



Facultad de Medicina

Universidad Zaragoza

Grado Universitario en Medicina

TRABAJO FIN DE GRADO

Análisis de los resultados de la aplicación de la Ley Orgánica de 1/2023 de interrupción legal de la gestación en el entorno de la asistencia sanitaria pública de Aragón: supuestos 15A, 15B y 15C.

Analysis of the results of the application of the Organic Law 1/2023 on the legal interruption of pregnancy in the public health care setting in Aragon: cases 15A, 15B and 15C.

Autor

Leyre Echevarría Polo

Tutores

Mauricio Tajada Duaso

Patricia Bretón Hernández

Departamento de Diagnóstico Prenatal Hospital Universitario Miguel Servet

Fecha de presentación: 07/06/2024

También me ayudaba el hecho de saber que lo que me disponía a llevar a cabo ya lo habían hecho muchas mujeres antes que yo.

El hecho de haber vivido algo, sea lo que sea, otorga el derecho imprescriptible de escribir sobre ello. (...) Y si no cuento esta experiencia hasta el final, contribuiré a oscurecer la realidad de las mujeres (...).

ANNIE ERNAUX, *El Acontecimiento*

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que en algún momento me han escuchado hablar sobre este trabajo, a todas aquellas que, como mis tutores y Julia, se interesan por lo que otras tienen que decir y, sobre todo, a todas las mujeres que han respondido mis llamadas.

Índice

1. RESUMEN	3
1.1 Resumen	3
1.2 Abstract	3
2. LISTADO ABREVIATURAS	4
3. OBJETIVOS	5
4. INTRODUCCIÓN	6
4.1 Contexto y motivación	6
4.2 Situación global	7
5. ANTECEDENTES	9
5.1 Marco legal en Europa	9
5.2 Marco legal en España	11
5.3 Equidad territorial	14
5.4 Interrupción voluntaria del embarazo y bioética	16
5.5 Circuito asistencial IVE Hospital Universitario Miguel Servet	18
6. MATERIAL Y MÉTODOS	21
6.1 Revisión y contexto	21
6.2 Diseño del proyecto	21
6.3 Tratamiento estadístico	22
6.4 Consideraciones éticas	22
7. RESULTADOS	23
8. DISCUSIÓN	25
9. CONCLUSIONES	28
10. BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXO I: Encuesta de satisfacción	31
ANEXO II: Dictamen CEICA	34

1. RESUMEN

1.1 *Resumen*

La interrupción legal de la gestación es un tema de actualidad a nivel médico, político y social. En los últimos 20 años se han realizado modificaciones en la legislación que lo regula en todo el mundo con una propensión general a la liberalización, aunque hay variabilidad entre países, observándose una mayor tendencia a su práctica en aquellos territorios con normativas más restrictivas que en aquellos con legislaciones más permisivas. En Europa la tendencia de los últimos años es la ampliación de la cobertura legal de la interrupción del embarazo y solo 5 países presentan posiciones muy restrictivas en el tema. En España la ley que regula el aborto es la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Uno de los objetivos principales de su reciente modificación es la ampliación de las libertades de las mujeres en la interrupción voluntaria de la gestación, así como la promoción de su práctica en la sanidad pública y la igualdad territorial. La objeción de conciencia en materia de aborto está recogida como un derecho de los profesionales sanitarios a nivel bioético además de legal que influye a la hora de asegurar esta prestación a las usuarias del sistema de salud. En todos estos aspectos radica la importancia de asegurar una correcta regulación de los medios y recursos, así como del personal y los protocolos necesarios para asegurar una adecuada calidad asistencial a todos los niveles de las pacientes que lo soliciten siendo la encuesta de satisfacción una herramienta más para lograr este objetivo. Tras la realización de la encuesta se ha observado que todas las pacientes habrían preferido ser atendidas en el sistema público de salud y, aunque el grado de satisfacción es elevado, se han detectado las siguientes líneas de mejora en relación con la satisfacción/humanización: atención psicológica, entorno y búsqueda de espacios alternativos, manejo del dolor, ampliación del acompañamiento en el proceso de expulsión fetal y mejora en la gestión de la comunicación de los resultados.

Palabras clave: Interrupción legal del embarazo – Interrupción voluntaria del embarazo – Aborto - Calidad asistencial

1.2 *Abstract*

Legal interruption of pregnancy is a current medical, political and social topic. Over the past 20 years, there have been significant legislative changes across the globe, with a general trend towards liberalisation, despite differences between countries. This has led to a greater prevalence of the practice in territories with more restrictive regulations compared to those with more permissive laws. In Europe, the trend in recent years has been to expand the legal coverage of abortion, with only five countries maintaining very restrictive positions on the issue. In Spain, the law that regulates abortion is Organic Law 1/2023, of 28 February, which modifies Organic Law 2/2010, of 3 March, on sexual and reproductive health and the voluntary termination of pregnancy. One of the main objectives of its recent modification is the expansion of women's freedoms in voluntary termination of pregnancy, as well as the promotion of its practice in public health and territorial equality. The conscientious objection regarding abortion is recognized as a right of healthcare professionals at both the bioethical and legal levels, significantly influencing the provision of this service to healthcare system users. In all these aspects, the importance of ensuring the correct regulation of means and resources, as well as personnel and necessary protocols, to ensure an adequate quality of care at all levels for patients who request it lies in all these aspects. The satisfaction survey is another tool to achieve this goal. The survey indicated that all patients would have preferred to be treated in the public health system. Although the level of satisfaction is high, there are several areas for improvement in relation to satisfaction/humanisation. These included psychological care, the environment and the search for alternative spaces, pain management, the extension of accompaniment in the fetal expulsion process (which would require an increase in personnel resources), and improvements in the management of communication of the results.

Keywords: Legal interruption of pregnancy – Voluntary interruption of pregnancy – Abortion – quality care

2. LISTADO ABREVIATURAS

ILE – Interrupción Legal del Embarazo

HUMS – Hospital Universitario Miguel Servet

IVE – Interrupción Voluntaria del Embarazo

OMS – Organización Mundial de la Salud

UE – Unión Europea

PE – Parlamento Europeo

CCAA – Comunidades Autónomas

ACAIIVE – Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo

M – Mifepristona

PG – Prostaglandinas

DA – Dilatación y Aspiración

DE – Dilatación y Evacuación

INGESA – Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

CGCOM – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

SEC – Sociedad Española de Contracepción

SEGO – Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SNC – Sistema Nervioso Central

CEICA – Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón

PASSIR – Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva

3. OBJETIVOS

- Revisar el estado actual de la interrupción legal del aborto a nivel mundial, europeo y nacional.
- Analizar los resultados de la aplicación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Investigar las principales diferencias entre las distintas comunidades autónomas españolas en la práctica de la interrupción legal del embarazo.
- Analizar los servicios ofrecidos por los diferentes centros acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en Aragón.
- Analizar la repercusión de la práctica de la interrupción del embarazo sobre las pacientes que la hayan llevado a cabo.
- Obtener información relevante para la mejora de la calidad asistencial de la práctica clínica de la interrupción legal del embarazo.
- Plantear un proyecto de mejora de la calidad asistencial basado en la experiencia de las pacientes que lo han llevado a cabo.

4. INTRODUCCIÓN

4.1 *Contexto y motivación*

Las anomalías congénitas son alteraciones estructurales o funcionales que tienen origen prenatal, evidentes o no al nacimiento. Su origen puede ser cromosómico, monogénico, ambiental, teratógeno o por enfermedades maternas. El 50% tienen etiología desconocida. Presentan una frecuencia poblacional del 3% y son las responsables del 10% de la mortalidad infantil de menos de 5 años en España, la mitad durante el primer año de vida⁽¹⁾. El diagnóstico de una anomalía congénita se considera un resultado adverso gestacional. Dicho diagnóstico conlleva la colaboración de varios especialistas, que serán distintos en función del tipo de anomalía congénita diagnosticada. El ginecólogo es el responsable del diagnóstico y de la coordinación de las diversas especialidades que atenderán a la embarazada, tanto en el proceso diagnóstico por los facultativos genetistas o microbiólogos, como en el asesoramiento por los facultativos neonatólogos o de especialidades quirúrgicas. Cuando la anomalía congénita es grave, la paciente tras un proceso de asesoramiento especializado puede acogerse a la interrupción legal de la gestación en los supuestos contemplados en el artículo 15 B y C de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, considerados como causas médicas⁽²⁾.

Otras situaciones, ya sea por enfermedad materna preexistente o por una complicación gestacional, en el curso del embarazo que implican un grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, serán asistidas por el especialista en medicina materno fetal responsable de la paciente y se acogen a la interrupción legal de la gestación en los supuestos contemplados en el artículo 15 A de la Ley Orgánica 1/2023⁽²⁾. Independientemente del motivo médico del aborto, esta situación implica un estrés psicológico por lo que es recomendable facilitar apoyo de asociaciones de pacientes y asistencia especializada psicológica o psiquiátrica, tanto para la embarazada como para la pareja.

Los progenitores son informados de la patología materna o fetal detectada (anomalías estructurales, enfermedades genéticas, infecciones) y asesorados por especialistas de medicina maternofetal, diagnóstico prenatal, genetistas y/o especialistas que emiten un pronóstico y alternativas terapéuticas de la patología detectada entre las que se incluye la interrupción legal del embarazo (ILE). Hasta 2023 el procedimiento de ILE se limitaba a una única clínica concertada en Aragón, pero desde este año los hospitales públicos de la comunidad lo han incluido en la cartera de servicios.

En el HUMS se asistieron 3329 nacimientos en el año 2022. Se realizaron 130 técnicas invasivas de diagnóstico prenatal (5.4%) y 75 pacientes solicitaron ILE tras recibir información diagnóstica y asesoramiento prenatal. La interrupción de la gestación no es un proceso fácil, ni desde el punto de vista físico ni psicológico. A todo eso se suma la circunstancia de que deben afrontar un proceso asistencial que presenta dificultades organizativas ya que debe ser considerado el derecho a la objeción de conciencia de todo el personal implicado en el cuidado y atención de la paciente y es por ello por lo que en ocasiones debe externalizarse la asistencia de determinados casos a un centro concertado fuera del ámbito de la sanidad pública. El propósito del proyecto es conocer de primera mano el grado de satisfacción con la calidad asistencial recibida en el entorno de la consulta de diagnóstico prenatal, en la sala de hospitalización en medicina materno-fetal o el paritorio del HUMS y la clínica concertada por el SALUD o la DGA para la asistencia de ILE en Aragón., para conocer las oportunidades de mejora en la atención médica y humana ofertadas.

4.2 Situación global

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) basada en la evidencia, segura, respetuosa y libre de discriminación es uno de los Objetivos de desarrollo sostenible relativos a la salud y bienestar y a la igualdad de género. Para que estos objetivos se cumplan y se pueda conseguir un avance en los derechos de libertad sexual y reproductiva de las mujeres la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que es un deber ofrecer a toda la población una atención integral de calidad que incluya todas las etapas que forman parte de la IVE abarcando los procesos de información y atención tanto anteriores como posteriores al proceso asistencial pues la falta de accesibilidad a este servicio pone en riesgo el bienestar físico, mental y social de mujeres y niñas ^(3,4).

La IVE se trata de una intervención médica segura cuando se realiza haciendo uso de los métodos y directrices de las organizaciones oficiales bajo la atención de profesionales cualificados que adapten la atención a cada caso particular. La restricción de acceso a este servicio no sólo no reduce su incidencia si no que, además, incrementa notablemente los riesgos y complicaciones del proceso siendo la mitad de las interrupciones realizadas calificables de peligrosas, el 97% de las cuales se produce en países en vías de desarrollo provocando entre el 4'7-13'2% de las defunciones maternas donde se calcula que alrededor de siete millones de mujeres son atendidas por las complicaciones del proceso ⁽³⁻⁵⁾.

