

A
M
A
R
A
N
T
A

**Derechos sexuales y
reproductivos para todas,
todas, todas**

Cuaderno Feminista nº4
(actualización capítulos 1 y 2)

Asamblea Feminista de Madrid

La elaboración del presente informe ha corrido a cargo de la **Asamblea Feminista de Madrid** y refleja únicamente las posiciones y argumentos de Asamblea Feminista de Madrid.

ASAMBLEA FEMINISTA DE MADRID

<http://www.feministas.org/madrid/>

asamblea@feministas.org

C/ Bravo Murillo, nº 4 – 28015 Madrid

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas

Esta publicación puede usarse total o parcialmente citando la fuente

Agosto 2019

Capítulo 1 Educación sexual: la asignatura pendiente

Capítulo 1: La educación sexual: la asignatura pendiente

1.1 Estado de la cuestión

La educación afectivo-sexual nos aporta conocimientos e información sobre la sexualidad desde un enfoque múltiple, considerando aspectos biológicos, psíquicos y sociales. Es decir, contemplando también las aptitudes, actitudes y valores que favorecen el disfrute de una sexualidad placentera y saludable, tanto física como emocionalmente. Una educación que fomente nuestra autonomía y nos permita tomar decisiones sobre las relaciones y la sexualidad, es también una garantía para prevenir comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo derivados de la falta de información y conocimientos.

Desde el movimiento feminista hace décadas que abogamos por el derecho de todas las personas, empezando por las niñas y los niños, a una educación afectivo-sexual de calidad, libre de estereotipos sexistas, racistas, homófobos, transfobos, morales, ideológicos o religiosos; que, como señala el Argumentario del 8M¹, “nos eduque en la diversidad, muestre las diversas formas de vivir la sexualidad, identidades y/o expresiones de género y las distintas corporalidades que existen, promoviendo el placer sexual y autoconocimiento de nuestros cuerpos; una educación laica, que informe sin moralismos sobre la importancia de la prevención de embarazos no deseados, las ITS y la violencia sexual”. Una educación con rigor científico y adaptada al desarrollo evolutivo de las personas, en todas las etapas vitales.

En la Comunidad Autónoma de Madrid, esta demanda es totalmente ignorada.

¹ <http://hacialahuelgafeminista.org/wp-content/uploads/2019/02/ARGUMENTARIO-8M-2019.pdf>

1.2 Un paso hacia adelante, dos pasos hacia atrás

Mirando la evolución de la legislación, es en 1990 cuando en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) se introduce por primera vez la educación sexual, afectiva y reproductiva en los currículos de los centros escolares y se impulsa su transversalización, aunque con diferentes resultados. Este incipiente avance se ve obstaculizado en 2002 cuando se promulga la Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE), en la que se promueve una visión puramente reproductivista de la sexualidad.

La situación no mejoró con la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006 en la que se incluye la asignatura de “Educación para la Ciudadanía y los derechos humanos”, diseñada para el último ciclo de la Educación Primaria y toda la Educación Secundaria. Esta asignatura acabó convirtiéndose en un cajón de sastre donde cabían diversidad de temas todos ellos relevantes como la inmigración, la violencia sexista, el cambio climático, y tuvo el efecto de restarles importancia a todos. Incluso estos tímidos cambios contaron con una feroz oposición por parte de la Conferencia Episcopal y la CONCAPA², apoyadas por medios de comunicación afines a la Jerarquía Católica, y todas las fuerzas políticas y sociales conservadoras.

