



Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado


ACAI
ASOCIACIÓN
DE CLÍNICAS ACREDITADAS
PARA LA INTERRUPCIÓN
DEL EMBARAZO

Índice

Protocolo de Atención y Funcionamiento para la IVE.....	3
Anexos	
Tablas de biometría fetal en ecografía.....	15
Criterios anestésicos ASA.....	21
Criterios de Davis.....	22
Criterios de Aldrete/Chung.....	22
Definición ASA de la anestesia general y niveles de sedoanalgesia.....	23
Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.....	24
Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo (artículo 4).....	39
Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (Artículo 7).....	39
Cuestionario de Notificación de la interrupción voluntaria del embarazo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.....	40
Requisitos recomendados por ACAI para los centros que realizan interrupciones voluntarias de embarazo.....	41
Bibliografía.....	44

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y FUNCIONAMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO.

JUSTIFICACIÓN:

La Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) expone a continuación su protocolo de atención y funcionamiento en la práctica sanitaria de aborto provocado. Este protocolo de actuación es aplicado en los centros acreditados pertenecientes a ACAI, tras realizar una unificación de criterios de procedimiento general en relación a un proceso que se inicia con la toma de contacto con la usuaria y termina con el alta médica. Desde uno a otro punto, se abordan aspectos tales como la valoración médica, social, psicológica y personal de la mujer, el supuesto legal desde el que se accede a la prestación, si procede, y la atención posterior a la intervención. Asimismo, también se enumeran y describen brevemente las diversas técnicas utilizadas en la práctica sanitaria de Aborto Provocado y el proceso de información a la mujer a propósito de su situación.

Con el objeto de ofrecer un protocolo directo, sencillo y accesible, hemos abordado el recurso esquematizando y el proceso adaptándolo a la ley vigente (Anexo 6), sin obviar por ello ninguna de las fases ni circunstancias de la práctica sanitaria de interrupción del embarazo. Sin embargo, cabe destacar que el actual protocolo de atención de la IVE no es propiamente una guía clínica/médica, comparable a las existentes en el ámbito internacional (OMS, RCOG, NAF etc.) y cuya elaboración es una tarea pendiente que ACAI debe abordar en un futuro próximo.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES UTILIZADAS EN EL TEXTO:

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Definición de la OMS)

Semanas de amenorrea: semanas transcurridas desde el primer día de la última menstruación (contado en semanas y días), según OMS la primera semana es la semana 0.

Edad gestacional: Tiempo transcurrido, en una gestante, desde el primer día de la menstruación estimando que la primera semana es la semana 0. La semana se estimara con el mejor procedimiento posible.

Semanas de gestación: Tiempo transcurrido medido en semanas coma días desde la finalización de la nidación.

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. En relación con los procedimientos, se considera cirugía mayor ambulatoria

la que está integrada en los niveles II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis, basados en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria.

Aborto Provocado (AP) : Finalización de la gestación mediante técnicas instrumentales o farmacológicas (en esta guía aparece como sinónimo de interrupción voluntaria del embarazo, equivalente a “induced abortion” en la terminología anglosajona). Existe una definición, que ACAI asume y considera más apropiada, porque unifica los diferentes aspectos esenciales: *“Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”*

Medición ecográfica del tiempo de gestación: dado que el cálculo de la edad gestacional por semanas de amenorrea a menudo es claramente impreciso debido a que se basa en los datos proporcionados por la gestante, la mejor estimación se realiza por biometría embrionaria o fetal, concretamente la medición ecográfica de la LCC (longitud céfalo-caudal) y del DBP (diámetro biparietal). Se utilizan las tablas de medición más referenciadas en el entorno obstétrico, la tabla de Robinson & Flemming para la LCC y la de Campbell para el DBP, ambas dan sus resultados en semanas de amenorrea. (Anexo 1)

1. ACOGiDA

1.1.- Solicitud de la cita:

1.1.1.- Contacto directo: con la usuaria y/o su entorno.

Personal: recepción.

- a) Recabar las semanas de gestación establecidas por su médico o por su amenorrea (FUR).
- b) Información del procedimiento, horarios, días y precio (si procede).
- c) Informar de la condiciones en las que debe acudir (normas de Cirugía Ambulatoria).
- d) Informar de la documentación a aportar:
 - d.1. *necesaria:*
 - DNI o pasaporte, autorización en caso de menor de 16 años en función de la legalidad vigente o declaración de conocimiento de la solicitud por parte de un tutor legal en caso de mayor de 16 años y menor de 18 o declaración de imposibilidad de hacerlo.
 - Informe de derivación del centro de salud, o tarjeta sanitaria, si se desea financiación pública.
 - Resguardo de haber recibido la información legal. En el caso de que este sea su primer contacto informativo sobre la IVE, la clínica ofrecerá a la usuaria la posibilidad de realizar la consulta informativa preceptiva. Esta consulta según ley,

podrán realizarlas las Consejerías de Salud o equivalentes y los centros públicos o privados acreditados para la IVE. (Anexo 7). En cualquier caso la entrega de los sobres elaborados debe hacerse siempre **personalmente** a la usuaria y debe quedar constancia de la fecha de entrega para que pueda acreditar que cuando se realiza la IVE ha cumplido el plazo legal de los tres días de reflexión. En caso de ser necesario y desear esta consulta informativa, se derivará al personal encargado de llevarla a cabo, sanitario, trabajo social, salud mental etc.

d.2. recomendable:

- ecografía, informe de su médico, informes de otras patologías, si las hay.
- e) Recabar quién la deriva.
f) Intentar averiguar si concurren circunstancias médico-psico-sociales especiales.
g) Entregar información por escrito (si es necesario).

1.1.2.- Contacto telefónico: por la usuaria y su entorno o por profesionales que la derivan (Médicos, DUE, Trabajador/a Social etc.)

Personal: recepción.

Mismas premisas que en punto 1.1.1 (excepto punto g)

1.2.- Acogida el día de la cita:

1.2.1.- Datos de filiación:

Personal: recepción, trabajo social, administración, sanitario etc.

Abrir historia clínica si es usuaria nueva, (en caso de existir precedentes previos: actualizar la edad y verificar que los datos de contacto no han variado), rellenar los datos de filiación, generar código de identificación (si no ha sido generado anteriormente por el centro de salud o servicio que la deriva):

- Código de identificación, según normativa vigente
- Nombre y apellidos
- Número de DNI o pasaporte
- Fecha de nacimiento (edad)
- Domicilio
- Teléfono de contacto

Rellenar otros datos que estén protocolizados en el centro que realizará la IVE para estudios, estadísticas, etc.por ejemplo:

- Derivante
- Hora de cita
- Hora de llegada
- Relación con el acompañante (si lo hay)
- Otros

1.2.2- Valoración socio-económica-cultural:

Personal: Trabajador/a social y/o psicólogo/a y/o personal auxiliar clínico.

- a) Anamnesis social.
- b) Información sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y a la discapacidad, según la Ley de SSR e IVE vigente.
- c) Información del procedimiento a practicar, del circuito de atención y tratamiento, tiempos aproximados de estancia en el centro.
- d) Resolución de dudas respecto al tratamiento, del postoperatorio y de otras que plantee la usuaria.
- e) Información sobre anticoncepción actual y futura si la paciente lo desea en ese momento.

Esta entrevista de información general, se puede llevar a cabo cuando se realiza la consulta informativa previa obligatoria, exigida por la ley, además de realizar ecografía para determinar tiempo de gestación.

