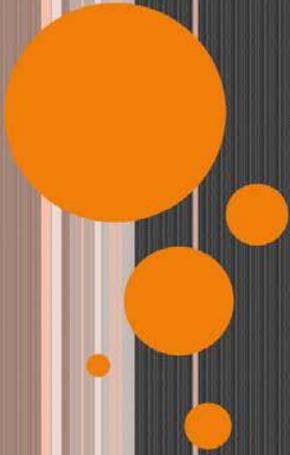




**INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO:  
HISTORIA, LEGISLACIÓN,  
REALIDAD, TÉCNICAS Y CALIDAD.**



INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: HISTORIA, LEGISLACIÓN, REALIDAD, TÉCNICAS Y CALIDAD.



# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- Hasta 1985, el aborto era una práctica totalmente prohibida en España.
- El que estuviera prohibido, no impedía que se realizaran en torno a 100.000 abortos al año (Ibáñez y García Velasco).
- Los efectos más graves de la clandestinidad eran la muerte de mujeres, entre 200-400 en el año 1976 (según datos del Tribunal Superior de Justicia).
- En 1985 el aborto se despenaliza en tres supuestos (Ley de Indicaciones).

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- El primer supuesto despenaliza el aborto en caso de **GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD FÍSICA O PSÍQUICA DE LA EMBARAZADA**. La interpretación que realizaron algunos profesionales de este supuesto siguiendo el concepto de salud de la OMS, que la define **NO** solo **COMO AUSENCIA DE ENFERMEDAD**, sino como **BIENESTAR FÍSICO-PSÍQUICO Y SOCIAL**, hizo posible el aborto seguro en nuestro país durante 25 años.
- Los otros dos supuestos que permitían el aborto era el caso de que el feto sufriera graves taras físicas o psíquicas o en caso de violación.

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- La ambigüedad de la ley de indicaciones, dejaba abierta la interpretación de la misma y trajo consigo dos realidades muy diferentes en torno al aborto.
- La mayoría del sistema sanitario: muy restrictiva. Casos graves de taras físicas o psíquicas en el feto, casos muy graves de enfermedad materna. ILE.
- Centros especializados acreditados: utilizaron el concepto de salud de la OMS. IVE.

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- Así poco a poco, los profesionales comprometidos, iban abriendo, centros acreditados para la práctica de IVE en las distintas CC.AA. y las mujeres 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 que han propiciado que en España la tasa de complicaciones derivada del aborto sea una de las más bajas del mundo.

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- En paralelo a esta tendencia, en la sanidad pública la situación se fue complicando cada vez más. La "objeción de conciencia" convertía en imposible la empresa de establecer un equipo completo dispuesto a realizar abortos, en cualquier circunstancia.
- Las administraciones sanitarias optaron por recurrir a las clínicas privadas acreditadas para poder garantizar el acceso al aborto, extendiéndose por algunas comunidades autónomas sistemas de acceso financiado públicamente. En algunas, se garantizaba acceso universal y en otras con restricciones o copagos.

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



- Durante 25 años presión constante de los movimientos anti-elección.
- En 2007 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..EL70% de la sociedad civil, partidaria.

# BREVE RECORRIDO HISTÓRICO HASTA QUE SE APRUEBA LA LEY 2/2010



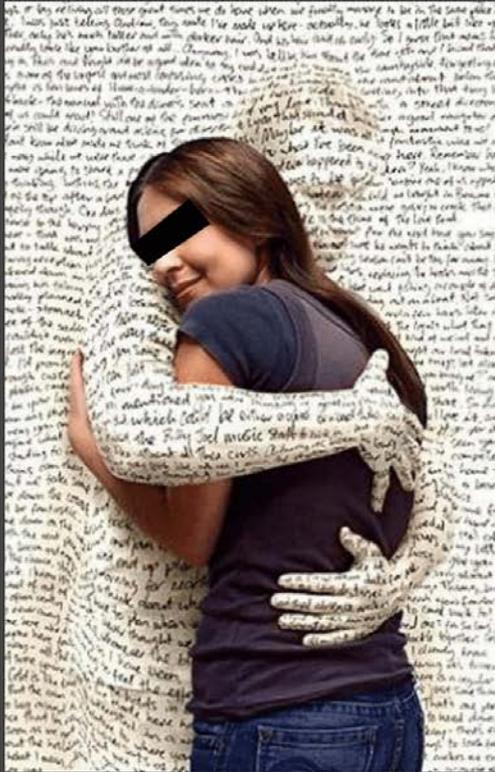
- En este proceso de cambio legislativo, ACAI colaboró, a través de investigaciones e informes elaborados a partir de la actividad cotidiana en sus centros y aportando referencias documentales tanto del desarrollo y las particularidades de la prestación sanitaria en nuestro país, como de la situación internacional de la IVE, Viabilidad fetal, Concepto de Salud, Aborto después de las 22 semanas, Formación de los profesionales...

# LEY ORGÁNICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE 2/2010.



- Es una ley de plazos e indicaciones.
- Aborto libre hasta las 14 semanas de gestación, previa información sobre derechos y prestaciones y ayudas a la maternidad y con un periodo de reflexión de al menos tres días.
- Indicaciones desde el inicio de la gestación hasta la semana 22 de la misma. La mujer podrá interrumpir su embarazo en caso de grave riesgo para su vida o salud, o si el feto sufre graves anomalías. La salud es definida como BIENESTAR FISICO-PSIQUICO Y SOCIAL.

