

28 de septiembre de 2023

Día de Acción Global por un Aborto Legal, Seguro y Gratuito

Conclusiones de la II sesión del grupo de trabajo de expertas sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

El pasado día 25 de septiembre, dentro de las acciones por el Día de Acción Global por un Aborto Legal, Seguro y Gratuito, Clínica Dator y Federación Mujeres jóvenes realizaban la segunda sesión del grupo de trabajo de expertas sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, con el objetivo de continuar el análisis conjunto desde una perspectiva feminista en torno a las necesidades de mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes, iniciado en el año 2022.

Durante el primer encuentro, se analizaron las barreras y dificultades que nos encontramos las mujeres a la hora de ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos, la disparidad en las diferentes CCAA y un análisis de las normativas aprobadas en ese ejercicio, así como del proyecto de Ley Orgánica para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo, actualmente aprobada.

En este segundo encuentro partimos de las conclusiones extraídas de ese trabajo (puedes consultar el [Informe de conclusiones aquí](#)), para continuar profundizando en el análisis de los avances normativos, cómo se está articulando el acceso a los derechos, dónde se encuentran las barreras y cómo el Estado debe garantizar su libre ejercicio para todas las mujeres.

Primeras valoraciones de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Valoramos muy positivamente la aprobación de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo, y que **se recupere el derecho y capacidad de las mujeres de 16 y 17 años a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y la interrupción voluntaria del embarazo**, lo que es **una reivindicación y un logro de todo el movimiento feminista**.

Pero seguimos creyendo que es fundamental que se incorpore un análisis desde la perspectiva feminista y poniendo especial enfoque en las mujeres jóvenes, en torno a las **barreras específicas que limitan su acceso a los derechos sexuales y reproductivos** como pueden ser la falta de espacios seguros, la falta de apoyo social o la falta de acceso a métodos anticonceptivos.

Para que sea posible una atención integral y de calidad a las mujeres en la interrupción voluntaria del embarazo y haya una implantación real y en igualdad de condiciones para todas las mujeres es fundamental que la ley



tenga una **dotación presupuestaria**, y que **la transformación del modelo de atención sanitario a la IVE** que se plantea en la Ley, incorporando la prestación a las instalaciones de la sanidad pública en todo el territorio estatal, **debe hacerse desde una perspectiva feminista y de derechos**. Esta demanda se enmarca en una reivindicación histórica del movimiento feminista, en cuanto a la necesidad de transformar la atención sanitaria hacia un modelo feminista e integral de atención a la salud de las mujeres, pública y universal, siendo más fundamental si cabe en todo el ámbito de atención a la salud sexual y reproductiva.

En la actualidad **la gran mayoría de abortos, el 82,70% en 2022** ([datos del Ministerio de Sanidad de IVE realizadas en España](#)), **se siguen realizando en centros privados autorizados**. En los ámbitos geográficos donde la prestación de la IVE se sigue derivando a centros autorizados, la dotación presupuestaria es, también, fundamental. Hemos detectado una **precarización de las ofertas públicas** para conciertos con centros autorizados en materia de prestación del aborto, que ha llevado a que haya **ofertas que queden desiertas**, o sólo se puedan presentar clínicas que realizan **menos prestaciones**, lo que ha acabado generando una falta de acceso al derecho de las mujeres de dichos territorios, que tienen que viajar a otras provincias para poder interrumpir su embarazo, o una bajada en la calidad de las prestaciones, no garantizando que se realicen en las condiciones que debería.

Además, para que sea posible esa garantía de atención a la IVE en los centros sanitarios públicos, **se ha de empezar a trabajar desde las Gerencias de los hospitales, Consejerías de salud y Universidades, para que se forme a profesionales**. En este sentido, **seguimos denunciando el incumplimiento de la Ley desde el año 2010**, con la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo, que **ya establecía** en su artículo 8 la obligación de incorporar 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**, y la formación a las y los profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.

