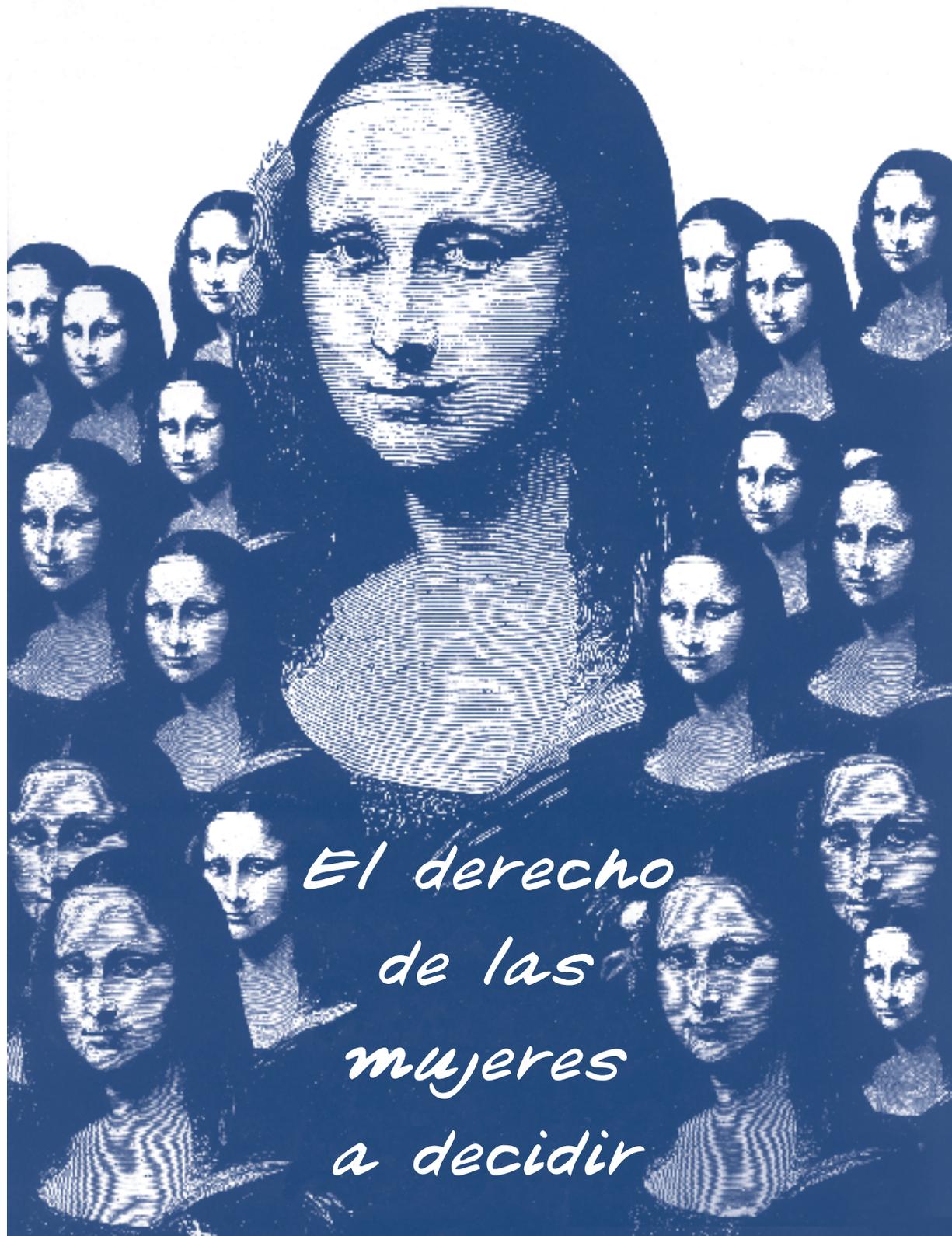


Interrupción voluntaria del embarazo



Elaborado por:

Asamblea Feminista de Madrid - Asamblea de Mujeres de Granada - Asamblea de Mujeres de Cantabria - Asamblea de Mujeres de Araba - Asamblea de Mujeres de Albacete - Asamblea de Mujeres d' Elx - Comissió 8 de Març (Valencia) - Colectivo de Mujeres Feministas de Huesca - Asamblea de Mujeres de Palencia - Asamblea de Mujeres de Salamanca - Colectivo de Mujeres Malvaluna (Mérida) - Emakumen Internazionalistak (Nafarroa) Dona i Salut-Comissió pel dret a l'avortament (Barcelona).

(Grupos pertenecientes a la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas)

Han coordinado el estudio:

Justa Montero, Concha Muñoz, Puerto García, Nati Padilla, Concha Porcuna, Charo Viana Pozo, Socorro Antolinez, Luisa Acevedo, Isabel García, Catalina Galán, Elena Lakabe, Gloria Marín, Maite Huarte, Yoli Iglesias, Pura Blasco.

Edita: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español
Barquillo, 44 - 2º izda. 28004 Madrid
e-mail: coordinadora@feministas.org
[www: nodo50.org/feministas](http://www.nodo50.org/feministas)
© Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas

ISBN: 978-84-611-7537-6
Depósito Legal: M-27106-2007

Esta publicación puede usarse total o parcialmente citando la fuente



Índice

Presentación	5
Introducción	7
Fechas clave en la lucha del Movimiento Feminista por el derecho al aborto	9
Proyecto de Ley de la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas	15
Resultados del Estudio	17
1. La educación sexual: ausente en el currículo escolar	19
Desarrollo Legislativo	21
Conclusión	21
2. Los métodos anticonceptivos: privatización encubierta	23
El acceso a la anticoncepción	24
La anticoncepción de emergencia	27
Conclusión	28
3. Los centros de salud	29
4. Las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo	31
El perfil de las mujeres	31
Los motivos del aborto	33
Tiempo de embarazo	35
Mujeres inmigrantes	36
Mujeres jóvenes y adolescentes	37



5. Dónde y cómo se realizan los abortos	39
Distribución por Comunidades Autónomas	39
Público/Privado	40
El método y el coste de la intervención: una cuestión de accesibilidad y equidad	42
6. La Red Sanitaria Pública	45
Los circuitos que se ven obligadas a recorrer muchas mujeres	47
7. La financiación	51
8. Las organizaciones anti-elección	53
Conclusiones y propuestas	55
Por el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir.	
Por la normalización del aborto como prestación sanitaria pública	58



Presentación

El derecho al aborto ha formado parte de las reivindicaciones del movimiento feminista desde que, a principios de los años setenta, se iniciaran las primeras campañas por el derecho de las mujeres a controlar su propio cuerpo, a decidir sobre su vida.

Ha sido un largo recorrido en el que se han conseguido cambios pero en el que todavía queda un largo trecho por andar. Ha estado plagado de manifestaciones, encierros, de las más diversas actividades, charlas, debates, acciones en defensa de las mujeres y de las y los profesionales a los que trataban de juzgar. También de iniciativas y propuestas de ley, como la presentada por la Coordinadora estatal de organizaciones feministas.

A la aprobación en 1985 de la despenalización parcial del aborto siguieron unos años en los que la profusión de juicios por aborto dejó al descubierto la inseguridad jurídica que propiciaba la normativa legal. Las movilizaciones y protestas organizadas por el movimiento feminista y otros colectivos sociales y políticos lograron reducir la presión judicial contra el aborto, limitando la sucesión de juicios y condenas por aborto, que hoy se producen de forma muy puntual. Este hecho, junto con la privatización de la práctica del aborto y un debate público del que están ausentes los problemas concretos, ha favorecido una percepción de la realidad, distorsionada, que es la que hoy parece dominar la escena pública.

Este es el origen del interés de quienes formamos parte de los 12 grupos feministas, de distintas Comunidades Autónomas, que hemos participado en el estudio: realizar un informe que pusiera sobre el tapete lo que realmente está sucediendo, los problemas con los que se encuentran las mujeres que deciden abortar, y que además fundamentara nuevas y viejas exigencias.

El estudio analiza cómo se está aplicando la despenalización parcial del aborto (que seguimos valorando, como lo hicimos en el 85, de enormemente restrictiva), y cuáles son los problemas prácticos a los que se enfrentan las mujeres y las y los profesionales que practican las interrupciones voluntarias de embarazo. Para ello recabamos y contrastamos



datos, revisamos las interpretaciones que se realizan de algunos de ellos, recogimos la opinión de mujeres y de profesionales que intervienen en algún momento del proceso de solicitud, tramitación y/o práctica de un aborto.

El resultado, tras un largo año de trabajo colectivo es este estudio comparativo de la situación en las distintas Comunidades Autónomas que ahora presentamos.

Se inicia con una introducción en la que exponemos nuestro planteamiento general de defensa del derecho de las mujeres a decidir. Antes de adentrarse en los aspectos concretos de la práctica del aborto, se tratan dos temas claves: la educación sexual y los métodos anticonceptivos. El grueso del documento trata de dar claves sobre quienes, por qué, cuándo, dónde y en qué condiciones abortan las mujeres. Se concluye con un apartado en el que planteamos nuestras propuestas y exigencias respecto a los temas tratados ajustándose al análisis de la realidad y de las necesidades detectadas.

Sin duda no es éste ni el primer ni el último trabajo sobre el tema. Hay otros estudios realizados por organizaciones profesionales, instituciones públicas y por clínicas privadas que aportan perspectivas todas ellas interesantes y en muchos casos complementarias. Con este trabajo queremos aportar nuestra visión feminista desde organizaciones que tenemos una larga trayectoria en la defensa del derecho al aborto, con la esperanza de que resulte útil en la defensa de los derechos de las mujeres.

A todas las personas que nos habéis facilitado información y nos habéis dedicado vuestro tiempo, conocimientos y entusiasmo. Muchas gracias.

Madrid, marzo 2007



Introducción

El derecho de las mujeres a decidir es un aspecto central de la propuesta feminista. Recogemos el discurso y mensaje que en su día formularon las, ya desaparecidas, Comisiones pro-derecho al aborto del movimiento feminista centrado en la defensa del derecho de las mujeres a decidir sobre su vida.

Reclamamos el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo que no desean, sean cuales sean las causas que motiven su decisión, y a que se les facilite los recursos legales y sanitarios para ello, como parte de los derechos reproductivos de las mujeres. Y también en defensa de estos derechos exigimos recursos, con carácter universal, para las mujeres que deciden tener hijas e hijos: desde las escuelas infantiles a políticas laborales que acaben con la discriminación en el trabajo asalariado, y para evitar así que la maternidad se convierta en un obstáculo para muchas de ellas.

El derecho a decidir no es un concepto abstracto; muy al contrario, tiene que ver con la vida concreta de cada mujer, con los dilemas a los que se enfrenta, donde el de la maternidad es en ocasiones uno de los más complejos e indudablemente de los más íntimos. Que la mujer pueda ejercer el derecho a decidir es algo que debe ser reconocido y garantizado.

Significa el más estricto respeto a los motivos que una mujer tiene para decidir interrumpir un embarazo y el rechazo a cualquier tipo de tutelaje sobre su decisión, pues consideramos que nadie puede arrogarse la autoridad para valorar y decidir sobre las causas que una mujer tiene, ni para realizar procesos de verificación moral deslegitimando su decisión.

En la actualidad la potestad de decidir la tienen, en primer lugar, los jueces. En la medida en que el aborto sólo está despenalizado en tres supuestos, a ellos corresponde decidir si la causa que una mujer alega entra o no en uno de los casos contemplados; pero también se la han arrogado ex maridos que lo utilizan en sus procesos de separación, ex novios, o las organizaciones “anti-elección” (mal llamadas “pro-vida”) que denuncia a mujeres que han abortado. Esto sucede porque el aborto está tipificado como delito en el Código Penal y, aunque en los



últimos años ha remitido el número de juicios respecto a los de la década de los años 80 y 90, no existen garantías jurídicas para que no se repitan.

El otro gran problema que presenta la actual normativa es que no garantiza que la mujer pueda abortar en la red sanitaria pública de forma normalizada, como cualquier otra prestación.

Pero para ver la utilidad de una ley hay que contemplar muy distintos aspectos: el texto de la ley, la práctica, la relación entre la legalidad y el acceso a los servicios, la situación de vulnerabilidad de los colectivos de mujeres y de profesionales, en qué medida está normalizada como prestación sanitaria y en qué medida se garantiza la dignidad y derechos de las mujeres.

Un análisis de la situación del aborto no puede obviar las políticas públicas en materia de prevención, particularmente en materia de educación sexual y de acceso a los anticonceptivos.

En realidad esto tendría que constituir la preocupación central de los gobiernos y la sociedad: las causas por las que se producen embarazos no deseados. El principal problema no es el aborto sino los embarazos no deseados, para los que el aborto es una opción.

La interrupción voluntaria del embarazo puede ser el resultado de embarazos no deseados, o de algunos que habiendo sido deseados y/o planificados por la mujer, se enfrentan a situaciones no previstas, que suponen un cambio en la vida y/o salud de la mujer, que las lleva a plantearse la interrupción del mismo.

Por lo tanto, aunque todas las medidas preventivas estuvieran al alcance de todas las mujeres, siempre podrían producirse embarazos no deseados, y aunque sólo hubiera un número muy reducido de mujeres que decidiera abortar, debería poder hacerlo con todas las garantías jurídicas y sanitarias, en el ejercicio de un derecho reconocido.



