

La sanidad pública de espaldas a los derechos de las mujeres

Isabel Soriano Villarroel, AMPLIA
Lucía Mazarrasa Alvear, Forum de Política Feminista

Buenas tardes a todas,

Empezaremos nuestra ponencia haciendo una breve reflexión sobre la estrecha relación que hay entre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres reconocidos internacionalmente.

Sigue siendo necesario recordar el marco internacional que recoge los derechos sexuales y reproductivos, ya que la realidad nos indica que es una cuestión desconocida en muchas ocasiones por la ciudadanía, las y los profesionales de la salud y el conjunto de nuestras y nuestros políticos.

La primera formulación internacional acerca de los derechos reproductivos la encontramos en la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán en 1968, que estableció el derecho de las parejas a decidir el número de criaturas que deseaban tener así como su espaciamiento. Posteriormente, en la Conferencia de Población de Bucarest celebrada en 1974, se reconoció además el papel del Estado a la hora de asegurar esos derechos, lo incluía la información y el acceso a los métodos de control de la fecundidad.

Un año después, en 1975, la Declaración de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer en México, reconocía el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a las diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, entre los que se encontraba la maternidad opcional.

Dando un paso más, llegamos a la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo en 1994, donde los derechos sexuales y reproductivos quedan incluidos dentro de los derechos humanos, decisión que se ratifica en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing en 1995. Estas dos conferencias configuran un hito respecto al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (entre otros) y establecen y dan solidez a los discursos elaborados por las feministas en pro de la igualdad de oportunidades. Además, emplazan a los Estados firmantes a crear las estructuras y servicios necesarios que den cobertura a los derechos sexuales de las mujeres, contribuyendo así, a su empoderamiento.

Finalmente, para cerrar esta breve recapitulación histórica, es importante recordar que el año pasado, en la Resolución 1607(2008) del Consejo de Europa, se reconoció el aborto como un derecho, remarcando que la libertad de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo debe ser respetada, y que los Gobiernos de los Estados miembros, deben garantizar que la interrupción del embarazo sea una práctica accesible y segura.

Veremos que a pesar de esto, y aunque España ha ratificado cada uno de los acuerdos internacionales antes mencionados, las mujeres que acuden a practicarse una IVE tienen serios impedimentos para ejercer plenamente de estos derechos.

Ahora me gustaría hacer hincapié en la vinculación entre el derecho a la salud de las mujeres y el aborto. Me parece importante mencionar el reconocimiento de la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su salud de acuerdo con su proyecto de vida.

De este modo, cuando la continuación de un embarazo afecta la salud de la mujer gestante en su dimensión física, mental o social, la posibilidad de optar por su interrupción es un ejercicio de los derechos a la libertad, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad y de la vida. En este sentido, no podemos permitir que este derecho se vea limitado con la nueva regulación del aborto, ya sea como una ley de plazos o de supuestos.

Es fundamental que, en lo referente a la IVE, las mujeres puedan optar de manera libre sobre la continuación o no de sus embarazos y de esta forma desarrollar un proyecto de vida decidido de manera autónoma, sea éste el que sea.

Por último, quiero recordar aquí que numerosas instituciones y declaraciones internacionales en contra de la violencia de género como la CEDAW, reconocen que aquellas acciones que fuerzan a las mujeres a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad, violan el derecho a la dignidad de las mismas. Entre ellas se encuentran la maternidad no deseada, la imposición de la continuación de un embarazo que amenaza su salud, el embarazo forzado, y la interrupción o la continuación forzada del mismo. En consecuencia, cualquier Estado o institución que directamente o por omisión evite garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco que hemos mencionado, entendemos que estará violando los derechos humanos.

Estas conductas, y no la defensa de los derechos de las mujeres a ejercer control sobre su sexualidad, como venimos defendiendo las feministas desde tiempos inmemorables, constituyen una violación de la libertad sexual y reproductiva y, por lo tanto, son incompatibles con el derecho a la salud, además de constituir una violación de la dignidad de las mujeres y su derecho a la autodeterminación reproductiva y a la integridad personal.

Nos parece básico, por tanto, que la nueva regulación del aborto que está llevando a cabo el Gobierno garantice en su totalidad los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es decir, que garantice el derecho de las mujeres a ejercer, como ya he dicho, un control pleno sobre su sexualidad y por ende sobre su cuerpo.

No quiero alargarme más, pero creo que con lo dicho ha quedado suficientemente claro que no podemos desligar el aborto de los derechos humanos.

