

Experiencia de mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo: relación con el entorno sanitario

Áurea Morillo García, Josefa María Aldana Espinal, Juana Moreno Nieto, Rocío Sillero Sánchez y Pilar Nieto Cervera

Objetivo. Describir cómo perciben las mujeres la asistencia sanitaria recibida tras la decisión de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y su derivación a la clínica de aborto.

Diseño. Diseño cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en 2005.

Emplazamiento. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla.

Participantes. Mujeres residentes en la ciudad de Sevilla que acudieron a las clínicas de aborto concertadas.

Mediciones principales. Se realizaron 36 entrevistas segmentadas por grupos de edad y nivel de estudios. Categorías de análisis: trato e información recibidos, accesibilidad y uso de las consultas de planificación familiar. Se realizó un análisis de contenido y triangulación de resultados con otros estudios y expertos en la materia.

Resultados principales. La mayoría de las entrevistadas se muestran satisfechas con la asistencia recibida. En ocasiones refieren que la actitud del médico de familia es burocrática, y les ha transmitido su desacuerdo y falta de apoyo en su decisión de abortar. No se identificó un circuito único de derivación a las clínicas ni una homogeneidad en la información suministrada a las mujeres. Las de mayor edad optaron por la asistencia privada, refiriendo que acelera los trámites y preserva su intimidad. La mayoría de las mujeres no utilizó previamente las consultas de planificación familiar, excepto para solicitar métodos anticonceptivos.

Conclusiones. Se constata la necesidad de disminuir la variabilidad en la asistencia a las mujeres que solicitan una IVE, agilizar los trámites y formar a los médicos de familia en el tratamiento y la información que la mujer demanda en el proceso de IVE.

Palabras clave: Interrupción voluntaria del embarazo. Estudio cualitativo. Entrevista semiestructurada. Planificación familiar. Profesional sanitario. Accesibilidad.

EXPERIENCE OF WOMEN WHO REQUEST VOLUNTARY ABORTION: RELATIONSHIP WITH THEIR HEALTH CARE ENVIRONMENT

Objective. To describe women's perception of health care after they decided to have a voluntary termination of pregnancy and their referral to the abortion clinic.

Design. Qualitative method, using semi-structured interviews carried out between April and June 2005.

Setting. Primary Health Care District of Seville, Spain.

Participants. Women living in the city of Seville and attending subsidised abortion clinics.

Main measurements. Thirty-six women of varying ages and educational level were interviewed. The interview studied the assessment and information given by health professionals, and accessibility and use of family planning services. The results were analysed and triangulated with other studies and experts in the field.

Main results. Most of the women interviewed were satisfied with the health care provided. Occasionally they perceived a bureaucratic attitude from physicians, who transmitted their disapproval and lack of support for an abortion decision. There were important differences in the way they were referred to abortion clinics, and in the information given to the women. Older women opted for private care, because this accelerated procedures and protected their privacy. Most women did not use family planning services before the abortion decision, except for requesting contraception.

Conclusions. The study found there is a need to reduce the variety of patterns of care for women requesting an abortion, to speed up the proceedings and to train family doctors in assessment and information delivered to women during the process.

Key words: Voluntary termination of pregnancy. Qualitative study. Semi-structured interview. Family planning. Health-care professional. Accessibility.

Distrito Sanitario Sevilla de Atención Primaria. Sevilla. España.

Correspondencia:
A. Morillo García
Rosario, 39, 1.º. 41500 Alcalá de Guadaíra. Sevilla. España.
Correo electrónico:
aurea.morillo.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 27-11-2006.

Manuscrito aceptado para su publicación el 13-12-2006.