# LEY ORGÁNICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DE 2/2010.



- Tras la semana 22 de gestación, si el feto sufre una enfermedad extremadamente grave e incurable ó incompatible con la vida. Lo decide un comité clínico.
- Las mujeres de 16 y 17 años. La decisión es sólo de ellas, pero al menos uno de sus representantes legales debe ser informado (delante del médico) salvo que alegue conflicto familiar grave. Hasta 2015.
- La ley también dice que se debe garantizar el acceso universal a la anticoncepción y que la formación sobre sexualidad sea una asignatura obligatoria.

## LEYES DE ABORTO EN EUROPA

- El aborto está prohibido en Malta.
- Leyes de indicaciones en Reino Unido, Finlandia, Islandia y Chipre. Su aplicación es muy permisiva recoge la indicación de aborto por razones sociales.
- Polonia e Irlanda por la aplicación de la ley tan restrictiva lo podemos considerar prohibido.
- Leyes que combinan plazos e indicaciones. Mayoría de los países europeos. Los plazos oscilan entre 10 y 24 semanas.



- Prohibido en todos los casos.
- Sólo permitido para salvar la vida de la mujer.
- Despenalizado en algunos supuestos.
- Ley de plazos.

# LEY DEL ABORTO EN EUROPA. PLAZOS

LIMITE PLAZO	PAISES
10 semanas	Portugal, Eslovenia, Turquía, Serbia, Macedonia, Croacia y Bosnia-Herzegovina.
11 semanas	Estonia.
12 semanas	Bélgica, Austria, Dinamarca, Grecia, Luxemburgo, Finlandia, Hungría, Italia, Noruega, Rep. Checa, Suiza, Bulgaria, Rusia, Eslovaquia, Estonia, Letonia, Lituania, Albania, Armenia, Georgia, Islandia, Alemania, Francia
14 semanas	España, Rumanía.
18 semanas	Suecia.
24 semanas	Países Bajos. Reino Unido

MyPocket

13

# EDAD DE CONSENTIMIENTO

14 años

Bélgica, Ucrania, Alemania

15 años

Rusia, Reino Unido.

16 años

Francia, Luxemburgo (acompañamiento de un adulto, a cualquier edad), Noruega, Suiza, Islandia, Albania, Serbia, Bosnia Herzegovina, Portugal, Lituania, Letonia, Eslovaquia. República Checa, Georgia y Ucrania, Croacia

18 años

Grecia, Chipre, Hungría, Macedonia, Turquía, Polonia, Dinamarca, Bulgaria, Italia, Rumanía y España.

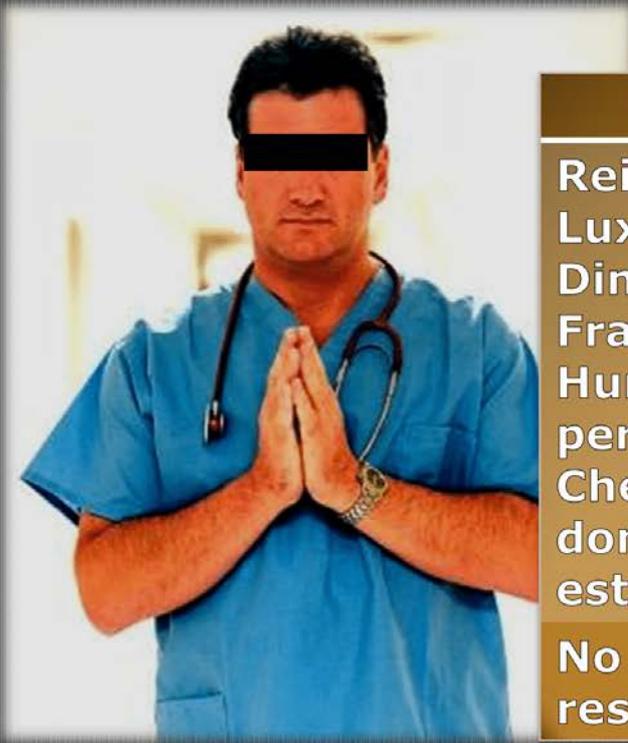
Austria, Moldavia, Estonia, Finlandia, Países Bajos y Suecia no necesita consentimiento parental.

Países que no figuran no tienen regulación específica.

14



Días	Países
0	Austria, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Grecia, Islandia, Lituania, Macedonia, Moldavia, Noruega, Polonia, Reino Unido, República Checa, Rumania, Serbia, Suecia, Suiza, Francia, Finlandia y Turquía.
2	Rusia (+12 semanas de gestación).
3	Alemania (+o- de 12 semanas), España, Hungría, Portugal, Letonia
5	Holanda.
6	Bélgica.
7	Albania, Italia, Luxemburgo, Rusia (-12 semanas de gestación)



## Regulación de la objeción

Reino Unido , Grecia, Polonia, Luxemburgo, Alemania, Dinamarca, Austria, Bélgica, Francia, Italia, Portugal, Hungría, Suecia (no se permite), Croacia, Holanda, R. Checa, Eslovaquia y en España donde lo dice la ley pero no está regulada.

