

**INDICE**

I.- INTRODUCCIÓN .....	2
II.- CONCEPTOS BÁSICOS EN TORNO A LA IVE.....	5
III.- MARCO JURÍDICO Y POLÍTICO INTERNACIONAL.....	7
IV.- CUANDO LAS LEYES PENALIZAN.....	9
V.- IMPLICACIONES DE LOS OBSTÁCULOS LEGALES.....	11
Razones que se esgrimen para la penalización.....	12
Otras dificultades legales .....	13
VI.- LA IVE EN ESPAÑA .....	15
Contexto europeo .....	15
Marco jurídico .....	15
Propuestas de reforma .....	16
Evolución de la IVE. Datos.....	18
Otras tasa de IVE	
Gráficos	
Datos más significativos	
Perfiles de las mujeres que acuden a una IVE (fuente:ACAI).....	24
¿Cómo reducir el nº de embarazos no deseados? .....	27
Prácticas y resultados: El caso noruego, el caso andaluz	
La salud sexual y reproductiva en la educación española	
Situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en Andalucía....	29
VII.- IVE Y CRISIS.....	31
VIII.- CONCLUSIONES .....	33
FUENTES CONSULTADAS.....	34



*" Los ricos defienden el aborto ilegal para mantenerlo en secreto y no pasar vergüenza. Estoy harto de que se nos mueran chicas pobres para que las ricas aborten en secreto. Se nos mueren nenas en las villas y en algunos Sanatorios hacen fortunas sacándoles la vergüenza del vientre a las ricas. Con el divorcio decían que era el fin de la familia y sólo fue el fin de la vergüenza de los separados ilegales. Con el aborto legal no habrá ni más ni menos abortos, habrá menos madres muertas. El resto es educar, no legislar. René Favaloro (1998)*

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo ha formado parte de las reivindicaciones del movimiento feminista en España, 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. Así mismo es un aspecto central de la propuesta feminista a nivel mundial.

**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 faciliten los recursos legales y sanitarios para ello, como parte de sus derechos reproductivos.**

**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, entre los cuales, 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.

El derecho a decidir 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, 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.

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 la IVE es una opción.

La interrupción voluntaria del embarazo puede ser el resultado de embarazos no deseados, o de algunos que habiendo sido deseados y planificados, se enfrentan a

situaciones no previstas, que suponen un cambio en la vida o la salud de las mujeres, que lleva a las mujeres 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 decidieran interrumpirlo, deberían poder hacerlo con todas las garantías jurídicas y sanitarias, en el ejercicio de un derecho reconocido.

## II.- CONCEPTOS BÁSICOS EN TORNO A LA IVE

Consideramos que garantizar la IVE como una prestación sanitaria más, dentro de la red de hospitales públicos de cualquier país se traduce en una efectiva protección de los **Derechos Humanos** de las mujeres en el marco del derecho a la salud que, es interdependiente de los derechos a la vida, a la dignidad, a la autonomía, a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad, a la información, a la no discriminación, a la igualdad, a la intimidad, a la privacidad, así como a estar libre de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Todos estos derechos se ven violentados cuando una mujer no tiene acceso legal a una IVE y se pone en riesgo su salud.

### 1. DEFINICIÓN DE SALUD

La OMS entiende por salud el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, en consonancia con los tratados de DDHH. Ese alto nivel de salud hace referencia a aquel que permite a una persona vivir dignamente.

Por tanto, la salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones:

- Física
- Mental/emocional
- Social

No se trata de dimensiones jerarquizadas, por el contrario, estos tres aspectos tienen el mismo valor.

### 2. LOS ESTÁNDARES DE SALUD

Los estándares de salud son individuales y no pueden ser definidos con indicadores inflexibles que se apliquen por igual a todas las personas. Así pues, el alto nivel de salud se vincula con la autonomía personal y, por tanto, con el derecho a decidir de forma individual de cada mujer.

### 3. SUPONEN OBSTÁCULOS PARA CONSEGUIR EL MÁS ALTO NIVEL DE SALUD:

- Las legislaciones basadas en criterios que vulneran los DDHH.
- La desigualdad, no sólo entre hombres y mujeres, sino respecto de otras mujeres (por procedencia geográfica, clase social, origen étnico, etc.). Estas diferencias generan inequidades (situación de las mujeres migrantes en nuestro país, tras la retirada de la tarjeta sanitaria).

### 4. APLICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD INTEGRAL

El derecho a la salud integral debe ser aplicado en el marco del derecho a la igualdad para garantizar el acceso de las mujeres a TODOS los servicios de salud sin ningún tipo de coacción.

Toda mujer tiene derecho a beneficiarse de todas las medidas que le permitan gozar del mejor estado de salud posible, entre estas, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva sin ningún tipo de coacción.

Los derechos sexuales y reproductivos están basados en el reconocimiento del derecho de todas las parejas y personas a decidir de forma libre y responsable el número de hijas e hijos que desean tener, y a contar con la información necesaria para lograrlo; incluyen, por tanto, el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su reproducción sin ningún tipo de discriminación, coacción o violencia, y el derecho a controlar los asuntos relativos a su sexualidad.

El derecho a la salud está directamente relacionado con el derecho a la vida, entendida esta como una vida digna. Este concepto excede el sentido biológico (ausencia de enfermedad) e incluye elementos de bienestar que tienen que ver con el proyecto individual de vida de cada persona.

Dicho proyecto individual incluye la posibilidad de planificar la vida en función de la perspectiva de desarrollo que cada mujer tenga. Por tanto, su proyecto de vida, y con él su salud, puede verse afectado por la continuación de un embarazo que sea incompatible con dicho proyecto.

#### **5.- GARANTIZAR LA SALUD INTEGRAL**

Para que los Estados puedan garantizar a las mujeres el mayor grado de salud posible es preciso que legislen teniendo en cuenta que:

- Los derechos de las mujeres son DERECHOS HUMANOS
- No es posible impedir a las mujeres el acceso a la IVE o a la continuación de un embarazo **en función de determinadas creencias religiosas.**

### III. - MARCO JURÍDICO Y POLÍTICO INTERNACIONAL

#### 1. - Marco Jurídico Internacional

La **CEDAW** (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979) dispone que los estados deberán garantizar a hombres y mujeres "...los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos...", el acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos

( Letra e) del apartado 1 del artículo 16)

De acuerdo con la recomendación 21 de esta Convención, la planificación familiar se entiende como: educación sexual garantizada, disponibilidad de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos seguros y fiables, medidas gratuitas adecuadas de regulación voluntaria de fertilidad para la salud y el bienestar de todos los miembros de la familia.

En el **Pacto de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que trata del **derecho al nivel más alto de salud posible**, se reconoce el derecho a la libertad sexual y reproductiva, al acceso a la educación y a la información sobre salud sexual y reproductiva, así como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones sanitarias, bienes y servicios.

(comentario general, nº 14, 2000, sobre el artículo 12)

España es país firmante de ambos.

#### 2. - Marco Político Internacional

Tanto las Declaraciones y Programas de Acción de la **Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994**, como La **Plataforma de Acción de Beijing de 1995**, Constituyeron un hito en la manera de pensar en la sexualidad y en aspectos reproductivos.

Anteriormente, esos temas se trataban exclusivamente desde el punto de vista del crecimiento de la población y de las políticas demográficas. Sin embargo, tras la celebración de las mencionadas reuniones internacionales, la sexualidad y la salud reproductiva empezaron a considerarse desde la perspectiva de los derechos humanos. El concepto de derechos de la mujer como derechos humanos comenzaba a considerarse necesario para dotar de poder a las mujeres y esencial para el progreso de la sociedad en general. La noción de planificación familiar dejó paso al amplio concepto de salud reproductiva, que abarca a hombres y a mujeres, y que describe un estado de bienestar físico, mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.

**En todos los posteriores documentos de Naciones Unidas se utiliza siempre el concepto de salud reproductiva acuñado en la conferencia de El Cairo:**

En la Asamblea General de Naciones Unidas de 24 de octubre de 2011 se dio un **paso más** en la lucha por la realización plena del derecho a la salud de todas las personas al presentar su **informe el Relator Especial** del Consejo de Derechos Humanos Anand Grover, sobre el "*derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*"

En el informe, que es sobretodo un análisis jurídico, se ponen de relieve los numerosos **efectos perjudiciales** para la salud, la igualdad, la integridad física, la dignidad y la capacidad de decidir de las personas, que tienen **ciertas leyes penales y otras restricciones jurídicas** poco acertadas que suelen imponer los gobiernos en contra de los derechos sexuales y reproductivos: tales como...

