra claramente interesada en generalizar un método, el farmacológico, ya que con ello mejorarían las ventas de sus patentes y los beneficios económicos derivados de las mismas.

Pondremos algunos ejemplos de esta confrontación entre las motivaciones de las mujeres y otras circunstancias de diversa naturaleza.

Portugal: Después de mantener una ley de supuestos muy similar a la española del 85, pero que no llegó a aplicarse, entre otros motivos, por la ausencia de profesionales dispuestos a interpretar la ley de forma más extensiva como en España; Portugal aprueba en el año 2007 una ley de plazos que permite el aborto por voluntad propia hasta la semana 10.

Como consecuencia de la deficiencia de gestión en la legislación portuguesa de supuestos, durante más de 20 años los abortos en Portugal no fueron practicados por profesionales sanitarios, sino en centros o consultas totalmente ilegales, dándose la circunstancia de que un número importante de mujeres viajaban a otros países, sobre todo España, para realizarse la intervención en clínicas privadas acreditadas con garantías sanitarias.

Cuando se quiso poner en marcha la nueva ley, los/as profesionales sanitarios, tal y como ocurre en España en el ámbito de la Sanidad Pública, no tenían ninguna experiencia y la mayoría de médicos/as de los hospitales se negaban a hacerlo acogiéndose a la recurrente objeción de conciencia. Por ello la Administración optó por la fórmula más cómoda de hacerlo: dejó al margen la necesaria formación de profesionales en todas y cada una de las técnicas de aborto, incluyendo la creación de equipos multidisciplinares, e implantó en los centros de salud, fundamentalmente con los/as médicos/as de familia y algunos/as ginecólogos/as, el aborto farmacológico.

En la práctica, desde los centros de salud se limitan a dar unos comprimidos a la mujer, quien tiene que marcharse a su casa para tener el aborto en su entorno domiciliario. En caso de dolor o sangrado intenso recurrirá a las urgencias ginecológicas generales, donde con frecuencia le realizarán un legrado con ingreso (muchas veces innecesario) en un ambiente no especializado en la práctica sanitaria de aborto y frecuentemente hostil y crítico con la decisión de la mujer a propósito de la interrupción de su gestación, situación que dista mucho de la necesidad de facilitar un buen acompañamiento, imprescindible en toda práctica sanitaria y especialmente en esta.

Francia: En otros países como en Francia donde han convivido el aborto instrumental y el farmacológico durante años, se han producido diversas circunstancias que están degradando la calidad de la prestación. En primer lugar, y tal y como sucede en otros países, el aborto no solo no reporta proyección profesional, sino que estigmatiza al profesional que lo practica, circunstancia que nuevamente se enmascara en la objeción de conciencia y en segundo lugar se ha implantado una política de precios tan bajos desde la Administración, que hace insostenible económicamente la práctica abortiva en centros privados concertados.

Como consecuencia de lo uno y lo otro, durante los diez últimos años se han cerrado más de 100 centros en los que se practicaban ambas técnicas y no se ha abierto ninguno nuevo. Por otra parte, y tal como sucede en la mayoría de los países, incluida España, no ha habido un relevo generacional, ya que a los/as jóvenes médicos/as no les interesa conocer ni practicar la IVE por

lo que los/as profesionales que las realizan son los/as mismos/as que las llevaban a cabo en los años 70 por militancia, dándose además la circunstancia de que algunos/as de ellos/as ya se han jubilado.

La consecuencia directa de esta situación es que hoy las mujeres en Francia no pueden elegir en su gran mayoría, el método que desean para interrumpir su embarazo. En definitiva, muchas veces la elección del método viene impuesta o derivada de motivos externos (económicos, burocráticos, administrativos) que nada tienen que ver con las motivaciones íntimas de las mujeres para elegir una técnica u otra.

Cataluña-España

Tras la entrada en vigor de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Gobierno aprobó el *Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de Garantía de la Calidad Asistencial de la Prestación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.

Ese decreto tenía como objetivo establecer una serie de requisitos técnicos mínimos para todos los centros (públicos y privados) donde se realizaran interrupciones voluntarias del embarazo e independientemente de si en estos centros se realizaban abortos provocados utilizando la técnica instrumental, farmacológica o ambas. Es decir, que todos y cada uno de los centros que realizan IVEs y aunque estas IVEs fuesen solo farmacológicas, tenían que cumplir estos requisitos mínimos e imprescindibles para garantizar a las mujeres un acceso seguro, equitativo y de calidad en todo el territorio.