La OMS establece que la existencia de obstáculos legales, burocráticos y económicos en mayor o menor medida en diferentes países *“pueden causar malestar psíquico y violar derechos de las mujeres y las niñas: el derecho a la intimidad, el derecho a la igualdad y la no discriminación, y el derecho a no sufrir torturas ni tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes”* ⁽³⁾. Además, a pesar de lo que pueda parecer, las repercusiones del no libre acceso a la interrupción de la gestación no solamente afectan a nivel individual a las mujeres que pasan por este proceso, sino que también influyen en el sistema sanitario y en el consumo de recursos.

La seguridad y eficacia de la IVE es una realidad que precisa de un sistema sanitario que funcione correctamente contando con los recursos necesarios además de los profesionales sanitarios formados, amparado todo ello bajo un marco jurídico y político adecuado ⁽⁴⁾.

De acuerdo con el análisis realizado por Center for Reproductive Rights en los últimos 30 años se ha experimentado una tendencia creciente hacia la liberalización de las leyes sobre la interrupción de la gestación en más de 60 países en todo el mundo, sin embargo, cabe destacar que, por el contrario, en Estados Unidos, El Salvador, Nicaragua y Polonia se han experimentado restricciones en esta materia respecto a las leyes vigentes hasta ese momento. Se calcula que a nivel global el 60% de las mujeres en edad reproductiva viven en países donde la interrupción del embarazo es ampliamente legal mientras que el 40% restante lo hacen en países donde las leyes reguladoras son mucho más restrictivas e, incluso, prohibitivas ⁽⁶⁾.

En dependencia de la regulación más o menos restrictiva, así como de las facilidades legales para el acceso al aborto observadas en diferentes países de todo el mundo puede realizarse una clasificación de los mismos en diferentes categorías:

- Categoría I: Por solicitud → el 35% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo viven en países (77 países) que permiten la interrupción de la gestación bajo petición de la mujer con variedad de límites temporales en cada uno, aunque, en la gran mayoría, se permite hasta las 12 semanas. En este grupo las leyes también recogen supuestos que permiten alargar este plazo inicial cuando la vida o la salud de la embarazada y/o el feto corre peligro o el embarazo es consecuencia de violencia sexual. En los últimos 30 años 29 países han realizado modificaciones legales que han permitido que sean clasificados en esta categoría. Dentro de este grupo se encuentra España⁽⁶⁾.
- Categoría II: Motivos socioeconómicos → El 25% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo viven en países (12 países) que solamente permiten la interrupción del embarazo por motivos socioeconómicos tales como la edad, los ingresos, el estado civil así como en casos de violencia sexual, incesto o diagnóstico fetal de una enfermedad grave e incurable. Dentro de este grupo encontramos, por ejemplo, a Gran Bretaña⁽⁶⁾.

- Categoría III: Preservación de la salud → El 12% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo viven en países (47 países) donde solamente está permitida la interrupción por motivos de salud o terapéuticos incluyendo en algunos casos la salud mental – en 20 de los 47 países – y en otros tantos restringiéndolo exclusivamente ante la existencia de un gran riesgo vital. La mayoría también permite el aborto en casos de violencia sexual, incesto o diagnóstico fetal de una enfermedad grave e incurable. Dentro de este grupo encontramos, por ejemplo, a Polonia⁽⁶⁾.
- Categoría IV: Salvar la vida de la embarazada → El 22% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo viven en países (44 países) donde la interrupción es legal cuando el único objeto de su realización es preservar la vida de la embarazada si esta corre un gran riesgo. En 12 de los 44 países está también permitido en casos de violencia sexual, incesto o diagnóstico fetal de una enfermedad grave e incurable. Dentro de este grupo encontramos numerosos países de Sudamérica, como Brasil, y África, como Libia o Sudán, pero también algunos del continente europeo como Malta⁽⁶⁾.
- Categoría V: Prohibido → El 6% de las mujeres en edad de reproducción en todo el mundo viven en países (21 países) donde la interrupción del embarazo está prohibida bajo cualquier circunstancia. En los últimos 30 años 20 países han modificado sus leyes de manera que han pasado de estar clasificados en esta categoría a hacerlo en otras de carácter más liberal. Dentro de este grupo encontramos países como Egipto o Irak⁽⁶⁾.

Es también reseñable la existencia de países cuya regulación legal varía enormemente entre los estados que la componen como es el caso de Australia o Estados Unidos, encontrando en este último estados donde la interrupción del embarazo está completamente prohibida (Categoría V) mientras que en otros la legislación es mucho más liberal⁽⁶⁾.

Según los datos de la OMS alrededor de la mitad de embarazos que se producen anualmente en todo el mundo no son deseados lo que nos sitúa en cifras de unos 121 millones, independientemente de la situación legal en cada país, esto se traduce en embarazos no deseados en 64 de cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años de las cuales 39 de cada 1000 optan por la interrupción del mismo⁽³⁾. Las tasas de embarazos no deseados han disminuido un 18% a nivel mundial en los últimos 30 años mientras que la cantidad de interrupciones se mantiene constante lo que nos lleva a un aumento del 18% de la cantidad de los mismos que han terminado en interrupción en el mismo periodo de tiempo, estas cifras difieren entre países en dependencia del nivel de desarrollo socio-económico así como de la existencia de una regularización legal con más o menos restricciones de este proceso⁽⁷⁾.

Independientemente del nivel de desarrollo socioeconómico se ha observado que las cifras de embarazos no deseados, de interrupciones voluntarias y de embarazos no deseados en los que se lleva a cabo la interrupción voluntaria es mayor en los países en los que el procedimiento es ilegal o, en su defecto, las leyes presentan más restricciones y obstáculos para el acceso a este servicio. Cabe destacar que, en los últimos años, se ha visto una tendencia en la disminución de interrupción voluntaria de la gestación en aquellos países en los que es legal y existe una regularización observándose la conducta opuesta donde más restricciones existen⁽⁷⁾.

5. ANTECEDENTES

5.1 *Marco legal en Europa*

Los primeros datos sobre la regulación legal de la interrupción de la gestación en Europa aparecen a principios del siglo XX con la Rusia Soviética, que fue el primer estado en regular legalmente la interrupción voluntaria del embarazo en 1920. Sin embargo, lo que motivó su regularización, no fue el movimiento de defensa de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres si no la precariedad económica de la mayoritaria clase obrera que componía la sociedad rusa del momento, a nivel político se entendía la necesidad del aborto como una medida más económica que social. Aunque el Gobierno era contrario a su práctica entendía que esta era inevitable en la clandestinidad y, por tanto, peligrosa para las mujeres que la llevaran a cabo por lo que permitió su realización en los hospitales públicos de manera gratuita aunque esperaba erradicarlo cuando la sociedad contara con una red de instituciones para la protección de la maternidad, el cuidado y la educación de los hijos que era insostenible en un país que en ese momento estaba enfrentándose a las consecuencias de la I Guerra Mundial. El acceso legal y público a la interrupción de la gestación fue restringido en 1936 cuando, tras los estragos de la II Guerra Mundial, una gran disminución de la fecundidad motivó al Gobierno a llevar a cabo esta medida que no resultó en el esperado incremento de la natalidad por lo que en 1955 se levantaron las restricciones ⁽⁸⁾.

A partir de este momento en distintos países de Europa se empezó a regularizar la interrupción voluntaria del embarazo, aunque todavía en casos muy concretos como los embarazos fruto de violencia sexual o la existencia de riesgo médico durante los primeros meses de la gestación. Los primeros en llevar a cabo estas reformas en la década de 1930, después de Rusia, fueron países como Islandia, Dinamarca o Suecia seguidos por el resto de los países europeos 20 años más tarde, algunos de estos fueron Finlandia y Hungría (1950), destacando la tendencia regulizadora del aborto en los años 60 y 70 con Noruega (1960), Francia (1975), Alemania occidental (1976), Italia (1978) o Países Bajos (1980) ⁽⁹⁾.

La tendencia en Europa, al igual que en el resto del panorama mundial, es hacia la legalización y liberalización de las leyes que regulan la práctica de la IVE. Encontramos 41 países donde es legal la IVE por petición de la mujer embarazada, un país – Reino Unido – donde se ha legalizado en determinados supuestos sociales y cinco países donde no es legal su práctica o, en caso de serlo, para casos muy concretos y bajo unas estrictas directrices. En la actualidad el 95% de las mujeres europeas en edad reproductiva viven en un país donde es legal la IVE ⁽⁶⁾.

Los 42 países, España entre ellos, en los que es legal la IVE bajo solicitud de la gestante poseen límites temporales entre las 18 y 24 semanas generalmente en las que se puede llevar a cabo la intervención, los períodos más prolongados pertenecen a las interrupciones legales del embarazo (ILE) que se acogen a causas médicas como cuando la vida o salud de la gestante corre un riesgo grave o se diagnostican anomalías fetales incompatibles con la vida, así como enfermedades graves e incurables. En algunos casos los límites temporales legalmente establecidos son breves y rígidos lo que puede dificultar el acceso ⁽⁶⁾.

En Reino Unido la práctica de la finalización de la gestación es legal en determinados supuestos socioeconómicos y médicos como la preservación de la vida y la salud de la gestante ante un inminente peligro. A pesar de poseer legislaciones más estrictas en la teoría, en la práctica las mujeres que desean llevar a cabo la interrupción del embarazo pueden realizarlo de manera generalizada ya que la interpretación de los casos recogidos en el marco legal es bastante permisiva. Por el contrario, también encontramos legislaciones más liberales en la teoría que no se ven reflejadas en la práctica ⁽⁶⁾.

En Europa encontramos 5 países donde el peso de las creencias religiosas se refleja en la esfera política y social por lo que se han observado restricciones en materia de IVE en estas regiones: Andorra, Malta, Mónaco, Liechtenstein y Polonia. Andorra es el único en el que su práctica está totalmente prohibida, en el resto se contemplan algunas excepciones. Polonia ha sido el único país del conjunto europeo que en 2020 experimentó un retroceso en su legislación, el resto de los países si han modificado sus leyes ha sido para ampliarlas y dar una mayor cobertura. Al igual que hace Liechtenstein, Polonia contempla como legal la finalización de la gestación cuando esta ha sido resultado de violencia sexual o cuando la vida o salud de la gestante corre peligro. Por su parte Mónaco, además de los casos anteriores, también incluye el diagnóstico fetal de graves anomalías

incompatibles con la vida o de enfermedades extremadamente graves e incurables. Y, por último, en Malta solamente es posible la interrupción del embarazo por motivos médicos cuando la vida de la gestante corre un gran riesgo ⁽⁶⁾.

En Europa la cifra de embarazos no deseados ha disminuido un 47% en los últimos 30 años, también lo han hecho en un 63% las interrupciones del embarazo pasando de unas tasas del 69% de embarazos no deseados que llevaban a cabo la interrupción voluntaria en 1990 a un 49% en 2019 lo que supone una reducción del 29%. Existe una relación inversamente proporcional entre el nivel de desarrollo de un país y la cantidad de embarazos no deseados y el porcentaje de los mismos que acaban en interrupción voluntaria lo que señala las desigualdades en la accesibilidad a métodos de anticoncepción y servicios de planificación familiar del sistema de salud entre los diferentes países⁽⁷⁾.

A pesar de que las tendencias actuales apuntan hacia una ampliación y liberalización de las leyes que regulan la IVE así como de eliminación de los puntos más restrictivos se están observando modificaciones como la introducción de nuevos requisitos, periodos de espera y asesoramiento obligatorio que supone un retroceso y, según la OMS, una violación del derecho humano a la no regresión.

Aunque la mayoría de los países europeos han legalizado la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo por solicitud de la gestante en muchos de ellos todavía existen requisitos para su práctica que limitan el acceso en numerosos casos, en algunos de ellos se está trabajando para eliminar estas barreras, que se exponen a continuación ⁽⁶⁾.

Periodos obligatorios de espera desde la solicitud hasta la realización de la intervención. Esto ocurre en países como Bélgica, Italia, Irlanda o Armenia. Este requisito supone un obstáculo para llevar a la práctica la ILE sobre todo en los casos en los que los límites temporales son más estrechos. Respecto a esto la OMS especifica que las leyes no deberían imponer retrasos médicos innecesarios pues suponen una restricción de los derechos humanos y de la toma de decisión autónoma⁽⁶⁾.