No dicen nada las leyes en el resto

# TASA DE ABORTO EN EUROPA Y ESPAÑA 2008. (ABORTOS POR CADA 1.000 MUJERES DE 15 A 44 AÑOS)



- En España la tasa es del 10 por mil mujeres comprendidas entre 15 y 44 años.
- Estamos en las tasas mas bajas si nos comparamos con el resto de los países europeos, los mas bajos serían Holanda con una tasa de 8 por mil y Suiza con una tasa de 7 por mil.

Gilda Sedgh, Guttmacher Institute 2012

17

# EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ABORTOS EN ESPAÑA

(DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO)



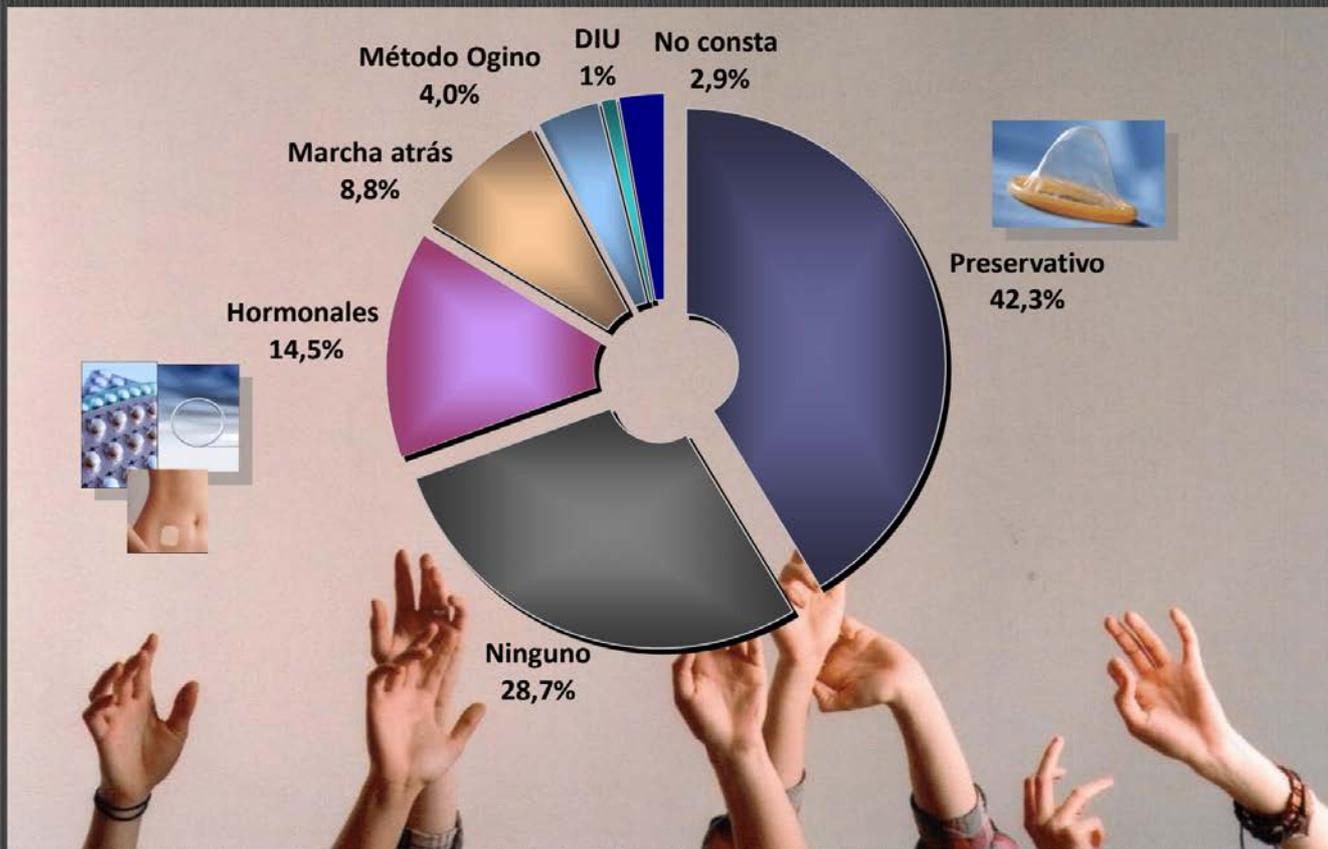
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359	112.390	108.690	94.796	94.188

Las estadísticas las podemos considerar fiables desde 1991 en que la notificación de los centros acreditados está estandarizada.