En consecuencia algunos centros especializados para la IVE tuvieron que adaptarse a lo establecido por la norma y otras clínicas, pese a que en ellas solo se realizaban abortos farmacológicos, se vieron abocadas al cierre al no poder cumplir con los objetivos marcados por el Real Decreto.

Paradójicamente y aunque este decreto es de obligado cumplimiento en todo el país, la Administración Catalana ha habilitado un conjunto de centros que no cumplen los requisitos de calidad mínimos exigidos por la normativa, y en los que a día de hoy se realizan IVEs farmacológicas hasta la semana 9 de gestación.

A continuación incluimos el listado de requisitos mínimos exigidos por el Real Decreto

ANEXO

1. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 4 podrán ser acreditados para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las catorce semanas de gestación, los centros o establecimientos que cumplan los siguientes requisitos:

a) En relación con las instalaciones y equipamiento:

El lugar donde este ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario, que permitan garantizar la confidencialidad y seguridad de la mujer:

El centro o establecimiento sanitario dispondrá, como mínimo, de un espacio físico que incluya:

- 1.º Un espacio de recepción y sala de espera.
- 2.º Una sala para información a la mujer embarazada.
- 3.º Espacio para la exploración física y ecográfica.
- 4.º Zona de lavado quirúrgico.
- 5.º Una sala adecuada para la realización de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 6.º Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.

Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:

- 1.º Equipamiento y material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
- 2.º Equipamiento y material necesario para realizar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 3.º Ecógrafo.
- 4.º Equipo de monitorización cardiaca.
- 5.º Sistema adecuado de asistencia respiratoria.
- 6.º Desfibrilador y material de reanimación cardiopulmonar.
- 7.º Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil).
- 8.º Sistema de mantenimiento eléctrico.

b) En relación al marco básico de la prestación:

- 1.º Consulta de toco-ginecología.
- 2.º Estudio y valoración por el facultativo especialista que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en función de la acreditación que se solicite.
- 3.º Consulta propia o externa de especialista, cuando esté indicada por la sospecha o existencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.
- 4.º Prestaciones correspondientes de anestesia y reanimación.
- 5.º Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.
- 6.º Pruebas ecográficas pre y post interrupción voluntaria del embarazo.
- 7.º Técnica de interrupción voluntaria del embarazo adecuada a cada situación.
- 8.º Monitorización cardiaca sistemática.
- 9.º Medicación indicada, según la especificidad de cada caso, incluyendo Gamma-Globulina anti-Rh si procede.
- 10.º Recuperación post-intervención en salas acondicionadas a estos efectos, durante el tiempo preciso y los controles necesarios.
- 11.º Seguimiento post-intervención de posibles incidencias hasta su alta definitiva.

12.º Centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

II. Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo con alto riesgo para la embarazada o con más de catorce semanas de gestación, podrán ser acreditados los centros o establecimientos sanitarios que además de los requisitos expresados en el número anterior cuenten al menos con los siguientes requerimientos:

a) En relación con las instalaciones y equipamiento:

1.º Equipamiento necesario para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo bajo cualquier modalidad de anestesia

2.º Electrocardiógrafo

3.º Equipo de intubación.

b) En relación al marco básico de la prestación:

1.º Unidad de obstetricia y ginecología.

2.º Banco o depósito de sangre correspondiente

3.º Unidades de enfermería y hospitalización correspondientes.

Por otra parte y como ya hemos señalado, para ACAI resulta fundamental que las/os profesionales que intervienen directamente en el aborto provocado estén formados en todas y cada una de las técnicas utilizadas en la práctica sanitaria de IVE. De este modo, y solo de este modo, podremos garantizar la calidad y sobre todo salvaguardar la libertad de elección del método para la mujer de acuerdo a sus circunstancias sociales, vitales, sanitarias e íntimas.

Lamentablemente y al igual que ocurre en el resto del Estado, los/as profesionales de la Sanidad Pública catalana no tienen experiencia en aborto provocado ni en sus técnicas específicas, ni cuentan, como ya hemos señalado, con la infraestructura específica mínima y necesaria. Pese a ello, hoy por hoy, la Sanidad Pública Catalana está ofertando a las mujeres una respuesta limitada que incentiva y potencia la interrupción por el método farmacológico como opción prioritaria en las primeras 9 semanas de gestación; y solo en el caso de que la mujer manifieste expresamente su deseo de acceder a una IVE instrumental, o si la semana de gestación no permite la opción farmacológica o el embarazo es evolutivo tras el fracaso del método farmacológico; derivan a esta a un centro especializado para la IVE para que se le practique la interrupción por el método instrumental.