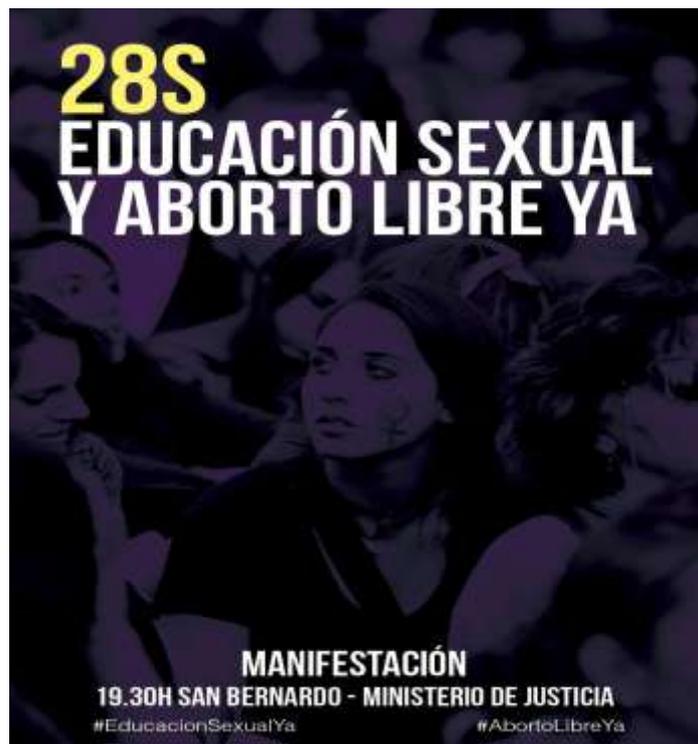
La vigente Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) de 2012 elimina esta asignatura, así como los escasos avances que se habían ido introduciendo en materia de educación afectivo-sexual en los programas escolares en los últimos años.

En este desarrollo legislativo hay que contar con la “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” (2010) que en principio tenía que resolver todas las deficiencias y falta de reconocimiento de derechos consecuencia de las legislaciones anteriores. Sin embargo, y a pesar de que la Ley recoge interesantes definiciones como la de salud sexual e insta al desarrollo de la educación sexual, lo cierto es que no establece un currículum ni especifica

² <https://www.publico.es/espana/concapa-dice-contar-apoyo-empresarial.html>

contenidos. No existe ningún tipo de regularización, obligatoriedad ni asignación de recursos.

Si bien en algunas Comunidades Autónomas, al ser la educación una competencia transferida, han desarrollado su propia normativa y programas, no es el caso de la Comunidad de Madrid, donde la educación afectivo-sexual está fuera del currículum escolar.



Cartel de la manifestación convocada por el Movimiento Feminista de Madrid por una educación sexual y aborto libre. 2016

Recordemos que ya en 2007³ en el marco de un estudio análogo al que ahora se presenta, realizado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español, se ponía de relieve la necesidad de otorgar un papel fundamental a la educación afectivo-sexual en la formación de niñas y niños, así como de adolescentes y jóvenes, esto es, en todas las etapas educativas. Como hemos visto a pesar del tiempo transcurrido desde entonces, la situación ha cambiado muy poco en lo que se refiere a desarrollo de contenidos concretos en relación con la

³ Interrupción voluntaria del embarazo. El derecho de las mujeres a decidir. Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas Estado español (eds). Madrid 2007.

Accesible en: <http://www.feministas.org/interrupcion-voluntaria-del.html>

educación afectivo-sexual en los centros escolares en la Comunidad de Madrid: la educación sexual no forma parte del currículum escolar y por lo tanto no existe. Este tipo de formación acaba siendo relegada al ámbito de la educación no formal y, en su caso, se imparte dependiendo del centro, a través de talleres de asociaciones, ONG o Fundaciones, pero también de empresas que comercializan productos relacionados a la higiene íntima.

Al existir este vacío legal el enfoque que se adopta depende de la orientación pedagógica del Centro, así como de la ideología de la entidad concreta que imparte el taller. En el caso de la Comunidad de Madrid desde la propia Consejería de Educación se ha fomentado durante años que este tipo de talleres los faciliten entidades abiertas y declaradamente hostiles a la autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo. La experiencia en nuestra Comunidad nos alerta de los múltiples apoyos que en diferentes ámbitos y niveles tienen los grupos cuyo discurso es contrario a los derechos sexuales y reproductivos, dañino para la libertad, autonomía y expresión del placer sexual de las mujeres.

A esto se suma la amenaza que representan el nuevo gobierno de la Comunidad y del Ayuntamiento, con las derechas y la incorporación de la ultraderecha, que ya han manifestado su decidida voluntad de negar la educación afectivo-sexual que se viene exigiendo.