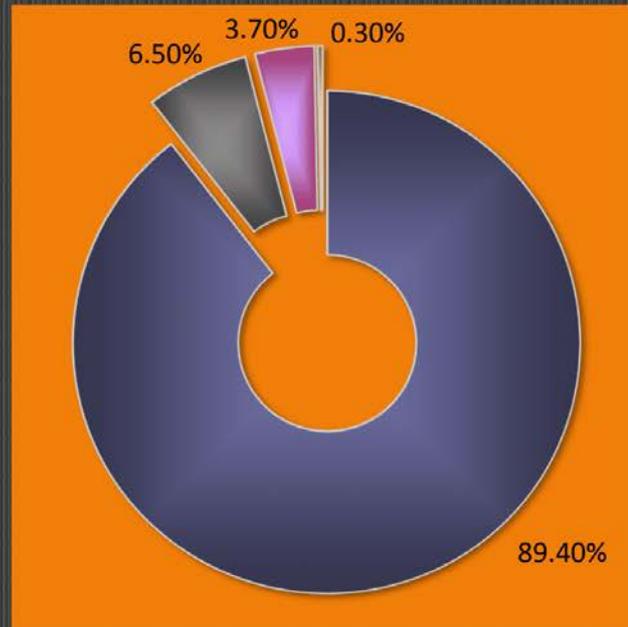
18



# MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO

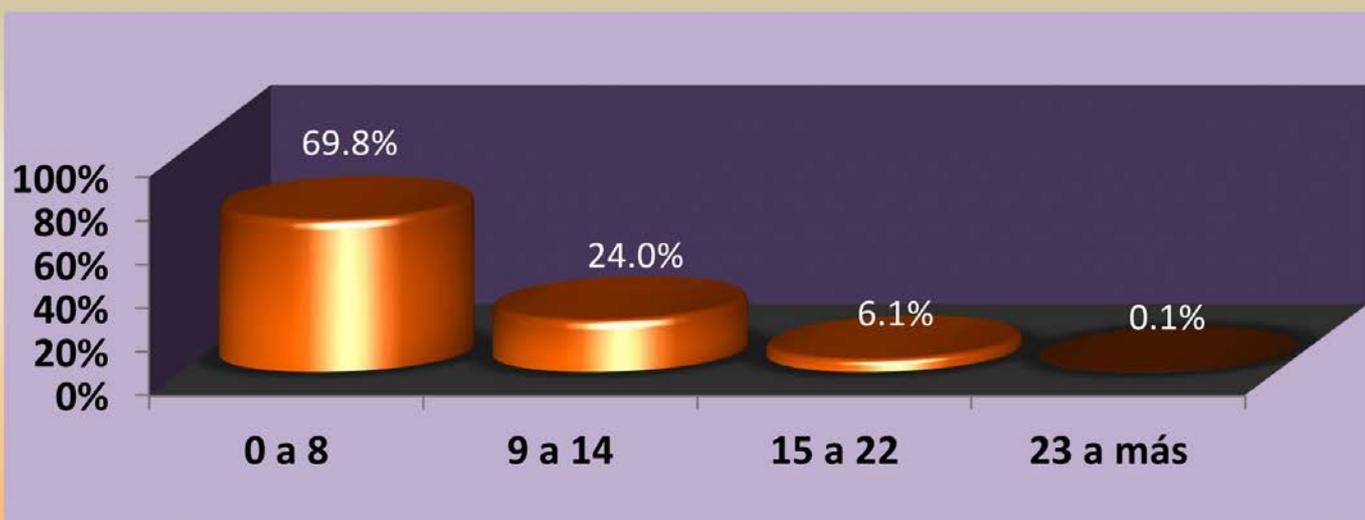


# MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO



A petición de la mujer	84.204
Grave riesgo para la salud de la embarazada	6.122
Grave riesgo de anomalías fetales	3.484
Anomalías fetales incompatibles con la vida	291

# SEMANAS DE GESTACIÓN EN QUE SE INTERRUMPE EL EMBARAZO



Semanas de gestación	0-8	9-14	15-22	23 o más
Número de mujeres	65.743	22.591	5.707	113

El 93,7% de los abortos se realizan en las 14 primeras semanas de gestación.

# DONDE SE REALIZAN LOS ABORTOS

## Abortos en la Sanidad Pública.

Datos Ministerio de Sanidad y Consumo.

1998	2,64 %
2004	2,41 %
2011	2,6 %
2012	6,4 %
2013	8 %
2014	10%
2015	11%

- La mayoría de los abortos provocados se han realizado en centros privados acreditados y concertados.
- Los centros acreditados acumulan la experiencia en esta práctica que requiere de técnicas específicas.

# UNA REFORMA INNECESARIA.

- Las mujeres de 16 y 17 años necesitan la autorización de padres o tutores.
- Entre 400 y 500 mujeres (12%). Que pertenecen a familias desestructuradas, inmigrantes solas en nuestro país, etc.
- Será un juez el que decida por ellas en caso de conflicto familiar.

- Las consecuencias. Abortos en semanas altas de gestación, clandestinos o madres contra su voluntad.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: HISTORIA, LEGISLACIÓN, REALIDAD, TÉCNICAS Y CALIDAD.





# Métodos de IVE



# MÉTODOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- **H**asta la semana 9 dos métodos: Farmacológico e instrumental.
- **H**asta la semana 15-17: Método instrumental (dilatación-aspiración).
- **A** partir de estas semanas hasta la 18-20: Método instrumental (dilatación-evacuación).
- **A** partir de la semana 20: Inducción o farmacológico tardío.