Así que ahora, a través de las palabras de Lucía, veremos si la Sanidad Pública está de "cara" o de "espaldas" a las mujeres.

Inequidad del sistema sanitario publico

Según el Informe anual del Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007 se notificaron 112.138 IVES. En menores de 15 años fueron 500 y entre 15 y 19 años 14.807, representando estos dos grupos el 13,79% del total.

Para el 67,57% de las mujeres era su primer aborto; ya habían tenido un aborto previo el 22,93%, para disminuir considerablemente las mujeres que han tenido dos abortos al 6,25% y solo el 2,19% habían tenido más de 3 abortos previos (2.150 mujeres).

Mas del 50% de las mujeres no habían acudido nunca a un centro de planificación familiar: 66.582. Aunque que esta previsto que en los centros de atención primaria se de información y atención a la anticoncepción y prevención de embarazos imprevistos, pero la realidad es que no se esta haciendo esta prestación a tenor de los datos.

Estas cifras nos hablan de barreras estructurales hacia la prevención lo que requiere de estudios en profundidad para abordar la prevención de embarazos imprevistos.

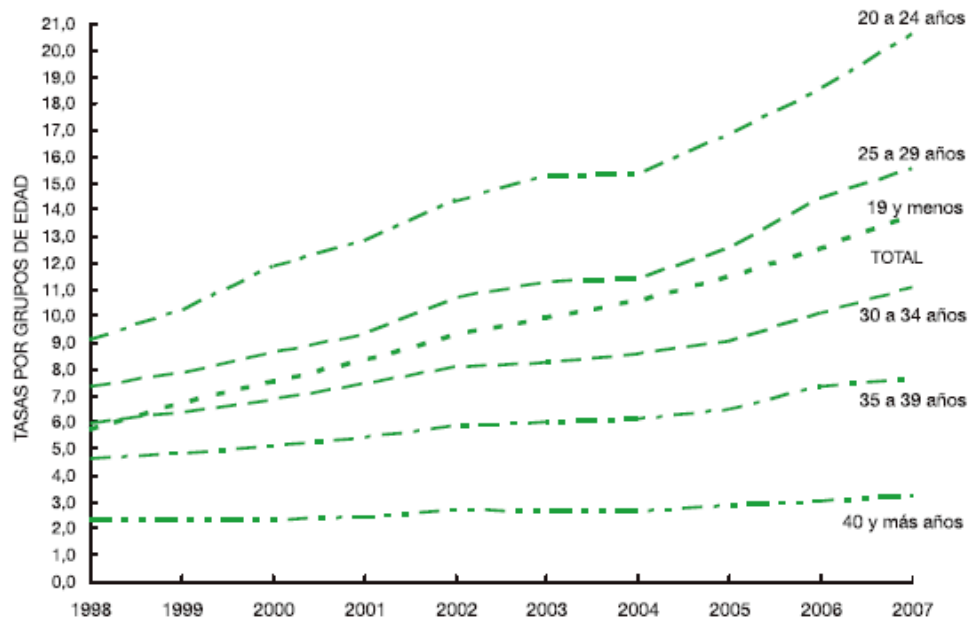
Tabla 1 y figura 1¹

**Tabla EV.1. I.V.E. tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad
1998-2007. Total Nacional.**

	<u>Año de intervención</u>									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49
19 y menos años	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79
20-24 años	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65
25-29 años	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57
30-34 años	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07
35-39 años	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67
40 y más años	2,35	2,34	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25

¹ Se numeran las tablas en el mismo orden que el Informe de Interrupción Voluntaria del Embarazo: Datos definitivos correspondientes al año 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msps.es

Figura 1. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 1998-2007



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 2007

15

Los motivos notificados para la IVE fueron: Salud materna el 96,93%, Riesgo fetal, 2,91%, Violación 0,01%.

Tabla EV.4. I.V.E. Distribución porcentual según tipo de centro, semanas de gestación, motivo de la interrupción. 1998-2007. Total Nacional.