- f) Recogida de datos estadísticos según la hoja de Notificación de IVE del Ministerio de Sanidad y Consumo (Anexo 9)

1.2.3. Diagnóstico de embarazo, valoración médica y otras actuaciones

Personal: Personal capacitado (Médico/a, DUE, matrn/a, trabajador/a social, psicólogo/a, auxiliar clínico o combinación interdisciplinar

- a) Anamnesis completa.
- b) Ecografía para determinar semanas de gestación y normalidad obstétrica.
- c) Valoración de la demanda de aborto.
- d) Exploración psiquiátrica y psicósomática, si procede. En caso de acogerse al artículo 15 a) de la Ley de SSR e IVE: “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada” y cuando no aporte dictámenes o/y pruebas diagnósticas de su patología.
- e) Valoración de actuación inmediata o diferida.
- f) Valoración de la necesidad de otras entrevistas de esclarecimiento con profesionales vinculados o no al centro (diagnósticos complementarios de otros especialistas o informes de trabajo social etc.)

- g) Valoración del riesgo quirúrgico, diferenciando hasta 14 semanas y más de 14 semanas de amenorrea (12 semanas de gestación o más) o de las posibles contraindicaciones y riesgos en el caso de que la mujer desee optar por el aborto farmacológico. fijando para este último un límite de 9 semanas de amenorrea (ó 63 días según la indicación autorizada para la mifepristona).
- h) Establecimiento de la técnica instrumental y/o farmacológica a realizar.
- i) Extracción de muestra sanguínea para analítica si procede (preoperatorios, β -HCG, factor RH)
- j) Valoración de la analítica practicada (explicación de la isoimmunización en caso de RH negativo).
- k) Exploración física.
- l) Valoración médica para ser aceptado en un programa de Cirugía Ambulatoria directamente o de si son necesarias otras pruebas complementarias o derivación a centro hospitalario con ingreso, siguiendo los criterios ASA y de Davis (anexos 2 y 3).
- m) Información: tipos de anestesia, procedimiento quirúrgico, riesgos y posibles complicaciones.
- n) Decisión anestésica.
- o) Elaboración del/los consentimiento/s informado/s.
- p) Valorar la indicación de seguimiento psiquiátrico o psicológico post-aborto.

1.3.- Valoración del supuesto legal en los casos exigidos.

Personal: médico/a o especialista, equipo interdisciplinar.

El procedimiento documental e informativo necesario por ley para garantizar la legalidad del aborto puede venir realizado previamente por alguno de los centros a los que la ley otorga tal facultad, ya sea público o privado, o puede hacerse íntegramente en el centro donde se vaya a realizar la IVE. A veces se realiza una combinación en la que algunos documentos han sido generados en un centro distinto y otros se hacen en el mismo centro en el que tendrá lugar la intervención. Según los casos los documentos son los siguientes:

1. Se acoge al artículo 14 y es mayor de 18 años (IVE a petición de la mujer):
 - Resguardo de haber recibido la información oficial (sobres) y comprobar que han transcurrido los tres días de reflexión, cuando se realiza la intervención.
 - Consentimiento informado en el que se cumplan todos los requisitos informativos exigidos por la ley (Anexos 6 y 7) y verificar que ese documento firmado por la usuaria y el médico forma parte de la historia clínica.
 - Informe ecográfico (puede ser una copia impresa de la imagen ecográfica en la que conste la edad gestacional) confirmando que la usuaria se encuentra dentro del plazo de las 14 primeras semanas de gestación.

2. Se acoge al artículo 15 a) y es mayor de 18 años (IVE por causas médicas):
 - Dictamen emitido por médico/ especialista con anterioridad a la IVE distinto al que practica la intervención en el que conste que “existe grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada”
 - Consentimiento informado en el que se cumplan todos los requisitos informativos exigidos por la ley (Anexos 6 y 7) y verificar que ese documento firmado por la usuaria y el médico forma parte de la historia clínica.
 - Informe ecográfico (puede ser una copia impresa de la imagen ecográfica en la que conste la edad gestacional) confirmando que la usuaria se encuentra dentro del plazo de las 22 primeras semanas de gestación.

3. Se acoge al artículo 15 b) y es mayor de 18 años (no se superan 22 semanas de gestación y riesgo de graves anomalías en el feto)
 - Dictamen emitido por dos médicos/as especialistas con anterioridad a la intervención distinto/a al que practica la intervención en el que conste que “existe riesgo de graves anomalías para el feto”
 - Consentimiento informado en el que se cumplan todos los requisitos informativos exigidos por la ley (Anexos 6 y 7) y verificar que ese documento firmado por la usuaria y el médico forma parte de la historia clínica.
 - Informe ecográfico (puede ser una copia impresa de la imagen ecográfica en la que conste la edad gestacional) confirmando que la usuaria se encuentra dentro del plazo de las 22 primeras semanas de gestación.

4. Se acoge al artículo 15 c (existencia de anomalías fetales incompatibles con la vida) y es mayor de 18 años:
 - Dictamen emitido por un médico/a especialista con anterioridad a la IVE, distinto al que practica la intervención en si misma. En dicho dictamen debe constar que se han detectado en el feto “anomalías incompatibles con la vida”
 - Consentimiento informado en el que se cumplan todos los requisitos informativos exigidos por la ley (Anexo 6 y 7) y verificar que ese documento firmado por la usuaria y el médico forma parte de la historia clínica.
 - Este supuesto no contempla límite de semanas de gestación.

5. Se acoge al artículo 15 c (existencia de enfermedad fetal extremadamente grave e incurable) y es mayor de 18 años:
 - Documento de confirmación por el comité clínico de enfermedad fetal “extremadamente grave o incurable en el momento del diagnóstico”.
 - Consentimiento informado en el que se cumplan todos los requisitos informativos exigidos por la ley (Anexo 6 y 7) y verificar que ese documento firmado por la usuaria y el médico forma parte de la historia clínica.
 - Este supuesto no contempla límite de semanas de gestación.

Para todos los casos antes descritos si la usuaria tiene 16 ó 17 años:

- El consentimiento informado, deberá estar firmado sólo por la usuaria.
- Documento en el que firme uno de los tutores/as, asegurando que han sido informados. Este documento deberá de ser entregado por la usuaria al personal del Centro donde se practique la IVE, acompañada de la persona que firma dicho documento.

Para todos los casos antes descritos si la usuaria es menor de 16 años:

- El consentimiento informado, deberá ser firmado por la usuaria y su tutor/a y el/la médico/a y forma parte de la historia clínica.

1.4.- Información final.

Personal: trabajador/a social y/o psicólogo/a y/o médico/a de la especialidad pertinente.

a) Información personalizada :

a.1.- De la intervención: concretar día y hora si es diferida la intervención, aclarar dudas, explicar normas y documentación a aportar (legal, médica o social)...

a.2.- De otras opciones: centros quirúrgicos con ingreso, incrementar pruebas preoperatorios

a.3.-De recursos: trabajador/a social de barrio, subvenciones, reducción de precio, pago aplazado...