Las barreras temporales que limitan el acceso de la petición de la IVE resultan especialmente problemáticas para mujeres en edad adolescente o pertenecientes a comunidades marginalizadas de la sociedad que no siempre pueden obtener los cuidados médicos que precisan dentro de los márgenes temporales. En algunos casos estas pacientes se ven obligadas a viajar a otras jurisdicciones para poder llevar a cabo la intervención dentro de los términos legales e incluso llegan a realizarlo en la clandestinidad siendo perseguidas por la ley⁽⁶⁾.

En 12 países de Europa el asesoramiento e información por parte del médico que la asiste es obligatoria y se realiza con el único fin de proporcionar información de carácter antiabortista para influenciar la toma de decisiones de la paciente. Esto ocurre en países como Alemania y Hungría. La OMS establece que el consejo médico contra la realización de la IVE nunca debería ser un requisito legal para su realización siendo siempre imparcial, no directiva y adecuada a la situación médica de la paciente⁽⁶⁾.

En algunos países otro de los requisitos que obstaculizan la realización del procedimiento es la autorización obligatoria de padres y/o madres, tutores legales, médicos o comités oficiales para que la paciente pueda llevar a cabo la intervención. Esto repercute desproporcionalmente en las adolescentes, mujeres con discapacidades y en aquellas que forman parte de algún otro colectivo socialmente marginado. El consentimiento parental en términos médicos puede, en casos como estos, poner en peligro los derechos humanos de las adolescentes ⁽⁶⁾.

La protección de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios encargados de llevar a cabo la ILE es un derecho de los trabajadores, pero en algunos casos podría llegar a obstaculizar el acceso de las pacientes solicitantes al mismo. Esto sucede en Italia donde, a pesar de que las autoridades se encargan de evitar que las objeciones no deriven en retrasos en el tratamiento, este resulta inevitable ⁽⁶⁾.

En Albania, Hungría, Italia, Países bajos y Suiza a pesar de que es legal la ILE por petición de la embarazada sigue siendo necesario especificar y argumentar los motivos sociales, médicos o económicos por los que se lleva cabo lo que perpetua el estigma al que se somete a estas pacientes minando en ocasiones la toma de decisiones autónoma. En los últimos años Francia y Bélgica han

tomado medidas para eliminar este requisito de sus normativas⁽⁶⁾.

Finalmente, el último obstáculo que puede apreciarse entre las legislaciones de los países con normativas más liberales es la criminalización y existencia de penas para aquellas pacientes que lleven a cabo la IVE al margen de la legalidad. Por lo general la mayoría de las sanciones, que pueden llegar a ser hasta sentencias de prisión, se aplican a los profesionales sanitarios o personas que faciliten el acceso a la práctica ilegal del aborto. La criminalización del aborto a diferencia de cualquier otra práctica médica supone un trato injusto que puede causar daño significante de la salud y el bienestar de las pacientes al provocar una intensificación del estigma social, de las barreras para su realización así como de la disposición de los profesionales médicos en la información y asesoramiento de las pacientes que lo soliciten⁽⁶⁾.

Las últimas actualizaciones sobre este tema por parte de la Unión Europea (UE) se basan en la aprobación en el debate del 4 de julio de 2022, con una resolución con 324 votos a favor, 155 en contra y 38 abstenciones, en la que el Parlamento Europeo (PE) solicita incluir el derecho al aborto en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, en el artículo 7, añadiendo que *“toda persona tiene derecho a un aborto seguro y legal”* condenando los retrocesos de los derechos de las mujeres en salud sexual y reproductiva en Estados Unidos y en algunos países de la UE. Los eurodiputados llaman a los Estados miembros a despenalizar el aborto, y a eliminar y combatir las restricciones legales, financieras, sociales, además de las prácticas, que aún obstaculizan el acceso al aborto en algunos de los países que lo conforman⁽¹⁰⁾.

Por último, a nivel europeo, es destacable la modificación realizada por Francia el 4 de marzo de 2024 en lo relativo a la interrupción legal de la gestación por ser el primer país en todo el mundo que incluye este derecho en su constitución como un método de protección de la libertad de las mujeres a abortar cuyo principal objetivo es blindar la ley dificultando que se cuestione en un futuro. La iniciativa salió adelante por 780 votos a favor 70 en contra y 50 abstenciones. La reforma añadirá al artículo 34 de la Constitución francesa el siguiente epígrafe *“La ley determina las condiciones en las que se ejerce la libertad garantizada a la mujer de recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo”*⁽¹¹⁾.

5.2 Marco legal en España

La interrupción del embarazo en España fue legal por primera vez el 5 de julio de 1985 con la Ley Orgánica 9/1985 que reconocía *“el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se llevará a cabo dentro de los límites previstos por el legislador y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer”*^(12, p.2). Esta ley era también conocida, más popularmente, como Ley de los supuestos ya que la normativa recogía una serie de supuestos concretos en los que las gestantes podían acceder a este nuevo derecho y bajo ninguna otra circunstancia⁽¹²⁾.

Las circunstancias legales en las que la práctica de la finalización de la gestación era no punible eran las siguientes: *“riesgo para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada”*, *“delito de violación”* y *“presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas”*^(12, p.2). Contando en los tres casos con la autorización de la embarazada, así como con la autorización médica y la disposición de un centro acreditado que recogiera los requisitos legales para llevar a cabo la intervención⁽¹²⁾.

La ley establecía una serie de requisitos y exigencias que debían cumplirse en los siguientes artículos:

Artículo 1. Establecía los requisitos relativos a los centros o establecimientos sanitarios, para que estos pudieran estar acreditados para la realización de la ILE debían contar con los medios personales y materiales adecuados. Estos centros deberían estar recogidos en un listado por Comunidades Autónomas indicando los servicios disponibles. La acreditación dependía del cumplimiento de los requisitos anteriormente nombrados, así como de las condiciones médicas para la salvaguarda del derecho a la vida y a la salud de la mujer.

Artículo 2. Ante el diagnóstico médico de graves taras físicas o psíquicas del feto debía asegurarse que este era emitido por los profesionales médicos especialistas de los centros acreditados que contaran con los medios y métodos adecuados para dicho diagnóstico - ecografía para el diagnóstico de malformaciones, técnicas bioquímicas para enfermedades metabólicas, técnicas de citogenética para alteraciones cromosómicas y analíticas precisas en caso de

enfermedades infecciosas -. Siendo los médicos encargados los especialistas de dichos servicios, así como los especialistas en Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Genética y Orientación Familiar.

Artículo 3. Los centros acreditados para la práctica de la ILE debían contar con un Comité de Evaluación que facilitara el cumplimiento de la ley e informara y asesorara sobre las posibles complicaciones del proceso. Debía estar constituido por: el director médico, el director o jefe de enfermería, un especialista en Ginecología y Obstetricia, un psiquiatra o psicólogo y un asistente social.

Artículo 4. En los centros referidos en el artículo 1º era obligatoria la conservación de la historia clínica, así como de todos los documentos e información relativa a cada caso junto con el consentimiento expreso de la mujer.

Finalmente se dispone que serían los profesionales sanitarios los responsables de informar a la paciente de todo lo relativo a la intervención, como las complicaciones, así como de las posibles alternativas siendo obligatoria la comunicación de la no realización de la intervención por el facultativo con el tiempo suficiente para acudir a otro ⁽¹²⁾.

Pasaron 25 años hasta la modificación del aborto en el ámbito legal con la sustitución de la Ley Orgánica 9/1985 por la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, también conocida como Ley de Plazos pues introducía por primera vez en España la ILE en función de la semana de gestación. De todas las novedades que acogía la ley lo relativo a la IVE aparece reflejado en el Título II. De la interrupción voluntaria del embarazo – de los artículos 12 a 23 – ⁽¹³⁾.

En el Capítulo I se recogían las condiciones para la IVE. Por primera vez en nuestro país se legaliza la práctica de la IVE a petición de la mujer gestante sin otro requisito más que la interrupción se realizara en las primeras 14 semanas de gestación – artículo 14 -. Introduce también como novedad, en el artículo 13, que la edad legal para la interrupción voluntaria del embarazo se estableciera en los 16 años sin necesidad del consentimiento de los representantes legales. El artículo 15 recogía las excepciones por las que el plazo para la realización de la IVE se podría ampliar a 22 semanas, tratándose en todas ellas de una causa médica: *“que exista grave riesgo para la vida o salud de la embarazada”*, *“que exista riesgo de graves anomalías en el feto”* y *“cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida (...) o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”* ^(13, p.20), precisando el primer y tercer caso de un dictamen emitido por un solo médico/a distinto del que practique o dirija mientras que en el segundo caso era necesario que el dictamen fuera emitido por dos médicos especialistas; podría prescindirse del dictamen en el primer supuesto en caso de urgencia por riesgo vital para la gestante. La conformación y las condiciones del comité clínico al que se ha hecho referencia estaban recogidas en el artículo 16 y este estaría conformado por dos especialistas en ginecología y obstetricia o en diagnóstico prenatal y un pediatra. Finalmente, en el artículo 17, se recogía la información que debían aportar los profesionales sanitarios encargados de la atención de la paciente, siendo siempre adecuada en relación con el caso en concreto y nunca como requisito para acceder a la prestación el hecho de recibir información adicional a menos que la paciente así lo solicitara ⁽¹³⁾.

En el Capítulo II – artículos 18 a 23 – se recogían las Garantías en el acceso a la prestación, es decir, todos aquellos puntos que se encargaban de la regularización de los diferentes aspectos que afectaban a la accesibilidad al proceso asistencial y aseguraban su práctica: Artículo 18. Garantía del acceso a la prestación, Artículo 18 bis. Medidas para garantizar la información sobre la prestación, Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación sanitaria pública, Artículo 19bis. Objeción de conciencia, Artículo 19 ter. Registros de personas objetoras de conciencia, Artículo 20. Protección del derecho a la intimidad, a la confidencialidad y a la protección de datos, Artículo 21, Tratamiento de datos, Artículo 22. Acceso y cesión de datos de carácter personal y Artículo 23. Supresión de datos⁽¹³⁾.

Posteriormente a la publicación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, se publicaron dos Reales Decretos para la ampliación y desarrollo de algunos de los apartados relacionados con la IVE, estos son:

Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Por el que se desarrollan la naturaleza y composición del comité clínico, así como los procedimientos de actuación y régimen del funcionamiento de este para los supuestos del artículo 15 de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Además, se establece la información que, obligatoriamente, debe prestarse a toda paciente solicitante de IVE previa a la firma del consentimiento, componiéndose esta de dos partes una común para todas las pacientes – relativa a la información general sobre el servicio y previa al consentimiento – y otra diferente para los supuestos de los artículos 14 – sobre ayudas para la maternidad – y 15 – sobre ayudas y prestaciones de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad – ⁽¹⁴⁾.

Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Por el que se incluye el IVE en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y se desarrollan los apartados relativos a las competencias de gestión y organización de los servicios y se establecen las garantías básicas de la prestación de IVE por el SNS que deberá asegurar la cobertura de la interrupción en el sistema público o, en su defecto, cubrir los costes de este. Se desarrollan también los requisitos que deben cumplir los centros sanitarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo para su acreditación y posteriores controles e inspecciones ⁽¹⁵⁾.

Esta ley fue modificada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Esta modificación suprimía el apartado cuarto del artículo 13 que permitía la interrupción voluntaria del embarazo a partir de los 16 años sin consentimiento de los representantes legales así como modificando el apartado 5 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica cuyo contenido relativo a la IVE pasaba a quedar redactado de la siguiente forma *“Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil”* ^(16, p.83587).

La Ley Orgánica 2/2010 ha estado vigente 13 años siendo recientemente sustituida por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que se trata de una ley que, a grandes rasgos, ha realizado un gran número de modificaciones en temas como el acceso a anticoncepción, la ilegalidad de la gestación por sustitución y formas de violencia contra las mujeres en el ámbito sexual y reproductivo entre otros ⁽²⁾. Respecto a la interrupción legal y voluntaria del embarazo los cambios más significativos son los siguientes:

Se revierte la modificación operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, devolviendo a las menores de 16 y 17 años la capacidad para decidir de forma libre y autónoma sobre la continuación de la maternidad o la interrupción del embarazo, en caso de encontrarse en estas circunstancias, sin la necesidad del consentimiento paterno, materno o de los tutores legales pues suponía un obstáculo para el acceso al aborto de este colectivo ⁽²⁾.