- restricciones sobre el aborto y los métodos contraceptivos,
- penalización de la conducta de las mujeres embarazadas (como sanciones penales por consumo de drogas o alcohol durante el embarazo)
- y restricciones del acceso a información completa y precisa sobre la salud sexual y reproductiva.
  - *La mayoría de los Estados que intervinieron en el diálogo interactivo de la Asamblea General sobre el informe expresaron la opinión de que este documento supone una valiosa contribución a las directrices existentes sobre el cumplimiento del derecho a la salud.*
  - *En una declaración conjunta con la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de la ONU (UNFPA) declaró que este informe apoya los esfuerzos de los Estados para respetar, proteger y realizar los derechos humanos.*

Este informe tiene una **importancia crítica** para garantizar el derecho a la salud, por las siguientes razones:

1. Este informe consolida el análisis jurídico sobre salud y derechos humanos apoyando de forma unánime la conclusión de que el **derecho penal no suele ser un instrumento apropiado** para regular los asuntos relativos a la salud sexual y reproductiva.

2. En el informe **se utilizan datos empíricos recopilados por las agencias técnicas de la ONU** para sustentar la conclusión de que el uso indebido de disposiciones penales y políticas punitivas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva causa sufrimiento desproporcionado a las mujeres, a las personas identificadas como lesbianas, gays, bisexuales o transgénero, a las personas que viven con el VIH/SIDA y a los miembros de otros grupos que ya sufren discriminación.

3. El informe contiene recomendaciones claras y pormenorizadas para los Estados, incluido un **llamamiento a despenalizar de inmediato la IVE**, garantizar el acceso a una



variedad de métodos anticonceptivos modernos y facilitar el acceso a información completa y precisa sobre la salud sexual y reproductiva.

Esta cita refleja el sentido global del informe:

“El respeto de la dignidad es fundamental para el ejercicio de todos los derechos humanos. La dignidad exige que las personas sean libres para tomar decisiones personales sin la injerencia del Estado, especialmente en un ámbito tan importante e íntimo como la salud sexual y reproductiva”.

Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el  
“derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud  
física y mental”

#### **IV. - CUANDO LAS LEYES PENALIZAN...**

La falta de disponibilidad y acceso a atención de salud reproductiva y la penalización del aborto se traduce en graves limitaciones de los derechos de las mujeres y en algunos casos, en lesiones graves o incluso la muerte de las afectadas.

*Debido a estas restricciones, cada año se practican unos 26 millones de abortos en condiciones inseguras que ocasionan la muerte de alrededor de 78.000 mujeres.*

**(Y sabemos que cuando el aborto es realizado por profesionales de la salud cualificados y en condiciones adecuadas, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros).**

*Aproximadamente el 62% de la población mundial vive en 56 países en los que el aborto está despenalizado si bien siguen fijándose límites en función de las semanas de gestación, indicación, requisitos de consentimiento y restricciones en torno a dónde y quién practicaría la IVE. Este grupo incluye algunos de los países con mayor cantidad de habitantes, como China, India y Estados Unidos y la mayoría de los que integran la Unión Europea.*

*El 13% de la población mundial vive en 42 naciones en las que se permite el aborto por razones de salud mental o física mental y por motivos socioeconómicos, como la pobreza y el número de hijos*

*El 25% de la población mundial vive en 54 países con regímenes jurídicos que prohíben el aborto excepto en los casos de violación o incesto, y cuando es necesario para salvar la vida de la mujer.*

*Sólo cinco Estados no lo autorizan bajo ninguna circunstancia: El Vaticano, Malta, Chile El Salvador y República Dominicana.*



*En esta gráfica se refleja claramente cómo en los países con leyes restrictivas, el nº de abortos es mayor, la ratio de abortos realizados en condiciones peligrosas es alta y la prevalencia de uso de anticonceptivos es menor, mientras que en los países con leyes menos restrictivas, las IVE disminuyen, la prevalencia de anticoncepción es mayor y la peligrosidad queda prácticamente anulada.*

*UN EJEMPLO ILUSTRATIVO (Acerca de las dificultades que se plantean cuando las leyes son restrictivas y poco precisas).*

*Caso de **Savita Halappavanan** que falleció el 28 de octubre de este año 2012 en el Hospital Universitario de Galway (Irlanda) porque los médicos se negaron a practicarle un aborto pese a que estaba muy enferma y el feto no podría sobrevivir.*

## V. - IMPLICACIONES DE LOS OBSTÁCULOS LEGALES

*1.- La penalización de la IVE crea y perpetúa condiciones inseguras.*

**El porcentaje de abortos que se practican en condiciones peligrosas está directamente relacionado con el grado de restricción o punición de las leyes que rigen el aborto.**

Se calcula que casi un 13% de las muertes derivadas de la maternidad registradas en todo el mundo obedece a abortos practicados en condiciones peligrosas. Otros 5 millones de mujeres y niñas sufren lesiones a corto y largo plazo debidas a abortos practicados en condiciones peligrosas, entre las que figuran hemorragias, septicemias, traumatismos de vagina, útero y órganos abdominales, desgarros en el cuello del útero, peritonitis, infecciones del sistema reproductor, enfermedad inflamatoria de la pelvis y dolor pélvico crónico, conmoción e infertilidad.

Entre las **circunstancias que llevan a que se practiquen abortos en condiciones peligrosas** figuran las siguientes:

- acceso limitado a información, en particular en relación con cuándo y cómo pueden practicarse los abortos legales;
- abortos practicados por una persona no cualificada en condiciones insalubres o por un profesional de la salud sin los medios adecuados;
- aborto provocado por la propia mujer o por un curandero mediante la inserción de un objeto en el útero,
- la ingesta de una sustancia peligrosa o un masaje violento; e ingestión de medicamentos recetados incorrectamente sin el debido seguimiento y sin información adicional.

*2.- La prohibición de la IVE obliga a las mujeres a llevar a término embarazos no deseados y a dar a luz cuando no desean hacerlo.*

*3.- La promulgación o el mantenimiento de leyes que penalicen el aborto puede constituir una violación de la obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.*

*4.- La penalización genera y perpetúa el estigma, limita la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información disponibles en materia de salud sexual y reproductiva, les niega la plena participación en la sociedad y **distorsiona las percepciones de los profesionales de la salud**, lo que a su vez puede dificultar el acceso de las mujeres a los servicios de atención de la salud.*

*5.- Al restringir el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con salud sexual y reproductiva, estas leyes también pueden tener un **efecto discriminatorio**, ya que afectan desproporcionadamente a quienes más necesitan esos recursos, es decir, las mujeres.*

6.- Asimismo, generan invariablemente **efectos nocivos para la salud física**, al ser causa de muertes evitables, morbilidad y mala salud, y para la salud mental, entre otras cosas porque las mujeres afectadas se arriesgan a caer en el sistema de justicia penal.