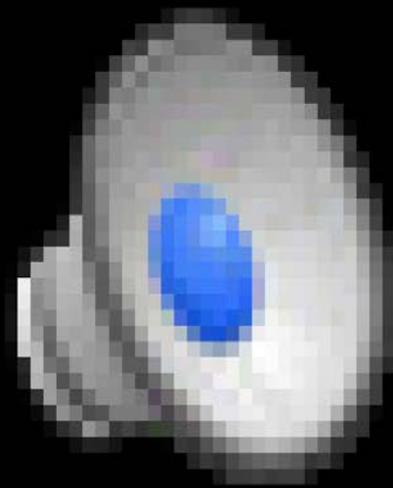
**Los profesionales deben estar formados en todas las técnicas.**

# MÉTODO FARMACOLÓGICO PRECOZ

- **H**asta la semana 9.
- **S**e usan dos medicamentos: Mifepristona y Misoprostol.
- **E**l aborto se produce con los siguientes síntomas: Sangrado igual o mayor que la regla y dolor.
- **L**a eficacia es del 93% al 98%.

## MÉTODO INSTRUMENTAL: DILATACIÓN - ASPIRACIÓN

- **S**e realiza en primer lugar una dilatación progresiva del cuello uterino y una vez dilatado se aspira el contenido. Hasta la semana 15-17. A partir de la 12, preparación cervical.
- **S**e puede realizar con anestesia local, general o con sedación.
- **E**sta técnica dura entre 5 y 10 minutos.
- **L**os síntomas son: sangrado igual o menor que la regla y dolor.
- **L**a eficacia es del 99 al 100%.



- Según revisión bibliográfica de la OMS que tenía como objetivo comparar la eficacia, los efectos secundarios, los eventos adversos y la aceptación de los métodos instrumentales y los métodos farmacológicos de aborto provocado en el segundo trimestre de embarazo, ésta concluye: **“Para la inducción del aborto en el segundo trimestre, la dilatación y evacuación es superior a los métodos farmacológicos de aborto. Sin embargo, para realizar este método de manera segura, los médicos necesitan capacitación especializada y práctica constante”**.

## LIBRE ELECCIÓN DE MÉTODO

- **A**CAI realizó un estudio en 2014.
- **P**articiparon 15 clínicas.
- **U**n total de 1.003 mujeres.
- **O**freciendo los métodos Instrumental y Farmacológico a todas sus usuarias.
- **C**omparando las razones de su elección y la opinión de ellas sobre cada método.

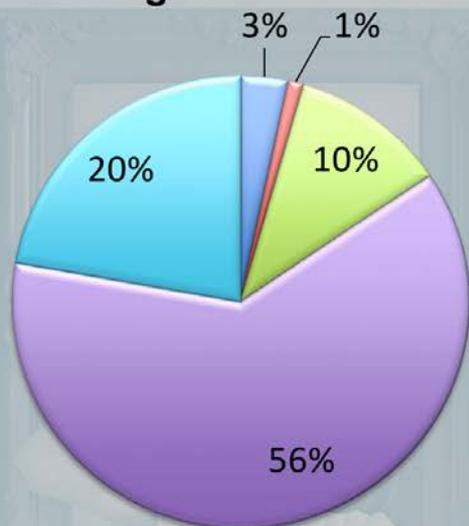
## PERCEPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS FARMACOLÓGICO E INSTRUMENTAL POR PARTE DE LA USUARIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

- **219** mujeres, que corresponden al **22%** del total escogieron el método farmacológico.
- El método instrumental, que se realiza con la técnica de aspiración con bomba de vacío, lo eligieron **784** mujeres, es decir, un **78%**.

Instrumental	
Sedación	48,5%
A. Local	51,5%

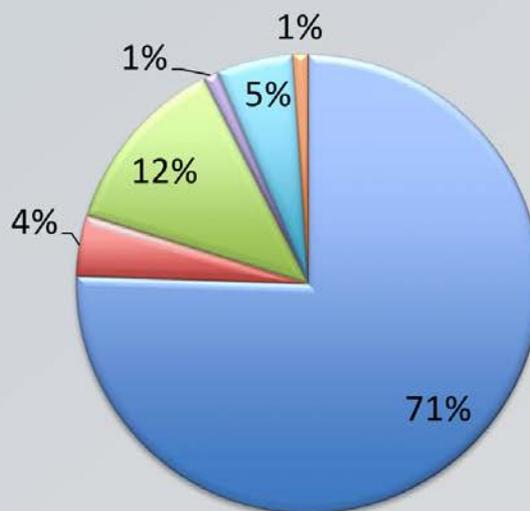
# RAZONES QUE ARGUMENTAN LAS MUJERES PARA LA ELECCIÓN DE MÉTODO

## Farmacológico



- MENOS DOLOROSO
- INSATISFACCIÓN CON EL OTRO MÉTODO
- SE LO HAN RECOMENDADO
- MIEDO INTERVENCIÓN
- MENOS AGRESIVO Y TRAUMÁTICO