Por otra parte, se eliminan también el plazo de reflexión de 3 días desde la solicitud de la IVE hasta su práctica y la obligatoriedad de proporcionar información a la gestante que ha solicitado la prestación del aborto sobre los recursos y ayudas disponibles en caso de continuar con el embarazo proporcionándose dicha información en el caso exclusivo de que así lo requiera la paciente ⁽²⁾.

La inmensa mayoría de los abortos se practican en centros extrahospitalarios de carácter privado, aunque las cifras hayan disminuido de un 88'55% en 2010 a 78'04% en 2020 todavía estamos muy lejos de poder garantizar que la mayoría de las interrupciones se lleven a cabo en el sector público, estos datos junto a la ausencia de ninguna notificación de interrupción del embarazo en algunos territorios en España ha motivado la modificación del *“artículo 18 sobre garantía del acceso a la prestación, con la finalidad de instaurar los principios de igualdad y equidad territorial”* ^(2, p.8) estableciendo que aquellos territorios sanitarios que no puedan garantizar el acceso a este servicio

en su ámbito geográfico deberán disponer de las medidas necesarias para asegurar que las pacientes que así lo precisen puedan acceder a este con garantía de proximidad, accesibilidad, calidad del procedimiento y seguridad, así mismo se modifica también el “*artículo 19 para reforzar el principio de equidad territorial y de prestación del servicio en instalaciones públicas*”^(2, p.8). Además, en el artículo 13 se matizan los requisitos que deben presentar tanto centros públicos como privados para estar acreditados para la realización de la ILE.

Otra modificación importante es el reconocimiento expreso del derecho a la objeción de conciencia recogido en el artículo 19 bis y la regulación de su registro en el artículo 19 ter. Se establece que la objeción de conciencia es una decisión individual del personal sanitario y que esta debe ser comunicada con antelación y por escrito quedando reflejada en el registro de objetores que lo serán tanto en la práctica pública como privada. Este registro lo creará cada comunidad autónoma y quedará recogido por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria con el fin de garantizar una adecuada gestión de la prestación. Se establece también que deberán llevarse a cabo las medidas organizativas necesarias para la no discriminación tanto de los profesionales sanitarios objetores como de los no objetores. Con todas estas medidas se pretende que la objeción de conciencia no suponga un obstáculo para el acceso a la prestación de las mujeres que así lo requieran.

Se mantienen los plazos tanto para la solicitud voluntaria de la interrupción – 14 semanas – como para la interrupción por causas médicas – 22 semanas – que quedan recogidas en el artículo 15 y redactadas de la siguiente manera⁽¹³⁾:

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen* ^(13, p.20).
- b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija* ^(13, p.20).
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico* ^(13, p.20).

5.3 Equidad territorial

Uno de los pilares fundamentales sobre el que se asienta la política de salud en el Sistema Nacional de Salud, según lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, es la superación de desequilibrios territoriales y sociales. Esto se acompaña de la coordinación de acciones, eficacia, celeridad y flexibilidad en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, económicos y otros necesarios para el correcto funcionamiento del sistema⁽¹⁷⁾.

Además, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, refuerza la cohesión de este, estableciendo acciones de coordinación y cooperación para garantizar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Su objetivo es asegurar la equidad, calidad y participación en el sistema. La equidad se alinea con el principio constitucional de igualdad, garantizando el acceso a las prestaciones, por su parte la calidad guía los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de problemas de salud y soluciones eficaces y la participación ciudadana se promueve tanto respetando la autonomía de las decisiones individuales como considerando las expectativas del colectivo de usuarios del sistema sanitario⁽¹⁸⁾.

La equidad territorial es otro de los aspectos marcados como objetivo a conseguir con las modificaciones realizadas en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, puesto que en el año 2022 se notificaron 98.316 interrupciones en 222 centros, de los cuales 138 pertenecían al sector público y 84 al privado, a pesar de la mayoría de los centros públicos respecto a los privados el 82'7% de las interrupciones anteriormente mencionadas se llevaron a cabo en el sector privado. La mayoría de las

interrupciones se realizaron a petición de la paciente y se realizaron con menos de 8 semanas de gestación (2). Del total de interrupciones realizadas en 2022 en 8.618 casos, un 8'77%, los motivos fueron las causas médicas, de todas ellas 1.493 (17'32%) se llevaron a cabo en centros públicos y las 7.125 (82'68%) restantes en centros privados⁽¹⁹⁾.

En Extremadura, Ceuta y Melilla no se notificaron interrupciones realizadas en la sanidad pública y en otros territorios como Castilla La Mancha y Murcia los notificados apenas alcanzan el 0'06% y 0'02% del total respectivamente, siendo datos muy similares a los de años anteriores. Es también destacable que, en algunas provincias, no solo no es posible la práctica de la interrupción en la sanidad pública si no que tampoco hay clínicas privadas autorizadas disponibles para su práctica lo que dificulta enormemente el acceso para las mujeres en edad reproductiva de esas regiones viéndose obligadas a desplazarse a otra provincia o comunidad autónoma⁽¹⁹⁾.

La accesibilidad a la prestación a través del sector público experimenta una gran variabilidad entre las diferentes comunidades autónomas (CCAA). Solamente en 3 comunidades (Cataluña, Cantabria y Baleares) encontramos que más del 50% de los abortos practicados han sido llevados a cabo en centros públicos. Destacan también Navarra y Galicia con un 32% y 42% respectivamente. Con cifras más bajas, aunque también destacables respecto a los territorios restantes, están la Comunidad Valenciana con un 9'8%, Castilla y León con un 8'73% y País Vasco con 7'54%. En el resto del territorio no se alcanza el 5% las interrupciones realizadas en el sector público y no se tienen datos de ninguna interrupción realizada en Extremadura, Ceuta y Melilla⁽¹⁹⁾.

En la Tabla 1 se expone un resumen de los datos anteriormente comentados obtenidos por el Ministerio de Sanidad en 2022 actualizados a 23 de agosto de 2023⁽¹⁹⁾.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PÚBLICA	PRIVADA	TOTAL	PÚBLICA %	MÉTODO
Andalucía	12	18743	18755	0'06%	DA
Aragón	12	1937	1949	0'61%	DE
Asturias	59	1778	1837	3'21%	DA
Baleares	1872	1212	3084	60'70%	M/PG
Canarias	149	4503	4652	3'20%	DA
Cantabria	631	233	864	73'03%	M/PG
Castilla la Mancha	2	3292	3294	0'06%	DA
Castilla y León	248	2591	2839	8'73%	DE
Cataluña	10974	9816	20790	52'78%	M/PG
Comunidad Valenciana	846	7785	8631	9'80%	M/DA
Extremadura	0	1338	1338	0%	DA
Galicia	1250	1725	2975	42'02%	M
Madrid	61	16531	16592	0'36%	DA
Murcia	1	3503	3504	0'02%	DA
Navarra	338	714	1052	32'12%	M/PG
País vasco	179	3776	3955	4'52%	M/DA/PG
La Rioja	27	331	358	7'54%	DA/DE
Ceuta	0	11	11	0%	DA
Melilla	0	117	117	0%	DA

Tabla 1. Interrupciones del embarazo por comunidades autónomas, sector y método utilizado.

El método señalado se corresponde al utilizado en >50% de las interrupciones.

(M: Mifepristona; PG: Prostaglandinas; DA: Dilatación y Aspiración; DE: Dilatación y Evacuación)

Método Farmacológico	Método Quirúrgico
----------------------	-------------------

>50%	30-50%	5-10%	<5%	0%
------	--------	-------	-----	----

Otro dato que llama la atención es el método de interrupción utilizado siendo mayoritario el farmacológico en aquellas comunidades donde el sector público tiene porcentajes de práctica mayores y el quirúrgico en el sector privado. Según estudios realizados por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAIVE) la tendencia de las pacientes es elegir el método quirúrgico frente al farmacológico, cuando este último es más respetuoso con el útero y es el recomendado por la mayoría de las sociedades científicas, ^(20, 21). Estas diferencias pueden deberse a la disponibilidad de las diferentes técnicas en los centros, públicos o privados, donde se llevan a cabo las interrupciones. La oferta de los diferentes métodos para la IVE así como la información disponible sobre los mismos deben garantizar el derecho de las pacientes a la libre elección en todo el territorio nacional evitando así situaciones de inequidad.

Es reseñable la tendencia al aumento de los casos asumidos por la sanidad pública respecto a años anteriores, así como la notificación de su práctica que, como señala el Ministerio de Sanidad, anteriormente no realizaban algunos de los hospitales donde tenían lugar y que debe ser notificada por el médico responsable a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma donde se lleva a cabo pues será la encarga de introducir los datos en la aplicación destinada a ello que recoge datos desde el 2011.

Las modificaciones legislativas van orientadas a asegurar el acceso de todas las mujeres que así lo precisen evitando las diferencias interterritoriales con medidas como la creación de registros de objetores de conciencia que permitan a las diferentes administraciones organizar sus servicios y recursos de manera que la prestación quede garantizada evitando en la medida de lo posible las derivaciones a clínicas privadas y/u otras provincias o CCAA. Otra medida que, aunque no soluciona la cuestión planteada, facilita el acceso a la prestación y ya ha sido implementada en algunos territorios es la aprobación de conciertos con clínicas privadas para evitar que las mujeres en esta situación tengan que costearse ellas mismas la atención que precisan.

En Aragón en el año 2022 se produjeron 1.949 interrupciones voluntarias del embarazo, un 1'7% más que el año anterior, lo que significa que se realizaron 8'9 IVEs por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Del total de interrupciones 238 fueron por causas médicas, de las cuales 10 se llevaron a cabo en centros públicos y las 228 restantes en centros privados. En comparación con los datos a nivel nacional donde el incremento de IVEs fue de un 9% con una tasa de 11'7 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva observamos cifras menores en el territorio aragonés, pero con la misma tendencia de aumento respecto al año anterior en ambos casos⁽²²⁾.

5.4 Interrupción voluntaria del embarazo y bioética

Como se ha desarrollado en el apartado anterior la tipificación legislativa de la objeción de conciencia, así como del registro tiene como objeto facilitar la gestión organizativa de la disponibilidad de la interrupción de la gestación en la sanidad pública para la reducción de la desigualdad territorial en este aspecto.

Según el capítulo 8 del Código de Deontología Médica la objeción de conciencia “*es el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar dicho cumplimiento contrario a sus propias convicciones*”^(23,p.41). Se trata de un derecho a nivel individual que garantiza la libertad e independencia del médico y debe tener fundamento ético, moral o religioso y debe tratarse de una posición en el ejercicio de su profesión tanto en el sector público como privado. La condición de objector debe ser comunicada al responsable de garantizar la prestación sanitaria y nunca debe convertirse en una herramienta de discriminación para la atención sanitaria. En caso de urgencia el médico objector deberá atender al paciente en cuestión, aunque esta urgencia sea derivada o esté relacionada con la acción objetada por el facultativo. La objeción de conciencia nunca será motivo de discriminación del profesional que la alega, así como de los responsables de proporcionar la atención rechazada relegándolos exclusivamente a su práctica ⁽²³⁾.

La objeción de conciencia no sólo está reconocida por el Código de Deontología Médica, sino que también está reconocido legalmente por la Constitución Española en su artículo 16.1 pues deriva del derecho fundamental a la “*libertad ideológica y religiosa*” ^(24,p.11).

Todos los requisitos mencionados en el Código de Deontología están además recogidos en el artículo 19 bis y 19 ter de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, donde además se incluye en el artículo 19 ter la creación de un registro de objetores de conciencia en cada CCAA y en el Instituto Nacional

de Gestión Sanitaria (INGESA) para poder favorecer a nivel organizativo que los servicios públicos puedan asegurar el acceso a la prestación. El INGESA será el encargado de establecer un protocolo específico que recoja las condiciones mínimas para cumplir con los objetivos de creación de este registro, así como de garantizar la protección de datos de carácter personal de los objetores ⁽²⁾.

