



SALUD REPRODUCTIVA

www.tutormédica.com



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

VIII CONGRESO

LA IVE EN ESPAÑA

BILBAO

2004



Santiago Barambio

Agrupación **TUTOR MEDICA**

JUSTIFICACION DE LA PONENCIA

Cuando el Dr. Lertxundi me encargó la ponencia para este congreso.....

Resalté que.....

No Soy La Persona Idónea

Puesto que al no ser epidemiologo me seria difícil hacer un buen trabajo

El, quería una valoración **REAL** del Aborto Provocado

Todos los que estamos directamente relacionados con la practica del AP estamos convencidos de que

Las cifras, no son reales, no reflejan realidades ni creemos que sirvan pero.....

¿Es demostrable?

Les aclaro que yo en este trabajo **NO** lo haré,
Pero puede servir para la reflexión.

INTRODUCCION

Acepté el encargo por que me preocupa y así tener un motivo para trabajarlo pero como verán para cumplir el objetivo tendré mas bien que.....

RESALTAR ASPECTOS INCONGRUENTES

que pueden afectar a las cifras que se manejan y su significado.....

MÁS QUE APORTAR DATOS

Trabajo que puede ser considerado subjetivo

pero garantizo el intento de objetividad y

su finalidad es intentar.....

DEMOSTRAR QUE LAS CIFRAS OFICIALES PUEDEN SER POCO FIABLES Y/O POCO ÚTILES

El alza de las cifras de APs entre los años 1993 y 2002

Son más utilizadas como escándalo.....,

Por medios de comunicación y grupos sociopolíticos que.....

ANALIZADAS

Pero.....

¿ES REALMENTE UN PROBLEMA?

¿SI LO ES? ¿TIENE SOLUCIÓN?

INTRODUCCION

deberíamos plantearnos si.....

HA EXISTIDO SIEMPRE EL MISMO NUMERO

Y

LA REALIDAD SE VA EVIDENCIANDO PROGRESIVAMENTE

O

sucede que ante un recurso necesario, conquistado con dificultad

LA SOCIEDAD LO VA UTILIZANDO CADA VEZ MÁS

O

AMBAS COSAS

CONOCER LA REALIDAD DEBERÍA SER MÁS

TRANQUILIZADOR, QUE PREOCUPANTE

INTRODUCCION

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

CLANDESTINO, INJUSTO, CARO, PELIGROSO E INCONTABLE

PLANTEAMIENTO

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

PRIMERO

En el título de esta ponencia se denomina al Aborto Provocado (AP) como Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) cuando la Ley Española (Ley 9/1985, de reforma del Artículo 417 bis del CP) habla de “aborto practicado por...” y establece unos supuestos o indicaciones por los cuales “no será punible” y por lo tanto la voluntariedad como único motivo, lo convertiría en ilegal

Esta denominación es pues un autoengaño, o un deseo político, o puede interesar, porque al ser “voluntario” es justificable el que no sea atendido y costeado por el Servicio Nacional de Salud. Por el contrario si es una “indicación” debería obligatoriamente ser cubierto por la SS, por ser la solución a una alteración del estado de salud.

Esta denominación, ¿para qué, sirve?

Veamos conceptos:

- Para distinguirlo de los abortos espontáneos podría ser correcto.
- También se está usando el término “Interrupción Legal del Embarazo” (ILE), que parece dar a entender que las “IVEs”, son dudosamente legales.
- La Ley que despenaliza el aborto no habla de voluntario, ni legal, solo lo titula aborto y lo despenaliza restringidamente.
- Todo aborto que no sea espontáneo, es provocado, inducido, intencionado o como quieran llamarlo, pero aborto, sea practicado dentro o fuera de la Ley.
- La OMS, (R.T. 461) lo define, es: *“La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal”* por lo que apunté una definición (Barambio 1999) de AP basada en ésta: *“Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”*.

o ¿debería decir?

“Evacuación total intencionada del contenido de un útero, con gestación evolutiva normal, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”.

- Estas dos definiciones, en un registro contendrían datos muy distintos,
 - La primera contendría actos sobre gestaciones con embrión o feto vivo.
 - La segunda aquellos que suponemos evolucionarían bien, deseados o no, que de no hacer nada, darían nacidos sanos y que la mujer embarazada ha decidido evitarlo, por algún motivo.

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

SIN UNA DEFINICIÓN DE LO QUE HACEMOS, TAMPOCO SE PUEDE SABER EXACTAMENTE QUE MEDIMOS Y QUE SIGNIFICADO TIENE. SE IMPONE UNA DEFINICIÓN O VARIAS.