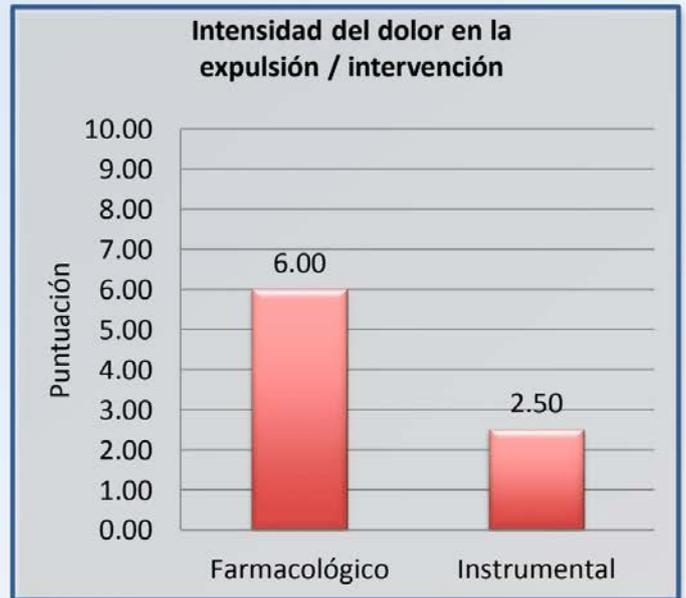
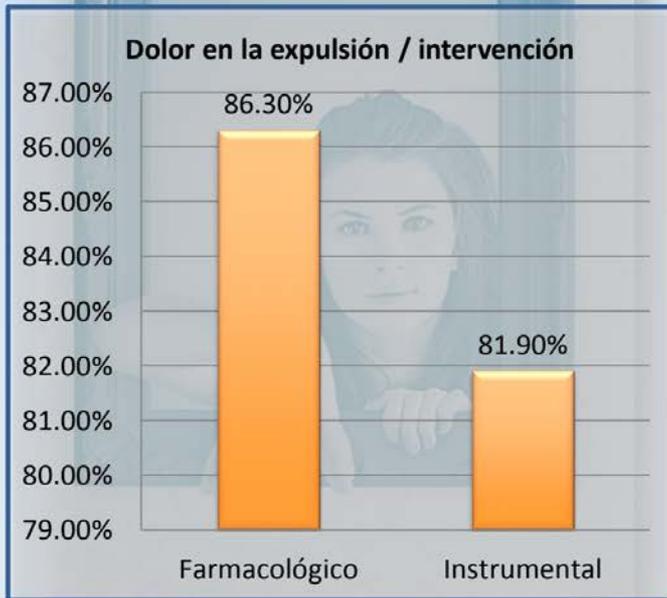
## Instrumental



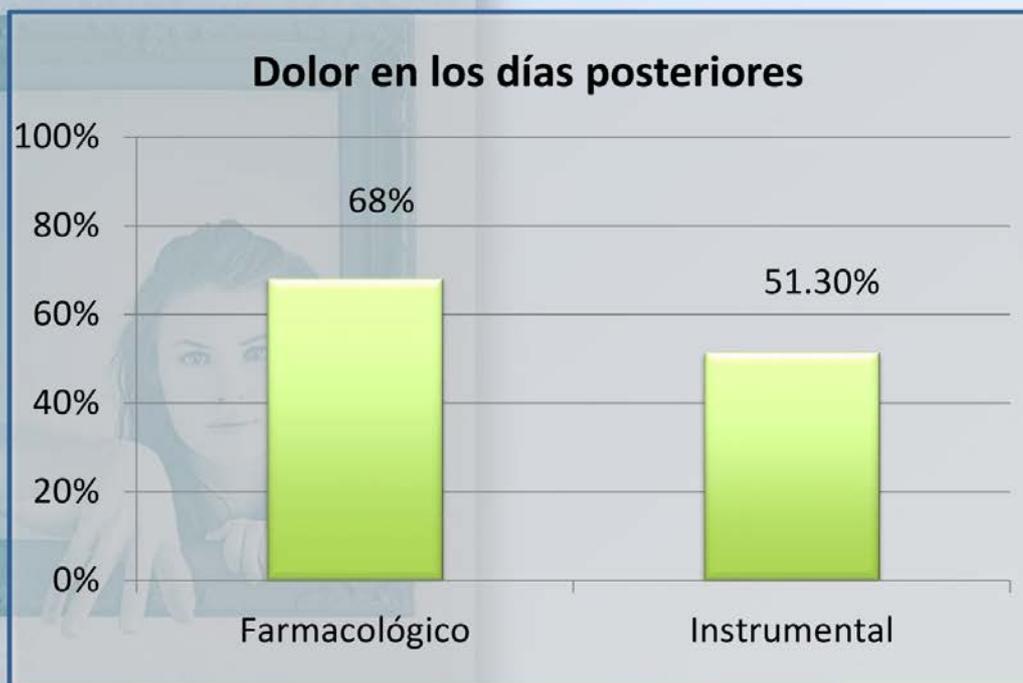
- MAS RÁPIDO, SEGURO Y MENOS DOLOROSO
- NO QUIERE TOMAR MEDICACIÓN
- MENOS DOLOROSO
- INSATISFACCIÓN CON EL OTRO MÉTODO
- SE LO HAN RECOMENDADO
- FÁRMACOS TIENEN MUCHOS EFECTOS SECUNDARIOS

# PERCEPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS FARMACOLÓGICO E INSTRUMENTAL POR PARTE DE LA USUARIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

