

Acceso

al aborto en el
Estado Español

Un mapa de inequidad

GRUPO DE INTERÉS ESPAÑOL EN
POBLACIÓN, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS
PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a las mujeres que han participado en este estudio el haber compartido con nosotras sus testimonios. De igual manera, a los profesionales de la sanidad pública, a las clínicas pertenecientes a ACAI y demás centros privados acreditados para la IVE con los que hemos contactado, así como a la Asociación Salud y Familia y a todos aquellos profesionales que han sido entrevistados, nuestro agradecimiento por su tiempo, sus reflexiones y por aportar información imprescindible para los resultados de esta investigación. Agradecemos asimismo el apoyo prestado por el Ministerio de Sanidad al facilitar los recursos necesarios para hacerla posible.

El presente informe, elaborado por Marta O'Kelly y Adriana Zumarán (GIE), recoge los principales resultados de la investigación coordinada por estas dos personas y realizada con la colaboración de Laia Ferrer (Centro de Estudios Demográficos), Eva Rodríguez Armario (ACAI), Cristina Iglesias (ACAI), Yolanda Trejo (clínica Tutor Médica), Raquel Novo (clínica Casanova), Empar Pineda (clínica Isadora), Esther Ortega y Carmen Otero.

Primera edición, Mayo 2008

Diseño de la cubierta: ARTEXT

Derechos reservados conforme a Ley.

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Fotocomposición e impresión: ARTEXT

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Para asegurar la equidad en el sistema sanitario del Estado español es preciso modificar la actual regulación del aborto y promulgar una Ley de plazos que contemple el acceso al aborto por decisión libre e individual de la mujer.

2. El acceso equitativo a la interrupción voluntaria del embarazo en el territorio del Estado Español debe garantizarse a través del desarrollo, en el marco del Consejo Inter-territorial de Salud, de un protocolo común a todo el sistema sanitario que recoja las pautas y actuaciones básicas para la atención a las mujeres que soliciten el aborto, definiendo las responsabilidades y roles de los profesionales sanitarios en este proceso y los criterios para la articulación de los servicios necesarios. Este protocolo debe orientarse a eliminar la duplicidad de exámenes médicos así como todo procedimiento que alargue innecesariamente el itinerario de las mujeres para acceder a esta prestación. Al mismo tiempo deberá establecer el marco básico de información y asesoramiento que todas las mujeres que están considerando interrumpir un embarazo deberán recibir, así como definir la atención post-aborto necesaria para trabajar la prevención de futuros embarazos no deseados.

El fortalecimiento del sistema sanitario público en la atención al aborto requiere realizar una apuesta firme por la inclusión de los contenidos relacionados con la atención al aborto en la formación de los profesionales sanitarios.

3. Al mismo tiempo es necesario articular una estrategia para potenciar la capacidad de respuesta y de atención de las unidades de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos así como los centros de atención primaria y de planificación familiar. Para ello se contará con el apoyo y asesoramiento de los y las profesionales de los centros privados y de la sanidad pública con experiencia acreditada en este campo.

Este proceso debe incluir un trabajo de verificación de los recursos materiales y humanos con los que cada unidad o establecimiento cuenta, reforzando los aspectos que sean necesarios para garantizar la más amplia cobertura posible y la mayor calidad de atención.

La prestación de la IVE debe ser incorporada como una prestación sanitaria más y por tanto, ser desarrollada por las unidades de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos en el caso del aborto quirúrgico. En tanto la red sanitaria pública no tenga la capacidad resolutive para responder a la demanda de aborto, deberá garantizar complementariamente el acceso de las mujeres a esta prestación a través de conciertos con centros privados acreditados. En estos casos, deberán concretarse en el protocolo correspondiente los procedimientos de referencia desde los centros de atención primaria a los centros acreditados, garantizando que las mujeres puedan acceder a ellos de forma fluida y sin obstáculos.

El límite esencial de la objeción de conciencia debe ser la atención sanitaria obligatoria por lo que en ningún caso puede suponer un perjuicio para las pacientes. Por otro lado, el ejercicio de la objeción de conciencia que deriva del derecho a la libertad ideológica no deberá ser admisible en el caso de instituciones, centros u hospitales, al tratarse de una libertad individual.

4. Considerando que el aborto no puede abordarse de manera aislada sino desde un enfoque integral de salud sexual y reproductiva, sería oportuno elaborar y poner en marcha, en consenso con la sociedad civil, una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que pueda responder a los retos pendientes en temas de aborto, anticoncepción o educación sexual, con especial atención al colectivo de mujeres jóvenes e inmigrantes.

5. A nivel normativo, es preciso que se incluya la atención al aborto explícitamente como prestación sanitaria dentro los marcos normativos autonómicos donde esta no se recoge, asegurando además la difusión de información clara sobre esta cuestión dentro de los procesos regulares de atención sobre salud sexual y reproductiva a la población en general, por ejemplo en las consultas sobre planificación familiar, en los materiales de difusión sobre salud sexual y reproductiva o en las páginas web relacionadas con este tema.

6. El fortalecimiento del sistema sanitario público en la atención al aborto requiere también realizar una apuesta firme por la inclusión de los contenidos relacionados con la atención al aborto en la formación de los profesionales sanitarios.

7. En aquellos casos en que sea necesario el sistema sanitario público deberá cubrir los costes de desplazamiento de aquellas mujeres que tengan que viajar fuera de su lugar de residencia para poder acceder a la prestación del aborto, aplicando la normativa establecida para otras prestaciones sanitarias equivalentes.

INTRODUCCIÓN

Fomentar la equidad en salud es fundamental para garantizar el derecho de todas las personas a una atención sanitaria completa y de calidad y como tal es objetivo de la política de salud en España.

Tres elementos pueden considerarse clave en el concepto de equidad en salud¹: El primero, garantizar un acceso igual a la atención sanitaria ante necesidades similares, lo que implica eliminar las barreras que impiden acceder a los servicios necesarios para responder a una demanda en salud y promover que éstos se adecuen a las condiciones geográficas, sociales, económicas o culturales de las personas. El segundo se refiere a una utilización igual de la atención sanitaria ante necesidades similares y en este sentido, si bien se toma en cuenta que algunas personas voluntariamente decidirán no acudir a los servicios públicos para atender ciertas necesidades sanitarias y optarán por canales privados, este concepto llama la atención sobre la necesidad de asegurar que esto no se produzca por una razón vinculada al acceso, es decir, por la falta de servicios públicos que respondan a dicha necesidad. Finalmente, aunque no menos importante, el tercer elemento implica una calidad de atención igual para todas las personas, lo que supone asegurar que los niveles de calidad de los servicios sean adecuados y similares para todos los grupos, incluyendo los colectivos más vulnerables.

El embarazo no deseado y el aborto hacen visibles retos pendientes de resolver en el sistema sanitario del Estado Español en cuanto al acceso a educación y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En primer lugar, el aborto está asociado a las dificultades que las mujeres enfrentan para establecer relaciones de pareja saludables y equitativas, en las que la prevención del embarazo no deseado y el cuidado de la salud tengan un espacio y puedan realizarse efectivamente, con el soporte y amparo del sistema sanitario público. Desde un punto de vista más amplio, se vincula también a dificultades para integrar las expectativas y motivaciones relativas a la sexualidad y la reproducción con el planteamiento y realización de un proyecto de vida satisfactorio y viable. Independientemente del supuesto legal al que se acoja una mujer para solicitar un aborto, el optar por esta intervención implica enfrentar una serie de procesos de ajuste, toma de decisiones, negociación con sus parejas en algunos casos, búsqueda de información, servicios y ayuda, para los cuales generalmente no cuentan con el apoyo ni los recursos adecuados. En segundo lugar, el aborto está especialmente presente en grupos con características específicas y mayor vulnerabilidad en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, como son las adolescentes y jóvenes y las mujeres inmigrantes.

La respuesta del Estado frente a este contexto se enmarca en un conjunto de normas entre las que se encuentra la Ley de despenalización del aborto. Esta Ley, no obstante, permite vacíos de interpretación que condicionan su aplicación a la manera en que es entendida por cada uno de los actores vinculados a la atención de la demanda de aborto. Esto produce consecuencias en dife-

¹ Whitehead, Margaret y Dahlgren, Göran (2006) Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool.

rentes niveles. Por una parte, un sector de los profesionales sanitarios cuestiona la legalidad de los abortos que se realizan fuera de los centros públicos, y considera "Interrupciones Legales del Embarazo -ILE" únicamente a las que se realizan en los hospitales públicos. Por otra parte, se crea una situación de inseguridad jurídica que afecta a quienes están vinculados a la demanda de aborto, es decir a las mujeres, en primer lugar, puesto que les resta oportunidades de acceder a una atención normalizada, a los gestores públicos, en segundo lugar, puesto que no contar con un marco de referencia formal para proceder ante una demanda de aborto dificulta que puedan responder mediante los procesos regulares que se usan ante otro tipo de necesidades sanitarias, y finalmente a los profesionales sanitarios en general, puesto que tampoco cuentan con un marco jurídico que regule claramente el aborto y brinde garantías para realizarlo. En este sentido, el desarrollo de este estudio contribuye a dar nueva visibilidad a estos vacíos jurídicos en un momento en que el debate está abierto y se está pidiendo la modificación de los términos de la ley y su aplicación.

Por otra parte, a pesar del marco legal sobre el aborto que rige en nuestro país y el reconocimiento por parte de la Ley General de Sanidad del derecho a la protección de la salud y a la garantía del acceso a la asistencia sanitaria pública en condiciones de equidad efectiva para toda la población española, la práctica cotidiana nos ofrece una enorme desigualdad en el territorio español para el acceso a los servicios y a la información relacionada con la interrupción del embarazo. Las diversas maneras en que las autonomías aplican la ley de aborto tienen como resultado importantes desigualdades en el acceso de las mujeres a la

información sobre el tema, al tipo de servicios a los que pueden acudir y a los costos que les significan. De acuerdo a los testimonios de las mujeres, estas diferencias tienen un impacto claro en su experiencia personal, puesto que en ciertos contextos enfrentan situaciones de desprotección y ausencia de respuestas de parte del sistema público, que agregan tensión y sufrimiento a una situación de por sí complicada.

El objetivo de este informe es documentar esas diferencias y establecer un perfil de la situación en cada comunidad autónoma que permita plantear posibles avances hacia una mayor equidad. Para ello se ha analizado documentación relacionada con cada CCAA y se han realizado entrevistas con profesionales que han completado el mapa de situación. El análisis se ha enfocado especialmente a conocer el grado de incorporación de la prestación de la IVE dentro de los Planes de Salud de cada Comunidad Autónoma, los servicios y procesos de información sobre la IVE, los centros y establecimientos sanitarios habilitados para la realización de la prestación, el modelo de financiación vigente en cada CCAA y el itinerario que deben seguir las mujeres para acceder a la IVE.

Finalmente, esta información ha sido contrastada cualitativamente a través de entrevistas a mujeres en 3 comunidades autónomas (Andalucía, Madrid y Cataluña) que han permitido explorar los elementos que estas mujeres consideraron para decidir interrumpir su embarazo, el itinerario que siguieron para realizar esta decisión, los recursos y respuestas que encontraron en los servicios públicos, así como el impacto de las características del proceso en cada CCAA sobre su vivencia del proceso.

I. MARCO GENERAL DEL ACCESO A LA PRESTACIÓN DEL ABORTO EN ESPAÑA

1. Situación del aborto en España

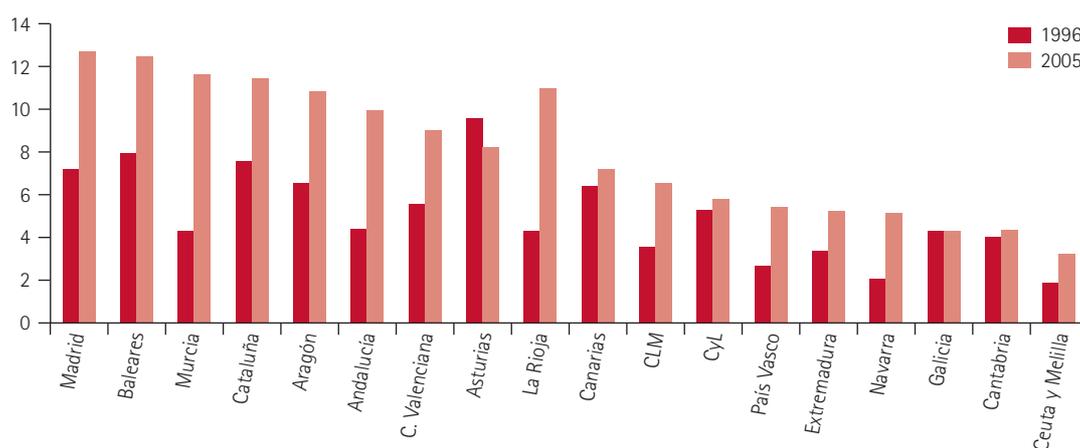
1.1. Datos generales y perfil de las mujeres²

Aunque la tasa de abortos registrados en España se sitúa aún entre las más bajas de Europa, entre 1996 y 2005 esta se incrementó en tres cuartas partes. Mientras en 1996 era de 5,69 por cada mil mujeres de 15 a 44 años, alcanzó los 9,6 en 2005, año en el que se produjeron un total de 91.664 casos³. Si bien uno de los factores que han influido en este aumento es la mejora del registro de IVEs, es una realidad que la frecuencia de estas intervenciones es comparativamente mayor en la actualidad.

Entre las Comunidades Autónomas, Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid y Aragón destacaban ya en 1996 por presentar mayores tasas de aborto. Igualmente, a excepción de Asturias cuya tasa ha descendido, éstas fueron las autonomías que presentaron las más altas tasas en 2005. Murcia, por su parte, se une a este grupo al ser en 2005 la tercera autonomía con mayor número abortos por cada mil residentes.

No obstante, proporcionalmente, los aumentos más significativos en la tasa de abortos se han producido en otras autonomías. Navarra, Andalucía, País Vasco y La Rioja han duplicado o casi triplicado, según el caso, el número de abortos por cada mil mujeres en edad fértil.

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ABORTO SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA



² A excepción de las fuentes mencionadas específicamente, las estadísticas incluidas en esta sección se obtienen de: Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005. Madrid: Dirección general de salud pública. Subdirección general de promoción de la salud y epidemiología.

³ Las estimaciones para el año 2006 señalan un incremento a más de cien mil casos.

El supuesto de salud materna es el principal motivo declarado por el que se realizan los abortos en España (96,6%), con un ligero margen de variación dependiendo de la Comunidad Autónoma. Para doce autonomías el porcentaje se sitúa entre el 95% y el 100% (Madrid, Andalucía, Valencia, La Rioja, Canarias, Cataluña, Asturias, Baleares, Aragón, Galicia, Murcia y Castilla y León así como en Ceuta y Melilla) y apenas en cinco se ubica entre el 90% y 94% (Castilla-La Mancha, Extremadura, País Vasco, Navarra y Cantabria). En contraste, un escaso 3,3% de las interrupciones voluntarias del embarazo se acoge bajo el supuesto de riesgo fetal y sólo cuatro autonomías superan el 5% de los abortos realizados por ese motivo (Cantabria, Navarra, País Vasco y Extremadura). Los supuestos de aborto por violación son muy escasos y en 2005 ninguna mujer en toda España se acogió a esta circunstancia.

Los testimonios de mujeres recabados a través de este estudio, aunque no resultan representativos de todas las mujeres que abortan, nos acercan a sus motivaciones alrededor de este proceso. Entre las razones por las que deciden abortar destacan las implicaciones económicas del embarazo y las responsabilidades que conlleva o las dificultades para continuar o hacer realidad sus proyectos personales. Este patrón está presente en casi todas las mujeres entrevistadas pero se hace aún más claro en las mujeres inmigrantes y las jóvenes. Otro aspecto que algunas mencionan es que su situación personal o de pareja no es la adecuada para llevar adelante el embarazo y la crianza de un niño y que sus parejas no parecen estar dispuestas a involucrarse lo suficiente en el proceso.

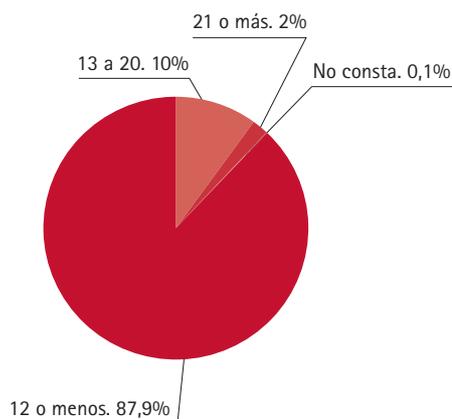
Con respecto al ámbito afectivo, las mujeres entrevistadas verbalizaron sentimientos de angustia asociados a la confirmación del embarazo, que se mantuvieron durante la toma de la decisión de abortar en mayor o menor medida dependiendo del tipo de apoyo de los servicios sanitarios encontrado en cada caso. También manifestaron sentimientos de culpa asociados a la decisión de abortar, relacionados en algunos casos a cuestiones religiosas pero también

a una moral social que condena el aborto, y a la cual se ven enfrentadas cuando optan por interrumpir su embarazo.

En la mayoría de los casos registrados en 2005, las mujeres recurrían al aborto por primera vez. Sólo cinco autonomías presentaron menos del 70% de casos con esta característica: Murcia y Cataluña (68%), Madrid (66%), Canarias (65%) y Andalucía (47%). Gran parte de los abortos ocurrieron antes de terminar las 12 semanas de embarazo, periodo en el que la intervención representa un menor riesgo para la salud. En casi todas las Comunidades Autónomas, este porcentaje rodea el 90%, resaltando que aquellas que presentaron un menor porcentaje de abortos en este periodo fueron las que cuentan con una menor oferta de servicios para este tema. Así ocurre con Navarra que no tiene centros públicos ni clínicas acreditadas que realicen abortos, o Cantabria que sólo tiene un centro público. Otras autonomías que sólo cuentan con servicios privados también se encuentran en este grupo, siendo el caso de Extremadura (81%), Castilla-La Mancha (87%), Castilla y León (87%). Aunque la realización de abortos más allá de las 12 semanas puede deberse a diferentes causas, un factor que contribuye a estas demoras es la falta de disponibilidad de servicios, ya que como veremos más adelante, implica que las mujeres deban realizar desplazamientos o seguir itinerarios más largos, lo que puede retardar la intervención y aumentar su complejidad.

Los abortos que se produjeron en la semana 21 o después sumaron 1.813 en 2005 y representaron el 2% del total de los registrados en España en ese año. La proporción de abortos durante este periodo en mujeres extranjeras no residentes en España que significativamente mayor al de las mujeres que viven aquí (15% y 3% respectivamente). Si bien no se conoce el país de origen de las mujeres extranjeras, las estadísticas disponibles indican que se trata principalmente de adolescentes y jóvenes solteras que no conviven con la pareja y que se acogieron al supuesto de salud de la madre o al de riesgo fetal.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ABORTOS SEGÚN SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE REALIZARON



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ABORTOS SEGÚN MOTIVO



DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ABORTOS SEGÚN TIPO DE CENTRO

	Hospitalario	Extrahospitalario	Total
Público	2,9	-	2,9
Privado	9,9	87,2	97,1
Total	12,8	87,2	100,0

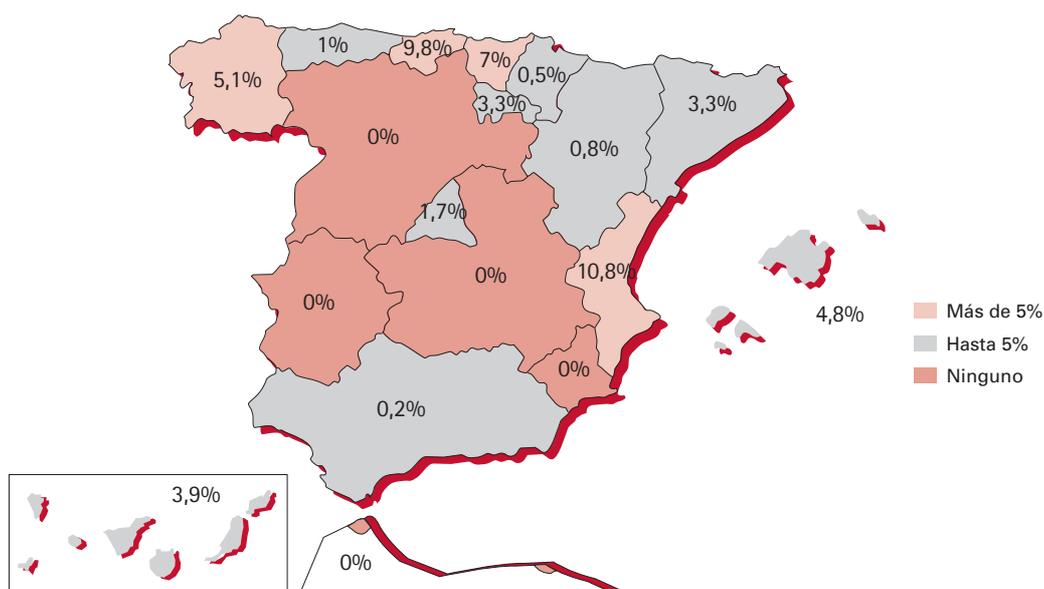
Con respecto al tipo de centros donde se realizaron los abortos, pueden destacarse dos cuestiones. En primer lugar que en España la demanda de aborto se resuelve fundamentalmente en el ámbito privado. Casi todos los abortos se realizan en clínicas acreditadas mientras que el sistema público atiende apenas a 3 de cada 100 mujeres que requieren esta intervención. Como veremos más adelante esto responde por un lado a la interpretación que en cada autonomía se hace de la ley de aborto y de los servicios que se ponen a disposición de las mujeres. También influye el hecho de que las mujeres que deciden abortar suelen querer hacerlo de la manera más rápida posible. En cualquier caso, la escasa respuesta del sistema público ante la demanda de aborto conlleva un conjunto de factores cuyos efectos recaen sobre las mujeres y su entorno más cercano. Entre ellos encontramos los costes económicos pero también la falta de información completa y adecuada sobre la intervención y los recursos disponibles, así como la sensación de desamparo que viven las mujeres en un proceso en el que el

sistema público de salud no acaba de asumir su responsabilidad.

En segundo lugar, 9 de cada 10 abortos que se producen en España se realizan en centros extrahospitalarios, como suelen ser las clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo⁴. Mientras, en el caso de los servicios públicos la mayor parte de los abortos se producen en hospitales y sólo existe un caso, el del Módulo de Planificación Familiar de Rekalde en el País Vasco, en el que dentro de unas condiciones específicas se realizan en un centro no hospitalario.

⁴ A lo largo de este documento haremos referencia a ellas como centros acreditados o clínicas acreditadas.

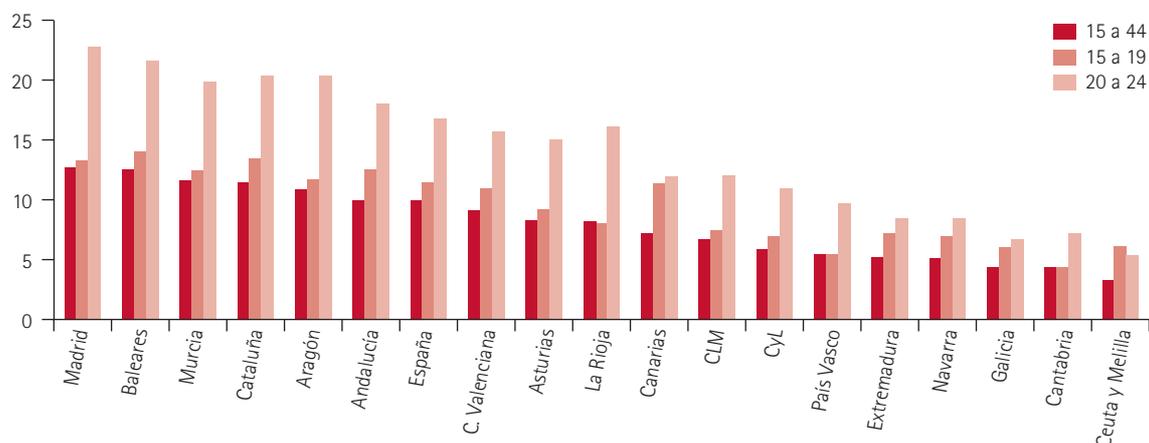
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ABORTOS REALIZADOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, 2005



En España las adolescentes y especialmente las jóvenes tienen una tasa de abortos más alta que la del conjunto de las mujeres. Mientras la tasa estatal para el rango de 15 a 44 años es de 9,6

mujeres por cada mil, la de adolescentes (15 a 19 años) es de 11,5 y la de jóvenes entre 20 y 24 se sitúa en 16,8. Esta diferencia está presente en todas las Comunidades Autónomas.

COMPARACIÓN DE LA TASA DE ABORTO POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2005



En el caso de las mujeres inmigrantes, no se cuenta con una estadística estatal oficial que establezca el volumen de abortos asociado a este grupo. Sin embargo, en base a diferentes informes llevados a cabo en muestras específicas, el Ministerio de Salud y Consumo estima que la tasa de abortos en mujeres inmigrantes en España podría ubicarse en hasta en 30 casos

por cada mil mujeres⁵, lo que hace muy evidentes las limitaciones en el acceso a servicios de salud reproductiva de esta población en particular. Otro estudio identificó que el aborto es

⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) La Interrupción voluntaria del Embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes.

más frecuente entre las mujeres inmigrantes que llevaban entre uno y tres años viviendo en España⁶, lo cual arroja interrogantes sobre el grado de incorporación de estas mujeres en la atención pública en planificación familiar y la respuesta que están recibiendo de los servicios.

1.2. Marco normativo para la atención de la demanda de aborto

La interrupción del embarazo en España está penalizada como delito excepto en 3 supuestos y bajo determinadas condiciones. Tal como señala el artículo 417 bis del Código penal:

«1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1.ª Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2.ª Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3.ª Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la

práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centros o establecimientos sanitarios, públicos o privados, acreditados al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

Como podemos observar, dos de los supuestos incorporan un límite de plazos, 12 semanas en caso de violación y 22 semanas en el caso de malformación fetal, mientras que el primero, riesgo para la salud física o psíquica de la mujer, no establece límite alguno a este respecto. Ante esta regulación de la legislación española pueden aplicarse directrices como la que establece la Organización Mundial de la Salud según la cual una interrupción del embarazo es aquella que se realiza antes de la viabilidad fetal. A este respecto, no obstante, no existe una determinación científica exacta sobre el momento en que la viabilidad se produce y el consenso científico oscila en el intervalo entre la semana 24 y la semana 26 de gestación.

En lo que se refiere a la sanidad pública, la Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 abril) establece los términos generales necesarios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Según define el art.2 *"son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional"*.

Al mismo tiempo, la Ley garantiza que el acceso a la asistencia sanitaria pública se realice en condiciones de igualdad efectiva para toda la población española y señala que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Más aún, en el artículo 12 señala que *"los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución"*, lo cual no deja dudas sobre la importancia que la Ley concede a la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de todos los ciudadanos y ciudadanas.

⁶ ACAI (2006) "Estudio sobre aborto, anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes". En: Boletín de salud sexual reproductiva, N° 0. Madrid, noviembre 2006.

La ley también reconoce en su artículo 10 el derecho de todas las personas a recibir información sobre los servicios sanitarios a los que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso, haciendo referencia por tanto consecuentemente a la obligación de los servicios de salud de hacer efectivo ese derecho a la información.

Considerando el marco legal anteriormente descrito, sería de esperar que las Comunidades Autónomas incorporaran la atención al aborto como parte de la oferta sanitaria, estableciendo un marco normativo adecuado para su implementación. Sin embargo, son pocos los casos en los que esto se produce. A pesar del incremento en la incidencia del aborto, la mayoría de autonomías no hacen ningún tipo de referencia a esta práctica en sus leyes o planes de sanidad.