2. TRATAMIENTO

Para la práctica de la interrupción del embarazo, se deben tener en cuenta los criterios internacionales de Cirugía Ambulatoria:

- Criterios socioculturales: edad, vivienda, distancia al hospital, teléfono, transporte, etc.
- Criterios quirúrgicos de Davis (Anexo 3): ausencia de patología importante uterina, cervical o vaginal.
- Criterios obstétricos: generalidad, placenta previa, óbito fetal...
- Criterios anestésicos: según criterios de la ASA (Anexo 2)
- Criterios del procedimiento: según valoración previa ginecobstétrica y ecográfica.
- Criterios de Alta de Chung / Aldrete (Anexo 4): es imprescindible tener un hospital de nivel III de referencia asignado por la autoridad sanitaria competente, al cual

poder derivar en caso de complicación. Se ha de estar coordinado con dicho hospital y poder acudir a las sesiones clínicas de los casos derivados (continuidad asistencial)

En los casos de AP hasta la semana 9 de amenorrea confirmada ecográficamente (según aprobó la agencia del medicamento española), se puede realizar tanto el método instrumental (dilatación y aspiración) como el método farmacológico o la combinación de ambos.

En los casos de AP hasta 14 semanas de gestación) el método anestésico de elección es el bloqueo paracervical y/o la sedación consciente/moderada (Anexo 5).

En los casos de AP de más de 14 semanas de gestación el método anestésico de elección es la sedación (consciente/moderada o profunda) combinada o no con la anestesia local y/o la peridural

Todas las técnicas instrumentales se practican bajo visión ecográfica en tiempo real.

Según los resultados de la valoración previa, de la situación social de la mujer, de la distancia a su domicilio y de la hora prevista de la intervención, la mujer es programada para un tipo de tratamiento, que puede ser:

A) Cirugía ambulatoria (alta dentro de las 8 primeras horas)

- 01) Dilatación y Aspiración (D&A).
- 02) Dilatación y Aspiración con preparación cervical previa de PGE1 (nº) horas.
- 03) Aspiración con preparación cervical previa de PGE1 (nº) horas y dilatadores osmóticos o higroscópicos (nº) horas.
- 04) Dilatación y Evacuación (D&E) .
- 05) Dilatación y Evacuación (D&E) con preparación cervical previa con PGE1 (nº) horas.
- 06) Dilatación y Evacuación (D&E) con preparación cervical previa con dilatadores osmóticos o higroscópicos (nº) horas.
- 07) Dilatación y Evacuación (D&E) con preparación cervical previa con PGE1 (nº) horas y dilatadores osmóticos o higroscópicos (nº) horas.

B) Cirugía ambulatoria con recuperación prolongada (Alta en más de 8 horas o día siguiente)

- 01) D&E con preparación cervical previa con PGE1 (nº) horas.
- 02) D&E con preparación cervical previa con dilatadores osmóticos o higroscópicos (nº) horas.
- 03) D&E con preparación cervical previa con PGE1 (nº) horas y dilatadores osmóticos o higroscópicos (nº) horas.
- 04) Inducción con PGE1 hasta la utilización de oxitocina, siguiendo con PGE1 o no.

C) Cirugía de ingreso (más de una noche)

- 01) D&E, cualquier modalidad de preparación.
- 02) Inducción.
- 03) Microcesárea (histerotomía) de recurso o programa.

D) Aborto farmacológico. Se utilizan en régimen ambulatorio la Mifepristona (fármaco con efecto antiprogesterona por vía oral), seguida de Misoprostol (prostaglandina PG E1, por vía oral, bucal, sublingual o vaginal) hasta las 9 semanas o 63 días de amenorrea según la autorización de la Agencia del Medicamento.

Esta clasificación permite homogeneizar los procedimientos para realizar estudios posteriores en uno o más centros que usen la misma nomenclatura.

COBERTURA y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: se practica rutinariamente con antibióticos adecuados (azitromicina, doxiciclina, metronidazol etc.) durante 5 días, salvo contraindicación. Cuando el caso lo aconseja (endocarditis), se utilizan profilácticamente antibióticos de amplio espectro intraoperatorios, cubriendo especialmente los gérmenes Gram negativos y con derivados penicilínicos cuando se cubre la profilaxis del estreptococo β hemolítico.

Breve descripción de las técnicas:

Dilatación y Aspiración (DyA): Técnica que consiste en la dilatación del cuello uterino con los medios adecuados (dilatadores mecánicos o higroscópicos/osmóticos y/o preparación cervical farmacológica) hasta el calibre adecuado a la semana de gestación a tratar. Gracias a esta dilatación se introduce en la cavidad uterina una cánula metálica o de plástico diseñada a tal efecto, conectada a un equipo de succión y se procede a la aspiración de todo el contenido uterino. Se puede combinar con otros métodos como se ve en la clasificación previa.

Este método es adecuado hasta las 14 semanas de amenorrea (12 de gestación) y en manos expertas hasta las 16 semanas de amenorrea (14 de gestación).

Dilatación y Evacuación (DyE): Técnica que consiste en la dilatación del cuello uterino con los medios apropiados (dilatadores mecánicos o higroscópicos/osmóticos y/o preparación cervical farmacológica) hasta el calibre adecuado a la semana de gestación a tratar. Gracias a esta dilatación se introduce en la cavidad uterina instrumental específico para evacuar, fragmentado a nivel de la dilatación conseguida, todo el contenido uterino. Se puede combinar con otros métodos como se ve en la clasificación previa

Este método es adecuado desde las 15 semanas de amenorrea (13 de gestación) hasta las 19 semanas y 6 días de amenorrea (17 semanas y 6 días de gestación), en manos expertas hasta las 22 semanas y 6 días de amenorrea (20 semanas y 6 días de gestación).

Inducción: Esta técnica consiste en combinar dilatadores osmóticos/higroscópicos con Prostaglandina E1 (Misoprostol) y Oxitocina para conseguir contracciones uterinas y así la expulsión de todo el contenido uterino. Se puede complementar con finalización instrumental tipo D & E.

Este método es adecuado para cualquier momento después de la 20 semana de amenorrea (18 de gestación).

Microcesárea: Esta técnica conlleva la apertura de la cavidad abdominal y la histerotomía para la extracción de todo el contenido uterino.

Este método es adecuado cuando no se puede aplicar ninguno de los anteriores.

Aborto farmacológico:

El método se basa en la administración de dos fármacos, la antiprogesterona Mifepristona, (de 200 a 600 mg por vía oral en la primera visita tras cumplir todos los requisitos legales) y después de transcurridas 24 a 48 horas, la prostaglandina Misoprostol, en una o varias dosis de 400 a 800 µg por vía vaginal, oral, bucal o sublingual, que se le administrará a o se autoadministrará la usuaria en el lugar que se considere adecuado para sus circunstancias específicas: en el centro acreditado, en su domicilio, en hotel, etc. según su ubicación geográfica, nivel de comprensión del método y la presunción de capacidad que ofrece de cumplimiento de las instrucciones.

Pese a que se mantienen ciertas diferencias en algunos protocolos de prestigio (Francia, RU, EEUU) con respecto a las dosis recomendadas, existe un mayor consenso, refrendado por la OMS, de administrar hasta las 9 semanas de amenorrea (63 días) 200 mg de Mifepristone por vía oral seguido de 800 µg Misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual u oral. La Mifepristona está autorizada en España para la IVE hasta las 7 semanas de amenorrea y no hay consenso en ACAI sobre su aplicación más allá de las 7 semanas.

3. POSTOPERATORIO

El presente protocolo se utilizará para las diferentes técnicas de la IVE según sea cirugía mayor (más 14 semanas de amenorrea o alto riesgo) o menor ambulatoria (hasta 14 semanas de amenorrea y que no implique alto riesgo), detallándose a continuación las diferencias en el procedimiento según el tipo de anestesia realizado. En cuanto a los tiempos que marcan las actuaciones son orientativos, adecuándose en cada caso a la evolución de la usuaria y/o a las necesidades del servicio.