La preocupación e indignación entre muchas mujeres, la mayoría jóvenes, y de los grupos feministas por el retroceso existente llevó a que la manifestación del 28 de septiembre (Día internacional de Acción Global por un Aborto Legal, Seguro y Gratuito) de 2016 en Madrid tuviera como lema “Educación sexual y aborto libre ya”⁴. De hecho, entre las actividades que se realizaron con motivo de esta movilización, se entrevistó a mujeres de diversas generaciones para indagar en las diferencias o posibles similitudes entre las experiencias de unas y otras. Aun considerando la diversidad de contextos políticos, económicos y sociales, son muy llamativas las fuertes analogías entre ellas en lo que se refiere a obvias deficiencias en la educación sexual recibida.

La conclusión es clara: la Comunidad de Madrid suspende en educación afectivo-sexual, una materia urgente y más que pendiente.

⁴ www.feministas.org/img/pdf/manifiesto_28s_16.pdf

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=T2Me1KkGZbo>

Por eso, desde la Asamblea Feminista de Madrid reclamamos una educación afectivo-sexual libre de estereotipos sexistas, racistas y LGTBIfóbicos, que nos permitan disfrutar de una sexualidad placentera. Recogiendo lo que plantea el Argumentario del 8M “para poder desarrollar espacios de autonomía, placer y poder personal para sentirnos legitimadas en la expresión de emociones y deseos. Para que nuestros derechos sexuales y derechos reproductivos estén reconocidos y sean efectivos para todas nosotras, independientemente de nuestra edad, condición migrante e identidad sexual y/o expresión de género o diversidad funcional”.

1.3 Propuestas

- Los contenidos de la educación sexual deben abordarse de forma integral, recogiendo aspectos fisiológicos y afectivo-emocionales. Esto implica tratar cuestiones que van más allá de la prevención de embarazos y las infecciones de transmisión sexual, tales como las relaciones de pareja, actitudes y habilidades en las relaciones sexuales, erotismo y placer, manejo de las emociones, orientación, diversidad e identidad sexual. De la misma forma, los materiales utilizados en la transmisión de contenidos deben estar actualizados ajustándose a todos estos aspectos.
- La educación sexual es un derecho, por lo que es exigible esta asignatura con currículum obligatorio y un protocolo establecido con normativas concretas y rigurosas que no dependan del criterio personal de las y los profesionales ni de intereses políticos, partidistas o empresariales.
- Todas las y los profesionales de la educación infantil, primaria y secundaria deben tener formación en educación sexual, por ello ésta debe figurar como un contenido más en su educación formal. También debería haber profesionales especializadas y especializados en educación sexual para garantizar la enseñanza de esta asignatura de la forma más conveniente según los distintos niveles educativos.
- En la línea de nuestra apuesta por la enseñanza pública, entendemos que se debe acceder a impartir educación sexual mediante oposición o concurso de méritos. Los centros concertados y privados están obligados también a impartir educación sexual en los términos ya mencionados. La concesión de subvenciones públicas debe observar esta cuestión.

- La educación sexual debe llegar también a las familias a través de los centros educativos y de los entornos relacionados con la educación no reglada. Para ello debe dotarse de los recursos necesarios que garanticen su continuidad en el tiempo.

Capítulo 2: Anticoncepción y aborto

2.1 Anticoncepción: estado de la cuestión

Los métodos anticonceptivos permitieron romper la idea del mandato normativo biologicista, la “inevitabilidad biológica de la maternidad”, y que las mujeres heterosexuales pudieran disfrutar del sexo sin el temor a embarazos no deseados.

“Sexualidad no es maternidad”, proclamábamos los grupos feministas allá por los años 70⁵.

Hoy existe una extendida percepción social de que ya no hay problemas en relación a la anticoncepción puesto que, salvo la Conferencia Episcopal con sus furibundas y anacrónicas proclamas (contestadas también por el grupo de “Católicas por el derecho a decidir”), nadie cuestiona su utilidad y necesidad. Esta percepción incluye también el convencimiento de que todas las mujeres conocen todos los métodos anticonceptivos, que están disponibles y que cada mujer tiene resuelto el problema y accede al método que decide utilizar.