Para ACAI esta situación que se justifica por el intento de ahorrar costes en el presupuesto sanitario de una Administración, resulta preocupante en la medida en que se corre el riesgo de devaluar la opción instrumental, privando con ello a la mujer de una de las opciones preferentes para esta. Al tiempo, si no exigimos a los/as profesionales formación específica en todos los métodos, estaremos acabando con un método válido y seguro como ya ocurre en otros países, tales como Portugal y Francia.

Posición de la Asociación de clínicas Acreditadas para la IVE con respecto a los métodos de IVE.

- Dejando evidentemente manifiesto el respeto absoluto hacia todos los métodos de IVE, y aclarando que ACAI no toma partido alguno por un método u otro; consideramos que resulta completamente necesario salvaguardar la convivencia de ambos métodos, para garantizar no solo la calidad de la prestación, sino sobre todo la libertad de elección de la mujer, quien según estudios de ACAI, entre otros, prefiere mayoritariamente el método instrumental frente al farmacológico.
- ACAI considera que la libertad de la mujer no solo ha de respetarse en relación a la continuidad de su gestación o no; sino también en relación al método, en caso de que opte por la interrupción del embarazo. En consecuencia la mujer debe ser libre para elegir el método más acorde con sus circunstancias sociales, personales, íntimas y sanitarias, tras haber sido informada correctamente y de manera imparcial y veraz sobre ambos métodos por profesionales sanitarios.
- De generalizarse el método farmacológico en detrimento del método instrumental, se estaría privando a las mujeres de su libertad de elección, abocándolas a un único método como ya ocurre en países como Francia, países nórdicos, Inglaterra o Portugal.
- ACAI, como así lo avala la literatura científica sobre esta cuestión, cree completamente necesario que todos/as los/as profesionales que intervienen directamente en la práctica sanitaria de aborto provocado (tanto en la sanidad pública, privada o concertada), estén formados en todos y cada uno de los métodos (instrumental y farmacológico) ya que de no hacerlo se perderá la práctica en un método altamente eficaz y elegido por las mujeres en casi el 80% de los casos, según estudios de ACAI.
- La actual ley prevé la formación de los/as profesionales en las técnicas de aborto provocado, así como, la introducción como materia curricular en los estudios de Medicina y Enfermería de la práctica sanitaria de IVE. Bastaría por tanto con cumplir la Ley de SSR e IVE.

UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

Si realmente queremos seguir apostando por la calidad, la accesibilidad y la equidad en la práctica sanitaria de Aborto Provocado, tenemos que entender que este recurso puesto a disposición de la mujer debe seguir considerando su bienestar como la principal prioridad, y el respeto a su decisión como la base fundamental del acompañamiento durante el proceso.

La práctica sanitaria de Aborto Provocado debe realizarse por profesionales integrados/as en unidades específicas que respalden la intervención, que su posición ante el aborto sea de empatía, responsabilidad con la mujer, facilitadora y no juzgadora.

Volvemos a reiterar que estas unidades específicas multidisciplinarias deben estar integradas por profesionales de distintas disciplinas: medicina, trabajo social, enfermería, psiquiatría, psicología, etc., resultando imprescindible que los/as profesionales directamente involucrados en el proceso estén formados/as en todas las técnicas propias y específicas de aborto provocado.

Como hemos explicado en las páginas precedentes, al haber sido absorbida esta demanda por los centros médicos especializados para la IVE durante 30 años, no existen en la Sanidad Pública actualmente equipos multidisciplinarios formados ni especializados para atenderla.

Durante más de treinta años mientras los/as profesionales de las clínicas concertadas han asumido esta demanda mediante conciertos públicos y se han ido formando, actualizando y acumulando experiencia en estas técnicas, la mayoría de los/as profesionales de la sanidad pública no han recibido ninguna formación al respecto, o bien la han relacionado con sus conocimientos obstétricos, cuando, como hemos demostrado, el aborto es una prestación específica y diferencial. Hoy por hoy, la sanidad pública no contempla la formación de los/as profesionales en el recurso al aborto. La Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo prevé subsanar esta deficiencia, pero hasta ahora no se ha puesto en práctica y para que ese propósito se convierta en realidad se necesita tiempo. Si queremos realizar esta prestación en los centros públicos debemos formar primero a los/as profesionales y crear unidades específicas, de no hacerlo de este modo, estaremos retrayéndonos a técnicas que convierten la práctica abortiva en un proceso menos seguro, doloroso, largo y angustioso para la mujer.