Fechas clave en la Lucha
del Movimiento Feminista
por el derecho al aborto



Amnistía para las 11 mujeres

Derecho
al
aborto





Fechas clave en la Lucha del Movimiento Feminista por el derecho al aborto

1976: Amnistía para las mujeres

Los grupos feministas organizan una campaña a nivel estatal, en la que se exige la Amnistía para las mujeres condenadas por los llamados “delitos específicos”, entre los que se encontraba el aborto al estar totalmente penalizado. En las cárceles hay mujeres por haber abortado.

1977: Legalización de los anticonceptivos

El movimiento feminista realiza una campaña por la legalización de los anticonceptivos, por una sexualidad libre y por el derecho al aborto.

1978: La Constitución

Los grupos feministas critican el texto constitucional, entre otros aspectos, por el artículo 15 al considerar que dificultará el reconocimiento pleno del derecho al aborto.

El artículo 15 establece: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes militares en tiempos de guerra”.

Se realiza una campaña en la que se explica la crítica del movimiento al texto Constitucional.



1978: Despenalización de los anticonceptivos

1979: Elecciones municipales

Las plataformas reivindicativas del movimiento plantean:

- ✓ Aborto libre y gratuito a cargo de la Seguridad Social por solicitud de la propia mujer, sin discriminación por motivos de edad o estado civil.
- ✓ Anticonceptivos libres y gratuitos a cargo de la Seguridad Social para hombres y mujeres e investigación de nuevos métodos.
- ✓ Centros de información sexual controlados por las interesadas.
- ✓ Amnistía para los delitos específicos de la mujer.
- ✓ No a la Ley de Peligrosidad Social.

1979 – 1982: Campaña en defensa de las “11 mujeres en Bilbao”

En 1979 se da a conocer el procesamiento, en Bilbao, a 10 mujeres y un hombre acusados de la práctica de abortos.

A iniciativa de la Asamblea de Mujeres de Bizkaia, el movimiento feminista del Estado español inicia una campaña por el sobreseimiento del juicio, la amnistía para las 11 mujeres de Bilbao, el aborto libre y gratuito.

Tras varias suspensiones, en 1982 se realiza el juicio.

Durante esos años el movimiento despliega una intensa actividad logrando generar un debate social y poniendo el aborto en la agenda pública.

Las actividades que se realizan son de muy distinta naturaleza: manifestaciones, encierro en Ayuntamientos, en los Juzgados, mociones en Ayuntamientos, edición de diversos materiales; charlas, mesas redondas, Jornadas. Iniciativa como la recogida de firmas de 1.300 mujeres políticas, cantantes, artistas, periodistas que declaran: “Yo también he abortado”, y las firmas de hombres declarando: “Yo he colaborado facilitando una dirección para que pudieran abortar”.

1980 – 1986: Juicio de “Los Naranjos”

En 1980 la policía detiene a las y los trabajadores del Centro de Planificación Familiar “Los Naranjos”, de Sevilla, acusados de practicar abortos.

Se recogen 1.500 autoinculpaciones de haber abortado en el Centro y se entregan en los Juzgados de Sevilla. Se recogen 28.000 firmas que solicitan la legalización del aborto. En noviembre de 1986 se celebra el juicio.



1981: Jornadas Feministas Internacionales por la legalización del aborto.

Se realizan en Sevilla en apoyo de las y los procesados de “Los Naranjos”.

1981: Jornadas estatales por el derecho al aborto

Organizadas por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas se realizan en diciembre de 1981 en Madrid.

En estas Jornadas se profundiza en el discurso feminista sobre el aborto. La crítica al modelo sexual dominante, la reivindicación del propio cuerpo, y el derecho de las mujeres a decidir fundamentan la exigencia feminista.

Se establece la exigencia de la legalización del aborto como estrategia y la práctica de abortos por parte del movimiento como forma de presión y denuncia frente a la ilegalidad del aborto.

1982: Manifestaciones por el derecho al aborto libre y gratuito

1982: Proyecto de ley

La Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas elabora un proyecto de Ley sobre el aborto, cuyo texto se reproduce a continuación.

1983: Proyecto de ley del gobierno

En 1983 se hace público el proyecto de ley del aborto del gobierno socialista. Alianza Popular presenta un recurso de inconstitucionalidad acogiéndose al “todos tienen derecho a la vida” de la Constitución.

El 11 de abril de 1985 el Tribunal Constitucional dicta la Sentencia y en Julio de 1985 entra en vigor la actual despenalización parcial del aborto.

Las comisiones pro-derecho al aborto y gran parte de las organizaciones feministas rechazan el proyecto del gobierno por limitado, al mantener su consideración penal salvo en tres supuestos y no garantizar su realización en la red sanitaria pública.

1983: Marcha de mujeres a “la Moncloa”

En febrero de este año la comisión pro-derecho al aborto de Madrid organiza una marcha de antorchas en protesta de las detenciones de mujeres y profesionales sanitarios, se entrega un manifiesto en el que se exige el aborto “libre y gratuito”.



1983: Derecho al aborto, las mujeres deciden

En mayo de este año se celebran, de forma simultánea en todo el Estado español, manifestaciones convocadas por las organizaciones feministas y con el apoyo de muy diversos colectivos sociales, profesionales y políticos

1985: Jornadas Feministas Estatales

Organizadas por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas. Se realizan en Barcelona: se practican dos abortos en los locales de las Jornadas, "ilegales" que se hacen públicos y tienen un importante impacto en la prensa, y se reivindica el derecho al aborto "libre y gratuito"

1986: "Estamos haciendo abortos"

Campaña organizada por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas se hace público en ruedas simultáneas en varias ciudades (Barcelona, Oviedo, Coruña, Bilbao, Pamplona, Madrid, Tarragona, Cantabria) la práctica de abortos por parte de grupos feministas, como forma de denuncia de la situación y los límites de la ley.

Diciembre de 1986: "Tribunal contra las agresiones al derecho al aborto"

Se celebra en Madrid, organizado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, en el mes de diciembre, con la participación de 3.000 mujeres. Se publican los testimonios, las conclusiones y el veredicto del Tribunal.

1981- 1990: Detenciones y juicios

A lo largo de estos diez años se produce una cadena de detenciones, juicios y condenas a mujeres y a profesionales que practican abortos: Barcelona, Asturias, Cantabria, Orense, Canarias, Valladolid, Salamanca, Madrid, Valencia, Alicante, Elche, Albacete, Málaga, Granada, Sevilla, Murcia, Cáceres, Zaragoza.

En algunos casos, como en Valencia, Málaga, Madrid, las y los profesionales llegan a ingresar en prisión.

Los grupos feministas de cada ciudad encabezan campañas contra los juicios y por una ley de aborto "libre y gratuita", que cuentan con el apoyo activo del resto del movimiento feminista.

1990: Juicio de Pamplona

En enero de 1990 se celebra un juicio a profesionales sanitarios acusados de haber practicado un aborto en un hospital público, por una organización "pro-vida". A raíz de



este juicio no se ha vuelto a practicar ningún aborto en Pamplona, dada la situación de indefensión en que se encontraron las y los profesionales.

2000: Jornadas feministas estatales

En las Jornadas Feministas “Feminismo.es... y será” celebradas en Córdoba, se plantearon nuevas reflexiones y propuestas en la defensa del derecho al aborto, en el marco de la ponencia presentada conjuntamente por los grupos “Dona i Salut” (Barcelona) y la Asamblea Feminista de Madrid.

Cartel de la portada: convocaba a manifestación el 26 de mayo de 1983

Nota: los documentos relativos a los hechos que aquí se enuncian se pueden encontrar en el archivo de la Coordinadora estatal de organizaciones feministas (Barquillo 44, 2º izquierda. Madrid)

Proyecto de Ley de la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas

Las mujeres tenemos la capacidad de poner en el mundo nuevas personas, nos corresponde a nosotras decidir si queremos o no hacer uso de ella. Al exigir la legalización del aborto no hacemos sino defender nuestro libre derecho a decidir si deseamos o no tener hijos, cuántos y en qué momento.

Creemos que esta Ley no será más que un pequeño paso en esta dirección, si no se acompaña del libre acceso a la más amplia información sexual que plantee las diversas formas de expresión de la sexualidad (las relaciones heterosexuales, las lésbicas y las homosexuales), y no la reduzca a la relación sexual entre hombre y mujer centrada, además, casi exclusivamente en el coito; si no se nos proporciona el acceso libre y gratuito a todos los métodos anticonceptivos (incluida la vasectomía y la ligadura de trompas); si no se desarrolla la investigación de nuevos métodos anticonceptivos que no afecten a la salud de las mujeres así como de anticonceptivos masculinos.

Art. 1.

La decisión de la maternidad es un derecho personal e íntimo de toda mujer, con independencia de su edad, estado civil o nacionalidad. La interrupción libre y voluntariamente decidida del embarazo es un derecho que toda mujer tiene.

Art. 2.

El Estado deberá garantizar el ejercicio de este derecho que deberá realizarse de acuerdo a las condiciones previstas en esta Ley.



Art. 3.

Podrá abortar toda mujer que lo desee, independientemente de su edad, estado civil o nacionalidad, a petición propia, sin más requisito que el de solicitar en los centros sanitarios la intervención médica adecuada.

Art. 4.

Una vez presentado en el centro correspondiente el certificado de embarazo y la solicitud para la interrupción del mismo por parte de la interesada, ésta deberá ser informada de las diferentes técnicas que le pueden ser aplicadas, debiendo quedar explícito que el método menos nocivo para su salud es, hasta las 12 semanas, por aspiración (método Karman). Una vez informada, la decisión sobre la técnica a utilizar corresponde a la mujer.

La intervención tiene carácter de urgencia y deberá ser llevada a cabo en los siete días siguientes a la presentación de la solicitud.

Art. 5.

Después de la intervención, la mujer permanecerá el tiempo de recuperación necesario en observación para la previsión de posibles complicaciones.

Art. 6.

Los Centros de la Sanidad Pública están obligados a disponer de los medios suficientes para atender las demandas de interrupción del embarazo, dado su carácter de urgencia, sin que el personal sanitario pueda, bajo ningún pretexto, negarse a ello, siendo penalizada la falta de asistencia o el retraso de la misma.

Art. 7.

En los Centros de la Sanidad Pública, las intervenciones serán gratuitas para todas las mujeres que lo soliciten.

Art. 8.

Deberá garantizarse a toda mujer el derecho a su intimidad, quedando su historial clínico sometido al secreto profesional.

Art. 9.

En todos los Centros de Sanidad Pública deberá facilitarse la participación de los grupos feministas para garantizar que, en ningún momento, se limiten los derechos de las mujeres y poder proponer, en su caso, las modificaciones oportunas para su mayor eficacia.

Disposición adicional.

Serán punibles los abortos realizados contra la voluntad de la mujer, los que sean producto de unas condiciones inadecuadas de trabajo, los que resulten de la negligencia y los ocasionados como consecuencia de una conducta lesiva contra la integridad física de la mujer.



Resultados del Estudio

Nota: los datos recogidos del Registro del Ministerio de Sanidad y Consumo se refieren al año 2005



1. La educación sexual: ausente en el currículo escolar

La educación afectivo-sexual aporta a los niños, niñas y adolescentes información y conocimientos rigurosos sobre la sexualidad en todas sus dimensiones: biológica, psíquica y social. Entendemos la sexualidad como comunicación humana y fuente de placer, salud y afectividad, por lo que consideramos que la educación sexual es sobre todo una educación para la vida, en la que el mayor peligro es la ignorancia y el desconocimiento.

La educación en el ámbito escolar es un factor clave en el aprendizaje de la sexualidad, sobre cómo vivirla satisfactoria y placenteramente y cómo prevenir y actuar ante posibles riesgos como los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y los derivados de las relaciones y estereotipos sexistas. Requiere, evidentemente, partir del reconocimiento de nuestra condición de seres sexuados, con capacidad para sentir deseo y placer sexual. Y requiere reconocer que la sexualidad tiene distintas expresiones y orientaciones y que no es algo exclusivo de una etapa determinada de la vida (normalmente identificada con la etapa reproductiva), sino que tiene una dimensión importante en todas las edades, en el desarrollo de la persona, aunque en cada etapa tenga distintas manifestaciones. Recibir información y conocimientos que permitan decidir sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad es una necesidad y un derecho, y la educación sexual tendría que formar parte, por tanto, de los contenidos curriculares.

La realidad nos muestra que el consenso que parece existir sobre la importancia de la educación sexual no es tal, que se desvanece a la primera de cambio o, como mucho, sólo se da en su vertiente preventiva. Como botón de muestra destacamos algunas de las situaciones que hemos detectado y que reflejan un panorama desregulado y con enormes diferencias, no ya entre Comunidades Autónomas, ni tan siquiera entre ciudades, sino entre Centros escolares, ya que, en la práctica, depende de cada Centro la orientación y contenidos que se le quiera dar a esta formación.