No hay estudios a nivel de la Comunidad de Madrid sobre varios indicadores de salud sexual y reproductiva, entre otros sobre utilización de métodos anticonceptivos. Según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, preguntadas las mujeres residentes en Madrid que realizaron un aborto en 2017, el 51% refirió que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Estos datos cuestionan la percepción generalizada de inexistencia de problemas para que las mujeres accedan a los métodos anticonceptivos y abren un importante interrogante sobre la utilidad y eficacia de las políticas públicas que en materia preventiva tiene la Comunidad de Madrid en cuanto a la atención integral en salud sexual y reproductiva.

⁵ <http://issuu.com/mujeresanteelcongreso/docs/guiaive>

Los problemas que dificultan el acceso a la anticoncepción son muy diversos: pueden ser de tipo social, cultural y/o económico.

En ocasiones las mujeres se enfrentan a actitudes machistas de sus parejas sexuales, varones, que se inhiben o se niegan a utilizar los preservativos, y sobre todo a la falta de información sobre los distintos métodos, sus ventajas e inconvenientes para cada mujer, es decir a una deficiente atención en salud reproductiva.

La misma fuente ministerial indica que entre las mujeres que habían abortado, residentes en Madrid, el 46% no había acudido a un centro de salud público para informarse previamente, sino que se había informado a través de amigas y amigos, en internet o en un centro de salud privado. Entre los motivos puede estar los obstáculos para acceder a los Centros de Salud, el no considerarlos “centros amigables” y/o temer encontrarse con posturas moralizantes por parte de los y las profesionales. Como resultado de ello optan por otras vías de información.

2.2 El coste económico de la anticoncepción

Uno de los principales problemas para acceder a los métodos anticonceptivos es el económico, es decir el coste que tienen. Porque, pese a que la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece “la necesaria asistencia en todos los métodos anticonceptivos”, algunos 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 SNS sólo financia una parte de los anticonceptivos hormonales orales (las píldoras) y el DIU hormonal (que es de uso hospitalario y con desigual acceso según Comunidades Autónomas). Pero no financia: el parche, el anillo vaginal, el implante subdérmico, el Diu de cobre, la anticoncepción postcoital. El preservativo y el diafragma al no ser un medicamento no entra en el Registro de Fármacos y no recibe ningún tipo de consideración sanitaria a efectos económicos.

En algunas Comunidades Autónomas han optado por financiar con presupuesto autonómico algunos de estos anticonceptivos, pero no es el caso de la Comunidad de Madrid que no financia ninguno. Sólo de forma puntual y a través de algunos programas dirigidos a jóvenes, a trabajadoras del sexo o en programas de prevención del VIH/SIDA se les proporciona preservativos gratuitos.

Mención aparte merece la anticoncepción de emergencia, la llamada “píldora postcoital”, efectiva para evitar embarazos no deseados tras haber tenido una relación sexual coital sin protección. Es un recurso utilizado mayoritariamente por jóvenes y, dado su carácter de urgencia por el reducido plazo en el que resulta eficaz, requiere un tratamiento particular respecto al resto de anticonceptivos.

En la actualidad se dispensa en las farmacias, sin receta médica, lo que por un lado mejora el acceso con respecto a la situación anterior, cuando las mujeres tenían que ir a un centro de salud para que les diera la receta un médico o médica; pero por otro, supone que la mujer tiene que pagar el coste íntegro, ya que la mayoría de los Centros de Salud no la facilitan.

También se han dado casos de la existencia de “farmacias objetoras”. En algunas farmacias se niegan a facilitar la anticoncepción de urgencia, a pesar del carácter de urgencia que tiene, aludiendo a la objeción de conciencia por considerar abortiva, demostrando así un total desconocimiento ya que, como han demostrado hasta la saciedad diversas organizaciones científicas y la propia Organización Mundial de la Salud, no es un método abortivo, sino anticonceptivo.

El resultado final de esta situación es que el acceso a la anticoncepción por parte de las personas heterosexuales se encuentra con un fuerte obstáculo económico.