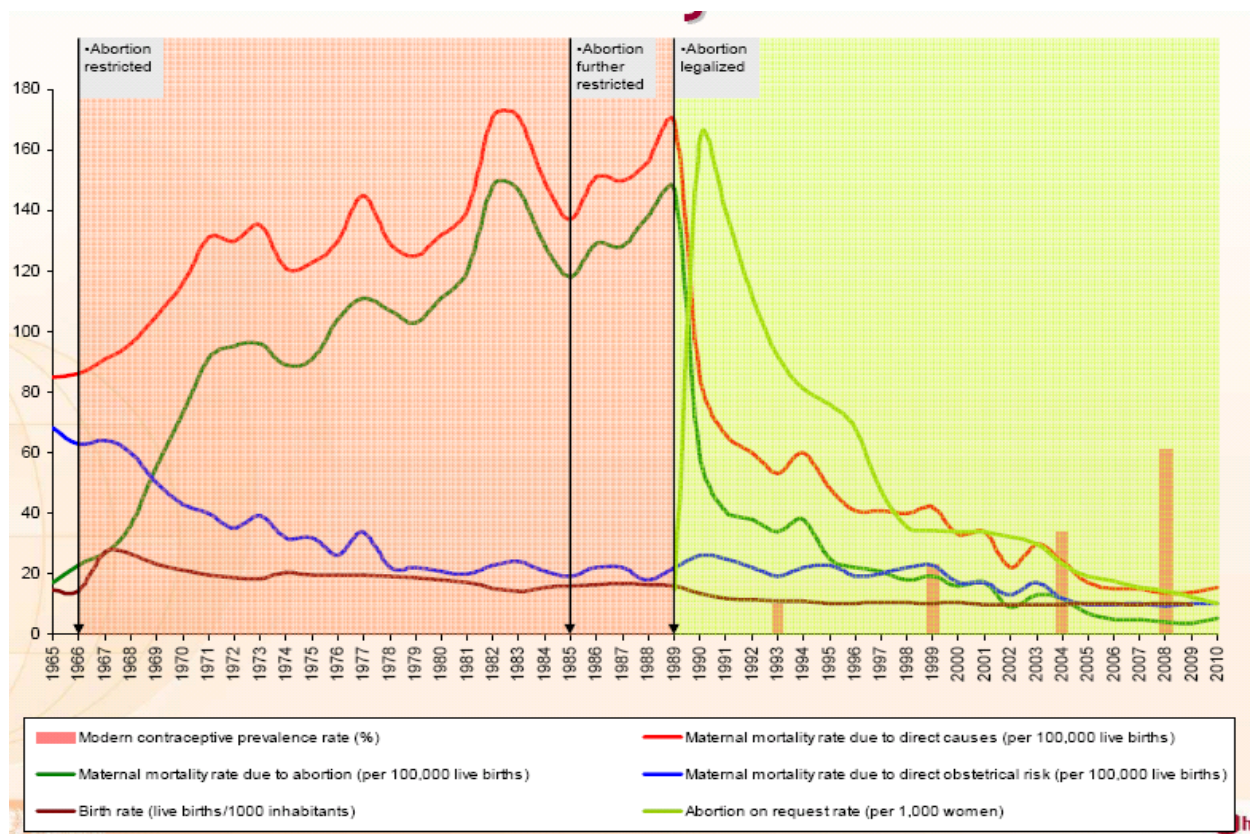
### RAZONES QUE SE ESGRIMEN PARA LA PENALIZACIÓN

Los Estados suelen aludir a dos motivos para aplicar leyes penales o leyes restrictivas de otra índole que afectan al derecho a la salud sexual y reproductiva:

- la salud
- y la moralidad públicas.

Si bien la obtención de determinados resultados en materia de salud pública es un objetivo legítimo del Estado, las medidas adoptadas para lograrlo deben estar fundamentadas en pruebas y ser proporcionadas, a fin de **asegurar el respeto de los derechos humanos**.

La moralidad pública no puede esgrimirse como pretexto para promulgar o aplicar leyes que puedan dar pie a violaciones de los derechos humanos, incluidas las que tienen por objeto regular la conducta sexual y reproductiva y la adopción de decisiones.



En la gráfica podemos observar la evolución de la IVE en Rumanía: cuando la IVE se liberaliza, la tasa de abortos a petición de la mujer baja drásticamente (línea verde claro) así como la mortalidad materna relacionada con el aborto (línea verde oscura), progresivamente aumenta la prevalencia de uso de la anticoncepción.

## OTRAS DIFICULTADES LEGALES

Existen restricciones jurídicas de otra índole que también dificultan el acceso al aborto legal: como las **leyes de objeción de conciencia**. Éstas levantan barreras que dificultan el acceso, ya que permiten que los profesionales de la salud y el personal auxiliar, como los recepcionistas y farmacéuticos, se nieguen a prestar servicios de aborto, a proporcionar información sobre procedimientos y a derivar a las interesadas a centros y proveedores de servicios alternativos.

Cabe citar además las siguientes restricciones:

- leyes que prohíben la financiación pública del aborto;
- asesoramiento y plazos de espera obligatorios para las mujeres que desean interrumpir un embarazo;
- obligación de obtener la aprobación de más de un profesional de la salud; obligación de obtener el consentimiento paterno o conyugal;
- y leyes que exigen a los profesionales de la salud denunciar los casos "sospechosos" de tratarse de abortos ilegales cuando una mujer acude a recibir atención después de un aborto, incluido un aborto espontáneo.

Estas leyes dificultan el acceso de las mujeres pobres, desplazadas y jóvenes a abortos sin riesgo y a la atención posterior al aborto.

### EN RESUMEN:

**El estigma resultante de la penalización crea un círculo vicioso. La tipificación como delito del aborto empuja a las mujeres a buscar abortos clandestinos, posiblemente en condiciones peligrosas. El estigma resultante de un aborto ilegal y, por consiguiente, de una conducta delictiva, perpetúa la noción de que el aborto es una práctica inmoral y de que el procedimiento es intrínsecamente peligroso, lo que a su vez refuerza la continua penalización de esta práctica.**

Por tanto, las leyes penales que castigan y restringen la IVE son el ejemplo paradigmático de las **barreras inaceptables** que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y, por consiguiente, **deben eliminarse** puesto que atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva.

### OTRAS INSTANCIAS INTERNACIONALES QUE CONFIRMAN ESTA IDEA:

*La Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha condenado enérgicamente las leyes que restringen el aborto, especialmente las que prohíben y penalizan el aborto en todas las circunstancias. También ha confirmado que ese tipo de legislación no impide que las mujeres recurran a abortos ilegales practicados en condiciones peligrosas, y ha calificado las leyes que restringen el aborto de violación de los derechos a la vida, la salud y la información*

*Al Comité de los Derechos del Niño le preocupan también los efectos de las leyes que restringen severamente el aborto en el derecho a la salud de las niñas adolescentes*

*El Comité contra la Tortura también ha afirmado que las leyes que penalizan el aborto deberían volver a evaluarse, ya que dan lugar a violaciones del derecho de la mujer a no verse sometida a tratos inhumanos y degradantes*

*El Comité de Derechos Humanos llegó a la conclusión de que la igualdad entre hombres y mujeres exigía la igualdad de trato en el ámbito de la salud y la eliminación de la discriminación en el suministro de bienes y servicios, e hizo hincapié en la necesidad de examinar la legislación relativa al aborto para evitar que se violasen los derechos de la mujer*

## VI. - LA IVE EN ESPAÑA

### Contexto europeo

Irlanda es, tras Malta, donde la IVE está prohibida, el país más restrictivo. Sólo permite la IVE si la vida de la mujer corre un "grave y sustancial riesgo" sin detallar y dejando el criterio a los médicos.

El modelo más extendido en la UE es la ley de plazos, por la cual la mujer decide libremente si aborta hasta un momento determinado de la gestación (p.e. Alemania, Austria, Holanda o Grecia)

En Polonia, Chipre, Reino Unido o Finlandia está establecido un sistema de supuestos similares a los de la ley española del 85.

### Marco jurídico

En España, tras la dictadura, la legislación ha abordado el tema de la I.V.E. en dos leyes, separadas una de otra, 25 años.

La primera de 1985 fue conocida como ley de plazos;

La segunda de 2010 ha sido denominada Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La primera surge respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad.

Se despenalizaron ciertos supuestos de la IVE y se reforma un artículo del Código Penal (que estará en vigor hasta la publicación de la nueva ley).

En concreto cuando se de:

- 1.- **grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada**, con dictamen emitido con anterioridad por un médico de la especialidad correspondiente.
- 2.- cuando el **embarazo fuera consecuencia de una violación, y haya sido denunciado**, y practicado en las **primeras 12 semanas** de embarazo.
- 3.- cuando se presumiera la **existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto**, con **dictamen emitido por dos especialistas** y distinto del/a profesional que vaya a practicar la interrupción del embarazo

La **segunda ley se promulgó el 3 de marzo de 2010** y entró en vigor el 5 de julio.

La Ley aborda la **protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral**. Introduce en nuestro ordenamiento jurídico las **definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y reproductiva** y prevé la **adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo**.

Los puntos esenciales de esta nueva ley son los siguientes:

- Marca un plazo de **aborto libre para todas las mujeres mayores de 16 años hasta las 14 semanas de embarazo**.
- Se permitirán abortos a partir de las 22 semanas, sólo si se descubren anomalías incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable del feto.
- Como en la antigua ley del aborto se podrá interrumpir el embarazo **hasta la semana 22 cuando exista riesgo para la salud física o psíquica de la madre**.
- Esta nueva ley sitúa la mayoría de edad para abortar en los 16 años. Las menores tendrán que informar a sus padres si deciden abortar pero, en el caso de que aleguen que están siendo coaccionadas o sufriendo violencia familiar, no se deberá informar a los progenitores.
- Esta nueva ley refleja de forma expresa el derecho a ejercer la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo.