- ▶ En buena parte de los Centros la educación sexual está ausente en la oferta formativa. Simplemente no se imparte.
- ▶ En algunos Centros la educación sexual se imparte gracias al interés y voluntad de una parte del profesorado y, en ocasiones de la propia Dirección del Centro, que trata de introducir una visión de la sexualidad exenta de prejuicios sexistas, integral y respetuosa con la diversidad sexual.
- ▶ En otros Centros los contenidos se ciñen a la información sobre los aspectos fisiológicos y anatómicos del cuerpo (desde los Departamentos de Ciencias Naturales) o sobre la dimensión psicoemocional de la sexualidad (desde los Departamentos de Orientación).
- ▶ En ocasiones la educación sexual que se imparte se limita a intervenciones educativas puntuales: talleres para 2º, 3º ó 4º de la ESO. Se trata de talleres que se contrata a los Ayuntamientos, a equipos de Asociaciones, ONGs o Fundaciones, o incluso a empresas de conocidos productos comerciales (lo que da una idea de la preocupación e interés de esos Centros por la educación sexual). La orientación de estos talleres depende por tanto de cada Centro y del enfoque e ideología de la entidad contratada para impartirlos. Se dan situaciones como en la Comunidad de Madrid donde desde la Consejería de Educación se presiona a los Centros públicos para que contraten a una Fundación privada, que pertenece a la red de organizaciones “pro-vida”, para que imparta la educación sexual.
- ▶ En líneas generales, y salvo honrosas excepciones, los contenidos adolecen de un enfoque heterosexual y reproductivista, identificando sexo con coito, limitando la sexualidad a la etapa reproductiva y orientando la información exclusivamente a la prevención: a los métodos anticonceptivos y a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

Estos enfoques educativos no facilitan herramientas para que chicas y chicos conozcan y manejen sus deseos y vivencias al relacionar la sexualidad sólo con un mundo de peligros en el que, además, aparecen como sujetos pasivos.

- ▶ Por último, entre quienes realizan una labor activamente hostil a la educación sexual, y en relación directa al motivo del presente estudio: el aborto, se encuentran las organizaciones “anti-aborto” (mal llamadas “pro-vida”).

En connivencia con algunos profesores de religión, consiguen introducir y proyectar en sus clases videos antiabortistas, como el denominado “el grito silencioso”, en los que se manipulan y desfiguran imágenes buscando el rechazo de las y los alumnos. Así sucede en algunas clases a partir de 5º de primaria, tanto en centros privados como públicos.

En ocasiones se realiza con la permisividad de la Dirección de algunos Centros y sin el conocimiento y consentimiento de las madres y los padres que, a veces, lo han denunciado y han logrado retirar el video.



Desarrollo Legislativo

- ▶ En el ámbito legislativo sólo quedan como referentes los cambios introducidos por la LOGSE, en la que se incorporó explícitamente la educación sexual en el currículo escolar, se favoreció la elaboración de módulos, guías y materiales didácticos específicos, y se impulsó el desarrollo transversal de la educación sexual, aunque con desigual éxito en su implementación.
- ▶ La Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE, 2002) supuso un retroceso, al promover exclusivamente una visión reproductivista de la sexualidad.
- ▶ Con la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) desaparecen del texto las referencias a la educación afectivo sexual.

Este vacío no lo cubre, obviamente, la asignatura recientemente aprobada (aunque todavía pendiente de implantar) de “educación para la ciudadanía”. Esta asignatura se constituye como un cajón de sastre para muchos temas: la violencia sexista, la inmigración, el cambio climático, todos de gran importancia pero que cada uno de ellos requeriría un tratamiento más extenso y riguroso.

Conclusión

El actual modelo educativo se aleja del objetivo de normalizar la educación sexual, de incluirla en los contenidos curriculares e impartirla de forma planificada y con total normalidad en las escuelas.

La desregulación existente propicia situaciones abiertamente contradictorias en cuanto a los contenidos que se imparten, y no garantiza una educación sexual que se apoye en el respeto de los derechos de las personas: exenta de prejuicios sexistas, integral y respetuosa con la diversidad sexual, con sus distintas expresiones y orientaciones.

Estos enfoques integrales dependen hoy en día de la formación y voluntad de parte del profesorado, siendo la característica más generalizada la inhibición de buena parte de los Centros.





2. Los métodos anticonceptivos: privatización encubierta

Los métodos anticonceptivos han permitido romper con la idea de la “inevitabilidad biológica de la maternidad” y disfrutar del sexo, en las relaciones heterosexuales, sin el temor a embarazos no deseados. “Sexualidad no es maternidad” proclamábamos los grupos feministas allá por los años 70.

Hoy existe una extendida percepción social de que ya no existen problemas en relación a la anticoncepción puesto que, salvo la Conferencia Episcopal (cuyos miembros no la necesitan), nadie cuestiona su utilidad y necesidad. Esta percepción incluye también el convencimiento de que los métodos anticonceptivos son conocidos, están disponibles y que cada persona, fundamentalmente cada mujer, tiene resuelto el problema y accede y dispone del método que decide utilizar.

Buena parte de las mujeres en edad fértil, con relaciones sexuales coitales, conoce y ha utilizado en algún momento un método anticonceptivo y los pocos estudios existentes coinciden en señalar que cada vez hay más mujeres, y algunos hombres, que utilizan anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

Esta es una cara de la moneda; la otra es la que arrojan las propias cifras de abortos y que cuestionan esa aparente normalidad: 91.664 abortos en el año 2005 permiten hablar de un importante número de mujeres y hombres que no utilizan métodos anticonceptivos, utilizan métodos no seguros, o no los utilizan correctamente.

Esto nos lleva a adentrarnos en los condicionantes sociales y económicos que dificultan el acceso a la anticoncepción, que hacen que la prevención, y por tanto la preocupación por los anticonceptivos, siga recayendo mayoritariamente sobre las mujeres. En ocasiones éstas se enfrentan a actitudes machistas de inhibición o negativa por parte de muchos hombres a utilizar los preservativos, o también a sus propios prejuicios sobre algunos métodos anticonceptivos.



El hecho de que sean las mujeres jóvenes y las mujeres inmigrantes sean quienes tienen más problemas para acceder a la anticoncepción, bien por falta de información, por problemas económicos o de acceso a los centros de salud, y que a la vez sean colectivos que presentan altas tasas de aborto, no es una mera coincidencia.

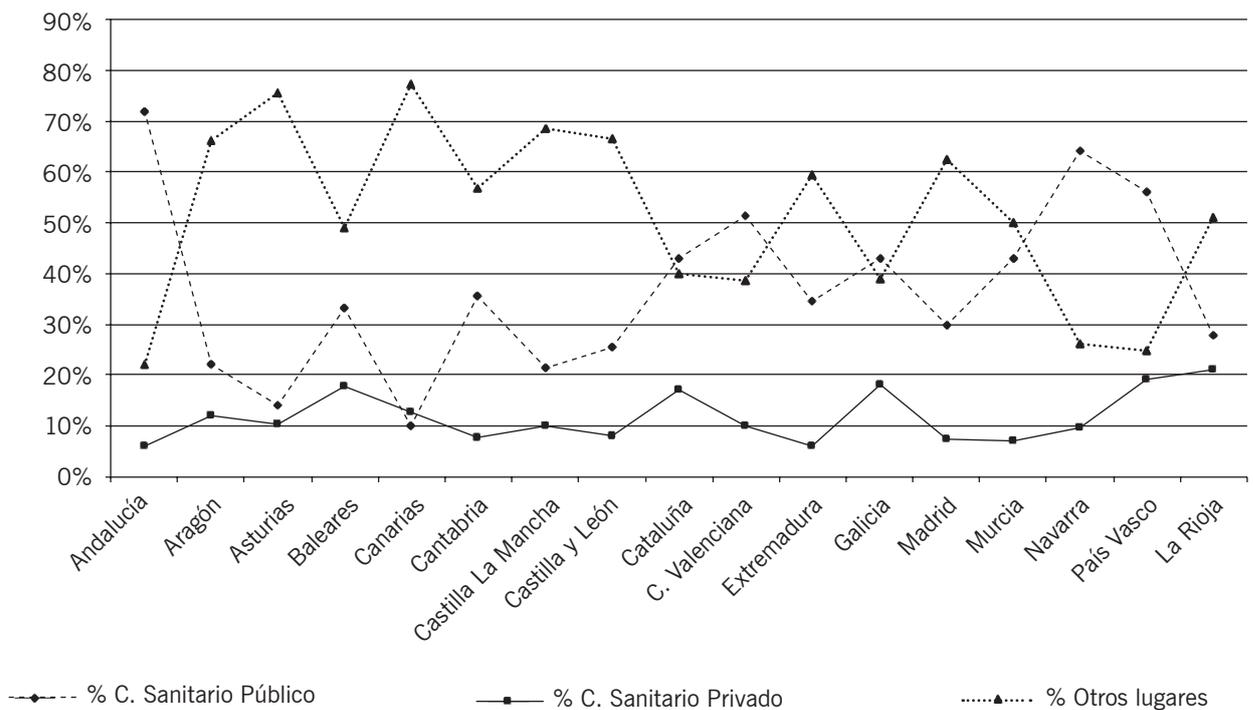
El acceso a la anticoncepción

Primer problema: La falta de información

Entre los datos que facilita el propio Ministerio de Sanidad y Consumo figura, entre las mujeres que habían abortado el porcentaje de las que habían acudido con anterioridad a un centro de "planificación familiar". El resultado es suficientemente significativo: una media del 59% no habían ido a ningún centro de "planificación familiar" para informarse, bien por falta de información, por desconocer los recursos, por otras dificultades de acceso a los mismos o por falta de previsión. El porcentaje asciende al 63% en el caso de las menores de 24 años.

Sean cuales sean las causas (los datos no informan de los motivos por los que estas mujeres no habían acudido nunca a un centro de "planificación familiar"), los datos cuestionan y abren un importante interrogante sobre la utilidad y eficacia de las políticas públicas que en materia preventiva tienen los gobiernos de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

IVES según Comunidad Autónoma de residencia y utilización de Centro de planificación familiar

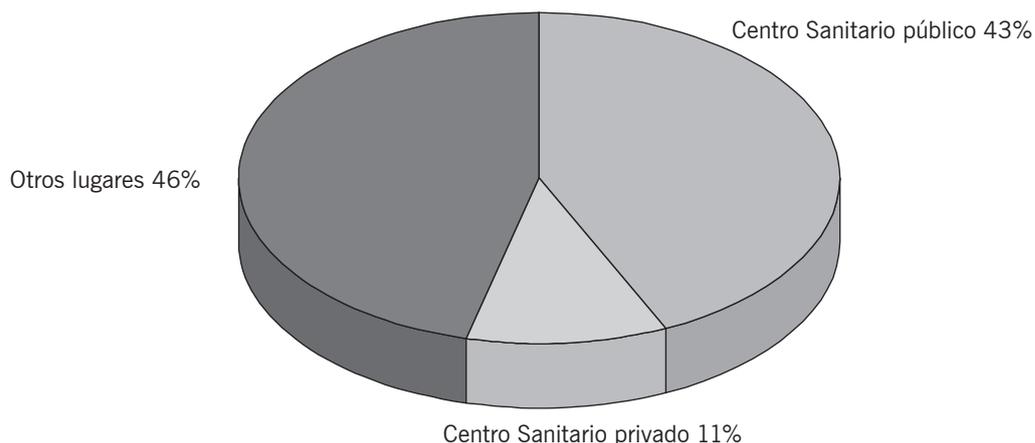


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia



En el cuadro se pueden observar las diferencias por Comunidades Autónomas: En Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco y Navarra más del 50% de las mujeres que abortaron sí habían acudido a algún Centro, mientras que en Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha y La Rioja, no llegaron al 30% quienes habían acudido alguna vez a un Centro.

IVES según utilización de Centro de planificación familiar



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

Segundo problema: El coste de la anticoncepción

Pese a que la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud establece “la necesaria asistencia en todos los métodos anticonceptivos”, la mayoría de ellos no están incluidos en el Registro de Fármacos de la Seguridad Social, y por tanto no reciben financiación pública. Así no se pueden facilitar con receta médica de la Seguridad Social, teniendo que pagar el coste íntegro cada mujer.

El Sistema Nacional de salud (SNS)

- ✓ El SNS sólo financia la anticoncepción hormonal (oral o inyectable) de primera generación, que es la que contiene una mayor carga hormonal:
 - “Ceracet”, “Diane 35” (cuya principal indicación no es la anticonceptiva);
 - “Jadelle”(implante subcutáneo solo con autorización de la inspección médica);
 - “Depoprogevera” (inyectable trimestral);
 - “Diu Mirena (hormonal) sólo autorizado para uso hospitalario.
 Los métodos quirúrgicos sólo bajo algunas indicaciones.
- ✓ Un método muy utilizado por las mujeres, particularmente por las mujeres inmigrantes, el “Topasel” (inyectable trimestral) se ha retirado recientemente del mercado.



- ✓ La anticoncepción hormonal de tercera generación, los parches, el anillo vaginal, la anticoncepción de emergencia, el DIU (excepto en algunos casos, el “Mirena”) están excluidos de la financiación del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Los métodos barrera: el diafragma no se comercializa. El preservativo, al no ser un medicamento, no entra en el Registro de Fármacos, y no recibe ningún tipo de consideración sanitaria a efectos económicos.

Las Comunidades Autónomas

Las Comunidades Autónomas tienen normativas propias que les permiten comprar los anticonceptivos no financiados por el SNS a los Laboratorios farmacéuticos y dispensarlos gratuitamente a las mujeres, como sucede con la píldora postcoital en algunas Comunidades.

