

boletín 0

boletín de salud sexual y reproductiva

publicación periódica de la asociación de Clínicas Acreditadas
para la interrupción del embarazo



ASOCIACIÓN
DE CLÍNICAS
ACREDITADAS
PARA LA IVE

noviembre 2006

pra del día siguiente
ntaria del embarazo
eservativos
DPO GGINO DIU
Salud reproductiva
dura de trompas
MAS Píldora LV
ONOCIMIENTO
llas VASECTOMÍA
OSITIVO INTRAUTERINO
espermicidas

Edita: ACAI

Depósito Legal: AS - 6093 - 2006

Impime: ASG (Arias Servicios Gráficos) - Lugones (Asturias)

Editorial

Tengo el gusto de presentar el primer boletín informativo de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. A través de esta publicación queremos compartir con otras instituciones y organizaciones algunas reflexiones y novedades relacionadas con el aborto y con la salud sexual y reproductiva, además de dar a conocer las actividades que cada día se realizan desde la asociación.

Desde el año 1997, ACAI reúne a más de 30 clínicas que trabajan en 10 comunidades autónomas. Las clínicas funcionan como una red solidaria y todas ellas están acreditadas por la administración sanitaria para la práctica legal de abortos. Son objetivos de ACAI fomentar la salud reproductiva e impulsar, así mismo, la creación de foros, debates y acciones tendentes a cambiar la actual legislación sobre el aborto voluntario para lograr su total despenalización y reconocer universalmente a la mujer el derecho básico y fundamental sobre su propio cuerpo.

Estar funcionando en red desde hace casi 10 años nos ha facilitado intercambiar experiencias, realizar investigaciones y desarrollar herramientas y procedimientos comunes, que nos permiten dar el servicio más apropiado y la mejor atención posible a aquellas mujeres que deciden interrumpir su embarazo dentro de la legalidad española, o que acuden a nosotros para cubrir cualquier otra necesidad relacionada con su sexualidad y reproducción. Y ello no sólo porque

somos profesionales de la salud sino porque estamos convencidos de que todas las personas tienen derecho a gozar de los mejores niveles de salud sexual y reproductiva.

En este primer número recogemos los resultados de una investigación llevada a cabo entre un sector representativo de las mujeres inmigrantes que han sido atendidas por nuestras clínicas. El objetivo ha sido analizar algunas de las consideraciones más extendidas en relación al aborto y a las pautas anticonceptivas de estas mujeres.

Así, a través de la información recogida en las cerca de 1000 entrevistas realizadas, se analizan cuestiones como el grado de conocimiento sobre la anticoncepción post-coital en mujeres inmigrantes, la preferencia de uso de método anticonceptivo, las barreras más importantes a la utilización de los centros de planificación familiar o las razones más frecuentes que las llevan a no querer continuar su embarazo.

Desde ACAI deseamos que éste y otros futuros boletines sean de utilidad para los y las profesionales que trabajan día a día por el bienestar de las personas y quedamos a vuestra disposición para cualquier colaboración que podamos aportar desde esta asociación para contribuir a la mejora de la salud y los derechos de las personas, y muy especialmente de las mujeres.

Eva Rodríguez Armario
Presidenta

ANDALUCÍA

Almería
Ginecología Almería
Artes de Arcos, 4
04004 Almería
Tel.: 950 276 701
Fax: 950 264 731
info@ginealmeria.com
www.ginealmeria.com

Cádiz
Clinica Campo de Gibraltar
Cruce de Taraguilla, s/n
11369 San Roque
Tel.: 956 612 465
Fax: 956 612 456

Granada
Clinica Ginegranada
Santisteban Márquez, 3
18003 Granada
Tel.: 958 805 152
Fax: 958 805 161
info@ginegranada.com
www.ginegranada.com

Huelva
Clinica Poliplaning
José Nogales, 7 - 1º dcha.
21001 Huelva
Tel.: 959 540 222
Fax: 959 262 255

Málaga
Centro Médico 2002
C/ Andalucía, 18
29009 Málaga
Tel.: 952 393 535
Fax: 952 611 199
info@atochaginecologica.es
www.atochaginecologica.es

Ginecenter-Gineclínica
Málaga
C/ Armengual de la Mota, 33
Entreplanta- Oficina 1
29007 Málaga
Tel.: 952 304 758
Fax: 952 271 901
malaga@gineclinic.com
www.gineclinic.com

Sevilla
Clinica El Sur
C/ Tiberiades, 4 y 6
41018 Sevilla
Tel.: 954 657 254
Fax: 954 657 592
info@atochaginecologica.es
www.atochaginecologica.es

Clinica Triana
Av. Ronda de Triana, 14F

41010 Sevilla
Tel.: 954 334 828
Fax: 954 334 147
clinicatriana@clinicatriana.com
www.clinicatriana.com

ASTURIAS
Avilés
Belladona Avilés
Carreño Miranda, 11 - 2ª
33400 Avilés
Tel/Fax: 985 520 348
correo@clinicabelladona.com
www.clinicabelladona.com

Gijón
Belladona Gijón
Av. de la Constitución, 32 Entlo
33207 Gijón
Tel.: 985 351 576
Fax: 985 347 817
correo@clinicabelladona.com
www.clinicabelladona.com

Clinica Sirona
Pto. de la Cubilla, 16-18 Bajo
33207 Gijón
Tel/Fax: 985 154 211
info@clinicasirona.com
www.clinicasirona.com

Oviedo
Clinica Buenavista
Av. Buenavista, 6 Bajo
33006 Oviedo
Tel.: 985 244 263
Fax: 985 270 197
cbvista@telefonica.net
www.clinicabuenavista.com

CASTILLA - LA MANCHA
Ciudad Real
Clinica Cire
Urb. Las Norias, C6
Ctra. Valdepeñas, Km 2.250
13170 Miguelturra
(Ciudad Real)
Tel.: 926 240 078
Fax: 926 240 079
clinicacire@telefonica.net

CASTILLA Y LEÓN
León
Centro Ginecológico
Buenavista
Av. Mariano Andrés, 20 Bajo
24008 León
Tel.: 987 220 205
Fax: 987 237 000
cbvista@telefonica.net
www.clinicabuenavista.com

Valladolid
Ginemédica
San José, 15-17
47007 Valladolid
Tel.: 983 479 950
Fax: 983 479 520
ginemédica@ginemédica.com
www.ginemédica.com

CATALUNYA
Barcelona
Centre Médic Les Corts
Nicaragua, 128-130, baixos
08029 Barcelona
Tel/Fax: 934 308 708
info@centremediclescorts.com

Centro Casanova
Serpúlveda, 80 (local1)
08015 Barcelona
Tel: 934 269 734
Fax: 934 243 103
casanova@inicia.es