Sólo Aragón incluye la IVE como prestación sanitaria en su Ley Sanitaria y contempla el establecimiento de conciertos entre el sistema de salud público y las clínicas acreditadas y la entrega de reembolsos por gastos de desplazamientos en los que deban incurrir las mujeres para acceder al aborto. A pesar de este interesante marco, no obstante, el sistema de salud aragonés sólo realizó en 2005 el 0,8% de abortos de la región a través de un hospital público situado en Zaragoza y los casos en los que se produjeron derivaciones a las clínicas acreditadas fueron muy puntuales.

Con respecto a los Planes de Sanidad, cinco autonomías hacen referencia a la IVE, con diferentes énfasis e implicaciones. El caso más significativo lo encontramos en Extremadura, cuyo Plan de Salud 2005-2008 establece como objetivo específico garantizar el acceso a la IVE en el sistema sanitario público y sin embargo a día de hoy no existe aún ningún centro público que realice esta prestación. Por su parte Cantabria, en su Plan de Gobernanza, señala el derecho a información, asesoramiento y asistencia en materia de IVE, pero no establece prioridades sanitarias en este campo. Un caso similar lo encontramos en el País Vasco, donde la Carta de Derechos y Obligaciones en salud incluye el derecho a la información y al asesoramiento sobre IVE pero en el Plan de Sanidad no se establecen las medidas para garantizar este derecho. Por su parte, Cataluña

asocia la interrupción voluntaria del embarazo únicamente con el embarazo adolescente y no incluye medidas específicas relativas a la prestación del aborto. En el caso de la Comunidad de Madrid encontramos una referencia muy concreta sobre la respuesta a la IVE dentro del Plan de Sexualidad Juvenil, en cuyo marco el gobierno regional se compromete a desarrollar protocolos para el asesoramiento sobre la IVE a los y las jóvenes que lo solicitan y a garantizar como mínimo en cada área sanitaria un centro público o financiado para realizar las IVEs. No obstante, la realidad no sólo demuestra que este objetivo no se está cumpliendo sino que los pocos hospitales que contaban con unidades para la realización de abortos están abandonando la ejecución de esta prestación por falta de apoyo.

Como vemos, por tanto, la operatividad de estas políticas es, en la práctica, muy relativa. No existe ninguna Comunidad Autónoma que cuente con un protocolo sobre cómo brindar información acerca del aborto o sobre cómo asesorar o atender a las mujeres que lo solicitan. Ante este vacío, los profesionales sanitarios no tienen un referente formal sobre cuáles son las instancias o profesionales responsables de gestionar las solicitudes de aborto, los requisitos que deben solicitar o los procedimientos que deben seguir. Así, la respuesta en la práctica queda condicionada a la información que dispone el profesional que realiza la atención, a sus actitudes y al posicionamiento que cada jefe de servicio aplica con respecto al aborto. No existen por tanto garantías para los profesionales que están dispuestos a realizar los abortos y menos aún para que las mujeres accedan a este tipo de servicios de manera equitativa en diferentes puntos del país.

Otras regulaciones más específicas se han encontrado de manera dispersa en 4 autonomías. En los casos de Extremadura, Valencia y Andalucía, algunos convenios laborales de ciertas administraciones públicas reconocen permisos a las trabajadoras en caso de IVE. Por otro lado, Asturias es la única autonomía que establece como obligación del personal sanitario informar sobre la IVE a las mujeres que sufren una agresión sexual.

En conjunto, es evidente que la normativa vigente en las CCAA acerca de la atención del aborto es claramente desigual e insuficiente y requiere por tanto un mayor nivel de concreción para poder garantizar un mínimo nivel de acceso y equidad a las mujeres que requieren estos servicios.

2. Abordaje del aborto desde los servicios sanitarios públicos

2.1. Información

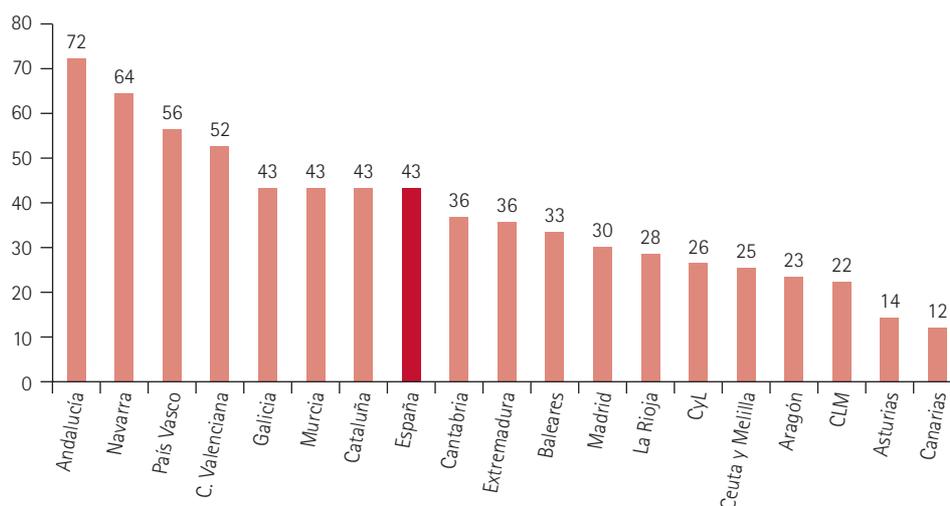
Según los datos oficiales, más de la mitad de las mujeres que abortan no han acudido en los últimos meses a un centro de planificación familiar (CPF). En 2005, sólo 3 de cada diez utilizaban los CPF públicos, una utilizaba un CPF privado y muy pocas accedían a otro tipo de servicios de planificación familiar. El resto no utilizaban ningún tipo de CPF, lo que hace visible la brecha entre las intenciones reproductivas de estas mujeres y la oferta de servicios a los que acceden para realizarlas.

Los servicios sanitarios vinculados a la salud sexual y reproductiva no incluyen el tema de aborto entre sus procesos regulares de informa-

ción a la población en general. Esta información se brinda de manera selectiva, exclusivamente a aquellas mujeres que se acercan a los servicios cuando están embarazadas y manifiestan que no desean continuar su embarazo o presentan dudas al respecto.

El acceso a información a través de canales públicos para las mujeres que desean interrumpir un embarazo sólo se hace efectivo para menos de la mitad de ellas y es sumamente variable entre las CCAA. Andalucía, cuyo sistema de salud pública, como veremos más adelante, garantiza la derivación de las mujeres a centros acreditados concertados donde pueden realizarse la interrupción, es la autonomía que destaca con el más alto porcentaje de mujeres que pudieron acceder a información sobre la IVE en servicios públicos. La siguen otras regiones como Navarra, País Vasco y Valencia, aunque la mayoría de autonomías se sitúan en el rango de 25% a 50%. Cataluña, Galicia y Murcia, Cantabria, Extremadura, Baleares, Madrid, La Rioja, Castilla y León y Ceuta y Melilla. Finalmente, Aragón, Castilla-La Mancha, Asturias y Canarias destacan por el bajo porcentaje de mujeres con acceso a información sobre el aborto por la vía pública.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE INFORMARON SOBRE EL ABORTO EN CENTROS PÚBLICOS SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Las entrevistas realizadas mujeres a través de este estudio dan una idea de los efectos de las limitaciones en el acceso de información acerca del aborto. En el caso de las mujeres españolas, la

información con la que cuentan sobre el tema es vaga y confusa, no tienen claridad sobre la condición legal del mismo, sobre los servicios a los que tienen derecho a acceder ni sobre las posibi-

lidades de obtener ayudas públicas para financiar la intervención cuando esta no se produce en los servicios públicos. Para las mujeres inmigrantes, que por diversas razones suelen estar menos vin-

culadas a los servicios sanitarios, el nivel de información con el que cuentan es casi nulo y viene condicionado por la experiencia de sus países de origen.

TESTIMONIO 1

R: Mi madre está aquí ahora, gracias a Dios y cuento con su ayuda. Yo no sabía, o sea, yo decía que me iba a costar mucho dinero, que me iba a costar 1.000? por ahí hacerme la interrupción porque en mi tierra se paga mucho. Se hace en clínicas, pero a escondidas, clínicas ocultas.

E: ¿Clandestinas?

R: Sí clandestinas, y yo por eso pensaba que aquí era lo mismo, yo no quería preguntar a ninguna doctora porque yo decía que iban a [...] No, no sabía que acá era legal y no quería ni preguntar ni nada [...] No preguntaba por miedo.

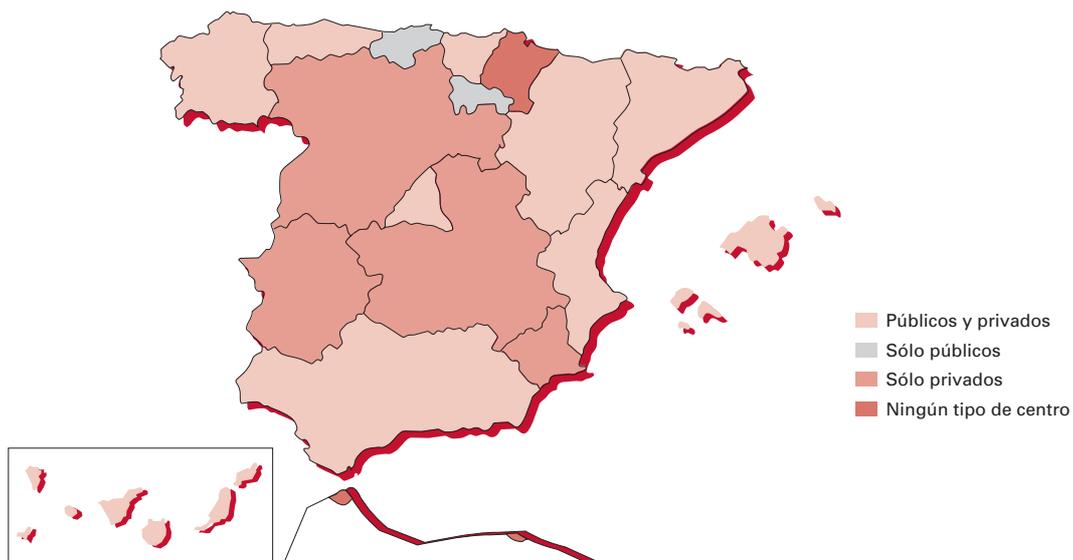
Mujer latinoamericana, reside en España desde hace un año.

2.2. Servicios

La disponibilidad de servicios es uno de los aspectos en los que más inequidades pueden apreciarse entre las Comunidades Autónomas. Navarra es la región con la situación más crítica ya que no cuenta con ningún tipo de clínica acreditada ni servicio público que realice abortos. Por su parte Cantabria y La Rioja cuentan únicamente con un Hospital público que realiza

IVEs aunque lo hacen casi exclusivamente para supuestos de grave riesgo fetal y en casos muy poco representativos. En todas estas regiones el acceso de las mujeres a los servicios de aborto se ve limitado de manera severa. Las mujeres residentes en Navarra deben desplazarse a Bilbao, Madrid o Zaragoza para poder abortar, mientras la mayoría de las que viven en Cantabria lo hacen a Asturias o al País Vasco.

CATEGORIZACIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS SEGÚN DISPONGAN DE CENTROS PÚBLICOS Y/O PRIVADOS QUE REALICEN ABORTOS



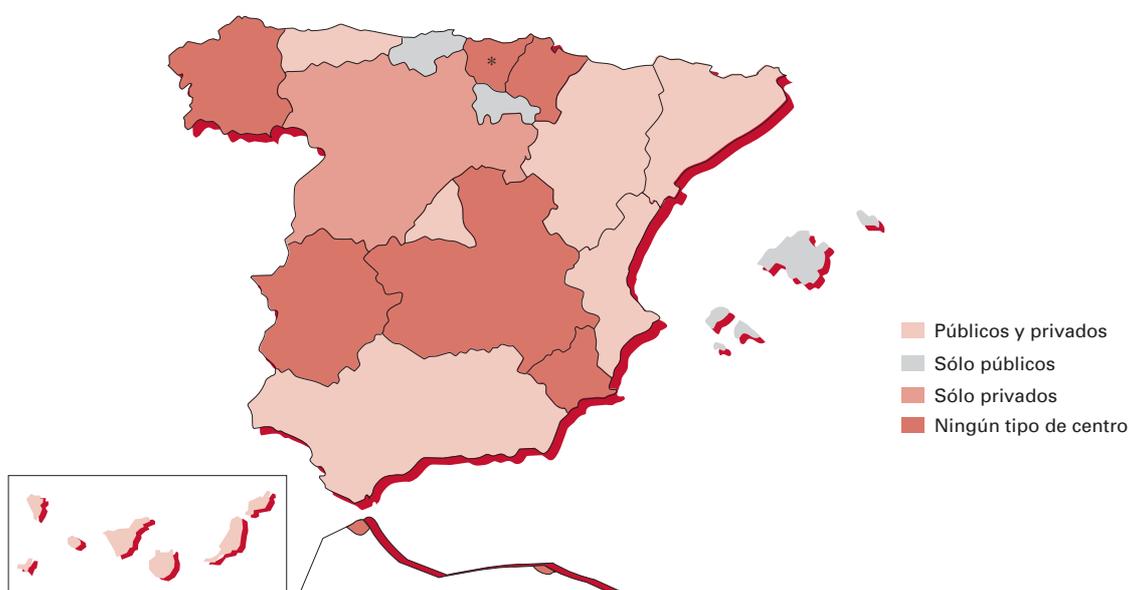
Otras autonomías, como es el caso de Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Murcia sólo cuentan con clínicas acreditadas para la realización de la IVE, aunque están limitados a

las 12 semanas de forma que las mujeres deben desplazarse fuera del territorio en el caso de IVEs de segundo trimestre.

En el resto de regiones existen tanto servicios públicos, muy escasos no obstante, como clínicas acreditadas, siendo éstas últimas las que realmente hacen frente al 95% de la demanda. Aún así, el acceso es restringido puesto que los escasos servicios públicos y privados se concentran en las ciudades principales y limitan sus servicios en función del supuesto y de las semanas. Por ejemplo, en Extremadura, Galicia y Baleares no existe ningún servicio que realice

abortos de más de 12 semanas por lo que en esos casos las mujeres se desplazan a Madrid y Barcelona, respectivamente. En el caso de Canarias, los servicios están concentrados en las islas de Gran Canaria y Tenerife y los hospitales públicos sólo realizan abortos bajo el supuesto de grave riesgo fetal. En Andalucía hay sólo dos centros acreditados concertados para la realización de abortos de más de 12 semanas, ambos situados en Sevilla.

CATEGORIZACIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS SEGÚN DISPONGAN DE CENTROS QUE REALICEN ABORTOS DESPUÉS DE 12 SEMANAS DE EMBARAZO



* País Vasco sólo cuenta con un centro privado que realiza intervenciones hasta la semana 14 o 15.

Como hemos mencionado antes, la ausencia de servicios públicos que realicen abortos unida a la negativa de los profesionales que trabajan en ellos a realizar los que no se acojan a los supuestos de grave riesgo fetal o grave riesgo para la salud física de la madre, hace que muchas mujeres prefieran o no tengan otra opción que buscar la atención por su cuenta en clínicas privadas acreditadas. Ello no sólo les genera gastos económicos sino que acentúa el entorno de silencio y marginalidad que rodea al aborto dejándolo fuera del marco de prestaciones a las que las mujeres tienen derecho acceder de manera normalizada.

Actores vinculados a la atención en salud de diferentes Comunidades Autónomas señalan que existen profesionales que plantean la obje-

ción de conciencia como motivo para rehusar realizar abortos. No existe sin embargo ningún mecanismo formal que permita identificar los servicios en los que esta situación se produce y si se trata de casos aislados o de situaciones en las que la objeción de conciencia se aplica de manera generalizada. En algunos casos, aún existiendo la voluntad política de articular la prestación del aborto a través de la red pública de salud, esto no ha podido llevarse a cabo por la negativa de los y las profesionales sanitarios. Algunas comunidades como Andalucía o Murcia han establecido un sistema alternativo para cubrir el servicio a través de las clínicas privadas acreditadas pero otras comunidades no han tomado ninguna carta en el asunto ante este vacío profesional.

2.3. Financiación de la IVE

Como hemos mencionado anteriormente, en España la mayor parte de los abortos se realizan fuera de la sanidad pública, lo que implica que en la mayoría de los casos sean las mujeres quienes deban soportar los gastos de financiación de la interrupción. Estos costes varían según cada centro acreditado, las características de la intervención y de la mujer. En términos generales un aborto de hasta 12 semanas, con anestesia local y sin otro tipo de complicaciones puede costar alrededor de 350€ incluyendo el preoperatorio. Si el embarazo supera las 12 semanas el precio de la intervención se incrementa de manera muy variable dependiendo del número de semanas, las condiciones de salud y el riesgo que implica la intervención. En el caso de las mujeres que no disponen de servicios en su localidad, a los cos-

tes directos deben sumarse los gastos de desplazamiento, que generalmente incluyen también los de un acompañante.

La percepción de las mujeres sobre el coste del aborto varía, aunque en todos los casos se considera que la intervención implica un esfuerzo económico y para algunas hace necesaria la ayuda de sus parejas o familiares para cubrir los gastos.

Algunas autonomías han implementado mecanismos que suponen una financiación total o parcial de los costes relacionados con las interrupciones del embarazo. El caso más destacable es Andalucía, única comunidad autónoma que reconoce la prestación del aborto dentro de su sistema sanitario y garantiza el acceso a la misma a través de concierto con clínicas acreditadas ante la mayoritaria objeción de los profesionales de la sanidad pública.

TESTIMONIO 2

E- ¿Hay algún aspecto del proceso que crees que se podría mejorar hasta llegar aquí?

R- Yo que sé, yo creo que deberían haber en todas las ciudades un sitio así que no sea de pago... ¿es porque no está permitido o qué?

E- A esta clínica viene gente tanto de pago como de la seguridad social.

R- No lo sabía. Pero lo que yo no se es porque en Córdoba no se puede, no me lo han podido hacer.

El sistema de concierto andaluz, no obstante, no implica que la sanidad pública se ocupe del 100% de los abortos puesto que existen mujeres que voluntariamente deciden atenderse en clínicas acreditadas y otras que no tienen información sobre el proceso a seguir y acuden directamente a los centros acreditados. Una vez ahí optan por no demorar más el proceso, asumiendo el coste de la intervención. Finalmente, existen algunas provincias en donde no existen clínicas concertadas por lo que las mujeres prefieren correr con los gastos para atenderse en una clínica más cercana.

En el caso de Murcia, si bien no llega a haber un sistema de concierto, existen acuerdos con todos los centros privados acreditados mediante los cuales los centros de salud públicos derivan a mujeres para realizarse la IVE de forma gratuita. El hospital de referencia en cada caso es el que asume el coste de la intervención. Se estima que

aproximadamente el 60% de las IVEs que se producen en la provincia de Cartagena y el 50% de Murcia se financian a través de este acuerdo.

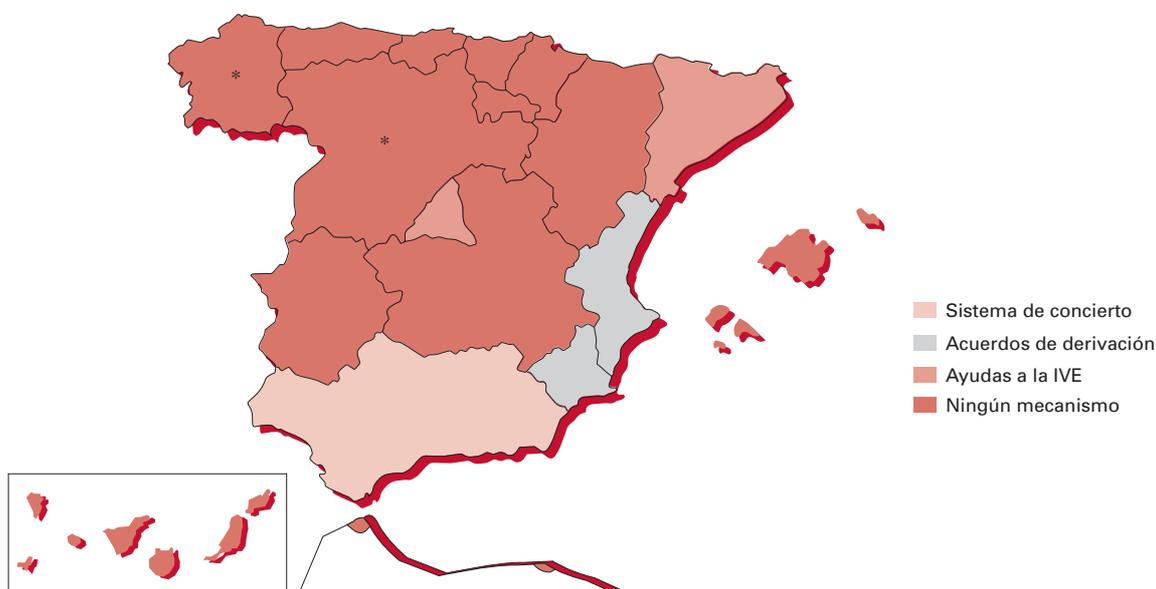
En Valencia funcionaba hasta 2003 un sistema de concierto con clínicas acreditadas similar al andaluz pero a partir de ese año el concierto se rompió permaneciendo únicamente un acuerdo con un centro privado en la provincia de Alicante. En esta provincia por tanto, los centros de salud públicos derivan a las mujeres a esta clínica privada, que realiza la intervención con cargo al sistema público. En Valencia y Castellón existen en principio hospitales públicos que cuentan con equipos encargados de atender los casos de IVE, aunque sólo cubren a una parte de ellos.

En otras Comunidades Autónomas (Galicia, Navarra, Asturias, Castilla-León), el sistema sanitario recoge en algunos casos acuerdos

puntuales con clínicas privadas acreditadas de la zona a la cual derivan aquellos casos que no están dispuestos a asumir. Los casos derivados suelen ser muy reducidos y generalmente rela-

cionados con malformación fetal, riesgo grave para la salud física de la mujer o mujeres VIH+. También existe este tipo de derivación en el caso de abortos de segundo trimestre.

CATEGORIZACIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS SEGÚN EL MECANISMO DE FINANCIACIÓN PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL ABORTO



* Acuerdos puntuales en algunas provincias.

En el caso de Madrid y Cataluña, ambos sistemas sanitarios canalizan ayudas para la cobertura del aborto, aunque utilizando diferentes mecanismos. En el caso de Madrid estas ayudas son gestionadas por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y se dirigen a mujeres que acrediten no disponer de medios para financiar el aborto. Para ello deben presentar una solicitud que en caso de ser aceptada, obliga al SERMAS a rem-

bolsar al centro acreditado el coste de la intervención. En el año 2006, estas ayudas cubrieron aproximadamente el 17,1% de las interrupciones realizadas en la Comunidad.

De acuerdo a las mujeres entrevistadas en este estudio, el proceso por el cual se accede a estas ayudas presenta dilaciones y requiere que el profesional sanitario realice gestiones adicionales.

TESTIMONIO 3

R: Que fui a pedir la cita y me dice que hasta el día 10 de diciembre no tenemos cita, que es muy tarde, que un embarazo no puedes pasar... deja, al mes que viene, no al otro... es muy tarde. Así que he vuelto a la doctora mía y le he dicho: Mira, que hasta el 10 de diciembre no tengo cita. Y ella dice: "No, no... yo ahora voy a llamar por teléfono trabajadora social y si puede atenderte antes, yo te lo digo"... Y me ha dado el mismo martes a las cuatro de la tarde cita.

En Cataluña las ayudas son canalizadas a través de la ONG Salud y Familia (SYF) que ejecuta el "Plan de mejora de la salud materno-infantil y la calidad de vida de mujeres y familias en condiciones sanitarias y psicosociales vulnerables",

financiado por el Sistema de Sanidad Catalán en un 85% y por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en un 15%. A través de estos recursos, el Programa gestionó en 2005 ayudas parciales o totales para el 19,9% de los abortos en Cataluña.

En el marco de este programa, SYF establece convenios con clínicas privadas acreditadas de Cataluña en base a un conjunto de criterios entre los que se incluye el establecimiento de un precio base menor al del mercado, así como la disposición del centro acreditado a "participar en la prevención de los abortos", colocando el DIU a las mujeres que estén dispuestas a utilizar este método, también con subvención del programa. Para acceder a esta ayuda la mujer sostiene una entrevista con una trabajadora social de SYF en la que se evalúa su situación socio sanitaria y se establece el porcentaje de ayuda que puede recibir, siendo las opciones el 25%,

50%, 75% y 100% del coste de la intervención. La mujer recibe un ticket por el porcentaje subvencionado, con el que debe acercarse a la clínica acreditada que se le indique. La subvención no se aplica a los costes de anestesia por lo que la mujer debe cubrir por su cuenta estos gastos, así como los desplazamientos entre provincias, de ser necesarios.

Al parecer, debido al carácter selectivo de este mecanismo de financiación, los servicios que brindan información sobre el aborto en ocasiones no mencionan las ayudas o indican que se trata de recursos muy restringidos, desalentando a las mujeres de hacer uso de ellos.

TESTIMONIO 4

"Fui a Planificación Familiar, vamos a lo que aquí llaman ambulatorio y allí me dieron el listado de clínicas para hacer IVE. [...] La comadrona fue la que me dio la lista aunque no me dijo nada de la posibilidad de recibir una ayuda, pero yo creo que fue porque me vio muy segura de mi decisión."

"Ya me lo dijo ella [la trabajadora social] que la subvención la estaba pidiendo mucha gente. Así que como estamos trabajando los dos, aunque vamos muy, muy justos porqué con el niño y todo y la hipoteca, [...] pero vamos que no, porque no nos la van a dar."

En el resto de Comunidades Autónomas no existe ningún tipo de financiación pública de la IVE por lo que salvo el reducido porcentaje de casos que se realiza a través de los hospitales públicos, la mayoría de las mujeres se hacen cargo de los gastos que les conlleva la intervención y el desplazamiento en su caso. En estas situaciones, son a veces las clínicas privadas acreditadas las que se hacen cargo de los casos de mayor vulnerabilidad social reduciendo los costes o brindando la facilidad de realizar pagos fraccionados a las mujeres que acuden a sus servicios solicitando un aborto.

2.4. Requisitos e itinerarios

El itinerario que siguen las mujeres que abortan en España varía según cada Comunidad Autónoma e incluso según la provincia. En términos generales, esta prestación no está integrada en los procedimientos regulares de atención de los servicios sanitarios y acceder a la IVE a través del sistema público, en los pocos casos en que es posible, implica más tiempo y pasos a seguir que cuando se acude a las clínicas privadas

acreditadas. Estas características, unidas a la carencia o distorsión de la información sobre la condición legal o los recursos disponibles en torno al aborto, así como a la preferencia de las mujeres por que la interrupción de su embarazo se produzca en un plazo de tiempo corto, influyen en que la mayoría se dirija directamente a una clínica privada acreditada. En estos casos, el circuito empieza generalmente con una llamada a la clínica en la que reciben información de cuestiones básicas de la intervención y acuerdan una cita para los exámenes previos que incluyen la ecografía, el análisis de sangre y la consulta con el médico psiquiatra. Dependiendo de la clínica, a estos exámenes puede sumarse una consejería brindada por un trabajador social o un médico. En total, el proceso dura alrededor de una semana. Si se trata de una mujer que presenta un embarazo de alto riesgo o con malformaciones, es posible que desde la clínica se le aconseje acudir a la sanidad pública, aunque lo usual es que ella continúe con la atención en la clínica para evitar que el proceso se dilate.

Cuando una mujer se dirige como primer paso a un centro de salud para informarse o solicitar un aborto, suele ser la matrona quien brinda la información. En otros casos es la trabajadora social, sea porque desde recepción dirigen a la mujer a este servicio o porque el médico de cabecera deriva a la mujer que requiere un aborto a la trabajadora social para que sea ella quien brinde la información. Este procedimiento suele estar asociado a actitudes negativas hacia el aborto u objeción de conciencia de parte del médico y alarga en un paso el itinerario. La respuesta de los profesionales sanitarios ante una demanda de aborto varía según su sensibilidad y las opciones con las que cuentan en la CCAA para responder a este tipo de demanda. En la mayoría de los casos es en esta primera consulta cuando se informa a la mujer que para abortar debe acudir a por su cuenta a una clínica privada acreditada.