A nivel legislativo la objeción de conciencia se caracteriza por ser una decisión individual, manifestada con antelación y por escrito, que podrá ser revocada en todo momento.

Antes de la publicación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, – el 25 de febrero de 2022 – el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) reiteró públicamente su posición respecto al derecho individual de objeción de conciencia haciendo hincapié en los puntos desarrollados posteriormente en la ley y señalando que los profesionales médicos que participen en la interrupción de la gestación no deben poder ser sancionados ni legal ni deontológicamente por ello. Además, se recordó la necesidad e importancia de la formación, información y promoción de la Salud sexual en la población poniéndose a disposición del Ministerio para la potenciación, mejora y optimización de las buenas prácticas médicas en lo que se refiere a ese ámbito. De la misma manera otras propuestas para la conciliación del respeto a la objeción de conciencia y la garantía de la prestación de la IVE han sido emitidas por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) como por ejemplo: fomentar el respeto y la autonomía de la mujer que desea acogerse a la IVE dentro de las organizaciones sanitarias, evitar la estigmatización de los objetores, definir el circuito de realización de la IVE para favorecer su fluidez, garantizar la confidencialidad del registro de objetores y concienciar sobre la obligatoriedad del tratamiento de las pacientes con complicaciones de salud derivadas o no de la interrupción sin que el objetor pueda acogerse a esta condición para no atenderla en casos de urgencia o grave riesgo.

La objeción de conciencia es, por lo tanto, un derecho de los profesionales sanitarios reconocido a todos los niveles, tanto deontológico como legal y profesional por parte de las diferentes asociaciones que representan a los médicos y al resto de trabajadores de la sanidad.

Además de la objeción de conciencia la IVE presenta otros aspectos bioéticos en los que, a pesar de no estar recogidos en la ley, la Comisión de Bioética de la SEGO considera de gran importancia profundizar como la definición, basada en la evidencia científica, de los términos utilizados en el artículo 15 así como la evaluación de la metodología y el funcionamiento de los comités clínicos⁽²⁵⁾.

Las definiciones que establece la SEGO para las causas de las interrupciones por motivos médicos son las siguientes:

El supuesto recogido en el artículo 15c que se acoge a la interrupción por anomalía fetal incompatible con la vida, entiende como tal *“Aquellas anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el periodo neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor”* (25, p2).

El supuesto recogido en el artículo 15c que se acoge a la interrupción por enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, entiende como tal *“Aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el periodo fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocien con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal”* (25, p2).

Con el objetivo de facilitar la labor de los comités clínicos la comisión de bioética de la SEGO ha realizado un análisis previo de diferentes supuestos médicos que podrían incluirse en las definiciones anteriores y, por lo tanto, no precisarían de la evaluación por parte del comité clínico nuevamente. Sin embargo, este listado no debe limitar única y exclusivamente la posibilidad de aprobación de IVE para estos diagnósticos ya que pueden existir otros casos no tipificados por dicho comité y que podrían, igualmente, incluirse en las definiciones mencionadas. A continuación, se muestra en una tabla los supuestos considerados en cada definición.

Anomalías fetales incompatibles con la vida	Enfermedades extremadamente graves e incurables
Anencefalia/Exencefalia/Acráneo	
Hidranencefalia	
Holoprosencefalia alobar	Malformaciones cardíacas: formas graves anomalía Ebstein, hipoplasia cavidades izquierdas, isomerismo derecho, canal auriculoventricular completo con BAV en contexto de isomerismo izquierdo y cualquier cardiopatía con fracaso cardíaco.
Atresia laríngea/Atresia traqueal	
Agenesia diafragmática	Alteraciones estructurales graves del SNC
Agenesia renal bilateral	Agenesia completa y aislada del cuerpo calloso
Patología renal bilateral secuencia Potter y comienzo precoz	Tumoraciones con compromiso severo de estructuras vitales
Ectopia cordis	Hernia diafragmática grave
Pentalogía de Cantrell	Esclerosis tuberosa
Síndrome de bandas amnióticas	Hidrops grave sin causa aparente
Limb-body wall complex	Hidrocefalia grave progresiva
Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz	Encefalocele asociado a otras anomalías y/o cause desestructuración anatómica del SNC
Cromosomopatías: trisomía 18, 13 y 9 y triploidias	Ausencia o hipoplasia graves de vermis cerebeloso
Gestación gemelar biconial	Gestación gemelar monocorial
Puede contemplarse la reducción fetal selectiva con los mismos criterios que la gestación única.	Oclusión de cordón umbilical con los mismos criterios que gestación única y en situaciones con riesgo elevado de muerte del gemelo afecto y, en consecuencia, la muerte concomitante o secuela neurológica severa del gemelo sano.

Tabla 2. Supuestos incluidos en el artículo 15c de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero.

(SNC: Sistema Nervioso Central)

Por su parte, el comité clínico, será el encargado de evaluar cada caso particular y deberá hacerlo siguiendo una metodología bioética, al igual que ocurre en los comités de ética asistencial, realizando un análisis de los diferentes aspectos que afectan a la esfera de la IVE. Antes de analizar cada caso será imprescindible que se hayan estudiado los siguientes aspectos médicos de diagnóstico cierto – haciendo uso de todos los medios y pruebas necesarios – estableciendo las posibilidades reales de tratamiento, así como de las alternativas y sus consecuencias. A continuación, se realizará un análisis de los valores involucrados en cada caso, así como de la calidad de vida prevista con relación al tiempo de supervivencia previsible, el grado de desarrollo neurológico y el tipo y grado de dependencia, así como condiciones de vida futuras del nasciturus. Otros factores a tener en cuenta serán las consecuencias para la madre y la familia, así como los factores sociales que acompañen cada caso en cuestión⁽²⁵⁾.

Es importante que cada caso se analice desde la individualización evitando la generalización o limitación exclusiva a un diagnóstico concreto. Es responsabilidad del comité realizar una recomendación alternativa a la finalización en representación del nasciturus.

5.5 *Círculo asistencial IVE Hospital Universitario Miguel Servet*

El Hospital Universitario Miguel Servet dispone de un circuito asistencial para la finalización del embarazo que recoge los documentos legales pertinentes necesarios en cada caso, así como el tratamiento a realizar.

Dicho circuito contempla el inicio de la atención a la paciente desde la solicitud del IVE hasta el alta y posterior seguimiento. El proceso se inicia en la unidad de ecografías y diagnóstico prenatal en los casos de malformación fetal y en la unidad de medicina materno fetal en si se trata de un caso de riesgo de enfermedad grave para la madre. Para que el circuito funcione correctamente y sea lo más ágil posible deberán seguirse y completarse los siguientes puntos de manera ordenada:

- 1- Firma de documentación legal por parte de la paciente y los médicos responsables.
 - Gestación <22+6 con graves anomalías del feto: Certificación de enfermedad grave

firmada por 2 médicos y solicitud de la paciente de acogerse a la interrupción en el supuesto 15b.

- Gestación >22+6 con enfermedad fetal extremadamente grave e incurable: Solicitud del comité por parte de la paciente, Dictamen favorable del comité y solicitud de la paciente de acogerse a la interrupción en el supuesto 15c.
- Anomalías fetales incompatibles con la vida: Certificación de enfermedad grave incompatible con la vida firmada por 1 médico y solicitud de la paciente de acogerse a la interrupción en supuesto 15c.
- Otros documentos: boletín estadístico y notificación al Ministerio de Sanidad.

2- Planificación del procedimiento

- Se convoca el comité para la evaluación del caso si así se precisa al que se facilitarán los documentos anteriormente mencionados. Una vez se obtiene el dictamen favorable se establece el día del ingreso y será el encargado de garantizar la continuidad asistencial durante todo el proceso.
- Solicitud de pruebas complementarias de preoperatorio, grupo sanguíneo, serologías si precisa, cariotipo o array de los progenitores, radiografía fetal, biopsia fetal y resonancia magnética si precisa.

3- Información del procedimiento y planificación de la documentación por parte de la matrona de la consulta de diagnóstico prenatal. Se informa de todo lo relativo a la intervención: ayunas, vía intravenosa, analgesia, acompañamiento, lugar de expulsión, pruebas posteriores y peticiones de los padres tras la expulsión.

Se realiza la petición de las pruebas post-procedimiento: necropsia o anatomía patológica, consentimiento de incineración, biopsia fetal, pruebas de imagen postmortem y estudio genético de la placenta si se precisa. Si los padres lo prefieren pueden realizar el entierro a través de los servicios de una funeraria.

Así mismo se establecen las fechas de consulta post-alta y se anulan las visitas gestacionales programadas con anterioridad.

4- Conocida la fecha de ingreso se realiza la solicitud del ingreso por parte de la matrona y las órdenes médicas por el médico, ambos parte del equipo de diagnóstico prenatal.

5- Manejo del duelo perinatal: se ofrece la posibilidad de valoración y seguimiento por parte del servicio de psicosomática, normalmente de forma ambulatoria, aunque los padres pueden solicitar una consulta previa al procedimiento. Durante el ingreso se puede solicitar interconsulta intrahospitalaria con el circuito de óbito fetal si se cree conveniente. Se pueden recomendar asociaciones centradas en el duelo específico por ILE con grupos de apoyo.

6- Tratamiento:

- Tratamiento ambulatorio: 5mg de diazepam la noche anterior.
- Administración de 200 mg de mifepristona vía oral la noche anterior, al menos 24h antes del misoprostol.
- Inducción de asistolia fetal mediante cordocentesis con inyección de cloruro potásico (CLK) y sedación mediante analgesia y bloqueo neuromuscular fetal con la administración de Fentanilo (20mcg/Kg de peso fetal) y Rocuronio (0'2mL/Kg de peso fetal) en la misma jeringa. Se utilizará una aguja de 22G en <22 semanas y de 18G en >22 semanas.
- Misoprostol 800 mcg (600 vaginal – 200 oral) transcurridas al menos 24h de la administración de mifepristona. La dosis de mantenimiento variará dependiendo de la semana de gestación.
- Para el ingreso se pautan las mismas órdenes médicas y analgesia que en los casos de óbito fetal a la espera de la expulsión.

7- Alta médica:

- Se pautará tratamiento domiciliario que será el mismo que para el óbito fetal.
- La baja laboral la dará el médico de atención primaria que dependerá de las semanas de gestación y será maternal a partir de las 25 semanas.
- Dar fecha de cita en consultas externas de diagnóstico prenatal para el seguimiento, normalmente a los 2 meses.

8- Complicaciones: la paciente deberá ser correctamente informada antes de la intervención de las posibles complicaciones de esta.

- Inducción asistolia fetal: complicaciones habituales de la amniocentesis como el cuadro vasovagal o la asistolia fetal diferida.
- Complicaciones agudas post-expulsión: retención de restos placentarios – iniciar circuito de legrado -, hemorragia, expulsión prolongada – si dura más de 2 días – o rotura uterina.
- Complicaciones a largo plazo: psicológicas y postlegrado.

Solo es obligatorio, por la objeción de conciencia, informar del diagnóstico al personal directamente implicado en el proceso asistencial como obstetras y personal de enfermería, también podrá informarse a los anestesistas y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. En caso de imposibilidad de coordinación por la objeción de conciencia se remitirá a la paciente a un centro concertado.