Resulta imprescindible que las mujeres puedan elegir libremente la técnica y el centro donde desean ser atendidas. Una vez informadas de las posibilidades, las mujeres deben tener el derecho a decidir sobre las condiciones en que se realizará el aborto: método farmacológico, anestesia local o general y por supuesto el centro y ciudad a la que quieren ir. Las mujeres son maduras para tomar decisiones sobre su propio cuerpo, no debiendo ser tuteladas. Afortunadamente dejan de ser “pacientes” y se están convirtiendo en personas activas y con autonomía sobre su propia salud. Esta elección está claramente regulada por el decreto 128/1997, que establece la libre elección de centro y especialista para el Sistema Sanitario Público y la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la capacidad de los y las pacientes de decidir sobre el procedimiento al que se van a someter, una vez informados e informadas.

Es tarea política de las Administraciones, establecer los cauces y vías oportunas de formación, sin embargo consideramos imprescindible que dichas Administraciones Sanitarias consideren y valoren los protocolos de actuación que han ido elaborando los/as profesionales que han atendido la IVE en nuestro país. Guías de actuación internacionalmente consensuadas. Sería bueno tenerlos/as en cuenta, si realmente existe una voluntad política clara por mantener la calidad y la profesionalidad en la prestación sanitaria de Aborto.

A la hora de establecer políticas públicas sobre esta prestación, no tener en cuenta la experiencia acumulada por un grupo pequeño de profesionales en los/as que se han concentrado durante 30 años la práctica del 89% de los abortos en este país, sería realmente lamentable. Es muy importante ser conscientes que si bien la formación de los/as profesionales de nuestra sanidad pública es excelente en la mayoría de los temas, por razones que ya hemos expuesto en esta materia concreta es insuficiente. Y volvemos a repetir que el aborto tiene técnicas y abordajes diferenciados de la obstetricia habitual (abortos naturales, partos, etc.) Ignorar esta realidad no solo dañaría gravemente la calidad de la prestación en términos médico-sanitarios, sino que además podría deteriorar todo el protocolo de acompañamiento psicológico, personal y humano que los centros tienen establecidos en orden a evitar el llamado “síndrome post-aborto”. Porque en contra de lo que sostienen los distintos grupos antielección, la interrupción de una gestación no entraña prácticamente riesgo psicológico alguno para la mujer cuando esta se siente respaldada y acompañada en su decisión, tal y como evidencian numerosos estudios metodológicamente serios tanto en Europa como en EEUU y de los que se hacen eco la OMS, IPPF, La Sociedad Americana de Psicología, el Colegio Británico de Psiquiatras y un largo etcétera. Sin embargo, si el acompañamiento psicológico no se adecua a la realidad de la mujer, entonces si podemos estar mermando y alterando de forma evidente su salud psíquica.

Dicho esto, y resumiendo distintos aspectos relacionados en este documento, podemos afirmar que:

- ✚ La práctica sanitaria de Aborto Provocado debería realizarse por profesionales integrados/as en unidades específicas especializadas y que respalden esta intervención, requisitos que reúnen las clínicas asociadas en ACAI.
- ✚ Estas unidades específicas multidisciplinarias deben ser integradas por médicos/as, ginecólogos/as, anestelistas, enfermeros/as, auxiliares, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras y abogados, a los/as que es necesario formar. Una apuesta que no se hace de hoy para mañana.
- ✚ Resulta imprescindible abandonar las técnicas obstétricas aplicadas a la interrupción de la gestación, empleadas fundamentalmente en el ámbito público: legrado frente a aspiración, inducción frente a dilatación y evacuación, farmacológico frente a instrumental etc. El Aborto Provocado cuenta con técnicas propias protocolizadas. De no hacerlo de este modo, estaremos retrotrayéndonos a técnicas que convierten el Aborto en un proceso menos seguro, doloroso, largo y angustioso para la mujer.
- ✚ La interrupción de embarazo es una técnica socio-sanitaria compleja, pues abarca varios aspectos en relación con la mujer: el estrictamente sanitario, el social, el psíquico y el íntimo (que implica la preservación de la confidencialidad). Si todos estos aspectos no son tratados, entendidos y asumidos debidamente, uno por uno, a su debido tiempo, con la ayuda de profesionales de diversos ámbitos, con experiencia, empatía y sin juicios previos de carácter moral o religioso, es cuando se puede producir el mal llamado “síndrome post aborto”. Una afectación casi inexistente hoy en día en nuestro país, gracias al trabajo de los casi 3000 profesionales especializados dedicados a atender ésta demanda en salud sexual y reproductiva.