En el caso de autonomías donde existe un sistema de concierto o acuerdos con centros privados acreditados, el itinerario incluye algunos mecanismos de derivación. Por ejemplo, en Andalucía es el médico de familia quien inicia la derivación, mediante un formato que envía a los servicios centrales de salud del distrito, donde se gestiona la cita. Si la mujer ha acudido a la trabajadora social, ella rellena el formato y se lo entrega a la mujer para que se acerque a su médico de familia a solicitar la firma y derivación. Los servicios centrales se encargan de adjudicar el centro acreditado concertado donde se realizará la intervención y solicitar una cita. Cuando esta se ha fijado, se envía un formato impreso al centro de salud, desde donde llaman por teléfono a la mujer para que lo recoja y acuda con él a la cita en la clínica. El proceso puede demorar entre 3 y 7 días. Aun cuando se trata de la CCAA cuyo sistema sanitario público cumple un papel más activo, la mujer debe acudir al menos a tres citas para acceder al aborto. Existen 2 circunstancias excepcionales en las que el itinerario se acorta, la primera cuando el tiempo de embarazo se acerca a las 12 semanas, en cuyo caso se le indica que se acerque a los servicios centrales del distrito a pedir la cita. La segunda sucede en los centros de salud que trabajan con población altamente

vulnerable, que cuentan con un sello de su centro de distrito y están autorizados para gestionar directamente las citas.

Otro caso de acuerdo de derivación a clínicas acreditadas, aunque menos estructurado, es el de Murcia. En esta Comunidad los itinerarios varían según la zona. En Cartagena la derivación que emite el médico es suficiente para que la mujer pueda acceder a la intervención financiada por el sistema sanitario en un centro privado acreditado. Mientras, en Murcia capital, antes de la intervención, la mujer debe llevar la ecografía y dictamen psiquiátrico realizados en el centro privado acreditado al hospital público de referencia, solicitando la autorización para la intervención. Esto representa un paso más y una demora adicional de una semana en el proceso, que no parece estar justificada, ya que dicha autorización se concede en todos los casos.

La Comunidad Valenciana, donde el porcentaje de IVEs realizadas en centros públicos es mayor que en el resto de CCAA, existen itinerarios diferenciados según la provincia. En Valencia y Castellón, la mujer debe acudir al centro de salud donde se le realiza una ecografía, se redacta una propuesta de consulta que se remite al área de salud mental del hospital correspondiente y se gestiona una cita en un tiempo aproximado de una semana. La mujer debe volver nuevamente al centro de salud para recabar la propuesta de consulta elaborada en el centro y dirigirse con ella a la cita en el hospital. En dicha cita el psiquiatra realizará una entrevista y valora la propuesta de consulta, firmando en su caso el informe positivo que autoriza la IVE. Si es así, procede la derivación a la maternidad, desde donde llaman la mujer para coordinar una nueva cita, en un plazo de tiempo que puede superar los veinte días. En algunas ocasiones, cuando la lista de espera es muy larga, los hospitales coordinan derivaciones hacia las clínicas privadas, haciéndose cargo de los gastos de la intervención. En conjunto, el proceso suele durar más de un mes e implica al menos cuatro citas para acceder a la intervención, por lo que las mujeres optan en muchos casos por dirigirse por su cuenta a las clínicas privadas. Además, no todos los casos son valorados positivamente por el psiquiatra en

cuyo caso tampoco se produce una derivación formal a una clínica privada acreditada y es la mujer quien debe acudir de manera independiente a ella. Por otro lado, en la provincia de Alicante, existe un concierto con una clínica privada a la que se derivan casos desde los centros de salud. Estas intervenciones se realizan de manera gratuita para la mujer y posteriormente se reembolsan a la clínica desde el sistema sanitario.

En las demás comunidades autónomas, no existen acuerdos con los centros privados acreditados y la realización de abortos en hospitales públicos es muy reducida. Casi en todos los casos se concentra en embarazos con malformación fetal o que representen grave riesgo para la salud física de la madre, mujeres con diagnóstico psiquiátrico y en algunos casos, mujeres VIH+. No existe un patrón común consensuado para la atención de estos casos, pero generalmente los servicios de atención primaria derivan a la mujer al especialista en el Hospital. En algunas CCAA, como en Canarias o Cataluña, los expedientes deben pasar por un Comité de Ética que evalúa el caso y determina si el aborto puede realizarse, en otras esta evaluación la realiza únicamente el psiquiatra. El tiempo que implica este proceso es sumamente variable pero suele superar los 15 días y en algunos casos se alarga hasta los dos meses, lo que produce que muchas mujeres opten por acudir a una clínica privada acreditada.

En Aragón, Castilla y León y Navarra, aún cuando la instancia correspondiente del hospital, haya autorizado la realización del aborto, puede presentarse el obstáculo de que no existan médicos formados o dispuestos a realizar la intervención. En estos casos, la mujer no tiene más alternativa que dirigirse a otro hospital, en ocasiones fuera de la provincia o autonomía, o a un centro acreditado con el que el hospital tenga establecido un acuerdo de derivación exclusivo para estos casos, que permite que la usuaria acceda a la intervención pagada por el sistema sanitario. En el caso de Aragón, la negativa de los médicos a derivar la IVE a la clínica privada ha de ser planteada en un escrito para ser valorada por la subdirección médica del hospital y eventualmente enviada a inspección. Esta situación agrega 10 días al proceso regular para acceder a una IVE a través del

sistema público. Por otra parte, en Castilla y León, acceder a un aborto financiado por la sanidad pública, aún en los casos específicos que mencionamos antes, no sólo toma más tiempo sino que implica una duplicación de exámenes, puesto que éstos se realizan en los servicios públicos que derivan a la clínica privada acreditada y como por segunda vez en la clínica de referencia.

Paralelamente, es necesario destacar el itinerario que deben seguir las mujeres que solicitan ayudas económicas en las dos CCAA que las ofrecen, Madrid y Cataluña. En el caso de Madrid la información acerca de estas ayudas está disponible en internet mientras que en los centros de salud la información a la mujer está condicionada por la sensibilidad del profesional que atiende. No todas las mujeres tienen información sobre las ayudas disponibles, muchas se enteran cuando acuden a la clínica privada acreditada por su cuenta y optan por seguir con el proceso antes que hacer los trámites adicionales para solicitar la ayuda. Las que deciden solicitar la ayuda deben llamar al SERMAS y concertar una cita a la que han de presentarse con el DNI o equivalente, la tarjeta sanitaria, la fotocopia de la demanda de empleo si está desempleada, un certificado que acredite su condición de estudiante si es el caso y el dictamen o dictámenes emitidos por el centro acreditado para la IVE. Si es menor de edad debe ir acompañada por la persona que ejerce la tutela legal. Una vez aprobada la ayuda, el SERMAS realiza el pago de la intervención y la mujer puede pedir cita en el centro privado acreditado.

En Cataluña la información sobre las ayudas se brinda de manera selectiva a mujeres o colectivos que se consideran de alta vulnerabilidad, por lo que las mujeres no siempre saben que tales ayudas existen o se autoexcluyen por considerar que no podrán acceder a ellas aún cuando su situación económica sea difícil. De manera similar a Madrid, muchas mujeres reciben esta información cuando llegan a las clínicas acreditadas y entonces prefieren continuar con el proceso sin gestionar la ayuda. Aquellas que deciden solicitar la ayuda deben pedir una cita con la trabajadora social de la ONG Salud y Familia. Durante la entrevista se analiza su situación psicosocial y sociosanitaria. Para ello

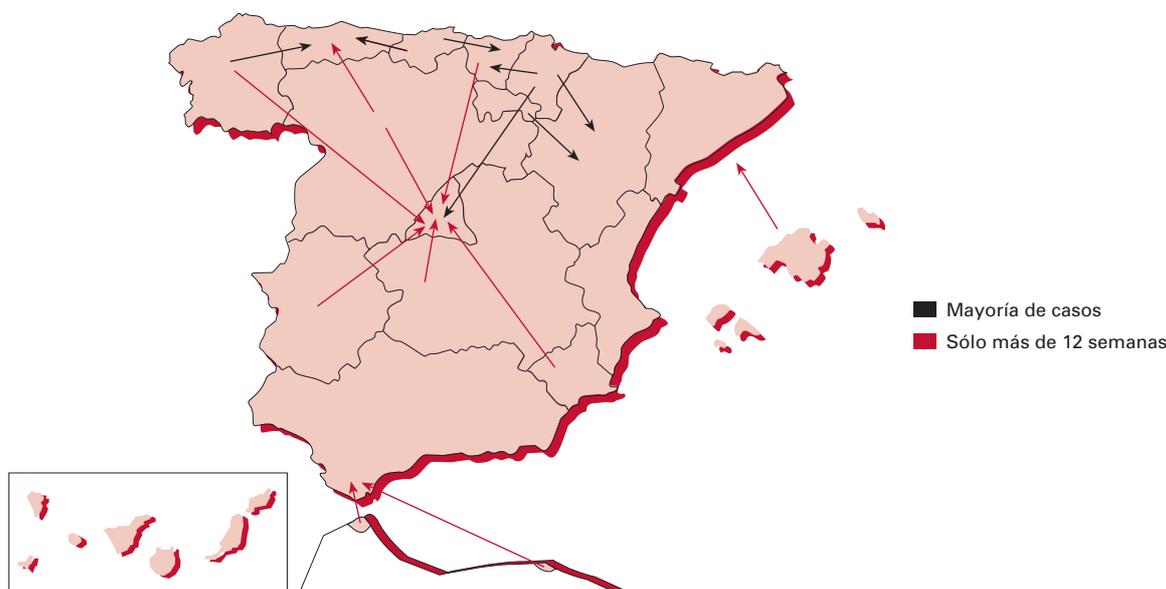
se contacta con trabajadores sociales u otras personas de referencia que conozcan sus antecedentes, a partir de lo cual se establece la ayuda. La trabajadora social de Salud y Familia acuerda la cita con una clínica privada acreditada que participa en el convenio y entrega a la mujer un ticket en el que se indica el porcentaje del costo de la intervención que no deberá pagar (25%, 50%, 75%, 100%). El tiempo para gestionar la ayuda es en promedio tres días, aunque puede extenderse hasta cinco.

Finalmente, otro aspecto destacable de los itinerarios para acceder al aborto son los desplazamientos entre provincias e incluso entre Comunidades Autónomas que muchas mujeres se ven obligadas a realizar dadas las pocas opciones disponibles en sus localidades. Un desplazamiento ocurre cuando en el lugar de residencia de la mujer no existen centros que realicen abortos o

estos atienden a un reducido número de casos, cuando no disponen de centros que realicen abortos después de las 12 semanas o cuando el sistema sanitario de la región, por diferentes razones, no le brinda esa atención y sólo da como alternativa dirigirse a centros en otra localidad. El desplazamiento alarga un proceso de por sí difícil para la mujer e implica más gastos, incluyendo el transporte y el coste de alojamiento tanto de la mujer como de la persona que la acompañe.

Como se observa en el mapa, todas las mujeres que viven en Navarra y requieren abortar tienen que desplazarse a Madrid, Bilbao o Aragón. En la misma situación se encuentran las mujeres de Ceuta y Melilla, que se desplazan a generalmente a Andalucía. En el caso de Cantabria y La Rioja, la mayor parte de las mujeres son derivadas a Asturias o País Vasco y a Aragón respectivamente.

DESPLAZAMIENTOS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE DEBEN REALIZAR LAS MUJERES PARA ACCEDER AL ABORTO



En otras CCAA los desplazamientos ocurren porque no existen servicios que atiendan abortos de segundo trimestre, o porque los que hay sólo lo hacen para una minoría de casos. Así, tenemos autonomías donde no existen servicios públicos ni centros privados acreditados que realicen abortos de segundo trimestre, como Extremadura, Galicia, País Vasco y Castilla-La Mancha, desde donde las mujeres se desplazan general-

mente a Madrid. Murcia tampoco cuenta con este tipo de servicios y los desplazamientos se producen tanto a Madrid como a Valencia. Baleares cuenta con servicios públicos que realizan abortos de segundo trimestre pero lo hacen para un porcentaje reducido de casos, por lo que la mayoría de las mujeres que requieren esta intervención y no pueden acceder a ella en los servicios públicos deben desplazarse a Barcelona.

SITUACIÓN DEL ACCESO AL ABORTO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

ANDALUCÍA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005 se practicaron 17.683 abortos en Andalucía, es decir casi dos de cada diez (19,89%) de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Andalucía esta es de 9,99, lo que la ubica como la sexta CCAA con la tasa más alta del país, detrás de Madrid, Baleares, Murcia, Cataluña y Aragón. La mayoría de las IVEs se produjeron en el primer trimestre de gestación (90,66%), mientras que las intervenciones de segundo trimestre representaron escasamente el 10% de los casos.

El aborto es un tema que afecta directamente a las mujeres jóvenes. Casi tres de cada diez mujeres (28,59%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y casi dos de cada diez era menor de 20 años (16,85%). Si bien esta es una tendencia común en otras CCAA, en el caso de Andalucía las tasas de aborto en adolescentes (12,6) y jóvenes (18,04) son ligeramente mayores que en el conjunto de España, estimadas en 11,48 y 16,83, respectivamente.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Andalucía, cinco no tenían hijos (47,32%), y cuatro tenían uno o dos hijos (42,60%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ningún aborto previo (79,42%) y casi 1 de cada diez había tenido sólo uno (8,59%).

1.2. Marco normativo

El tercer Plan de Salud 2003-2008 de Andalucía no reconoce la cuestión del aborto ni el embarazo no deseado entre los problemas de salud de la población ni establece ninguna meta específica con relación a este tema. Por otro lado, tampoco hemos encontrado ningún protocolo sanitario específico acerca de la IVE, si bien el Servicio Andaluz de Salud, dentro de las prestaciones de atención primaria que corresponden a planificación familiar incluye "la información y derivación para estudio de la interrupción voluntaria del embarazo". La Resolución de 26 de junio 1995 de Juventud y Turismo reconoce a sus trabajadores permiso retribuido de tres días naturales en caso de IVE.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Andalucía es una de las comunidades autónomas donde existe mayor normalización en cuanto a la información sobre la IVE. Según datos del Ministerio de Sanidad, la tercera parte (72,3%) de las mujeres que abortaron en 2005 se informaron sobre la intervención en servicios sanitarios públicos, aunque la realización de la práctica se llevó a cabo fundamentalmente en clínicas privadas acreditadas. En el caso de Andalucía existe un procedimiento común para la tramitación de las demandas de IVE similar al que se aplica a otras especialidades, que obliga a todos los profesionales sanitarios a informar y facilitar la derivación de la demanda hacia los centros privados concertados.

Además de los centros públicos de salud, existen otras fuentes de información como internet, ONGs u organizaciones sociales o medios de comunicación que también son utilizadas para acceder a los centros acreditados concertados para realizar IVEs, aunque como mencionábamos antes, éstos recursos no son demasiado relevantes en el caso de Andalucía, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las comunidades autónomas.

En cualquier caso, los centros de salud no cuentan con información escrita acerca del aborto y lo único que se facilita a las mujeres son unos folletos elaborados por algunos centros privados acreditados concertados que contienen los datos de contacto y la información fundamental para la tramitación de la IVE (esto ocurre, por ejemplo, en Sevilla, donde los centros acreditados que tienen concierto con el SAS facilitan a los servicios de salud estos folletos).

2.2. Servicios

Según datos del Ministerio de Sanidad, en Andalucía existe un hospital público y 15 clínicas privadas acreditadas para la IVE que declararon abortos en 2005. La mayoría de los abortos se realizan, por tanto, en centros privados acreditados que se extienden por todas las provincias y sólo el 0,15% se realiza en hospitales públicos. El único centro público que realiza abortos en Andalucía es el hospital comarcal La Inmaculada situado en la zona de Huércal-Overa en Almería, aunque ciertamente el volumen que implica la actividad de este hospital con respecto al total de los abortos que se realizan en la comunidad autónoma es bastante poco representativo. Este hospital realiza únicamente los abortos hasta 22 semanas que corresponden a su zona siempre que se justifique por riesgo para la salud física de la mujer, malformación fetal o violación.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁷

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Almería	Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa)	Clínica Ginecología Almería
Cádiz		Clínica El Sur Clínica Poliplanning Clínica Spawsky
Córdoba		Clínica Medina-Azahara
Granada		Gineclínica Clínica Ginegranada
Huelva		Clínica Poliplanning
Jaén		Clínica Ginecológica Dr. G. Sáenz de Santa María
Málaga		Centro Ginecológico Scala 2000 Centro Sanitario Sáenz de Santamaría Clínica El Sur Centro Médico 2002
Sevilla		Clínica El Sur Clínica Triana

Los requisitos exigidos para recibir la calificación de centro acreditado para la IVE están regulados en el RD 2409/1986. Esta norma reconoce a las Comunidades Autónomas como los organismos

competentes para extender la acreditación correspondiente a los centros que cumplan con las condiciones establecidas (art. 2. *De conformidad con las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo los requisitos determinados en el artículo 1º de esta disposición, lo hayan solicitado previamente*).

⁷ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005*. Madrid: Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.

Para el caso de abortos que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las doce semanas de gestación, se pueden acreditar a los centros o establecimientos sanitarios privados que cuenten al menos con los siguientes medios personales y materiales:

- 1.1. Un Médico especialista en Obstetricia y Ginecología y personal de enfermería, auxiliar sanitario y asistente social.
- 1.2. Los locales, instalaciones y material sanitario adecuado. El lugar donde esté ubicado debe reunir las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario y debe disponer como mínimo de un espacio físico que incluya:
 - Un espacio de recepción.
 - Un despacho para información y asesoramiento.
 - Una sala adecuada para la realización de la práctica abortiva.
 - 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:

 - Material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
 - Material necesario para realizar la práctica abortiva.
 - Material informativo y didáctico.
- 1.3. Las prestaciones correspondientes de análisis clínicos, anestesia y reanimación. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.
- 1.4. Un centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

Para la realización de abortos en embarazos con alto riesgo para la mujer o con más de doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios privados deberán contar además con:

- 1.1. Unidades de Obstetricia y Ginecología, laboratorio de análisis, anestesia y reanima-

ción y banco o depósito de sangre correspondientes.

- 1.2. Unidades o instalaciones de enfermería y hospitalización correspondientes.

Además de estos requisitos, los centros privados tiene que estar autorizados y registrados como centro extra-hospitalarios de conformidad a lo establecido en el Decreto 16/1994, de 25 de enero de Sanidad.

2.3. Financiación

En Andalucía, la IVE es una prestación contemplada dentro de la sanidad pública que se garantiza fundamentalmente a través de un sistema de concierto con centros privados acreditados para la realización de la interrupción del embarazo. De esta forma, se garantiza el acceso gratuito a la prestación para todas las personas que disponen de tarjeta sanitaria. La participación de los hospitales públicos en el acceso al aborto al igual que en el resto de las Comunidades Autónomas es casi inexistente. Aunque en principio todos los hospitales públicos cumplen los requisitos para ser acreditados, en 2005 sólo se registró un hospital público que realizara abortos. Se trata, como hemos mencionado más arriba del hospital "La Inmaculada" en Huerca Overa que canaliza los abortos correspondientes a su comarca en los supuestos de malformación fetal, violación o riesgo para la salud física de la madre. El resto de los abortos que se producen en la comunidad andaluza cada año se realizan en centros privados concertados o no concertados.

Ante la ausencia de servicios de aborto en los hospitales públicos, principalmente debido a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, el acceso a la prestación se garantiza a través de un concurso público y abierto que tiene como objeto "*contratar la gestión de servicios públicos, bajo la modalidad de concierto, para la interrupción voluntaria del embarazo a beneficiarias de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Andaluz de Salud en las que concurra alguna de las circunstancias previstas en la Ley orgánica 9/1985 de 5 de Julio, con carácter subsidiario a los dispositivos propios...*".

En principio toda persona que se encuentre en territorio andaluz tiene derecho a la asistencia sanitaria aunque formalmente se requiere una tarjeta que lo acredite. En aquellos casos en que no se dispone de esta tarjeta, como puede ocurrir con muchas mujeres inmigrantes, los servicios de salud proceden a habilitarles automáticamente una cartilla sanitaria "de emergencia" con la cual pueden acceder al aborto en las mismas condiciones que el resto de ciudadanas. En aquellos casos en que la persona es menor de edad, salvo que pueda acreditar la emancipación de hecho, se requiere que venga acompañada de la madre, el padre o un tutor, los cuales deben firmar también el consentimiento informado para la realización de la IVE. En estas situaciones muchas veces se producen casos en que la tutoría es de hecho pero no de derecho - por ejemplo cuando el menor está a cargo de la abuela al haber sido los padres despojados de la patria potestad pero ésta no ha solicitado la tutoría legal - en cuyo caso es necesario que alguna autoridad firme un documento acreditando la tutoría de hecho.

Antes de aprobarse el sistema de concierto, la comunidad andaluza aplicaba a las IVEs un sistema de reintegro de gastos según el cual la mujer debía pagar el aborto y solicitar posteriormente su devolución a la delegación provincial de salud. Desde un principio, para evitar que la mujer tuviera que asumir este coste, los centros privados acreditados acordaron con las delegaciones provinciales un sistema según el cual la mujer firmaba un documento cediendo el derecho de reintegro a la clínica, la cual posteriormente realizaba todo la tramitación necesaria para cobrar el servicio, presentando una factura por cada mujer. Bajo este sistema, el aborto era considerado dentro de las prestaciones extraordinarias del sistema de salud, al mismo nivel de una ortopedia especial o una intervención que no se pudiera realizar en España y hubiera que costear en el extranjero. A partir de la mitad de la década de los noventa, sin embargo, se comienza a considerar el aborto como una prestación normalizada del SAS, aunque externalizada a través del concierto con centros privados, siguiendo el ejemplo de situa-

ciones similares como por ejemplo el caso de las resonancias magnéticas, el servicio de ambulancias o la situación de determinados hospitales que conciertan sus servicios con el sistema de salud aún siendo privados.

Como hemos adelantado ya, para establecer el concierto con los centros acreditados para la IVE, los servicios centrales del SAS convocan concurso público y abierto al que puede concurrir cualquiera de los centros privados acreditados de Andalucía que cumplan con las condiciones establecidas en los Pliegos, de prescripciones administrativas y de condiciones técnicas, que son publicados en el BOJA.

En Andalucía se realiza un concurso para la contratación de prestaciones de IVE de primer trimestre y otro para las de segundo trimestre. El concierto tiene carácter bianual en el caso de IVEs de más de 12 semanas o de alto riesgo y anual en caso de IVEs de menos de 12 semanas. En ambos casos, se puede renovar automáticamente hasta un máximo de 10 años, salvo que alguna de las partes decida lo contrario o sea necesario publicar nuevos pliegos debido a la finalización del presupuesto o la modificación de alguna cláusula.

El coste de un aborto concertado de menos de 12 semanas ronda los 280-290 euros frente a los 350-400 euros que cuesta a precio de mercado. En el caso de abortos de más de 12 semanas el coste varía entre 370 y 925 euros según el número de semanas de gestación.

Para las IVEs de menos de 12 semanas, el concurso se articula en base a nueve "lotes", uno para cada provincia y uno más para la comarca del Campo de Gibraltar (dentro de la provincia de Cádiz). Estos "lotes" son estimados en función de la demanda de IVE existente y por lo general se suelen repartir entre todas las centros acreditados de cada provincia que se presentan al concurso y que cumplen las condiciones exigidas, en función de la puntuación obtenida en el mismo.

Los centros privados acreditados situados en Andalucía son libres de presentarse al concurso siempre que cumplan con los requisitos estable-

cidos en los pliegos. Para ello deben presentar una oferta técnica en la que se incluya una memoria descriptiva de las instalaciones que oferta y una copia compulsada de los planos de las mismas. De acuerdo con la normativa vigente los requisitos incluyen:

- Acceso directo desde la calle y ausencia de obstáculos arquitectónicos o viarios que imposibiliten la transferencia de pacientes desde o hacia un vehículo ambulancia.
- Espacios suficientemente amplios que garanticen la confidencialidad, confortabilidad y seguridad de la mujer diferenciando al menos las siguientes zonas: áreas de recepción y espera, despacho médico, vestuario y aseo de usuarias, sala de exploración, quirófano y sala de reanimación post-quirúrgica y grupo eléctrico.
- Al menos un médico especialista en Ginecología y Obstetricia, un diplomado en enfermería o ATS, un trabajador social y personal auxiliar.
- Equipamiento necesario para las intervenciones bajo cualquier modalidad de anestesia, equipo de monitorización cardiaca, electrocardiógrafo, ecógrafo, equipo de intubación, respirador, desfibrilador y otro material de reanimación pulmonar, suministro de gases medicinales y servicio de análisis clínicos básicos y depósito de homeoderivados.
- Contrato de gestión de residuos sanitarios con empresa autorizada.

El servicio contratado comprende la asistencia individualizada a cada mujer remitida por el Servicio Andaluz de Salud según el protocolo siguiente:

- Consulta de tocoginecología.
- Estudio y valoración por el facultativo que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con los supuestos establecidos por la ley.
- Consulta de especialista cuando esté indicada por la sospecha o inexistencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.

- Determinaciones analíticas: Grupo sanguíneo y Rh, hemograma, estudio de coagulación y cualquier otra, cuando se consideren necesarias para proceder a la intervención.
- Técnica de IVE (quirúrgica o farmacológica) adecuada a cada situación, con la medicación indicada según las características de cada caso e incluyendo la gammaglobulina anti-Rh si procede.
- Pruebas ecográficas antes y después de la IVE
- Recuperación post-intervención en sala acondicionada a estos efectos, durante el tiempo preciso, con los controles necesarios.
- Seguimiento tras la intervención de posibles incidencias, con la menos una revisión ginecológica a los 15 días de la IVE, o hasta que se verifique que la expulsión ha sido completa, en caso de interrupción por técnica médico-farmacológica.
- Elaboración del dictamen previo a la intervención al que se refiere el Real Decreto 2409/1986, salvo que la mujer lo aporte y elaboración del Informe de Alta según el Formulario 068/92 y que incluirá los siguientes datos: identificación del centro concertado, identificación de la mujer (iniciales de su nombre y dos apellidos), fecha de nacimiento, localidad de residencia, fecha de ingreso, diagnóstico principal, otros diagnósticos, supuesto, procedimiento quirúrgico empleado, otros procedimientos diagnósticos, fecha de la intervención quirúrgica, fecha de alta y circunstancia de alta.

En el caso de las IVES de segundo trimestre, en cambio, no se establece el sistema de "lotes" puesto que hay un menor volumen de demanda y no es realmente necesario. Además, solo hay 4 centros acreditados en Andalucía para hacer este tipo de abortos y solo dos, localizadas en Sevilla, son las que finalmente cumplen las condiciones necesarias para concertar con el SAS, manejando por tanto, el volumen de interrupciones del embarazo de más de 12 semanas de toda la comunidad autónoma. El servicio contratado comprende la asistencia individualizada a cada mujer remitida por el Servicio Andaluz de Salud según el protocolo siguiente:

- Consulta de tocología.
- Estudio y valoración por facultativo que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con los supuestos primero y tercero establecidas por la Ley.
- Consulta de especialista cuando esté indicada por la sospecha o existencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.
- Analíticas: grupo sanguíneo y Rh, hemograma y estudio de coagulación y cualquier otra indicada o necesaria para proceder a la intervención.
- Técnica de IVE adecuada a la situación con medicación indicada, incluida gammaglobulina anti-Rh si procede.
- Pruebas ecográficas antes y después de IVE.
- Recuperación post-intervención en sala acondicionada.
- Seguimiento para posibles incidencias y una revisión ginecológica al menos a los 15 días o hasta que se verifique que la expulsión ha sido completa.
- En caso de malformación fetal, cuando sea requerido por el SAS se practicará microtomía de la pieza y se remitirán muestras al hospital de referencia de la mujer para su estudio.
- Elaboración de un "informe de alta" y de un dictamen previo a la intervención de acuerdo al RD 2409/1986.