² Ver: <http://www.fpfe.org/nos-preocupan-las-desigualdades-en-la-atencion-a-la-anticoncepcion-presentacion-del-in-forme-sobre-las-cc-aa/>.

2.3 Propuestas

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, en la práctica, de algunos métodos anticonceptivos de mucho uso por otro, influyen decisivamente en el número de embarazos no deseados y por tanto en el número de abortos que se realizan. Tiene especial incidencia en jóvenes que encuentran mayores obstáculos para el acceso a los servicios y recursos públicos de salud. Por ello resulta incomprensible que no esté garantizado el derecho universal a la anticoncepción de calidad, o que se mantengan enfoques asistenciales no integrales.

Entendemos y exigimos

- Que se desarrollen políticas públicas que atiendan a los problemas reales de todas las mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva.
- Que se garantice que todas las mujeres que lo necesitan y desean puedan acceder a todos los métodos anticonceptivos. Esto supone que estén incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, asegurando así el acceso gratuito a los anticonceptivos modernos.
- En cualquier caso, la Comunidad de Madrid debería garantizar (a través de financiación propia) el acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos mientras que el SNS no lo contemple.
- Garantizar que se ofrece información veraz a las mujeres sobre los diferentes métodos de anticoncepción.

2.4 Aborto: estado de la cuestión

El aborto es el derecho que tenemos las mujeres a decidir sobre nuestra vida. A nivel social parece existir un acuerdo mayoritario sobre esta consideración del aborto. Esto se ha corroborado en las movilizaciones que se dieron en todo el Estado español lideradas por el movimiento feminista y secundadas por gran parte de la sociedad civil, en contra de la propuesta de la llamada “Ley Gallardón” (“Ley de protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada”, diciembre de 2013). Esta propuesta trataba de restringir la ley de 2010 pero que en gran medida las movilizaciones feministas lograron paralizar al considerarla un atentado contra sus derechos, nuestra autonomía, libertad, salud, vida y dignidad.

Si bien la mayor parte de la sociedad entiende el aborto como un derecho, lo cierto es que pese a la ley de 2010 que permite el aborto hasta las 14 semanas sin que la mujer tenga que aducir causas, sigue sin estar reconocido como tal en la legislación, pues continúa recogido en el Código Penal como delito. Esto tiene consecuencias tanto desde el punto de vista simbólico, puesto que no podemos hablar de derechos sexuales y reproductivos por más que exista una ley que así lo considere mientras el aborto continúe en el Código Penal.

Pero además tenemos que enfrentarnos al estigma derivado del hecho de abortar, consecuencia de una concepción patriarcal, machista, y fundamentalista religiosa de la experiencia de la sexualidad femenina, que se concibe únicamente destinada a la reproducción.

El hecho de que el aborto no se encuentre normalizado como derecho y como una prestación sanitaria, igual que cualquier otra en la sanidad pública (situación que es particularmente flagrante en la Comunidad de Madrid), no ayuda, sino que más bien ahonda en el estigma que también viven las y los profesionales que practican abortos.

A este marco general nada muy halagüeño, hay que añadir la actividad política constante de los movimientos fundamentalistas anti-elección. Estos no solo dirigen sus esfuerzos a violentar a las mujeres que abortan y a las y los profesionales con concentraciones a las puertas de las clínicas acreditadas, sino que también utilizan los resquicios del sistema legal para dificultar el trabajo que realizan asociaciones feministas y de profesionales de la salud sexual y reproductiva para informar y sensibilizar sobre estos derechos. Todo ello, por tanto, obstaculiza la posibilidad de que se ejerza un derecho, de acabar con el estigma del aborto y con la infinidad de barreras con que las mujeres se encuentran a la hora de llevar adelante su decisión.

En la Comunidad de Madrid se han ido profundizando estos problemas debido a las políticas que los gobiernos han desarrollado y al apoyo que han dado a los grupos anti-elección, que les ha permitido actuar con total impunidad. También por las interpretaciones intencionadamente restrictivas de las normativas que han realizado, lo cual ha supuesto dificultades añadidas a las mujeres, sobre todo a las más jóvenes a la hora de ejercer su derecho.

“La mujer decide, la sociedad respeta, el Estado garantiza y la Iglesia no se mete”.