- ✓ En ninguna se financia la anticoncepción hormonal de última generación.
- ✓ El DIU se financia en las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura, País Vasco, Murcia, Aragón, Comunidad valenciana y Cantabria.
- ✓ En algunos programas dirigidos a jóvenes, a trabajadoras del sexo o en programas de prevención del VIH/SIDA de algunas Comunidades se proporcionan preservativos gratuitos a dicha población. Es difícil establecer una relación de las Comunidades donde esto sucede ya que varía enormemente en tiempo y lugar; tampoco es fácil valorar el alcance de estas medidas y conocer por tanto cuántas personas se pueden beneficiar de ellas.

Estas normativas son coyunturales, y por tanto cambiantes y arbitrarias: pueden variar dependiendo del momento y de las más diversas circunstancias: desde cambios en los equipos de gobierno, a cambios en la política sanitaria o presupuestaria. No ofrecen por tanto garantía de continuidad y universalidad.

El resultado es la privatización, de hecho, de los anticonceptivos, ya que la mayoría de las mujeres tienen que pagar de su bolsillo el coste íntegro de los mismos. Obviamente esto constituye un mayor problema para quienes tienen menos recursos, que son además las que presentan, comparativamente, tasas más altas de aborto: las jóvenes y las mujeres inmigrantes.

La objeción de conciencia

Este aspecto se abordará en el apartado de la anticoncepción de emergencia pues es donde se manifiesta más abiertamente.



La anticoncepción de emergencia

La píldora postcoital es un anticonceptivo de emergencia, efectivo para evitar embarazos no deseados tras haber tenido una relación sexual sin protección: por no haber utilizado el preservativo, no haberlo hecho adecuadamente, por haberse roto el condón, movido el DIU o haber olvidado la mujer tomar dos o más pastillas anticonceptivas.

De los datos disponibles en Andalucía, Cataluña y Asturias se deduce que la mayoría de las mujeres que utilizaron la píldora postcoital, concretamente el 63%, eran menores de 25 años. Esto reafirma la idea de que la anticoncepción de emergencia es un recurso utilizado mayoritariamente por jóvenes y que, dado su carácter de urgencia (por el reducido plazo en el que resulta eficaz), requiere un tratamiento particular respecto al resto de anticonceptivos.

La píldora postcoital es un preparado hormonal, con 750 microgramos de Levonorgestrel que se ha de tomar en las 72 horas siguientes al coito realizado sin protección. Previene el embarazo inhibiendo o retrasando la ovulación, alterando el transporte de espermatozoides y óvulo o impidiendo la implantación en el endometrio.

Su nivel de eficacia es mayor cuanto antes se tome: es más eficaz a las 24 que a las 72 horas.

Es inocua una vez que la implantación ha comenzado, de manera que **no puede interrumpir un embarazo en curso**. No es por tanto una píldora abortiva.

Sin embargo:

1. No se dispensa directamente en las farmacias. Requiere siempre de receta médica.
2. Al no estar incorporada como anticonceptivo en el Servicio Nacional de Salud, en la actualidad, sólo en 9 Comunidades Autónomas se facilita en los propios Centros de Salud u hospitales sin que la mujer tenga que costeársela, mientras que en 8 Comunidades Autónomas sólo se facilita la receta para que la mujer la compre en la farmacia, debiendo pagar el importe íntegro (20 euros).

Comunidades en la que la postcoital es "gratuita"	Comunidades en la que la postcoital no es "gratuita"
Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Canarias, Cataluña, Extremadura, Galicia y Navarra.	Baleares, Castilla La Mancha, Castilla y León, País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana, Murcia, Ceuta y Melilla.



Entre las Comunidades en las que no se facilita gratuitamente se pueden dar situaciones donde los Ayuntamientos (de ciudades o pueblos) desarrollen programas específicos dirigidos a jóvenes en los que sí se les facilita de forma gratuita.

3. Hay profesionales sanitarios que se han declarado objetores y se niegan a facilitar la píldora postcoital. Algo que incluso se ha promovido desde algunos Colegios Oficiales de Médicos. Se da la situación de que en Servicios de Urgencias de algunos Centros de Salud no se está asegurando la atención a la mujer porque el personal médico es objetor y la mujer tiene que dirigirse a otro Centro, iniciándose así una angustiada carrera contrarreloj en búsqueda de la anticoncepción de emergencia.
4. También se han acogido a la objeción de conciencia algunos farmacéuticos, aun sabiendo que la postcoital no es un abortivo, y se niegan a facilitarla a pesar del carácter urgente de la demanda y de que la mujer presente la receta médica.

Una sorprendente y reciente sentencia del Tribunal Superior de Andalucía avala que los farmacéuticos no la faciliten acogiéndose a la objeción de conciencia, lo que supone un gravísimo atentado a la salud y derechos reproductivos de las mujeres.

5. En algunos Centros de las distintas Comunidades, las y los médicos se niegan a recetarla a mujeres menores de 16 años en base a una valoración negativa de la madurez de la mujer y una interpretación restrictiva de su capacidad intelectual y emocional de actuar.

Conclusión

En el éxito o fracaso de las políticas públicas preventivas es donde recae buena parte de la responsabilidad de los embarazos no deseados.

En ese sentido la ausencia de la educación sexual del currículo escolar por un lado, y la privatización de la mayoría de los métodos anticonceptivos por otro, son dos factores que influyen decisivamente en el número de embarazos no deseados y por tanto en el número de abortos que se realizan.

Particular relevancia tiene esta relación en el caso de colectivos de mujeres con mayores dificultades en el acceso a los servicios y recursos públicos como son las jóvenes y las inmigrantes, colectivos entre los que existe una alta tasa de abortos.

Por ello resulta incomprensible que no esté garantizado el derecho universal a la anticoncepción de calidad, que se permita la objeción de conciencia con la anticoncepción de emergencia o que se mantengan enfoques asistenciales no integrales.



3. Los centros de salud

En muchas Comunidades se han ido cerrando los centros de “planificación familiar” que se impulsaron a finales de los años 70. Su existencia permitía el desarrollo de acciones positivas y programas activos de prevención, con la presencia de educadores y psicólogos en los equipos, desde una orientación integral.

Los aspectos positivos de ese modelo asistencial han desaparecido con el cierre de los centros, que sólo resisten, (con un carácter y en número residual a pesar del interés de la atención que dispensan), en Comunidades como: País Vasco, Galicia, Madrid, Extremadura.

La integración de la atención en salud sexual y reproductiva en los Centros de Atención Primaria fue el criterio planteado para dismantelar la red de Centros de Planificación Familiar. Si realmente así se hubiera hecho permitiría normalizarlo como prestación sanitaria y garantizar la universalidad de la atención a toda la población. Sin embargo en la atención que en la práctica se ha impuesto está totalmente ausente todo lo relacionado con la sexualidad al estar presidida por un planteamiento claramente reproductivista, centrado además en la atención al embarazo y la anticoncepción y por tanto con enormes dificultades para incorporar otros problemas, a pesar de la voluntad y esfuerzos de una minoría de profesionales. A este enfoque asistencial hay que añadir problemas como los escasos 6 minutos por paciente, la sobrecarga asistencial, la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales (primaria, especializada, los servicios de los Ayuntamientos, hospitalaria).

Así pues, de la idea inicial de una atención integral y de calidad, poco queda y el resultado es que, a pesar de las diferencias entre Comunidades Autónomas, de la compleja y heterogénea estructura sanitaria, se puede concluir que la atención en salud sexual y reproductiva es en realidad atención en salud reproductiva y que ésta es parcial y limitada.

Dentro de la compleja y heterogénea estructura sanitaria y las diferencias entre Comunidades Autónomas, se podría destacar como elemento común: una parcial y más que limitada atención en salud sexual y reproductiva.





4. Las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo

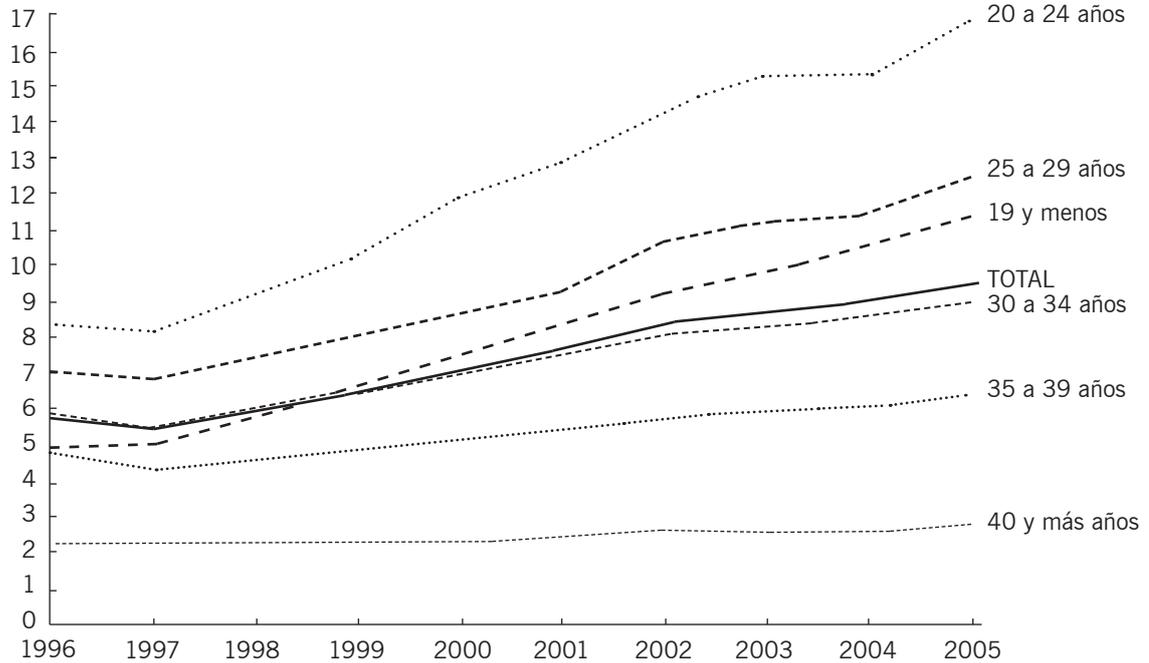
El perfil de las mujeres

En el año 2005, 91.664 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo. Se trata de mujeres que mayoritariamente son solteras, sin hijos, trabajan asalariadamente y tienen un nivel medio de estudios.

- ✓ El 66% de las mujeres que abortan son solteras. Este porcentaje viene incrementándose ligeramente en los últimos años.
- ✓ El 50% no tienen hijos. Un porcentaje algo inferior al del último año.
- ✓ El 59% son mujeres activas laboralmente. Porcentaje que ha aumentado progresivamente todos los años.
- ✓ El 60% tienen estudios de segundo grado, porcentaje algo inferior al del último año.
- ✓ El 40% son mujeres menores de 25 años.
- ✓ En el 62% de los casos son mujeres que residen en municipios entre 50.000 y 500.000 habitantes.
- ✓ El 70% era la primera vez que abortaban. Este porcentaje era superior en años anteriores. El mayor porcentaje de mujeres que habían tenido otro aborto se da en: Aragón, Canarias, Cataluña, Madrid y Murcia.
- ✓ En el 59% de los casos las mujeres no habían acudido previamente a un servicio de planificación familiar.
- ✓ El 54% de las mujeres que abortaron se habían informado en centros sanitarios mientras que el 46% o habían hecho por otras vías. Este porcentaje se invierte en el caso de: Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Melilla, donde son más las mujeres que se informan por vías distintas a las sanitarias.

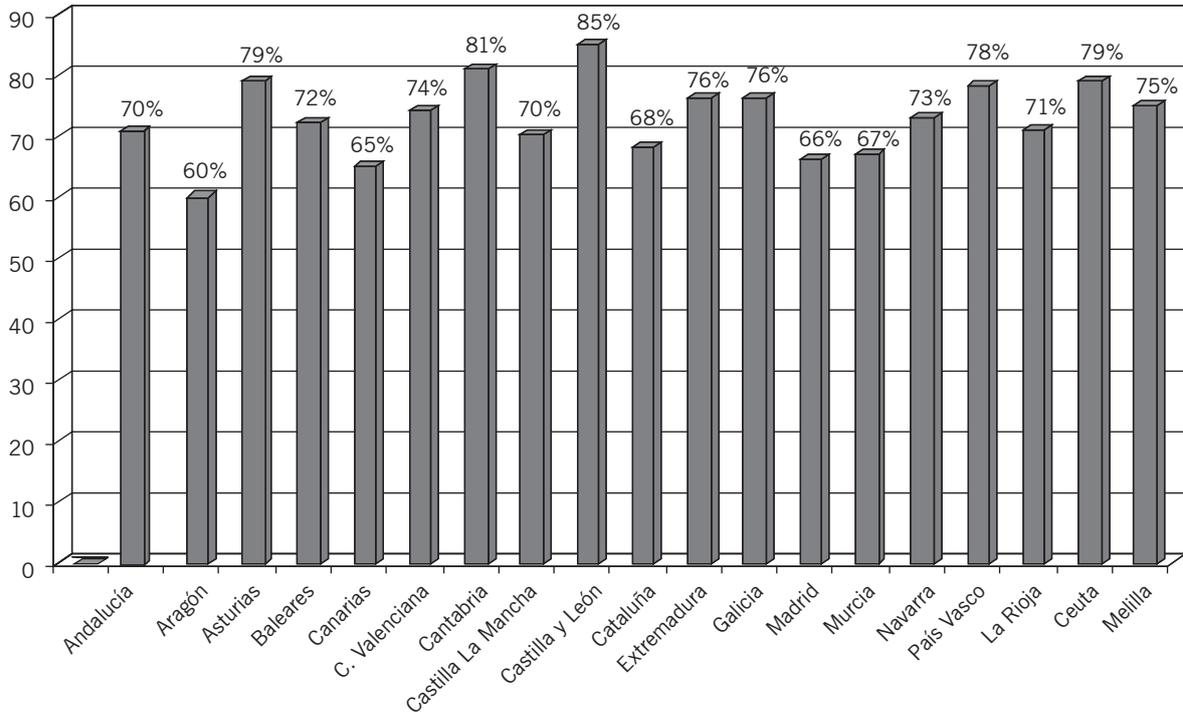


IVES tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

Primera vez que tenían un aborto % sobre el total de abortos de cada Comunidad autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia



Los motivos del aborto

El Registro oficial de IVEs de las Comunidades Autónomas no permite conocer la diversidad de motivos que llevan a una mujer a abortar, ya que sólo recoge los tres supuestos despenalizados a los que tiene que remitirse cualquier solicitud de aborto.