Introducción

La Ley Orgánica 9/1985 de Reforma del artículo 1417bis del Código Penal¹ despenalizó el aborto en España cuando concurre alguna de las siguientes circunstancias: *a)* un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada; *b)* embarazo resultado de un hecho constitutivo de delito de violación, previamente denunciado, y *c)* presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto. Un sistema de vigilancia epidemiológica, en el que se integran el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), de ámbito nacional, y el Registro Andaluz de IVE^{2,3}, realiza su seguimiento y evaluación. Tanto los centros públicos como privados deben notificar cada IVE mediante la Hoja de Registro de IVE. En la tabla 1 se expone un resumen de algunas variables seleccionadas de este registro^{4,5}. Según esto, el número de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años ha pasado de 4,3 a 8,94 entre 1990 y 2004 para el total de España, y de 1,2 a 8,98 en Andalucía. Sin embargo, las cifras de actividad no informan sobre el complejo proceso de decisión de someterse a una IVE y no pueden explicar el crecimiento de las tasas de IVE, a pesar de contar con anticonceptivos eficaces y programas de planificación familiar, ni tampoco el aumento en el porcentaje de mujeres con antecedentes de una o más IVE.

El Distrito Sevilla es una estructura organizativa de atención primaria (AP) que cuenta con 32 centros de salud y presta atención sanitaria a un área de 600.000 usuarios. La planificación familiar, la información y derivación para la IVE se encuentran en su cartera de servicios, pero la realización de las IVE se concierta con clínicas privadas. Un estudio inicial de 2002 describía que en el 62% de las IVE solicitadas la pareja no había utilizado ningún método anticonceptivo, y en el 31,8%, éste había sido utilizado de forma incorrecta. Sin embargo, la limitada interacción que se produce en la sanidad pública en los actos de solicitud de IVE no permitía conocer las circunstancias que se asocian con los embarazos no deseados y la decisión de abortar, ni cómo perciben las mujeres la asistencia recibida. No puede ignorarse que, en este tema, a las dificultades habituales en la relación médico-paciente se suman las derivadas de las circunstancias y creencias particulares de ambos⁶⁻⁸.

Los estudios de Henry⁹ y Klima¹⁰ vinculan las menores tasas de aborto con un mejor acceso a los métodos de planificación familiar de alta calidad, con intervenciones dirigidas especialmente a adolescentes. El conocimiento de las expectativas de la mujer es necesario para efectuar un asesoramiento eficaz en planificación familiar, y no debe ignorarse que la experiencia de aborto afecta a las mujeres y a sus parejas. Además, otros autores han informado sobre las carencias en la formación de los

profesionales y la necesidad de capacitarse en esta área¹¹. Con el objetivo de tener un conocimiento de la percepción de las usuarias en su relación con el sistema sanitario público y sobre los factores asociados con la decisión de someterse a una IVE en el Distrito Sanitario Sevilla, como medio para diseñar propuestas de prevención para reducir las tasas de IVE, se planteó un estudio en el que se utilizó metodología cualitativa, dada la necesidad de abordar estos objetivos desde la perspectiva de las mujeres y en un contexto determinado.

Métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con metodología cualitativa durante los meses de abril a junio de 2005. La recogida de información se hizo a través de la entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas decididas previamente y reflejadas en el guión de entrevista; se garantizó que los datos obtenidos fueran apropiados a la pregunta de la investigación¹².

Muestra y participantes

Se seleccionó a mujeres residentes en Sevilla capital, de 15 a 45 años, en las que se hubiera realizado una IVE en alguna de las dos clínicas de IVE concertadas en la provincia en el período de estudio. Se diseñaron 12 perfiles en función de los criterios de segmentación, elaborados a partir de la bibliografía consultada: edad (15-25, 26-35 y 36-45 años) y nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios y superiores). Se incluyó sólo a las mujeres que se acogieron al primer supuesto de la Ley Orgánica de 1985.

La captación se hizo a través de informadores clave (psicólogos y/o trabajador social) y se llevó a cabo el mismo día del aborto o cuando acudían a la revisión tras la IVE. Se realizaron 33 entrevistas, en las que se buscó la saturación del discurso por cada perfil (tabla 2). En la tabla 3 se muestran las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Análisis

Las entrevistas se transcribieron literalmente y se codificaron con el software Nudist N-Vivo 6.

Las dimensiones de análisis se decidieron tras la revisión de la bibliografía^{7,13,14}, y son: relación con el profesional sanitario, accesibilidad y uso de las consultas de planificación familiar.