## PROPUESTAS DE REFORMA

Tanto a la ley del 85 como a la de 2010 ha interpuesto el partido popular recurso de inconstitucionalidad, en la primera ocasión retrasó la promulgación de la ley en 2 años, el recurso de la de 2010 sigue pendiente del tribunal constitucional.

Antes de que se manifieste el tribunal, el ministro Gallardón ha anunciado que reformará la ley volviendo a la ley de supuestos, pero siendo estos más restrictivos en algunos de ellos, sobre todo en lo que respecta a las malformaciones del feto, también ha asegurado que la IVE volverá al código penal en las condiciones anteriores, dejando de ser por tanto un derecho de las mujeres y pasando a depender de terceros.

"Gallardón ya adelantó en marzo en el Senado que el primer borrador de la reforma vería la luz en otoño de 2012 e insistió en que la modificación supone:



Recuperar la "necesidad" de que las menores cuenten con el apoyo paterno para abortar,

Considerar los derechos del concebido

Un sistema de garantías para los casos en los que se produzca un conflicto entre los derechos de la mujer y el no nacido."

Ante esta situación la **OMS advierte a Gallardón: "Restringir el aborto sólo provoca más mortalidad materna" según ha declarado la Doctora Bela Ganatra**, Especialista del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud. Oficina de Ginebra, Suiza.

El debate sobre la reforma de la ley del aborto ha rebasado la arena de debate político y ha ocupado las consultas y los laboratorios. . **Un grupo de ellos, compuesto por ginecólogos, obstetras o expertos en diagnóstico prenatal, ha redactado un manifiesto en contra de esa reforma que suma 645 adhesiones.**

La actual ley "Ha ayudado a familias que se veían obligadas a viajar a Francia para interrumpir su embarazo porque en España no podían hacerlo. Si la ley se endurece esto puede volver a ocurrir. Las consecuencias emocionales, psicológicas, sociales y médicas de acotar esta opción son muy duras",

**En el año 2002 la OCU-SALUD (Nº42 JUNIO-JULIO 2002) planteó en un estudio a mujeres si dejarían de interrumpir un embarazo no deseado en caso de que este fuese ilegal**

La opinión más compartida en un 72% de los casos, fue que habrían abortado igualmente

Un 38% en España (de forma clandestina).

Un 34% en el extranjero.

Un 28% no habría abortado.

"En 1976 cuando el aborto era ilegal, se producían, aproximadamente, 100.000 abortos clandestinos anuales según el sociólogo Ibáñez y García Velasco.

Los efectos más graves derivados de la clandestinidad eran las muertes de 200-400 mujeres al año, según datos del Tribunal Supremo de Justicia, y los elevados índices de morbilidad (infecciones graves del tracto genitourinario). Unas perniciosas consecuencias que afectaban fundamentalmente a las mujeres con menos recursos económicos, puesto que las más adineradas recurrían al conocido "turismo abortivo" y viajaban a países europeos con legislaciones más permisivas.

Con la ley de supuestos de 1985, la mortalidad materna se redujo a un 0,6 por cada 100.000 mujeres, según ACAI.

## EVOLUCIÓN DE LA IVE: DATOS

Las tasas de IVE, en la mayoría de los organismos e instituciones, se dan en ‰, es decir nº de IVES por cada mil mujeres, los datos proceden de los centros que practican las interrupciones tanto públicos como privados, ya que desde la primera ley de 1985 y una resolución de 1987 se obliga a los centros a notificar mediante un cuestionario las IVES que se practican, el cuestionario incluye:

### DATOS DE LA EMBARAZADA:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Fecha , lugar y País de nacimiento                                     | 6. Situación económica autónoma o dependiente              |
| 2. Provincia y Municipio de residencia.                                   | 7. Método anticonceptivo utilizado en los últimos dos años |
| 3. Situación de convivencia   | 8. Nº de hijos si los tiene y fecha de nacimiento          |
| 4. Nivel de formación   | 9. Nº de I.V.E. si tuviera anteriores                      |
| 5. Situación laboral de ella y de la persona con la que conviva si existe | 10. Y características de la intervención                   |

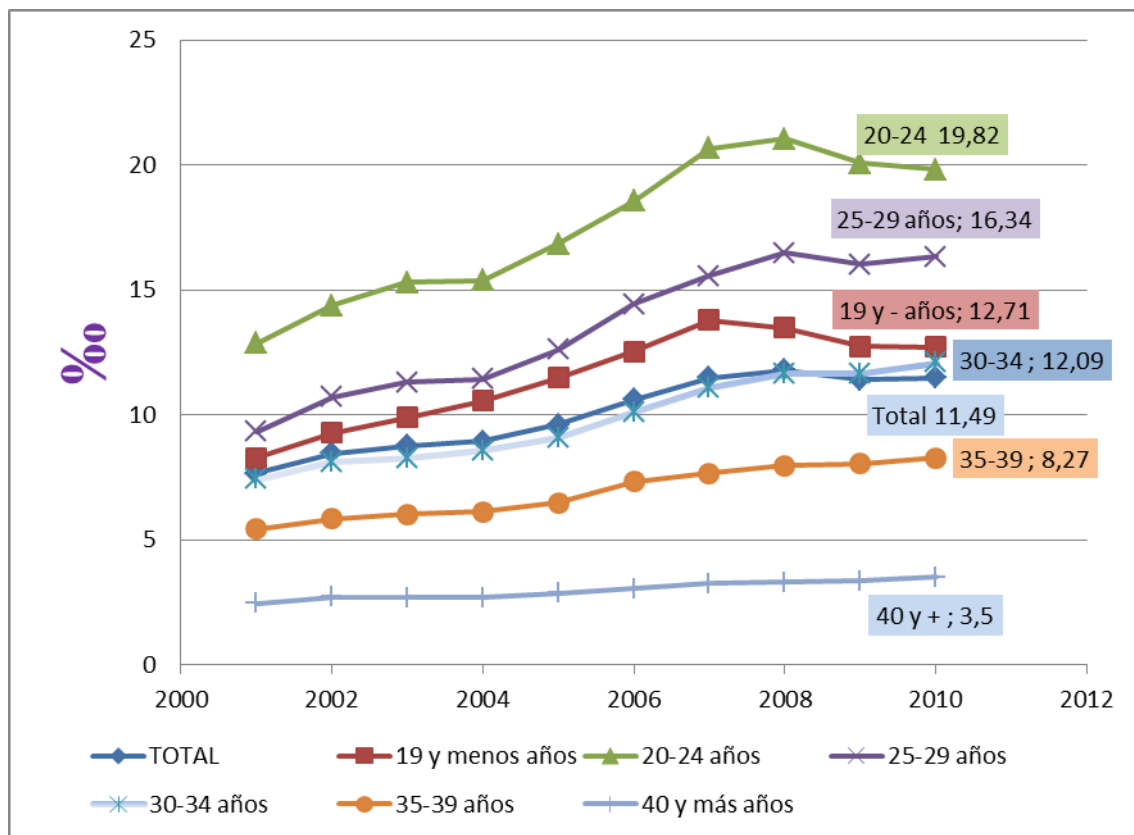
Otra tasa es la proporción de embarazos que finalizan en aborto; para la investigadora del CSIC Margarita Delgado parece que es más ajustada la proporción de embarazos que finalizan en aborto que la tasa por mil, porque la tasa por mil enmascara algunas realidades, es decir, en las jóvenes la tasa de embarazo es mucho menor porque no están en la edad convencional de procrear y cree que es más útil verlo de esa forma, pero eso no significa que otras medidas se puedan descalificar, ni muchísimo menos.

Esta tasa se expresa en ‰ y expresa el ‰ de IVE sobre embarazos contabilizados.

Sobre los datos recogidos siempre hay que tener en cuenta que se basan en estadísticas oficiales, esto significa que todos aquellos embarazos o IVE que no se comuniquen no se contabilizan, caso por ejemplo de IVE clandestinas o de "turismos abortivos".