¿Medimos cuantas mujeres no quieren que llegue a nacer, el ser concebido, por la razón que sea?, porque ha sido contra su voluntad, porque no estaba previsto, porque pone en peligro su salud física, porque aun cuando era una gestación buscada, ha dejado de desearlo por que sus condiciones de vida o salud han cambiado, o porque las condiciones fetales no responden a las esperadas física o psíquicamente.

¿SON TODAS LAS SITUACIONES DE AP, “VOLUNTARIO”?

¿Solo interesa medir aquellas que han concebido en coitos no controlados y sin protección, o las que aún cuando lo deseaban, han cambiado de opinión?.

¿CONSIDERAMOS A LAS QUE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO LES HA FALLADO COMO VÍCTIMAS DE UNA SITUACIÓN INVOLUNTARIA Y NO LAS CONTAMOS O LAS CONTAMOS APARTE?.

Según como lo miremos no hay ningún aborto voluntario, todos los embarazos, deseados o no, afectan a la mujer y por lo tanto, atendiendo a la definición de salud de la OMS, a su salud física y psíquica, y por lo tanto también a los abortos de cualquier índole.

¿VINCULAR EL AP A LA SALUD, ES UN AVANCE SOCIAL, O NO?

En definitiva, unos números que según se manejen significan cosas diferentes para analistas diferentes.

¿INDICAN ALGO REALMENTE PROBLEMÁTICO PARA LA SOCIEDAD?

Aparte de tener números

¿SACAMOS CONCLUSIONES ÚTILES?

SEGUNDO

¿Es el Embarazo No Deseado (END), por el motivo que sea, lo que nuestra sociedad no desea?

Pero consideramos que mientras no se aborte no es un problema.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

**SI LO ES, EL END Y EL AP ES LA SOLUCIÓN POSTCONCEPCIONAL,
DEBERÍA SER FELICITADA SU EXISTENCIA**

Soluciona el problema real, es decir el END

Sin embargo la realidad es que anatematizamos al AP como problema y sobre todo lo que preocupa socialmente es **el número y el crecimiento** de ellos

EN LUGAR DE ANALIZAR QUÉ ES LO QUE DEBEMOS CORREGIR

PARA QUE NO SE DEN TANTOS END

SERÍA MEJOR

**POLÍTICAS DE PREVENCIÓN ANTICONCEPTIVA Y
EDUCACIÓN SEXUAL**

Tercero

¿Cómo contamos el AP?, ¿cuales nos preocupan?

Si solo preocupan los realizados por el supuesto de riesgo para la salud psíquica materna, ¿porque se cuentan todos en la misma estadística? ¿Porque los centros públicos y privados “decentes” hacen solo los que “caen” bajo el supuesto de salud fetal, violación y salud física materna? y les cambian el nombre a ILE y los que son por causa de salud psíquica los nombran IVE y los difieren a “una clínica especializada”.

En esas clínicas especializadas se practican también, abortos diferidos de mujeres que no lo sabían (en TM 2001 el 3.6%), pero que abortarían igual ¿cómo se contabilizan?, como actos médicos para solucionar un aborto espontaneo o como demanda de aborto por causas psíquicas que es la realidad.

Si lo que deseamos es conocer el END, **SI** se deberían registrar

Si lo que queremos es conocer el numero de gestaciones evolutivas que interrumpimos, **NO**.

¿CAOS NUMERICO?

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

(en TM en 2002 se practicaron 96 y se declararon según su supuesto 19)

CUARTO

La población ha socializado el hecho del AP, perdiendo la impronta de inaccesible, peligroso o prohibido, por lo que.....

- Mujeres que viajaban al extranjero por miedo a estar cometiendo un delito o caer en malas manos ya no lo hacen

Wm. Robert Jonsthor(2004) en Londres y Gales el número de APs a extranjeras pasa de 33.605 en 1984 a 9.910 en 2001

Otras, todos lo sabemos, practicaban o practican el aborto, en clínicas o consultas no acreditadas, a elevados precios, por médicos “normales” con una tapadera clínica cualquiera, casos que son ignorados

- Muchas de estas mujeres, actualmente con mejor información, acuden a centros especializados, resultando mejor tratadas a menor coste y contabilizadas.

**SE HA AUMENTADO EL NÚMERO, PERO HEMOS MEJORADO
ACCESIBILIDAD, CONTROL Y ATENCIÓN.**

QUINTO

Hay un registro de casos, bastante impreciso por no decir caótico y poco esclarecedor, pero lo hay.

Sin embargo no hay registro de complicaciones, la mayoría de los casos que entran en un hospital por alguna complicación real o subjetiva se clasifica como metrorragia o algia pélvica.

Es decir en España no sabemos las complicaciones que hay del procedimiento, **¿no nos interesan que resultados tenemos?.**

Sería otro método de información valioso sobre el total real útil.