3.1. En el caso de las intervenciones practicadas con anestesia local:

Se hará una toma de constantes (pulso y tensión) al llegar a la sala de recuperación y un control de compresa una vez vestida la usuaria. En caso de dolor fuerte, permanecerá en decúbito supino durante 5 minutos aproximadamente, pasados los cuales, si la intensidad del mismo no varía, se consultará la posibilidad de administrar un analgésico, o un antiemético en caso de vómitos persistentes. En los casos en que la paciente llegue a la sala de recuperación con gasa vaginal, se retirará a los 15 minutos con valoración de la pérdida sanguínea y se seguirá con el procedimiento descrito.

3.2. En todos los casos de anestesia distinta a la local, al llegar la usuaria a unidad de recuperación postanestésica I (URPA I) se le practicará:

- Control de la respiración.
- Toma de constantes: pulso y tensión.
- Revisión de la vía de perfusión.
- Recogida de datos provenientes de la historia, para iniciar la elaboración de la hoja de seguimiento .

Al empezar a estimular a la paciente, hacer una primera valoración del grado de consciencia y del dolor.

Cuando el personal de enfermería valore que la paciente cumple los criterios de Alta (Chung-Aldrete modificados para IVE, Anexo 4), el facultativo responsable firmará el Informe de Alta Restringida teniendo en cuenta la técnica y medicación utilizada, iniciando los trámites necesarios para la salida del centro. En caso contrario el equipo medico tomará las decisiones oportunas.

4. ALTA RESTRINGIDA

- a) Entrega del Informe de Alta Restringida, explicación y entrega por escrito de información sobre los cuidados en el postoperatorio y la medicación a tomar, así como del modo de contacto con el centro en horarios de apertura y fuera de éstos.
- b) Organización de la visita posterior (aproximadamente a los quince días de la intervención), sea en el mismo centro o al de procedencia de la usuaria, para dar el alta definitiva y sobre todo establecer pauta anticonceptiva si es adecuado.
- c) Elaboración de otros informes, si fuera preciso, por el personal adecuado a cada caso.

5. DERIVACIÓN A OTRO CENTRO

En caso de ser necesario, la paciente puede ser derivada a otro centro de mayor rango (desde centro acreditado para bajo riesgo y hasta 14 semanas de gestación hacia otro de alto riesgo o más de 14 semanas de gestación o de ambos a centro hospitalario de referencia)

- a) En caso de tratarse de circunstancias especiales, se contactará con el equipo médico del centro receptor.
- b) El equipo médico que deriva a la usuaria decidirá con que medio se transporta.
- c) Se elaborará un Informe de Derivación que se entregará a la paciente, al transporte sanitario o se remitirá electrónicamente al centro receptor.
- d) Se establecerá una interlocución entre miembros del equipo clínico del centro emisor y receptor, para seguir el caso y que quede también cerrado en la historia del centro emisor.

Nota: Se debe tener en cuenta que además de los datos que se recogen en el Informe de Derivación correspondiente, en el apartado de observaciones se han de anotar no sólo las posibles alteraciones habidas durante el proceso, sino cualquier circunstancia tanto física como psíquica, que modifica el protocolo de actuación.

Anexo 1 : Tablas de biometría fetal en ecografía (Robinson/Flemming y Campbell)

TABLA ACAI DE SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN CRL *

C.R.L.	SEMANAS	DIAS
10	5	0
11	5	1
12	5	2
13	5	3
14	5	5
15	5	5
16	6	0
17	6	1
18	6	2
19	6	3
20	6	4
21	6	5
22	6	5
23	6	6
24	7	0
25	7	1
26	7	2
27	7	3
28	7	4
29	7	4
30	7	5
31	7	6
32	8	0
33	8	0
34	8	1
35	8	2
36	8	2

C.R.L.	SEMANAS	DIAS
44	9	1
45	9	1
46	9	2
47	9	3
48	9	3
49	9	4
50	9	4
51	9	5
52	9	6
53	9	6
54	10	0
55	10	0
56	10	1
57	10	1
58	10	2
59	10	3
60	10	3
61	10	4
62	10	4
63	10	5
64	10	5
65	10	6
66	10	6
67	10	6
68	11	0
69	11	1
70	11	1

37	8	3
38	8	4
39	8	5
40	8	5
41	8	6
42	8	0
43	9	0

71	11	2
72	11	2
73	11	3
74	11	3
75	11	4
76	11	4
77	11	5
78	11	5

** Adaptación a semanas de gestación de la Tabla de CRL de Robinson & Fleming,*

tomando como inicio de la gestación el día de la fertilización según

“Definitions and indicators in family planning maternal & child

health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe

(World Health Organization Revised March 1999 & January 2001)”

TABLA ACAI DE SEMANAS DE GESTACIÓN SEGÚN D.B.P.

D.B.P.	SEMANAS	DIAS	D.B.P.	SEMANAS	DIAS
21	10	0	43	16	3
22	10	2	44	16	5
23	10	4	45	17	0
24	10	6	46	17	2
25	11	1	47	17	4
26	11	3	48	17	6
27	11	5	49	18	1
28	12	0	50	18	3
29	12	2	51	18	6
30	12	4	52	19	1
31	12	6	53	19	3
32	13	1	54	19	5
33	13	3	55	20	0
34	13	5	56	20	2
35	14	0	57	20	4
36	14	2	58	20	6
37	14	4	59	21	1
38	14	6	60	21	3
39	15	2	61	21	6
40	15	3	62	22	1
41	15	6	63	22	3
42	16	1	64	22	5

* Adaptación a semanas de gestación de la Tabla de DBP del Prof. Campbell, tomando como inicio de la gestación el día de la fertilización según "Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe (World Health Organization Revised March 1999 & January 2001)"

TABLA ACAI DE SEMANAS SEGÚN CRL *

C.R.L.	SEMANAS GESTACIÓN	SEMANAS AMENORREA
10	5,0	7,0
11	5,1	7,1
12	5,2	7,2
13	5,3	7,3
14	5,5	7,5
15	5,5	7,5
16	6,0	8,0
17	6,1	8,1
18	6,2	8,2
19	6,3	8,3
20	6,4	8,4
21	6,5	8,5
22	6,5	8,5
23	6,6	8,6
24	7,0	9,0
25	7,1	9,1
26	7,2	9,2
27	7,3	9,3
28	7,4	9,4
29	7,4	9,4
30	7,5	9,5
31	7,6	9,6
32	8,0	10,0
33	8,0	10,0
34	8,1	10,1
35	8,2	10,2
36	8,2	10,2

C.R.L.	SEMANAS GESTACIÓN	SEMANAS AMENORREA
44	9,1	11,1
45	9,1	11,1
46	9,2	11,2
47	9,3	11,3
48	9,3	11,3
49	9,4	11,4
50	9,4	11,4
51	9,5	11,5
52	9,6	11,6
53	9,6	11,6
54	10,0	12,0
55	10,0	12,0
56	10,1	12,1
57	10,1	12,1
58	10,2	12,2
59	10,3	12,3
60	10,3	12,3
61	10,4	12,4
62	10,4	12,4
63	10,5	12,5
64	10,5	12,5
65	10,6	12,6
66	10,6	12,6
67	11,0	13,0
68	11,0	13,0
69	11,1	13,1
70	11,1	13,1

37	8,3	10,3
38	8,4	10,4
39	8,5	10,5
40	8,5	10,5
41	8,6	10,6
42	9,0	11,0
43	9,0	11,0

71	11,2	13,2
72	11,2	13,2
73	11,3	13,3
74	11,3	13,3
75	11,4	13,4
76	11,4	13,4
77	11,5	13,5
78	11,5	13,5

** Adaptación a semanas de gestación de la Tabla de CRL de Robinson & Fleming, tomando como inicio de la gestación el día de la fertilización según "Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe" (World Health Organization Revised March 1999 & January 2001)*

TABLA ACAI DE SEMANAS SEGÚN D.B.P.