Normativa legal sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo

Se rige por lo establecido en el artículo 417 bis del Código Penal:

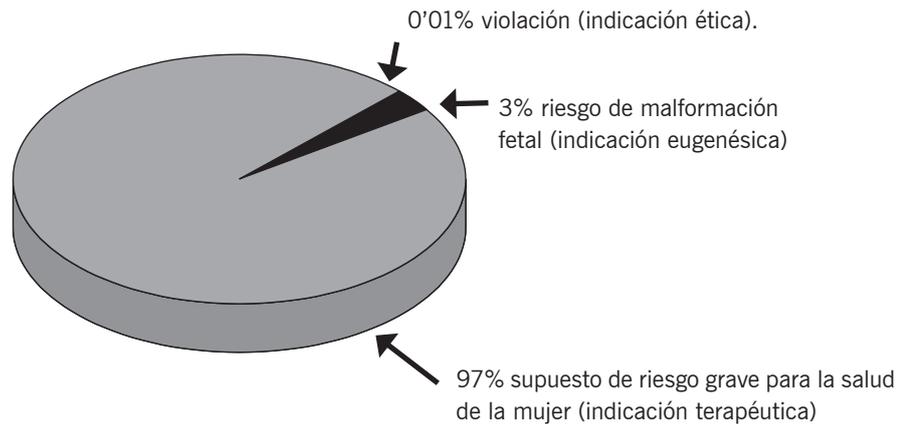
1. No será punible el aborto practicado por un médico o médica bajo su dirección, en centros o establecimientos sanitarios públicos o privados, acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurren alguna de las circunstancias siguientes:
 - 1) Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
 - 2) Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las 12 primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
 - 3) Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimientos sanitarios, públicos o privados, acreditados al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.
2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

- ✓ El 97% de las mujeres que solicitan un aborto se acogieron al supuesto de riesgo grave para la salud de la mujer (indicación terapéutica), porcentaje que asciende al 99% entre las mujeres menores de 25 años. Requiere el dictamen previo de un especialista en psiquiatría que debe informar en esos términos, aunque la salud de la mujer no sufra otra incidencia que la de querer abortar.



- ✓ El 3% de las mujeres se acogieron al de riesgo de malformación fetal (indicación eugenésica). Este porcentaje es superior al de años anteriores debido a la mayor disponibilidad de métodos de diagnóstico fetal.
- ✓ El porcentaje de mujeres que abortan tras haber sufrido una violación (indicación ética) representa el 0'01%.

Motivos del aborto



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Estos porcentajes ofrecen una aproximación a los motivos reales por los que una mujer decide abortar. Por un lado con lo ya señalado respecto a los imperativos legales, y por otro porque los trámites que requieren los supuestos de riesgo de malformación fetal y de violación lleva a que muchas mujeres opten por acogerse a la indicación terapéutica al garantizarles un acceso más rápido a la intervención.





Tiempo de embarazo

- ✓ El 62% de los abortos corresponde embarazos de menos de 8 semanas de gestación (56.910).
- ✓ El 88% corresponde a embarazos de menos de 12 semanas de gestación.
- ✓ Del 12% restante sólo el 2% (1.813) corresponde a embarazos de más de 21 semanas de gestación.

Estos datos contradicen algunas de las ideas que difunden quienes tratan de deslegitimar las decisiones de las mujeres. Muestran que la inmensa mayoría de las mujeres abortan lo antes posible, aun a pesar de las dificultades de acceso a los servicios de aborto; y que las 1.813 interrupciones voluntarias de embarazo de más de 21 semanas se corresponden, en su práctica totalidad, con abortos por riesgo fetal (siendo éste el motivo de 2.901 abortos en total). Hay que tener en cuenta que en muchos casos estos riesgos sólo se detectan a partir de las 20 semanas de embarazo.

Abortos por semanas de gestación y Comunidades Autónomas¹

	Abortos de embarazos de menos de 8 semanas	Abortos de embarazos entre 9 y 12 semanas
General	62	26
Andalucía	62	28
Aragón	51	24
Asturias	74	18
Baleares	63	29
Canarias	59	31
C. valenciana	67	24
Cantabria	63	23
Castilla-La Mancha	63	24
Castilla León	66	21
Catalunya	64	26
Extremadura	63	18
Galicia	61	23
Madrid	62	26
Murcia	58	35
Navarra	61	24
País Vasco	70	20
La Rioja	52	33
Ceuta	74	21
Melilla	63	26

(1) Porcentajes sobre el total de cada Comunidad Autónoma

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia



Mujeres inmigrantes

Los Registros de IVEs de la mayoría de las Comunidades Autónomas no recogen el dato relativo al “país de origen” de las mujeres que abortan, no existiendo por tanto datos generales. Sólo en Catalunya, Madrid y Comunidad valenciana existen datos oficiales que relacionan el número de abortos con el país de origen de las mujeres. Analizamos a continuación estos datos sin extrapolarlos al resto de Comunidades Autónomas, ya que la población inmigrante en cada una de ellas tiene una composición distinta, y al ser el país de origen una variable que “explica” pautas muy diferentes respecto al aborto, podría dar una visión distorsionada de la realidad.

El interés por conocer en qué medida las mujeres inmigrantes recurren al aborto residen en poder establecer, al igual que se hace con el colectivo de mujeres jóvenes, necesidades y obstáculos particulares en el ejercicio de sus derechos y de su salud sexual y reproductiva. Esto permitiría exigir medidas concretas acorde con estas necesidades.

Un análisis en profundidad requeriría considerar cómo interviene en las decisiones reproductivas de las mujeres elementos como la edad, el tiempo de estancia en el Estado español; cómo influyen los aspectos sociales y culturales entorno a la sexualidad de sus países de origen, los condicionantes de género y el sexismo en las relaciones sexuales y las opciones reproductivas; y también las dificultades de acceso a los servicios de salud, tanto por falta de información o por las condiciones de trabajo, caracterizadas particularmente para las mujeres que trabajan de empleadas de hogar por horarios muy prolongados y escasa movilidad.

Ateniéndonos a los datos cuantitativos disponibles:

- ✓ El 35% de las mujeres residentes en Cataluña que abortaron en esta Comunidad son inmigrantes, la mayoría procedentes de Ecuador, Bolivia, Marruecos y, en menor medida, Rumania.
- ✓ Este porcentaje alcanza el 53% al referirnos a la Comunidad de Madrid, siendo las tasas de IVE más altas en mujeres inmigrantes en todos los grupos de edad. El 75% son mujeres que trabajan asalariadamente.

Es significativo que el 71% de las mujeres no hubiera acudido en los dos años previos al aborto a ningún servicio para la utilización de métodos anticonceptivos.

- ✓ En el caso de la Comunidad Valenciana el porcentaje es del 25% (datos del 2004). Son mujeres procedentes fundamentalmente de Ecuador, Colombia, Bolivia y Rumania. En el 56% de los casos tienen entre 20 y 29 años; el 56% con ingresos propios, que realizan el aborto en un 97% de los casos en centros privados, y en el 99% acogiéndose al supuesto de riesgo para la salud de la mujer. El 70% de las mujeres no habían acudido a un centro de planificación familiar.

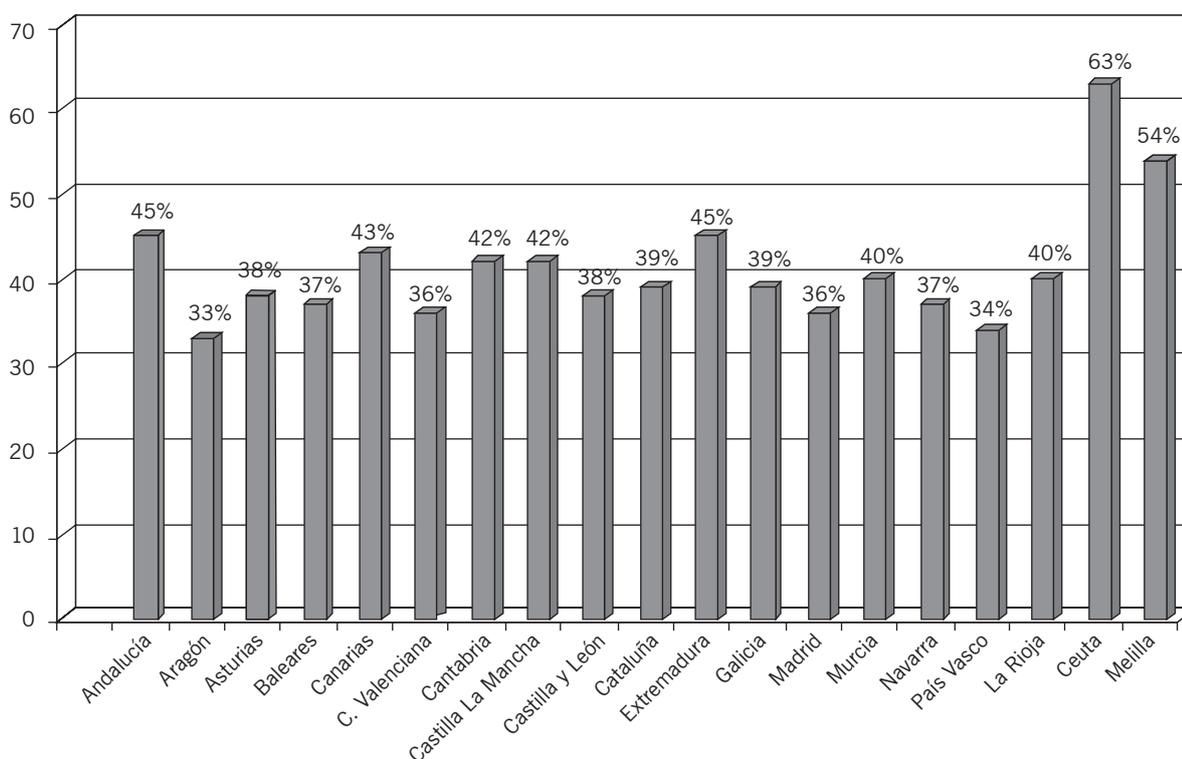
De estos datos se puede concluir que el porcentaje de mujeres no han acudido previamente a un centro de planificación familiar es muy superior a la media (70% frente a 59%), lo que hace suponer dificultades (que pueden ser de muy diversa índole) en el acceso a la anticoncepción. Otro dato relevante es que el porcentaje, entre las mujeres inmigrantes que abortan, que trabajan asalariadamente es superior al de las españolas de origen.



Mujeres jóvenes y adolescentes

Los datos muestran que el 40% de los abortos (36.696) corresponden a mujeres menores de 24 años, siendo la franja de 20 a 24 la que presenta mayor número de mujeres que se quedaron embarazadas y decidieron abortar. En Aragón y País Vasco representan el 33% y el 34% respectivamente del total de mujeres de esa Comunidad que abortaron, mientras que en Ceuta y Melilla representan el 63% y el 54% respectivamente.

Menores de 24 años % sobre el total de cada Comunidad Autónoma



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

El 63% de las mujeres menores de 24 que abortan no han acudido previamente a un centro de planificación familiar, porcentaje que se sitúa (igual que en el caso de las mujeres inmigrantes) por encima de la media general.

También es superior el porcentaje de las que abortan y son solteras (91% frente al 66% general), las que no tienen hijos (75% frente al 50% de media), y ningún aborto anterior (79% frente al 70% de media).

Hay un elemento que suele pasar desapercibido en los análisis que se realizan sobre el aborto y que sin embargo nos parece de gran importancia: los obstáculos en el acceso a aborto a las jóvenes menores de 18 años. En la gran mayoría de los casos en los centros donde se practican los abortos se pide la autorización paterna o materna o la presencia de la persona que tiene la tutela legal.