Tutor Médica
Berguedà, 17-19
08029 Barcelona
Tel: 934 192 626
Fax: 933 638 165
info@tutormédica.com
www.tutormédica.com

Girona
Adalia Centre Médic
Creu, 39 baixos
17002 Girona
Tel: 972 411 641

COMUNIDAD DE MADRID
Madrid
Centro Clínico El Bosque
Alonso Saavedra, 29
28033 Madrid
Tel.: 917 663 396
Fax: 917 671 247
ccbosque@telefonica.net
www.clinica-el-bosque.com

Clinica Ginecológica Callao
Concepción Arenal, 8
28004 Madrid
Tel.: 915 230 030
Fax: 915 230 044
dehni@clinicacallao.com
www.clinicacallao.com

Clinica Isadora
Pirineos, 7
28040 Madrid
Tel.: 913 111 000
Fax: 913 111 659
clinica-isadora@clinica-isadora.com
www.clinica-isadora.com

Clinica Mayrit
Toledo, 135 Duplicado
28005 Madrid
Tel.: 914 740 226
Fax: 914 749 993
info@clinicamayrit.com
www.clinicamayrit.com

Clinica Pacífico
C/ Severino Aznar Embid, 8
28935 Madrid
Tel.: 914 740 226
Fax: 915 267 626

COMUNIDAD VALENCIANA
Alicante
Instituto Ginetec S.L.
Av. General Marvá, 10 Bajo
03004 Alicante
Tel: 965 140 835
Fax: 965 215 393
ginetec@ginetec.com
www.ginetec.com

Valencia
Deia Médica
Beato Gálvez, 5 Bajo
46007 Valencia
Tel.: 963 808 503
Fax: 963 808 502

EUSKADI
Vizcaya
Centro Médico Lasaitasuna
Ercilla, 7 - 1º Ezk.
48009 Bilbao
Tel/Fax: 944 246 740

GALICIA
A Coruña
Clinica Faos
Entrepeñas, 2 - 1º dcha.
15010 A Coruña
Tel.: 981 277 561
Fax: 981 258 588

Pontevedra
Clinica Castrelos
Avda. de Balaidos, 1 - 1º H
36210 Vigo
Tel.: 986 205 188
Fax: 986 297 837
clcastrelos@hotmail.com

REGIÓN DE MURCIA
Murcia
Ginemur
C/ Princesa, nº 7
30002 Murcia
Tel/Fax: 968 225 054
murcia@ginemur.com
www.ginemur.com

“Estudio sobre aborto, anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes”

Presentación del estudio

En el transcurso de los últimos años, España se ha convertido en un territorio de acogida para un número cada vez más importante de personas procedentes de otros países. Alrededor de la mitad de estas personas son mujeres que tienen sus propias pautas de salud sexual y reproductiva y que al emigrar tienen que adaptarse a nuevas condiciones y situaciones.

Con el objetivo de profundizar en el conocimiento de este colectivo, la Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE ha llevado a cabo un estudio de investigación, cuyas conclusiones se basan en encuestas realizadas a casi 1000 mujeres inmigrantes de distinta nacionalidad. Sin llegar a ser exhaustivo, este estudio arroja algunos datos sobre cuestiones que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva de estas mujeres como:

- Cifras sobre el aborto de las mujeres inmigrantes en nuestro país según nacionalidades.
- En que medida la situación de irregularidad o regularidad de las mujeres está relacionado con el recurso al aborto.
- Causas de la interrupción del embarazo (nivel de ingresos, estructura familiar, etc...)
- Acceso al sistema público de salud, rompiendo estereotipos.
- Hábitos sexuales y reproductivos de las mujeres inmigrantes en nuestro país: utilización de métodos anticonceptivos, causas del embarazo, métodos más frecuentes, conocimiento de la anticoncepción post-coital...
- Reincidencia en la interrupción voluntaria

del embarazo.

- Similitudes y diferencias en los patrones de salud sexual y reproductiva según grupos regionales y nacionalidades más representativas.

Como universo del estudio se tomó una muestra aleatoria de cerca de 1000 mujeres inmigrantes que acudieron a interrumpir su embarazo a alguna de las clínicas de ACAI durante el último trimestre del año 2005, excluyéndose aquellas procedentes de países “desarrollados” tales como Suiza, Estados Unidos, Japón, Unión Europea (exceptuando países del Este) Australia o Nueva Zelanda.

ACAI asocia a 35 clínicas repartidas en 10 comunidades autónomas y en 20 provincias españolas y concretamente en este estudio participaron 15 de ellas: Belladona, Buenavista, Campo de Gibraltar, Castrelos, Centro Médico, Cire, El Sur, Ginealmería, Ginegranada, Ginecenter, Ginemédica, Ginemur, Mayritt, Triana y Tutor Médica.

Los datos fueron recogidos a través de una entrevista individual realizada por el psicólogo/a o trabajador/a social de las clínicas involucradas en el estudio, para la cual sirvió como base un cuestionario de elaboración propia. El enfoque del análisis se basó en tres niveles fundamentales: un nivel general en el que son tenidas en cuenta todas las nacionalidades conjuntamente; un nivel regional, donde se agrupan los datos en 4 grupos regionales: latinoamericanas, europeas del este, africanas y asiáticas y un nivel de análisis por nacionalidad donde se han elegido 3 países de los más representativos entre el colectivo inmigrante: Ecuador, Rumania y Marruecos.

Principales resultados relacionados con el perfil socio-económico de las mujeres inmigrantes

Nacionalidad, situación y tiempo de estancia en España

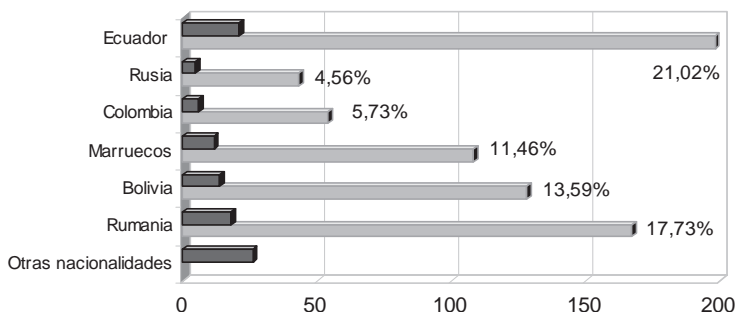
Del total de mujeres que recurrieron al aborto y fueron entrevistadas en el marco de este estudio, un 21% procedían de Ecuador, cerca del 18% de Rumania, alrededor del 14% de Bolivia, un escaso 11,50% de Marruecos y un 5,73% de Colombia. Estas 4 nacionalidades agrupan por tanto a casi el 70% de la muestra analizada, distribuyéndose el 30% restante entre otras 25 nacionalidades diferentes.