	Año de intervención									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TOTAL I.V.E	53.847	58.399	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138
Motivo de la interrupción										
Salud materna	97,32	97,22	97,16	97,16	96,81	96,89	96,70	96,68	96,98	96,93
Riesgo fetal	2,27	2,47	2,57	2,53	3,03	2,83	3,06	3,16	2,83	2,91
Violación	0,03	0,04	0,05	0,09	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
Varios motivos	0,28	0,19	0,14	0,22	0,13	0,26	0,22	0,15	0,18	0,15
No consta	0,10	0,09	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

También es conocido que la mayoría de las IVES se realizan en las 12 primeras semanas de gestación: el 88,15%; entre las 13 y la 16 semanas se realiza el 6,20%; entre la 17 y 20 semanas el 3,69% y en las 21 semana y más se producen el 1.93% lo que supone 2.164 mujeres, de ellas 28 son menores de 15 años y 327 tiene entre 15 y 19 años. Entre estos dos grupos de jóvenes 89 IVES se debieron a riesgo fetal y el resto por razones de salud.

Traemos a colación estos datos por las propuestas que el Comité de Personas Expertas hace al Ministerio de Igualdad en relación a una legislación de plazos (14 semanas) y de indicaciones en las que limita la edad gestacional a las 22 semanas. Propuesta que nos parece totalmente inapropiada porque no contempla el derecho a decidir de la mujer como base fundamental de la nueva normativa y porque deja fuera una realidad que supone, además de una vulneración de sus derechos, un grave sufrimiento para muchas mujeres.

Tabla 5. Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional

Año	8 ó menos semanas (%)	9 -12 semanas (%)	13 - 16 semanas (%)	17 - 20 semanas (%)	21 ó más semanas (%)	No consta (%)
2007	62,84	25,31	6,20	3,69	1,93	0,04
2006	62,23	25,71	6,14	3,87	1,97	0,08
2005	62,09	25,84	5,98	4,05	1,98	0,07
2004	61,43	26,50	6,33	3,69	2,02	0,03
2003	63,52	25,36	5,57	3,62	1,92	0,01
2002	62,69	26,54	5,36	3,53	1,85	0,03
2001	64,29	25,05	5,25	3,68	1,67	0,07
2000	65,03	25,68	4,47	3,30	1,45	0,06
1999	64,66	25,83	4,51	3,28	1,41	0,31
1998	64,80	26,63	4,04	2,88	1,35	0,30

La sanidad pública tampoco se hace cargo de la prestación de la IVE, si bien en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud esta previsto que se realice en los hospitales públicos, es bien conocido que se hacen una minoría .Prácticamente no llega al 3% los abortos que se realizan en sector público, y ha ido descendiendo esta cifra hasta el 2,08% en el año 2007 el año que menos IVES se han desarrollado en la pública en la última década. Casi la totalidad de los abortos se realicen en el sector privado, lo que nos confirma que el sector público se desentiende de ofrecer este servicio.

Tabla 4. Distribución Porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro. Total Nacional

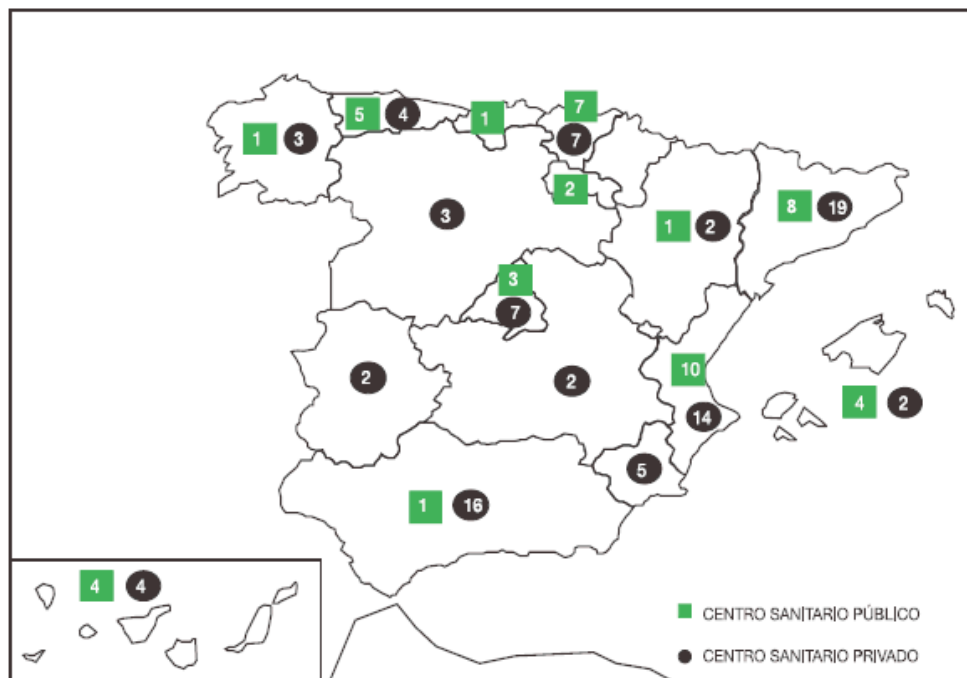
Año	Centros públicos			Centros privados		
	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)
2007	2,08	2,08	0,00	97,92	10,55	87,36
2006	2,51	2,51	0,00	97,49	9,11	88,38
2005	2,91	2,91	0,00	97,09	9,88	87,21