Fases del análisis

1. Codificación de las transcripciones.

2. Análisis de la información codificada, en el que se obtuvieron: *a)* una primera visión global de las opiniones de los entrevistados que permite la descripción, comprensión y verosimilitud de la información, y *b)* la profundización en las diferencias de los discursos.

3. Triangulación. Para controlar el posible sesgo introducido por el entrevistador y asegurar la fiabilidad del estudio se contrastaron, a través de dos vías, los resultados obtenidos: estudios previos cuantitativos y cualitativos, y expertos en la materia.

Resultados

Relación con el profesional sanitario: trato e información recibidos

En esta categoría no destacan diferencias entre los perfiles seleccionados, tanto en la edad como en los estudios. La mayoría de las entrevistadas dice estar satisfecha con el trato y la atención recibidos, tanto del personal de los centros de AP como de la clínica donde abortan (tabla 4).

La mayoría de las entrevistadas destaca el buen trato recibido en la clínica concertada para la IVE.

En contraposición, algunas mujeres, en sus discursos, denuncian un trato brusco por parte del médico de AP que las atendió, quizá motivado porque el profesional no comparte la decisión de la mujer. Ellas se ven muy afectadas por este hecho, pues se sienten más vulnerables.

Respecto a la información proporcionada por el profesional sanitario, la mayor parte de las entrevistadas comenta que el médico de AP apenas les informó del proceso y los riesgos derivados, limitándose a realizar los trámites para solicitar una IVE, hecho que muchas consideraron insuficiente. En ocasiones la información transmitida por el médico de AP no es homogénea, y en algún caso es disuasoria.

Muchas mujeres recibieron información más detallada en la clínica concertada y por parte de profesionales de planificación familiar de AP.

Accesibilidad

La mayoría de las mujeres accedió a la clínica concertada a través de su centro de salud por dos vías: derivadas directamente por su médico de familia, quién tramitaba la documentación para la clínica, o derivadas por el médico a la consulta de planificación familiar y desde allí a la clínica. Esta segunda opción enlentecía mucho los trámites.

Muchas mujeres indican la necesidad de agilizar dicho trámite, pues el hecho de permanecer embarazadas una vez tomada la decisión de abortar provoca malestar en las mujeres, así como angustia a medida que se incrementa el número de semanas de gestación.

Una tercera parte de las mujeres no ha utilizado los dispositivos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para la IVE y coincide con las mujeres de mayor edad y con experiencia de abortos anteriores. Los motivos por los que prefieren la gestión privada de la IVE son los siguientes:

- Ayuda a mantener la confidencialidad del proceso, pues temen ser vistas e identificadas como usuarias de este servicio en el centro de salud de su barrio que es frecuentado por familiares y/o conocidos.
- Destacan el ahorro de tiempo que supone acudir directamente a las clínicas sin necesidad de cumplimentar los trámites necesarios en el SAS. En algunas de estas muje-

TABLA 1
Datos cuantitativos sobre interrupción voluntaria del embarazo en España, Andalucía y Distrito Sevilla (tasas por 1.000 mujeres)

España (año 2004)	
Tasa media de IVE en España:	8,94
Comunidad autónoma con mayor tasa de IVE:	12,38
Andalucía (año 2003)*	
Casos de IVE:	14.136
Tasa IVE 15-44 años:	7,87
Tasa IVE 15-49 años:	6,29
Tasa IVE por grupo de edad (años)	
10-19:	5,17
15-19:	9,63
20-24:	13,39
25-29:	9,69
30-34:	7,05
35-39:	5,14
40-44:	2,32
45-49:	0,25
En todas las provincias hay un aumento de las tasas de aborto entre 1991 y 2002. En 2002-2003 las tasas se estabilizan	
En 2002 y 2003 disminuyen su tasa de aborto todas las edades, pero se incrementa en los grupos de 15-19 y 20-24 años.	
El 59,85% tiene estudios de primaria o bachillerato	
El 24,75% tiene IVE anteriores	
El 55,74% no utiliza los centros de planificación familiar	
Distrito Sevilla (año 2003)*	
Casos de IVE:	1.267
Tasa IVE 15-49 años:	6,06
Tasa IVE por grupo de edad (años)	
10-19:	5,87
20-24:	12,81
25-29:	9,05
30-34:	5,65
35-39:	4,89
40-44:	2,48
45-49:	0,21
Aumento de las tasas de aborto entre 1991 y 2001. En 2001-2003 se estabilizan	
Aumento de 0,92 a 5,87 en el grupo de 10 a 19 años entre 2001 y 2003. Tasas por encima de la media de Andalucía en este grupo	