Estos resultados coinciden con las estadísticas generales de la población inmigrante femenina

en nuestro país, aunque con algunos matices.

Según datos oficiales del Ministerio de Asuntos Sociales la población inmigrante femenina en situación regular en España procede mayoritariamente de Marruecos (139.806 mujeres), Ecuador (110.301 mujeres), Colombia (80.991 mujeres), Rumania (34.260 mujeres) y China (32.412 mujeres). Sin embargo, según el estudio de ACAI (que ha tenido en cuenta a mujeres tanto en situación regular como irregular) un porcentaje muy alto de abortos se ha registrado entre las mujeres bolivianas, de las cuales sólo 6129, según datos del Ministerio, residen legalmente en nuestro país. Este dato tan significativo en relación a las mujeres bolivianas nos permite deducir que un importante porcentaje de mujeres en situación irregular recurre al aborto.

Distribución porcentual de la nacionalidad de origen de las encuestadas

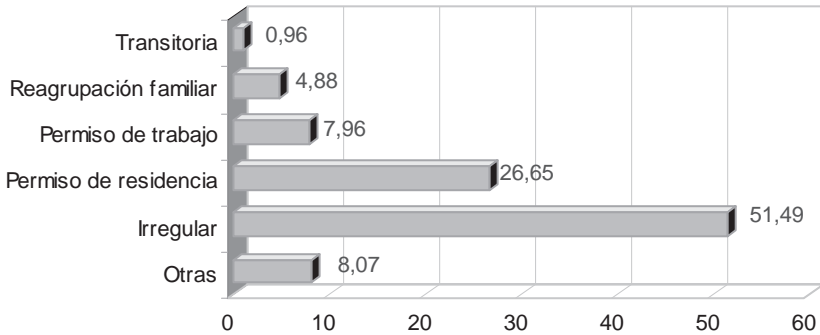


Nacionalidad	% de abortos sobre muestra total ACAI	Frecuencia de abortos sobre muestra total ACAI	Nº de mujeres con permiso de residencia en 2004
Ecuador	21,02	198	110.301
Rumania	17,73	167	34.260
Bolivia	13,59	128	6.129
Marruecos	11,46	108	139.806
Colombia	5,73	54	80.981
China	1,17	11	32.412

De hecho, el estudio demuestra que un 51,50% de las mujeres entrevistadas se encontraba en situación de irregularidad mientras que alrededor del 40% contaba con permiso de residencia, permiso de trabajo o se encontraba en España

bajo reagrupación familiar. El 10% restante se hallaba en situación de estancia transitoria en nuestro país, había acudido solo para abortar o no entraba dentro de ninguna de las categorías restantes.

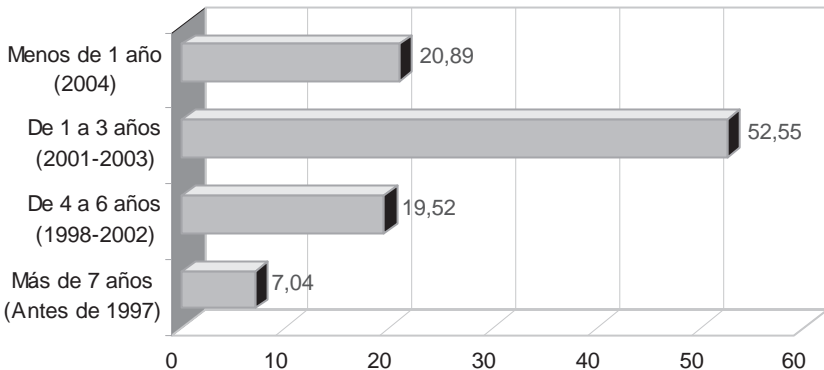
Distribución porcentual según situación de las encuestadas



Por otro lado, alrededor del 52% de las mujeres encuestadas llevaba establecida en España un periodo de 1 a 3 años mientras que un 21% lo hacía desde menos de un año y un 20% de 4 a 6 años. En este sentido parece que los cambios, la escasez de recursos y el proceso de adaptación

y reestructuración que se produce en las vidas de estas mujeres al llegar a nuestro país las hace especialmente vulnerables hacia el embarazo no deseado, destacando el alto porcentaje de mujeres que quedan embarazadas prácticamente nada mas instalarse.

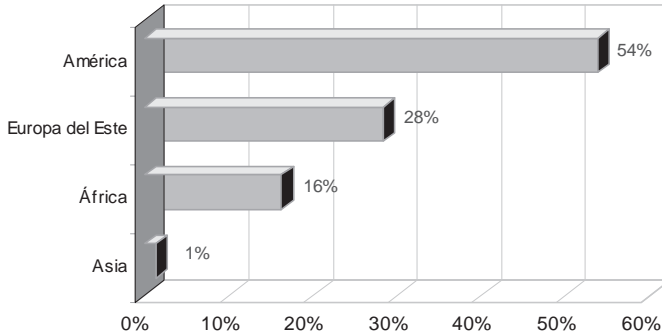
Distribución porcentual según tiempos de estancia en España



Desde el punto de vista regional, el grupo que más recurrió al aborto es sin duda el de mujeres latinoamericanas, agrupando a casi el 54% de los casos objeto de este estudio. Este porcentaje dobla con holgura al grupo de mujeres

procedentes de países del este y casi triplica al de mujeres africanas. En cuanto a las mujeres asiáticas, sólo un 1,38% de las mujeres encuestadas procedían de esta zona del mundo.

Distribución porcentual de mujeres que abortan según región



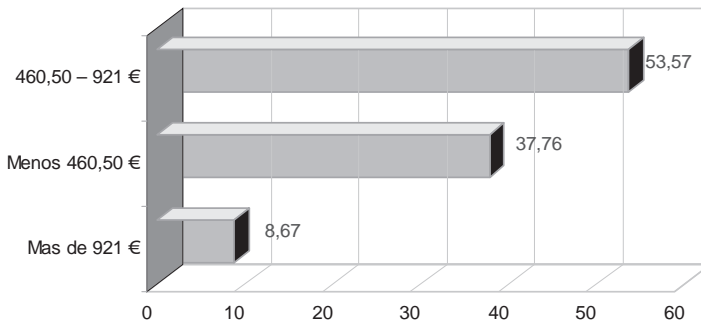
Motivos de la interrupción voluntaria del embarazo, nivel de ingresos y estructura familiar

Según los resultados de este estudio, la situación económica aparece como el motivo principal (44%) para optar por el aborto, seguida por la no idoneidad del momento y por el deseo de no tener más hijos (ambos con un 12,4%).