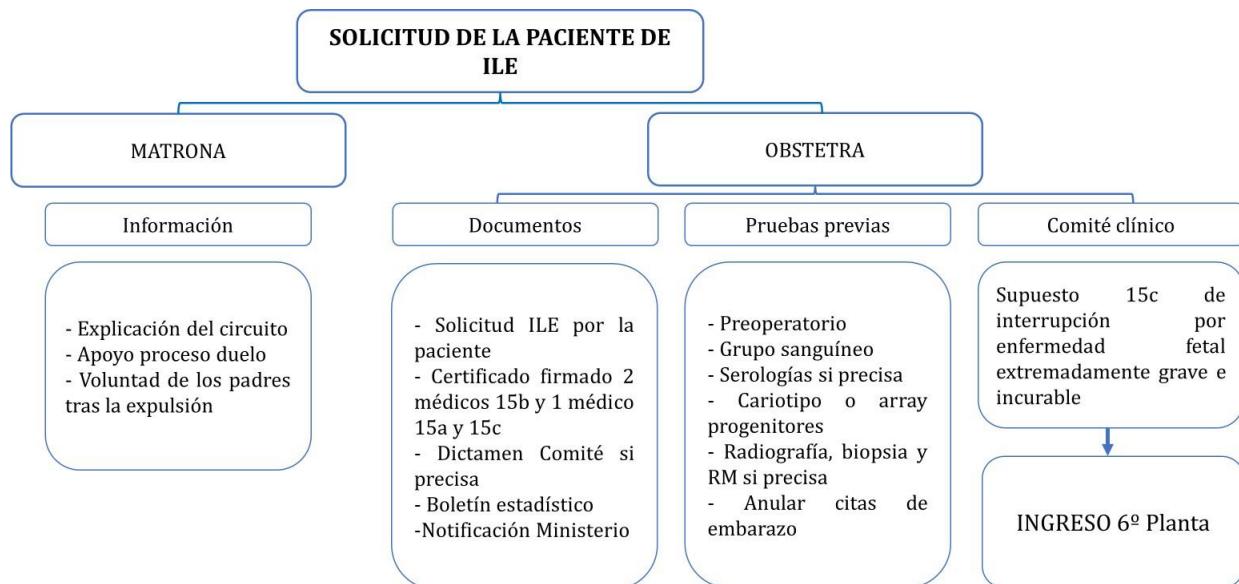


Figura 1. Algoritmo planificación proceso de interrupción legal del embarazo HUMS

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Revisión y contexto

Se trata de un proyecto de investigación de revisión de la legislación actual vigente y su evolución en los últimos años, así como de la frecuencia y las características de la interrupción legal del embarazo a nivel mundial, europeo y nacional con motivo de las modificaciones de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, por la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, para lo que se ha revisado la posición de las principales autoridades sanitarias en los distintos niveles – Organización Mundial de la Salud, Parlamento Europeo y Ministerio de Sanidad – junto con la información aportada por distintas asociaciones en defensa de los derechos humanos reproductivos como el Center for Reproductive Rights o el Guttmacher Institute que han publicado revisiones en la revista Lancet sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todo el mundo.

Para la revisión de la legislación a nivel nacional se ha recurrido a las diferentes leyes publicadas en el Boletín Oficial del Estado que han regulado la ILE desde su primera aparición en la legislación española en 1985: Ley Orgánica 9/1985, de 31 de julio; Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo; Real Decreto 825/2010, de 25 de junio y Real Decreto 831/2010, de 25 de junio; Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre; Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero. A nivel nacional se han estudiado también las diferencias interterritoriales y las consecuencias de estas con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad sobre las IVEs realizadas el año anterior, 2022, en las diferentes comunidades autónomas.

Además de la revisión de los derechos reproductivos y de salud sexual de las pacientes se han analizado también los derechos y deberes de los profesionales sanitarios que atienden a estas pacientes recogidos en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, además de en el Código de Deontología Médica reconocidos por las diferentes asociaciones representativas del personal médico tales como el Colegio Oficial de Médicos, la Sociedad Española de Contracepción y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Se ha realizado una revisión del circuito asistencial actual del Hospital Universitario Miguel Servet para la realización de ILEs.

6.2 Diseño del proyecto

Se ha realizado una encuesta con objeto de mejora de la calidad asistencial por parte del servicio de diagnóstico prenatal en todo el proceso relativo a la interrupción legal del embarazo por causas médicas a las pacientes que lo han llevado a cabo desde enero de 2023 hasta enero de 2024 bien en el Hospital Universitario Miguel Servet bien en la clínica privada con concurso público.

El contacto con las pacientes se ha realizado mediante carta certificada para la obtención del consentimiento informado y, posteriormente, por vía telefónica a través de la matrona de diagnóstico prenatal para la clarificación de dudas y ratificación de la participación. Una vez obtenido dicho consentimiento la investigadora principal ha realizado la encuesta en forma de entrevista semiestructurada también telefónicamente. Del total de 54 pacientes que habían llevado a cabo la ILE desde enero de 2023 hasta enero de 2024, susceptibles de ser incluidas en el estudio, se ha podido contactar con 49, de las cuales 6 no han dado su consentimiento y con 4 de ellas no ha sido posible volver a contactar posteriormente para completar la encuesta, por lo que finalmente han participado un total de 39 pacientes en la investigación. La encuesta ha sido realizada desde el servicio de diagnóstico prenatal y los datos han sido anonimizados mediante la asignación de un código numérico para el almacenamiento de las respuestas obtenidas en una hoja de cálculo de Excel y su posterior análisis. En la Figura 2 se resume el proceso metodológico de la realización de la encuesta en forma de diagrama de flujo. La encuesta realizada se encuentra en el Anexo I.

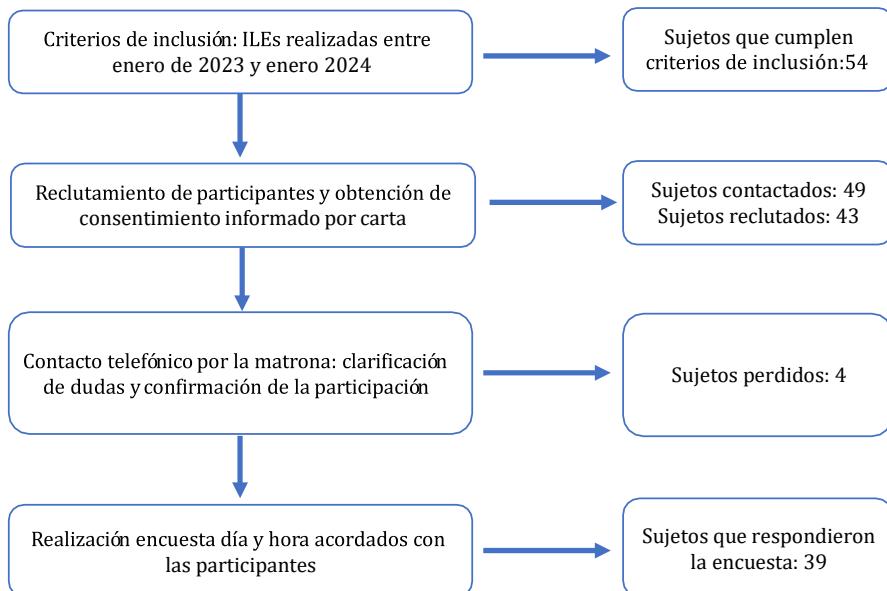


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso metodológico

6.3 Tratamiento estadístico

Para el tratamiento estadístico se utilizó Jamovi (versión 2.4.7), un software libre de código abierto y se aplicó un tratamiento de estadística descriptiva para los datos, de naturaleza cualitativa, obtenidos en las encuestas de satisfacción de la calidad asistencial respondidas por 39 pacientes que han llevado a cabo una interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas según refiere la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, en el artículo 15, desde enero de 2023 hasta enero de 2024 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza o en la clínica concertada por el SALUD para la asistencia de ILE en Aragón.

6.4 Consideraciones éticas

La propuesta del trabajo ha sido evaluada por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) en su reunión del día 10/01/2024, Acta No 01/2024 con el código C.P. - C.I. PI23/583 considerando lo siguiente:

El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.

El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

Por lo que el CEICA emite dictamen favorable a la realización del proyecto. Anexo II.

7. RESULTADOS

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cualitativas obtenidas de las respuestas de los pacientes a la encuesta del que se han obtenido las tablas de frecuencias para cada una de las preguntas para poder sacar conclusiones del grado de satisfacción general con la atención proporcionada en cada uno de los centros evaluados.

Las preguntas 17 y 24 no han sido analizadas puesto que son preguntas de respuesta abierta para la justificación de las anteriores preguntas y la aportación de otros datos que las pacientes consideraran de interés y no hubieran sido preguntados.

ASISTENCIA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Pregunta 1. En relación con la asistencia recibida en el hospital Miguel Servet de Zaragoza desde el momento del diagnóstico hasta el final del proceso asistencial ¿cómo está de satisfecha?

Muy satisfecha 64'7% - Satisfecha 23'5% - Poco satisfecha 11'8% - Nada satisfecha 0%

Pregunta 2. El trato por parte de los profesionales que le atendieron fue: Muy bueno 88'2% - Bueno 5'9% - Malo 5'9% - Muy malo 0%

Pregunta 3. El entorno ha sido adecuado en cuanto a:

- a. Respeto a su intimidad - 94'1% SI
- b. Confidencialidad - 100% SI
- c. Tiempo de consulta - 100% SI

Pregunta 4. Respecto a la información que se le ha ofrecido respecto al diagnóstico prenatal:

- a. Ha sido explicada en términos comprensibles para usted - 100% SI
- b. Ha sentido que le dedicaban el tiempo necesario para comprender la situación y las alternativas de tratamiento o conducta planteadas - 100% SI
- c. En caso preciso, ha completado la información un facultativo especialista de la patología diagnosticada en su embarazo - 100% SI

Pregunta 5. En caso de que se haya realizado una técnica invasiva para el diagnóstico prenatal (amniocentesis o biopsia corial):

- a. La información realizada sobre la misma ha sido suficiente - 94'1% SI
- b. Comprensible - 100% SI

Pregunta 6. La vivencia de la prueba ha sido: Adecuada a la situación 94'1% SI

Pregunta 7. En caso preciso, ¿se le ha ofrecido ayuda psicológica? - 88'2% SI

Pregunta 8. Si usted finalmente ha decidido acogerse a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ha recibido información adecuada sobre:

- a. Cómo solicitar el procedimiento - 93'8% SI
- b. El lugar en el que va a realizarse - 88'2% SI
- c. En qué consiste el método de finalización - 100% SI

Pregunta 9. ¿Ha tenido la oportunidad y tiempo para manifestar sus inquietudes o preguntas respecto al procedimiento que se le iba a realizar? - 82'4% SI

Pregunta 10. ¿Se le ofreció la posibilidad de solicitar una autopsia fetal para confirmar o completar el diagnóstico? - 94'1% SI

Pregunta 11. ¿Se le informó sobre el protocolo de asistencia al duelo: elaboración de caja recuerdos, despedida, grupos de apoyo...? - 88'2% SI

Pregunta 12. ¿Dicha información se le transmitió de forma adecuada? - 76'5% SI

Pregunta 13. ¿Tuvo oportunidad de resolver dudas o inquietudes? - 76'5% SI

Pregunta 14. ¿Le pareció adecuada la atención recibida en la planta 6^a de Medicina Materno-Fetal? - 100% SI

Pregunta 15. Respecto al confort durante el proceso de inducción de parto, ¿le pareció adecuada o suficiente la analgesia recibida? - 70'6% SI

Pregunta 16. En cómputo general, ¿está usted satisfecha con la asistencia clínica recibida? – 94'1% SI

ASISTENCIA EN LA CLINICA AÍSA

Pregunta 18. En el centro donde se le realizó la interrupción de la gestación, ¿se le dio información pertinente y suficiente sobre el procedimiento? – 76'2% SI

Pregunta 19. ¿Recibió tratamiento adecuado para el dolor durante el proceso? – 81'8%

Pregunta 20. La vivencia del ingreso hospitalario fue: Adecuada a la situación 81'8% - Totalmente inadecuada a la situación 18'2%

Pregunta 21. El trato por parte de los profesionales que le atendieron allí fue: Muy bueno 50% - Bueno 36'4% - Malo 4'5% - Muy malo 9'1%

Pregunta 22. ¿Recibió educación sanitaria (sangrado, signos de alarma por los que acudir a urgencias, menstruación, relaciones sexuales, etc.) después del proceso asistencial para la reincorporación a su vida cotidiana? – 72'7% SI

Pregunta 23. En cómputo general, ¿está usted satisfecha con la asistencia clínica recibida? – 86'4% SI

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES FINALES

Pregunta 25. ¿Recibió información adecuada de los procedimientos diagnósticos efectuados tanto durante como después de la gestación?: ecografías, amniocentesis o biopsia corial, analíticas de sangre, autopsia fetal etc.

