

**Francisca García y Eva Rodríguez**

## **Aborto provocado: ¿en los centros públicos?**

El pasado 16 de febrero quedó aprobada la reforma de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo. Entre los muchos aspectos que aborda la Norma destaca la voluntad de realizar la prestación sanitaria de aborto provocado directamente en los centros públicos en un esfuerzo por acercar este recurso a las mujeres en cada uno de los territorios.

Más allá de que compartamos la idea de que las prestaciones sanitarias, todas ellas no solo la IVE, deben ofrecerse cerca del domicilio de las personas y siempre y cuando ese acercamiento no suponga una merma de la calidad; la apuesta de la reforma vuelve a abrir un interrogante: ¿está la Sanidad Pública preparada para realizar en sus centros la interrupción voluntaria de la gestación?

La Ley de SSR e IVE del 2010 consagraba la voluntariedad de la mujer frente a su IVE y apostaba también por la formación de los y las profesionales en todas y cada una de las técnicas de aborto para garantizar no solo el relevo generacional sino sobre todo para que las mujeres pudieran decidir interrumpir su embarazo con el método más acorde a su situación médica y personal. Pasados trece años de la vigencia de esta Ley, este principio de la Norma: la formación de los/as profesionales, no se ha cumplido, es decir, la Sanidad Pública no ha hecho “los deberes”.

La reforma recientemente aprobada comienza a dar sus primeros pasos sin que el aborto provocado sea materia curricular en las carreras de la Salud, tampoco se enseña durante la especialización. Los/as profesionales no solo no aprenden todas y cada una de las técnicas de IVE, sino que, además, como consecuencia de lo anterior, no se han creado unidades multidisciplinares formadas por profesionales expertos/as en los protocolos médicos y sanitarios de aborto provocado.

Podríamos dar muchos argumentos que explicasen esta dejación de responsabilidades, pero fundamentalmente todo gira en torno a una razón básica: la asistencia al aborto continúa siendo la más ideologizada de las asistencias sanitarias, como consecuencia de ello la objeción profesional, que no ética, es la más extendida de las objeciones entre el cuerpo de médicos/as y personal sanitario frente a la IVE.

Para luchar contra esta circunstancia es imprescindible establecer un modelo asistencial cuyos/as profesionales estén claramente posicionados/as en la defensa de los derechos de las mujeres. Profesionales que respeten, posibiliten y protejan sus decisiones con seguridad y calidad asistencial. Un modelo dispuesto y preparado para continuar erradicando prejuicios y estigmas, con resiliencia para soportar beligerancias externas e internas.

Estos equipos multidisciplinares, no desarrollados en la Pública, tienen que abordar la demanda de IVE bajo una concepción integral, psicosocial y médica, con conocimientos en las prácticas clínicas más avanzadas. Equipos que cuenten con una formación técnica específica que posibilite la oferta de los dos métodos IVE más importantes: farmacológico e instrumental.

Pese a que lo expuesto en los párrafos precedentes nos podría parecer un razonamiento lógico si realmente queremos garantizar la libertad de decisión de las mujeres y su seguridad sanitaria; las comunidades autónomas que están incorporando la práctica de IVE en sus centros públicos, lo están haciendo desde un único método: el farmacológico, porque es la técnica que menos resistencias despierta entre el personal médico y sanitario al ser la mujer la que casi por sí misma realiza su aborto; y ello pese a que la mayoría de las mujeres, más de un 80%, eligen técnicas instrumentales cuando pueden realizar su elección sin presiones, en el mismo espacio médico y sin desplazamientos.

El articulado de la actual Reforma establece en su artículo diecinueve que los centros que realicen abortos, independientemente de su naturaleza pública, concertada o privada, deben ofrecer todas y cada una de las técnicas de aborto. En este sentido, nos preguntamos si las administraciones públicas romperán con la inercia que pasa por primar el aborto farmacológico frente al instrumental y serán capaces de organizar en sus centros equipos multidisciplinares integrados por personal médico formado en todas las técnicas. ¿Podrán, en definitiva, organizar unidades multidisciplinares que garanticen libertad de elección, seguridad sanitaria, confidencialidad y acompañamiento?

Pese a que ACAI insistió durante la elaboración de la Ley del 2010 en la necesidad de blindar la formación profesional en aborto provocado, pese a que volvimos a insistir en esta Reforma recientemente aprobada; lo cierto es que las respuestas a las preguntas anteriores, ofrecen poco margen al optimismo; no solo porque, como ya hemos dicho, los deberes no están hechos; sino porque no existe ni voluntad política ni profesional por cambiar la situación, porque las soluciones que se están articulando en distintas comunidades autónomas responden a la presión de los/as profesionales afectados/as y a los intereses económicos de las Administraciones y la industria farmacéutica, marginando, una vez más, las preferencias y las necesidades de las mujeres, quienes entonces y ahora deberían estar en el centro de esta práctica sanitaria.

Continuamente hemos insistido, lo hacemos una vez más, en la idea de que nuestra actuación asistencial no puede agregar huellas traumáticas al proceso de aborto provocado. Nuestra labor debe adaptarse a las necesidades, requerimientos y circunstancias de cada una de las demandas de aborto. En definitiva, dejemos que sea la libre elección de la mujer la que tenga siempre la última palabra.

[Fuente: [El Salto](#)]