Desde el punto de vista económico, es destacable que, más del 80% de las mujeres que

interrumpieron su embarazo disponían de recursos propios. Sin embargo, dicha capacidad económica resulta ser muy limitada para cerca del 38% de las mujeres entrevistadas, el cual declaró contar con ingresos mensuales por debajo del salario mínimo interprofesional, es decir inferiores a 460,50 euros. Un 53,5% se posicionó en un nivel de ingresos entre 460,50 € y 921 €, y sólo un grupo minoritario de mujeres (el 8,67%) en un nivel de salario superior a los 921 €.

Distribución porcentual según nivel de ingresos de las encuestadas



A nivel de estructura familiar, el 64% de las mujeres encuestadas alegó tener hijos frente al 36% que no tenía descendencia. Dentro del primer grupo es destacable señalar que cerca del 51% había dejado sus hijos en el país de origen, un 41% los tenía consigo en España y cerca del 8% en ambos países. En cuanto al deseo de tener o no más hijos el 52% manifestó que si deseaba aumentar el núcleo familiar frente al 48% que señaló no desear más hijos.

Profundizando en esta misma cuestión por grupos regionales vemos que, al igual que en el análisis general, la situación económica es la más frecuente exceptuando el caso de las mujeres asiáticas donde la principal razón para interrumpir el embarazo es que no quieren tener más hijos. Las africanas son las únicas que no manifiestan de forma relevante el motivo de no desear más hijos.

Motivos principales para la interrupción del embarazo según región			
	Motivo 1	Motivo 2	Motivo 3
América	Situación económica	No desea más hijos	No es el momento
Europa Este	Situación económica	No es el momento	No desea más hijos
África	Situación económica	Otros	No es el momento
Asia	No desea más hijos	Trabajo	Otros

En referencia al colectivo ecuatoriano, rumano y marroquí los resultados son similares, destacando que mientras los dos primeros grupos manifiestan como segunda causa el no desear más hijos, en las mujeres marroquíes la cuestión está más en esperar a un momento más adecuado.

Resultados mas relevantes en relacion al perfil de salud reproductiva de las mujeres inmigrantes

Utilización de los servicios de planificación familiar

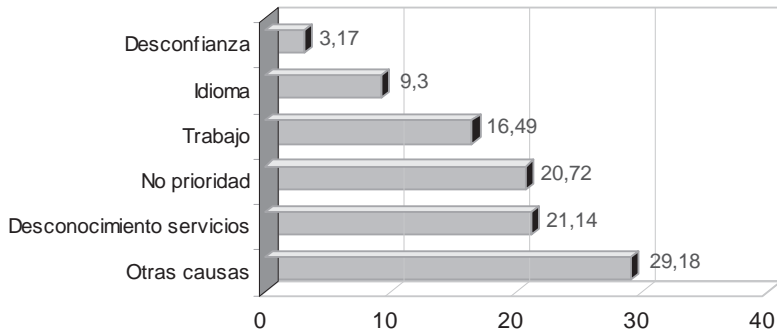
Algunos estudios apuntan a que las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes no están siendo cubiertas en su totalidad por los servicios sanitarios normalizados. La desconfianza de acudir a un centro público

sin tener regularizada su situación, el desconocimiento de los recursos, la falta de costumbre en la utilización de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva (que no están disponibles en los países de procedencia), la incompatibilidad de los horarios de consulta, el desconocimiento del sistema burocrático del servicio médico, la falta de comunicación con el/la médico/a (por dificultades del idioma o por dificultades para comprender los términos médicos) o las determinadas concepciones de género y culturales en torno al cuerpo, la salud, la enfermedad y la sexualidad (que hacen por ejemplo que las mujeres no deseen ser atendidas por personal masculino) son algunas de las barreras que se barajan como factores que dejan fuera del marco sanitario normalizado a muchas mujeres inmigrantes, sobre todo a las que están en situación de mayor precariedad.

Paradójicamente, este cuestionario nos ha permitido conocer los motivos por los que las mujeres son reticentes a acudir a los centros de salud o planificación familiar. Casi un 50% de las mujeres ni siquiera supo como responder a esta pregunta. Del número de mujeres que si lo hizo, el 30% señaló la opción “otras causas” mientras que un 21% señaló el desconocimiento de los servicios como motivo principal, otro 21%

reconoció que para ellas este tema no es una prioridad, un 16,50% señaló la falta de tiempo en el trabajo y un 9,30% hizo referencia al desconocimiento del idioma como barrera principal. Sólo un 3% mencionó la desconfianza hacia los servicios de salud entre los motivos para explicar la no utilización de los servicios de planificación familiar.

Distribución porcentual de los motivos por los que las encuestadas no acuden a los centros de salud



Dentro del apartado de “otras causas” se especificaron fundamentalmente 4 argumentos: creían que no podían quedar embarazadas, les iba bien hasta ese momento, sólo mantienen relaciones esporádicas o era la primera vez y no les gustan los métodos anticonceptivos/no les van bien/ les tienen miedo. Otras razones alegadas por las mujeres dentro de este apartado, pero en menor medida, tuvieron que ver con tomar los anticonceptivos por cuenta propia, con impedimentos por parte del marido, con la demora en dar las citas y realizar las pruebas pertinentes por parte de los centros sanitarios, y en último lugar y con muy poca representatividad, con carecer de tarjeta sanitaria o tener situación irregular.

Si observamos el análisis regional de este aspecto podemos observar pequeñas diferencias entre los distintos grupos. Para las mujeres asiáticas, por ejemplo, el idioma pasa a ser la barrera principal de acceso a los servicios de salud o planificación familiar mientras que entre las latinoamericanas es el desconocimiento de los servicios. En el grupo de europeas del este y africanas es destacable que el segundo motivo que más señalan es el hecho de que la anticoncepción no es una prioridad para ellas. Por otro lado, sólo las asiáticas y las latinoamericanas señalan la falta de tiempo en el trabajo como barrera para acudir a los centros de planificación familiar.

3 principales motivos por los que la mujer no acude a un centro de salud o P.F. según región			
	Motivo 1	Motivo 2	Motivo 3
África	Otras causas	Idioma / No prioridad	-
Europa Este	Otras causas	No prioridad	Desconocimiento del servicio
Asia	Idioma	Trabajo / Desconocimiento del servicio	-
América	Desconocimiento del servicio	Otras causas	Trabajo

Al trasladarnos al análisis de las nacionalidades más relevantes encontramos algunas apreciaciones a destacar que tienen que ver con que en las mujeres ecuatorianas la falta de tiempo en el trabajo se constituye como primera causa de la no utilización de los servicios de salud o planificación familiar con un porcentaje cercano al 38%, frente al desconocimiento de los servicios que era la primera en el grupo regional de mujeres latinoamericanas. Por otro lado, el motivo relacionado con el hecho de no

constituir estos temas una prioridad para la mujer aparece como tercer motivo con un 22%, mientras que en el análisis por regiones ni siquiera está presente.