Tal vez no se contabilizan las complicaciones para que no se observe que en buenas manos es poco peligroso, **y se pierda aún más el miedo a abortar.**

SEXTO

- En todos los países se sospecha una infradeclaración por motivos fiscales, por considerar que las principales actoras son clínicas privadas (en España 97.5% del AP) es decir, empresas que reflejaran las cifras de abortos que deseen, en función de sus propios conceptos de honradez fiscal y de lo que necesitan declarar para justificar sus gastos, hecho que cito por reiterada referencia a él, pero que desconozco si es real, pero que de existir, influiría en las cifras.
- Podríamos considerar que el mantenimiento de los precios al público, acompañado de un incremento de costos empresariales
- El aumento del número de centros y su distribución territorial podría producir un incremento de la declaración para mantener balances sin pérdidas, con el consiguiente incremento numérico oficial, esto, **de ser cierto, solo sería una constatación de la realidad.**
- Cuando el AP esta pagado por dinero público, en centros especializados concertados, las cifras son más estables.

(Robert Johnston ve en Londres y Gales del 98 al 2002, cifras oscilando sobre 175000)

SÉPTIMO

La inmigración, desde el año 1997, de mujeres en edad fértil, con usos anticonceptivos nulos o poco seguros, ha aumentado.

(TM, entre el 31.15 y 51.2% ningún método)

Sin embargo, en caso de un END utilizan el recurso del AP.

Todos hemos registrado un aumento significativo de demanda de inmigrantes
(en TM de 9.2% (1995-1996) a 20.6% (2000-2001))

QUE SE REFLEJARA EN UN AUMENTO GLOBAL.

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

OCTAVO

El **AP de repetición en el año** debería registrarse de manera especial y aparte Puesto que más que indicar un aumento del numero global, indica.....

Un **número de personas en situación social digna de consideración**

(En TM entre En, y Sep. de 2001 repitieron un 5.52% de las \leq de 20 años).

Esta contingencia puede pasar desapercibida a la administración siendo un dato importante y afectando.....

- La tasa por 1000 mujeres de 15 a 44 años y
- La estadística de las que tienen mas de un aborto en su vida.

NOVENO

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

DÉCIMO.

El aborto registrado es un indicador del número de END, pero no la realidad

El IMSP(2), extrapolando del registro de defectos congénitos de Barcelona

Sitúa el END que no se aborta provocadamente, en cifras alrededor del 20%

- En la franja 20-24 años esta en el 26%
- En la de \geq de 40 años esta en el 36%,

PERDONEN PERO INSISTO

• ¿Preocupa el número de END, que condicionará la vida futura de la mujer?

O

• ¿Preocupa el número de abortos provocados en general?.

Si preocupan los END, **deberíamos contar** bien los que dependen de una mala gestión de la anticoncepción o cambio de planes vitales de la mujer,

Distinguiendo las que usan métodos anticonceptivos de las que no, los grupos sociales, las repetidoras, las extranjeras reales y las residentes ilegales etc.,

Cifras que sean útiles para buscar soluciones al END

Todos los otros embarazos que se abortaran provocadamente, podemos considerarlos como “inevitables”, ya que no son debidos a una sexualidad voluntaria o son embarazos deseados.

CONCLUSIONES

Un aborto es un aborto, independientemente del motivo por el cual ocurra

Cada motivo es vivenciado por el individuo y su sociedad de manera diferente

- Los espontáneos de deseados, como un problema de fertilidad
- Los APs de gestaciones deseadas pero con mala evolución fetal o que crean un peligro para la salud física de la madre y cuando son abortos para solucionar un delito contra la libertad sexual (violación), como una mala suerte que tiene una solución médica
- Los de una mala gestión de la anticoncepción, como una solución personal a un problema económico, social o vital, según el caso.

Siempre es un problema individual y social con ópticas distintas según cada persona y grupo social y su prevención será distinta, según prioridades.

CONCLUSIONES

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

En ese contexto puede ser muy rentable, políticamente hablando, el manejo de las cifras para ocultar lo que no conviene o destacar aspectos negativos que impregnan al propio acto médico per se.

Despreciando hacer análisis de causas y usarlas para soluciones reales.

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

La lectura práctica es valorar el AP derivado del END.

ENTENDIENDO COMO PROBLEMA EL END

Los otros APs. seguirán dándose como complicación de la vida

NECESITAMOS REGISTROS QUE DEMUESTREN LO EXTENSO Y REAL DE LA SITUACIÓN.

Para poder hacer políticas encaminadas a.....

A.- Prevencion = sexualidad y Anticoncepcion segura.

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

B.- Solucion = AP seguro, Recursos economicos, Adopcion

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

OS ESPERAMOS EN BARCELONA