

Francisca García es ginecóloga y presidenta de la Asociación de Clínicas acreditadas para interrupción del Embarazo (ACAI). En marzo, fue una de las participantes de la mesa redonda *La reforma de la ley del aborto*, organizada por la Fundación 1º de Mayo en Madrid. Sus años de experiencia clínica y el conocimiento de la realidad son sus grandes bazas.

de defender a mujeres y profesionales. O sea, el aborto es un delito despenalizado en tres supuestos (Ley Orgánica 9/1985), y eso supone que en muchos casos profesionales de la medicina y las mujeres sufren la persecución por parte de novios y maridos despechados, jueces celosos de su trabajo... Es un periodo en el que hay muchos juicios, pero también apoyo mutuo y solidaridad entre profesionales. La sanidad pública y los poderes públicos se habían desentendido del tema del aborto dada la gran inseguridad jurídica con la que se debe trabajar y son las clínicas acreditadas

nicas de mujeres que habían abortado. Concretamente fue en la clínica que dirijo en Almería, se trataba del caso de una menor acompañada por su madre a quien denunció su novio. Fue un proceso largo, duró un año. Pero es en 2007 cuando tiene lugar la primera gran ofensiva de los grupos *antielección* contra la ley vigente. Primero con la detención de profesionales en Barcelona, con el médico Morín a la cabeza, y después en Madrid, concretamente en la Clínica Isadora⁽¹⁾. A raíz de esas denuncias, las clínicas son inspeccio-

“Normalizar el aborto; garantizar y combatir el estigma”

Carmen Briz Hernández

FRANCISCA GARCÍA es ginecóloga desde hace 30 años y trabaja a caballo entre Granada y Almería, aunque desde que es presidenta de la Asociación e Clínicas Acreditadas para Interrupción del Embarazo (ACAI) viaja a cualquier otro lugar donde precisen de ella. Acaba de regresar de Pozoblanco (Córdoba) para participar en un coloquio con la Asociación de Mujeres

las que lo practican. La carga de la prueba, cuando es un delito, recae en las personas que practican los abortos y hay que demostrar que se actúa dentro de la legalidad, en nuestro caso, dentro del concepto de salud aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Concepto que no es aceptado por todo el mundo porque entiende la salud no solo como la ausencia de enfermedades, sino como el bienestar físico, psíquico y social (sobre el que no existe unanimidad).

nadas de forma minuciosa, se les exigen unas condiciones sanitarias que no se le exige a ningún hospital (ni público ni privado), son, bajo nuestro entender, inspecciones políticas. De modo, que ante la gran inseguridad jurídica que sufren mujeres y profesionales el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero se ve empujado a cambiar la ley.

“Cada clínica está empleando entre 10 y 15 personas y son 32 asociadas con centros funcionando en 20 ciudades pertenecientes a 12 comunidades autónomas diferentes”.

¿Piensa que hay, por parte de algunos sectores, cierta incompreensión hacia la labor de las clínicas acreditadas, ahora concertadas?

Ventana Abierta. Su compromiso feminista no falta en su discurso, no en vano ha sido activista en diferentes asociaciones de mujeres de Granada, donde tiene su residencia habitual. Nos encontramos con ella en esa ciudad para realizar la entrevista en un simbólico día, el 1º de Mayo. Justo, una semana después, Alberto Ruiz Gallardón anuncia que será en julio cuando se presente la nueva ley de aborto.

Los objetivos fundamentales de ACAI son normalizar el aborto (que salga del Código Penal); garantizar el acceso al mismo; y, sobre todo, intentar que el estigma que recae, tanto en profesionales como en mujeres, sea un elemento a combatir. Cada clínica está empleando entre 10 y 15 personas y son 32 asociadas con centros funcionando en 20 ciudades pertenecientes a 12 comunidades autónomas diferentes.