En lo que respecta al grupo de mujeres marroquíes, el idioma no parece ser una barrera tan relevante como en el grupo de mujeres africanas y gana importancia el argumento de no constituir una prioridad para la mujer como barrera a la utilización de los servicios.

3 principales motivos por los que la mujer no acude a un centro de salud o P.F. según nacionalidad			
	Motivo 1	Motivo 2	Motivo 3
Ecuador	Trabajo	Otras causas	No Prioridad
Rumanía	Otras causas	No prioridad	Deconocimiento servicios
Marruecos	Otras causas	No prioridad	Idioma

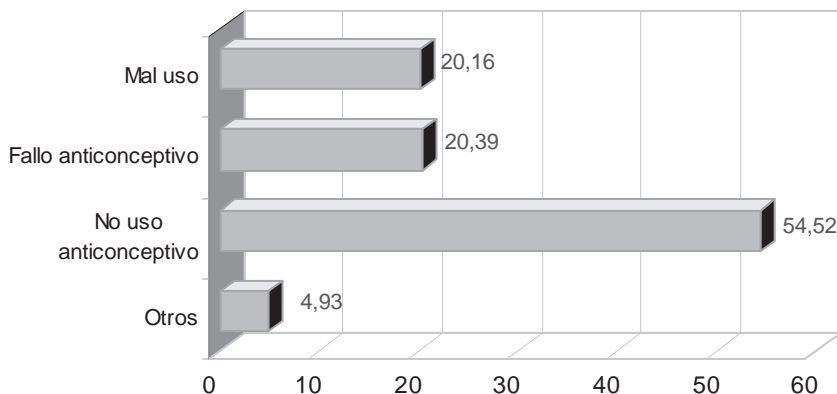
Causas del embarazo

En lo que se refiere a los patrones relacionados con la anticoncepción, cuando las mujeres fueron interrogadas acerca del motivo de su embarazo, la mitad de ellas alegó directamente no haber usado ningún tipo de método anticonceptivo mientras que la otra mitad reconoció haber utilizado algún método durante la relación sexual. Dentro de este grupo, alrededor de un 18% señaló

el fallo del anticonceptivo como causa del embarazo mientras otro tanto se refirió al mal uso de los mismos como desencadenante.

Al referirnos a fallo del anticonceptivo consideramos la rotura o deterioro, generalmente del preservativo masculino, y al mencionar mal uso estamos consignando errores o descuidos relacionados con la toma de anticoncepción hormonal oral.

Distribución porcentual según la causa del embarazo



Este mismo aspecto estudiado desde los grupos de nacionalidades, arroja el dato de que proporcionalmente la mayor frecuencia de ausencia de uso de anticonceptivos se concentró en las mujeres de origen asiático (69%), seguidas de las de Europa del Este (64%) y con más diferencia las latinoamericanas (45%) y africanas (44%). Otro aspecto a destacar en estos dos últimos grupos de población es el hecho de que

entre las mujeres que si utilizaron anticoncepción, las mujeres africanas alegaron como causa del embarazo el mal uso del método anticonceptivo (con casi un 30%) mientras en las mujeres latinoamericanas fue el fallo del anticonceptivo la causa más frecuente de embarazo. Esto esta sin duda relacionado con la preferencia en el tipo de anticonceptivo utilizado.

Causas del embarazo según región				
	África (%)	América Latina (%)	Asia (%)	Europa Este (%)
No uso anticonceptivo	44,37	45,29	69,23	64,26
Fallo	18,54	23,45	0	11,79
Mal uso	29,14	18,04	23,07	12,17
Otros	1,99	5,41	0	4,18
No contesta	5,96	7,82	7,69	7,60
TOTAL	100	100	100	100

A pesar de que las mujeres asiáticas aparecen como las usuarias más reticentes a la anticoncepción, creemos que este estudio no es lo suficientemente exhaustivo como para confirmar este hecho pues, por un lado, el número de mujeres entrevistadas fue muy pequeño, debido a que no son las que más habitualmente recurren al aborto, y por otro, la experiencia de las clínicas con este grupo de población demuestra, en general, un alto grado de auto-responsabilidad de estas mujeres con la anticoncepción.

A nivel de nacionalidades, las tendencias en cuanto al no uso de métodos anticonceptivos no plantea novedades en el grupo de las mujeres rumanas y latinoamericanas y tan sólo destaca que en las mujeres marroquíes desciende en 6 puntos el porcentaje de mujeres que no usa anticoncepción pasando del 44% establecido para el grupo de mujeres africanas a un 38% e incrementándose al mismo tiempo el porcentaje de las mujeres que quedan embarazadas a causa de un mal uso del método anticonceptivo.

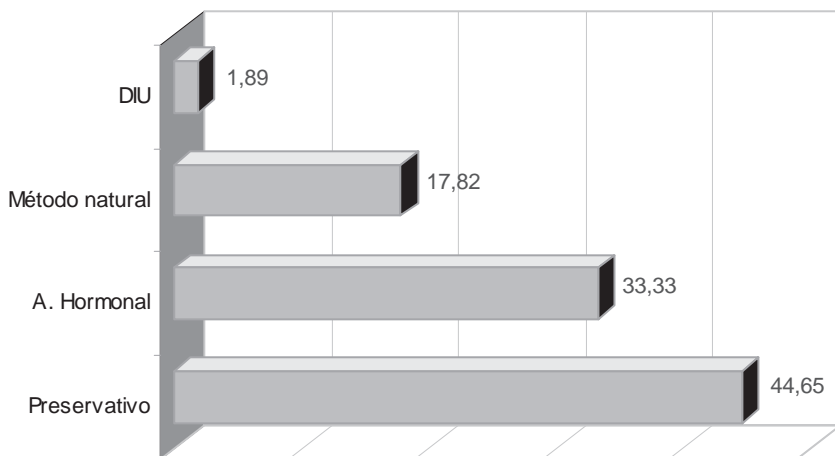
Causas del embarazo según nacionalidad			
	Ecuador (%)	Rumanía (%)	Marruecos (%)
No uso anticonceptivo	44,44	65,87	37,96
Fallo anticonceptivo	24,75	10,18	17,59
Mal uso	16,16	15,57	34,26
Otros	6,57	1,80	1,85
No contesta	8,08	9,58	8,33
TOTAL	100	100	100

Pautas de anticoncepción

Al analizar los tipos de métodos utilizados dentro del grupo de mujeres usuarias que señalaron haber usado anticoncepción, resultó ser el preservativo el método más común, con casi un 45%, seguido por los métodos hormonales (como la píldora, la inyección, el parche o el implante)

con un 33%. Destaca asimismo el alto porcentaje de mujeres que declararon recurrir a métodos naturales (como el coito interrumpido, el método ogino o la temperatura basal), casi un 18%, y el bajísimo nivel de frecuencia del DIU, que no llega a ser utilizado por el 2% de las mujeres.