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

*Datos provisionales publicados por la Consejería de Salud de Andalucía.

res ya se había realizado una IVE a través de su centro de salud y no habían quedado satisfechas, sobre todo en cuestión de plazos, por lo que optaron por la asistencia privada en abortos posteriores.

Uso de las consultas de planificación familiar

Una gran parte de las mujeres señala no haber utilizado nunca los servicios de planificación familiar, o sólo haberlo hecho puntualmente, bien para solicitar anticoncepción o bien para tramitar su IVE.

A la hora de explicar esta conducta las razones son variadas: algunas expresan no sentirse interesadas por la información que reciben y a otras las asusta tanto como ir a cualquier otra consulta médica.

TABLA 2
Captación de mujeres según perfiles

Nivel de estudios	Edad de las entrevistadas		
	15-25 años	26-35 años	36-45 años
Sin estudios: sin graduado escolar o abandono estudios antes de los 13 años	2	2	2
Primarios: hasta segundo de ESO o FP de grado 1	3	5	2
Secundarios: nivel COU, segundo de bachillerato o FP módulo grado medio o superior	5	3	1
Superiores: diplomatura o ≥ 3 años de licenciatura	3	3	2

TABLA 3
Perfiles de las participantes en el estudio y clínica donde fueron captadas

		Número (%)
Edad (años)	15-25	13 (39,39)
	26-35	13 (39,39)
	> 36	7 (21,21)
Estado civil	Soltera	16 (48,48)
	Casada/convivencia	9 (27,27)
	Separada/divorciada	8 (24,24)
Procedencia	España	24 (72,73)
	Latinoamérica	9 (27,27)
	Bolivia (2)	
	Ecuador (4)	
	México (1)	
República Dominicana (1)		
Perú (1)		
Número de hijos	0	12 (36,36)
	1	7 (21,21)
	2	7 (21,21)
	3	4 (12,12)
	4	3 (9,09)
Nivel de estudios*	Sin estudios	6 (18,18)
	Primaria	9 (27,27)
	Secundaria	10 (30,30)
	Superiores	8 (24,24)
Situación laboral	Trabajan	21 (63,64)
	No trabajan	12 (36,36)
Semanas de gestación	≥ 8	22 (66,67)
	9-12	8 (24,24)
	13-16	2 (6,06)
	> 17	1 (3,03)
Número de IVE previas	Primera (sin IVE anterior)	20 (60,61)
	Segunda	12 (36,36)
	Tercera	1 (3,03)

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

*Simplificación de los 8 niveles que recoge la hoja de registro de IVE para facilitar la estratificación.

Otras razones, menos frecuentes, han sido no tener pareja estable y la incompatibilidad entre los horarios de trabajo y las consultas de planificación que sólo atienden por las mañanas. Son,

en especial, las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico las que relatan estas dificultades, pues encuentran muchos problemas para pedir horas de permiso en su trabajo. Una parte de estas mujeres manifiesta su clara intención de acudir a consultas de planificación familiar una vez finalice la IVE, para orientarse sobre métodos anticonceptivos eficaces y con el fin de evitar nuevos embarazos no deseados. Una entrevistada menor de 18 años comentó su dificultad para acceder a las consultas de planificación familiar. Ninguna de las mujeres refirió si en AP o en la clínica se les concierta cita o algún tipo de control postaborto, salvo el seguimiento sistemático que se lleva a cabo en la clínica unos días después de la IVE.