- ✚ Se ha demostrado que en países donde el aborto es ilegal, países donde las mujeres apenas cuentan con apoyo personal y profesional, se incrementa en la mujer el sentimiento de culpabilidad y angustia. Pero además también se ha demostrado que existe un incremento de “síndrome post aborto” en los países que aun contando con posibilidades legales de realizar la interrupción del embarazo; ésta se realiza en centros u hospitales generales que no cuentan con personal multidisciplinar especializado en salud sexual y reproductiva, dado que en esas circunstancias no se puede realizar un correcto acompañamiento de la mujer, antes, durante y después de la intervención.
- ✚ Creemos que la incorporación del aborto en los protocolos reglados de la sanidad pública puede ser un paso adelante en la defensa de los derechos y la protección de las mujeres, pero puede convertirse en un salto atrás si la atención se deja en manos de personal sin experiencia, capacitación o voluntad para encarar el reto de la atención continuada a las mujeres que viven la experiencia de tener un embarazo no deseado.
- ✚ Los protocolos de actuación internacionalmente aceptados y que han estado usando y actualizando los/as profesionales de los centros acreditados durante casi 30 años, incorporan, además de las guías de atención médico-sanitaria, los requisitos técnicos y las infraestructuras necesarias para la realización de la práctica de IVE.

Se deben tender puentes entre los centros actuales de IVE y la sanidad pública, ya sea a través de la formación de profesionales en estos centros o por estos/as profesionales, la continuidad de la concertación pública como garantía de calidad, profesionalidad, equidad y gratuidad para la mujer, la continuidad asistencial, así como el establecimiento de unos parámetros que aseguren, también en el sistema público, la atención multiprofesional e interdisciplinar que tan buenos resultados ha dado en estos 30 años.

- ✚ El sistema actual de concertos con los centros médicos especializados para la IVE convierte de facto a estos en centros casi públicos, ya que el 90% de la actividad de los centros es la atención a la IVE derivada desde la sanidad pública. Los contratos con la Administración están sometidos al control por parte de esta, de todos los aspectos relacionados con la misma y lo/as profesionales de los centros a la ley de incompatibilidades. En algunos casos en los que este control no se lleve a cabo con la exhaustividad debida, sería conveniente, si se opta por este modelo, mejorar los mecanismos de control de calidad en la atención.

Los contratos en muchas CCAA se realizan por concurso público que garantiza una total transparencia del procedimiento.

Con respecto a la actual Ley de SSR e IVE

- ✚ Creemos imprescindible poner en práctica y dotar de presupuesto el Título I de la ley “De la Salud Sexual y Reproductiva”: es totalmente necesario que para que lo expuesto en la ley tenga el éxito deseado y el sistema curricular educativo incluya como asignatura troncal la educación sexual. Al tiempo, el Sistema Nacional de Salud debería tener la capacidad de asegurar la gratuidad de los métodos anticonceptivos. Medidas que sin duda incidirán, de aplicarse, en la disminución de los embarazos no planificados y por tanto en

la reducción del número de abortos y de maternidades no deseadas, especialmente entre una población adolescente tan cuestionada en sus actitudes. Por último, pero no menos necesario, se hace imprescindible desarrollar políticas de trabajo con los colectivos más vulnerables como las mujeres inmigrantes, al objeto de evitar situaciones no deseadas en los aspectos relativos a su sexualidad y maternidad.

✚ Creemos pertinente revisar el periodo de tres días de reflexión: resulta ciertamente paradójico que después de que una norma reconozca por vez primera en España un plazo de libre decisión para la mujer, se exija un periodo de reflexión de tres días en los que la mujer debe abordar una información que se le entrega en el momento de solicitar la intervención. Dicha información aborda fundamentalmente las ayudas públicas a la maternidad y otros aspectos derivados de la misma, si bien esta información varía en función de la comunidad autónoma. Esta disposición legislativa no hace sino enjuiciar una decisión meditada, alargando un proceso que debería ser corto en los plazos y acompañado en los tiempos. Los/as representantes de los/as profesionales que realizan los abortos en este país (ACAI y otros) aportaron múltiples argumentos en contra durante el trámite legislativo de la norma, sin embargo el legislador consideró oportuno mantener tal disposición ya que de este modo consideraba que la norma quedaba resguardada frente a las posibles acusaciones de inconstitucionalidad.