Distribución porcentual según tipo de anticonceptivo



Las mujeres de Europa del Este son las que utilizan con mayor frecuencia el preservativo (alrededor del 57%), a gran distancia del resto de métodos hormonales y naturales. En el grupo de latinoamericanas el preservativo y los métodos hormonales son prácticamente utilizados con la misma intensidad (40% en el primer caso y 38% en el segundo) mientras que en el grupo de

africanas se denota una cierta predominancia del preservativo (47%) seguido de los métodos hormonales (35%). En lo que respecta a las mujeres asiáticas destaca la gran relevancia de los métodos naturales como opción de protección frente a los embarazos no deseados (40%), significando más del doble de lo que supone para el resto de grupos regionales.

Los tres tipos de anticonceptivos más utilizados según región			
	Anticonceptivo 1	Anticonceptivo 2	Anticonceptivo 3
Europa Este	Preservativo	A. Hormonal	Método natural
África	Preservativo	A. Hormonal	Método natural
América	Preservativo	A. Hormonal	Método natural
Asia	Método natural	Preservativo	A. Hormonal

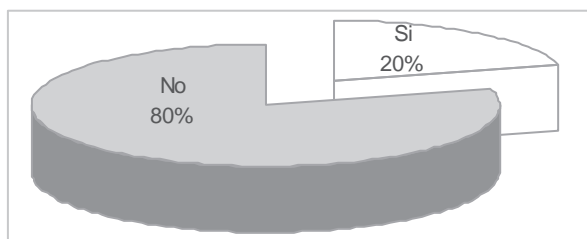
Con respecto a las 3 nacionalidades analizadas de forma individual y su comparativa con las tendencias regionales, destaca que en las mujeres ecuatorianas y marroquíes la preferencia cambia y optan primero por los métodos hormonales frente al preservativo (en un porcentaje para cada método casi similar al del grupo regional pero invertido). Por otro lado, es relevante que la pauta de uso de los métodos naturales en las mujeres ecuatorianas es mucho menos representativa que en el grupo regional (11%

frente a 18,50%).

Conocimiento de la anticoncepción post-coital

En cuanto al grado de conocimiento de la anticoncepción post-coital entre la población inmigrante, los resultados del estudio arrojan un claro desconocimiento acerca de esta opción anticonceptiva entre las mujeres inmigrantes, con un 80% aproximadamente que declararon no conocerla.

Distribución porcentual según el grado de conocimiento de la anticoncepción post-coital



Al interrogar a este escaso 20% acerca de los motivos por los que aún conociendo la existencia de la anticoncepción post-coital no hizo uso de ella, alrededor del 14% señaló como motivo el encontrarse fuera de plazo, un 11,5% el no saber donde encontrarla y un 5% que no le fue recetada por el médico, no se la vendieron en la farmacia o no tenía dinero para comprarla. No obstante, el mayor motivo por el que las mujeres no hicieron uso de la píldora post-coital se encuadra dentro del concepto “otros” con un 69%. Esta opción generalmente tiene que ver con el hecho de que las mujeres no se dieron cuenta de la necesidad de tomarla puesto que no notaron ningún error en el uso del método anticonceptivo habitual.

Aunque es poco representativo, en la esfera regional el mayor conocimiento de la anticoncepción post-coital se concentra en el grupo de las mujeres latinoamericanas seguidas a corta distancia de las africanas y europeas del este. Entre las mujeres asiáticas entrevistadas

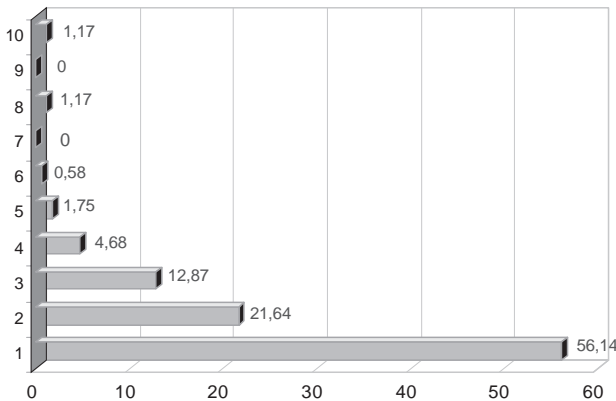
no se encontró ninguna que la conociera. En cuanto a los motivos por los que las mujeres con conocimiento no la usaron, la tendencia es la misma que a nivel general.

Analizando los resultados entre las tres nacionalidades más representativas, los datos cambian un poco pues son las mujeres marroquíes las que demuestran tener mayor conocimiento del tema (19,5%), seguidas de las ecuatorianas (17%) y las rumanas (11,38%).

Mujeres repetidoras

Un 42,2% de las mujeres entrevistadas declaró haber tenido abortos previos. De ese grupo, el 56% contaba con un solo aborto, el 21,6% con dos, alrededor del 13% con tres, menos del 5% con cuatro y alrededor de un 10% con un número de IVES previas entre 5 y 10. Es interesante destacar también que cerca de la mitad de estas IVES previas, un 47,3%, se produjeron en el país de origen mientras que el resto se realizaron en España.

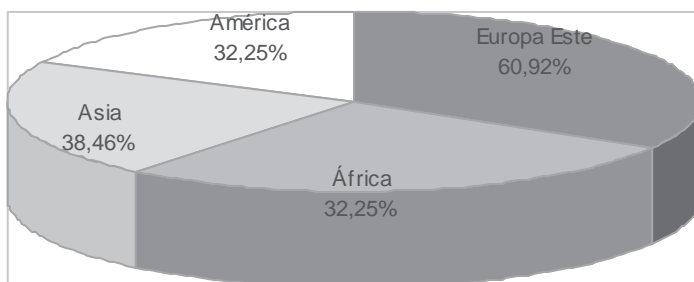
Distribución porcentual según el número de IVES previas



Refiriéndonos a los grupos regionales, el mayor número de repetidoras se concentra entre las mujeres de Europa del Este con cerca del 61%, seguidas de las africanas con el 49%, las asiáticas con el 38,5% y las latinoamericanas en último

lugar con un 32%. La media de abortos según las regiones se establece según el orden antes mencionado en 2,20 abortos por mujer para las europeas del este, 1,67 para las africanas y 1,49 para las latinoamericanas.

Distribución porcentual según IVES previas por región



En el caso de las mujeres de Europa del Este casi un 60% de las IVES previas se realizaron en el país de origen, lo cual es entendible si tenemos en cuenta que estos países han utilizado tradicionalmente el aborto como método anticonceptivo. En el resto de grupos, en cambio, ocurre a la inversa pues los abortos previos se

realizaron mayoritariamente en España aunque es destacable, teniendo en cuenta las legislaciones tan restrictivas que suelen tener estos países y la falta de servicios y clínicas adecuadas, que el 30% de las mujeres africanas y el 39% de las latinoamericanas haya tenido un aborto previo en su país.