Discusión

La entrevista semiestructurada en este estudio ha permitido dirigir las preguntas hacia los temas que se pretende investigar y da la suficiente libertad como para profundizar en ellos. Con la entrevista logramos un mayor clima de confianza, lo que permite expresar las opiniones en un contexto que facilita la conversación, sin prejuicios ni temores. Igualmente, sería interesante poder incluir en posteriores estudios otras técnicas, como la observación, útiles para triangular los resultados obtenidos mediante la entrevista. Si bien la captación no presentó grandes dificultades y el número de mujeres que se negaron a participar fue reducido, en determinados perfiles no se consiguieron las dos entrevistas previstas, bien porque la IVE es infrecuente en este tipo de perfiles, bien porque prefieren hacerla a través de clínicas privadas y no concertadas. Sin embargo, en otros grupos se amplió el número de entrevistas por falta de calidad de algunas de ellas.

Dado que las clínicas concertadas tienen una elevada demanda asistencial, con una media de 20-25 mujeres en jornada de tarde o mañana, fue difícil asegurar 30 minutos extra para realizar las entrevistas. Por ello, aunque estaba previsto entrevistar a las mujeres antes de realizar la IVE, se decidió entrevistarlas en la revisión tras la IVE, para poder disponer de mayor tiempo y ofrecer un ambiente más distendido. Esta circunstancia que, en principio, podría hacer pensar en un sesgo por abordar a las mujeres en distintos momentos del proceso, no ha sido un factor diferenciador en el discurso de las mujeres.

De forma global, en ninguna de las dimensiones presentadas se han observado diferencias importantes en los discursos de las entrevistadas. La edad y el nivel de estudios no han sido factores diferenciadores en la percepción de las mujeres sobre la accesibilidad, el trato y la asistencia recibidos. Es posible que estos perfiles incidan más en el discurso sobre el motivo de la IVE, el conocimiento previo sobre el proceso y la actitud de la mujer frente a su entorno.

La experiencia de la IVE tiene una importante repercusión para la mujer, tanto física –pueden requerir intervención

TABLA
4

Relación con el profesional sanitario

Trato y atención recibidos	«... una experiencia que nunca has... quieras o no estás nerviosa y se portan muy bien, muy amables...» «... mi médico me dice: yo te voy a llevar donde otra porque yo no firmo eso, que ella no firma porque no estaba de acuerdo...» «... a la hora del trato con las personas —en algunos casos, no en todos— hay muchas carencias, y más en un tema tan delicado. Yo creo que cuando una mujer toma esta decisión la toma porque tiene un motivo detrás (...). Hay un motivo y una causa, y es algo que psicológicamente te está afectando...»
Información	«... Cuando iba el médico —de atención primaria— me trató mal (...), me preguntó si quería abortar y le dije que sí y... y me trató un poquito mal (...), pero aquí la atención es muy buena. Son todos muy buenos —¿aquí en la clínica?— sí» «... simplemente, me tomó los datos, me dijo, bueno, entrega esto y ya está. O sea, no me dieron ninguna información. Simplemente me dieron los documentos...» «... a mí me ha faltado mucha información en muchos momentos «Sólo me dijo que era peligroso, que... pero yo creo que fue para darme miedo... él me ha dicho: te van a meter en quirófano y te van a poner anestesia... me lo ha dicho de otro modo y ya me ha asustado...» «... los del centro de salud decían que no, que con dos meses no se puede abortar... yo me quedé pensando, a lo mejor esta gente se harán los locos para que yo no aborte...» «... nada, nada, a mí me lo explicaron aquí —clínica—: el procedimiento y cómo iba... antes no» «... yo es que fui a planificación y lo comenté allí, y me mandaron para acá, me dijeron todo lo que tenía que hacer...»