Esta dejación de responsabilidades en la formación a profesionales sobre la IVE ha producido que, en la actualidad, los centros sanitarios públicos que incorporen la prestación en sus instalaciones no tengan la formación necesaria para hacer una atención integral y de calidad. Para asegurar el acceso a la IVE en las instalaciones sanitarias públicas garantizando la igualdad territorial, es necesario que se establezca un **protocolo de atención a la IVE**, y que se incorpore en todo el territorio, así como se deben **unificar los criterios de acceso a la IVE a nivel territorial**. Planteamos también la **propuesta de un modelo público de Unidades IVE**, en las que se atienda la interrupción del embarazo, sin que necesariamente se hayan de incorporar en centros hospitalarios. Planteamos que esas Unidades IVE puedan incorporarse a los futuros (esperamos) **Servicios de asistencia integral especializada y accesible** que dispone el **artículo 5 sexies de la ley 1/2023**, incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, “dotados de equipos interdisciplinarios que tendrán como objetivos principales la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en todas las fases del ciclo vital”.

Reivindicamos, también, **que se garantice en todo el territorio estatal el derecho a la libre elección de tratamiento** dentro de las opciones clínicas disponibles, tal como establece el artículo 2 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. En materia de IVE, esto implica **garantizar la autonomía de todas las mujeres en el derecho a decidir el método que quieren utilizar** para abortar, farmacológico o instrumental, siempre que médicamente sean posibles ambas opciones. En la actualidad, **siguen existiendo amplias diferencias territoriales en esta materia**, llegando a existir CCAA enteras en las que se vulnera este derecho, ofreciendo a las mujeres a interrumpir el embarazo sólo con el método farmacológico, en base a un criterio de eficiencia económica.



Respecto a los **Comités clínicos**, celebramos que se hayan incorporado a la ley, sin embargo, nos encontramos con que **la reforma no ha establecido la necesidad de elaborar un protocolo general** que indique cuáles son las situaciones clínicas que se consideran incompatibles con la vida, y, por tanto, susceptibles de ser motivo para una IVE posterior a las 14 semanas de embarazo. Esto permite que se prolongue la **situación de desigualdad territorial actual**, en la que **los dictámenes de los Comités clínicos ante una misma situación clínica varían**, lo que genera que en unas CCAA una situación clínica sí sea motivo para interrumpir el embarazo y en otra CCAA el comité pertinente no lo permita. Es imprescindible una armonización territorial que garantice el derecho a la IVE en igualdad de condiciones.

Valoramos muy satisfactoriamente que la modificación de la ley haya recogido **la interrupción voluntaria del embarazo como un procedimiento sanitario de urgencia siempre**, en el punto 6 de su artículo 19. Esta consideración en la ley es fundamental, especialmente, para todas aquellas **mujeres** que se encuentran en el territorio estatal menos de 90 días y cuya documentación el Estado español no considera válida, y se encuentran por tanto **en una situación administrativa irregular**; puesto que, **sin ese carácter de procedimiento sanitario de urgencia, dichas mujeres no pueden acceder a la cobertura financiera pública** de la intervención, salvo que tengan acceso a entidades sociales que conozcan los itinerarios de la Administración y les puedan ayudar a presionar para conseguirla. Esto significa **abocar a aquellas mujeres en esta situación que no puedan costearse la financiación de la IVE de forma privada a buscar alternativas que ponen en riesgo su salud, y su vida**. Sin embargo, **sabemos y denunciemos que, sin una articulación legislativa que obligue a las CCAA** a aceptar y tramitar el aborto con esa consideración de procedimiento sanitario de urgencia, **de facto se está vulnerando este derecho**. Por tanto, **exigimos la elaboración del Real Decreto -y el desarrollo normativo necesario** para que este derecho se haga factible en todas las CCAA.

Valoramos positivamente también que la modificación de la ley establezca **registros de profesionales que manifiesten objeción de conciencia**, que imponga que quienes así lo registren lo sean **tanto para el circuito de atención público como privado**, así como **la obligatoriedad para los servicios públicos** de organizar los servicios de manera que siempre se garantice el ejercicio del aborto. **Señalamos que la objeción de conciencia en la ley sólo se contempla para las personas profesionales sanitarias**, lo cual **deja abierta la posibilidad** de que se trate de vulnerar el derecho al ejercicio del aborto manifestando objeción de conciencia **otras personas profesionales necesarias para garantizar el servicio**, como pueden ser los servicios de limpieza de las instalaciones necesarias, los servicios administrativos de atención a las pacientes, u otros.