D.B.P.	SEMANAS GESTACION	SEMANAS AMENORREA	D.B.P.	SEMANAS GESTACION	SEMANAS AMENORREA
21	10,0	12,0	43	16,3	18,3
22	10,2	12,2	44	16,5	18,5
23	10,4	12,4	45	17,0	19,0
24	10,6	12,6	46	17,2	19,2
25	11,1	13,1	47	17,4	19,4
26	11,3	13,3	48	17,6	19,6
27	11,5	13,5	49	18,1	20,1
28	12,0	14,0	50	18,3	20,3
29	12,2	14,2	51	18,6	20,6
30	12,4	14,4	52	19,1	21,1
31	12,6	14,6	53	19,3	21,3
32	13,1	15,1	54	19,5	21,5
33	13,3	15,3	55	20,0	22,0
34	13,5	15,5	56	20,2	22,2
35	14,0	16,0	57	20,4	22,4
36	14,2	16,2	58	20,6	22,6
37	14,4	16,4	59	21,1	23,1
38	14,6	16,6	60	21,3	23,3
39	15,2	17,2	61	21,6	23,6
40	15,3	17,3	62	22,1	24,1
41	15,6	17,6	63	22,3	24,3
42	16,1	18,1	64	22,5	24,5

** Adaptación a semanas de gestación de la Tabla de DBP del Prof. Campbell, tomando como inicio de la gestación el día de la fertilización según "Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe" (World Health Organization Revised March 1999 & January 2001)"*

Anexo 2: Criterios anestésicos de la Asociación Americana de Anestesiólogos(ASA)

- ASA I:** Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía . Paciente sano.
- ASA II:** Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada,...).
- ASA III:** Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo,...).
- ASA IV:** Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria,...).
- ASA V:** Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención

Anexo 3: Criterios de Davis (basados en el postoperatorio)

- I Intervenciones que se pueden practicar en una consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial postoperatorio.
- II Son las que se pueden practicar con anestesia local, regional, general o sedación y que requieren unos cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si se precisa, puede ser oral.
- III Las que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
- IV Son las subsidiarias de cuidados muy especializados o críticos en su postoperatorio.

Anexo 4: Test de Aldrete/Chung

1	Signos vitales	2 = Dentro del 20% del valor preoperatorio 1 = Entre 20-40% del valor preoperatorio 0 = Mas o menos 40% del valor preoperatorio
2	Deambulaci3n	2 = Marcha estable /no mareos 1 = Marcha con ayuda /mareo discreto 0 = Marcha No /mareo intenso
3	Nauseas, v3mitos	2 = M3nimos 1 = Moderados 0 = Intensos
4	Dolor	2 = M3nimo 1 = Moderado 0 = Intenso
5	Hemorragia postquir3rgica	2 = M3nima 1 = Moderada 0 = Intensa

Anexo 5: Definición de anestesia general y niveles de sedación/anestesia de la ASA

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN -
ASA
DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y NIVELES DE SEDOANALGESIA^c

Comité de Origen: Manejo de Calidad y Administración Departamental
(Aprobado por la Cámara de Delegados de la ASA el 27 de octubre de 2004 y modificado el 21 de octubre de 2009)

	<i>Sedación Mínima / ansiolisis</i>	<i>Sedoanalgesia moderada / "sedación consciente"</i>	<i>Sedoanalgesia profunda</i>	<i>Anestesia general</i>
<i>Capacidad de respuesta</i>	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta deliberada** a estímulos verbales o táctiles	Respuesta deliberada** ante estímulos repetidos o dolorosos	El paciente no despierta aun con estímulos dolorosos
<i>Vía aérea</i>	No afectada	No se requiere intervenir	Se podría requerir una intervención	Frecuentemente se requiere una intervención
<i>Ventilación espontánea</i>	No afectada	Adecuada	Podría ser inadecuada	Frecuentemente es inadecuada
<i>Función cardiovascular</i>	No afectada	Por lo general se conserva	Por lo general se conserva	Podría encontrarse disminuida

** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

Anexo 6: Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 55 Jueves 4 de marzo de 2010 Sec. I. Pág. 21001

I. DISPOSICIONES GENERALES JEFATURA DEL ESTADO

3514

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

JUAN CARLOS I
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica.

PREÁMBULO

I

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar». Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia». En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y

los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar «el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de

manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás».

La presente Ley pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

II

El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley. Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la

aplicación de la ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo».

En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

En la concreción del modelo legal, se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de «ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos» (STC 53/1985). Pues si bien «los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución» esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los

derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina «autodeterminación consciente», dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.

La experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo a las mujeres embarazadas y a la maternidad. Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer. En el desarrollo de la gestación, «tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre». El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concorra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto». Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

Más allá de la vigésimo segunda semana, la ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida», en que decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico». Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

La Ley establece además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar solución a los problemas a que había dado lugar el actual marco regulador tanto de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación como de vulneración de la intimidad. Así, se encomienda a la Alta Inspección velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.

Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos. Asimismo se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

III

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica «De la salud sexual y reproductiva, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La disposición adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto 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. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Artículo 3. *Principios y ámbito de aplicación.*

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.
2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.
3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. *Garantía de igualdad en el acceso.*

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

TÍTULO I
De la salud sexual y reproductiva
CAPÍTULO I

Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva

Artículo 5. *Objetivos de la actuación de los poderes públicos.*

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

- a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

- a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
- b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. *Acciones informativas y de sensibilización.*

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

CAPÍTULO II
Medidas en el ámbito sanitario

Artículo 7. *Atención a la salud sexual y reproductiva.*

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

- c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.
- d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

Artículo 8. *Formación de profesionales de la salud.*

La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:

- a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.
- c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.
- d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO III

Medidas en el ámbito educativo

Artículo 9. *Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.*

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
- f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 10. *Actividades formativas.*

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

CAPÍTULO IV

Estrategia de salud sexual y reproductiva

Artículo 11. *Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.*

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales. La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades. La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

TÍTULO II
De la interrupción voluntaria del embarazo
CAPÍTULO I
Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 12. *Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 13. *Requisitos comunes.*

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.—Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.—Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.—Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley. Cuarto.—En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. *Interrupción por causas médicas.*

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.
- 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.
- 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.

Artículo 16. *Comité clínico.*

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.
3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.
4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17. *Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.*

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.
2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:
 - a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
 - b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y

ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

CAPÍTULO II

Garantías en el acceso a la prestación

Artículo 18. Garantía del acceso a la prestación.

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la

objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

3. Las intervenciones contempladas en la letra c) del artículo 15 de esta Ley se realizarán preferentemente en centros cualificados de la red sanitaria pública.