En estos momentos, aunque existen centros acreditados para la IVE en todas las provincias andaluzas, el SAS no cuenta con servicios concertados en todas ellas, ya que algunas clínicas no alcanzan los requisitos exigidos por la administración o no llegan a presentarse al concurso público. Esto conlleva una derivación del "lote" correspondiente a otra provincia, lo cual deviene en ciertas desventajas de acceso para algunas mujeres que tienen que desplazarse a otra provincia. Esto es lo que ocurre en el caso de Huelva, Córdoba y Jaén, donde las demandas de IVE se derivan a centros privados concertados situados en Sevilla.

Las mujeres que se ven en esta situación tienen derecho a presentar al SAS las facturas del viaje y solicitar el reintegro de los gastos, aunque en la realidad no existe conocimiento amplio sobre esta posibilidad y muchas mujeres no realizan los trámites. Hay otras veces en cambio, cuando se trata de personas sin recursos evidentes o manifiestos, que los propios centros de salud que derivan asumen los gastos de desplazamiento.

Existen también casos en que un pequeño porcentaje del "lote" de una provincia se adjudica a los centros acreditados concertados de otra, con el objetivo, por un lado, de dar respuesta a las poblaciones fronterizas, que pueden estar situadas más cerca de la capital de otra provincia (por ej. la zona norte de Cádiz, situada más cerca de Sevilla, o los pueblos de Granada más próximos a Málaga) y por otro, permitir que aquellas mujeres que por razones de intimidación prefieren no abortar en el centro concertado de su ciudad puedan trasladarse a otro lugar.

Además del criterio de localización, que hemos señalado mas arriba, el sistema de concurso valora elementos como la existencia de guías de práctica clínica, la competitividad de precios inferiores al máximo, la capacidad de atención a la demanda, la acreditación de calidad y la existencia de un plan de atención de residuos, como aspectos importantes a la hora de adjudicar una determinada puntuación. En el caso de que existan dos o más clínicas que cumplan con los requisitos para ser adjudicatarias del concurso en una determinada provincia, se suele dividir el lote entre las mismas según la puntuación que obtengan. De esta forma los servicios centrales del distrito sanitario llevan un recuento a la hora de derivar a las mujeres hacia estos centros acreditados y van distribuyendo las solicitudes hacia unos u otros, con la correspondiente incapacidad de la mujer para elegir el lugar de intervención. Esta situación se produce en Cádiz, Málaga o Sevilla donde hay más de un centro privado concertado.

En aquellos casos en que se pudiera producir un agotamiento del presupuesto previsto para

algunos de los "lotes", los centros acreditados concertados tienen la obligación de seguir cubriendo el servicio de acuerdo a lo estipulado en el contrato, con la consecuente deuda por parte del SAS. No obstante, este tipo de situaciones son evitadas mediante una buena planificación y la posibilidad de incrementar de forma ordinaria, en un margen del 20 por ciento, el presupuesto inicial.

El hecho de que exista un sistema concertado y que la sanidad pública se haga cargo de los servicios de aborto no quiere decir que todos los abortos realizados en Andalucía sean cubiertos por el SAS. Esta realidad puede explicarse en base varias razones: por un lado, existen mujeres que deciden voluntariamente quedar fuera del circuito de la sanidad pública y al disponer de capacidad económica acuden directamente al centro privado para realizarse el aborto, por otro lado, al no estar completamente extendida la información sobre el proceso a seguir para acceder a un aborto, algunas mujeres acuden directamente al centro privado concertado y una vez allí, aun siendo informadas sobre esta posibilidad, deciden no demorar más el proceso y afrontar su coste. En el caso de las provincias donde no existen centros acreditados (Huelva, Córdoba y Jaén), muchas mujeres prefieren costearse personalmente el aborto para evitar el desplazamiento a otra provincia.

2.4. Itinerarios

Las mujeres que acuden a los servicios de aborto lo hacen generalmente a través de dos circuitos. Por un lado, acuden directamente a un centro privado acreditado y por otro llegan derivadas de los servicios sanitarios públicos. En este segundo caso, lo habitual es que vengan derivadas por su médico de familia, aunque cualquier médico o especialista del SAS puede firmar el protocolo 068/92 y efectuar la derivación. Es posible también que las mujeres acudan en primera instancia a la trabajadora social del servicio de planificación familiar, la cual entonces rellena el formulario y lo entrega a la mujer para que esta acuda a su médico a solicitar la firma.

El procedimiento para la adjudicación de una cita se lleva a cabo desde los servicios centra-

les de salud del distrito, al igual que ocurre con el resto de "especialidades". Estos son los encargados de adjudicar el caso a alguno de los centros concertados y solicitar una cita. Para ello, generalmente, cada centro de salud les envía por valija interna los modelos 068/92 debidamente cumplimentados. Algunos centros hacen estos envíos semanalmente pero no existe una regla común. Las personas responsables en los servicios centrales se encargan de llamar al centro concertado correspondiente, acordar el día y hora de la cita y consignar los datos en el modelo 086/92, que es a su vez devuelto al centro de salud. Desde allí se llama por teléfono a la mujer para que pase a buscar el impreso. Este proceso suele durar entre 3 y 7 días aunque si el centro de salud y el centro de distrito coinciden, se tramita la cita en ese mismo momento. Hay veces en que si la mujer está en límite de plazo se la manda directamente al centro de distrito para que pida la cita. Por otro lado, hay centros de salud que trabajan con población muy vulnerable y que cuentan con un sello de su centro de distrito y están autorizados para gestionar directamente las citas.

En los casos de malformación el itinerario es algo diferente puesto que salvo que se trate de un diagnóstico muy claro, el médico de familia deriva a la mujer al servicio de diagnóstico prenatal del hospital de referencia y son estos los que la derivan posteriormente a la clínica, si no se hacen cargo del aborto. La derivación desde el centro de salud al hospital suele ser urgente pero es común que la realización de la IVE lleve más tiempo que en los otros casos puesto que, además de todo esto, la mayoría de las veces se requieren varias reconfirmaciones del diagnóstico.

En términos generales, el circuito de derivación funciona más o menos fácilmente en Andalucía, aunque no existe un protocolo común para el SAS y eso pueda dar lugar a praxis diferentes en las distintas provincias o distritos. En algunos casos y aunque no existe motivo para hacerlo, hay profesionales que señalan a las mujeres que les puedan tramitar un aborto pero no dos, con lo cual la mujer no acude al médico en caso de repetición. Se conocen casos

también en los que los profesionales informan que solo se puede realizar el aborto hasta las 12 semanas, creando confusión en ese aspecto. En el caso concreto de la malformación fetal, se producen muchos casos en los que la mujer se traslada a Sevilla para someterse a un aborto de más de 12 semanas cuando en realidad está de menos tiempo. Estos fallos en el diagnóstico del tiempo de embarazo se producen por la imposibilidad o negativa de los servicios de salud a hacer una buena ecografía a la mujer y en ocasiones ello puede generar más molestias añadidas al forzar un traslado que realmente no es necesario.

ARAGON

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

Aragón es una de las CCAA cuya tasa de abortos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años) es mayor a la del conjunto de España y se viene incrementando año a año. En 2005, se practicaron 2.744 abortos a mujeres residentes en esa CCAA (cifra que se eleva a 2820 abortos en 2006⁸), es decir el 3% de los que se producen en toda España. Estas cifras equivalen a una tasa de 10,92 abortos, frente a los 9,6 del conjunto del país⁹. Ello ubica a Aragón como la quinta CCAA con la tasa más alta del país, detrás de Madrid, Baleares, Murcia y Cataluña. De estos abortos, un 87% fueron intervenciones de primer trimestre y alrededor del 13% de segundo trimestre.

Casi tres de cada diez mujeres (26,60%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29

años y algo más de una de cada diez era menor de 20 años (12,24%). Si bien esta es una tendencia común en otras CCAA, en el caso de Aragón las tasas de aborto en jóvenes entre 20 y 25 años (20,39) son mayores que en el conjunto de España (16,83). La de adolescentes (11,78), sin embargo, se encuentra cerca al promedio del país.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Aragón, siete no tenían hijos (70,74%), y dos tenían uno o dos hijos (23,98%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (69,91%) y menos de la quinta parte había tenido sólo uno (21,25%). Apenas una de cada cuatro (20,79%) mujeres que abortaron utilizan previamente un centro de planificación familiar, lo cual queda muy por debajo del promedio de España (41%) y requiere que el Gobierno aragonés refuerce las estrategias de salud en el ámbito de la anti-concepción.

1.2. Marco normativo

Como ocurre en la mayoría de los casos, no se ha encontrado ningún protocolo específico de actuación en caso de IVE dentro de la sanidad pública. No obstante, es destacable que al menos el Decreto legislativo 2/2004, de 30 de diciembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, reconoce expresamente que el Servicio de Salud Aragonés tendrá entre sus funciones desarrollar la prestación de la IVE de acuerdo con lo previsto en la ley vigente.

Artículo 6. Funciones.

1. El Servicio Aragonés de Salud desarrollará, en el ámbito de la Comunidad Autónoma, las siguientes funciones:
 - a. La gestión y coordinación integral de los recursos sanitarios y asistenciales propios existentes en su territorio.
 - b. La atención primaria integral mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo y de la comunidad.

⁸ Gobierno de Aragón (2007) Interrupción voluntaria del Embarazo. Aragón. Año 2006. El Servicio de vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud pública aragonesa emite anualmente un informe sobre la IVE en la región y ya están disponibles los datos de 2006 aunque no se han tenido en cuenta para este informe porque no se podrían comparar con los de otras CCAA que no están disponibles.

⁹ MSC (2006) Informe IVE 2005.

c. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria.

d. La prestación de los recursos para la promoción y protección de la salud individual y colectiva, así como para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.

e. El desarrollo de los programas de atención a los grupos de mayor riesgo, así como los dirigidos a la prevención y atención de deficiencias congénitas o adquiridas.

f. Los programas de planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.

g. La interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.

h. La promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.

i. La formación continuada del personal al servicio de la organización sanitaria, en colaboración con el conjunto de entidades docentes.

j. Las acciones que le correspondan en la medicina deportiva.

k. La coordinación del transporte sanitario.

l. Cualquier otra actividad relacionada con la promoción y protección de la salud que se le atribuya.

Al mismo tiempo, la Ley 6/2002, de 15 de abril General de Salud recoge en su artículo 56 en relación al asunto de "desplazamientos", que el Departamento responsable de Salud promoverá el establecimiento de mecanismos que permitan que, una vez superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en el área de salud o en la Comunidad Autónoma, su población pueda acceder a los recursos asistenciales ubicados en otras áreas de salud o en otras comunidades autónomas. En esta línea, el sistema de salud debería hacerse cargo de los gastos que sufren las mujeres que no residen en Zaragoza y que tienen que desplazarse a la capital para poder acceder al aborto, puesto que no cuentan con ningún centro que los realice en su provincia.

Por otro lado, en el artículo 57 de esta misma Ley también se reconoce que el Sistema de Salud de Aragón podrá establecer conciertos o convenios de vinculación para la prestación de servicios sanitarios a través de medios ajenos al mismo, teniendo siempre en cuenta el principio de subsidiariedad y en los términos previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Servicio Aragonés de Salud. Esto permite en principio concertar el servicio de IVE con los centros acreditados. Sin embargo, no existe ningún sistema de concierto con las clínicas privadas y tan sólo opera un acuerdo con una de ellas para derivar casos muy puntuales.

El Servicio Aragonés de Salud publica periódicamente Informes Epidemiológicos sobre la IVE que aportan datos específicos sobre la comunidad.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

En Aragón sólo dos de cada cinco mujeres que se realizaron una IVE en 2005 se informaron sobre este tema en un centro de salud público (23%) y una de cada cinco lo hizo en uno privado (12%). El resto utilizó otras fuentes, que suelen ser Internet, anuncios o personas conocidas. De acuerdo a la información que hemos podido obtener, dentro del sector sanitario las profesionales más sensibilizadas son las matronas que trabajan a nivel de APS, aunque en líneas generales, la información que reciben las mujeres en los centros de salud públicos depende en gran medida del grado de implicación del profesional que las atiende, puesto que no existe protocolo alguno al respecto. En muchos casos, las mujeres llegan a los centros acreditados muy bien informadas y documentadas y en otros, sin embargo, tan sólo les facilitan los datos de contacto.

El portal de salud del Gobierno de Aragón no cuenta con ningún apartado sobre sexualidad y no incluye información sobre la IVE. El portal del Consejo de Juventud de Aragón incluye un apartado de "Consejos para la salud" entre los que se encuentran temas de educación afectivo

sexual pero no se menciona el aborto, aunque sí se incluyen algunos centros y recursos a los que podría contactarse para obtener información sobre sexualidad¹⁰.

2.2. Servicios

En Aragón, al igual que en la mayoría de las CCAA, se realizan muy pocos abortos en los centros públicos (0,8%). De hecho, sólo hay un centro sanitario público que los haga, el Hospital Clínico Universitario, que practica IVEs a las mujeres que corresponden a su zona sanitaria hasta un plazo de 22 semanas. En el resto de los

casos, dada la objeción de conciencia de los y las profesionales sanitarios, las mujeres sólo tienen la opción de ser atendidas en una de las dos clínicas privadas acreditadas ubicadas en Zaragoza. Las mujeres que viven en Huesca o Teruel (que representaron aproximadamente el 20% de los abortos en 2006¹¹) deben siempre desplazarse de provincia para acceder a la intervención. En el caso de embarazos de más de 12 semanas las posibilidades se siguen reduciendo puesto que sólo una de las clínicas acreditadas realiza IVEs de segundo trimestre.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs¹²

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Zaragoza	Hosp. Clínico Universitario	Clínica Almozara Clínica Actur

2.3. Financiación

Como ya hemos comentado, excepto para el escaso 0,8% de los abortos que se realizan en centros públicos, el resto se realiza a través de clínicas privadas acreditadas. En Aragón existe un acuerdo con una clínica privada mediante el cual los centros de salud y los hospitales pueden, en determinadas circunstancias, derivar a mujeres que quieren realizarse un aborto y asumir posteriormente el pago de las facturas correspondientes a la clínica. Fuera de estos casos, las mujeres deben responsabilizarse de cubrir todos los gastos de la intervención y el desplazamiento, existiendo si acaso la opción de gestionar con los centros privados un fraccionamiento del pago, previa evaluación de la necesidad por las trabajadoras sociales de dichos centros.

2.4. Itinerarios

En la mayor parte de los casos, las mujeres acuden a los centros privados acreditados bien directamente, a través de información que han encontrado en Internet, medios de comunicación o personas conocidas, o bien a través de derivación de los centros de salud.

Existen casos en los que aún habiendo un dictamen del Hospital en el que se establece que la mujer cumple los requisitos relativos al aborto, los médicos se niegan a hacer la intervención. En estos casos, los profesionales involucrados están obligados plantear esta negativa por escrito, a partir de lo cual el caso pasa a la Subdirección Médica del Hospital quien puede enviarlo a su vez a Inspección. Si las evaluaciones son positivas, esta instancia se encarga de contactar a una clínica privada, donde se realizará la intervención de manera gratuita para la mujer y con reembolso a la clínica de los gastos por parte de la seguridad social. El proceso desde que los médicos deciden no realizar la IVE hasta que se comunica puede durar entre una semana y 10 días, lo cual evidentemente repercute desfavorablemente sobre la mujer.

¹⁰ <http://www.consejosparalasalud.com/educ.php>

¹¹ Gobierno de Aragón (2007) IVE 2006.

¹² MSC (2006) Informe IVE 2005.

ASTURIAS

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

El aborto no se incluye dentro del Informe Epidemiológico de Salud elaborado por el Principado de Asturias, con lo cual los datos que se conocen sobre la incidencia del aborto en esta comunidad corresponden al Informe General que elabora el Ministerio de Sanidad cada año. Conforme a los últimos datos disponibles de 2005, en dicho año se practicaron 1.782 abortos, es decir el 2% de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, en Asturias esta es un poco más baja (8,27), lo que la ubica como la octava CCAA con la tasa más alta del país, detrás de Madrid, Baleares, Murcia, Cataluña, Aragón, Andalucía y Comunidad Valenciana. Las intervenciones de primer trimestre constituyen la mayoría con un 91,75%.

Casi tres de cada diez mujeres (26,49%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y algo más de una de cada diez era menor de 20 años (11,84%). Al igual que en el caso de la tasa general de abortos, Asturias tiene una tasa de IVE en adolescentes y jóvenes ligeramente inferior a la del conjunto de España (9,32 para adolescentes y 15,08 para jóvenes entre 20 y 25 años, frente a 14,5 casos por cada mil mujeres entre 15 y 44).

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Asturias, casi seis no tenían hijos (58,14%), y alrededor de cuatro tenían uno o dos hijos (38,04%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (78,96%) y menos de la quinta parte había tenido sólo uno (16,67%). Finalmente, casi la mitad (44,84%) de las mujeres que abortaron utilizaban un centro de planificación familiar, porcentaje algo por encima del promedio de España (41%).

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007¹³ reconoce que se han identificado problemas de acceso para las mujeres inmigrantes a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo explícitamente la IVE. Sin embargo, no existen en dicho Plan acciones dirigidas a mejorar el acceso al aborto de manera específica. Con respecto al conjunto de la población, en el análisis sobre estilos de vida saludable se incluye la esfera afectivo-sexual y en él se menciona que la tasa de abortos para 2001 en Asturias fue de 6,1 por cada 1000 mujeres en edad fértil, estimándose una tendencia a la baja para este indicador que no se ha confirmado en años posteriores. De hecho, en 2005, como hemos mencionado, la tasa había subido a 8,27. Al mismo tiempo, la tasa de aborto en adolescentes se situaba en el 8,1 en 2001 mientras que en 2005 subió hasta el 9,32. Más aún, la tasa de jóvenes se situó en 2005 en 15,08 casos por cada mil mujeres entre 20 y 25 años, evidenciando la necesidad de que la sanidad pública tome medidas más efectivas tanto para la prevención del embarazo como para la garantía del acceso a la interrupción del embarazo.

Aparte de la mención que realizan los Planes de Salud sobre la IVE, no existe ningún protocolo sanitario relacionado con esta cuestión ni tampoco regulación alguna sobre la objeción de conciencia. Sin embargo, el protocolo de atención en casos de agresión sexual menciona la obligación del profesional sanitario de informar a la mujer de que en caso de que se confirme el embarazo y desee interrumpirlo puede acogerse a los supuestos previstos en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio:

Protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2003)

Proceso de atención sanitaria / Actuaciones en agresión sexual / Exploración ginecológica / Medidas Preventivas

¹³ Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de Salud para Asturias 2004 - 2007: La salud como horizonte.

Prevención de embarazo: proponer y explicar las distintas alternativas:

- *Contracepción postcoital (hormonal, DIU).*
- *Esperar a la próxima regla o realizar un nuevo test de embarazo en 2-3 semanas. En esta opción, es preciso informar a la víctima de que en caso de confirmarse el embarazo, si desease interrumpirlo sería necesario acogerse a los supuestos legales de interrupción del embarazo, lo que supone la necesidad de recurrir a procedimientos médicos o quirúrgicos.*

Es interesante también destacar que algunas administraciones reconocen a sus trabajadoras permisos de 3 días en caso de interrupción voluntaria del embarazo (Resolución de 21 de noviembre de 2001. Educación infantil, Decreto 6/2004, de 22 de enero o Resolución 2005/238 de 3 de agosto).

2. Acceso a la IVE

2.1. Servicios de información

La participación de los servicios públicos como canal de referencia e información respecto a los servicios de aborto es muy baja en esta comunidad autónoma. Sólo el 14,3% de las mujeres que abortaron en 2005 se informaron en establecimientos públicos, mientras que el 10,5% lo hizo en centros privados y el resto a través de otras fuentes¹⁴.

A pesar de la baja representatividad de los centros de salud como canales de información relacionada con la IVE, algunas fuentes han confirmado que por lo general, al menos en los centros de planificación familiar, se entrega a las mujeres que lo solicitan una fotocopia informativa con los contactos de las clínicas acreditadas en Asturias. No obstante, el nivel de implicación de los profesionales sanitarios es muy escaso y varía mucho de una zona a otra, existiendo algunos que derivan a las mujeres a las clínicas con un informe social y otros que no facilitan información o si lo hacen intentan que

la mujer desista de su intención.

A través de una revisión de la información disponible en Internet, hemos comprobado que existen asociaciones como la Asociación Asturiana para la Educación Sexual (www.astursex.info) que prestan información telefónica, presencial y online sobre sexualidad, incluyendo el tema de la IVE.

El único material impreso editado por un ente público en el que se presta información sobre la IVE y al que hemos podido tener acceso es un Cuaderno de Orientación¹⁵ en el que se informa sobre diferentes temas sobre sexualidad y donde se incluye un apartado para aborto que señala:

"Una posibilidad es seguir adelante con el embarazo y convertirnos en madre o padre. Esta es una opción respetable, y no tiene por qué ser una tragedia. De todas formas, es muy importante sopesar bien este paso ya que quizá las condiciones no sean muy adecuadas, comenzando por las circunstancias personales (edad, posibilidades económicas, entorno social, etc) Si no deseáis seguir adelante con el embarazo, la única solución viable es la de practicar un aborto o IVE (que son las siglas de interrupción voluntaria del embarazo). En España, dicha práctica no es legal, salvo que estés dentro de los tres supuestos que permite la ley. Estos son: en caso de violación, en caso de que el feto tenga malformaciones congénitas, y en caso de que suponga un riesgo para la salud de la madre.

En estos casos se pueden seguir dos procedimientos para hacerlo. Uno es por medio de la Seguridad Social, para lo que debemos acudir a nuestro médico o médica de cabecera y contarle lo que nos ocurre. A partir de ese momento, nos guiará en los pasos a seguir. Otro es acudir a una clínica de planificación familiar, en este caso privada. Si es así, procurad buscar orientación con alguien que conozca su funcionamiento. Hay varias clínicas legalizadas en Asturias y con licencia para practicar este tipo de intervenciones con todas las garantías y atendidas por profesionales competentes. En

¹⁴ MSC (2006) Informe IVE 2005.

¹⁵ Instituto Asturiano de Juventud (2002) Cuaderno de Orientación Nº1: Tu sexualidad.

cada una habrá disponibles una serie de métodos vigentes hoy en día en nuestro sistema sanitario, y las personas encargadas de ellas os ayudarán a buscar la alternativa más adecuada para vuestro caso. Sabed que no tiene repercusión en posteriores embarazos, de modo que en poco tiempo nuestro cuerpo volverá a funcionar como si nada hubiese ocurrido. Y el personal sanitario que os atienda cuidará tanto de vuestra salud física como psicológica, y siempre estarán disponibles para prestaros ayuda y consejo en lo que necesitéis.

Sea cual sea la opción escogida, debéis saber que si la chica es menor de edad ha de acudir acompañada de uno de sus tutores legales, sea el padre, la madre u otra persona legalmente responsable, que firme la autorización correspondiente”.

2.2. Servicios

Sólo el 1,01% de los abortos se producen en centros de la red pública. En Asturias existen tres hospitales públicos y 3 clínicas acreditadas que realizan IVEs. En el caso de los hospitales públicos, el Hospital de Valle del Nalón realiza abortos de forma excepcional y sólo cuando hay grave riesgo para la salud física de la embarazada. En el resto de hospitales también se realizan abortos en casos muy puntuales y es sólo el Hospital Carmen y Severo Ochoa donde teóricamente se realizan estas intervenciones de manera más habitual.

Tanto los hospitales públicos como la clínica Buenavista realizan abortos hasta de 22 semanas mientras que el resto de centros acreditados sólo lo hacen hasta las 12 semanas.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs¹⁶

Provincia	Centros públicos	Centros privados ¹⁷
	Hospital Valle del Nalón (Langreo, a 15 min de Oviedo)	Buenavista (Oviedo)
	Hospital Universitario Central de Asturias (HUCAS)	
	Hospital Carmen y Severo Ochoa (Cangas del Narcea)	Clínica Sirona (Gijón)
		Belladona Gijón
		Belladona Avilés

Los centros privados que quieran realizar IVEs deben cumplir en primer lugar los términos y condiciones especificados en el Decreto 53/2006, de 8 de junio que regula la autorización de centros y servicios sanitarios, y además contar con la acreditación para realizar IVEs de conformidad con los requisitos establecidos en el RD 2409/1986 a nivel estatal.

2.3. Financiación

El Servicio Asturiano de Salud realiza la prestación de la IVE a través de la sanidad pública en tres hospitales públicos. En los demás, opera la objeción de conciencia de forma total, y desde ellos se realizan algunas derivaciones hacia unos de los centros privados acreditados de la CCAA con el que existe un acuerdo de colaboración. En esas ocasiones, este centro realiza la intervención sin cobrar a la usuaria y es posteriormente el hospital el que paga a la clínica la factura correspondiente. Este acuerdo se renueva todos los años aunque los casos que se atienden por esa vía son bastante poco significativos en relación al volumen total de abortos de la comunidad, rondando en un promedio de dos al mes.

¹⁶ MSC (2006) Informe IVE 2005.

¹⁷ La clínica privada Gineastur, ubicada en Oviedo, cerró en diciembre de 2007.

En los casos de riesgo para la salud psíquica, las mujeres deben asumir individualmente los costes de la intervención y acudir a una clínica privada acreditada puesto que ni los hospitales públicos ni la sanidad pública se hacen cargo de los mismos. Cuando las mujeres han mostrado una incapacidad económica para hacer frente a los costes de la intervención han sido las clínicas en muchos casos, las que han soportado la situación bien practicando IVEs gratuitas o permitiendo el pago aplazado en otras. En la actualidad esta medida se sigue aplicando en determinadas situaciones, aunque se pide a la trabajadora social del área sanitaria que corresponda que derive a la mujer o que emita un informe previo que justifique la falta de recursos de la mujer, a partir del cual la clínica puede aplicar una rebaja en el precio de la intervención.

2.4. Itinerarios

En la mayor parte de los casos, las mujeres acuden a los centros privados acreditados para la IVE bien directamente, a través de información que han encontrado en Internet, medios de comunicación o personas conocidas, o bien derivadas de los centros de planificación familiar. En el caso de las IVEs que se realizan a través de los hospitales públicos, la mujer tiene que pasar en primer lugar por su médico de familia, el cual la deriva al servicio correspondiente de su hospital de referencia.

CANARIAS

1. Situación del aborto en Canarias

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

Canarias es una de las CCAA con una tasa menor de abortos respecto a la del conjunto de España. Mientras que la tasa nacional es de 9,6 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, la tasa de las mujeres residentes en Canarias fue de 7,23 en 2005, lo que la ubica como la décima CCAA con la tasa más alta del país, detrás de Madrid, Baleares, Murcia, Cataluña, Aragón, Andalucía, Comunidad Valenciana, Asturias y La Rioja. El total de abortos rea-

lizados a mujeres canarias fue de 3.385 en 2005, el 3,7% del total de los que se realizaron en todo el territorio español¹⁸. Las intervenciones de primer trimestre significaron un 89,8% de los casos.

Más de dos de cada diez mujeres (24,14%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y casi dos de cada diez eran menores de 20 años (18,94%). La tasa de abortos en adolescentes en esta comunidad (11,41) es, no obstante, bastante inferior a la tasa estatal (14,5).

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005, en torno a cinco no tenían hijos (51,27%), y alrededor de cuatro tenían uno o dos hijos (41,71%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (65,32%) y una cuarta parte había tenido sólo uno (25,64%). Por otro lado, casi la mitad (43,93%) de las mujeres que abortaron habían utilizado un centro de planificación familiar, lo cual es un porcentaje algo por encima del promedio de España (41%).

1.2. Marco normativo

No existen protocolos de atención sanitaria general o de salud sexual y reproductiva que incluyan la IVE como prestación sanitaria ni tampoco se han encontrado alusiones explícitas a este tema en los documentos de referencia de la sanidad pública.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

De cada diez mujeres residentes en Canarias que se realizaron una IVE, sólo una se informó en centros sanitarios públicos (11,6%) y otra lo hizo en centros privados (12,7%). El resto (75,4%) obtuvo la información mediante otras fuentes¹⁹ entre las que se encuentran Internet

¹⁸ MSC (2006) Informe IVE 2005.