Este requisito dificulta el acceso al aborto precisamente a mujeres que tienen una situación de mayor vulnerabilidad. La explicación hay que buscarla en el carácter extraordinario que se atribuye al aborto, alejado de cualquier tratamiento normalizado, a la inseguridad jurídica en la que se mueve la práctica de abortos. El resultado es que, al tratarse de una intervención sanitaria que puede conllevar alguna complicación, en la mayoría de los casos las clínicas privadas realizan una interpretación estricta de la normativa “sobre la capacidad de las mujeres para decidir, en detrimento de la atención a las jóvenes menores de 18 años que quieren abortar.

Normativa sobre la capacidad de las menores para decidir

Capacidad de menores para hacerse responsables de sus propios actos.

- La responsabilidad penal: 14 años (2000)
- Capacidad para contraer matrimonio: 16 años
- Reconocimiento plena libertad sexual a las y los menores: a partir de los 13 años. Se reconoce la capacidad para decidir sobre su sexualidad. El contacto sexual con menores que han cumplido esa edad sólo es delictivo si se realiza contra la voluntad del menor y prostitución.
- El Código Civil atribuye a los padres que ostentan la patria potestad la representación de los menores de edad no emancipados, exceptúa de esta regla “los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo” (art. 162)
- Consentimiento de menores en materia de intervenciones clínicas.
Ley de 2002 da preferencia a la voluntad del o de la menor (16 años y los que aún no han alcanzado esa edad siempre que tengan capacidad intelectual y emocional suficientes para comprender el alcance de la intervención) incluso en intervenciones que impliquen un “peligro grave”, para la vida o salud del menor.
- En la Ley sobre los derechos del paciente (41/2002), apartado 4 del art. 9, se considera la IVE una excepción a la validez del consentimiento de los menores de edad (junto con ensayos clínicos y técnicas de reproducción asistida) que tienen que regirse por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y las disposiciones especiales de aplicación.



5. Dónde y cómo se realizan los abortos

Distribución por Comunidades Autónomas

La tasa general de abortos en el año 2005 fue de 9'60 interrupciones por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Esto significa que se ha producido un aumento en todas las franjas de edad respecto a años anteriores, particularmente entre las mujeres de 20 y 24 años (de 1,46) y de 25 a 29 años (1,17).

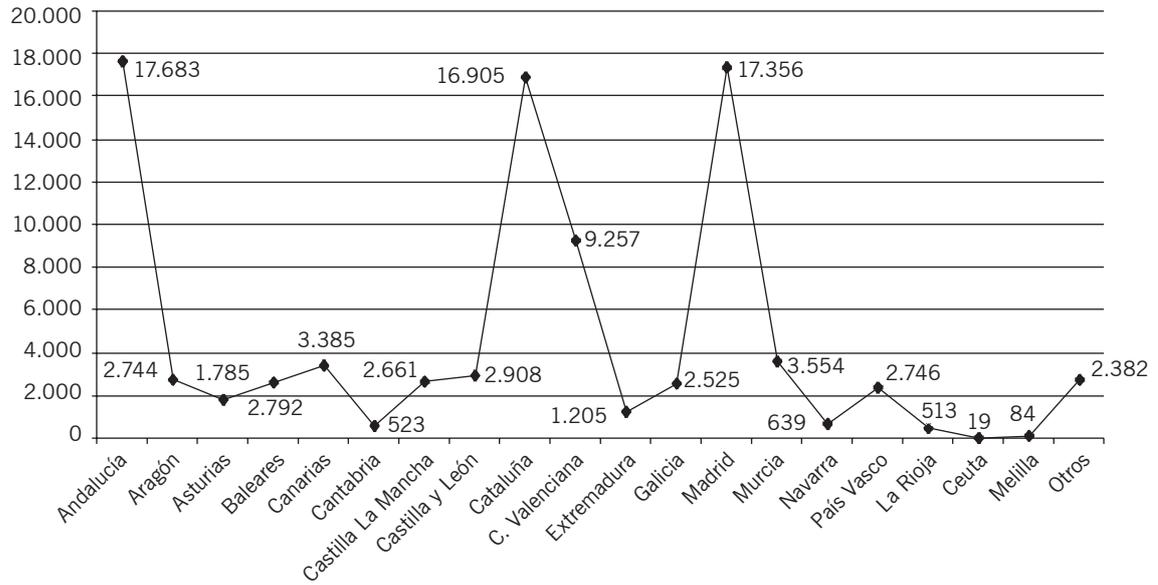
- ✓ Las mayores tasas se dan en Madrid, Baleares, Murcia, Cataluña, y Aragón que se sitúan por encima de 10 interrupciones por 1.000 mujeres.
- ✓ Las menores tasas se dan en Ceuta y Melilla, Cantabria y Galicia, por debajo de 5 interrupciones por 1.000 mujeres.

El 66% de las mujeres que abortan residen en cuatro Comunidades Autónomas: Andalucía (19%), Cataluña (19%), Madrid (18%), Comunidad Valenciana (10%). Estos datos se refieren a residentes en cada lugar, independientemente de dónde han abortado, lo que explica, por ejemplo, que pese a que en Navarra no se realiza ningún aborto s incluyan datos de esta Comunidad.

Por otro lado, si se toman datos de Cataluña, se observa que el 3,1% de las mujeres que abortan residen en otra Comunidad Autónoma, y el 5,7% lo hacen en el extranjero. En el caso de Madrid, el 17% de las mujeres que abortan no viven en esta Comunidad.



IVES por Comunidades Autónomas



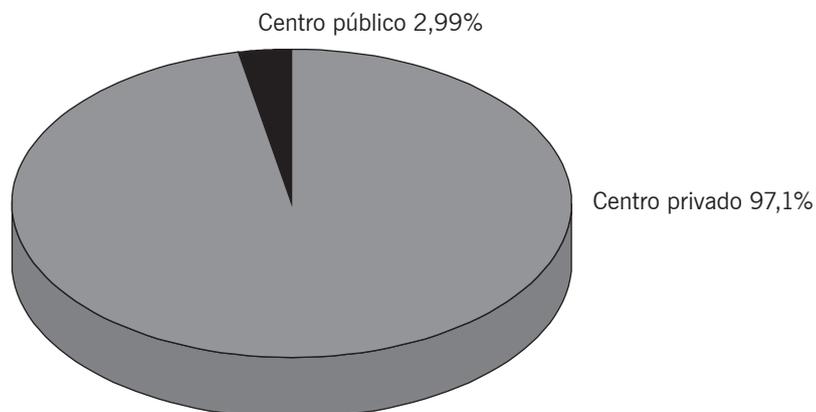
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

Público/Privado

Al tratarse de una prestación sanitaria, la práctica del aborto debería estar incorporada en la red sanitaria pública, pudiendo acceder fácilmente las mujeres a un servicio de calidad en el que se respete la confidencialidad. Según la normativa existente los abortos se pueden realizar en hospitales públicos y clínicas privadas acreditadas por el Ministerio de Sanidad para ello.

Sin embargo, el 97'1% de las IVES (de media) se realizan en centros privados. Sólo el 2,9% de los abortos se realiza en hospitales públicos. Este exiguo porcentaje refleja además enormes desigualdades entre unas Comunidades Autónomas y otras.

IVES según tipo de centro



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia



Desigualdades entre Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas en las que no se realiza ningún aborto en los hospitales públicos: Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Murcia, Navarra.

- ✓ En Comunidades como Madrid, Zaragoza, Asturias, Cantabria y La Rioja, sólo se practica en un hospital público.
- ✓ En las que se realiza alguna IVE en algún hospital público se trata, en la mayoría de los casos, de abortos de menos de 12 semanas de gestación. El motivo es la objeción de conciencia que practica el personal sanitario para abortos de más semanas. Es el caso, por ejemplo del hospital “Príncipe de Asturias” de Alcalá de Henares (Madrid), donde son los anestesiólogos quienes objetan en esta modalidad.
- ✓ La Comunidad Valenciana es la que, comparativamente, tiene el mayor porcentaje de mujeres que abortan en la red pública, manteniéndose, aún con todo, en un reducido 12%, seguido de Cantabria (10%), País Vasco (7%) y Galicia (5%).
- ✓ Baleares, Canarias, Cataluña y La Rioja son otras Comunidades que superan por muy poco el exiguo 3% de media estatal, de abortos practicados en la red sanitaria pública.

La casuística no acaba aquí. En una misma Comunidad Autónoma hay ciudades en las que se practica alguna IVE en algún hospital público, mientras que en otras ciudades de la misma Comunidad no existe ninguno que las realice.

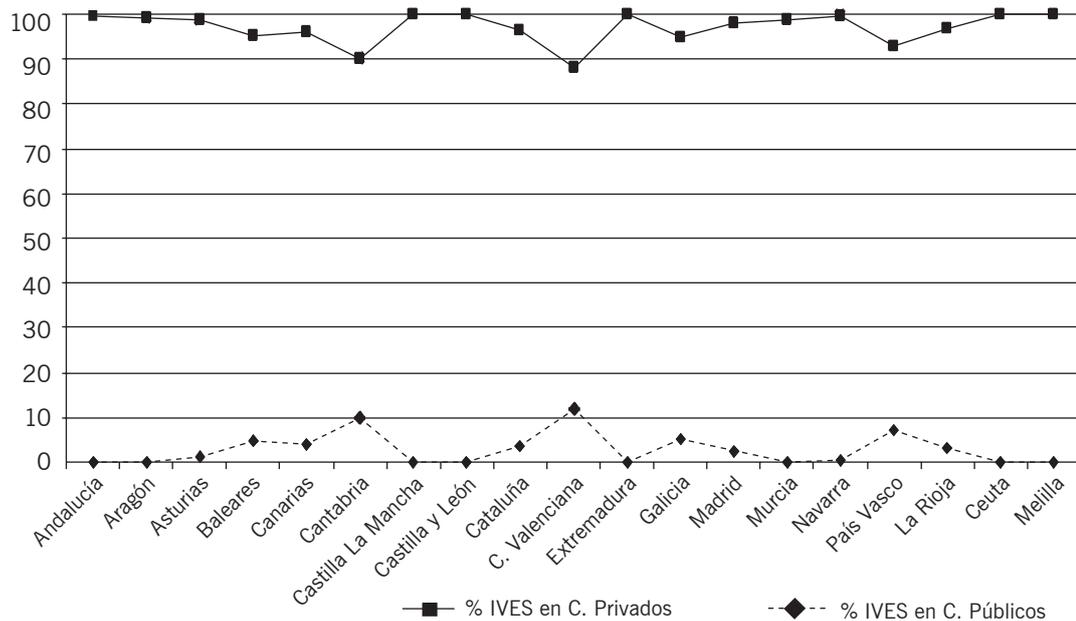
- Lugo y A Coruña (Galicia)
- Huesca y Teruel (Aragón)
- Gijón y Mieres (Asturias)
- Menorca e Ibiza (Baleares)
- Tarragona (Cataluña)
- La Gomera, La Palma, El Hierro y Lanzarote (Canarias)
- Alicante (Comunidad Valenciana)

Del total de los abortos que se realizan en los hospitales públicos:

- ✓ El 41% son por riesgo fetal (que representa el 38% del total de IVEs por este supuesto).
- ✓ El 58% por riesgo para la salud de la mujer (supone el 2% del total de IVEs por este supuesto).



IVES según tipo de centro por Comunidades Autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

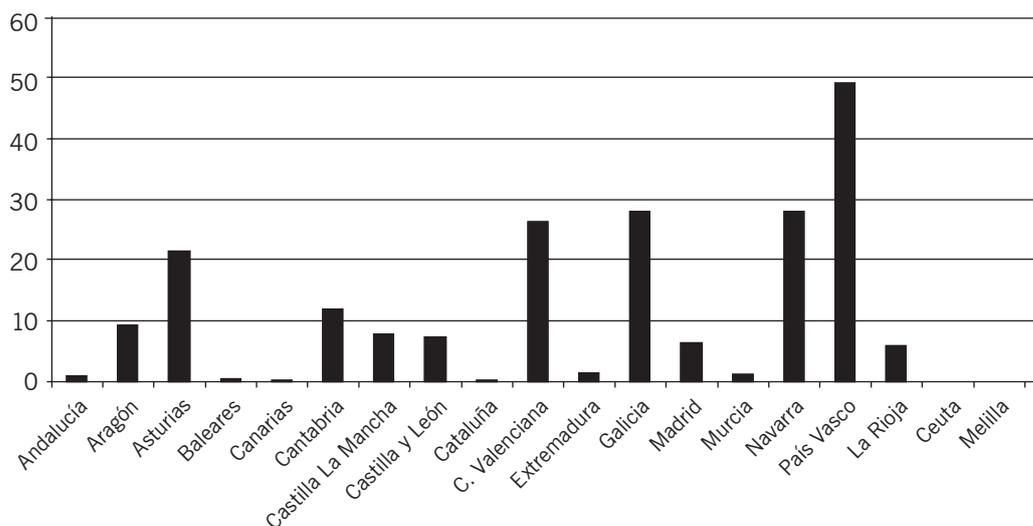
El método y el coste de la intervención: una cuestión de accesibilidad y equidad

La aprobación en el Estado español de la RU-486 abrió la posibilidad a una nueva opción para las mujeres, a añadir a la ya existente del método quirúrgico, por lo que todos los Centros de IVEs deberían estar en condiciones de prestarla y en la obligación de ofertarla.

La RU-486 es un compuesto, mifepristona, que bloquea la producción de progesterona, hormona fundamental para el desarrollo de un embarazo. Si se toma dos o tres semanas después de la primera falta de la regla, paraliza el embarazo.