2.5 Datos sobre aborto en la Comunidad de Madrid

Las estadísticas oficiales con las que se cuenta en la Comunidad de Madrid son las que elabora anualmente el Servicio Madrileño de Salud⁶ y recoge el informe que elabora el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁷. Pero no existen estudios cualitativos que puedan dar una idea clara e integral de las situaciones personales y sociales complejas en las que podrían encontrarse las mujeres que acuden a abortar, así como elaborar estrategias de intervención. Además, no se recoge ninguna información con respecto al grado de satisfacción de las mujeres con el tipo de servicio ofrecido, por lo que no existe ninguna evaluación en cuanto a la eficacia y calidad de la atención que se da a las mujeres, lo cual es fundamental si verdaderamente situamos en el centro los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

A continuación, recogemos algunos datos relevantes, teniendo en cuenta que los últimos datos oficiales disponibles son los facilitados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social el 10 de julio de 2018, que hacen referencia a las mujeres que abortaron en 2017.

Datos acerca de las mujeres que abortaron en 2017

En términos absolutos, el número de IVE realizadas durante dicho año en la CM a mujeres que residen en la misma es de 16.652, lo que supone una tasa de 13,07% por mil mujeres entre 15 y 44 años (la segunda más alta de todas las Comunidades Autónomas).

- El 83% de las mujeres que abortaron tenían entre 20 y 40 años, y 1.469 menos de 19 años.
- Más de la mitad de las mujeres (54%) tenían hijas o hijos a su cargo y el 42% vivía en pareja.
- El 64% de las mujeres eran asalariadas, el 19% eran demandantes de empleo y el 4% realizaban trabajos domésticos y de cuidados (“tareas domésticas”). El número de mujeres asalariadas aumenta en relación con el año anterior que era el 54,4%.
- Para el 59% de las mujeres era su primera IVE.
- Del total de mujeres residentes en la CM que abortaron el 50% habían nacido en otro país (8% en Reino Unido, 1% en un país de Europa, 33% en algún país de “América”, 4% en algún país de Asia y otro 4% en algún país de África).
- Algo más de la mitad de las mujeres que tuvieron una IVE en 2017 refirió no utilizar ningún método anticonceptivo (el 51%), el 32% utilizaba un método de barrera, y el 15% un método hormonal.

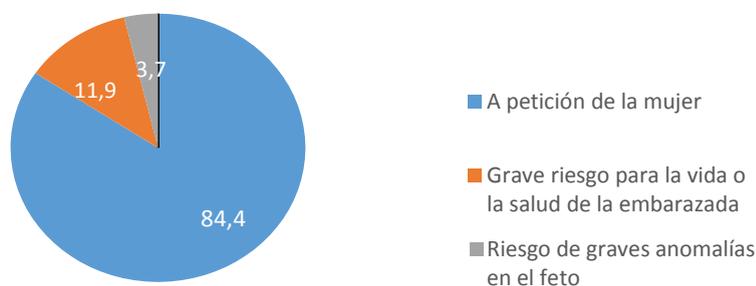
⁶ Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

⁷ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

Los motivos del aborto

Uno de los problemas del formulario que se cumplimenta para conocer los motivos por los que una mujer aborta es que las categorías de respuesta se basan en los supuestos contemplados en la “Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”. Para los embarazos de menos de 14 semanas la categoría es “a petición de la mujer” cuando debería poner “sin necesidad de alegar causa”. El hecho de tener que alegar causas en los casos de embarazos de más de 14 semanas de gestación lleva a especificar como una de ellas los riesgos de malformación en el feto, lo que ha sido cuestionado por diversas asociaciones. Con esta categorización parecería, además, que quienes abortaron por posibles malformaciones fetales no lo hubieran hecho por petición propia.

Motivos del aborto en la Comunidad de Madrid, 2017.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017

Según las estadísticas, en 2017 el 86% de las mujeres residentes en la CM abortó sin tener que alegar causa “por petición propia”, el 10% por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, un 3% por riesgo de graves anomalías en el feto y un por anomalías incompatibles con la vida o enfermedades extremadamente graves o incurables.