Opinión de las entrevistadas: accesibilidad

	«... a mí lo que me pasa es que fue más lento... tardé un mes desde que lo supe hasta que...» «cuando llego allí —centro de salud— este hombre me aconseja lo que... que abortar era lo mejor... me voy a la matrona y me dice que no, que me puedo esperar hasta los tres meses...» «... para eso voy yo a una clínica, a lo mejor estaría de un mes, nada más... y no pasa nada... pero con dos meses ya... es un palo... que yo lo vi en el televisor y no me gustó nada...» «... que deberían, para las personas que vayan con este tipo de historias... deberían agilizar el tema de los análisis...» «Encima el médico está abajo de mi casa, tenía que correr un riesgo para que no me vieran... había que tirar para allá... esquivando mi casa...» «Ves, si por ejemplo vas a coger cita porque lo vas a abortar y necesitas abortarlo ya, porque yo no quiero que pase más tiempo, lo normal es decir: mira, vete tal, tal, y abortas; no vente aquí para lo otro, vente para aquí la semana que viene, no, para la otra, no, para la otra...» «Tardó mucho la otra vez» (referido a aborto previo tramitado a través del centro de salud)
--	--

Uso de consultas de planificación familiar

	«... hombre, allí te ayudan, pero lo que me hablan allí, ya lo sé... entonces, para ir... y que me digan lo que me han dicho otras personas o mi madre... para eso no voy» «No, yo es que no voy al médico», «yo no he ido nunca a hacerme nada, soy muy cagona» «No, porque yo no tengo noviecito aquí... y si un día me encuentro un noviecito pues tendrá que ponerse condón... por eso nunca me preocupé, ¿entiendes?» «Estuve yendo a planificación para que me dieran cita, pero nunca me atendían, pues yo me iba... hasta que probé una tía mía y ya me dieron cita... (entrevistada menor de 18 años)
--	---

quirúrgica— como psicológica, sin olvidar los aspectos éticos que rodean a este proceso, los cuales no sólo son relevantes para la mujer, sino también para el profesional sanitario que la atiende en el momento en que ella demanda la IVE. Se observan actitudes poco homogéneas por parte de los médicos de AP, tanto en el trato como en la información suministrada a la mujer, hecho que también sucede en otros estudios europeos⁷; asimismo, se observan similares consecuencias, como retrasos en la derivación a la clínica y malestar, en las mujeres que han percibido el desacuerdo con su decisión por parte del médico que las atendió^{14,15}. Adams⁶ señala que, a pesar de la libertad que tiene el facultativo de decidir cómo y cuándo tratar a un paciente, el consejo médico y la información suministrada deben ser lo más objetivos y ecuanímenes posible, teniendo en cuenta que ellos sólo se limitan a informar y derivar, y no a suministrar de forma directa el servicio, dejando en manos de la mujer la libre decisión de someterse o no a la IVE.

Los resultados de este estudio describen la diferente organización en la derivación a las clínicas de aborto de las mujeres que solicitan una IVE. Por ello, en AP resulta pri-

mordial formar a los facultativos con el fin de suministrar el mismo tipo de información en estas situaciones y diseñar criterios de derivación protocolizados y dirigidos a ofrecer una asistencia ágil y de calidad, garantizando la confidencialidad y el bienestar de la mujer.

Kumar et al¹⁶ han profundizado en la anticoncepción peria-borto en el Reino Unido con metodología cualitativa. A pesar de tratarse de contextos que a priori pueden parecer muy diferentes del de nuestro distrito, sorprende la similitud en el discurso de las mujeres entrevistadas. Antes de someterse a la IVE, las mujeres que no usaban anticoncepción no lo hacían por contraindicación y efectos secundarios, dificultades de uso, creencia en su baja fertilidad, desconocimiento de los servicios de planificación familiar, falta de costumbre de ir al médico, ser la primera vez que entraban en contacto con el sistema sanitario o conocían la anticoncepción poscoital pero desconocían cómo llegar hasta ella. Después de la IVE, aunque cabría esperar que ésta hubiera servido de revulsivo, el empleo de anticoncepción vuelve a estar ausente o es insuficiente.

Cambiar las pautas de comportamiento respecto a la anticoncepción parece difícil en todos los contextos. Para rea-

Lo conocido sobre el tema

- El número de IVE por 1.000 mujeres en Andalucía ha pasado de 1,2 a 8,9 entre 1990 y 2004.
- Un estudio inicial llevado a cabo en el distrito de Sevilla en 2002 describía que en el 62% de las IVE solicitadas la pareja no había utilizado ningún método anticonceptivo.
- Las cifras de actividad no explican el proceso de decisión de someterse a una IVE ni el aumento de las tasas, incluso en mujeres con antecedentes de IVE previa.