Lugar en que las mujeres realizaron las IVES previas según región				
	África (%)	América Latina (%)	Asia (%)	Europa Este (%)
País Origen	30,14	38,99	20,00	59,12
España	53,42	47,17	60,00	23,90
Ambos	10,96	6,92	20,00	11,95
No contesta	5,48	6,92	0,00	5,03
TOTAL	100	100	100	100

Si entramos a analizar las cifras obtenidas específicamente para la nacionalidad ecuatoriana, rumana y marroquí, encontramos que la tendencia está en sintonía con las líneas regionales.

Conclusiones Generales

a) Las mujeres ecuatorianas, bolivianas y rumanas son las que proporcionalmente recurren más al aborto.

b) Desde el punto de vista regional, el grupo de mujeres que más frecuentemente interrumpe su embarazo son las latinoamericanas, con un 53% de las encuestadas. Ello es lógico si tenemos en cuenta que son el colectivo de mujeres inmigrantes más numeroso de nuestro país.

c) Cerca del 52% de las mujeres entrevistadas que recurrieron al aborto se encontraban en situación de irregularidad mientras que alrededor del 40% contaba con permiso de residencia, permiso de trabajo o reagrupación familiar. Aunque habría que conocer más en profundidad las condiciones de vida de estas mujeres puesto que éstas pueden ser muy estables a pesar de su situación de irregularidad, podemos deducir de este estudio que las mujeres en situación de irregularidad son más propensas a sufrir embarazos no deseados.

d) Más del 70% de las mujeres que abortaron llevaba establecida en España menos de 3 años, lo cual demuestra que el riesgo de sufrir embarazos no deseados es mucho más alto en este periodo de tiempo. Es muy destacable también el alto porcentaje de mujeres que quedan embarazadas sin planificarlo nada más llegar a nuestro país (el 21% de las entrevistadas lo hizo dentro de los 12 meses posteriores a su llegada).

e) Más del 90% de las mujeres que participaron en este estudio tiene un nivel de ingresos mensuales inferior a 921 €, dentro del cual un

38% se sitúa por debajo del salario mínimo interprofesional.

f) Un 52% de las mujeres entrevistadas alegó que no deseaba tener más hijos y sin embargo, un 50% de estas mujeres declaró no utilizar ningún método de anticoncepción y otro 50% ni siquiera se plantea acudir a un centro de salud o planificación familiar.

g) Las causas principales por las que las mujeres no acuden al centro de salud se concentran por este orden en torno a 4 grandes bloques:

1. "Otras causas", donde se incluyen un cúmulo de motivos que tienen que ver principalmente con la creencia de no poder quedar embarazada, con rechazo a los anticonceptivos, con tomar los anticonceptivos por cuenta propia y con las demoras en las citas y en la atención del centro de salud.

2. Desconocimiento de los servicios / No prioridad para las mujeres.

3. Falta de tiempo en el trabajo.

4. Desconocimiento del idioma.

h) Por otro lado, casi un cuarto de las mujeres inmigrantes entrevistadas señaló que el tema de la prevención del embarazo y la planificación familiar no es una prioridad para ella, siendo este argumento más presente en el caso específico de las mujeres marroquíes.

i) La ausencia más relevante de uso de anticonceptivos se concentra con gran diferencia en las mujeres de Europa del Este.

j) El preservativo es el método más común usado por las mujeres entrevistadas, seguido por los métodos hormonales. Destaca asimismo el alto porcentaje de mujeres que recurren a métodos naturales (como el coito interrumpido el método ogino o temperatura basal), y el bajo nivel de frecuencia del DIU que no llega a ser utilizado por el 2% de las mujeres.

k) Las mujeres europeas del este se inclinan claramente por el preservativo mientras que las latinoamericanas se dividen entre este método y los hormonales. En las africanas se constata una preferencia también por el preservativo, aunque en menor medida que las rumanas, seguida del uso de los métodos hormonales. En las mujeres asiáticas destaca la relevancia de los métodos naturales.

l) El desconocimiento de la píldora post-coital en el colectivo de mujeres inmigrantes es, según el estudio casi total, con un 80% de mujeres que no han oído hablar de la misma.

m) El porcentaje de repetidoras, según este estudio, alcanza a cerca del 42% de las mujeres inmigrantes. No obstante, no todas estas mujeres tuvieron las IVES en nuestro país, pues casi la mitad de ellas se produjeron en el país de origen. Esto es entendible en el caso de las europeas del este pero es sorprendente y destacable que el 30% de las mujeres africanas y el 39% de las latinoamericanas haya tenido un aborto previo en su país, teniendo en cuenta las legislaciones tan restrictivas que suelen tener estos países y la falta de servicios y clínicas adecuadas.

n) Una mayoría escasa de las mujeres repetidoras contaba con una sola IVE previa mientras que casi un 50% tenía 2 o más. Dentro de este grupo es destacable que un 10% se haya sometido a entre 5 y 10 IVES, aunque éste grupo incluye fundamentalmente a mujeres de países del este donde el aborto ha sido históricamente el método de anticoncepción habitual.

o) En términos generales las mujeres europeas del este son el colectivo más representativo dentro del grupo de repetidoras con una media de 2,20 abortos por mujer seguidas de lejos por las africanas (1,67 abortos por mujer), asiáticas y latinoamericanas (1,479 abortos por mujer).

p) La situación económica aparece como el motivo principal para decidir la interrupción voluntaria del embarazo, seguida de la no

idoneidad del momento y el deseo de no tener más hijos.

RECOMENDACIONES

- *Reforzar el compromiso de las mujeres inmigrantes con la planificación familiar.* Incluso en los casos en que no se desea tener más hijos, el nivel de utilización y compromiso del colectivo de mujeres inmigrantes con la prevención del embarazo y la planificación familiar deja mucho que desear por lo que es preciso desarrollar herramientas y estrategias de sensibilización que inviertan esta tendencia.

- *Desarrollar acciones de empoderamiento de las mujeres para que den prioridad a su salud reproductiva* y sensibilizar a hombres y mujeres para que elijan de forma elegida y responsable el número de hijos que desean tener. Mientras esta cuestión no sea una prioridad para la mujer poco se puede hacer para evitar los embarazos no deseados.

- *Reforzar la prevención del embarazo no deseado en aquellas mujeres que lleven poco tiempo en el país.* Los 3 primeros años son quizás los más importantes a la hora de instalarse y adaptarse a las nuevas condiciones de vida, buscar vivienda y trabajo, etc. La mayoría de las mujeres que recurrieron al aborto se encontraba dentro de este periodo.