HUMS 100% SI – Clínica concertada 95'5% SI

Pregunta 26. ¿Recibió educación sanitaria (tiempo de espera recomendable para nueva gestación, método contraceptivo o medicación necesaria antes de un nuevo embarazo, posibilidades de repetición de la patología gestacional, etc.) después del proceso asistencial para la reincorporación a su vida cotidiana? HUMS 87'5% SI – Clínica concertada 90'9% SI

Pregunta 27. ¿Se le entregó un informe definitivo del diagnóstico y tratamiento recibidos? HUMS 94'1% SI – Clínica concertada 88'9% SI

8. DISCUSIÓN

La interrupción voluntaria de la gestación es un tema de actualidad que ocupa los diferentes espacios públicos tanto a nivel sanitario como político y social cuya complejidad radica en todos estos aspectos además de en la diferencia de disponibilidad interterritorial de recursos y personal para su práctica.

La integración de la ILE en el sistema nacional de salud suscita numerosas controversias y presenta grandes diferencias tanto en el ámbito internacional (diferencias entre países) como en el nacional (diferencias entre comunidades). La reciente inclusión del aborto por causas médicas en la cartera de servicios de Aragón y la evaluación de la satisfacción de las pacientes con la asistencia clínica recibida, así como la elaboración de un proyecto de mejora de dicha calidad asistencial basado en la realización de una encuesta y las respuestas obtenidas es el objetivo de esta revisión.

Del total de pacientes que han respondido la encuesta 17 llevaron a cabo todo el proceso en el HUMS. Entre estas pacientes, uno de los aspectos más negativamente valorados se refirió al confort durante el proceso de inducción de parto siendo considerada la analgesia recibida insuficiente por un 29,4% de las pacientes. Además, en relación con la información transmitida sobre el proceso del duelo, la forma de transmisión de la información fue valorada como inadecuada en un 23,5% de las encuestadas y hasta un 23,5% han contestado no haber tenido oportunidad de resolver dudas o inquietudes. Además, en 9 de las 26 preguntas todas las valoraciones obtenidas han sido de carácter positivo, es decir, el 100% de las pacientes estaban satisfechas en lo relativo a la adecuación del entorno en materia de confidencialidad y tiempo de consulta dedicado, la información aportada desde el servicio de diagnóstico prenatal, la comprensibilidad de la información dada sobre la prueba invasiva a realizar, la explicación del método de finalización, la atención recibida y sobre la información acerca de los procedimientos diagnósticos efectuados. Con estos datos observamos que los ítems mejor valorados han sido aquellos relativos al proceso de información a las pacientes sobre el diagnóstico, los procedimientos terapéuticos y el manejo.

El resto de las pacientes que han sido entrevistadas llevaron a cabo la ILE en la clínica privada (22 de las 39 totales). En esta ocasión las preguntas con peor valoración han sido la 22 con un 27'3% de NO a la pregunta "*¿Recibió educación sanitaria (sangrado, signos de alarma por los que acudir a urgencias, menstruación, relaciones sexuales, etc.) después del proceso asistencial para la reincorporación a su vida cotidiana?*" y la 18 con un 23'8% de NO a la pregunta "*En el centro donde se le realizó la interrupción de la gestación, ¿se le dio información pertinente y suficiente sobre el procedimiento?*".

A pesar de no formar parte de las preguntas de la encuesta el 100% de las pacientes, independientemente del centro en el que han realizado la interrupción, han manifestado la importancia de que se ofrezca una total cobertura del servicio por parte del sistema público tanto económica como estructuralmente, considerando que la calidad de la asistencia sería mucho mejor si el proceso fuera seguido por un mismo profesional u equipo de profesionales conocedores del caso en detalle y que, además, reduciría la carga emocional que ya de por sí supone una IVE pues no existiría el sentimiento de desamparo que las usuarias derivadas a la clínica concertada han referido. Este punto lo han considerado especialmente importante para las ILEs por causas médicas. En 2022 en Aragón se realizaron 238 ILEs por causas médicas y solamente un 4'2% fueron realizadas en centros públicos, ese mismo año en Cataluña el porcentaje de ILEs por causas médicas en centros públicos fue de un 46'7% (19). En 2023 la ILE se ha incluido en la cartera de servicios de los hospitales públicos de Aragón y uno de los objetivos, al igual que en la Ley Orgánica 1/2023, es asumir la mayor cantidad posible de ILEs en función de los recursos y los profesionales disponibles. Por otro lado, algunas de las pacientes derivadas a la clínica privada han referido que tuvieron que costearse el tratamiento post-ILE allí recetado, lo cual podría ser tenido en cuenta en el momento de la revisión del protocolo actual de atención a la ILE del HUMS, con el fin de facilitar el acceso al tratamiento necesario postILE en estas pacientes y para que esto no suponga un agravio comparativo con respecto a las pacientes tratadas en el sistema público de salud.

El otro aspecto más repetido en las entrevistas ha sido la atención psicológica, aunque un gran porcentaje de las encuestadas (88'2%) referían que se les había ofrecido, la calidad de esta ha sido muy cuestionada. En el HUMS se realiza una colaboración con el servicio de psicosomática para la valoración de las pacientes que normalmente tiene lugar durante el ingreso, además se ofrece información sobre una asociación centrada en el duelo perinatal por una ILE, llamada Acontracor que,

aunque no cuenta con sede presencial, posee material de consulta y reuniones online, estos recursos, así como la falta de especialización en el duelo perinatal y seguimiento, han sido calificados como insuficientes. En el protocolo del Hospital Clínic de Barcelona en lo relativo a la atención psicológica de las pacientes se contemplan más opciones para el proceso de duelo, además de la información sobre la posibilidad de acceder a un grupo de autoayuda liderado por una psicóloga experta existe una intervención por trabajo social que aparte de proporcionar información sobre los trámites administrativos ofrecen la posibilidad de un soporte emocional y un trabajo terapéutico en coordinación con el Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) de Barcelona del Servei Català de Salut para recibir tratamiento psicológico en su centro ASSIR de referencia o de atención primaria, además cuentan con una red de grupos terapéuticos liderados por profesionales y otros de autoayuda dirigidos por familias afectadas. Por otro lado, en 2023, elaboraron un Manual de Acompañamiento en el Duelo Perinatal para profesionales en colaboración con otros hospitales de Barcelona que ofrece una gran cantidad de materiales y recursos tanto para los profesionales como para las pacientes y sus parejas. Dentro de la atención psicológica ofrecida por el sistema público uno de los aspectos susceptibles de ser mejorados es la oferta no sólo a las pacientes sino también a sus parejas que, aunque no sufren el proceso físicamente, también pasan por un duelo por perdida perinatal y no son tenidos en cuenta a la hora de ofrecer terapia psicológica. En lo relativo a la mejora de la calidad en este aspecto sería conveniente considerar el contacto con el servicio de psiquiatría y psicosomática del hospital para valorar las posibilidades de establecer un sistema de seguimiento en las pacientes que así lo precisen con el objetivo de proporcionar soporte psicoterapéutico, evaluar la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y la necesidad de tratamiento. Así mismo, en caso de realizarse una única visita durante el ingreso, sería conveniente encontrar un lugar y momento adecuados y sin interrupciones para la realización de la sesión ya que estas pacientes afrontan un proceso complicado tanto a nivel físico como psicológico.

El entorno en el que ha tenido lugar la interrupción ha sido calificado como adecuado en lo relativo a la intimidad y confidencialidad en un 94'1% y 100% respectivamente, no obstante, a pesar de esto las pacientes han manifestado reiteradamente su desconfort en lo relativo a los espacios que, en diferentes partes del proceso, han tenido que compartir con otras embarazadas tanto en el HUMS como en la clínica privada siendo estos momentos calificados como psicológicamente complicados. A nivel estructural supone un reto solventar este problema puesto que no se cuenta con ningún espacio alternativo donde poder atender a estas pacientes sin que haya otras mujeres embarazadas. Tanto en el protocolo del HUMS como del Hospital Clínic de Barcelona existe un apartado dedicado al circuito a seguir el día del ingreso que facilita la agilidad de este, sin embargo, otro de los momentos en los que las pacientes pueden enfrentarse a esta situación y que no está contemplado en el protocolo es la visita post-ILE. Es por ello que el ofrecimiento de una consulta telefónica en los casos que no se requiera exploración física ni pruebas complementarias podría ser una buena alternativa si la paciente así lo desea, ya que se evitaría que esta reviva el estrés de volver a las consultas donde se realizó la ILE y donde habitualmente comparten salas de espera con gestantes. Este problema sobre los espacios compartidos también ha sido referido por las pacientes atendidas en la clínica concertada que han comentado tener que esperar en una sala con otras mujeres cuya motivación para realizar la interrupción eran distintos a los suyos, lo que ha sido experimentado como un momento emocionalmente complicado por estas, algo similar ha ocurrido en casos en los que las pacientes escuchaban ciertos comentarios procedentes de habitaciones contiguas. Todo esto pone de manifiesto el momento tan delicado a nivel psicológico que viven estas pacientes y la necesidad de establecer espacios y circuitos que preserven su intimidad y que puedan ser considerados adecuados para el duelo por la pérdida prenatal que pasan estas pacientes. A pesar de que el entorno ha sido adecuado en cuanto a la intimidad y confidencialidad de las pacientes algunas de ellas han comentado que les habría gustado que hubiera menos personal presente en el momento del diagnóstico o sospecha de la existencia de patología, no tanto por la vulnerabilidad de su intimidad si no por la vulnerabilidad emocional al que se exponen, según la Guía de asistencia práctica de la SEGO publicada en 2024 sobre proceso diagnóstico de anomalías estructurales fetales, recomienda para iniciar un proceso de comunicación correcto en el momento de la detección de un defecto congénito que si existen otros profesionales durante la exploración con los que es preciso comentar algún aspecto de la ecografía, informar a su vez a la gestante y pedir su consentimiento para ello. La garantía de la presencia del personal mínimo necesario es un reto al que los profesionales del área de ginecología y obstetricia se enfrentan todos los días y que, no por ello, tiene menos importancia.

En lo relativo al manejo del dolor y el confort durante el proceso de inducción de parto la analgesia recibida ha sido calificada como insuficiente por el 29'4% de las pacientes, del 70'6% restante que han considerado la analgesia como suficiente algunas de ellas lo han hecho refiriendo que, a pesar de esto, calificarían el proceso como doloroso, pero entendiendo que es una parte más del proceso de parto. Los márgenes terapéuticos establecidos en el protocolo de atención a la ILE del HUMS están pendientes de revisión con el objetivo de minimizar el uso de analgesia locorregional y disminuir la tasa de legrados. El protocolo del Hospital Clínic de Barcelona consta de un apartado dedicado a la pauta analgésica en el que se observan 3 niveles, además de las medidas terapéuticas recoge también los requisitos y tiempos necesarios para subir de escalón terapéutico siendo la analgesia epidural el último de ellos. El establecimiento de un protocolo para la administración de analgesia facilita el adecuado manejo del dolor por parte de los profesionales que lo atienden, minimiza los tiempos de padecimiento de las embarazadas a la vez que reduce el número de complicaciones derivadas del mismo mejorando en consecuencia el grado de satisfacción, es por esto que se está llevando a cabo una revisión de las pautas seguidas actualmente.

El 100% de las pacientes han considerado como adecuada la atención recibida en la planta 6 de Medicina Materno-Fetal del HUMS por parte del personal que las atendió, pero, a pesar de esto, en algunas ocasiones las entrevistadas han comentado que la ausencia de personal en la habitación en el momento final de expulsión del bebé ha sido experimentado como un evento traumático. Idealmente, se debería establecer un protocolo de atención seriada con intervalos cada vez menores de tiempo conforme se vaya acercando el momento de la expulsión fetal aunque esto podría incurrir en la necesidad de aumentar el personal disponible.