Porcentaje de utilización de RU 486 por Comunidades Autónomas



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

Esta opción, como todas, presenta ventajas e inconvenientes. En ocasiones las mujeres lo prefieren frente a tenerse que someter a una intervención, y consideran un elemento positivo el poder controlar el proceso. Para otras mujeres eso mismo representa un elemento disuasorio. Para las que viven en zonas alejadas de las ciudades donde están los centros en los que se practican las IVEs, presenta el inconveniente de los desplazamientos, al tener que acudir dos veces al centro. Las significativas desigualdades por Comunidades Autónomas muestran cómo influye en la decisión de la mujer la accesibilidad al método.

Estas desigualdades vienen marcadas también por el distinto precio que se aplica a la RU. En las clínicas privadas es superior a la de un aborto quirúrgico de menos de 8 semanas: la media es de 420 euros para el aborto mediante la RU y 380 el quirúrgico (salvo en Galicia donde el precio es similar). Obviamente, al tratarse de clínicas privadas, el precio es de mercado y varía según la clínica.

Sin embargo el precio “de coste” de la RU es considerablemente inferior (60-70 euros). Los datos reflejan que donde se cobra el precio de referencia, como por ejemplo en el módulo de Rekalde (País Vasco) el número de mujeres que opta por el aborto farmacológico es muy superior.

En algunas clínicas privadas no se oferta abiertamente el método farmacológico RU-486, lo que representa menoscabar el derecho a la información y elección de la mujer sobre el método que quiere emplear: quirúrgico o farmacológico.





6. La Red Sanitaria Pública

De los 91.644 abortos practicados en el año 2005, sólo el 2'9% se realizaron en hospitales públicos. Este porcentaje viene manteniéndose igual desde hace años y refleja la privatización de este servicio sanitario.

Consideramos importante señalar los muy diversos motivos que inciden o pueden incidir en que no se realicen abortos en los centros de la red sanitaria pública, para poder determinar cómo interactúan y qué medidas se pueden plantear para resolver este problema.

Los que nos parecen más relevantes son:

1. La falta de información de las mujeres sobre los trámites que tienen que seguir para abortar en un hospital público. Estos trámites varían (como señalaremos más adelante) de una ciudad a otra y de un hospital a otro.
2. La disuasión que produce la complejidad que en algunos casos requieren dichos trámites, o la demora en conseguir los papeles lleva a que, en ocasiones, se sobrepase el plazo de 12 semanas, pasadas las cuales el aborto ya no se realiza en algunos hospitales públicos.
3. La interpretación restrictiva que hacen muchos profesionales de la ya limitada normativa, por la que se deniegan solicitudes de interrupciones voluntarias de embarazo.
4. La inexistencia de garantías y protocolos que respalden a las y los profesionales hace que aquellos que no tendrían problemas en realizarlos se inhiban. El juicio que se celebró a varios profesionales de la sanidad pública en Pamplona sentó un precedente muy negativo.
5. La existencia de presiones a las y los profesionales tanto sanitarios como del ámbito social.



6. La objeción de conciencia

La objeción de conciencia está reconocida en el art. 16.1 de la Constitución, que establece el “derecho a la libertad ideológica y religiosa”, pero no está regulada.

Conviene señalar que no existe ninguna normativa específica en relación a la objeción de conciencia por motivo de aborto. Sólo se recoge en algunos Códigos de Deontología Médica, que proclaman el derecho de la médica o el médico a rechazar su participación en determinadas intervenciones y la conducta que debe seguir.

Esta situación permite que se “generalice” la objeción de conciencia de todo o parte del personal sanitario implicado en esta intervención: mujeres y hombres médicos, ginecólogos, anestelistas, personal de enfermería, personal de limpieza, cuando no es directamente el Jefe o Jefa de Servicio el objetor, en cuyo caso imposibilita hacerlo a aquellos y aquellas profesionales que si estarían dispuestos a realizar un aborto.

Las y los profesionales se pueden acoger a la objeción sin ningún tipo de límite, pueden serlo dependiendo de las circunstancias y el momento: en un caso o de forma permanente, para la atención previa a las mujeres, para practicarle el aborto y/o en la atención posterior a la realización del aborto. Hasta tal punto se ha convertido en una regla general que quienes tienen que hacer una declaración expresa de su postura son los no objetores.

La falta de regulación de la objeción lleva a que no existan datos concretos del número, identificación y localización de los objetores, y que sólo se puedan conocer los casos de objeción que se producen ante solicitudes concretas de aborto y que trasciende de una u otra forma.

- En Cantabria, de los 50 médicos especialistas en ginecología que trabajan en tres hospitales públicos de la Comunidad, sólo 5 realizan IVEs.
- En Asturias objetan los anestelistas del único hospital público que realiza abortos si se trata de mujeres que no pertenecen a la zona geográfica a la que corresponde el hospital.
- En Baleares objetan todos los profesionales de Ibiza y Menorca.
- En Alicante también todos se declaran objetores.
- En Madrid, en el Hospital de Alcalá de Henares, sólo se practican abortos de menos de 12 semanas porque los anestelistas se declaran objetores para abortos de más semanas.
- En todas las Comunidades, algunos psiquiatras objetan y se niegan a realizar el test de valoración previa y obligatoria para acogerse a uno de los supuestos despenalizados.

El resultado es que la objeción de conciencia está generalizada en los hospitales públicos por muy distintos motivos, lo que supone la obstrucción de un derecho fundamental de



las mujeres amparado por ley (por más limitada que esta sea), y que tiene un coste importante para ellas. En 7 Comunidades Autónomas no se atiende la demanda de aborto de la mujer en ningún hospital público, y en el resto sólo el 2'9%.

Se protege más la conciencia del profesional que el derecho de asistencia sanitaria de la mujer.



Los circuitos que se ven obligadas a recorrer muchas mujeres

El procedimiento que se sigue para tramitar una IVE depende de cada Comunidad Autónoma, de cada ciudad e incluso de cada hospital, lo que da lugar a una variada casuística. Para entender esta situación hay que tener en cuenta las diferencias en la propia estructura sanitaria de cada sitio.

En el caso de Hospitales Públicos, en el escaso número que atienden (2.668), depende del supuesto al que se acoja la mujer. En términos generales el procedimiento es el siguiente: se acude a un centro de salud, centro de planificación familiar o centro de orientación familiar para solicitar la IVE, allí se valora el tiempo de embarazo y el supuesto legal al que se acoge.

Si es por malformación fetal, la valoración la realiza el o la ginecóloga de la zona; si es por riesgo de salud de la mujer, en ocasiones no los aceptan ni tan siquiera entran a valorarlo y directamente se deniega. En aquellos en que sí se acepta la solicitud de la mujer, la o el psiquiatra del área de salud puede negarse a realizar el test. Si no es así y lo realiza, con los dictámenes se remite al hospital correspondiente, donde la comisión interdisciplinar evalúa el caso y establece si cumple los criterios.

- En el caso de Andalucía se solicita "la carta de IVE" en el centro de salud y posteriormente en el Ambulatorio se tramita la cita con la clínica que tenga concierto con la Seguridad Social.



- En el caso de la Comunidad Valenciana, las mujeres van al centro de planificación familiar, donde se les remite a la unidad de psiquiatría en la que se realiza el dictamen correspondiente. De ahí se remite a un hospital público.
- Acudir al centro de salud y solicitar la cita con el/la responsable sanitaria de la IVE (trabajadora social) para el dictamen de acogida a los tres posibles supuestos y para el análisis. Presentar la documentación que se requiera en cada Comunidad Autónoma.

Las desigualdades entre Comunidades Autónomas e incluso dentro de una misma Comunidad, y la inequidad, se mantiene como característica en lo que se refiere a los circuitos de atención.

En algunos casos, particularmente en los de abortos por malformación fetal que llegan por la red pública, se derivan desde estos centros a otras CC.AA o a otras provincias dentro de una misma Comunidad. Se están dando casos en que son los propios hospitales públicos quienes pagan el aborto que ellos mismos derivan a las clínicas privadas.

Esta situación tan “irregular” tiene un alto coste para muchas mujeres que tienen que iniciar un auténtico peregrinaje y desplazarse de una ciudad a otra, dentro de su Comunidad o fuera de ella para poder abortar, con los problemas que conlleva de tipo económico, laboral y psicológico.

- ✓ El caso más extremo es el de Navarra donde, al no realizarse ningún aborto, **todas** las mujeres que quieren abortar tienen que desplazarse a otra Comunidad.
- ✓ En CC.AA como Cantabria, donde no existe ninguna clínica privada, la mayoría de las mujeres de esta Comunidad que deciden abortar tienen que realizarlo en centros de otras Comunidades.

En las ciudades donde no se realizan en ningún hospital ni clínica, o donde las clínicas sólo realizan abortos de primer trimestre (12 semanas), cuando las mujeres están de más semanas de gestación las derivan a otras ciudades.

- De Albacete, Murcia, Galicia, Toledo, Castilla La Mancha, Extremadura, Castilla y León y Cantabria, viajan a Madrid;
- De León a Oviedo;
- De Castilla-La Mancha, Aragón, Baleares y de Murcia a la Comunidad Valenciana.
- De Cantabria a Asturias y País Vasco.
- De Navarra, a Zaragoza y Bilbao



También se viaja dentro de una misma Comunidad Autónoma: de ciudades con clínicas que sólo realizan hasta 12 semanas a otras en las que en alguna se realizan hasta 22 semanas. Es el caso de la Comunidad Valenciana, País Vasco, Cataluña, Aragón, por citar algunos ejemplos.

- De Tarragona a Barcelona
- De Álava a Bilbao
- De Huesca a Zaragoza

En el caso de las clínicas privadas el procedimiento que hay que seguir para abortar es muy similar: se pide la cita, se realiza la historia, la exploración clínica, ecografía para valorar el tiempo de gestación y valorar el método a utilizar. Se explican los métodos a las mujeres para que elijan (aunque este es el elemento donde hay mayor diferencia, pues no en todos se realiza ni de la misma forma), se realiza el certificado médico del psiquiatra, la analítica, el informe de la trabajadora social y se realiza la intervención. Se exige DNI o pasaporte y se cumplimenta una hoja estadística anónima que se envía al servicio de Epidemiología.

Este sencillo trámite es el que podría realizarse en los centros de salud de la red sanitaria pública.







7. La financiación

Como se ha señalado, el escaso porcentaje de abortos que se realiza en los hospitales públicos refleja la nula voluntad política por garantizar realmente el aborto como prestación sanitaria pública, por una parte del gobierno central al no establecer un nuevo marco jurídico, y por otra de los gobiernos autonómicos, que tienen las competencias en sanidad.

Pero la realidad de las mujeres que abortan está obligando a que en algunas circunstancias, momentos y casos, se adopten medidas que constituyen una auténtica paradoja, al ser el propio sistema público de salud quien financia los abortos en las clínicas privadas, lo que hacen mediante distintos procedimientos.

Sólo en algunos casos se conoce el porcentaje de las IVEs que se realiza en una Comunidad y se financia por el sistema público, independientemente del carácter público o privado del centro donde se realice. La dificultad en recabar este dato reside en que o bien no se registra, o no se facilita.

En Andalucía y Murcia funciona el régimen de concierto económico entre el correspondiente Servicio de Salud autonómico y las clínicas privadas, de modo que buen número de los abortos que se realizan en estas clínicas son costeados por el Servicio de Salud autonómico.

- ✓ En el caso de Murcia, el 30% de los abortos los financió el sistema de salud y el 70% restante los pagaron las mujeres.
- ✓ En el caso de Andalucía, el total de los abortos se practicaron en las clínicas privadas, siendo el 53% financiados y tramitados por el Servicio Andaluz de Salud, y el 47% restante los costearon las propias mujeres.



En el resto de Comunidades Autónomas se financia con recursos públicos los abortos que se realizan en los hospitales público, y se sigue distintos criterios respecto al pago a las clínicas privadas.

Los Servicios de Salud autonómicos que financian algunos abortos practicados en clínicas privadas utilizan distintas modalidades. Puede ser: a través del reintegro del gasto a la mujer, del reembolso del importe a las clínicas o, como en el caso de Barcelona, a una ONG que tramita IVEs.

Esta financiación se reduce a pocos abortos y se realiza de forma puntual y con criterios arbitrarios. El hecho de que la mayor parte de las mujeres inmigrantes que abortan lo realicen a través de clínicas privadas corrobora este extremo. En cualquier caso, con las herramientas estadísticas existentes resulta muy difícil conocer la dimensión real de este procedimiento.

- ▶ En Asturias, el Servicio de Salud del Principado tiene concierto con una clínica privada y paga directamente a la clínica, tras informe de las trabajadoras sociales del SESPA, el coste de algunas IVEs.
- ▶ Lo mismo sucede en Madrid, donde el 21,5% de las IVEs fueron sufragadas por la Administración y se realizaron el 17,1% en la privada y 2,7% en la pública, realizándose el 98,3% en centros privados.
- ▶ Cataluña, con la particularidad ya señalada.
- ▶ En la Comunidad Valenciana, tras suspender el régimen de concierto con el que venía funcionando hasta 2003, en la actualidad sólo hay una clínica en toda la Comunidad que está concertada (tiene dos centros: uno en Elche y otro en Alicante), representando el 27% de los abortos que se realizaron en la privada.
- ▶ En Aragón existe una clínica concertada, en Zaragoza, para realizar las IVES que se derivan del SALUD de la Comunidad de Aragón, tras valoración por profesionales del SALUD.
- ▶ Lo mismo sucede en el País Vasco.
- ▶ En Galicia se deriva a una clínica de Madrid con la que existe concierto y el SERGAS corre con los gastos de desplazamiento.
- ▶ La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria no tiene ningún concierto con centros privados de otras Comunidades lo que también sucede en el caso de Extremadura y Canarias.