- *Involucrar a los servicios sociales y de acogida a inmigrantes en la prevención del embarazo no deseado y la difusión de la planificación familiar.* Es fundamental que el personal de estos servicios conozca los aspectos básicos de la prevención del embarazo y la planificación familiar y asesore a la población sobre este tema en la misma medida que lo hace sobre otros aspectos como la vivienda o la búsqueda de empleo. Estos servicios son además la primera referencia para las personas que llegan a nuestro país y por tanto pueden cumplir una labor de prevención más ágil que la de los

servicios de salud, al facilitar información sobre los servicios, sensibilizar sobre la importancia de tener en cuenta este aspecto y derivar a las mujeres a los centros sanitarios. El tener hijos o no debe ser considerado como un aspecto más del proyecto migratorio.

- *Garantizar el acceso equitativo y gratuito al aborto a las mujeres inmigrantes.* La situación desigual de la prestación del aborto en nuestro país hace que haya mujeres que tengan que costear el aborto en aquellos lugares donde no es asumido por la sanidad pública, sea directamente o mediante concertación. Esta situación genera una presión adicional sobre las mujeres, las cuales, como se deduce del estudio disponen mayoritariamente de escasos recursos.

- *Trabajar para eliminar aquellas barreras que impiden a las mujeres acceder a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud:* falta de tiempo en el trabajo, demora en la atención de la salud pública,

desconocimiento de los servicios, etc.

- *Reconocer las preferencias anticonceptivas de las mujeres inmigrantes* y darles respuesta en función de cada situación individual. Estas preferencias no son gratuitas y pueden no coincidir con las preferencias de las españolas, como ocurre en el caso del DIU que está muy poco solicitado, frente a las inyecciones que son muy demandadas y ampliamente habituales por ejemplo entre el colectivo latinoamericano.

- *Incrementar el conocimiento del colectivo inmigrante sobre la píldora post-coital o de emergencia.*

- *Reforzar la sensibilización y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las mujeres con abortos previos,* especialmente en el caso del colectivo de mujeres rumanas, bolivianas y europeas del este.

Este estudio ha sido realizado por ACAI y el equipo de las Clínicas Belladona, Buenavista, Campo de Gibraltar, Castrelos, Centro Médico, Cire, El Sur, Ginealmeria, Ginegranada, Ginecenter, Ginemédica, Ginemur, Mayritt, Triana y Tutor Médica, en colaboración con Áurea Morillo y Marta O'Kelly como colaboradoras externas.



Asociación de Clínicas acreditadas para la IVE

¿Quiénes somos?

ACAI es una asociación sin ánimo de lucro de ámbito estatal, que reúne a más de 30 clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo. La Asociación nace en 1997 y surge, por un lado, de la necesidad de dar a conocer el trabajo del amplio sector de profesionales del ámbito de la salud reproductiva y el aborto, y por otro, del interés de aunar esfuerzos para conseguir el máximo nivel de calidad de atención para las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

En ACAI consideramos que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y la entendemos como el disfrute de un estado de bienestar psíquico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedad, en todos aquellos procesos relacionados con la sexualidad y la reproducción (Programa de Acción de El Cairo, 1994 - Naciones Unidas). Además del derecho a la salud sexual y reproductiva ACAI considera que, todas las personas deberían tener garantizados derechos humanos básicos como la libertad de elección del número de hijos que se desea tener y cuando tenerlos, el derecho de acceso a información en sexualidad, y el derecho a la vida y a no ponerla en peligro por causa del embarazo.

ACAI es miembro de la Junta Directiva de la Federación Internacional de Profesionales del Aborto y la Contracepción (FIAPAC).

¿Qué hacemos?

Además de la atención sanitaria que se presta desde las clínicas asociadas, ACAI, en calidad de asociación, desarrolla actividades de:

Seguimiento normativo y legislativo

ACAI lleva a cabo un continuo análisis de las iniciativas políticas y la jurisprudencia en temas relacionados con el aborto y la salud sexual y reproductiva, participando de forma activa en la promoción de la despenalización del aborto y en la garantía equitativa del acceso al mismo, a través de la elaboración de documentos de posicionamiento y la participación en reuniones con los principales actores políticos.

Investigación y publicaciones:

Estos estudios analizan desde temas relacionados con el aborto hasta otros vinculados con las enfermedades de transmisión sexual o la situación específica de los y las jóvenes. Algunos títulos de las investigaciones realizadas son:

- *Técnicas para la práctica del aborto provocado*: un resumen de lo que es la práctica general y las diferentes técnicas de aborto existentes y particularmente utilizadas en la mayoría de las clínicas especializadas de aborto en el Estado Español.
- *Seguimiento posterior al aborto provocado*: detección y tratamiento de posibles complicaciones.
- *Demanda de aborto provocado*: aspectos técnicos y legales que afectan a la práctica del aborto legal en España.

- *Estudio comparativo de adolescentes e inmigrantes en relación a la IVE: un análisis del caso de Almería y Granada.*
- *Respuesta a la utilización de la Mifepristona.*
- *Porque en España se practican abortos hasta las 26 semanas.*
- *El papel del médico en la contracepción de emergencia.*
- *La IVE en España.*

Estas y otras publicaciones pueden descargarse de nuestra página web www.acaive.com

Congresos, jornadas y seminarios

ACAI organiza seminarios y jornadas por iniciativa propia como las "I Jornadas Internacionales sobre Aborto", realizadas en Sevilla, y participa de manera regular en otros encuentros nacionales e internacionales como el Congreso Anual de Federación Internacional de Profesionales del Aborto y la Contracepción (FIAPAC) y de la Sociedad española de Contracepción. Desde dichos foros, ACAI pretende dar a conocer y compartir con otros actores, su experiencia como profesionales de la salud sexual y reproductiva.

Unificación de criterios y calidad

Uno de las actividades fundamentales de la asociación tiene que ver con la realización de reuniones técnicas y científicas encaminadas a unificar criterios, elaborar recomendaciones, intercambiar buenas prácticas y cualquiera otra información que mejore la calidad de la atención prestada a las mujeres y a su salud.

Prensa y comunicación

ACAI lleva a cabo una sistematización de las principales noticias relacionadas con el aborto y la salud sexual y reproductiva con objeto de conocer y realizar un seguimiento de la opinión pública en estos temas. Además, la asociación emite comunicados y elabora ruedas de prensa para dar a conocer sus actividades y manifestar su posicionamiento en todas aquellas cuestiones vinculadas a estos temas.

Para más información o contactar con nosotros puedes hacerlo en Avenida de la Constitución, 32 Entlo. 33207 Gijón, teléfono 984 192 643, fax 985 347 817, e-mail secretaria@acaive.com, web www.acaive.com



www.acaive.com
secretaria@acaive.com