Celebramos también que la reforma de la ley establezca, en su **artículo 10** quiquies, **la creación de campañas de concienciación**, dirigidas a toda la población, que promuevan los derechos sexuales y reproductivos, **con especial énfasis en la IVE**. En este ámbito, señalamos la importancia fundamental de que se desarrollen **campañas sobre el aborto desde una perspectiva de derechos y cotidiana**, que transmitan **que la IVE forma parte de la vida**, y que no es un motivo de vergüenza ni culpa. Es necesario transmitir a la población que el aborto es un derecho, que miles de mujeres lo han ejercido y lo siguen ejerciendo, y que **la transmisión del estigma es una forma de violencia machista**. A este respecto, invitamos al movimiento feminista y a toda la población general a exigir a la Administración el desarrollo efectivo de dichas campañas.

Segundas valoraciones de la la Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo

Respecto a la Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción



voluntaria del embarazo **ya reivindicamos el pasado año la necesidad de incorporar a la ley las zonas de seguridad en torno a las clínicas acreditadas para la IVE**. Sin la tipificación de las zonas de seguridad las mujeres y las profesionales que posibilitan este derecho están en situación de desprotección, y **no se garantiza el poder ejercer el derecho a la IVE en un espacio de seguridad sin sufrir acoso y violencia**.

Tras un año desde nuestro pasado encuentro como grupo de trabajo, constatamos que **el acoso en las clínicas**, tanto a las mujeres que acuden a ejercer su derecho como a las profesionales que lo posibilitan, **se sigue realizando de forma cotidiana**. Encontramos que la modificación del Código Penal sí ha tenido cierto impacto en que hay más presencia policial, lo que genera un muy leve efecto disuasorio, especialmente en el contacto físico hacia las mujeres que van a las clínicas, no sin embargo en el acoso presencial, rezos en las puertas de las clínicas, o campañas mediáticas en las cercanías de los centros acreditados. Constatamos también que, **17 meses después de la entrada en vigor de la modificación del Código Penal, no ha prosperado ninguna denuncia de las interpuestas por esta razón**. Esto significa que, de facto, no existe una respuesta penal al acoso a las mujeres que deciden, o se plantean, abortar.

Seguimos además denunciando un año después, que debemos incorporar acciones no solo en los entornos de las clínicas, si no **considerar ilegales aquellas asociaciones o fundaciones cuyas acciones tengan como finalidad la discriminación, intolerancia o perturbación del personal sanitario que practica o mujeres que se someten al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo**, al entender que se están vulnerando los derechos fundamentales y libertades públicas y evidentemente, **retirar la financiación de aquellas organizaciones anti elección**.

Sabemos, además, que no sólo es necesaria una ley que reconozca el derecho de las mujeres a una salud sexual y reproductiva integral y a la interrupción voluntaria del embarazo. Para que las leyes tengan efecto en la vida de las mujeres es fundamental poner en marcha las medidas y políticas públicas que garanticen que esos derechos se cumplen en igualdad de condiciones, por lo que es fundamental seguir trabajando en la aplicación de la ley. Desde el grupo de trabajo, continuamos nuestras propuestas de mejora en la aplicación de la ley, y las políticas públicas necesarias para garantizar un aborto seguro para todas las mujeres:

La desigualdad territorial en el acceso a la IVE vulnera el principio de igualdad en todo el territorio del estado y esto es un grave problema que está poniendo en peligro el ejercicio de este derecho. Se deben tomar las medidas necesarias para garantizar el acceso en todo el territorio en igualdad de condiciones.