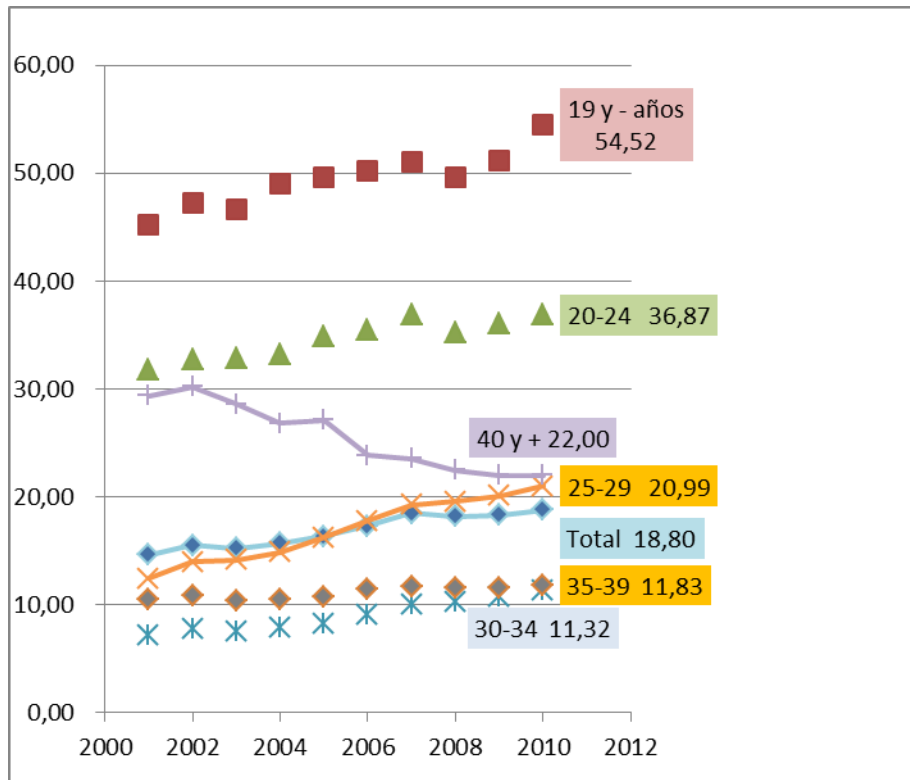
Evolución de las tasas IVE por grupos de edad. Fuente M. de Sanidad

	TASA DE IVE GRUPOS DE EDAD M. DE SANIDAD									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tasa Nacional	7,66	8,46	8,77	8,94	9,6	10,62	11,49	11,78	11,41	11,49
19 y menos años	8,29	9,28	9,9	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48	12,74	12,71
20-24 años	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65	21,05	20,08	19,82
25-29 años	9,34	10,72	11,3	11,43	12,6	14,44	15,57	16,49	16,02	16,34
30-34 años	7,44	8,1	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07	11,63	11,63	12,09
35-39 años	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67	7,97	8,05	8,27
40 y más años	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25	3,3	3,36	3,5



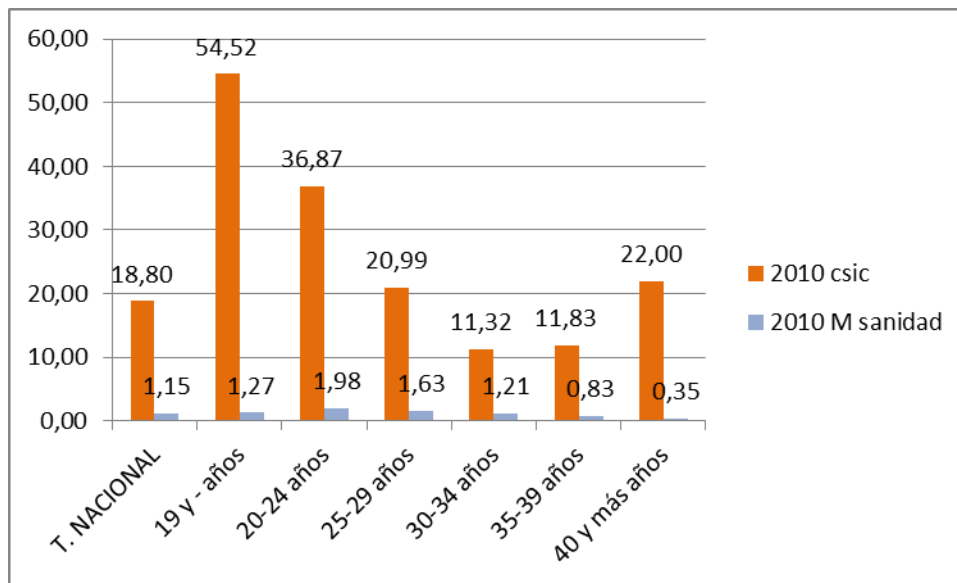
TASA IVE POR EMBARAZOS Y GRUPOS DE EDAD Fuente CSIC DELGADO/BARRIOS

	T. Nal	19 y -	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más
		años	años	años	años	años	años
2001	14,62	45,20	31,83	12,45	7,23	10,55	29,36
2002	15,50	47,24	32,78	13,99	7,72	10,84	30,22
2003	15,25	46,60	32,81	14,18	7,59	10,44	28,63
2004	15,71	48,99	33,24	14,90	7,89	10,55	26,81
2005	16,38	49,62	34,85	16,22	8,22	10,74	27,10
2006	17,33	50,24	35,51	17,78	9,03	11,48	23,85
2007	18,50	51,09	36,84	19,28	10,07	11,70	23,54
2008	18,18	49,59	35,27	19,57	10,28	11,52	22,49
2009	18,34	51,21	36,03	20,1	10,72	11,63	22,02
2010	18,8	54,52	36,87	20,99	11,32	11,83	22,00



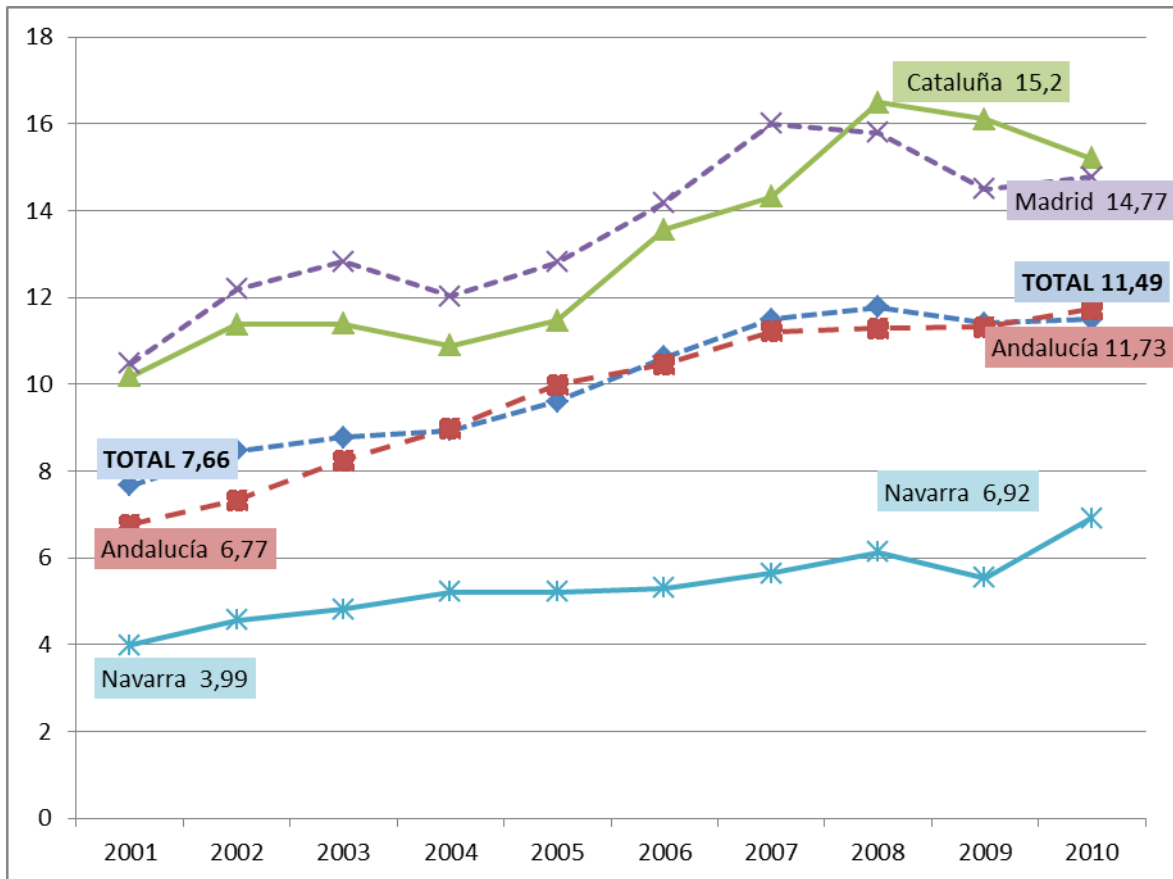
**COMPARACIÓN DE TASAS en %**

Grupos de edad	2010 csic	2010 M sanidad
<b>T. NACIONAL</b>	<b>18,80</b>	<b>1,15</b>
19 y - años	54,52	1,27
20-24 años	36,87	1,98
25-29 años	20,99	1,63
30-34 años	11,32	1,21
35-39 años	11,83	0,83
40 y más años	22,00	0,35