¹⁹ *Idem*.

y redes sociales (amigas, familiares). Por otro lado, no existe constancia de que se realicen acciones de sensibilización o formación de los profesionales sanitarios sobre la IVE²⁰.

A través del análisis de las fuentes disponibles en internet, se ha identificado una página web del Servicio Canario de Salud sobre salud y adolescencia, donde se incluye información sobre diferentes temas de salud sexual y reproductiva (cómo vivir una sexualidad sana, prevención del embarazo, ETS y VIH/SIDA) pero no se hace referencia alguna al aborto. También existe una página en donde se anuncia un servicio de información sexual que incluye un teléfono, un chat y un email para consultas, y se ofrecen las preguntas más frecuentes con sus respuestas. En estos casos la temática del aborto sí aparece, aunque la información es escueta (ver cuadro). También existe un servicio joven en el que se

brinda información y desde donde se refiere a las jóvenes a las clínicas.

En los centros públicos, las mujeres pueden obtener información sobre las IVEs a través del médico de cabecera o la matrona. En el caso de que alguno de ellos no tenga información sobre las clínicas que realizan abortos, derivan a la mujer a la trabajadora social. No obstante, las matronas suelen tener esta información por lo que indican directamente a las mujeres dónde pueden acudir. Por su parte, los médicos de familia derivan más frecuentemente a la trabajadora social para que sea ella quien brinde la información sobre el aborto.

La información sobre las ayudas disponibles para acceder a la IVE, se brinda de manera selectiva, sólo cuando la mujer manifiesta que tiene dificultades para pagar el aborto.

²⁰ Entrevistas con profesionales sanitarios corroboran que al menos en Tenerife en los 3 últimos años, no se ha producido ninguna actividad de sensibilización o formación en este campo.

http://www.juventudcanaria.com/es/servicios/informacion_sexual/preguntas.php

¿Una chica menor de edad puede abortar?

Si eres menor de edad y quieres abortar debes saber que tienes que hacerlo bajo el consentimiento de tus padres o tutores legales. Aún siendo mayor de dieciocho años has de saber que sólo se permite abortar en alguno de los tres siguientes supuestos legales, y que se recogen en el artículo 417 bis del Código Penal:

- Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada y así conste en dictamen emitido con anterioridad a la intervención, por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quién o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
- Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las primeras doce semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
- Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quién o bajo cuya dirección se practique el aborto.

¿Dónde puedo abortar?

Existen dos vías: la sanidad pública y las instituciones privadas. Pero que lo que debes tener muy presente es no acudir jamás a centros clandestinos. En Canarias dispones de dos clínicas legalizadas para practicar la interrupción del embarazo.

¿En que consiste la píldora del día después?

Consiste en la administración de dosis altísimas de una o más hormonas sintéticas dentro de las 72 horas siguientes al coito. Estas hormonas causan un sangrado uterino durante algunas horas evitando así un posible embarazo. Debería usarse sólo en caso de emergencias y no como método principal de control de la natalidad.

La forma en que debes actuar es la siguiente: debes acudir rápidamente a un Centro de Salud, Planificación Familiar, o un Hospital. Allí te realizarán una historia clínica y te informarán sobre el tratamiento. Te prescribirán la marca de píldora postcoital que más te convenga y cómo tomarla. Pide al médico información de los efectos secundarios que pueda tener y mantente en contacto con él por si surge algún problema o duda que te preocupe. La menstruación siguiente puede producirse unos cuantos días antes o después de lo normal. Si ésta no aparece a las siguientes cuatro semanas, consulta a tu médico. Empieza a utilizar lo antes posible un método anticonceptivo que te dé protección.

2.2. Servicios

Las particulares características geográficas de de Canarias son un reto en términos de acceso a los servicios sanitarios en general, y en particular en el caso de la IVE. Como puede observarse en el mapa, sólo existen dos hospitales públicos que realizan abortos, ubicados en las islas de Tenerife y Gran Canaria. En estas mismas islas se ubican las clínicas acreditadas para IVE (dos en cada una). En el resto, en cambio, no existe la posibilidad de

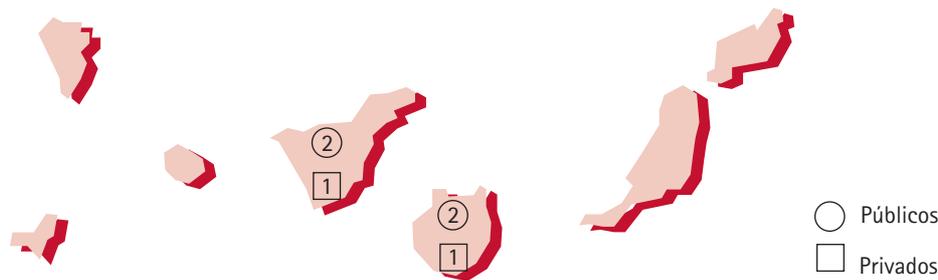
acceder al aborto y es necesario que la mujer se desplace bien sea a otra isla o a la península, con los gastos y el tiempo que ello implica.

Por otro lado, el volumen de abortos realizados en centros públicos asciende a un escaso 3,9% del total de la comunidad autónoma y sólo se responsabilizan de los supuestos de malformación fetal y hasta las 22 semanas de gestación. El resto de supuestos sólo se tramitan a través de los centros privados acreditados.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs²¹

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Las Palmas	Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria	Clínica Gara
		Clínica Nuestra Sra. del Carmen
Sta. Cruz de Tenerife	Hospital Ntra. Sra. De la Candelaria	Clínica Tara
	Hospital Universitario	Clínica Taraconte
		(ningún caso registrado en 2005)

²¹ MSC (2006) Informe IVE 2005.



Las clínicas acreditadas donde se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo se consideran de conformidad al Decreto 225/1997, de 18 de septiembre de la Consejería de Sanidad y Consumo como centros extra-hospitalarios y deben cumplir los requisitos mencionados en dicho Decreto para su autorización y funcionamiento. Además de esta normativa, los centros o establecimientos sanitarios acreditados para la IVE deben cumplir las condiciones establecidas en el RD 2409/1986 de aplicación estatal.

2.3. Financiación

Como hemos señalado más arriba, los hospitales públicos sólo realizan abortos en casos muy específicos de malformación fetal. La mayor parte de las IVEs se realizan en clínicas privadas acreditadas y sin ningún tipo de subvención o ayuda, por lo que el coste de las mismas es asumido íntegramente por cada mujer.

No existen ayudas específicas, ni siquiera para el caso de mujeres en situación vulnerable o con recursos escasos. La única opción que existe en estos casos, previo informe de una trabajadora social del sistema sanitario, es el ofrecimiento de las centros acreditados de permitir el pago de manera fraccionada.

2.4. Itinerarios

El itinerario que una mujer puede seguir para acceder a un aborto varía dependiendo de la isla donde viva, puesto que sólo las residentes en Tenerife y Gran Canarias pueden contar con un servicio sin tener que desplazarse. Este itinerario consiste en acudir directamente a la clínica o pasar por los servicios de salud.

En el caso de Tenerife, si el primer contacto se realiza en atención primaria generalmente se hace con la matrona o con el médico de familia. En el primer caso es más probable que se dé directamente la información sobre los pasos que tiene que seguir y los datos de las clínicas. En el caso de los médicos de familia, es más frecuente que deriven a la mujer a la trabajadora social para que sea ella quien dé información sobre la IVE. La trabajadora social es la que facilita los detalles sobre la intervención así como la dirección y teléfono de las dos clínicas y es la única que suele informar de la posibilidad que ofrecen las clínicas de fraccionar el pago, elaborando el correspondiente informe si así lo solicita la mujer.

En cuanto a las IVEs que se realizan en los hospitales, generalmente las que se acogen al supuesto de malformación fetal, todas las solicitudes que se realizan en el hospital deben pasar por un Comité de Ética que determinará si el caso puede acogerse a uno de los supuestos legales. El proceso puede durar entre 1 y dos meses con lo cual hay muchas mujeres que finalmente prefieren acudir a una clínica para intentar acortar un proceso de por sí difícil.

CANTABRIA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

Cantabria tiene una de las tasas de IVEs más bajas de España, estando incluso por debajo de la mitad de la tasa del conjunto del estado (4,42 por cada mil mujeres frente al 9,6 estatal), sólo por delante de Ceuta y Melilla. En 2005, el

número de intervenciones ascendió a 523 casos²². Estas cifras, no obstante, deben ser consideradas de forma relativa teniendo en cuenta que al no contar con centros acreditados para la realización de las IVEs, muchas de las mujeres de esta comunidad, que no son atendidas por la sanidad pública, se desplazan al País Vasco o a Asturias para acceder a la intervención.

Dos de cada diez mujeres (24,47%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era menor de 20 años (11,09%). Al igual que el caso de la tasa global de abortos, en relación a los adolescentes y jóvenes, Cantabria presenta tasas muy inferiores a las estatales (4,41 frente a 14,5 y 7,28 frente a 16,83). En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Cantabria, en torno a cinco no tenían hijos (53,54%), y alrededor de cuatro tenían uno o dos hijos (42,64%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (80,69%) y un 14,53% había tenido sólo uno. Casi la mitad (41,23%) de las mujeres que abortaron sí utilizaron un centro de planificación familiar, porcentaje algo por encima del promedio de España (40,93%).

1.2. Marco normativo

Con respecto al marco normativo, la Ley de Ordenación Sanitaria²³ de Cantabria desarrolla de manera exhaustiva los derechos y deberes de los ciudadanos en el ámbito sanitario, incluyendo el derecho a obtener información sanitaria, el derecho a la educación para la salud, el derecho al respeto a la autonomía del paciente, el derecho al consentimiento informado y el derecho a la intimidad y la confidencialidad.

Adicionalmente, entre las líneas de actuación del Plan de Gobernanza de Cantabria (2004-2007) en el Área de Salud Pública²⁴ se incluye,

en relación a la IVE, el derecho a obtener la información y el asesoramiento y, en su caso, la asistencia para la realización de la IVE en las condiciones y los requisitos legalmente establecidos, garantizando la máxima rapidez y confidencialidad en todo el proceso.

Sin embargo, como veremos más adelante, ejercer estos derechos puede resultar complicado en tanto no existen servicios suficientes para prestar atención a la demanda de IVEs existente. Si bien Cantabria se ubica entre las autonomías en donde el porcentaje de abortos realizados en la sanidad pública es mayor, esta opción sólo fue posible para una de cada diez mujeres que abortaron en 2005. Dado que no hay clínicas acreditadas para la IVE en la CCAA, el resto de ellas no sólo tuvieron que cubrir los costos que implica la atención en estas clínicas, sino que debieron también asumir gastos de desplazamiento.

2. Acceso a la IVE

2.1. Servicios de información

En 2005, los centros públicos brindaron información a más de la tercera parte de las mujeres que se practicaron una IVE (35,6%), mientras que los centros privados atendieron sólo al 7,6%. En cualquier caso, son otras fuentes como internet, prensa o personas conocidas las que con más frecuencia constituyen canales de información para las mujeres que quieren interrumpir un embarazo²⁵.

Cantabria cuenta con un servicio de Consulta Joven, dirigido principalmente a adolescentes (12 a 18 años) aunque también puede atender a jóvenes de más edad. Este servicio está ubicado en centros de salud e instituciones educativas en cuatro localidades de la CCAA y ofrece orientación en diferentes temas de anticoncepción, incluyendo la "anticoncepción post-coital" aunque en principio no se menciona la IVE. Tampoco existe un portal de Internet del gobierno autonómico donde se incluya información sobre IVE para jóvenes ni adultos.

²² MSC (2006) Informe IVE 2005.

²³ Ley Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria.

²⁴ <http://www.plandegobernanza.com/ejes/salud/index.php>

²⁵ MSC (2006) Informe IVE 2005.

2.2. Servicios

Las posibilidades de acceder a la IVE en Cantabria son limitadas en tanto sólo un centro público, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, realiza esta intervención, fundamentalmente en casos de riesgo fetal (malformaciones) hasta las 22 semanas, aunque también se extiende a otros supuestos. En el supuesto de riesgo para la salud psíquica de la mujer se valora un trastorno que no sea a raíz del embarazo, si no que éste lo acentúe. Un 80% de los ginecólogos de la plantilla de este hospital se declaran objetores de conciencia²⁶ y de los 50 médicos especialistas en ginecología que trabajan en los 3 hospitales públicos, sólo 5 realizan IVEs²⁷. Aún así, Cantabria es una de las comunidades autónomas se realiza un mayor porcentaje de abortos por la sanidad pública (9,8%). En Cantabria no existen centros acreditados para realizar abortos, por lo que las mujeres generalmente, se ven obligadas a desplazarse a otras CCAA, generalmente a Asturias y País Vasco.

2.3. Financiación

El Servicio Cántabro de Salud no garantiza el acceso de todas las mujeres a la prestación del aborto aunque sea, junto con Valencia, el sistema de salud que más abortos realiza a través de sus hospitales. Para todas aquellas mujeres que no pueden acceder al único hospital público que practica IVEs, la única alternativa es desplazarse a otra comunidad autónoma, generalmente Asturias o País Vasco, soportando por su cuenta los gastos de la intervención y del desplazamiento puesto que no existen ayudas para estos casos. Sólo se ha dado alguna cuando por necesidades del centro (problemas de capacidad, etc.) ha sido necesario derivar a la mujer a otra comunidad. Aparte de esto, cuando la trabajadora social deriva a una clínica, siempre puede hacer algún trámite para que se reduzca el coste

del aborto pero es algo que depende de la clínica. En el caso que sea la mujer quien decide ir a abortar a otra CCAA el sistema sanitario da la información al respecto pero no ayudas económicas.

2.4. Itinerarios

Frecuentemente, la mujer llega al centro de planificación familiar desde atención primaria. En el centro se realizan las pruebas médicas pertinentes y el apoyo para la toma de decisiones. Después de rellenar el formulario correspondiente y una vez realizada la valoración por parte del equipo de trabajadores sociales, se deriva a la mujer al hospital con una orden de ingreso o se la informa sobre los centros privados acreditados donde puede acceder a la prestación.

CASTILLA LA MANCHA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

La tasa de abortos de esta región es inferior a la del conjunto de España. En 2005, el número total de abortos fue de 2.661, lo que equivale a una tasa de 6,65 abortos por mil mujeres de entre 15 y 44 años²⁸. No obstante, hay que tener en cuenta a la hora de valorar estas cifras que un gran número de los abortos de las mujeres manchegas se derivan hacia Madrid, con lo cual es posible que la tasa sea un poco más alta de lo oficialmente estimado. Las intervenciones de primer trimestre significaron el 87% mientras que las de segundo trimestre el 13%, ligeramente por encima de otras comunidades.

Más de dos de cada diez mujeres (27,4%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era menor de 20 años (14,96%). Castilla-La Mancha presenta tasas de aborto en adolescentes y jóvenes también por debajo de la media española. En el caso de las adolescentes esta es de 7,54 mientras que la de jóvenes entre 20 y 24 años, es de 12,06.

²⁶ Sociedad Española de Contracepción (2005) Libro blanco de la anticoncepción en España.

²⁷ Coordinadora Estatal de Asociaciones Feministas (2007) Interrupción voluntaria del embarazo el derecho de las mujeres a decidir. Madrid.

²⁸ MSC (2006) Informe IVE 2005.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Castilla-La Mancha, cinco no tenían hijos (48,78%), y cuatro tenían uno o dos hijos (41,42%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (70,20%) y un 19,62% había tenido sólo uno. Apenas un 18,95% de las mujeres que abortaron utilizan un centro de planificación familiar, es un porcentaje muy por debajo del promedio de España (41%).

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001 – 2010 no hace referencia a la cuestión de la IVE en su contenido ni tampoco se ha encontrado información sobre la existencia de protocolos específicos en este tema.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

De acuerdo a las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo, sólo tres de cada 10 abortos en CLM son derivados desde centros de atención pública y uno de cada 10 (6,2%) desde centros priva-

dos. Los seis restantes (59,1%) son referidos por otras fuentes²⁹. En el caso de los centros de atención pública, la mayoría de las derivaciones se realizan por parte de las trabajadoras sociales de los centros de atención a la mujer, aunque también se producen desde las consultas de planificación familiar, los centros sociales de los Ayuntamientos y en menor medida desde las consultas de medicina familiar. Una de las clínicas acreditadas de la región, situada en Ciudad Real, envía regularmente información a todos estos centros para que informen adecuadamente a las mujeres. Aún así, gran parte de los abortos de menos de doce semanas se derivan a Madrid, con la consecuente carga extra de desplazamiento para la mujer.

2.2. Servicios

En Castilla La Mancha no existe ningún hospital público que realice abortos y sólo hay dos clínicas acreditadas, una situada en Ciudad Real y otra en Albacete, que practican abortos de menos de 12 semanas. Para las interrupciones de segundo trimestre, las mujeres deben desplazarse a otra región, siendo normalmente derivadas a Madrid.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs³⁰

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Albacete		Clínica Iris Médica
Ciudad Real		Clínica Cire

Para poder realizar abortos, las clínicas deben estar acreditadas de acuerdo al RD 2409/1986.

2.3. Financiación

En Castilla La Mancha la prestación del aborto no está expresamente excluida del sistema de salud pero los hospitales públicos no asumen su realización como una prestación normalizada. El sistema sanitario tampoco garantiza el acceso a la IVE a través de concierto con los centros acreditados, por lo que son las mujeres las que soportan todos los costes relacionados con la interrupción. La Consejería de Sanidad sólo mantiene un acuerdo con una clínica de Ciudad Real para realizar consultas de planifi-

cación familiar a mujeres en situación de exclusión social derivadas desde los centros de salud, pero no existen ningún tipo de ayudas por parte del Gobierno regional para hacer frente al aborto. En el caso de Albacete existe acuerdo con una clínica situada en Madrid donde se derivan las IVEs que entran claramente en alguno de los supuestos y superan las 12 semanas.

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

Ante esta situación, los centros acreditados se han visto obligados en muchas ocasiones a facilitar por su cuenta el acceso al aborto a mujeres sin recursos, en algunos casos realizando la intervención de forma gratuita u otras veces fraccionando el pago.

2.4. Itinerarios

Como hemos señalado arriba, las mujeres llegan a las clínicas a solicitar la IVE, bien derivadas de los centros de salud, centros de atención a la mujer o centros de servicios sociales de los ayuntamientos, o directamente a través de internet, periódicos o personas conocidas. En aquellos casos en que se trata de abortos de más de doce semanas, las mujeres son derivadas a Madrid puesto que ninguna de las dos clínicas acreditadas de la región practica abortos de este tipo.

CASTILLA Y LEÓN

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005 se practicaron 2.908 abortos en Castilla y León, es decir 3,27% de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Castilla y León esta es de 5,86, lo que la ubica en el puesto número doce con respecto al resto de CCAA. De manera similar a otras regiones, la mayor parte de las intervenciones se producen durante las 12 primeras semanas de gestación (87%).

Casi un tercio de las mujeres (27,51%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y más de una de cada diez era menor de 20 años (14,31%). La tasa de aborto en adolescentes se sitúa en 7,12 casos por cada mil mujeres, lo cual queda por debajo de la tasa estatal estimada en 11,48. Mientras, la tasa en jóvenes entre 20 y 24 años se ubica en 10,87 frente a los 16,83 a nivel estatal.

De cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Castilla y León, en torno a seis no tenían hijos (61,45%), y casi cuatro tenían uno o

dos hijos (33,97%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (84,69%) y un 11,90% había tenido sólo uno. Apenas un 21,01% de las mujeres que abortaron acuden al centro de planificación familiar, lo cual constituye un porcentaje muy por debajo del promedio de España (41%) y apunta a la necesidad de reforzar este aspecto.

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud de Castilla y León no hace referencia alguna a la IVE. Ni siquiera aparece como opción dentro del programa de sexualidad para jóvenes. Es destacable que ante un embarazo no planificado de una adolescente, el portal de Salud Joven de la Junta no mencione los supuestos legales de la IVE, señalando únicamente lo siguiente:

“Desde el mismo momento de la sospecha o de la confirmación de embarazo debes acudir a tu médico de tu Centro de Salud o de Planificación Familiar. Te informarán y aconsejarán con absoluta profesionalidad y garantía de confidencialidad.

Si el embarazo no entraba en tus planes, ocultarlo sólo puede servir para entorpecer las decisiones que tendrás que tomar, comprende que además de para ti, es una situación inesperada para vuestras familias y que aunque inicialmente puede haber disgustos, más adelante prestarán su apoyo y os ayudarán a buscar soluciones. En los Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, de los Centros de Salud, de Centros de Planificación Familiar, de los Ayuntamientos, podéis encontrar apoyo sanitario y social para la mujer, la pareja y las familia”. **No lo dudes, ACUDE E INFÓRMATE, TE AYUDARÁN.**³¹

³¹ Portal de Salud Joven, Junta de Castilla y León http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1187944670223&tidContent=18998&locale=es_ES&tex tOnly=false

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

En 2005, el lugar donde se informaron las mujeres sobre la IVE fueron en un 25,5% de los casos los centros públicos, en un 8.1% los privados y la mayoría a través de otras fuentes como Internet, prensa o personas conocidas. En líneas generales, el grado de información que se pres-

ta sobre la IVE depende del profesional en cuestión, puesto que no existe protocolo sanitario sobre este tema.

2.2. Servicios

No hay ningún hospital público que realice abortos en esta comunidad autónoma y sólo existen 3 clínicas acreditadas que lo hacen, una hasta las 22 semanas y otras dos hasta la semana 12.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs³²

Provincia	Centros públicos	Centros privados
León		Centro ginecológico Buenavista
Salamanca		Multimédica-Centro
Valladolid		Clínica Ginemédica

De conformidad con las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo los requisitos determinados en el artículo 1º de esta disposición, lo hayan solicitado previamente (Real Decreto 2409/1986).

2.3. Financiación

En el caso de algunas provincias como Valladolid, Palencia o Ávila existen acuerdos con centros privados acreditados para realizar IVEs gratuitas a las mujeres derivadas por el servicio de salud. En algunos casos como el de Palencia, el convenio es con una clínica de Madrid con lo cual las mujeres deben desplazarse a la capital para acceder a la intervención. En el caso de Valladolid existe concierto con una clínica local, de forma que la Gerencia de Salud se hace cargo de un pequeño porcentaje de las IVE. En el resto de los casos es la mujer la que corre con todos los costes derivados de la intervención y del desplazamiento en su caso.

2.4. Itinerarios

El itinerario que siguen las mujeres para acceder al aborto es mucho más costoso en el caso de seguir los trámites para que sea financiado por la sanidad pública que cuando se dirigen directamente a la clínica. En el primer caso, el médico realiza las pruebas correspondientes para comprobar el estado de la gestación y deriva a la mujer al servicio de salud mental para obtener el informe del psiquiatra. Una vez realizado este trámite, la mujer es derivada por la trabajadora social a la Gerencia de Salud que finalmente autoriza o no la realización de la intervención con cargo al presupuesto público. Este proceso suele demorar varios días e incluso semanas y puede significar que la mujer aumente notablemente el tiempo de gestación. Por otro lado, se produce una repetición en los análisis que es innecesaria puesto que las clínicas tienen que volver a realizar, una vez que la mujer llega a la clínica todo el protocolo de nuevo, incluyendo ecografía, dictamen psiquiátrico, etc. Esta duplicidad podría evitarse derivando a la mujer primero a la clínica a realizarse los informes y sobre la base de estos resultados, tramitar la financiación.

³² MSC (2006) Informe IVE 2005.

CATALUÑA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005 se practicaron 16.905 abortos en Cataluña, es decir casi uno de cada cinco (18,4%) de los que se realizaron en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,6 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Cataluña esta es de 11,46, lo que la ubica como la cuarta CCAA con la tasa más alta del país, detrás de Madrid, Baleares y Murcia.

Los datos oficiales sobre abortos indican que la mayor parte se realizan bajo el supuesto de riesgo para la salud de la madre (96,4%) y casi la totalidad en clínicas acreditadas (96,7%) con lo que esto supone en términos de acceso, reflejado en costos, tiempo y desplazamientos, como veremos más adelante.

En Cataluña el aborto es un tema que toca directamente a las mujeres jóvenes. Cuatro de cada diez mujeres (42,4%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era menor de 20 años (12,8%) Si bien esta es una tendencia común en otras CCAA, en el caso de Cataluña las tasas de aborto en adolescentes y jóvenes son mayores que en el conjunto de España. Así, en el caso de las mujeres de 15 a 19 años esta tasa es de 13,52 por cada mil mujeres en Cataluña mientras que en España la tasa es de 11,48 por cada mil. Con respecto al rango de 20 a 29 los resultados son similares, siendo la tasa para Cataluña de 17,38 por mil mientras que la de España es de 14,48. Dado el intervalo de edad en el que se producen la mitad de las intervenciones y considerando el patrón de uniones en España es de esperar que se trate principalmente de mujeres solteras (67,3%)

Otra variable que viene cobrando particular interés al establecer las características de las mujeres que abortan en Cataluña es su país de nacimiento puesto que el 38% de las mujeres

que se realizaron esta práctica en 2006 fueron residentes en Cataluña de origen extranjero³³.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005, cinco no tenían hijos (50,8%), y cuatro tenían uno o dos hijos (41,5%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (68,2%) y menos de la quinta parte había tenido sólo uno (23,4%). Casi la mitad (46,9%) de las mujeres que abortaron no utilizaban un centro de planificación familiar, aunque se trata de un porcentaje menor al del promedio de España (58,9%).

Entre algunos profesionales sanitarios existe preocupación por el perfil de mujer que actualmente solicita estas intervenciones. Mientras antes se trataba principalmente de mujeres que optaban por el aborto como manera de resolver un problema que les impediría conseguir una meta o el desarrollo en general, actualmente encuentran que es emergente el grupo de mujeres que al plantear sus principales motivos para abortar, relatan experiencias personales vinculadas de dificultad para establecer relaciones de pareja saludables. En el caso de las más jóvenes, detectan específicamente dificultades en la negociación con la pareja así como una situación general de "estancamiento", en un entorno con pocos vínculos y baja autoestima, desinterés y sufrimientos, ante el cual un embarazo no tiene cabida.

Este cambio del perfil de las mujeres percibido por los profesionales genera cuestionamientos sobre la oferta asistencial que se brinda, así como frustración, pues se considera que mientras en los casos anteriores el aborto era una intervención "estratégica", en estos otros sería un evento dentro de un contexto social más complejo al que no se está brindando atención. En este sentido consideran que es necesario promover un conjunto de reflexiones acerca del modelo social vigente y

³³ Servei d'Informació i Estudis (2007) Avortament legal a Catalunya, 2006. Registre d'Interrupció Voluntària de l'Embaràs. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

de las alternativas que este brinda para el bienestar de mujeres y hombres, y en este marco, una reflexión sobre la sexualidad, la autonomía y las diferentes ofertas asistenciales que deben articularse alrededor de una demanda de aborto.

1.2. Marco normativo

El último Plan de Salud de Cataluña³⁴ incluye la mejora de la salud materno-infantil entre sus objetivos de salud y disminución del riesgo para el año 2010. En este marco, realiza un análisis de las condiciones de salud y los principales aspectos que deben ser reforzados. La única referencia al aborto en esta sección se ubica en el apartado de embarazo adolescente, que señala el paulatino pero significativo incremento de la IVE asociada a los embarazos en este rango de edad. En términos de intervenciones establecidas en el Plan, no existe ninguna referencia a la prestación del aborto.

Anualmente al Departamento de Salud de la Generalitat elabora una publicación específica sobre aborto para el conjunto de Cataluña, similar al de la Subdelegación General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

El aborto no se incluye en los procesos regulares de información a usuarias de servicios sanitarios (PASSIR, CAP, etc.) y sólo se brinda cuando la mujer presenta un posible embarazo e indica que no desea tenerlo o que tiene dudas al respecto. No existen por tanto ningún protocolo o material informativo para el público en general que incluya la interrupción del embarazo como práctica sanitaria.