Artículo 20. *Protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Los centros prestadores del servicio deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas de las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Artículo 21. *Tratamiento de datos.*

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas, en los términos previstos en esta Ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, se considerarán datos identificativos de la paciente su nombre, apellidos, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, documento nacional de identidad o documento identificativo equivalente, así como cualquier dato que revele su identidad física o genética.

3. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que será utilizado para identificarla en todo el proceso.

4. Los centros sustituirán los datos identificativos de la paciente por el código asignado en cualquier información contenida en la historia clínica que guarde relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, de forma que no pueda producirse con carácter general, el acceso a dicha información.

5. Las informaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación, sin perjuicio de los accesos a los que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 22. *Acceso y cesión de datos de carácter personal.*

1. Únicamente será posible el acceso a los datos de la historia clínica asociados a los que

identifican a la paciente, sin su consentimiento, en los casos previstos en las disposiciones legales reguladoras de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Cuando el acceso fuera solicitado por otro profesional sanitario a fin de prestar la adecuada asistencia sanitaria de la paciente, aquél se limitará a los datos estricta y exclusivamente necesarios para la adecuada asistencia, quedando constancia de la realización del acceso.

En los demás supuestos amparados por la ley, el acceso se realizará mediante autorización expresa del órgano competente en la que se motivarán de forma detallada las causas que la justifican, quedando en todo caso limitado a los datos estricta y exclusivamente necesarios.

2. El informe de alta, las certificaciones médicas y cualquier otra documentación relacionada con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que sea necesaria a cualquier efecto, será entregada exclusivamente a la paciente o persona autorizada por ella. Esta documentación respetará el derecho de la paciente a la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal recogido en este Capítulo.

3. No será posible el tratamiento de la información por el centro sanitario para actividades de publicidad o prospección comercial. No podrá recabarse el consentimiento de la paciente para el tratamiento de los datos para estas actividades.

Artículo 23. Cancelación de datos.

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio por la paciente de su derecho de cancelación, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección.

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para la formulación de propuestas de mejora en equidad y accesibilidad de las prestaciones y con el fin de verificar la aplicación efectiva de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno elaborará un informe anual de situación, en base a los datos presentados por las Comunidades Autónomas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional segunda. Evaluación de costes y adopción de medidas.

El Gobierno evaluará el coste económico de los servicios y prestaciones públicas incluidas en la Ley adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. *Acceso a métodos anticonceptivos.*

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

Disposición derogatoria única. *Derogación del artículo 417 bis del Código Penal.*

Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

Uno.—El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

«Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.»

Dos.—Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 145 bis.

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»

Tres.—Se suprime el inciso «417 bis» de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.

Disposición final segunda. *Modificación 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.

El apartado 4 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, tendrá la siguiente redacción:

«4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.»

Disposición final tercera. *Carácter orgánico.*

La presente Ley Orgánica se dicta al amparo del artículo 81 de la Constitución.

Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

Disposición final cuarta. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final quinta. *Ámbito territorial de aplicación de la Ley.*

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado.

Corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 3 de marzo de 2010.

JUAN CARLOS R.
El Presidente del Gobierno

Anexo 7: Artículo 4 del Real Decreto 825/2010 de 25 de junio

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 155 Sábado 26 de junio de 2010 Sec. I. Pág. 56256

CAPÍTULO II

Información previa al consentimiento en la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 4. Información general.

1. La información general referida en el artículo 17.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones legales para la interrupción, los centros públicos y privados acreditados, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente, será facilitada por la autoridad competente de la Comunidad Autónoma o por los centros sanitarios acreditados en ésta para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, a todas las mujeres que lo soliciten.

Conforme prescribe el artículo 21.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, las Administraciones Públicas y los Centros referidos en el apartado anterior no procederán al tratamiento de dato alguno e informarán a las solicitantes acerca de que los datos identificativos de las pacientes a las que finalmente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción del embarazo.

2. Además de por escrito, la información podrá ser prestada verbalmente, bien de forma directa, bien telefónicamente, o por medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web de las consejerías y de los centros de los que se trate

Anexo 8: Artículo 7 del Real Decreto 831/2010 de 25 de junio

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 155 Sábado 26 de junio de 2010 Sec. I. Pág. 56261

Artículo 7. Emisión de dictámenes preceptivos.

En los supuestos en que la interrupción voluntaria del embarazo se practique por la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, los dictámenes emitidos con carácter previo por especialistas distintos del que practique o dirija la intervención deberán ir acompañados de las pruebas diagnósticas que, en cada caso, fundamenten el dictamen.

Anexo 9: Hoja de Notificación de la IVE



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY,
ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO
Y CONFIDENCIAL
R.D 831/2010

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS
DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRÉADOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR
LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN
SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN
NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES
SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

CÓDIGO DE CENTRO
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE SÍ NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	PROVINCIA	
CONVIVENCIA		LUGAR DE RESIDENCIA			MUNICIPIO	
<input type="checkbox"/> 1 SOLA <input type="checkbox"/> 2 EN PAREJA <input type="checkbox"/> 3 CON PADRES/FAMILIARES <input type="checkbox"/> 4 OTRAS PERSONAS ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA					CODIGO POSTAL	
<input type="checkbox"/> 1 Con Hijos ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> 2 Sin Hijos		RESIDE FUERA DE ESPAÑA			PAÍS DE RESIDENCIA	
PAÍS DE NACIMIENTO				AÑO DE LLEGADA		
NACIONALIDAD				DOBLE NAC.		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)	<input type="checkbox"/> 1 ANALFABETA/SIN ESTUDIOS		<input type="checkbox"/> 3 ESO Y EQUIVALENTES		<input type="checkbox"/> 5 ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES	
	<input type="checkbox"/> 2 PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES)		<input type="checkbox"/> 4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES		<input type="checkbox"/> 6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS	
				<input type="checkbox"/> 7 NO CONSTA		
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios)				
		<input type="checkbox"/> 1 PAREJA		<input type="checkbox"/> 2 FAMILIARES		
		<input type="checkbox"/> 3 OTROS INGRESOS		<input type="checkbox"/> 4 NO CONSTA		
SITUACIÓN LABORAL		Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO		
<input type="checkbox"/> 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA <input type="checkbox"/> 3 PENSIONISTA <input type="checkbox"/> 4 ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO <input type="checkbox"/> 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> 7 OTRAS <input type="checkbox"/> 8 NO CONSTA		<input type="checkbox"/> 1 NATURALES <input type="checkbox"/> 2 BARRERA <input type="checkbox"/> 3 MECÁNICOS <input type="checkbox"/> 4 HORMONALES <input type="checkbox"/> 5 MÉTODOS DEFINITIVOS <input type="checkbox"/> 6 OTROS MÉTODOS		MES AÑO MES AÑO 		
		Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL		FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO		
				¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
		¿DE QUÉ TIPO? ⁽⁴⁾ (Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos)				

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?		<input type="checkbox"/> 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO <input type="checkbox"/> 3 OTROS		<input type="checkbox"/> 1 TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO <input type="checkbox"/> 2 AMIGOS/FAMILIARES <input type="checkbox"/> 3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN <input type="checkbox"/> 4 INTERNET <input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA	
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO			FECHA DE LA INTERVENCIÓN ⁽⁵⁾		
			DÍA MES AÑO		
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> 1	A PETICIÓN DE LA MUJER	CAUSA		
	<input type="checkbox"/> 2	GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA			
	<input type="checkbox"/> 3	RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO			
	<input type="checkbox"/> 4	ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE			
			RIESGO PARA LA EMBARAZADA		
			RIESGO FETAL		
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN		<input type="checkbox"/> 1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN <input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN <input type="checkbox"/> 3 MIFEPRISTONA <input type="checkbox"/> 4 PROSTAGLANDINAS OTROS MÉTODOS; ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> 5			
		<input type="checkbox"/> 1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN <input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN <input type="checkbox"/> 3 MIFEPRISTONA <input type="checkbox"/> 4 PROSTAGLANDINAS OTROS MÉTODOS; ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> 5			

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.