**TASAS IVE POR CCAA DE RESIDENCIA Fuente M DE SANIDAD**

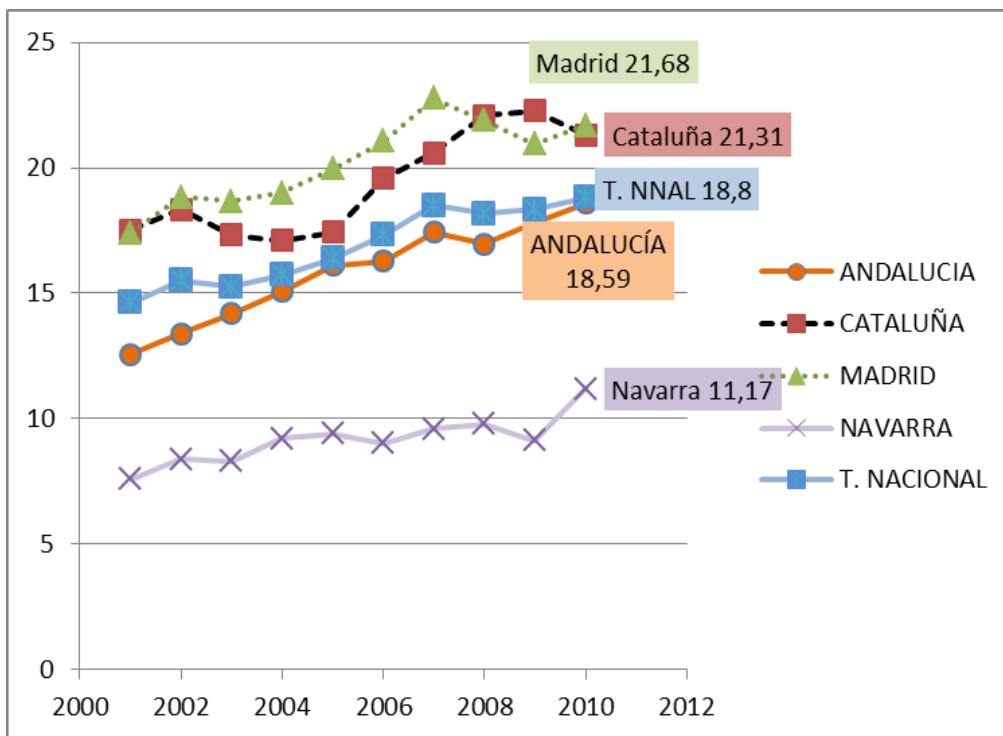
	Cataluña	Madrid	Andalucía	TOTAL	Navarra
2001	10,18	10,47	6,77	7,66	3,99
2002	11,37	12,19	7,33	8,46	4,56
2003	11,39	12,83	8,25	8,77	4,81
2004	10,89	12,03	8,98	8,94	5,22
2005	11,46	12,81	9,99	9,6	5,21
2006	13,57	14,18	10,46	10,62	5,31
2007	14,31	16,00	11,22	11,49	5,65
2008	16,49	15,79	11,29	11,78	6,13
2009	16,1	14,49	11,31	11,41	5,54
2010	15,2	14,77	11,73	11,49	6,92



TASA DE IVE % SOBRE EMBARAZOS SEGÚN CCAA DE RESIDENCIA

Fuente CSIC Delgado/Barrios

	MADRID	CATALUÑA	T. NACIONAL	ANDALUCIA	NAVARRA
2001	17,39	17,51	14,62	12,56	7,58
2002	18,82	18,33	15,5	13,38	8,38
2003	18,67	17,31	15,25	14,18	8,29
2004	18,99	17,1	15,71	15,05	9,19
2005	19,96	17,44	16,38	16,1	9,4
2006	21,06	19,58	17,33	16,27	9,01
2007	22,76	20,6	18,5	17,43	9,58
2008	21,89	22,08	18,18	16,97	9,79
2009	20,96	22,27	18,34	17,79	9,12
2010	21,68	21,31	18,8	18,59	11,17



## PERFILES DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A UNA IVE (FUENTE:ACAI)

ACAI ha realizado un estudio, tomando como muestra 5100 mujeres, que han sido todas las usuarias durante los meses de Febrero , Marzo y Abril de 2012 a las que se les ha practicado una IVE, de 15 de sus clínicas asociadas.

Los resultados son los siguientes:

El 95,7% de las mujeres que solicitaron una interrupción de la gestación en los centros acreditados de ACAI que han participado en este estudio; no deseaban el embarazo frente a un 4'3% que lo deseaba inicialmente.

Un 60% de las mujeres que interrumpen su gestación se sitúan en la franja de edad de entre 18 y 30 años. El grupo más numeroso de esta horquilla son las mujeres de entre 18 y 25 años que representan un 37% de las usuarias. Las mujeres entre 26 y 30 años suponen un 22,5% del total.

Las mujeres de 16 y 17 años del total de la muestra analizada, representan tan solo un 4% del total de mujeres (204). Asimismo, tan solo un 1% de las menores (51) tenía 15 años.

En estudios precedentes de ACAI (noviembre de 2011), se pudo

En base a lo anterior, podemos afirmar que el 48,47% de las mujeres abortarían en cualquier circunstancia, el 8,8% por razones de edad, motivo incambiable, y por patología fetal o materna un 5,08%. La suma de estos porcentajes nos muestra que un 62,35% de las mujeres que abortan por causas que no tienen un origen ni económico, ni laboral ni afectivo.

Frente a ese 62,35%, un 30,2 % interrumpen su gestación por causas económicas y laborales, siendo tan solo un 6,79% las que abortan por razones afectivas o falta de apoyo en el entorno familiar.

El 42,5 % de las mujeres encuestadas se encuentra trabajando en el momento

El 65% de las mujeres que interrumpen su gestación ha nacido en España frente al 34% que ha nacido en otro país



El Aborto Provocado no está vinculado a mujeres sin formación o sin empleo. Ya que el 65% de las mujeres que abortan tienen estudios entre la Secundaria y el Bachillerato (o equivalentes); y más del 40% de las mujeres están trabajando en el momento de la interrupción, siendo un 14% las que están estudiando.



## NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL  
R.D. 2409/1986

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

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

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

CÓDIGO DE CENTRO			
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE	SI	NO	

### A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE RESIDENCIA	MUNICIPIO
CONVIVE EN PAREJA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		DE	PROVINCIA
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERA	<input type="checkbox"/> CASADA	<input type="checkbox"/> VIUDA	<input type="checkbox"/> DIVORCIADA	<input type="checkbox"/> SEPARADA
PAÍS DE NACIMIENTO					AÑO DE LLEGADA
NACIONALIDAD					
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (1)	<input type="checkbox"/> ANALFABETA	<input type="checkbox"/> 1º GRADO	<input type="checkbox"/> 2º GRADO/2º CICLO	<input type="checkbox"/> 3º GRADO (Facultades, Esc. Tec. Sup. o equivalentes y postgraduadas)	
	<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> 2º GRADO/1º CICLO	<input type="checkbox"/> 3º GRADO (Escuelas universitarias o equivalentes)	<input type="checkbox"/> NO CLASIFICABLE POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADO	
SITUACIÓN LABORAL (2) MUJER	PAREJA O SUSTENTADOR NO EXISTE <input type="checkbox"/>		TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PATRONA/O PROFESIONAL QUE EMPLEA PERSONAL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> N° DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD	FECHA DEL ÚLTIMO PARTO	DÍA	MES
<input type="checkbox"/> EMPRESARIA/O PROFESIONAL QUE NO EMPLEA PERSONAL	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> N° DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL	FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO	DÍA	MES
<input type="checkbox"/> PERSONA QUE TRABAJA A SUELDO, JORNAL, COMISIÓN U OTRA CLASE CUALQUIERA DE REMUNERACIÓN	<input type="checkbox"/> 3				
<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> 4				
<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> 5				
<input type="checkbox"/> PARADA/O EN BUSCA DE SU PRIMER EMPLEO REMUNERADO	<input type="checkbox"/> 6	¿HA ACUDIDO A UN SERVICIO O CENTRO SANITARIO PARA LA UTILIZACIÓN O CONTROL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?			
<input type="checkbox"/> SUS LABORES	<input type="checkbox"/> 7	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> OTRAS (3)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>			