2004	3,57	3,56	0,00	96,44	9,72	86,73
2003	2,86	2,41	0,44	97,15	10,13	87,02
2002	2,47	2,09	0,38	97,53	8,87	88,66
2001	2,43	2,16	0,28	97,57	8,85	88,72
2000	2,37	2,11	0,26	97,63	8,34	89,29
1999	2,53	2,24	0,29	97,46	7,78	89,68
1998	2,64	2,33	0,31	97,37	7,65	89,72

Cinco comunidades autónomas –Navarra, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Murcia más Ceuta y Melilla no hay ningún servicio público (ni tampoco privado en el caso navarro) que realice abortos, lo que obliga a las mujeres a desplazarse a otras comunidades.

En el siguiente grafico publicado por el MSC en 2007 se puede comprobar que no hay centros públicos donde realizar el aborto en algunas CCAA y no importa el color político por las que hayan estado y están gobernadas: aquí no hay diferencias entre el PSOE y EL PP.

Figura 7. Distribución de centros que han notificado I.V.E.s. según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España, 2007



Esto significa que la financiación de esta prestación en la actualidad sigue recayendo en las propias mujeres: Algunas CCAA tienen concertos con la red privada para derivar a las mujeres, y aunque sabemos las IVES que se hacen en los centros privados concertados y no concertados esto no significa que todas las IVES que se han notificado en los centros concertados hayan sido financiados por el sistema sanitario público. Pero es que además no

hay criterios transparentes de quiénes pueden acceder a esta financiación, lo que supone un tratamiento desigualitario en el estado español y al interno de cada CCAA. La mitad de las comunidades –Cantabria, País Vasco, La Rioja, Canarias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Aragón y Baleares no ofrece “ningún tipo de financiación pública”, lo que obliga a las mujeres a pagarse el aborto de su bolsillo salvo que formen parte de los escasísimos casos que son intervenidos en centros públicos.

Solamente las CCAA de Valencia y Madrid han publicado los datos de financiación pública a través de concertos con el sector privado. En la Comunidad Valenciana desde 2001 que es el año de mayor % de financiación, el 41,7%, ha descendido al 33.7% en el 2006. En Madrid en el año 2007 la financiación supuso solamente el 22,3 % del total de IVES practicadas. Respecto a Andalucía se presentó una comunicación en el Congreso de la Sociedad Española de Contracepción 2008 en la que se manifestaba que la financiación había sido del 60% en 2006. En 2007 se financiaron el 73,57%(información no publicada). No hay información publicada del resto de las CCAA, ni del MSC al respecto.

También resulta inaceptable que un sistema público de buena calidad como el español con una alta especialización, realice solo el 16,9% de las IVES más complejas, supuestamente las de mayor semanas de gestación: solamente realizó 366 IVES de más de 21 semanas frente a 1.798 que se realizaron en el sector privado, o sea 1/6 parte de las mismas.

Todo esto es reflejo de una patente inequidad de nuestro sistema sanitario publico y por eso las mujeres acaban solucionando su problema individualmente en el sector privado

La anticoncepción

Los métodos anticonceptivos no están financiados por el sistema sanitario público a excepción de los anticonceptivos hormonales de primera generación y esos solamente se recetan por motivos diferentes al de la anticoncepción.

Es decir, tampoco tienen el mismo tratamiento que otros medicamentos en el sistema publico, de modo que el coste de los anticonceptivos recae sobre las mujeres: preservativos, diafragma, DIUS, y anticonceptivos orales, lo que constituye otra inequidad en relación al resto de la prescripciones farmacéuticas.

Nos parece una medida importante la tomada anteayer por el gobierno en relación a la dispensación de la píldora de emergencia en farmacias sin necesidad de receta. Pero constatamos que también el coste recaerá sobre las mujeres una vez más.