Anexo 10: Requisitos básicos recomendados por ACAI para los centros que realizan IVE's

Requisitos básicos para los centros que realicen interrupciones de embarazo hasta 12 semanas de edad gestacional

a) En relación con las instalaciones y el equipamiento:

Instalaciones:

El centro deberá contar con espacios suficientemente amplios que garanticen la confidencialidad, confortabilidad y la seguridad de la mujer, diferenciando al menos las siguientes zonas:

- Recepción y sala de espera.
- Espacio para valoración de la historia y con elementos que permitan la exploración física y ecográfica (con medios de aseptización de manos).
- Despachos suficientes para la actividad del centro (con medios de aseptización de manos si fuera necesario para la actividad del espacio)
- Zona clínica: sala adecuada para la práctica de la interrupción de embarazo y zona de recuperación posterior.
- Sistema de mantenimiento eléctrico

Equipamiento:

- Equipamiento y material necesario para realizar exploraciones ginecológicas
- Equipamiento y material necesario para la practica de la interrupción de embarazo
- Ecógrafo
- Equipo de monitorización cardíaca
- Sistema adecuado de asistencia respiratoria
- Desfibrilador y material para reanimación cardiopulmonar
- Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil)
- Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede

b) En relación al marco básico de la prestación

- Personal médico y de enfermería y espacio adecuado para realizar los procedimientos de valoración y de técnica de IVE (instrumental o farmacológica o combinación de ambas) adecuada a cada situación con la medicación indicada según las características de cada caso.

- Técnica de IVE (instrumental o farmacológica o combinación de ambas) adecuada a cada situación, con la medicación indicada según las características de cada caso.
- Área de Recuperación post-intervención con personal de enfermería en sala acondicionada a estos efectos, durante el tiempo preciso, con los controles necesarios.
- Seguimiento tras la intervención de posibles incidencias, con las revisiones médicas que se consideren precisas incluyendo ecografía hasta el alta definitiva.
- Periódicamente el equipo médico del centro se reunirá para revisar los protocolos del centro bajo la supervisión del profesional responsable de cada área (propio o del centro de referencia).
- Centro hospitalario de referencia para la derivación de aquellos casos que lo requieran

Requisitos básicos para los centros que realicen interrupciones de embarazo de más de 12 semanas de edad gestacional y/o que implique alto riesgo

a) En relación con las instalaciones y el equipamiento:

Instalaciones:

El centro deberá contar con espacios suficientemente amplios que garanticen la confidencialidad, confortabilidad y la seguridad de la mujer, diferenciando al menos las siguientes zonas:

- Recepción y sala de espera.
- Espacio para valoración de la historia y con elementos que permitan la exploración física y ecográfica (con medios de aseptización de manos).
- Despachos suficientes para la actividad del centro (con medios de aseptización de manos si es necesario para la actividad del espacio).
- Área diferenciada para la práctica de las intervenciones.
 - Dispondrá de un espacio diferenciado externo para el lavado de manos
- Área de recuperación post-anestésica (URPA I).
- Área de adaptación al medio (URPA II).
- Sistema de mantenimiento eléctrico

Equipamiento:

- Equipamiento necesario para realizar exploraciones ginecológicas
- Equipamiento necesario para la práctica de la interrupción de embarazo bajo cualquier modalidad de anestesia

- Ecógrafo
- Equipo de monitorización cardiaca
- Electrocardiógrafo
- Equipo de intubación
- Sistema adecuado de asistencia respiratoria
- Desfibrilador y material para reanimación cardiopulmonar
- Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil)
- Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede

b) En relación al marco básico de la prestación

- Personal médico y ubicación para establecer los criterios ASA (Se aceptaran I, II y IIIa)
Conexión con otros especialistas, si es necesario, para valorar patología concomitante que elaboraran informe de posibilidad de ser intervenida en CmA o CMA
- Médico/a especialista relacionado o propio y con ubicación para certificar que el embarazo presume un riesgo para la salud de la mujer (en los casos que requiera indicación).
- Personal médico y de enfermería y ubicación adecuada para realizar los procedimientos de Técnica de IVE (instrumental o médico –farmacológica o combinación de ambas) adecuada a cada situación con la medicación indicada según las características de cada caso.
- Técnica de IVE (instrumental o médico farmacológica o combinación de ambas) adecuada a cada situación, con la medicación indicada según las características de cada caso.
- Área de recuperación post-intervención con personal de enfermería en sala acondicionada a estos efectos, durante el tiempo preciso, con los controles necesarios.
- Seguimiento tras la intervención de posibles incidencias, con las revisiones ginecológicas que se consideren precisas incluyendo ecografía hasta alta definitiva.
- Periódicamente el equipo médico del centro se reunirá para revisar los protocolos del centro bajo la supervisión del profesional responsable de cada área (propio o del hospital de referencia).
- Centro hospitalario de referencia asignado por la autoridad sanitaria correspondiente para la derivación de aquellos casos que lo requieran

Bibliografía :

1. ACAI Carbonell JL. Técnicas para la Práctica del Aborto Provocado. Revista oficial de La Sociedad Española de Fertilidad. VIII Congreso Nacional de la SEC. 21-24 de junio 2006.
2. Acharya G, Morgan H, Paramanantham L, Fernando R. A randomized controlled trial comparing surgical termination of pregnancy with and without continuous ultrasound guidance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:69–74.
3. Aldrete JA. «The post-anesthesia recovery score revisited». Aldrete JA *J Clin Anesth* Feb 1995 (Vol. 7, Issue 1, Pages 89-91). Criterios utilizados frecuentemente para el alta de la sala de Reanimación postanestésica (URPA)
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of abortion. Washington (DC); American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2005 Oct. 12 p. (ACOG practice bulletin, no.67). (79 references)
5. American Society of Anaesthesiologists. Physical Status Classification System. <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.
6. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995;40(Suppl 2):85-91.
7. Barambio S, Lacalle M. Seguimiento Posterior al aborto Provocado .Sociedad Española de Fertilidad. VIII Congreso Nacional de la SEC. 21-24 de junio 2006.
8. Barambio S. .Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos Legales, Aborto del Primer trimestre: Técnicas, Resultados, Complicaciones. Aborto de Segundo Trimestre, Técnicas, Resultados, Complicaciones. Capitulo 131 Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Ed. Med.Panamericana Madrid 2003.
9. Barambio S. Giro R. Cirugía Mayor Ambulatoria en ginecología en la 4ª Reunión de Cirugía Mayor Ambulatoria.Bilbao 2003
10. Barambio S. Aborto Provocado: Terminología y Definiciones. ACAI- Barcelona 2009
11. Barambio S. Interrupción Voluntaria del Embarazo Medicamentosa y Quirúrgica Cuadernos de Medicina Reproductiva. Contracepción en el siglo XXI Ed.Panamericana (Cuad Med. Reprod vol (UK)7 , Cuad 2) julio 2001.
12. Carbonell JL “Ensayo Clínico: Abortos de Segundo Trimestre con 600 mcg de misoprostol versus 400mcg; y legrado sistemático posterior. Jornada Internacional de la Contracepción. Septiembre 2008.
13. Carbonell JL, Gallego FG, Llorente MP, Bermudez SB, Sala ES, Gonzalez LV, et al. Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: a randomized clinical