## DOLOR EN LA EXPULSIÓN/ASPIRACIÓN

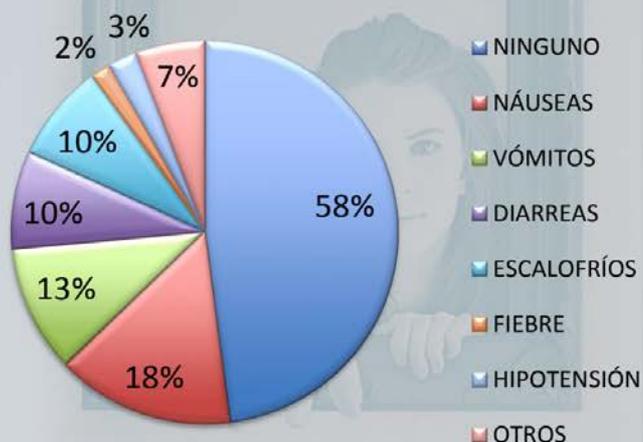


## DOLOR EN LOS DÍAS POSTERIORES

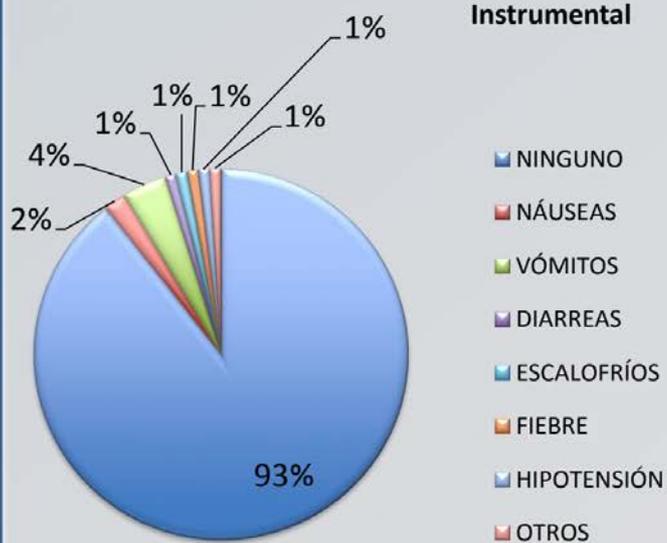


# OTRAS SINTOMATOLOGÍAS EXPERIMENTADAS POR LA MUJER

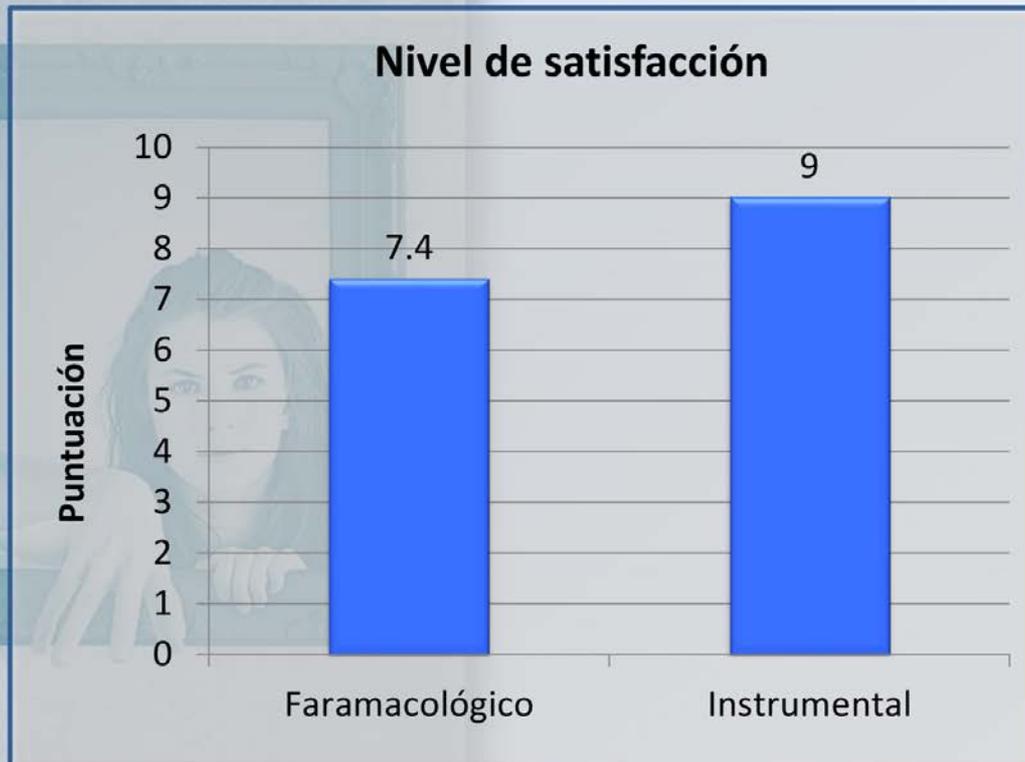
**Farmacológico**



**Instrumental**



# NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA USUARIA





# Preservar la calidad de la prestación sanitaria de aborto provocado



## CIRCUNSTANCIAS ADMINISTRATIVAS Y SANITARIAS EN LA PRESTACIÓN DE ABORTO PROVOCADO

**E**n la mayoría de las CC.AA., se ha optado por generalizar el sistema de concertación con los centros médicos especializados para la IVE, como sistema de acceso gratuito, seguro y equitativo a la prestación sanitaria de aborto provocado. Este puede ser exclusivo o mixto.