Si bien los conciertos con clínicas privadas permiten que un mayor número de mujeres no tenga que pagar la intervención, se muestra como un procedimiento fuertemente arbitrario que en modo alguno garantiza la "gratuidad" del aborto para la mujer. Derecho que sólo se puede universalizar y garantizar como tal si se incorpora al sistema público de salud.



8. Las organizaciones anti-elección

Los fundamentalismos religiosos, entre los que el católico es uno de los más activos, manifiestan una reacción virulenta contra el derecho al aborto, debido a que su propuesta de vida para las mujeres se basa en su sometimiento al varón y a la afirmación de su destino natural en la maternidad y la familia ultramontana. Lo que preconizan y sobre lo que tratan de adoctrinar es ajeno a la vida real tanto de la mayoría de las personas como de las personas creyentes.

Las organizaciones mal llamadas “pro-vida” (que sería mejor denominar “anti-aborto”) responden a una estrategia del movimiento “anti-elección” que funciona internacionalmente, cuyo objetivo es impedir que las mujeres aborten. Para ello las intimidan física y psicológicamente para que no aborten, culpabilizándolas y criminalizándolas; obstaculizan cualquier actividad, iniciativa o grupo que defienda el derecho de las mujeres para decidir. Cuentan con una red internacional con importantes recursos económicos.

En el Estado español la actividad de estas organizaciones apenas es perceptible en la mayoría de las Comunidades, o se manifiestan muy puntualmente. En Navarra y Madrid es donde han actuado y actúan con total impunidad. De esta última Administración reciben cuantiosas subvenciones y apoyo político para el desarrollo de sus actividades como el “Galardón de Juventud” que en 2004 se otorgó a la organización “hazteoir.com” que promovió el boicot a las tarjetas de UNICEF por considerar que promueve el aborto. Este tipo de grupos también han recibido subvención del Instituto de la Mujer de Aragón.

Sus acciones abarcan un amplio abanico de formas y discursos que van desde la declaración de ser una organización feminista o humanista, hasta la agresividad y virulencia más radicales. Todas ellas sustentadas sobre un ideario que hunde sus raíces en el fundamentalismo católico de defensa de la familia tradicional y de la mujer en su condición de madre, y en la negación absoluta de los derechos de las mujeres.



Algunas de sus estrategias incluyen:

1. Acciones de hostigamiento y presión a las mujeres ante las clínicas de aborto, junto a ataques directos a dichas clínicas y a sus profesionales, tal y como sucede en algunas ciudades siguiendo la línea iniciada en EEUU donde llegaron a prender fuego a algún centro.
2. Actividades de presión política, movilizándose ante cualquier intento de cambio en el terreno legislativo o presionando para que se retire cualquier apoyo político a organizaciones en defensa de los derechos de las mujeres.
3. Actividades asistenciales, a través de ONGs, dirigidas a mujeres embarazadas con el objetivo expreso de evitar la opción del aborto.
4. Actividades “educativas” dirigidas a madres, padres y escolares en los centros escolares, que en el caso de Madrid se realizan en centros escolares públicos, gracias al acceso que les facilita directamente la Dirección General de Juventud.

En la Comunidad de Madrid funcionan una docena de grupos anti-aborto, que reciben subvenciones de Consejerías de la Comunidad de Madrid, muy particularmente de la Consejería de Educación. En el año 2004 otorgó a las distintas Asociaciones anti-aborto subvenciones por un importe que superaba los 130.000 euros, paralelamente a la reducción de las que reciben organizaciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de Madrid. Esta misma Consejería, a través de la Dirección General de Juventud, es la promotora de la “Red de madres”, que incluye a los grupos anti-elección y que tratan de extender a otras Comunidades Autónomas.



Conclusiones y propuestas





La práctica del aborto en el Estado español presenta una situación muy diferenciada según la Comunidad Autónoma de que se trate. Las formas de resolver los distintos problemas prácticos a los que se enfrenta una mujer que decide abortar son diversos. En primer lugar porque subsisten los problemas de fondo derivados de las limitaciones de la actual despenalización parcial del aborto, es decir, de su consideración como delito salvo en los supuestos que recoge la ley, y de la privatización en la práctica de esta prestación sanitaria. En segundo lugar porque, incluso en la aplicación de esta normativa, observamos políticas de los distintos Gobiernos y Administraciones públicas, así como prácticas de profesionales que de hecho la convierten en aún más restrictiva. Y con ello no queremos dejar de reconocer la actitud de algunas y algunos profesionales que tratan de desarrollar “buenas prácticas” dentro de este limitado marco legislativo.

Las cortapisas y dificultades que se ponen a las mujeres que resuelven interrumpir voluntariamente su embarazo limitan su derecho a decidir. Además generan una cultura negativa respecto al aborto que le confiere esa condición de “semiclandestinidad” en la que parece moverse y que tanto influye en su consideración social.

El estudio muestra que no se ha avanzado en la normalización del aborto como prestación sanitaria en la red pública y que, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, cada vez existen menos servicios públicos.

Son varios los motivos por los que sólo el 2'9% de los abortos se practican en la red sanitaria pública, entre los que hay que destacar: el complejo y lento acceso a la red pública para tramitar un aborto, la penalización legal o social que puede recaer sobre las y los profesionales que los practican, en caso de denuncias. El motivo más relevante es la extensión de la objeción de conciencia a la que se acogen medicas, médicos, anestesistas, ATS, auxiliares....

Acorde con el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad, que introduce el principio de universalización del derecho a la asistencia sanitaria por parte del Sistema Nacional de Salud, y la inclusión de la interrupción voluntaria del embarazo entre las prestaciones sanitarias de dicho sistema. **CONSIDERAMOS QUE LA ÚNICA FORMA DE QUE SE GARANTICE EL CARÁCTER UNIVERSAL DEL DERECHO A ESTA PRESTACIÓN ES QUE SE REALICE EN LA RED SANITARIA PÚBLICA COMO CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN**



SANITARIA. Si el aborto es una intervención de carácter sanitario, tiene que realizarse en las mismas condiciones que el resto de prestaciones sanitarias: en centros públicos y garantizando la accesibilidad, calidad y confidencialidad, con todas las garantías sanitarias. Sin exigir requisitos, ni tutelas ni asesoramientos adicionales a los de cualquier práctica médica.

Por el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir. Por la normalización del aborto como prestación sanitaria pública

El derecho de las mujeres a decidir no puede estar penalizado ni directa ni indirectamente, por lo que reclamamos un cambio en la normativa existente que establezca:

- ↳ La desaparición del aborto como delito del Código Penal (salvo en el caso en que se realice contra la voluntad de la mujer).
- ↳ Que contemple como motivo para atender la solicitud de aborto de una mujer, su propia decisión, sin ningún tipo de tutela.
- ↳ Disposiciones administrativas y sanitarias que garanticen su realización como prestación sanitaria normalizada, es decir, dentro de la red sanitaria pública tanto en atención primaria como ambulante y hospitalaria.

Se debe:

- ↳ Garantizar que en todos los centros públicos se atienda la demanda de interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres, debiendo adoptar la dirección de los Centros las medidas necesarias. Esto significa que todos los Centros dispongan de los equipos de profesionales necesarios, haciendo pública la relación del personal objeto y garantizando que el nuevo personal que se contrata no lo es.
- ↳ Establecer protocolos sencillos que garanticen la agilidad de los trámites que tiene que realizar una mujer para solicitar la atención en la red sanitaria pública, de modo que no se demoren las citaciones.
- ↳ Asegurar que las interrupciones de menos de 12 semanas se realicen en los centros de atención primaria y/o especializada, con los mismos protocolos con los que se rigen las clínicas privadas, evitando así el coste que supone realizar los abortos de primer trimestre en centros hospitalarios, y garantizando una mayor accesibilidad para las mujeres.



- ↳ Garantizar que los centros de salud públicos atienden la demanda ofreciendo las distintas opciones a las mujeres: tanto el método farmacológico (RU-486) como el quirúrgico, respetando así el derecho a la información y elección del método.
- ↳ Garantizar que las y los profesionales que tienen que hacer los tests de evaluación para el supuesto de riesgo para la salud de la mujer (psiquiatras) cumplan con su labor profesional, acorde con la ley, en su condición de funcionarios públicos.
- ↳ Garantizar el respaldo y apoyo institucional a las y los profesionales que practican abortos.
- ↳ Incluir el aborto en los estudios de la carrera de medicina y enfermería por tratarse de una práctica médica y ser esta una condición de normalidad y garantía de preparación/formación de las y los profesionales que tendrán que practicarla.
- ↳ Modificar la ley 41/2002 que regula la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, derogando la cláusula que restringe los derechos de las menores en caso de aborto, estableciendo una cláusula de tutela sobre el consentimiento de la menor en el caso del aborto.
- ↳ Incluir en los Registros de IVEs de las Consejerías de Sanidad de la distintas Comunidades Autónomas, la indicación de país de origen de la mujer, a fin de contar con datos estadísticos desagregados que permitan diseñar políticas públicas en materia de prevención acordes con las necesidades de los distintos grupos de mujeres.
- ↳ Introducir en la actual legislación educativa un artículo que permita incorporar la educación afectiva-sexual integral y respetuosa con la diversidad sexual en el currículo escolar, a fin de que se imparta tanto en primaria como en secundaria, como materia obligatoria.
- ↳ Asegurar que en los Centros Escolares no se realizan actividades como las promovidas por las organizaciones anti-aborto.
- ↳ Garantizar la información y acceso a métodos anticonceptivos fiables y seguros requiere que se incorporen los métodos anticonceptivos de última generación en el Sistema Nacional de Salud, asegurando así que esta prestación sea universal y accesible para todas las mujeres. Se debe establecer un precio social para el preservativo.
- ↳ Facilitar de forma gratuita la píldora postcoital en todos los centros sanitarios públicos dado su carácter de emergencia, al tiempo que se garantiza su dispensación en las farmacias. Ni las y los profesionales sanitarios ni farmacéuticos podrán aducir motivos de conciencia para negarla.
- ↳ Garantizar que se presta una atención de calidad en salud sexual y reproductiva en los centros de atención primaria y en los centros de planificación familiar. Para ello las distintas Administraciones deberán garantizar los recursos y coordinación nece-



saría de los distintos servicios, así como el reciclaje de las y los profesionales para que ofrezcan información actualizada.

- ↳ Campañas informativas sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como de los servicios existentes, dirigidos a jóvenes e inmigrantes en cada Comunidad Autónoma





En la elaboración de este documento han participado los siguientes grupos, todos ellos pertenecientes a la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas:

- Asamblea Feminista de Madrid
C/ Barquillo, 44. 2º Izq. 28004 Madrid
Tel.: 91-308 12 33
asamblea@feministas.org - www.nodo50.org/feministas/madrid

- Asamblea de Mujeres de Granada
C/ Párraga, 22.4º 18002 Granada
asambleagranadamujer@ozu.es - www.asambleamujeresgranada.com

- Asamblea de Mujeres de Cantabria
C/ San Celedonio, 26.1º 39001 Santander
asambleamujerescantabria@nodo50.org -
www.labarored.org/asambleamujerescantabria

- Asamblea de Mujeres de Araba
C/ Portal de Arriaga, 14. 2º Dcha 01012 Gasteiz
asambleamujeres@wanadoo.es

- Asamblea de Mujeres de Albacete
C/ Muelle, 7 02001 Albacete
eumassage@mixmail.com

- Asamblea de Mujeres d'Elx
trotula@nodo50.org - www.nodo50.org/doneselx

- Comissió 8 de Març
C/ Pie de la Cruz, 10. 2º 46001 Valencia
Tel.: 96 351 62 68
casadeladona@ctv.es

- Colectivo de Mujeres Feministas
C/ Gibraltar, 26 bis, Bjo. 22006-Huesca
www.nodo50.org/feministas-huesca - feministas-huesca@nodo50.org

- Asamblea de Mujeres de Palencia
C/ Abilio Calderón, 4º. 2º. 34001 Palencia
sokogp@yahoo.es

- Asamblea de Mujeres de Salamanca
Aptdo. 2011 37080 Salamanca
escaramujo17@yahoo.es



■ Colectivo de Mujeres Malvaluna
Apdo. 444. 06800 Mérida
MALVALUNA1@terra.es

■ Emakumen Internazionalistak
C/ Navarrería, 25 Bj. 31001 Pamplona Iruñea
andrezabal@nodo50.org

■ Dona i Salut-Comissió pel dret a l'avortament
Ca la Dona - C/ Casp 38, pral, 08010 Barcelona
Tel. 934127161 - Fax: 93 4123996
caladona@caladona.org - www.caladona.org

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español
Barquillo, 44 2º izda. - 28004 Madrid
coordinadora@feministas.org
www.nodo50org/feministas