✚ Tras la actual reforma legislativa impulsada por el Grupo Parlamentario Popular, todas las mujeres de 16 y 17 años deberán obtener el consentimiento de sus tutores legales antes de interrumpir su gestación. Para ACAI este cambio legislativo elimina la única vía legal que tienen las menores en desamparo para acceder a un aborto seguro, entre 400 y 500 menores.

Es absolutamente necesario que el próximo Ejecutivo derogue esta reforma procurando un cambio legislativo que venga incluso a superar la anterior normativa sobre menores. A juicio de ACAI, y ateniéndonos al marco de la anterior legislación, resulta improcedente que se reconozca el derecho de las mujeres de 16 y 17 años a interrumpir su embarazo, para posteriormente vincular el mismo al conocimiento de su situación por parte de sus progenitores o tutores, salvo en caso de conflicto grave demostrado.

Es difícilmente sostenible que se reconozca capacidad suficiente a nivel general para que una menor de 18 años pueda decidir libremente sobre aspectos determinantes de su vida y su salud (como ser madre, casarse o denegar tratamientos médicos) y sin embargo, se restrinja su libertad en relación a la interrupción del embarazo.

Sería interesante adoptar la legislación vigente en otros países europeos, dónde en la mayoría se permite el aborto a partir de los 16 años y no se las obliga a informar a sus padres como en Francia, donde se ha suprimido la obligatoriedad del acompañamiento de los tutores para llevar a cabo el aborto a partir de los 16 años.

✚ Sería conveniente regular la objeción de conciencia de los sanitarios. Incluyendo en esta objeción solo a las personas que realizan el aborto, tal y como hoy establece la ley. Resulta imprescindible que dicha objeción conste por escrito cuando se acceda o se desempeñe esta labor profesional en un centro donde se practiquen abortos.

- ✚ Junto a la financiación “real” de los métodos anticonceptivos que hemos mencionado, resulta necesario que se potencie la creación de centros especializados en anticoncepción que alcancen a todos los estratos poblacionales, según sus necesidades específicas.
- ✚ Comités Clínicos: la mujer a la que se le diagnostica una malformación fetal grave e incurable o incompatible con la vida más allá de la 22 semana de gestación debería ser escuchada por el comité clínico que va a valorar su caso. No se debería tomar esta crucial decisión para la vida de una persona solo y exclusivamente con los informes médicos, como se hace actualmente.

Bibliografía

- **Guía de Práctica Clínica “Manejo del aborto farmacológico”** elaborada y publicada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, (ACOG), (Abril 2.001).
- **Guía de Práctica Clínica: “Medical management of first-trimester abortion”** American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2014
- **Guía “Aborto Seguro: Guía técnica y política para los sistemas de salud”**. Organización Mundial de la Salud. (Ginebra 2.003) y “Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª edición”. OMS 2012
- **Guía de Práctica Clínica “Lineamientos sobre Políticas Clínicas”** de la National Abortion Federation de Estados Unidos y Canadá. 2009
- **Guía: “First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures”** IPPF, 2008
- **Protocolos de Aborto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)**
- **Protocolos elaborados por el Dr. Santiago Barambio sobre aborto instrumental**, que fueron presentados y seleccionados como uno de los mejores en la Federación Americana del Aborto (NAF), Palm Spring, California EEUU (Año 2.000).
- **Protocolo General de la Atención para la realización de la Interrupción de Embarazo y Requisitos básicos para la atención de la IVE**, elaborado por ACAI. (Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE) marzo de 2010.
- **First-Trimester Medical Abortion With Mifepristone 200 mg and Misoprostol: a Systematic Review**. Elizabeth G.Raymond, Caitlin Shannon, Mark A.Weaver and Beverly Winikoff. Official Journal of Association of Reproductive Health Professionals. Society of Family Planning. An International reproductive health journal. Contraception. Volume 87, Number 1, January 2013.
- **Medical Management of First Trimester Abortion. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 143, March 2014.** The American College of Obstetricians and Gynecologists. Society of Family Planning.