### B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO	SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO							
	<input type="checkbox"/> 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO	FECHA DE INGRESO	DÍA	MES					
	<input type="checkbox"/> 3 OTROS	FECHA DE LA INTERVENCIÓN		AÑO					
		FECHA DE ALTA							
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> 1 PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD FÍSICA O PSÍQUICA DE LA EMBARAZADA	} →	CAUSA						
	<input type="checkbox"/> 2 PRESUNCIÓN DE QUE EL FETO HABRÁ DE NACER CON GRAVES TARAS								
	<input type="checkbox"/> 3 VIOLACIÓN								
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	<input type="checkbox"/> 1 ASPIRACIÓN O MINIASPIRACIÓN POR JERINGA	<input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN	<input type="checkbox"/> 3 LEGRADO	<input type="checkbox"/> 4 RU-486	<input type="checkbox"/> 5 INYECCIÓN INTRAVENOSA	<input type="checkbox"/> 6 INYECCIÓN INTRAUTERINA	<input type="checkbox"/> 7 HISTEROTOMÍA	<input type="checkbox"/> 8 HISTERECTOMÍA	<input type="checkbox"/> 9 OTROS
NOTA: MÁRQUESE ÚNICAMENTE EL ÚLTIMO MÉTODO UTILIZADO EN LA IVE									

## ¿CÓMO REDUCIR EL N° DE EMBARAZOS NO DESEADOS?

La ley de SSR de 2010 contempla una serie de medidas en el ámbito de la salud, de la educación y la elaboración junto con las CCAA de una estrategia de salud sexual y reproductiva

La Ley parte de la convicción [...],

- de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada,
- el acceso universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción,
- y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y las IVE"

Esta Ley marca los objetivos que deben guiar la actuación de los poderes públicos, quienes garantizarán:

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

Basándonos en estos criterios veamos dos ejemplos de lo que se viene haciendo y cuales son sus resultados.

### **Situación en Noruega, país con una reducción del 18% en el n° de IVEs en última década**

Mejor país del mundo para ser madre según la ONG Save the children

A principios de los años 90, el gobierno Noruega financió tres planes estratégicos orientados a:

- 1) garantizar los derechos sexuales y reproductivos a toda la población, y,
- 2) reducir las tasas de abortos inducidos; especialmente entre las jóvenes.
- 3) animar a los jóvenes a tomar el control sobre su fertilidad y salud sexual.

Su principio clave fue orientar todos los trabajos y proyectos hacia el sexo, la edad y el entorno cultural específico de cada grupo objetivo.

Para lograr los objetivos referidos, se estableció como obligatoria la educación sexual en la escuela en Noruega, ésta comienza en el quinto grado, es decir a partir de los 10 años.

Para avanzar en la equidad de género, se diseñaron programas específicos para niños y niñas.

Se utilizaron sistemas de información interactivos y programas de formación en Internet, a través de SMS y juegos de ordenador.

El programa para niñas comprende la orientación práctica y el entrenamiento en la autoafirmación. Se trabajan estrategias orientadas a saber cómo decidir sobre su propio cuerpo y cómo aprender a ser una misma, tanto física como psicológicamente.

También se trabaja la educación en grupos de pares mixtos. Los jóvenes son alentados a participar directamente en la labor preventiva, y los grupos de pares educativos se han establecido en todo el territorio nacional.

Para lograr el fácil acceso a los métodos anticonceptivos seguros, se arbitraron las siguientes medidas:

- los jóvenes pueden obtener anticonceptivos de manera gratuita en los servicios de salud y en los servicios sociales de la juventud de todo el país
  - la píldora está disponible de forma gratuita para las chicas de entre 16 y 20 años.
  - las matronas y las enfermeras de distrito con un entrenamiento especial, pueden prescribir la píldora.
  - desde el año 2000 la anticoncepción de urgencia está disponible (OTC- sobre el mostrador) en todas las farmacias locales (así se evita el apuro de tener que solicitarla, simplemente se coge de la estantería)
- Eficacia de los planes estratégicos noruegos:

Los resultados de estas estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva son que, con la excepción de 2001, la tasa de aborto en general se mantiene en los últimos diez años y disminuye respecto a la década anterior:

- Desde principios de los 90, la tasa de IVEs, en general, en Noruega se ha reducido un 18%. En 2007, la tasa de IVEs fue del 13,8 por 1000 mujeres.
  - Los partos de adolescentes son excepcionalmente raros y equivalen a menos del 5% del total anual de nacimientos.
- ❖ La prevalencia anticonceptiva es del 88,2 %

## SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ANDALUCÍA.

### 1.- Variabilidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

Los cambios realizados en el ámbito de la Planificación Familiar (PF), en Andalucía, han dado lugar a una diversidad de situaciones que, en conjunto, suponen un deterioro de la atención prestada. Esa diversidad contribuye a generar desconcierto entre la población que, en numerosas ocasiones, desconoce quién, dónde y cuándo se presta este tipo de servicio.

Esto no es de extrañar si recordamos que de los centros de planificación familiar se pasó a las consultas programadas (donde el profesional contaba con más tiempo para la consulta) y de éstas a las consultas a demanda.

Otro cambio importante supuso el **pasar de ser** atendidas por médicos de atención primaria especializados, **a serlo por** todos los médicos de atención primaria (AP).

La filosofía de estos cambios era normalizar la atención a la anticoncepción, integrándola en los procesos cotidianos.

Pero, hace más de 20 años que no se revisa la situación y poco a poco la atención a la salud sexual y reproductiva (SSyR) ha sido desterrada de los objetivos del SAS.

### 2.- Carga de trabajo y tiempo disponible para la planificación familiar en atención

#### Primaria.

En Andalucía, desde que la planificación familiar pasó a ser responsabilidad de los médicos de atención primaria y desde que estos cuentan con un tiempo muy limitado para cada consulta, las posibilidades de ofrecer una información clara, sosegada y argumentada de la oferta anticonceptiva existente, sus ventajas e inconvenientes, es limitada. En esos 3-5 minutos por paciente, el/la médicx tiene que **recibir, entrevistar, explorar, diagnosticar, derivar si procede y pedir pruebas complementarias**, solucionar si es posible el problema y, por supuesto, registrar todo en el ordenador.

Parece que la PF es el 'patito feo' de la medicina y del SAS. No cuenta ni con tiempo, ni con profesionales especializados, ni con recursos específicos. Parece que se espera que la planificación familiar se haga en colaboración con el sistema educativo, con pequeñas aportaciones del sistema sanitario (modelo Forma Joven). Sin embargo, se insiste en la intención de bajar las tasas de aborto y se sabe que, para ello, la formación es tremendamente importante.

**3-Lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos**

En teoría, para obtener un método anticonceptivo hormonal, el tiempo de espera se calcula, es inferior a 2 meses. La obtención del DIU a través de atención primaria necesita entre 1 y 2 meses. Si se necesita pasar al segundo nivel (en el caso de que el propio médico no ponga el DIU) de 1 a 2 meses se añaden a los 2 primeros (hay que acudir primero a atención primaria), es decir, 4 meses de proceso en total (en el mejor de los casos). En cuanto a los métodos irreversibles, legalmente la lista de espera debe ser inferior a 2 meses. Pero la gente no conoce este derecho y el tiempo de espera es superior.

**4-Deficiencias informativas**

La impresión general es que la planificación familiar está desatendida en Andalucía. El hecho de que se haya avanzado mucho en las últimas décadas no significa que toda la población posea la información básica y necesaria. Sin embargo, el gran cambio vivido en nuestro país en el ámbito de la SsyR, ha podido contribuir a que se descuide un poco la difusión de la información de calidad.