El principal efecto de esta limitación en la oferta de información es que cuando una mujer se ve frente a la necesidad de un aborto (suya o de alguien que conoce) puede carecer de información clara sobre la condición legal de la práctica y de los puntos de atención pública a los que

puede acudir para solicitarla. Ante esto, hay diferentes escenarios posibles: un grupo de mujeres acudirá a centros sanitarios públicos (43% de las mujeres que se practicaron abortos en Cataluña durante 2005³⁵) mientras que otras utilizarán fuentes diversas como amigos, familiares, internet, diarios o páginas amarillas (40%) o eventualmente, ante la imposibilidad de interrumpirlos, continuarán con los embarazos.

En lo referente a la sanidad pública, las mujeres pueden acceder a información sobre el aborto a través del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR), donde existe un grupo de profesionales bastante sensibilizados frente a esta problemática, a través del médico de familia, aunque en ninguno de los dos casos existe un protocolo que defina la atención que se debe prestar.

El primer contacto que tiene la mujer con el PASSIR es a través de la persona administrativa que programa las citas. En general el motivo de consulta suele ser el realizar o confirmar una prueba de embarazo, pero a menudo la mujer anticipa su situación refiriendo que "tiene un problema" o directamente diciendo que se ha hecho una prueba de embarazo que salió positiva. En esos casos es frecuente que se le indique esperar para ser atendida el mismo día, con un tiempo de espera que variará según el flujo de usuarias, o que se le fije una cita como máximo para los siguientes tres días. La diferencia depende de la urgencia que manifieste la usuaria y del número de semanas de embarazo que tenga.

La mayor parte de las veces el único material escrito que se entrega a la mujer en los servicios de información pública es el listado de las clínicas privadas con sus direcciones y teléfonos. Es variable la sugerencia de las matronas con respecto a cuál acudir, pues se prioriza aquellas de las que se tiene mejores referencias directas a través de la retroalimentación de las usuarias.

³⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003) Pla de salut de Catalunya 2002 -2005. Barcelona.

³⁵ MSC (2006) Informe IVE 2005.

En casos específicos se brinda información escrita sobre la intervención y sus complicaciones, pero en ningún caso se incluye información sobre el itinerario que deberá seguir la usuaria durante su atención. En el caso de las menores, éstas deben ir acompañadas de un adulto para que se le pueda dar el listado de las clínicas.

Cuando el acceso se realiza a través del médico de familia del ambulatorio, dado que no existe protocolo, la atención depende del criterio y sensibilidad de cada profesional. En algunos casos los médicos de familia realizan derivaciones hacia el PASSIR. Otras posibles fuentes de derivación de mujeres hacia los servicios públicos o hacia las clínicas son el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad, el Programa Salud y Escola, así como otros programas destinados a poblaciones específicas en los Consejos comarcales o ayuntamientos.

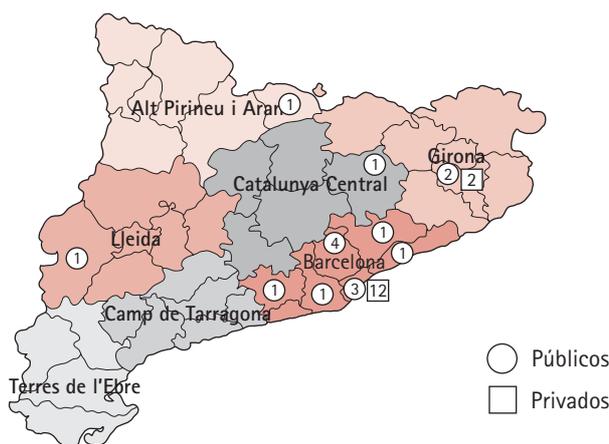
Por otro lado, la información acerca de la posibilidad de acceder a ayudas económicas para cubrir los costes del aborto es también facilitada de manera selectiva, desde la perspectiva que éstas deben dirigirse sólo a las mujeres con mayores dificultades. El Programa de Atención a la Maternidad de Riesgo, que lleva a cabo la asociación Salud y Familia, es el único que canaliza ayudas destinadas a financiar los gas-

tos asociados al aborto y realiza diversas acciones de difusión del servicio que presta a los centros socio-sanitarios bien directamente o a través de folletos divulgativos, *mailings* a profesionales, charlas a los grupos que atienden usuarios e información a los equipos de atención social básica y del PASSIR. De esta manera, los servicios públicos seleccionan a las mujeres que podrían requerir una ayuda y les facilitan la información del Programa normalmente de manera verbal.

2.2. Servicios

En Cataluña existen 16 centros públicos³⁶ y 14 clínicas privadas acreditadas³⁷ que realizan abortos. Como puede observarse en el mapa de las regiones sanitarias de Cataluña, hay una distribución desigual de centros en el territorio. La mayor concentración la encontramos en la Región Sanitaria de Barcelona mientras que en el resto el número de centros es limitado, siendo Terres de l'Ebre y Camps de Tarragona los casos más extremos ya que no cuentan con ningún tipo de servicio. Por su parte, las extensas regiones de Catalunya Central, Alt Pirineu i Aran y Lleida sólo cuentan con un centro público cada una.

NÚMERO Y UBICACIÓN DE CENTROS QUE REALIZAN ABORTOS



En cuanto a la naturaleza de los centros, los privados se concentran en dos grandes ciudades: Barcelona (12) y Girona (2). La concentración geográfica de las clínicas acreditadas es mayor que la de los centros públicos y puesto que casi

³⁶ Tanto públicos como privados concertados.

³⁷ Tanto hospitalarios como extrahospitalarios (clínicas acreditadas).

la totalidad de los abortos (97% en 2005) se realizan en los primeros, esto supone que un importante grupo de mujeres debe desplazarse para acceder al aborto.

El acceso al aborto también se ve condicionado por la respuesta que brindan los diferentes tipos de centros según el número de semanas de gestación. Aunque los hospitales cuentan con condiciones para realizar abortos de primer y segundo trimestre, en la práctica, éstos realizan principalmente intervenciones de segundo trimestre (76% en 2005). De manera inversa, prácticamente todas las intervenciones de primer trimestre se realizan en los centros extrahospitalarios (99%).

El supuesto al que la mujer se acoge para solicitar el aborto es también un factor que posibilita o impide el acceso a la atención por un servicio de la red pública. Como hemos mencionado anteriormente, los hospitales aplican una visión

restrictiva de la ley de despenalización por lo que prácticamente no realizan abortos por el supuesto de riesgo para la salud psíquica de la madre a menos que se trate de mujeres con patologías graves. En el contexto hospitalario, los procesos para obtener la documentación necesaria para demostrar las patologías y autorizar el aborto son muy largos y desalientan a las mujeres a seguir adelante por esta vía.

En suma, si bien Cataluña cuenta con un número superior de hospitales públicos que realizan abortos en comparación con otras autonomías, el acceso a esta intervención por la vía pública es sumamente reducido. De los 15 centros públicos que figuran en el listado a continuación, sólo 5 realizan más de 20 abortos al año: Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, Clínico-Provincial de Barcelona, Hospital de Sabadell (Parc Taulí), Hosp Universitario de Girona "Josep Trueta" y Hospital del Mar (Barcelona)³⁸.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs³⁹

Región Sanitaria	Centros públicos ^{40,41}	Centros privados ⁴²
Barcelona	Hospital del Mar	Institut Universitari Dexeus
	Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebrón	Centro Médico Teknon
	Hospital Casa de Maternitat	Centro Emecé
	Hospital General de Granollers	Centro Casanovas
	Hospital de L'Hospitalet-Consorti Sanitari Integral	Centro Médico Aragón
	Consorti Sanitari de Mataró. Hospital de Mataró	Instituto Ginetec
	Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)	Centre Mèdic Giness
		Centre Mèdic Les Corts
	Hospital de Terrassa (Terrassa)	Clinica D'Ara / Tutor Médica
	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (Vilafranca del Penedès)	Clinica Quirón (Hospital privado)
	Hospital Mútua de Terrassa	Clinica Ginemedex
	Hospital Clínico-Provincial de Barcelona	TBC SL
		Centro de Reproducción Humana Vallés Occidental, CERVHO (Barberà del Vallès)
Cataluña Central	Hospital General de Vic	
Alt Pirineu i Aran	Hospital de Puigcerdà	
Girona	Hospital Provincial Santa Caterina	Adalia Centre Mèdic
	Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta	Centro Medico Aragón
Lleida	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	

³⁸ Comunicación personal con Oriol Ramis.

³⁹ MSC (2006) Informe IVE 2005.

⁴⁰ Incluyendo Hospitales públicos y otros que tienen concierto con GenCat.

⁴¹ Además de este listado, el Departament de Salut de la Generalitat incluye en su registro al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) y el Hospital de Figueres (Girona)

⁴² Además de este listado, el Departament de Salut de la Generalitat incluye en su registro al Centro de Reproducción Humana (Cerhvo, Barcelona)

La acreditación de los centros que realizan abortos en Cataluña es un proceso que tiene a su cargo el Departament de Salut, en el marco de la norma sobre acreditación de centros vigente para todo el estado español (Real Decreto 2409/1986, Art. 1). La normativa establecida en esta CCAA incluye un conjunto de requisitos que deben cumplir todos los establecimientos sanitarios y adicionalmente, las condiciones específicas para la realización de abortos (Decreto 183/1981 de 2 de julio, Orden de 17 de noviembre de 1992 y el Decreto 180/1994 de 13 de julio). Las condiciones requeridas incluyen diferentes áreas como la infraestructura, el número y cualificación del personal, los equipos, las condiciones de esterilización, la capacidad para realizar análisis clínicos y provisión de sangre, las prestaciones de farmacia, así como condiciones relativas a la organización del centro.

Cada clínica invierte en recursos humanos y materiales normalmente superiores a los exigidos por autorización administrativa y establece las medidas de control que cree pertinentes aunque no hay un sistema protocolizado de control de calidad.

De acuerdo a la norma, cada centro que realice abortos debe estar vinculado por escrito a un hospital de la red pública al que se derivarán los casos de complicaciones u otros que sea necesario resolver en un nivel de complejidad mayor. Esta vinculación presenta dificultades a varios niveles puesto que no es establecida por el ente público sino que es cada clínica que la debe gestionar y no todos los hospitales están dispuestos a cumplir este rol.

Por otro lado, muchos hospitales ponen condiciones para atender estas derivaciones, como por ejemplo que la clínica cubra los gastos. Incluso cuando el acuerdo ha sido firmado, en algunos casos es posible que el proceso de derivación presente dificultades, por la actitud del personal sanitario hacia la praxis de las clínicas acreditadas.

En el caso de los centros públicos no está claro el procedimiento por el cual se les autoriza para realizar IVEs. El Real Decreto que regula este

tema se ha interpretado de dos formas: a) todos los centros públicos que cuenten con servicios de obstetricia tienen la capacidad para realizar IVEs, y b) aún cuando tengan estos servicios, es necesario que se solicite una autorización. Aunque actualmente la tendencia sería enmarcarse en la segunda interpretación, esta cuestión no queda del todo clara.

2.3. Financiación

La sanidad pública catalana no garantiza el acceso de las mujeres a la prestación del aborto. Sólo el 3% de los abortos realizados en Cataluña se producen en hospitales de la red pública. El resto se realizan en centros privados acreditados y sin cobertura por el sistema de seguridad social, con lo cual son las mujeres las que deben asumir los gastos de la intervención y del desplazamiento en su caso.

El coste del aborto en los centros privados varía según la clínica, el número de semanas de gestación y si la usuaria desea o debe aplicarse anestesia local o general. Para aquellas mujeres que tienen dificultades para cubrir estos gastos, la única alternativa para obtener una ayuda es el "Plan de mejora de la salud materno-infantil y la calidad de vida de mujeres y familias en condiciones sanitarias y psico-sociales vulnerables" ejecutado por la Asociación Salud y Familia (SyF) desde el año 1991. Este plan incluye tres líneas de acción, una de las cuales financia de manera selectiva las IVE de aquellas mujeres con dificultades socioeconómicas residentes en Cataluña. En 2005, la cobertura de la cofinanciación de las IVE por parte de SyF fue del 19.9%⁴³ respecto del total estimado de IVE legales practicadas en Cataluña. Los recursos para este programa provienen del Servei Català de la Salut en un 85% y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en un 15%. En el caso del

⁴³ Asociación Salud y Familia (2007) Programa de Atención a la Maternidad de Riesgo, Memoria 2006. Barcelona. En el año 2006, este porcentaje se redujo levemente, a 19,2% y en 2007 se incrementó hasta 21,4% del total de IVEs declaradas en Cataluña (cobertura estimada).

Departament de Sanitat, existe un convenio marco que se renueva cada 6 años, y a nivel operativo, anualmente se acuerda el monto anual para el programa en base a estimaciones realizadas por la ONG en función a la demanda esperada.

En el marco de este programa, SyF y las clínicas que participan en él acuerdan un precio base, menor al coste promedio de las intervenciones, a partir del cual, después de una evaluación de las trabajadoras sociales de SyF, las mujeres que obtengan la ayuda pueden acceder a una reducción parcial o total del coste de la intervención, bajo el principio de copago. Mediante la entrevista con la trabajadora social se busca establecer cuál es el monto razonable que la mujer puede asumir, con el objetivo de intentar responsabilizarla y evitar que se entienda el aborto como un método anticonceptivo.

Los niveles de financiamiento a los que la mujer puede acceder son del 25%, 50% 75% o 100%. Durante el año 2006⁴⁴, las categorías de financiamiento más usuales fueron la del 25% (65% de las mujeres que solicitaron financiamiento recibieron una ayuda del 25% sobre el precio base) y del 50% (21,1% recibieron una ayuda correspondiente a la mitad del coste de la intervención). El precio base y las reducciones no se aplican a los costes de anestesia y ecografía que también pueden resultar variables dependiendo de la clínica, las necesidades y la demanda de la mujer. No existen límites ni cuotas en el número de ayudas que la institución puede brindar.

En lo que se refiere a la participación de las clínicas acreditadas en el Programa, no existe un proceso de convocatoria o licitación. SyF determina cuántas y qué clínicas participan en base a la demanda esperada y los siguientes criterios:

- que esté constituida legalmente,
- que esté dispuesta a participar en el programa,
- que esté de acuerdo en ajustar los precios de las intervenciones al que se establece en el

convenio (precio base): un monto menor al precio de mercado, igual para todas las clínicas que se renueva anualmente.

- que esté dispuesta a "participar en la prevención de los abortos" en el marco del Programa de Atención a la Maternidad en Riesgo, lo que significa que estén dispuestos, además de hacer el aborto, a insertar un DIU a las mujeres que lo soliciten.

Durante 2007 participaron en el Programa 6 centros acreditados. La participación del centro se formaliza mediante un convenio en el que se especifica el número de abortos que se financiará por parte de la asociación y la tarifa de referencia, distinguiendo entre abortos de primer y segundo trimestre. De acuerdo a Salud y Familia, el número de clínicas se establece en función a las necesidades estimadas del Programa. En cualquier caso, la dinámica del proceso es tal que las clínicas no cuentan con un referente o contraparte pública para su participación en el programa, sino que ésta es mediada por SyF.

Por su parte, SyF cuenta con puntos de atención en Barcelona, Girona, Tarragona y Lleida. SyF busca distribuir estos puntos no sólo en función al volumen de población sino en base a criterios geográficos, respondiendo a las dinámicas de colectivos que se consideran prioritarios como las mujeres inmigrantes, que muchas veces trabajan fuera de las ciudades.

Las clínicas privadas acreditadas que realizan IVEs también derivan a mujeres a SyF. En el caso de las clínicas que participan del Programa de Atención a la Maternidad en Riesgo, si la trabajadora social de la clínica detecta que la mujer necesita ayuda, se pone en contacto con la asociación para hacerles saber del caso y fijar una cita. Aún cuando se trate de una clínica que tiene convenio, la usuaria debe asistir a una cita con SyF para ser evaluada. Las derivaciones por clínicas que no tienen convenio son menos frecuentes. En esos casos la clínica le sugiere a la usuaria acudir a SyF y ella debe acercarse por su cuenta. De recibir ayuda la intervención se realizará en una de las clínicas asociadas al Programa.

⁴⁴ *Idem.*

En el caso de mujeres que han recibido ayudas anteriormente, SYF tiene como norma reducir el porcentaje de ayuda en la segunda ocasión, con el objetivo de subrayar la responsabilidad de la mujer en el proceso. En cambio, se sigue ofreciendo la colocación del DIU de manera gratuita.

Otro tipo de ayudas que se producen en menor frecuencia son las facilitadas por las mismas clínicas que de manera puntual brindan apoyo a mujeres que se acercan a abortar y que no cuentan con recursos para hacerlo. En estos casos el/la trabajador/a social hace una valoración de la situación económica de la mujer para reducir o aplazar el precio o hacer gratuita la intervención. La gestión de estos recursos varía según cada clínica pero en base a lo que se ha podido conocer se trataría de situaciones muy puntuales.

2.4. Itinerarios

El reducido grupo de mujeres que accede a una IVE en la sanidad pública es derivado desde el PASSIR o desde el médico de familia a los hospitales. La respuesta frente al aborto en cada uno de ellos varía, pero un procedimiento común es que cada caso sea evaluado por un comité o equipo de médicos y otros profesionales sanitarios (la denominación más común es Comité de Ética) que en caso de considerarlo conveniente pide nuevas pruebas y emite o niega el visto bueno. La evaluación por el comité no tiene un plazo establecido y aunque puede resolverse en una semana, en algunos casos puede extenderse hasta un mes si son solicitadas varias pruebas adicionales.

Sobre el Hospital de Vall d'Hebron del Instituto Catalán de Salud se ha podido averiguar que el Programa de Salud Materno Infantil realiza abortos derivados por SyF y por centros privados acreditados en los siguientes casos, siempre que se ajusten a los plazos establecidos para cada supuesto: mujeres con diagnóstico de patología mental, mujeres que por condiciones de salud graves (con un diagnóstico que permita acogerse al supuesto de salud física), Mujeres VIH+ con deterioro físico, diagnóstico de patología severa del feto.

En aquellos casos en los que la mujer se dirige directamente a una clínica privada acreditada, se suele realizar una llamada previa o directamente una visita personal donde se establece una cita en el plazo máximo de una semana.

En el caso de querer acceder a ayudas, la mujer deberá contactar personalmente o por teléfono con Salud y Familia, que le fijará una cita en un plazo de uno a tres días (el tope máximo para gestionar la ayuda son cinco días). Tienen prioridad las mujeres con mayor número de semanas de gestación. Si se trata de una mujer que va a desplazarse desde otra ciudad para realizarse el aborto, se le da la cita y se coordina con la clínica para que la intervenga ese mismo día, aunque no se establece si se brindará la ayuda y por cuánto será hasta que la entrevista se realice.

Para acudir a la cita no se solicitan documentos que prueben la condición legal de la mujer en España (si es inmigrante) ni acompañantes en el caso de las menores de edad pues se considera que esa es una tarea de la clínica que realizará la intervención. De acuerdo a la encuesta de satisfacción que se incluye en la memoria de SyF las usuarias citadas esperan un tiempo razonable (63% consideraron que fue puntual o normal). La cita tiene como objetivo evaluar la situación socioeconómica de la mujer para cubrir los costes del aborto. Se utiliza un protocolo para hacer esta evaluación aunque los criterios para determinar la ayuda no están preestablecidos y dependen del criterio del/la trabajador/a social responsable. Los elementos que se valoran en este análisis son la condición laboral, los ingresos de los que dispone, si tiene gastos fuertes fijos (ej. pago de piso) y autonomía para administrarlos y la carga económica en el hogar. No se solicita documentación alguna para realizar la evaluación. Se procura contactar con trabajadores sociales u otros profesionales que derivaron a la mujer y que pueden conocer más a profundidad su situación (ej. trabajadores sociales que atienden a las mujeres en otros aspectos) El espíritu del programa es de copago, por lo que se dirige la ayuda sólo a las mujeres cuya situación se considera de mayor riesgo.

A partir de 1999⁴⁵ se incluye en esta entrevista una consejería sobre el DIU y se propone a la mujer que lo use como método, dándole como opción el insertárselo inmediatamente después del aborto de manera gratuita. SyF señala que no se trata de una condición para recibir la ayuda, aunque ha recibido algunas críticas en el sentido de que las mujeres pueden sentirse presionadas a hacerlo.

Para derivar a la clínica se toma en cuenta si se trata de una intervención de primer o segundo trimestre ya que hay clínicas que sólo hacen abortos en el primer caso. En segundo lugar se considera la preferencia de la usuaria y si no la hay, la trabajadora social le sugiere o indica una en función de la disponibilidad de citas en las clínicas. Para determinar esto es usual que haya llamadas a diferentes clínicas hasta que se identifica a cuál se derivará a la usuaria. Una vez que la trabajadora social de SyF ha fijado la cita e presencia de la usuaria se entregan los tickets indicando el porcentaje del coste que se financiará (25%, 50%, 75%, 100%), además del ticket para la inserción del DIU si la mujer ha aceptado usarlo.

Si se detecta que la mujer tiene un perfil susceptible de ser atendido en un hospital público, con las restricciones que hemos mencionado anteriormente, se la deriva con un diagnóstico por escrito.

El tiempo entre la cita en SyF y la cita con la clínica es de dos a tres días, con un máximo de 5 días. La mujer deberá acercarse a la clínica en la fecha fijada, entregar el ticket que indica el porcentaje de ayuda recibido y pagar el porcentaje restante en ese momento. Entonces deberá también tomar la última decisión acerca del DIU.

⁴⁵ Inicialmente se ofrecía sólo a las mujeres que se valoraban con un mayor riesgo de quedar embarazadas, pero desde 2002 se ofrece todas.

EXTREMADURA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005 se practicaron 1.205 abortos en Extremadura, es decir el 1,36% de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Extremadura ésta es de 5,26, lo que la sitúa como la quinta CCAA con la tasa más baja junto con Galicia, Cantabria, Ceuta y Melilla. Sin embargo, destaca el alto porcentaje de intervenciones de más de 12 semanas, que asciende a 17,59% de los casos.

Más de dos de cada diez mujeres jóvenes (25,56%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y dos de cada diez era adolescente menor de 20 años (19,75%). La tasa de aborto en adolescentes (7,3) y jóvenes (8,5) son, no obstante, inferiores a las nacionales, que se sitúan en 15,5 y 16,8 respectivamente.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Extremadura, en torno a cinco no tenían hijos (55,68%), y algo más de tres tenían uno o dos hijos (35,60%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (76,35%) y un 18,76% había tenido sólo uno. En torno al 22% de las mujeres que abortaron acuden al centro de planificación familiar, aunque se trata de un porcentaje muy por debajo del promedio de España (47%).

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud de la comunidad extremeña 2005-2008 recoge, entre los distintos problemas de salud, el análisis de la situación y evolución de los abortos y el perfil de las mujeres que lo practican. Asimismo, reconoce una Línea de Actuación específica sobre Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de la cual se recoge el compromiso de garantizar el acceso de la mujer a la IVE dentro del sistema público sanitario, señalándose a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES como el organismo responsable de ejecutar dicho objetivo (ver cuadro más abajo).

- 38.5. Incorporación de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, figurando en la historia clínica electrónica, los datos correspondientes a la salud sexual y reproductiva y disfunciones sexuales.
- Responsable:** Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES
- Evaluación:** Incorporación de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva en la cartera de servicios
Incorporación en la historia clínica de los datos correspondientes a salud sexual y reproductiva
- 38.6. Elaboración, implantación y desarrollo de protocolos de actuación y guías clínicas de salud sexual y reproductiva.
- Responsable:** Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de Área del SES
- Evaluación:** Existencia y grado de implantación de protocolos que recojan la gestión por procesos, y de las guías clínicas de salud sexual y reproductiva, en todas las áreas de salud de Extremadura
- 38.7. Actualización y potenciación del Programa Joven de Anticoncepción y Sexualidad.
- Responsable:** Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES
- Evaluación:** Desarrollo del Programa Joven en todas las áreas de salud
Evolución de los datos de cobertura del Programa Joven
Nº de actividades educativas realizadas
- 38.8. Identificación y cuantificación de los hábitos y conductas sexuales de la población, así como el grado de satisfacción como usuarios de los servicios disponibles en la materia.
- Responsable:** Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria
- Evaluación:** Existencia de encuestas y estudios epidemiológicos, relacionados con los hábitos y conductas sexuales
Existencia de encuestas que recojan el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios disponibles en la materia
- 38.9. Garantía de acceso de la mujer a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura, en todos los supuestos legales.
- Responsable:** Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de Área del SES
- Evaluación:** $(N^{\circ} \text{ de IVEs practicadas en el SSPE} / N^{\circ} \text{ de IVEs solicitadas en el SSPE}) \times 100$

En esta Comunidad Autónoma existen convenios colectivos de la administración que reconocen permisos laborales de entre 3 y 5 días a sus trabajadoras por casos de IVE, ampliables en un día adicional si el hecho se produjera en localidad distinta a la residencia habitual de la trabajadora (Resolución de 4 de enero 200, Resolución 2005/233, de 13 de julio, Decreto 95/2006, de 30 de mayo, Resolución de 14 de febrero de 2007).

2. Acceso a la IVE

En 2005, los centros públicos informaron sobre la IVE en el 34,7% de los casos registrados, mientras que el 6,2% se informó en los centros privados y el resto a través de otras fuentes como Internet, prensa o personas conocidas.

A pesar de lo establecido en el Plan de Salud 2005-2008 no hay ningún hospital o centro público que realice IVEs en Extremadura. No se

ha implementado por tanto el compromiso del Gobierno en lo que respecta la normalización de esta prestación en el sistema sanitario público

ni a través de convenios con centros acreditados. Las IVEs indicadas por malformaciones o violaciones son enviadas a otras CCAA.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁴⁶

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Badajoz		Centro Médico Guadiana ^(*) Clínica Los Arcos ^(*)

(*) Estos centros sólo realizan abortos hasta las doce semanas, los casos que superan ese periodo deberán desplazarse a Madrid.

GALICIA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005, se practicaron 2.525 abortos en Galicia, es decir el 2,84% de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Galicia esta es de 4,43, lo que la sitúa como la cuarta CCAA con la tasa más baja junto con Cantabria, Ceuta y Melilla.

Dos de cada diez mujeres jóvenes (23,01%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y más de una de cada diez era adolescente menor de 20 años (15,80%). Las tasas de aborto en adolescentes y jóvenes, se sitúan en los niveles de comunidades como Cantabria, estando muy por debajo de la media española (6 y 7 frente a las tasas estatales situadas en 11,5 y 16,8, respectivamente). Las intervenciones de primer trimestre son, al igual que en el resto de las comunidades autónomas, las más representativas pero destaca el porcentaje de IVEs de segundo trimestre que alcanza un 15,56% de los casos.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Galicia, en torno a cinco no tenían hijos (58,14%), y algo más de tres tenían uno o dos hijos (36,47%). La mayoría no había tenido ningún aborto (76,20%) y un 18,77% había tenido sólo uno. Más de la mitad (53,47%) de las muje-

res que abortaron en 2005 habían acudido a un centro de planificación familiar, destacando especialmente este indicador al situarse muy por encima del promedio de España y de la experiencia de las demás comunidades autónomas.

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud de la comunidad gallega para el periodo 2006-2010 no recoge la cuestión del acceso a la IVE como una de sus líneas de trabajo. No obstante, algunas fuentes han informado de una voluntad clara del gobierno regional de garantizar el acceso a través de la sanidad pública, reforzando la red hospitalaria en este sentido. Por otro lado, el Parlamento de Galicia ha reclamado recientemente al gobierno central que apruebe una Ley de plazos.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Según datos de 2005, el principal lugar de información sobre la IVE fueron los centros públicos en un 43,4% de los casos frente a un 17,9% en que lo fueron los centros privados y el resto a través de otras fuentes, como Internet, asociaciones de jóvenes, prensa, etc. La información sobre la IVE suele prestarse fundamentalmente en los centros de planificación familiar, aunque depende en gran medida del compromiso del profesional implicado en estos servicios puesto que no existe protocolo alguno que defina el proceso a seguir en caso de demanda de IVE. De esta forma, mientras unos centros facilitan mucha información y derivaciones, otros no tienen mucha actividad en este sentido.

⁴⁶ MSC (2006) Informe IVE 2005.