Es necesario que la incorporación real del aborto a las instalaciones de la sanidad pública se realice con un enfoque feminista y de derechos. Compartimos una preocupación en cuanto a la preparación de los centros sanitarios públicos para realizar la atención al aborto, respecto a la formación necesaria de todo el equipo de profesionales que posibilitan la IVE (medicina, anestesia, enfermería, etc), y no solamente en el método farmacológico, también el instrumental, para que se pueda respetar de forma real el derecho de las mujeres a elegir su método. De igual manera reivindicamos que el aborto instrumental en el que se forme a los equipos de atención sea en las técnicas de aspiración, dilatación y evacuación, como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

Es necesario que la IVE se incorpore a la sanidad pública con un enfoque integral del proceso para las mujeres. De la misma manera que en los demás ámbitos de la atención ginecológica no es una realidad, reivindicamos que en el aborto se deben contemplar todas las dimensiones de la mujer en la atención a la interrupción, no



solamente la fisiológica. Reivindicamos que el aborto se incorpore no sólo como una prestación sanitaria, sino como un derecho de las mujeres, con una atención integral.

Compartimos una preocupación por la promoción única del método farmacológico en la incorporación del aborto a la sanidad pública, especialmente desde una perspectiva de las mujeres jóvenes (y no sólo). Interrumpir el embarazo a través del método farmacológico requiere tener un espacio y apoyo donde hacer la segunda toma y la expulsión. Esto es una dificultad para muchas mujeres, que pueden no tener un espacio propio donde poder hacer ese expulsivo, especialmente para las mujeres jóvenes (mujeres que viven con sus familias, que viven en pisos compartidos, etc), para las mujeres en situación de calle, mujeres en entornos rurales que puedan tener dificultad para ir a los recursos de atención si tienen la necesidad, etc.

En la incorporación del aborto a la sanidad pública es fundamental que no se gestione a través de concursos para gestión privada. Sabemos que en este tipo de gestión de la atención sanitaria pública se prioriza la gestión más económica, y no la que realiza una mejor atención, y esto vulnera los derechos de las mujeres.

Por último, uno de los aspectos más importante del proyecto de Ley es la educación sexual integral y la formación a las y los especialistas dentro de la formación universitaria.

Es fundamental incorporar la IVE a los currículos de las formaciones universitarias, de todas las profesiones que forman parte de los equipos de IVE y de atención a las mujeres. Hablamos de las profesionales sanitarias, pero también de las sociosanitarias (psicología, trabajo social, etc.). Denunciamos que después de 13 años de la actual Ley de salud sexual y reproductiva e IVE, que ya recoge la incorporación del aborto a los currículos universitarios, sigue sin haberse llevado a cabo.

El derecho a la planificación familiar en España sigue siendo vulnerado para las mujeres que tienen relaciones con hombres, debido a la desigualdad estructural. Los últimos datos el Ministerio de Sanidad ([Informe IVE 2022](#)) exponen que un 44% de mujeres que han abortado manifiestan no haber utilizado método anticonceptivo, aumentando un punto desde el pasado año. Eso es una evidencia de que en España casi la mitad de las mujeres no pueden, hoy en día, elegir utilizar método anticonceptivo (porque, aunque quieran, su pareja no quiere y no lo van a usar). Es necesario seguir trabajando en prevención de violencia contra las mujeres y promoción de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres para que este derecho sea una realidad.

Se debe incluir la enseñanza de la educación afectivo-sexual en los colegios e institutos, enmarcándola dentro del currículo obligatorio en todas las etapas educativas como una materia prioritaria y transversal y considerar el acceso a una educación sexual como un derecho fundamental enmarcado dentro de los derechos fundamentales y libertades públicas de nuestra carta magna.

Es fundamental que se incorpore al currículo escolar la educación sexual integral, y es fundamental que ésta incorpore el aborto, y no sólo cómo se hace la IVE (los pasos a seguir para interrumpir el embarazo), también cómo es el proceso vivencial y desarticular el estigma. Para esto también es fundamental incorporar en la formación al profesorado contenido específico sobre educación afectivo-sexual, para que se pueda trabajar de manera integral en los centros educativos.

Este grupo de trabajo tiene vocación de seguir trabajando como un espacio de intercambio de conocimiento y de realización de propuestas conjuntas con otras organizaciones y entidades públicas



y privadas que están trabajando por garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Y es fundamental que desde el movimiento feminista sigamos trabajando en la realización de propuestas (de sensibilización, políticas públicas, desarrollo normativo, etc) para que estas nuevas normativas y políticas tengan un impacto positivo en la vida y derechos de las mujeres.

Clínica Dator está autorizada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid e inscrita en el Registro con el Nº CS3949