**La salud sexual y reproductiva en la educación en España**

El artículo 9 de la ley de 2010 dice: "incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo. El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral"

**pero la realidad es que :**

La educación sexual está ausente en el currículo escolar

- ❖ 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.

## VII. - IVE Y CRISIS

Resulta llamativo que, en contraste con lo afirmado en el informe de la UNFPA sobre las ventajas económicas que suponen para cualquier país una buena planificación familiar, en el nuestro sea un objetivo prioritario para el Ministerio de Justicia dificultar el acceso a la IVE en estos momentos

### SANIDAD

**No hay muchos datos** disponibles, pero a partir de las informaciones aparecidas en los medios podemos afirmar que se están dando situaciones de mayor precarización.

Diversas organizaciones sociales han alertado sobre los daños y riesgos de las políticas puestas en marcha sobre la salud de las mujeres; "todos" los indicadores analizados durante el último año constatan la precarización de las condiciones de vida y también de la salud de la sociedad, cuando las mujeres ya partían de una situación de desventaja.

En este sentido se enmarca

- La salida de la Seguridad Social de la población inmigrante irregular.
- La insinuación del gobierno de que la IVE libre (hasta 14 semanas) quedaría fuera de la cartera básica del Sistema Nacional de Salud, lo que representa un 80% de las IVE que se practican en nuestro país

Declaraciones de la representante de ACAI, (Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo) tras entrevista con el gobierno el 06/06/2012.

- Retrasos en el pago a servicios realizados por las clínicas

En algunas Comunidades Autónomas, (Aragón, Navarra) el retraso en el pago de los servicios prestados por las Clínicas que llevan a cabo IVE de forma concertada está ocasionando graves problemas a las mujeres que, teniendo reconocido por ley su derecho a interrumpir un embarazo no deseado, se encuentran con serias dificultades para ejercer ese derecho.

Un ejemplo:

Los grupos de oposición en la Cortes de Aragón manifestaron el 07/06/2012 que creen que el gobierno regional se "esconde" tras la crisis y los problemas surgidos con las clínicas que practicaban abortos en Aragón y que su interés sobre este asunto es de falta de voluntad política para garantizar este derecho a todas las mujeres.

- Si la reforma de la IVE se llevara a cabo en los términos expresados por el ministro podríamos encontrarnos de vuelta a situaciones similares a las de la década de los 70: enorme número de abortos clandestinos y de "viajes" para poder realizar la IVE en otros países con legislaciones más respetuosas con los derechos sexuales y reproductivos.

## PREVENCIÓN

Si ya vimos anteriormente que sin necesidad de la presión de la crisis, no se ha hecho efectivo el desarrollo de las medidas preventivas, basadas en la educación y el acceso a métodos anticonceptivos, que planteaba la ley, podemos suponer que mucho menos se impulsarán en la actualidad.

## JUSTICIA

Enmascarando con la crisis el conservadurismo del actual gobierno se ha anunciado un cambio en la ley que supondría un **retroceso legal**:

- La Plataforma de Defensa de Derechos Sexuales y Reproductivos ha entregado en el Congreso un manifiesto titulado "Decidir nos hace libres" contra la reforma de la Ley de Derechos sexuales y reproductivos y de IVE, el 06/06/2012 dirigido a todos los portavoces parlamentarios en el que queda expuesta la "indignación" ante el "retroceso" que, a su juicio, supondría la reforma anunciada por el Gobierno de la Ley del Aborto de 2010.

En este texto ponen de manifiesto que "cualquier intento de hacer punibles y negar los derechos sexuales y reproductivos conlleva el retroceso en cuestiones tan básicas como la educación sexual o la mejora en el acceso a la anticoncepción, incluida la de urgencia".

Reivindican que es "esencial" recordar la obligación, de acuerdo con la normativa europea e internacional, de refrendar la protección y seguridad jurídica en materia de derechos sexuales y reproductivos

- Posible retroceso legal que nos alejaría de la legislación europea.
- Volver al sistema de supuestos como el de la ley del 85 devolvería a España a una época en la que la IVE no se consideraba un derecho y la mujer solo podía hacerlo bajo tutela médica.



## VIII.- CONCLUSIONES

Como mujeres feministas creemos que cuando una mujer necesita interrumpir un embarazo, es a ella y sólo a ella a quien corresponde tomar esa decisión.

Dado que ningún anticonceptivo es fiable al 100%, siempre será necesario garantizar ese derecho a cualquier mujer que lo necesite.

Por ello reivindicamos:

1. El desarrollo de políticas y medidas de salud sexual y reproductiva basadas en el reconocimiento de estos derechos que:
  - Introduzcan en el currículo escolar la educación afectivo-sexual.
  - Aseguren el acceso a todos los métodos anticonceptivos dentro de la Seguridad Social.
  - Atiendan las particulares necesidades en materia de sexualidad y anticoncepción de las mujeres jóvenes.
  - Garanticen que se presta una atención de calidad en salud sexual y reproductiva y en los centros de la red sanitaria pública.
2. Un cambio legislativo en el que la IVE deje de estar tipificada como delito y por tanto dentro del Código Penal, y pase a estar regulada como el derecho que tienen las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo y a decidir sobre su maternidad.
3. El reconocimiento de este derecho preciso y claro, de forma que su práctica no se vea condicionada ni obstaculizada por la valoración y juicios morales de terceras personas o por la ausencia de servicios.
4. La cobertura de la IVE en la red sanitaria pública de forma que se garantice el carácter universal de este derecho y se normalice como prestación sanitaria. La IVE de menos de 14 semanas se podría realizar en los centros de atención primaria o especializada, evitando así costes de hospitalización y garantizando así una mayor accesibilidad de las mujeres.
5. Regulación de la objeción de conciencia del personal sanitario que respete sus derechos y garantice que todos los centros públicos dispongan de los equipos profesionales necesarios para atender la demanda de las mujeres que lo necesiten.

## FUENTES CONSULTADAS

- "Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud"* Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2003
- "ANTICONCEPCIÓN EN ANDALUCÍA I - Representaciones, discursos y prácticas profesionales"* Carmuca Gómez Bueno (Dir) Hélène Bretin Rocío Puente Navas
- "Condiciones que motivan el aborto provocado"* ACAI Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE 2012
- "Declaración de grupos de defensa de los derechos humanos, los derechos de las mujeres y el derecho a la salud, con motivo de la presentación del informe del relator especial sobre el derecho a la salud, Anand Grover, ante la asamblea general de la ONU"*. AMNISTÍA INTERNACIONAL Índice: IOR 41/016/2011
- "Derechos sexuales: una declaración de IPPF"*. New York 2008
- "Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España."* Delgado, Margarita y Laura Barrios (2007) Madrid, CIS-sXXI, Monografías, nº 236.
- "El aborto en América Latina y El Caribe"*. Guillaume, Agnès y Susana Lerner Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPED, Paris)
- "El aborto en España en una perspectiva internacional"*. Revistas CSIC Delgado, Margarita y Laura Barrios Estudios Geográficos LXVI, 258 Enero-Junio 71-103. Consejo Superior de Investigaciones Científicas 2005.
- "El Progreso de las mujeres en el mundo. En busca de la justicia 2011-2012"*. Edita ONU Mujeres
- "Encuesta de fecundidad, familia y valores, Opiniones y Actitudes"*, Delgado, Margarita (2006), nº 59, Madrid, CIS.
- "Estudio de hábitos anticonceptivos y aborto (HAYA) Daphne (2009)"*, [http://www.pildoraymujer.com/pdf/Presentación\\_HAYA.pdf](http://www.pildoraymujer.com/pdf/Presentación_HAYA.pdf)
- "Hábitos anticonceptivos y aborto"*. Equipo Daphne. Estudio Haya 2009
- "Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*. Naciones Unidas A/66/254
- "Interrupción voluntaria del embarazo, ética y derechos humanos CAUSAL SALUD"*. Edita: La mesa por la vida y la salud de las mujeres y La alianza nacional por el derecho a decidir.

- "*Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010*". MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
- "*Interrupción Voluntaria del Embarazo. El derecho de las mujeres a decidir*". Coordinadora de Organizaciones Feministas del Estado Español. Madrid 2007.
- "*La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. 2010*" Ministerio de Sanidad y Consumo
- "*La maternidad adolescente en España*". CSIC-UCM-FEC (2010),
- "*Situación de la IVE en Uruguay*" Cotidiano Mujer, CLADEM, IMS, RUDA
- Saludreproductiva.com . Delgado, Margarita y Laura Barrios