2.2. Servicios

De los abortos realizados en Galicia en 2005, el 5,1% se produjeron en centros de la red pública. En la comunidad gallega existen tres hospitales públicos que los realizan y tres clínicas privadas acreditadas. Aunque en 2005 sólo notificaron abortos dos hospitales, uno de Orense y otro de Vigo, aparentemente el Hospital Juan Canalejo sito en La Coruña también realiza este tipo de intervenciones. En la provincia de Lugo, sin embargo no ha habido tradicionalmente ningún hospital que se haya hecho cargo de este tema y la Consejería de Salud está intentando poner en marcha allí un operativo. Todos estos centros,

tanto los hospitales públicos como las clínicas privadas acreditadas realizan abortos únicamente dentro de las 12 semanas de forma que las mujeres que superan ese plazo tienen que ser derivadas a otras comunidades autónomas, fundamentalmente Madrid, para realizarse la intervención. En cuanto a los supuestos, parece que los hospitales públicos realizan IVEs en todos los casos, incluido el de riesgo para la salud psíquica de la mujer, no ciñéndose por tanto únicamente a los de malformación o embarazo patológico con riesgo severo para la salud física de la madre, como ocurre en otros hospitales públicos de otras comunidades autónomas.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁴⁷

Provincia	Centros públicos	Centros privados
A Coruña	Juan Canalejo	Clínica Faos
Orense	Complejo Hospitalario de Orense	
Pontevedra	Complejo Hospitalario de Vigo	Clínica Castrelos Instituto Médico Gelme

Para poder realizar abortos, los centros deben estar acreditados de acuerdo al RD 2409/1986.

2.3. Financiación

La voluntad actual del Gobierno gallego es garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo a través de la sanidad pública, aunque hasta 2005 sólo un 5,1% del total de los abortos de la comunidad se realizó por esta vía. El resto se canaliza a través de las clínicas privadas acreditadas, de forma que los gastos de la intervención corren generalmente por cuenta de la mujer. No obstante, el sistema es diferente en la provincia de A Coruña puesto que en este caso existe un acuerdo con una de las clínicas privadas acreditadas mediante el cual los servicios de salud les derivan a las mujeres que solicitan una IVE y se hacen cargo de los costes. En el resto de las provincias gallegas, no hay

acuerdo con ningún centro acreditado por lo que son las clínicas las que asumen en muchos casos una reducción en el precio en el caso de que la mujer no disponga de recursos económicos para hacer frente a la intervención siempre que este hecho venga acreditado mediante informe de la asistente social.

En el caso de las IVEs de segundo trimestre, la financiación también corre por cuenta del Servicio Galego de Salud, que dispone de acuerdo con algunos centros privados acreditados de Madrid, a las cuales deriva demandas de IVE, haciéndose cargo tanto de los costes de la intervención como de los gastos de desplazamiento de la mujer y un acompañante.

2.4. Itinerarios

En general, las mujeres llegan a las clínicas derivadas de los centros de salud o servicios sociales o bien acceden directamente.

⁴⁷ MSC (2006) Informe IVE 2005.

ISLAS BALEARES

1. Situación del aborto en la CCAA

En 2005 se practicaron 2.792 abortos en las Islas Baleares, es decir 3,14% de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Baleares ésta es de 12,57, lo que la sitúa como la segunda CCAA con la tasa más alta, después de Madrid.

De cada diez mujeres jóvenes que se realizaron una IVE en 2005, dos (24,53%) tenían entre 20 y 29 años y una era adolescente (12,79%). La comunidad de Baleares destaca no sólo por su alta tasa de IVE para el conjunto de mujeres, sino también por tener la más alta tasa de abortos en adolescentes (14,01) y jóvenes (21,71 entre 20 y 25 años), bastante por encima del promedio del país (estimado en 11,48 y 16,83 casos por cada mil respectivamente).

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron un aborto en 2005 en las Islas Baleares, cinco no tenían hijos (51,07%), y algo más de cuatro tenían uno o dos hijos (42,34%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (71,79%) y un 22,62% había tenido sólo uno. En torno al 66,80% de las mujeres que abortaron habían acudido a un centro de planificación familiar, tratándose de un porcentaje muy por encima del promedio de España (41%).

1.1. Marco Normativo

No se han encontrado referencias a la IVE en El Plan de Salud de Islas Baleares 2003-2007, aunque existe mucha información sobre los datos de la comunidad a través de los Informes epidemiológicos que elabora el Servicio Balear de Salud y publica cada 6 meses aproximadamente.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Según datos de 2005, el 33% de las mujeres que abortaron en Baleares recibieron información en centros públicos, 17,8% en centros privados y en el resto a través de otras fuentes, generalmente Internet y personas conocidas. Según el *Libro blanco de la anticoncepción en España* de la Sociedad Española de Contracepción de 2005, se facilita información sobre IVE en Atención Primaria dentro del Programa de Atención a la Mujer. Otras fuentes en cambio informan de que muchas mujeres acceden a la clínica a través de la información de Internet, del boca a boca y de centros de atención primaria desde donde las derivan.

2.2. Servicios

De los abortos realizados en las Islas Baleares en 2005, el 4,8% se produjeron en centros de la red pública. En Mallorca se acaba de abrir un hospital en el municipio de Inca que también practica abortos. Los centros acreditados sólo realizan IVEs hasta las 12 semanas mientras que en los hospitales se hacen hasta las 22.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁴⁸

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Ibiza	Hospital Can Misses	
Mallorca	Hospital de Manacor	Centro EMECE
	Hospital Son Llatzer	Centro Médico Aragón
	Hospital Son Dureta	

⁴⁸ MSC (2006) Informe IVE 2005.

Los centros que realizan abortos tienen que cumplir con las normas establecidas en el Decreto 163/1996, de 26 de julio que regula la autorización para la creación, modificación, traslado y cierre de centros, establecimientos y servicios sanitarios, además de estar acreditadas para la realización de IVEs de conformidad a los requisitos del RD 2409/1986.

2.3. Financiación

Las únicas IVE financiadas son las pocas que se realizan en los hospitales públicos. No existe ningún tipo de concierto o acuerdo con los centros acreditados. En ciertos casos, las mujeres muy desfavorecidas se pueden beneficiar de un descuento que asume la clínica, solicitándolo a través de la trabajadora social.

2.4. Itinerarios

Dadas las condiciones geográficas de esta región y la limitada oferta de servicios de aborto, la mayoría de las mujeres acaban desplazándose a Barcelona.

MADRID

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005, se practicaron 17.356 IVEs en la Comunidad de Madrid, es decir casi una de cada cinco (18,9%) de las que se producen en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,6 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Madrid asciende hasta 12,81, siendo la CCAA con la tasa más alta del país⁴⁹. El motivo declarado por el cual estas mujeres solicitaron la IVE fue en casi todos los casos el de salud materna (97,8%). Las intervenciones de primer trimestre fueron las más numerosas con diferencia, aunque destaca el porcentaje de las de segundo trimestre (12,77% de los casos) en relación a otras CCAA.

La cuarta parte de las mujeres (25,28%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era menor de 20 años (11,11%). Es destacable que las tasas de abortos en adolescentes (13,29) y especialmente las de jóvenes entre 20 y 25 años (22,78) se sitúan por encima de las tasas estatales para estos grupos (11,48 y 16,83, respectivamente).

En lo referente a la salud reproductiva, la mitad de las mujeres que se realizaron abortos en 2005 no tenía hijos (47,6%), y la tercera parte tenía uno o dos hijos (30,9%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (65,6%) y la quinta parte había tenido sólo uno (23,6). Un aspecto destacable es que una de cada tres de estas mujeres no hicieron uso de un centro de planificación familiar (71,1%), porcentaje superior al promedio nacional (58,9%).

1.2. Marco normativo

La referencia más clara a la IVE se ha encontrado en el marco del Plan de Atención Sanitaria a la sexualidad juvenil de 2005 elaborado por el Gobierno madrileño. Dentro de sus líneas estratégicas incluye un objetivo sobre IVEs y prevención de embarazos no deseados. Por su interés reproducimos el texto completo más abajo con las medidas propuestas por el plan, destacando sobre todo la referencia que se realiza al establecimiento de al menos 1 centro público o concertado de referencia para las IVE en cada área sanitaria o la adopción de protocolos que definan el asesoramiento a las adolescentes y jóvenes embarazadas.

Objetivo 7. Embarazos no deseados e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en los supuestos contemplados por la legislación vigente.

Garantizar que desde el Sistema Sanitario Público se preste asesoramiento y apoyo en caso de embarazo no deseado de adolescentes y jóvenes, así como que se pueda ejercer de forma efectiva el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, si se encuentran en alguno de los supuestos contemplados por la legislación vigente, y a recibir asesoramiento al respecto.

⁴⁹ MSC (2006) Informe IVE 2005.

Medidas

A. Protocolizar el asesoramiento y apoyo a las adolescentes y jóvenes embarazadas, (con independencia de que deseen interrumpir el embarazo o llevarlo a término), garantizando la información con base científica, exenta de juicios de valor, confidencial, así como la regulación legal del aborto, los riesgos físicos y psíquicos para la salud, y las alternativas al aborto.

B. Informar de la red de recursos de ayuda de la que puede disponer la adolescente o joven embarazada en la Comunidad de Madrid, en caso de optar por llevar el embarazo a término.

C. Elaborar protocolos sobre asesoramiento y apoyo postaborto (asegurando su implantación en todos los centros donde se realice esta práctica), de tal modo que dé respuesta a las necesidades concretas que, en dicha materia, tenga cada mujer y/o su pareja, garantizando la derivación a los servicios de atención primaria, planificación familiar o centros jóvenes, para asegurar que todas las mujeres que abortan tengan la posibilidad de acceder a la anticoncepción regular para prevenir la repetición de la IVE.

D. Asegurar que en cada una de las Áreas de Salud exista un centro sanitario, de titularidad pública o financiado con fondos públicos, donde se realicen IVEs en los supuestos contemplados por las leyes vigentes.

E. Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente en todos los centros en los que se realicen interrupciones voluntarias de embarazo, ya sean públicos o privados, tanto en lo referido a la legalidad del supuesto y el cumplimiento de los requisitos procedimentales establecidos en la ley, como la necesidad del consentimiento informado por escrito de la joven o de su representante legal, cuando se trate de menores de edad (18 años para aborto y técnicas de reproducción humana asistida) según Artículo 9.4 de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de

derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

El aborto no se incluye en los procesos regulares de información a usuarias de centros de salud, centros municipales de planificación familiar o centros de atención social y sólo se brinda cuando la mujer lo solicita. Puesto que no existe protocolo al respecto, el acceso a la información acerca de las ayudas económicas para cubrir los costes del aborto también es completamente aleatorio y dependerá de la fuente a la que acuda la mujer y la voluntad del profesional que la atienda. Es interesante tener en cuenta, que de acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2005, la información acerca de dónde y cómo podría realizarse el aborto, la obtuvieron las mujeres principalmente por "otras fuentes" (62,3%), mientras que sólo la tercera parte obtuvo esa información de centros de atención pública (30,1%). Estos datos resultan muy significativos pues al parecer en Madrid las redes y otros canales no formales de información juegan un papel más importante que en el resto de CCAA. Estos canales incluyen páginas web, medios de comunicación, ONG y asociaciones o el teléfono de información sexual de la Comunidad de Madrid (900 70 69 69).

Por otro lado, el Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS) cuenta con un servicio de información sobre ayudas a la IVE que presta información sobre la documentación a presentar y el trámite a seguir, dirigido a la población general. Con respecto a los centros sanitarios y sociales, no existe ningún protocolo escrito de actuación en estos casos ni material informativo que incluya la interrupción del embarazo como opción ni como práctica sanitaria. Esto implica que la información que las mujeres reciben depende exclusivamente de la voluntad del profesional sanitario o social al que acuden y que para conseguirla pueden necesitar acudir a diversas fuentes, con la correspondiente carga adicional de tiempo y energía.

2.2. Servicios

En Madrid existen 7 centros privados acreditados y 3 hospitales públicos que realizan abortos, éstos últimos situados en zonas periféricas (Alcalá de Henares, Alcorcón y Móstoles) mientras los primeros, en cambio, concentrados en Madrid capital⁵⁰.

Aunque, en principio, algunos hospitales han notificado IVEs y nos consta que realizan o han realizado en algún momento este tipo de intervenciones, en 2005 ninguna IVE se realizó a través de la red sanitaria pública. El Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, por ejemplo, ha realizado abortos en alguna ocasión hasta las 12 semanas de gestación que llegan derivadas del Departamento de IVE del Instituto Madrileño de Salud, mientras que el Hospital de Alcorcón y el Hospital General de Móstoles lo ha hecho en principio hasta las 22 semanas. Según algunas

referencias, el límite de semanas que opera en el caso del Hospital Príncipe de Asturias se debe a que todos los anestesiólogos se declaran objetores de conciencia con lo cual no es posible hacer abortos de segundo trimestre⁵¹. Según esta distribución de centros, llama la atención que las mujeres que viven en el Área Sanitaria 8 tengan, en teoría, hasta tres posibilidades para acceder al aborto en hospitales públicos, mientras que el resto sólo cuenta con la opción del hospital de Alcalá de Henares. Por otro lado, el hospital de Fuenlabrada aparece en el registro de notificaciones de IVE de 2005 pero no en el listado de centros públicos que realizan IVEs del 2007, con lo cual puede haber dejado de realizar la práctica en estos últimos años. En relación con las clínicas acreditadas, sólo 3 realizan IVEs hasta las 22 semanas y el resto se ciñen al primer trimestre.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs

Provincia	Centros públicos	Centros privados
	Hospital Príncipe de Asturias	Clínica Dator
	Hospital de Alcorcón	Clínica Isadora
	Hospital de Fuenlabrada	Centro Clínico El Bosque
	Hospital General de Móstoles	Clínica Pacífico
		Clínica Mayrit
		Clínica Callao
		Clínica CB Medical ⁵²

La acreditación de los centros que realizan abortos en Madrid es un proceso que tiene a su cargo el Servicio Madrileño de la Salud, en el marco de la norma sobre acreditación de centros vigente para todo el Estado español (art.2 RD 2409/1986). La Orden 11 de febrero 1986 de normas para el funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios publicada por la Consejería de Salud, precisa que para las IVEs de más de 12 semanas se requerirán hospitales y clínicas médico-quirúrgicas, públicas o privados, que cumplan con los requisitos del RD 2049/1986 mientras que para las IVEs de menos de 12 semanas sólo señala que se requerirá

"establecimiento que dentro de un espacio físico inmueble preste servicios de diagnóstico y tratamiento, en los supuestos incluidos en el art. 417 bis del Código Penal".

Además de los requisitos establecidos en el RD 2049/1986, esta orden establece que los centros de interrupción voluntaria del embarazo de bajo riesgo deberán contar con:

1. Consultas externas y un área de archivo de la documentación clínica.

⁵⁰ Información obtenida de <http://www.sitlias.net/index.asp?idp=1820>

⁵¹ Interrupción voluntaria del embarazo, Coordinadora estatal de Organizaciones Feministas, 2007

⁵² No notificó realizaciones de IVE en 2005 según MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005. Madrid: Dirección general de salud pública. Subdirección general de promoción de la salud y epidemiología.

2. Un área para intervenciones que tenga servicios y vestuarios para las pacientes, servicios y vestuarios para el personal, una sala de intervención de una superficie mínima de 20 metros cuadrados, dotada de instalación de oxígeno y vacío, negatoscopio y reloj eléctrico.
3. Local equipado para esterilización de material.
4. Un espacio para el almacenamiento de material limpio.
5. Local de material sucio, con vertedero.
6. Local para lavado de manos con visión a la sala de intervenciones, con mínimo de dos lavabos quirúrgicos.
7. Sala de reanimación post-intervención con mínimo de dos puestos y de 10 metros cuadrados/puesto y dotada con instalación de oxígeno y vacío, monitor de cabecera para ECG, pulso y presiones, respirador volumétrico y carro de parada cardíaca en disposición permanente con monitor desfibrilador sincronizado así como material para resolver emergencias
8. Sala de recuperación y adaptación la medio dotada de camillas o camas, con un mínimo de 4 puestos y de 3 metros cuadrados/puesto, instalación de oxígeno y vacío, ventilación e iluminación suficiente, aseos anexos.
9. Local de esterilización con sistemas de esterilización a vapor y sistemas de esterilización química y zona de almacenaje.
10. Un responsable legal, un médico especialista en anestesia y reanimación y un facultativo analista, además de trabajador social y médico especialista en ginecología y obstetricia.
11. Tener suministro de electricidad garantizado mediante grupo electrógeno autónomo en las zonas críticas.

2.4. Financiación

Según la Guía de Servicios de la sanidad madrileña, la prestación del aborto se encuentra incluida dentro de la cartera de servicios del SERMAS. Mientras que esta Guía declara como prestaciones expresamente excluidas de la Asis-

tencia Sanitaria con cargo a los fondos de la Seguridad Social la cirugía estética que no guarde relación con accidente, el tratamiento en balnearios, la cirugía de cambio de sexo o el tratamiento psicoanalítico⁵³, no se hace referencia al aborto dentro de este grupo.

El hecho de que el aborto sea una prestación sanitaria del SERMAS no conlleva sin embargo el acceso gratuito a esta prestación ni en la práctica ni en la teoría. Por un lado, la IVE no se incluye dentro del Programa de Atención a la Mujer, que sí comprende la atención durante el embarazo y puerperio o la planificación familiar. Por otro lado, la realidad demuestra que sólo el 1,7% de las IVEs realizadas en la Comunidad de Madrid se realizaron en 2005 en hospitales públicos, mientras que el resto se llevaron a cabo en clínicas acreditadas. Ante este vacío, muchas mujeres deben buscar otros medios para acceder a la IVE dirigiéndose a las clínicas y asumiendo los costes de la prestación.

A mediados de los años 90, el SERMAS comienza a financiar el aborto a mujeres inmigrantes con escasos recursos que se ven obligadas a acudir a los centros privados acreditados para realizarse la IVE. Posteriormente, esta financiación se extiende a mujeres inmigrantes en general y en un tercer momento a mujeres autóctonas. En la actualidad, el SERMAS se hace cargo de la financiación de IVEs en los casos en que la mujer acredite no disponer de medios para costearla. De acuerdo con datos del último Informe Epidemiológico del Servicio de Salud de Madrid, en 2006, el 21,5% de las IVE fueron sufragadas por la administración de las cuales el 17,1% se realizaron en centros acreditados y el 4,4 % en hospitales públicos. En definitiva, el presupuesto destinado por la Comunidad de Madrid en este sector es superior al de muchas otras regiones que disponen de financiación como Cataluña o de otras que no destinan ningún tipo de recurso.

Para poder optar a la ayuda del SERMAS, las mujeres deben estar empadronadas en la Comunidad de Madrid, estar en posesión de la tarjeta

⁵³ <http://www.gservicios.sanidadmadrid.org/cap03/cap3presexcluida.htm>.

sanitaria y no disponer de medios económicos para costearse la intervención. La documentación necesaria para la tramitación es la siguiente: DNI o equivalente, tarjeta sanitaria, fotocopia de la demanda de empleo si está desempleada, si es estudiante certificado que lo acredite, dictamen o dictámenes, según el supuesto legal y acompañamiento de la persona que ejerce la tutela en caso de menores de edad.

Para la concesión de ayudas, el SERMAS estudia cada caso de forma particular y de ser aceptada la solicitud, se encarga de reembolsar a la clínica los gastos para que la mujer pueda acceder a la interrupción de forma gratuita.

2.4. Itinerarios

Cuando la mujer llega directamente a la clínica a solicitar la IVE, es difícil conocer el itinerario que ha seguido y cuáles son las barreras u obstáculos que ha encontrado en el camino, si existen. Según datos del Ministerio de Sanidad, más del 60% de las mujeres llegan a las clínicas sin pasar por los servicios de salud, algunas veces derivadas desde ONG o instituciones sociales y otras veces directamente al haber encontrado la información en internet, páginas amarillas, periódicos o personas cercanas. En estos casos, las clínicas dan cita a la mujer que lo solicita para realizarse la IVE y si no conoce la información acerca de las ayudas disponibles por parte del SERMAS se le informa sobre esta opción. En el caso en que la mujer decide acogerse a esta posibilidad, el proceso de la IVE se ralentiza puesto que debe pedir cita en el Servicio de IVE del SERMAS, llevar a cabo el procedimiento para solicitar la ayuda y volver de nuevo a la clínica.

En el caso de las mujeres que llegan derivadas desde algún ginecólogo, de un centro de salud, centro municipal de planificación familiar o de una trabajadora social, el itinerario es similar y las lleva primero a la clínica a la que son derivadas, la cual se encarga de realizar la ecografía y el diagnóstico psiquiátrico y les entrega una hoja con los pasos a seguir para que la IVE sea financiada por el SERMAS. En este caso, las mujeres suelen llegar a la clínica más informadas sobre la posibilidad de tener acceso a las ayudas del SERMAS.

MURCIA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005, se practicaron en Murcia 3.554 abortos, es decir el 4% de los que se producen en toda España. Murcia presenta una tasa de 11,7 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años y es por tanto la tercera con las tasas más altas, después de Madrid y Baleares. Aunque no existen datos específicos que expliquen más en profundidad esta situación, es muy probable que esta tasa se deba al volumen de población inmigrante de la zona que recurre al aborto.

Dos de cada diez mujeres jóvenes (26,59%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era adolescente menor de 20 años (13,25%). La tasa de aborto en adolescentes y jóvenes residentes en Murcia supera a la estatal. En el caso de adolescentes, la región tiene una tasa de 12,39 frente al 11,48, mientras, la tasa para las jóvenes entre 20 y 25 años es de 19,92 cuando el promedio del país está en 16,83.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en Murcia, en torno a tres no tenían hijos (36,66%), y casi cinco tenían uno o dos hijos (48,01%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (67,45%) y un 23,19% había tenido sólo uno. La cuarta parte (25,56%) de las mujeres que abortaron en 2005 utilizaron un centro de planificación familiar previamente, es decir, un porcentaje muy inferior al promedio de España.

1.2. Marco normativo

El Plan integral de Atención a la Mujer, desarrollado por el servicio Murciano de Salud, no recoge ninguna indicación sobre el acceso y la información sobre la IVE.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

La información sobre la IVE se facilita en los centros de salud, los consultorios médicos, los servicios de planificación familiar, los centros de la juventud y otros servicios sociales, siempre que la mujer lo solicite y el profesional sanitario esté en disposición de facilitarla. No existe ningún tipo de información escrita acerca de la interrupción del embarazo, ni tampoco protocolo que defina la actuación del profesional sanitario ante una demanda de este tipo, con lo cual la información facilitada depende del grado de implicación del profesional sanitario y de su posicionamiento respecto a esta práctica.

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2005, el lugar en el que las mujeres recibieron infor-

mación sobre la IVE fueron centros públicos en el 43% de los casos, mientras que el 7% tuvo acceso a la misma a través de centros privados y el resto lo hizo a través de otras fuentes, que suelen ser Internet, personas conocidas o medios de comunicación.

2.2. Servicios

En Murcia, al igual que ocurre en otras comunidades autónomas, no existe ningún hospital público que realice interrupciones del embarazo. Los únicos servicios disponibles se encuentran en 4 clínicas acreditadas que realizan abortos de menos de 12 semanas y que están localizadas en Cartagena, Murcia y Lorca. Los abortos de segundo trimestre se derivan necesariamente fuera de la comunidad autónoma, generalmente a Madrid o Valencia.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁵⁴

Provincia	Centros públicos	Centros privados
		Ginemur (Cartagena)
		Delta Médica (Murcia - Lorca)
		Ginemur (Murcia)
		Instituto Ginecológico Murcia (Murcia)

Para poder realizar IVEs, el centro debe estar acreditado primeramente como Centro Sanitario de Ginecología, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 73/2004, de 2 de julio, que regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el servicio de registro de recursos sanitarios regionales y solicitar posteriormente la acreditación para realizar IVEs de acuerdo a lo establecido por el RD 2049/84. Para ello se exige disponer de un *local* adecuado y del *personal* necesario (ginecólogo/a, psiquiatra, personal de enfermería, trabajador/a social, personal administrativo), *protocolos* de realización de IVE, de

esterilización de material, de evacuación de emergencias, así como *contratos* con empresas de retirada de residuos biológicos, laboratorio, ambulancia para emergencias, mantenimiento de instrumental electrónico, etc.

2.3. Financiación

El Servicio Murciano de Salud no excluye el aborto de la cartera de prestaciones de la sanidad pública, aunque ningún hospital de la región realiza abortos ni tampoco la IVE se contempla dentro del Plan Integral de Atención a la Mujer (PIAM) de Atención Primaria. A principios de los años 90, el Gobierno regional intentó articular la prestación de la IVE dentro de los hospitales públicos pero ninguno de los y las profesionales de ginecología y obstetricia del sistema de salud se ofreció a liderar el proceso, aplicándose por completo la objeción de conciencia.

⁵⁴ MSC (2006) Informe IVE 2005.

A partir de esta situación, se optó por recurrir a las clínicas privadas acreditadas para la realización de la prestación y se estableció un sistema parecido al del concierto, sin llegar a serlo, que garantiza el acceso gratuito a la prestación para las mujeres con tarjeta sanitaria que son derivadas por los servicios de salud. Las clínicas acreditadas realizan la prestación de la IVE de conformidad con unos protocolos y precios previamente aceptados por el Servicio Murciano de Salud y envían la factura posteriormente al hospital que corresponda según el área sanitaria de procedencia de la mujer, para que se haga cargo de los gastos.

Esta fórmula difiere, por tanto, de un sistema de concertación, como el que existe en Andalucía, en el hecho de que no hay un presupuesto específico para IVEs ni tampoco un sistema de gestión de las derivaciones común y centralizado. En cualquier caso, se estima que alrededor del 50% de las IVEs de la zona de Murcia y cerca del 60%⁵⁵ de las de Cartagena se están financiando a través del SMS. Además, actualmente todas las clínicas presentes en Murcia tienen acuerdo con el Servicio Murciano de Salud para la prestación de la IVE, para lo cual se les exige que, además de las condiciones descritas más arriba, dispongan de un quirófano homologado por la Consejería de Industria y un contrato con una empresa autorizada para el mantenimiento del mismo.

En el caso de los abortos de segundo trimestre, el sistema es muy parecido al vigente para las IVEs de menos de 12 semanas, aunque en este caso al no existir clínicas que realicen este tipo de intervenciones en Murcia, se deriva a las mujeres a clínicas de Madrid o Valencia y posteriormente se les paga el coste de la intervención. Los gastos de desplazamiento, en cambio, no suelen ser reembolsados a las mujeres.

2.4. Itinerarios

Las mujeres que acuden a los servicios de aborto lo hacen generalmente a través de dos circuitos. Por un lado, acuden directamente a la clíni-

ca y por otro llegan derivadas de los servicios sanitarios públicos. En este segundo caso, lo habitual es que vengan derivadas por su médico de familia. Generalmente los centros de salud y demás informadores tan sólo entregan a las mujeres un papel con las clínicas disponibles, aunque también hay casos en que las derivan hacia alguna clínica en concreto.

Una vez se produce la derivación, el circuito es diferente para las mujeres que se encuentran en Cartagena o las que se encuentren en Murcia y más largo en este último caso. Mientras en el primer caso, con el informe de derivación del médico es suficiente para que la mujer acceda a la prestación, en el caso de Murcia, la clínica practica a la mujer una ecografía y el dictamen psiquiátrico y la envía posteriormente al Hospital Virgen de la Areixaca con esta información para solicitar autorización para la intervención. Esta autorización es puramente administrativa, por lo que se concede en todos los casos y se encarga de enviarla el hospital directamente a la clínica demorándose el proceso alrededor de una semana. Una vez que la autorización está en poder de la clínica, es cuando pueden volver a citar a la mujer para realizar la intervención.

NAVARRA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

De acuerdo a datos del Ministerio de Sanidad, en 2005, se practicaron 639 abortos en Navarra, es decir 0,72% de los que se produjeron en toda España. Mientras que la tasa nacional es de 9,60 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para Navarra esta es de 5,21, siendo una de las regiones con menor tasa en el país. Sin embargo, un 14,7% de los abortos se produjeron después del primer trimestre, lo cual constituye uno de los porcentajes más altos de todo el Estado.