Hasta ahora se dispensaban en algunos servicios públicos gratuitamente, pero no sin trabas reales que no estaban resueltas en muchas CCAA. Habrá que evaluar cómo se desarrolla esta medida y especialmente cómo llegan a la población joven.

El constante aumento de abortos sobre todo en jóvenes, como demuestran los estudios oficiales realizados, que el acceso a los métodos anticonceptivos para las y los jóvenes demuestra las barreras aun existentes.

El Sistema Nacional de Salud no ha incorporado a las iniciativas de promoción de la salud de manera clara ni suficiente la Educación para la SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA

La educación sexual es una asignatura pendiente en nuestro país: La educación sexual y afectiva durante la escolarización brilla por su ausencia, lo que supone que las chicas aun sigan sometidas a los mandatos de una sexualidad masculina y los chicos y hombres siguen sin asumir su responsabilidad en la anticoncepción dándose un aumento de embarazos no previstos. La violencia y abusos sexuales no disminuyen. Tampoco asumen cuidados preventivos a las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA que esta creciendo mas en la mujeres que en los hombres, aunque haya disminuido en su conjunto.

Objeción de conciencia

Se observa una perversión del concepto de objeción de conciencia. Se analiza que existen dos elementos clave: el mal uso que el personal sanitario hace de este concepto y la constatación de que al hacer este uso de la objeción se está atentando contra los derechos de la ciudadanía al primar el derecho de los profesionales sobre el derecho de las mujeres

El sistema sanitario tiene que garantizar que haya servicios libres de objetores que significa la contratación de profesionales para garantizar la practica de la IVE en el sistema publico, de modo que no puedan argumentar esta opción moral para obstaculizar el aborto como se ha venido haciendo hasta ahora.

Por lo tanto es imprescindible la regulación de la objeción de conciencia de profesionales en los servicios sanitarios públicos y farmacias. Las sentencias habidas (Tribunal Superior de Justicia de Andalucía que avala la objeción de las oficinas de farmacia) en materia de objeción de conciencia atentan contra el derecho al acceso de la población.

La formación de las y los profesionales de salud

La formación en los derechos sexuales y reproductivos y la practica clínica de la interrupciones voluntarias del embarazo no se contempla en los curriculums académicos de las profesiones sanitarias. No se puede perder de nuevo la oportunidad que supone la reforma curricular de Bolonia para incluir los contenidos que capaciten a las y los profesionales para su práctica tanto quirúrgica como farmacológica, así como de educación sanitaria basada en los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de normalizar y de garantizar la IVE en el sistema sanitario publico.

Por todo ello en el manifiesto hacemos constar **que se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en la red sanitaria pública:**

- a. que se regule la objeción de conciencia del personal sanitario.** Compartimos lo que se recoge en el informe de la Subcomisión, según el cual la objeción de conciencia no podrá, en ningún caso, ser invocada por los centros sanitarios. Corresponderá a las autoridades sanitarias velar en todo momento por la efectividad de esta prestación
- b. que se garantice la equidad territorial** mediante la elaboración de un protocolo común para todo el Sistema Nacional de Salud, que asegure la prestación efectiva de la interrupción voluntaria del embarazo en la red sanitaria pública
- c. que se respete y se preste apoyo institucional al conjunto de profesionales** que practica efectivamente los abortos
- d. que se realice un seguimiento médico protocolizado** después de la IVE con el fin de fomentar prácticas sexuales seguras entre las mujeres y los hombres
- e. que la anticoncepción tenga el mismo tratamiento financiado que otros productos de farmacia y parafarmacia dentro del sistema sanitario público**
- f. instamos a incluir la atención al aborto en los estudios de medicina, enfermería y otras profesiones socio-sanitarias**

Fuentes consultadas:

- Taller las mujeres en el estado de bienestar. Forum de Política Feminista. Madrid 21 de junio 2008. *Equidad en salud , derechos sexuales y reproductivos y aborto*. Lucia Mazarrasa Alvear
- Ana Cristina González Vélez (coord.) Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Agosto 2008. Disponible en: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co>
- Interrupción Voluntaria del Embarazo: Datos definitivos correspondientes al año 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msps.es

- Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE) y la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI).
- Informe del Comité de Personas expertas sobre la situación de la IVE en España y propuestas para una nueva regulación. 5 marzo 2009
- Conclusiones de la Subcomisión del Congreso de Diputados sobre la Reforma de la regulación de La IVE en el marco de una nueva norma sobre Derechos y salud sexual y reproductiva. Nº expediente: 154/000004