Qué aporta este estudio

- Conocimiento de la percepción de las usuarias sobre su relación con el entorno sanitario en el proceso de la IVE.
- La mayoría de las mujeres refiere información y trato desigual por parte del facultativo de atención primaria.
- Es necesario mejorar los protocolos de derivación a las clínicas concertadas y formar a los facultativos en el tratamiento de los casos de IVE, para garantizar el bienestar y la confidencialidad de la mujer, y provisión de información homogénea a las usuarias.

lizar o reforzar un consejo anticonceptivo, la consulta de planificación familiar puede ser el lugar más adecuado, pues las mujeres parecen sentirse menos juzgadas. Pero no puede desaprovecharse la oportunidad de realizar una labor preventiva en cualquier contacto de la mujer con el sistema sanitario, como la consulta general de un médico de familia, especialmente en los casos cada vez más numerosos de mujeres con antecedentes de varias IVE. Con independencia de las creencias del médico de familia, el tratamiento de los casos de IVE y el consejo anticonceptivo requieren conocimientos y habilidades que no se improvisan y que deben formar parte de la residencia del médico de familia y de la formación continuada de éste. Hemos reflejado en los resultados un ejemplo de la dificultad en el acceso a los servicios de planificación familiar en mujeres menores de 18 años. Teniendo en cuenta que el grupo de edad de 10-19 años ha sido el de mayor crecimiento en las tasas de IVE en nuestro distrito, y que parece que el aborto está siendo utilizado como un método anticonceptivo, se impone la necesidad de encontrar programas específicamente dirigidos a los jóvenes. En este

sentido, resulta interesante la experiencia de Baraitser et al¹⁷, en la que se propone un programa con varias líneas de intervención: captación de jóvenes, tanto en el ámbito sanitario, educativo como lúdico y asistencia sanitaria que incluye horarios ampliados sin necesidad de solicitar cita previa.

Bibliografía

1. La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Reforma del artículo 417bis del Código Penal. BOE de 12 de julio de 1985.
2. Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. BOE de 3 de julio de 1986.
3. Resolución comunicada de 22 de julio de 1987 sobre regulación del circuito de Información Epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
4. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos estadísticos [accedido 31 Oct 2006]. Disponibles en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>
5. Interrupción voluntaria del embarazo. Andalucía, 2002-2003. Evolución de la Incidencia de IVE. 1991-2003. Distribución de las IVE en los distritos sanitarios 1991-2003 (datos 2003 provisionales). Viceconsejería. Servicio de Información y Evaluación. Unidad Estadística. Sevilla: Consejería de Salud.
6. Adams KE. Moral diversity among physicians and conscientious refusal of care in the provision of abortion services. *J Am Med Womens Assoc.* 2003;58:223-6.
7. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Family Planning Reproductive Health Care.* 2004;30:51-4.
8. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2004;33:125-30.
9. Henry K. Más uso de anticoncepción, menos abortos. *Family Health International. Network en español.* 2002;2 [accedido 31 Oct 2006]. Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv21-4/ns2144.html>
10. Klima CS. Unintended pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem. *J Nurse Midwifery.* 1998;43:483-91.
11. Rivera R, Solís JA. Opinión: mejorar la planificación familiar después del embarazo. *Network en español: verano 1997.* Vol. 17, n.º 4. Disponible en: <http://fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/index.htm>
12. De Sanmamed Fernández S. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC.* 1995;2:23-8.
13. Allanson S, Astbury J. The abortion decision: reasons and ambivalence. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1995;(16):123-36.
14. Moreau C, Bajos N, Bouyer J, COCON GROUP. Access to health care for induced abortions: analysis by means of a French national survey. *Eur J Public Health.* 2004;14:369-74.
15. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Access to health care for an induced abortion: qualitative and quantitative. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2003;51:631-47.
16. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Peri-abortion contraception: a qualitative study of users' experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2004;30:55-6.
17. Baraitser P, Fettiplace R, Dolan F, Massil H, Cowley S. Quality, mainstream services with proactive and targeted outreach: a model of contraceptive service provision for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2002;28:90-4.