Además de la buena valoración de la atención por parte del personal de la planta el trato por parte del resto de profesionales ha sido calificado como muy bueno en el 88'2% de las ocasiones, bueno en el 5'9% y malo en el 5'9%. Todas estas valoraciones hacen referencia al personal que forma el servicio de diagnóstico prenatal, así como el resto de personal de enfermería y del servicio de obstetricia que trabaja en la planta, no obstante, en los casos en los que las pacientes han sido trasladadas a otras zonas del hospital como el quirófano por complicaciones durante el ingreso se han notificado comportamientos y comentarios inapropiados por parte del personal sanitario ajeno al servicio de ginecología y obstetricia. Esto destaca la importancia de visibilizar y sensibilizar a los trabajadores de la salud sobre la existencia de las ILEs por causas médicas y el duelo perinatal al que se enfrentan las pacientes que las experimentan.

Respecto a la información aportada sobre el diagnóstico prenatal las pacientes han considerado que esta ha sido explicada en términos comprensibles, que se ha dedicado el tiempo suficiente para comprender la situación y las alternativas de tratamiento o conductas planteadas y que dicha información se ha completado por un facultativo especialista de la patología diagnosticada en el 100% de los casos. A pesar de tener una valoración satisfactoria, en algunas ocasiones en las que ha sido necesario la confirmación diagnóstica por otro servicio, la información transmitida por parte de los diferentes responsables se ha realizado, según las pacientes, de manera inadecuada por generar mucha incertidumbre cuando las llamaban por teléfono para citarlas al día siguiente en consulta mientras que en otras ocasiones la mala noticia se ha transmitido a través del teléfono lo que no ha sido del agrado de algunas pacientes por no encontrarse en una situación adecuada para recibir la noticia. Es por la diversidad de opiniones en la forma de transmisión de la información que se ha empezado a establecer a raíz de estos malentendidos un acuerdo previo con las pacientes sobre la forma de gestionar este proceso adecuándolo a las preferencias de cada una.

9. CONCLUSIONES

- El marco legal internacional de la interrupción voluntaria del embarazo comprende una gran variedad de alternativas que van desde prohibición absoluta del procedimiento en determinados países hasta diferentes regulaciones según determinados supuestos o plazos de edad gestacional.
- En España, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, garantiza el acceso a su práctica en la sanidad pública eliminando las diferencias territoriales, favorece la elección del método por las pacientes, permite a las menores entre 16 y 18 años elegir sobre sus embarazos, elimina los 3 días de reflexión y la información alternativa a IVE y regula el registro de objetores de conciencia.
- Existen diferencias territoriales en la práctica de las interrupciones voluntarias del embarazo que afectan directamente a las posibilidades de acceso de las pacientes a esta prestación.
- La totalidad de las pacientes encuestadas han manifestado que consideran que todas las mujeres en su situación deberían poder ser atendidas en el sistema público de salud.
- Se han detectado algunas líneas de mejora en relación con la satisfacción/humanización del procedimiento como son:
 - Mejora en la gestión de la comunicación de los resultados de diagnóstico prenatal.
 - Mejora en la atención psicológica.
 - Mejora del entorno y búsqueda de espacios alternativos.
 - Mejora en el manejo de la analgesia.
 - Mejora del acompañamiento durante el proceso de expulsión fetal.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos congénitos [Internet]. [cited 2024 May 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
2. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, número 51, (01 de marzo de 2023).
3. Aborto [Internet]. [cited 2024 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1
4. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de herramientas de planificación familiar y atención integral para el aborto destinado a los trabajadores de atención primaria de salud. Volumen 2. Guía de elaboración de programas y planes de estudios [Family planning and comprehensive abortion care toolkit for the primary health care workforce. Volume 2. Programme and curriculum development guide]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Center for Reproductive Rights. European Abortion Laws: A Comparative Overview [Internet]. 2023 Sep 13 [cited 2023 Dec 28]. Available from: <https://reproductiverights.org>
7. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2023 Dec 10];8(9):e1152–61. Available from: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
8. Francia C, Gaido D. Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920) [The Origins of the Soviet Decree of Legalization of Abortion (1920)] [Internet]. Available from: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/anuariohistoria>
9. Chorro P, Grita L. Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos europeos relativos a la reglamentación del aborto. Cuadernos de Bioética [Internet]. 1999 [cited 2024 Mar 29];2. Available from: aebioetica.org
10. Procedure File: 2022/2742(RSP) | Legislative Observatory | European Parliament [Internet]. [cited 2023 Dec 30]. Available from: [https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2022/2742\(RSP\)](https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2022/2742(RSP))
11. LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse (1) - Légifrance [Internet]. 2024 [cited 2024 May 3]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049251463/>
12. Orden de 31 de julio de 1985 sobre la práctica del aborto en Centros o establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 184, (2 de agosto de 1985).
13. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, número 55, (04 de marzo de 2010).
14. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, número 155, (26 de junio de 2010).
15. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. (Boletín Oficial del Estado, número 155, de 26 de junio de 2010).
16. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. (Boletín Oficial del Estado, número 227, de 22 de septiembre de 2015).

17. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, (29 de abril de 1986).
18. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 128, (29 de mayo de 2003).
19. De Sanidad M. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2022 SANIDAD 2023 [Internet]. [cited 2024 Feb 5]. Available from: <http://cpage.mpr.gob.es>
20. Hortal Hurtado S. AmecoPress Información para la igualdad. 2022 [cited 2024 Apr 2]. Las mujeres prefieren la técnica instrumental a la farmacológica en la interrupción de sus embarazos, según un estudio de ACAI. Available from: amecopress.net/Las-mujeres-prefieren-la-tecnica-farmacologica-en-la-interrupcion-de-sus-embarazos-segun-un-estudio-de-ACAI
21. Kulier R, Kapp N, Gürmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2024 Apr 22];2011(11):24-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22071804/>
22. Instituto Aragonés de Estadística. Interrupciones voluntarias de embarazo. Año 2022. [cited 2024 Feb 5].2023. Available from: <https://www.aragon.es/-/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-1>
23. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica 2022 CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA GUÍA DE ÉTICA MÉDICA. In 2022. p. 41-4.
24. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
25. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(1):67-8.

ANEXO I: Encuesta de satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN CALIDAD ASISTENCIAL

Esta encuesta se realiza de manera anónima y voluntaria con la finalidad de conocer la satisfacción de las pacientes a las que se les ha diagnosticado y tratado patología fetal en la consulta de ecografía y diagnóstico prenatal del Hospital Universitario Miguel Servet. Se pide que se responda con la mayor sinceridad posible. Su opinión es muy valiosa ya que nos ayudará a desarrollar acciones de mejora. Marque una cruz en la casilla que corresponda.

ASISTENCIA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

3. En relación con la asistencia recibida en el hospital Miguel Servet de Zaragoza desde el momento del diagnóstico hasta el final del proceso asistencial ¿cómo está de satisfecha?
 Muy satisfecha Satisfecha Poco satisfecha Nada satisfecha
4. El trato por parte de los profesionales que le atendieron fue:
 Muy bueno Bueno Malo Muy malo
5. El entorno ha sido adecuado en cuanto a:
 - a. Respeto a su intimidad
 Sí No
 - b. Confidencialidad
 Sí No
 - c. Tiempo de consulta
 Sí No
6. Respecto a la información que se le ha ofrecido respecto al diagnóstico prenatal:
 - a. Ha sido explicada en términos comprensibles para usted
 Sí No
 - b. Ha sentido que le dedicaban el tiempo necesario para comprender la situación y las alternativas de tratamiento o conducta planteadas
 Sí No
 - c. En caso preciso, ha completado la información un facultativo especialista de la patología diagnosticada en su embarazo. Ejemplo: pediatra, cardiólogo, cirujano...
 Sí No
7. En caso de que se haya realizado una técnica invasiva para el diagnóstico prenatal (amniocentesis o biopsia corial):
 - a. La información realizada sobre la misma ha sido suficiente
 Sí No
 - b. Comprensible
 Sí No
8. La vivencia de la prueba ha sido:
 Adecuada a la situación Totalmente inadecuada a la situación
9. En caso preciso, ¿se le ha ofrecido ayuda psicológica?
 Sí No
10. Si usted finalmente ha decidido acogerse a la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ha recibido información adecuada sobre:
 - a. Cómo solicitar el procedimiento
 Sí No
 - b. El lugar en el que va a realizarse

Sí No

c. En qué consiste el método de finalización
 Sí No

11. ¿Ha tenido la oportunidad y tiempo para manifestar sus inquietudes o preguntas respecto al procedimiento que se le iba a realizar?

Sí No

12. ¿Se le ofreció la posibilidad de solicitar una autopsia fetal para confirmar o completar el diagnóstico?

Sí No

13. ¿Se le informó sobre el protocolo de asistencia al duelo: elaboración de caja recuerdos, despedida, ¿grupos de apoyo...?

Sí No

14. ¿Dicha información se le transmitió de forma adecuada?

Sí No

15. ¿Tuvo oportunidad de resolver dudas o inquietudes?

Sí No

16. ¿Le pareció adecuada la atención recibida en la planta 6^a de Medicina Materno-Fetal?

Sí No

17. Respecto al confort durante el proceso de inducción de parto, ¿le pareció adecuada o suficiente la analgesia recibida?

Sí No

18. En cómputo general, ¿está usted satisfecha con la asistencia clínica recibida?

Sí No

19. Si su respuesta fue **NO** en algunas de las preguntas anteriores, ¿Qué cree podría mejorar su experiencia en el proceso de diagnóstico, información y tratamiento de la patología de su gestación?

Respuesta abierta

ASISTENCIA EN LA CLINICA AÍSA

20. En el centro donde se le realizó la interrupción de la gestación, ¿se le dió información pertinente y suficiente sobre el procedimiento?

Sí No

21. ¿Recibió tratamiento adecuado para el dolor durante el proceso?

Sí No

22. La vivencia del ingreso hospitalario fue:

Adecuada a la situación Totalmente inadecuada a la situación

23. El trato por parte de los profesionales que le atendieron allí fue:

Muy bueno Bueno Malo Muy malo

24. ¿Recibió educación sanitaria (sangrado, signos de alarma por los que acudir a urgencias, menstruación, relaciones sexuales, etc.) después del proceso asistencial para la reincorporación a su vida cotidiana?

Sí No

25. En cómputo general, ¿está usted satisfecha con la asistencia clínica recibida?

Sí No

26. Si su respuesta fue **NO** en algunas de las preguntas anteriores, ¿Qué cree podría mejorar su experiencia en el proceso de diagnóstico, información y tratamiento de la patología de su gestación?

Respuesta abierta.....
.....

INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES FINALES

27. ¿Recibió información adecuada de los procedimientos diagnósticos efectuados tanto durante como después de la gestación?: ecografías, amniocentesis o biopsia corial, analíticas de sangre, autopsia fetal

Sí No

28. ¿Recibió educación sanitaria (tiempo de espera recomendable para nueva gestación, método contraceptivo o medicación necesaria antes de un nuevo embarazo, posibilidades de repetición de la patología gestacional, etc.) después del proceso asistencial para la reincorporación a su vida cotidiana?

Sí No

29. ¿Se le entregó un informe definitivo del diagnóstico y tratamiento recibidos?

Sí No

Esta entrevista fue desarrollada por el personal sanitario de la sección de diagnóstico prenatal para evaluar la opinión de nuestras pacientes. Gracias por responder a esta entrevista.

ANEXO II: Dictamen CEICA



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI23/583

10 de enero de 2024

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 10/01/2024, Acta Nº 01/2024 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis de los resultados de la aplicación de la Ley Orgánica de 1/2023 de interrupción legal de la gestación en el entorno de la asistencia sanitaria pública de Aragón: supuestos 15A, 15B y 15C.

Alumna: Leyre Echevarría Polo

Tutores: Mauricio Tajada Duaso, Patricia Bretón Hernández

Versión protocolo: V 1.1 de 23/12/2023

Versión documento de información y consentimiento: V 1.0 de 29/11/2023.

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ Firmado digitalmente
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B Fecha: 2024.01.15
11:58:39 +01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)