El aborto está financiado públicamente, es una prestación sanitaria. Se mezclan una serie de variables (estigmatización profesional, objeción de conciencia, no arriesgarse a las denuncias...) que hacen que la pública no haga las interrupciones de embarazo, que en la práctica solo lo haga la privada. Realmente no hay voluntad política para que esto cambie. Deberían existir unidades específicas dentro de los hospitales públicos, simplemente porque las técnicas del aborto provocado también son específicas y hay que aprenderlas. En las facultades de medicina existe la asignatura general de Ginecología y Obstetricia, pero no existe una formación específica en la práctica sanitaria de aborto provocado, ni siquiera durante la formación MIR.

¿Cuándo y por qué surge ACAI y con qué filosofía trabaja?

Se constituye en 1997 y surge como una asociación de profesionales que realizan interrupciones de embarazo, al principio con el objetivo

¿Bajo su punto de vista qué propicia que la Ley Orgánica 9/1985 de Felipe González, vigente en esos años y en los posteriores del Gobierno de Aznar, se modifique?

En 2005, a raíz de una denuncia, un juez, celoso de su trabajo, mandó que revisaran 5.000 historias clí-

Por ejemplo, un aborto retenido (un feto muerto de 15 semanas) se puede solucionar en menos de media hora, no es necesaria hospitalización, basta una breve intervención con la técnica de aspiración. Sin embargo, lo habitual es que en la Sanidad Pública le realicen una inducción solo con misoprostol⁽²⁾, lo que hace que la expulsión fetal sea larga y difícil, albergando la posibilidad de terminar con un legrado⁽³⁾. En cualquier caso ambos son protocolos obsoletos.

Pero hay otro elemento clave: el acompañamiento en un aborto provocado. La interrupción del embarazo aún es una conducta estigmatizada y requiere privacidad. Hay quienes lo viven con sentimiento de culpa como si estuvieran haciendo algo malo; todo depende del valor que cada mujer

zar el acceso

le de al hecho de su embarazo, de que quiera y no pueda, de sus creencias, edad, cultura... Es fundamental que sientan que se les apoya en su decisión y que se les va a ayudar en lo que necesiten.

En otro orden de cosas, nos encontramos con quienes se declaran en objeción. Algo muy habitual entre la jefatura de servicio de ginecología y obstetricia desgraciadamente.

En la mayoría de Comunidades Autónomas existen conciertos. La Administración paga por facturas y a veces tarda más de un año en hacerlo. De modo, que, sin decirlo, están obstaculizando la existencia de la prestación del aborto, asfixiando económicamente a las clínicas.

¿Qué balance hace de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo?

Podríamos estar haciendo un balance de la actual ley y ver qué habría que reformar, qué ha funcionado mejor, qué cosas no se han cumplido como la formación de equipos médicos que puedan hacer el relevo en las clínicas privadas, que puedan realizar interrupciones de embarazos en los hospitales públicos... Lo mejor de la ley –hay muchas partes por desarrollar– es que ha favorecido el acceso y, hoy, las mujeres abortan con mucha facilidad. Es una pena que sin haber terminado de hacer un balance y sin haber podido

experiencia de atención a las mujeres de más de 30 años. Hubo otras cosas que no se recogieron, como el derecho a decidir hasta la viabilidad fetal. Pero, al menos, hubo diálogo con la Administración.

También es interesante que recoja la formación de profesionales en técnicas de aborto, pero no solo, también en anti-concepción y prevención y en sexualidad. Se trata de una ley bastante completa si hubiera habido tiempo de desarrollarla y llevarla a la práctica en todos los aspectos que contempla.

¿Existe una demanda social que justifique la existencia de la ley Gallardón?

El programa electoral del Partido Popular era muy ambiguo en este tema, pero nunca contemplamos la opción de cam-

“Deberían existir unidades específicas dentro de los hospitales públicos, simplemente porque las técnicas del aborto provocado también son específicas y hay que aprenderlas”.

mejorar la ley, estemos enfrentándonos a una propuesta tan restrictiva como la que plantea el ministro de Justicia, Gallardón.