## CIRCUNSTANCIAS ADMINISTRATIVAS Y SANITARIAS EN LA PRESTACIÓN DE ABORTO PROVOCADO

- **ACAI** siempre ha apostado porque la prestación de Aborto Provocado fuese una prestación pública.
- **Pero** no ha sido así por:
  - La ambigüedad de la ley.
  - La objeción de conciencia de los/as profesionales, inseguridad jurídica.
  - La falta de formación.
- **Siempre fue** 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.

## ALGUNOS FACTORES QUE IMPIDEN, EN EL MARCO DE LA LEGALIDAD, EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN EN COORDENADAS DE SEGURIDAD Y CALIDAD

- **O**bjeción de conciencia.
- **F**alta de prestigio profesional “estigma del aborto”.
- **N**o implicarse, desconocimiento, falta de formación específica.
- **H**acer técnicas inapropiadas, largas y/o dolorosas.
- **M**edicalizar en exceso: aumentar los requisitos, las pruebas complementarias, los tiempos etc.
- **D**esmedicalizar excesivamente: trivializar el aborto farmacológico, descuidar el acompañamiento.

## DERECHO A ESTAR INFORMADA. PODER ELEGIR

### Ejemplos

:

- **Cataluña y Baleares:** En la sanidad pública solo ofrecen el método farmacológico en cualquier semana. O como está ocurriendo aquí en Galicia.
- **Francia:** No existe elección efectiva del método de IVE, en el 90% de casos, se han cerrado más de 100 centros de IVE, la información es sesgada, y la mujer tiene que realizar largos trayectos para poder abortar. Según, la Dra. François Laurant, representante de la Comisión "Salud, derechos sexuales y reproductivos" que presentó un informe al "Consejo Superior para la Igualdad entre Hombres y Mujeres", en el que se analizaba la situación del aborto en Francia.

## DERECHO A ESTAR INFORMADA. PODER ELEGIR

### Ejemplos

:

- **Portugal:** 90% farmacológico, Se aprobó una ley y no había médicos/as formados y con interés en aprender o hacerlo.
- **EE.UU.:** Con las políticas de acoso y restrictivas de varios estados, se están limitando en muchos sitios a ofrecer sólo farmacológico.

## EL CASO FRANCÉS

¿Por qué se ha llegado a esta situación en Francia?

- **F**alta de interés profesional.
- **N**o formación de los/as profesionales.
- **E**stigma asociado al aborto.
- **A**usencia de voluntad política.
- **T**rabas económicas y administrativas para el desarrollo de los centros especializados
- **Y** en menor medida objeción de conciencia.

## EL CASO FRANCÉS

- **Se incumple la ley y se priva a las mujeres de su derecho de elección**, porque el acceso a la IVE implica no solo acceder a la prestación en sí misma, sino también al método con el que se desea interrumpirla.
- **El método farmacológico no se desarrolla** porque mayoritariamente lo prefieran las mujeres o porque éstas **lo elijan libremente**, tras recibir una correcta información, sino porque **las políticas sanitarias** de las Administraciones Públicas **lo desarrollan preferentemente** evitando la formación profesional, perpetuando el estigma, impidiendo la normalización del aborto provocado como práctica sanitaria de calidad y porque, entre otras razones, se permite la expansión, connivente o no, de los intereses económicos de los laboratorios encargados de la comercialización de estos medicamentos.

- 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 algunas 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”.***

## DERECHO A ESTAR INFORMADA. PODER ELEGIR

### Posición de ACAI:

- 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 los diferentes métodos por profesionales sanitarios.
- Todos/as los/as profesionales que intervienen directamente en la práctica sanitaria de aborto provocado, deben estar formados en todas y cada una de las técnicas.
- 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.

## MIRAR AL FUTURO. PROPUESTAS

- La práctica sanitaria de Aborto Provocado debería realizarse por profesionales integrados/as en unidades específicas especializadas, que respalden esta intervención y que apoyen a la mujer en su decisión. Buen acompañamiento.
- Estas unidades específicas multidisciplinarias deben ser integradas por médicos/as, ginecólogos/as, anestesistas, 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.

- **R**esulta 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.
- **E**l 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.

## MIRAR AL FUTURO. PROPUESTAS

Se deben tender puentes entre los centros actuales de IVE y la sanidad pública:

- **F**ormación de profesionales en estos centros o por estos/as profesionales. Técnicas y acompañamiento
- **C**ontinuidad de la concertación pública como garantía de calidad, profesionalidad, equidad y gratuidad para la mujer.
- **C**ontinuidad asistencial y crear en el sistema público, la atención en unidades específicas e interdisciplinar que tan buenos resultados ha dado en estos 30 años, “copiar el modelo”.

## MIRAR AL FUTURO. PROPUESTAS

En cuanto a la ley actual. Creemos importante:

- **P**oner en práctica y dotar de presupuesto el Título I de la “Ley de la Salud Sexual y Reproductiva”: en todo lo relacionado con la prevención, educación y accesibilidad.
- **R**evisar el periodo de tres días de reflexión.
- **R**egular la mayoría de edad para el aborto desde los 16 años.
- **R**egular la objeción de conciencia.
- **C**omités Clínicos: la mujer debería ser escuchada por el comité clínico que va a valorar su caso.



**ACAI**

ASOCIACIÓN  
DE CLÍNICAS  
ACREDITADAS  
PARA LA IVE