- trial. *Contraception* 2007;75:230–7
14. Cook RJ, Erdman JN et al; Achieving transparency in implementing abortion laws; *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 98 issue 2 Pag 157-161 Nov 2007.
 15. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Achieving transparency in implementing abortion laws. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99:157–161.
 16. Chung F. «El proceso del alta. Anestesia Ambulatoria de Twersky RS». Ed. Mosby/ Doyma. Libros 1996;457-475
 17. Darj, E, et al. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 1987, 70:755
 18. Davis J.E., Sugioka K. «Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anesthesiology evaluations». *Surg. Clin. North AM*, 1987; 67:721.
 19. Debby A, Malinger G, Harow E, Golan A, Glezerman M. Transvaginal ultrasound after first-trimester uterine evacuation reduces the incidence of retained products of conception. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:61–4.
 20. Department of Health. *Conscious Sedation in Termination of Pregnancy: Report of the Department of Health Expert Group*. London: DH; 20023
 21. Fait G, Amster R, Tugendreich D, Dreval D, David A, Wolman I. Use of ultrasonography to guide first-trimester pregnancy terminations obviates the need for sharp curettage. *Fertil Steril* 2002;78:1131–2
 22. Fakhri MH, Barnea ER, Yarkoni S, DeCherney AH. The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception* 1986;33:533–8
 23. Fernández Fernández C, Cueva Azorin L. Anestesia en consultorio .*Cirugía Mayor Ambulatoria* Vol. 16 nº 1, pp. 30-34 2011.
 24. Ferrer Valls J.V. (coord.). «*Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria*». Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.
 25. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S.; Second Trimester Medical Abortion with Mifepristone-Misoprostol Alone: a Review of Methods and Management; *Reproductive Health Matters* 2008; 16 (31 Supplement): 162-172.
 26. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. «*Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica*». 2002.
 27. Gonzalez- Huix F. La sedación necesaria para la realización de una endoscopia debe ser realizada exclusivamente por un anestesista o puede ser realizada con seguridad y eficacia por médicos no anestesistas o personal de enfermera especializado? *Gastroenterología. Hepatología* 2009;32 (1) : 65-67.
 28. Grimes David . The choice of second Trimester abortion method: evolution, evidence and ethics *Reproductive Health Matters* 2008; 16(31 Supplement): 183-188

29. Grupo de Trabajo para la elaboración de Estándares y Recomendaciones de la UCMA. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de comunicaciones. Madrid, 2008
30. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129–35.
31. Hern W. Surgical Abortion: Management, Complications, and Long-Term Risks *Gynecology and Obstetrics* 1994 Chp 59,
32. Hern W Laminaria versus Dilapan osmotic cervical dilators for outpatient dilation and evacuation abortion: Randomized cohort comparison of 1001 patients Sixteenth Annual Meeting of the National Abortion Federation Washington D.C. April 1993.
33. Hern W, Abortion Practice, J.B. Lippincott Company. Philadelphia 1990.
34. Holzman, RS, et al. Guidelines for sedation by non-anaesthesiologists during diagnostic and therapeutic procedures. *J Clin Anesth* 1994, 6:265.
35. Jabara, S, Barnhart, K. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188 (3): 623-7. Review.
36. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception* 2011; 83:116–26.
37. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(2): CD007207.
38. Lohr P.; Surgical Abortion in the second trimester; *Reproductive Health Matters* 2008; 16 (31 Supplement): 151-161.
39. L'Institut Borja de Bioética. Universitat Ramon Llull. Bioética and Debat. Volumen 15. Num. 57 Consideracion sobre l'embrió humá.
40. Mari Juan J.M. Eficacia y Seguridad del aborto provocado con Métodos Farmacológicos” Meta análisis .Jornada Internacional de la Contracepción. Septiembre 2008.
41. National Abortion Federation. Clinical Policy Guidelines. Washington, 2012.
42. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative: Review of NICE technology appraisal guidance 41* (NICE technology appraisal guidance 156). London: NICE; 2008.
43. Newman S, Dalve-Endres A, Drey EA; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception* 2008;77:308–14.
44. Nichols M, Morgan E, Jensen JT. Comparing bimanual pelvic examination to ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *J Reprod Med.* 2002;47:825–8
45. PATH, World Health Organization, United Nations Population Fund. Essential

- medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists. Seattle, WA, PATH, 2006
46. Practice Guidelines for Sedation and analgesia by Non-Anesthesiologists (ASA). *Anesthesiology* V 96, nº 4, Apr 2002
 47. Protocolo Clínico : Interrupción voluntaria del embarazo hasta las 15 semanas de edad gestacional ; Comité de desarrollo de protocolos clínicos de Fundación Oriéntame/,ESAR ; Bogotá 2010.
 48. Protocolo de Requisitos de Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2009
 49. Recommandations de bonne pratique. Interruption volontaire de grossesse par method médicamenteuse. 2010. Recommandations
 50. Recommandations de bonne pratique. Interruption volontaire de grossesse par method médicamenteuse. 2010. Argumentaire
 51. Renner R, Jensen J, et al. Control del dolor en el aborto quirúrgico del primer trimestre. *Biblioteca Cochrane plus* 2009 numero 3.
 52. Rueda JR. «Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza, Servicio Vasco de Salud». Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-00-11.
 53. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization. Switzerland, 2012. www.who.int/reproductivehealth
 54. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996;87:884–90.
 55. Sawaya, GF, et al. Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996, 87:884.
 56. Scientific information and guide to use. Mifegyne (Mifepristone). Laboratoires Exelgyn. Paris. 2007
 57. SFP Clinical Guidelines: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. (2007) *Contraception* 76: 486–495
 58. SFP Clinical Guidelines: Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks gestation. (2008) *Contraception* 77: 308-314.
 59. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004;70:183–90.
 60. Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hebjørn S, Dyring-Andersen K, Andersen JT, Hejl BL. Prophylactic antibiotics in first-trimester abortions: a clinical, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:693–6.
 61. Tena Vivó G, Palau Gene M et al. Evolución de la CMA en una Unidad de Ginecología (1991-2004) *Cirugía Mayor Ambulatoria* Vol. 12 nº, pp 22-26 2007.
 62. The care of women requesting induced abortion. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011. Londres.

63. Vekemans M. First Trimester abortion guidelines and protocols IPPF London 2008
64. Victoria Jane Davis, MD. SOGC Clinical Practice guidelines. Induced Abortion Guidelines. Canadá. 2006
65. Vidot M. El aborto por Aspiración Semanas Máximas y Mínimas .IX Congreso Sociedad Europea de Anticoncepción .Estambul mayo 2006 .
66. Wong CY, Ng E.H et al; A randomized double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation of first trimester pregnancy by suction evacuations; Human Reproduction (Oxford, England) 2002; 17(5): 1222-5.
67. World Health Organization, von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. BJOG 2003;110(9):808-18.
68. World Health Organization, Definitions and Indicators in Family Planning Maternal and Child Health and Reproductive Health. Who Regional Office for Europe.