Como ACAI tuvimos la posibilidad de incorporar algunas cuestiones que considerábamos importantes en la ley de 2010, por ejemplo incluir el concepto de salud de la OMS, hicimos hincapié en el diagnóstico tardío de malformaciones... de algún modo, se tuvo en cuenta nuestra

bio de ley. Según el PP, uno de sus objetivos es disminuir las cifras de abortos. Sin embargo el número de abortos había disminuido en 5.000 casos⁽⁴⁾. Y en las menores de 19 años había disminuido también en un 6%. Es decir, las cifras ya estaban bajando con la ley de 2010. La tasa de aborto en nuestro país es un 12 por mil, cuando la media internacional es de un 29 por mil. Además, las mujeres abortan en edades gestacionales muy tempranas. Si la intención es prevenir abortos no deseados debería ponerse el acento en la anticoncepción y en la educación sexual, que con la ley Gallardón desaparecen. El efecto va a ser totalmente contrario: los abortos van a aumentar, pero no contabilizarán porque serán ilegales. El cambio de ley se justifica desde la ideología.

ACAI presentó un estudio que recogía las intenciones de las mujeres en caso de que se les imposibilitara abortar, ¿cuáles fueron los resultados?

De 6.000 mujeres encuestadas, un 62% lo seguirían interrumpiendo (unas viajarían fuera y otras lo realizarían dentro de la clandestinidad); y un 30% continuaría con el embarazo por no disponer de recursos para viajar fuera, por miedo a

Francisca García en el Centro Abogados de Atocha en la mesa redonda *La reforma de la ley del aborto*, fotografía de Julián Rebollo.



“Normalizar el aborto; garantizar el acceso y combatir el estigma”

Entrevista

la clandestinidad o por el riesgo que podría suponer para su salud. Alrededor de 20 mujeres contemplaban la posibilidad de adopción (algo durísimo porque no es lo mismo la interrupción de un embarazo que parir y dar a tu criatura en adopción). La *ley Gallardón* habla de medidas especiales, pero lo que intenta es redirigir a estas mujeres a la Fundación Red Madre⁽⁵⁾ o a asociaciones similares y poniendo por delante la defensa del “concebido”. En eso consiste el asesoramiento, en el que pueden participar terceras personas y en donde la mujer ha de contar todo su periplo. Son medidas culpabilizadoras y estigmatizadoras y se somete a las mujeres a un “juicio” paralelo (indicaciones médicas, asesorías sociales).

“Solo un 2% de quienes abortan actualmente podrían acogerse a la ley Gallardón. Más de 100.000 mujeres se encontrarían fuera”.

Las menores y el derecho al aborto es uno de los aspectos más polémicos. ¿Cuáles son las cifras?

Han disminuido los casos de menores de 16 y 17 años (un 0,1% en 2012). La inmensa mayoría vienen a las clínicas acompañadas de su madre y su padre. Y una minoría (un 13%) lo hace sola, porque no coincide con sus progenitores a nivel ideológico o es inmigrante, o no tiene familia, o procede de familias desestructuradas... Si se da el cambio legislativo estas menores abortarán en la clandestinidad. Y en caso de desacuerdo paternal tendrán que dirigirse a

un juez. Algo impensable. Mientras se resuelve o no, es posible que se encuentre fuera ya de plazos.

¿Qué harán desde ACAI de aprobarse la ley Gallardón?

Tendremos que evaluar qué es lo que nos permite esta ambigua ley. La aplicaremos teniendo en cuenta el concepto de salud de la OMS y seguiremos con nuestro trabajo de acompañamiento a quienes quieran abortar (aquí y fuera del país). Nuestro compromiso será facilitar la posibilidad de abortar a quien lo desee. Con toda probabilidad recibiremos denuncias por parte de los grupos *antielección*, que tienen muchísimo poder económico. Tendremos que presentar batalla y demostrar que actuamos dentro de la legalidad. Los juzgados tendrán que resolver. Las mujeres no van a ir a la cárcel, pero el

personal sanitario puede verse penalizado con años de cárcel (de 1 a 3) y con penas de inhabilitación. ¿Quién se atreverá a practicar abortos? Si nos vemos en la tesitura de que la ley se apruebe tendremos que hacer desobediencia e interpretar la ley a nuestro favor. Aun así, personalmente, no estoy de acuerdo con el concepto de “insumisión” o la realización de abortos ilegales. No sería bueno ni para las mujeres ni para las clínicas.