La tasa de abortos en adolescentes y jóvenes en esta comunidad también está por debajo de la tasa nacional, situándose junto con la de Extremadura y Cantabria entre las más bajas del país

⁵⁵ Estimaciones según fuentes entrevistadas. El Libro Blanco de la Anticoncepción en España habla de un 30% de IVEs financiadas por el Servicio Murciano de Salud.

(7,04 y 8,53 abortos por cada 1000 mujeres adolescentes o jóvenes entre 20 y 25 años, respectivamente).

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres residentes en Navarra que se realizaron abortos en 2005, apenas cinco no tenían hijos (51,96%), y cuatro tenían uno o dos hijos (40,69%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (73,55%) y un 20,34% había tenido sólo uno. En torno al 45% de las mujeres que abortaron en 2005 utilizaron un centro de planificación familiar, bastante en sintonía con el promedio de España.

1.2. Marco normativo

El Plan de Salud de la Comunidad Foral de Navarra 2006-2012 no menciona la IVE dentro de sus prioridades y estrategias y tampoco hace referencia a los programas de sexualidad. Igualmente no se ha encontrado protocolo sanitario alguno en caso de demanda de IVE.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

En 2005, el lugar de información principal para la realización de la IVE fueron los centros públicos en un 64,3% de los casos, seguidos de los centros privados con un 9,9% y el resto a través de otras fuentes, lo que demuestra una cierta normalización de la información en el ámbito de la sanidad pública.

2.2. Servicios

Navarra es la única comunidad autónoma donde no existe ningún hospital público ni centro privado acreditado que realice abortos, de forma que todas las mujeres tienen que desplazarse a otras comunidades autónomas para interrumpir su embarazo.

2.3. Financiación

En líneas generales, las mujeres que quieren acceder al aborto en Navarra tienen que correr con los gastos de la intervención y el desplazamiento. No existe ningún tipo de acuerdo de la sanidad pública con clínicas privadas acredita-

das y tan sólo existen algunos casos, generalmente sólo malformaciones, en que el Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) deriva a las mujeres a clínicas de fuera de la Comunidad Foral y se hace cargo de los gastos, abonando a la clínica la correspondiente factura. Según algunas fuentes, Osasunbidea viene derivando en los últimos cuatro años una media de 60 solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo, lo que cual no deja de representar apenas un 9% del total de los abortos de la región. Según datos de la Consejería de Sanidad en 2003 se derivaron 55 casos; 62 en el 2004; 66 en el 2005 y 64 en 2006 implicando desembolsos por valor de 49.000 a 63.000 euros. Las derivaciones se realizan a clínicas de Aragón, Bilbao y Madrid, todas ellas acreditadas para realizar abortos hasta 22 semanas.

2.4. Itinerarios

Como hemos mencionado arriba, generalmente las mujeres de Navarra se trasladan a Zaragoza, Bilbao o Madrid para realizarse la IVE.

PAIS VASCO

1. Situación del aborto en País Vasco

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005, se realizaron 2.383 abortos en el País Vasco, es decir el 2,6% de los que se realizaron en toda España. Esta CCAA tiene una tasa menor de abortos que el conjunto del país⁵⁶ (5,42 abortos por mil mujeres de entre 15 y 44 años versus 9,6), lo que la sitúa en la parte baja de la tabla con respecto a otras CCAA. Sin embargo cabe destacar también que el indicador se encuentra en aumento, ya que en 1999 la tasa era de 2,9 por cada mil. La mayoría de las intervenciones se realizaron en el primer trimestre (90,83%).

La cuarta parte de las mujeres (24,13%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una de cada diez era adolescente (10,41%). Las tasas de aborto en adolescentes y

⁵⁶ MSC (2006) Informe IVE 2005.

jóvenes están muy por debajo de las estatales, representando 5,54 y 9,67 casos por cada mil mujeres frente a 11,48 y 16,83 respectivamente.

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en el País Vasco, cinco no tenían hijos (55,21%), y cerca de cuatro tenían uno o dos hijos (38,96%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (77,62%) y un 16,88% había tenido sólo uno. Menos de la mitad (43,75%) de las mujeres que abortaron en 2005 utilizaron un centro de planificación familiar, lo cual está en la línea del promedio de España.

1.2. Marco normativo

El Decreto 175/1989 de 18 de julio que desarrolla la "Carta de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios" establece el derecho de las personas a obtener la información y asesoramiento necesario para la práctica de la IVE, garantizando la máxima rapidez y confidencialidad a lo largo de todo el proceso. Independientemente de esta norma no hemos encontrado ninguna disposición del Servicio de Salud del País Vasco que desarrolle un protocolo de atención relativo al aborto.

Actualmente, se encuentra en ejecución el Plan de Salud 2002-2010 que incluye algunas estrategias relativas a la SSR, como el refuerzo de la planificación familiar y la educación relativa a la sexualidad, aunque no se considera el aborto entre sus objetivos, dado que en el momento en que el plan fue diseñado la prevalencia de aborto era baja en comparación con otras CCAA, y la tendencia se había mantenido estable desde los últimos años.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

En el País Vasco, más de la mitad de las mujeres (55,9%) acceden al aborto derivadas desde un centro de atención público. Una de cada cinco lo hace a través de centros de atención privada y el resto hace uso de otras fuentes⁵⁷

⁵⁷ *Idem.*

(fundamentalmente internet o amistades). Estas cifras demuestran una cierta normalización de la prestación de información dentro de la sanidad que sólo sería similar a la de Andalucía o Valencia. La información sobre aborto no está disponible en la página web que el Gobierno Vasco ha diseñado para los y las jóvenes, mientras que si se facilita información sobre algunos temas de sexualidad o anticoncepción y se incluyen listados de servicios públicos y privados de asesoramiento en sexología y sexualidad.⁵⁸

La información dentro de los servicios públicos se brinda de manera diferente dependiendo del tipo de centro, siendo los Servicios de Sexología y de Planificación Familiar los que brindan a la mujer más detalles sobre el tipo de intervención, además de la información de los centros privados acreditados a los que puede acudir. En el caso de los ambulatorios se da sólo información sobre las clínicas acreditadas que existen (dirección y teléfono). La objeción de conciencia existe pero en la medida que no hay un listado u otro tipo de herramienta para identificar a los objetores, esta postura se manifiesta ante casos concretos y es difícil de conocer la proporción de profesionales que se oponen a informar sobre el aborto. Tampoco existe ninguna norma o consenso relativo a la necesidad u obligación de que los profesionales que objetan deriven a la mujer a un colega que pueda darle la información requerida.

En el ámbito privado, existen recursos como los que facilita la Asociación de Educación Sexual y Planificación Familiar de la Comunidad Vasca (Atseginez), mediante los cuales se brinda información y asesoramiento relacionado con temas de sexualidad, incluyendo el embarazo no deseado y el aborto. Estos recursos incluyen páginas web⁵⁹, asesoría por mail o telefónica⁶⁰ y derivación a centros de atención.

⁵⁸ http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-2250/es/contenidos/informacion/salud_asexorate/es_1770/salud_asexorate_c.html

⁵⁹ <http://www.atseginez.org/>, <http://www.goxoki.com/>

⁶⁰ 659411425

2.2. Servicios

De los abortos realizados en el País Vasco, según datos de 2005, sólo el 0,03% se han producido en centros de la red pública, es decir uno de los porcentajes más bajos de todo el país. Existen 7 hospitales públicos y 4 clínicas acreditadas que han notificado abortos en los últimos años. En todas las provincias, hay al menos en teoría un centro público y una clínica acreditada que realiza IVEs. Es especialmente destacable que en Euskadi existe el único Centro o Módulo de Planificación Familiar de todo el Estado Español que realiza IVEs.

En el caso de Vizcaya, las clínicas Lasaitasuna y Carlton sólo hacen IVEs hasta las 12 semanas mientras que la Clínica Euskalduna realiza intervenciones de segundo trimestre pero no suelen ser de más de 15 o 16 semanas. En el caso del CPF de Recalde sólo se realizan abortos hasta las 8 semanas en los 3 supuestos permitidos por la Ley. No se ha podido obtener esta información para el caso de los hospitales públicos, aunque existen indicios de que fundamentalmente realizan IVEs cuando se trata de malformaciones fetales o en el caso de que la madre sea VIH+ y presente signos de deterioro graves.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁶¹

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Álava	Hosp. Txagorritxu	Centro Ginecologico Dr. Echevarria
Guipúzcoa	Hospital Comarcal del Alto Deba	Clínica Prada
	Hospital Nuestra Señora de Aranzazu	Askabide
	Hospital de Mendaro	
	Hospital Ntra. Sra. de la Antigua	
Vizcaya	Hospital de Cruces	C.C. Clínica Euskalduna
	Hospital de Basurto	Lasaitasuna
	Módulo P.F de Recalde	Clínica Ginecológica Carlton

Para poder realizar IVEs, las clínicas deben solicitar la acreditación correspondiente de acuerdo a lo establecido por el RD 2049/84 de ámbito estatal.

2.3. Financiación

Un reducido número de abortos en el País Vasco se realiza en centros públicos por lo que en la mayoría de los casos son las mujeres las que deben asumir los costes de la intervención. Existen excepciones a esta regla constituidas lógicamente por las intervenciones que se producen en los hospitales públicos y en el módulo de planificación familiar de Recalde. En este último caso, generalmente se practica la IVE a mujeres con pocos recursos y en situación de

vulnerabilidad, que vienen derivadas desde los centros sociales. En términos generales en el caso de Vizcaya, hay algunos casos en que los gastos de la IVE se cubren por la sanidad pública, aunque la intervención se lleva a cabo en un centro privado acreditado, pero son casos muy puntuales. No existen ayudas específicas de ayuntamientos ni de otras entidades. Cuando una mujer es derivada desde un CPF y manifiesta dificultades para pagar la intervención, las trabajadoras sociales pueden realizar una evaluación de su situación socioeconómica y hacer gestiones puntuales para brindarle algún tipo de ayuda, pero no son en todo caso ayudas normalizadas. En otros casos, las trabajadoras sociales realizan un informe sobre la situación socioeconómica de la mujer y a partir de este informe consiguen que las clínicas rebajen el precio de la intervención.

⁶¹ MSC (2006) Informe IVE 2005.

2.4. Itinerarios

En aquellos casos en que las mujeres no acuden directamente a las clínicas privadas acreditadas para la IVE, se dirigen generalmente en primer lugar a los centros de planificación familiar o a los centros de servicios sociales, siendo estos a su vez los que las derivan a los centros acreditados o al módulo de Rekalde, en el caso de Bilbao, con la información necesaria.

LA RIOJA

1. Situación del aborto en la CCAA

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

En 2005 se realizaron 513 abortos a mujeres residentes en La Rioja, es decir menos del 1 por ciento (0,6%) de los que se producen en toda España. Mientras que la tasa del país es de 9,6 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años, para La Rioja ésta es de 8,2 lo que la sitúa en el punto medio de las Comunidades Autónomas. Si bien la mayor parte de los abortos en esta región se producen dentro de las 12 semanas de embarazo, La Rioja ocupa el cuarto lugar entre las autonomías con un menor porcentaje de abortos de primer trimestre, después de Extremadura, Galicia y Navarra.

De cada diez mujeres jóvenes que se realizaron una IVE en 2005, cinco (51,5%) tenían entre 20 y 29 años y una era adolescente (11,1%). Tanto la tasa de abortos por cada mil mujeres entre 20 y 24 años (16,18) como la de adolescentes (8,14) se sitúan por debajo del promedio de España (16,83 y 11,48, respectivamente)

En lo que se refiere a la salud reproductiva, de cada diez mujeres residentes en La Rioja que se realizaron abortos en 2005, cinco no tenían hijos (50,9%), y algo más de cuatro tenían uno

o dos hijos (41,3%), asemejándose bastante en este punto a la realidad de las Islas Baleares. En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría de las mujeres no había tenido ninguno (71,5%) y un 20,1% había tenido "sólo" uno. Por otro lado, el uso de Centros de Planificación Familiar entre las mujeres residentes en La Rioja que abortaron en 2005 es uno de los más bajos de España, con un porcentaje de 26,7 en comparación con el del país en conjunto.

1.2. Marco Normativo

El Plan de Salud de La Rioja se encuentra actualmente en revisión y no se ha encontrado ninguna norma de la Comunidad que haga referencia al aborto. Sin embargo, en el Boletín Epidemiológico que emite el Gobierno de La Rioja se han encontrado dos números dedicados a la presentación de las estadísticas de aborto de los años 2003 y 2004 y uno a las del periodo 1987-2001.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Según datos de 2005, el lugar prioritario de información sobre la IVE fueron los centros públicos en casi la tercera parte de los casos (27,7%) mientras que un 21,2% de mujeres obtuvieron esta información en centros privados. El resto de mujeres (algo más de la mitad (50,9%) se informaron a través de otras fuentes, generalmente Internet y personas conocidas.

2.2. Servicios

El porcentaje de abortos a mujeres residentes en La Rioja que se realizan en establecimientos públicos es sumamente bajo (3,3%), similar el promedio del país (2,9%). Este dato era esperable, dado que sólo un hospital público realiza abortos en esta región y lo hace de manera muy puntual.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁶²

Provincia	Centros públicos	Centros privados
	Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro	

⁶¹ MSC (2006) Informe IVE 2005.

2.3. Financiación

Sólo el 3,3% de los abortos de mujeres residentes en La Rioja durante 2005 se realizaron dentro del sistema público y no supusieron un coste para las mujeres. En el resto de los casos las intervenciones se hicieron en centros hospitalarios y extrahospitalarios acreditados para la realización de IVEs situados fuera de la región. De esta forma, a los gastos directos que las mujeres debieron cubrir, se añadieron los gastos de desplazamiento propios y de sus acompañantes.

2.4. Itinerarios

Casi todas las mujeres que se realizan abortos en La Rioja deben desplazarse fuera de la Comunidad Autónoma. Los servicios más cercanos se encuentran en Zaragoza y Aragón.

CEUTA Y MELILLA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

De acuerdo a los datos del Ministerio de Sanidad para 2005, Ceuta y Melilla presentan la menor frecuencia de abortos de España, tanto en términos absolutos como en relación al número de mujeres que residen en estas ciudades. Durante ese año, se registraron 19 abortos en mujeres residentes en Ceuta y 84 en Melilla, llegando este porcentaje apenas llega al 0,1% del total del país. Por otro lado, la tasa de IVEs por cada mil mujeres entre 15 y 44 años es de 3,25, por debajo incluso de Cantabria. La mayor parte de los abortos de mujeres que residen en Ceuta o Melilla se producen antes de las 12 semanas de embarazo y, sólo uno de cada diez supera este plazo.

El perfil de edad de las mujeres residentes en Ceuta y Melilla que se practicaron abortos en 2005 es similar al del resto del país, es decir, las adolescentes y jóvenes presentan tasas más altas que las del conjunto de las mujeres. Así, en el caso de las adolescentes la tasa en estas ciudades es de 6,19 y la de jóvenes de 5,54 casos por cada mil mujeres entre 20 y 24 años. En cualquier

caso, se trata de tasas menores a las del conjunto de España (11,48 y 16,83 respectivamente).

En lo que se refiere a la salud reproductiva, la mayor parte de las mujeres residentes en Ceuta y Melilla que se realizaron abortos en 2005 no tenían hijos (73,7% y 61,9%), mientras que algunas tenían sólo uno (21,1% y 33,3% respectivamente). De igual manera, la mayoría no había abortado antes (78,9% y 75%) o lo había hecho sólo una vez (21,1% y 20,2%). El uso de Centros de Planificación Familiar entre las mujeres residentes en Ceuta y Melilla que abortaron en 2005 es similar al de otras regiones de España con 36,8% y 40,5% de los casos en comparación con el 41% del país en conjunto.

1.2. Marco Normativo

Los marcos normativos sanitarios en Ceuta y Melilla son independientes y distintos. En el caso de Melilla, la ciudad incluye en su cartera de servicios de atención primaria "el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo", y en el de atención especializada:

"Complicaciones del embarazo; parto y puerperio: Embarazo ectópico y molar, otro embarazo con resultado abortivo (incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos previstos en la legislación vigente)..."

Sin embargo, no hemos encontrado en el Programa de Salud de Atención Primaria una mención específica sobre el asesoramiento para la interrupción del embarazo.

En el caso de Ceuta, el Plan de Salud se está elaborando y debe publicarse durante este año. El Plan de Igualdad de Oportunidades de la ciudad incluye un apartado sobre género y salud pero no menciona el tema del aborto.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Con respecto al lugar donde las mujeres se informaron sobre el aborto, encontramos que el uso de servicios públicos es mayor en Ceuta (31,6%)

que en Melilla (23,8%), estando no obstante ambas ciudades por debajo del porcentaje del conjunto del país (42,9%). El recurso a centros privados en ambas ciudades es similar, implicando a una de cada diez mujeres (10,4% y 9,5%). Son por tanto otras fuentes (como personas conocidas e Internet) quienes cumplen el rol de informar a la mayoría de las mujeres en estas ciudades sobre cómo pueden abortar (57,9% y 66,7%)

2.2. Servicios

No existe ni en Ceuta ni en Melilla ningún centro público ni centro privado acreditado que realice abortos. Por tanto, todas las mujeres que requieren esta intervención deben desplazarse hacia la península. En el caso de las que viven en Ceuta suelen dirigirse a Cádiz o Sevilla, mientras que las de Melilla lo hacen principalmente a Málaga.

2.3. Financiación

Como hemos mencionado, la red sanitaria pública no realiza abortos en Ceuta y Melilla. Cuando los abortos se deben a riesgos graves para la salud física de la madre o a malformaciones fetales, se deriva a las mujeres a centros privados acreditados previamente identificados en la península, donde se realizan las intervenciones sin costo para la mujer y con cargo al sistema sanitario público.

El resto de mujeres deben acudir también a clínicas en la península, en este caso, sin contar con financiación pública alguna.

2.4. Itinerarios

Como hemos visto, el circuito de atención a las mujeres de Ceuta y Melilla que requieren abortar se realiza casi íntegramente en clínicas privadas acreditadas.

En el caso de Ceuta, para el reducido grupo de mujeres que son canalizadas a través del sistema público, el ginecólogo deriva a la mujer al servicio de Evacuaciones, donde se prepara un expediente que incluye informes de dos ginecólogos. Este debe, a su vez, remitirse a la División Territorial del INGESA, desde donde se emite un visado que autoriza la derivación de la mujer a

un centro acreditado situado en Andalucía. Cuando se trata de un embarazo de hasta 12 semanas la derivación suele hacerse a una clínica en Cádiz mientras que los de más de 12 semanas se derivan a Sevilla.

VALENCIA

1. Situación del aborto

1.1. Datos generales y perfil de las mujeres

Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2005 se practicaron en la comunidad autónoma 9.257 abortos, correspondientes a una tasa de 9.1 abortos por mil mujeres entre 15 y 44 años, muy en línea con la tasa para toda España que se ubica en 9,6. Este dato sitúa a Valencia como la séptima CCAA con la tasa más alta de IVEs junto con la Comunidad de Madrid, Baleares, Murcia, Cataluña, Aragón y Andalucía. La mayoría de las intervenciones señaladas se realizaron en el primer trimestre (90,86%) aunque el porcentaje de intervenciones de segundo trimestre fue bastante alto en comparación con otras comunidades autónomas.

La cuarta parte de las mujeres (25,81%) que se realizaron una IVE en 2005 tenían entre 20 y 29 años y una era menor de 20 años (13,91%). Tanto la tasa de abortos en adolescentes (10,9) como la de jóvenes entre 20 y 25 años se situaron por debajo de la media del Estado (11,48).

En lo referente a la salud reproductiva, de cada diez mujeres que se realizaron abortos en 2005 en la Comunidad Valenciana, cinco no tenían hijos (48,59%), y cuatro tenían uno o dos hijos (43,22%). En cuanto a experiencias anteriores de aborto, la mayoría no había tenido ninguno (74,26%) y un 18,13% había tenido sólo uno. Sólo la tercera parte (33,29%) de las mujeres que abortaron en 2005 habían acudidos alguna vez a un centro de planificación familiar, aspecto que debe ser evidentemente reforzado dentro de las políticas sanitarias de la región.

1.2. Marco normativo

Valencia es la comunidad autónoma que más desarrollo normativo presenta en relación con la

IVE. Ya en 1986 el Decreto 149/1986 de regulación de la prestación de los servicios en materia de planificación familiar y sexualidad establecía entre las funciones de estos centros la indicación del aborto de acuerdo a los supuestos legales y la derivación al establecimiento acreditado (art. 3). En el año 89, la Orden de 26 de diciembre de la Consejería de Sanidad y Consumo dispone que en la Guía del Usuario conste información sobre interrupción voluntaria del embarazo. En relación a los hospitales, la Orden de 30 de enero de 1991, establece que los objetivos del programa de planificación familiar a nivel especializado será prevenir los problemas de salud relacionados con la IVE y resolver las demandas de acuerdo a los supuestos legales. Una década más tarde, sin embargo, ni el plan de salud 2000-2004 ni el plan 2005-2008 recogen la cuestión de la IVE. En el primer caso, solo se hace referencia a la prevención de embarazos no deseados dentro del programa de salud sexual y reproductiva y en el segundo a que se promoverán acciones para promover la maternidad dentro del programa de atención a jóvenes.

Además de estas normas, es destacable que algunos convenios colectivos de la administración reconocen a sus trabajadoras el permiso por IVE. Así es el caso de la Resolución de 31 de mayo 1995 sobre Personal laboral de la Generalidad que concede seis días 6 días de licencia retribuida para las mujeres que accedan a una IVE, o la Resolución 10 de febrero 1997 de Universidades que reconoce permiso de 3 días por IVE cuando, en los casos que contempla la legislación vigente, a la trabajadora no se le conceda la incapacidad temporal, previa acreditación de la circunstancia.

2. Acceso a la IVE

2.1. Información

Según datos del Ministerio de Sanidad correspondientes a 2005, los centros públicos fueron el lugar en el que el 51,5% de mujeres que abortaron en la Comunidad Valenciana obtuvieron información previa. Sólo un 5,5% se produjo en centros privados y el resto a través de otras fuentes. Estas cifras demuestran un cierto grado de normalización en cuanto a la información

sobre la IVE en la sanidad pública, en línea con comunidades como Andalucía, Navarra o Murcia, aunque queden todavía lejos de garantizar una cobertura total.

2.2. Servicios

La Comunidad Valenciana es la región que más abortos realiza a través del sistema de sanidad pública. En torno al 10,81% de los abortos realizados en la Comunidad Valenciana se producen en hospitales públicos sin costo para la usuaria. Concretamente existen 14 hospitales que realizan abortos, aunque es el Hospital de la Fe el que más concentra dentro de toda la comunidad. En cuanto a los centros privados acreditados, existen cerca de quince que realizan intervenciones hasta las 12 semanas, y dos de ellos, uno en Alicante y otro en Valencia, que también hacen intervenciones de segundo trimestre. Estos hospitales y clínicas se distribuyen por cada una de las 3 provincias aunque se observa una mayor concentración de hospitales públicos en la provincia de Valencia, donde las mujeres deben en todo caso desplazarse para acceder al aborto de segundo trimestre.

De conformidad con las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas, las autoridades sanitarias son las responsables de acreditar a aquellos centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo los requisitos determinados en el Real Decreto 2409/1986, así lo soliciten.

2.3. Financiación

La Comunidad Valenciana incluye la prestación del aborto dentro de su sistema de salud y garantiza el acceso a la misma a través de un modelo híbrido. Hasta el año 2003, las IVEs se asumían por el Servicio Valenciano de Salud a través de concierto con varios centros privados. Sin embargo, a partir de ese año, se rompe el acuerdo con todos los centros acreditados de la comunidad a excepción de uno de ellos, situado en Alicante, que continúa hoy día concertando con el Servicio Valenciano de Salud. Este es el único que realiza IVEs gratuitas a las mujeres que le son derivadas desde los centros públicos de salud.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS QUE REALIZAN IVEs⁶³

Provincia	Centros públicos	Centros privados
Alicante	Hosp. Gral. Universitario Marina Alta (Denia)	Instituto Ginetec
	Hosp. Del S.V.S Vega Baja	Acuario
	Hosp. del S.V.S Villajoyosaega Baja	Clínica Ginecológica Levante (Alicante)
		Hosp. Maternidad Acuario Espai de Salut
		Clínica Ginecológica Levante (Elche)
Castellón	Hospital General de Castellón	Mediterránea Médica
	Hospital Provincial de Castellón	Acuario Castellón
	Hospital de la Plana (Vila-real)	
		Mediterránea Médica
Valencia	Hospital de la Ribera (Alzira)	Mediterránea Médica
	Hospital Francesc de Borja	Acuario Casa de la Salud
	Hospital General de Ontinyent	Clínica Oeste
	Hospital General de Requena	Clínica El Mar
	Hospital de Sagunto	Centro Sanitario Deia Médica
	Hospital Clínico Universitario	Aragón Médica Xuquer
	Hospital Universitario La Fe	
	Hospital Doctor Peset	

En Valencia y Castellón, es la sanidad pública la que asume la ejecución de parte de la demanda de aborto dentro de los hospitales públicos estableciendo unidades y equipos apropiados a estos efectos.

2.4. Itinerarios

En el caso de la realización de la IVE a través de la sanidad pública, los procedimientos pueden variar de una zona a otra pero en líneas generales suelen conformarse de la siguiente manera: el Centro de Salud Sexual y Reproductiva realiza una ecografía a la mujer que demanda la IVE y redacta una propuesta de consulta que se remite al área de salud mental del hospital correspondiente. En el CSSR se informa de las otras opciones existentes por si las mujeres prefieren ser intervenidas en una clínica privada o por si rechazan el caso en el hospital. En el hospital dan cita a la mujer para una primera entrevista con el psiquiatra con lista de espera de una semana aproximadamente. En el CSSR informan

a la mujer del día y la hora de la cita, donde se tienen que presentar con el DNI y la propuesta escrita que se redactó en el CSSR. Una vez en el hospital, el psiquiatra valora la propuesta y firma en su caso el informe positivo para que pueda ser realizada la IVE. Los criterios que siguen los psiquiatras no se conocen pero tampoco deben constar específicamente en su informe. Algunas fuentes informan que no suelen firmar informes positivos a mujeres que presentan abortos de repetición. En el supuesto de ser aprobada la solicitud, el caso se envía a Maternidad, desde donde llaman a la mujer para citarla. Si no se acepta, el hospital lo comunica a las mujeres pero no las deriva a las clínicas privadas acreditadas. La lista de espera para la cita con maternidad puede superar los 20 días y llegar al mes, principal motivo por el que muchas mujeres deciden finalmente acudir a los centros privados y costearse la intervención. Cuando hay mucha lista de espera puede suceder que el hospital derive algunos casos a las clínicas privadas, haciéndose cargo de los gastos.

⁶³ MSC (2006) Informe IVE 2005.

El **Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva**

es una plataforma estatal integrada por organizaciones y personas de diversos sectores profesionales, desde el mundo académico hasta asociaciones sanitarias y ONG de desarrollo, que nace en 1996 con el objetivo de promover la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género. Para ello desarrolla actividades de investigación, incidencia política, sensibilización y cooperación, a través de las cuales pretende contribuir, junto con otros actores sociales, a mejorar las políticas existentes en estos ámbitos de actuación.

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.grupogie.org

ACAI es una asociación estatal que nace en 1997 como una asociación sin ánimo de lucro, reuniendo a más de 31 clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo en nuestro país. Las clínicas que integran ACAI funcionan como una red solidaria en 21 ciudades y 11 comunidades autónomas, estando todas ellas acreditadas por la Administración Sanitaria para la práctica legal de abortos. Esta Asociación busca dar a conocer el trabajo de un amplio sector de profesionales del ámbito de la salud reproductiva y el aborto, pero sobre todo intenta aunar esfuerzos para conseguir el máximo nivel de calidad en la atención de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

ACAI
Avda de la Constitución, 32 Entlo.
33207 Gijón
www.acaive.com

Elaborado por:

Grupo de Interés Español en
Población, Desarrollo y Salud Reproductiva **GIE**

en colaboración con:



Financiado por:
Ministerio de Sanidad y Consumo