¿Qué opinión es la mayoritaria entre las sociedades científicas?

Ha habido muchísima contestación. La Asociación de Neuropsiquiatría está teniendo una

postura que me parece correcta: la defensa del derecho a decidir y de que las mujeres no sean “tuteladas” médicamente. Hasta la Organización Médica Colegial, de ideología conservadora, ha puesto impedimentos al supuesto de malformación tal y como ha sido redactada.

Vamos a pensar en las mujeres que tienen un conflicto. Tendrán que contar con el diagnóstico de dos profesionales de la medicina (independientes de la clínica), pero ¿quién podrá diagnosticar de forma objetivable el estrés psíquico de una mujer y lo que pueda suponer para ella la continuación de un embarazo no deseado? Las intervenciones se retrasarán a la espera de los diagnósticos y en ocasiones habrá que recurrir a los juzgados para solucionar determinadas situaciones.

Según la encuesta que se hizo desde ACAI, solo un 2% de quienes abortan actualmente podrían acogerse a la *ley Gallardón*. Más de 100.000 mujeres se encontrarían fuera.

¿Cómo ha cambiado la sociedad española, vista desde una clínica de interrupción del embarazo?

Mi apreciación es que la mayoría de la sociedad civil, cada vez más secularizada, piensa que las mujeres tienen que decidir, pero existen unos valores y una cultura que marcan mucho. Existe un pequeño duelo en todas las mujeres cuando han de tomar una decisión. Es un conflicto, igual que otros a los que nos enfrentamos en nuestra vida, que según quien lo viva será de mayor o menor envergadura. Las mujeres, independientemente de sus creencias religiosas, le dan valor a sus embarazos. Aún no está normalizado el hecho de abortar, las mujeres ya no piensan que “Dios las va a castigar”, pero sí les pasa por la cabeza la idea de ser “malas mujeres”. Por eso no suelen compartir la experiencia de la intervención con otras personas. **T**

- (1) El juez decidió llamar a declarar a las mujeres que habían abortado, porque consideraban que se había superado en algunos casos las 22 semanas de gestación, todo por una denuncia sin ningún fundamento jurídico del Servicio de Protección de la Naturaleza de la Guardia Civil, SEPRONA.
- (2) Para la interrupción del embarazo en el segundo o tercer trimestre que implique anomalía fetal o muerte fetal intrauterina.
- (3) Cuando la OMS considera que ha de sustituirse por la aspiración que conlleva menos efectos secundarios, menos sangrado y menos posibilidades de complicaciones. Se puede ahorrar dolor en las mujeres y tiempo aplicando misoprostol y RU-486, popularmente conocida como píldora abortiva.
- (4) El descenso de abortos va vinculado también al fenómeno de la inmigración, hay 500.000 personas menos inmigrantes en España y es cierto que en proporción, había más inmigrantes que accedían al aborto que nacionales. La población española está envejeciendo.
- (5) La Fundación Red Madre, creada en 2007, según la descripción en su web, tiene el propósito de: “Activar una red solidaria de apoyo, asesoramiento y ayuda a la mujer para superar cualquier conflicto surgido ante un embarazo imprevisto”.



De izquierda a derecha: Francisca García (ACAI), Laura Arroyo (Instituto de Estudios, Investigación e Historia de Mujeres 8 de Marzo), Ana Herranz Sáinz-Ezquerro (secretaria confederal de Mujer e Igualdad de CCOO), Begoña San José (del Fórum de Política Feminista) y Ángeles Jaime (de la Asociación de Mujeres Juristas Themis), fotografía de Julián Rebollo.

Carmen Briz (cbriz@ccoo.es) es periodista y forma parte del equipo de la Secretaría Confederal de la Mujer e Igualdad de Comisiones Obreras.