Desde nuestro punto de vista, en ningún caso la atención a una demanda de aborto de una mujer puede estar supedita a otro motivo que no sea su decisión.

Tiempo de embarazo

Otra problemática que se nos presenta es en relación con el momento en el que las mujeres deciden interrumpir su embarazo. En lugar de categorizar esta pregunta en función de las semanas (un criterio objetivo y absolutamente comprensible para cualquiera), se adjetiva como “precoz” o “tardío”, lo que puede generar un juicio de valor sobre el momento en el que las mujeres abortaron. Según los datos, el 72% de mujeres que abortaron en 2017 lo hicieron en las 8 primeras semanas, mientras que el 5% lo hicieron cuando su período de gestación superaba las 15 semanas, siendo 16 mujeres las que tuvieron que interrumpir su embarazo de 23 o más semanas.

Método de aborto

El aborto puede ser tanto instrumental (se requiere una intervención quirúrgica menor llevada a cabo por personal sanitario) como farmacológico (a través de la administración de la pastilla RU 486, este proceso requiere de hasta 48 horas para finalizarse y está monitoreado por personal

sanitario). En la Comunidad de Madrid se realizan muy pocos abortos farmacológicos si bien, para algunas mujeres, podrían ser una alternativa más interesante que el instrumental. El aborto farmacológico en la CM en 2017 no alcanzó el 4%, mientras que en el conjunto del Estado éste supuso un 32%. El uso de este método difiere bastante de un centro a otro: existen centros en los que puede oscilar entre el 8% o el 5% mientras que en otros supone sólo el 1%. Sea como fuere, lo cierto es que el uso o no del aborto farmacológico no está exento de cierta controversia: mientras que por un lado la Asociación de Clínicas consideran que este tipo de aborto supone una menor implicación del personal sanitario con respecto a la situación de la mujer, al tiempo que denuncian la presión que las farmacéuticas que comercializan las pastillas están realizando con las administraciones sanitarias, en otras CC.AA se realiza en mayor medida, funciona bien y supone, para muchas mujeres, una alternativa más cómoda y que encaja mejor en su estilo de vida, además de que su precio es infinitamente menor.

Desde nuestro punto de vista las mujeres que desean interrumpir su embarazo, deberían contar con toda la información con respecto a los diferentes métodos a su alcance para finalizar su embarazo y, por tanto, poder decidir sobre cuál se adecua mejor a su situación personal y, obviamente, todos los métodos deberían estar accesibles de manera normalizada en la red sanitaria pública madrileña.

2.6 Los centros en los que se realizan las IVE: la inhibición de la red sanitaria pública

Según los datos que ofrece el Ministerio de Sanidad, el 99,96% de los abortos notificados en la Comunidad de Madrid en 2017 se realizaron en centros privados, frente a un ínfimo 0,04% de los casos en que se realizaron en centros hospitalarios públicos. El hecho de que los abortos se hayan realizado en centros privados no implica que, en todos los casos, la mujer haya tenido que abonar dicho servicio ya que en algunos casos está sufragado por la sanidad pública madrileña.

Según los datos oficiales de la CM, la financiación pública de la IVE en 2017 asciende al 74'8% (77'1% en mujeres españolas y 72'6% en mujeres migrantes).

En lo que se refiere a los hospitales públicos, en la Comunidad de Madrid sólo un hospital notificó haber realizado abortos (6 en total) sólo para abortos del tercer trimestre. En hospitales, como La Paz, no se realiza ningún aborto.

En la práctica, el recorrido que tiene una mujer para que poder abortar es el siguiente:

Van directamente a un centro privado y desde allí se las deriva a al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) o bien acuden al SERMAS directamente⁸. Allí, en principio, las atiende personal de enfermería y las derivan a los centros para practicar la IVE.

Siguiendo lo establecido por la ley a las mujeres se les entrega un sobre en el que se proporciona información relativa a “derechos, ayudas, beneficios y prestaciones al embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos e hijas”. Además de recibir esta

⁸ Por ley los datos son confidenciales.

información en un sobre cerrado, por ley las mujeres deben tomarse obligatoriamente tres días de reflexión sobre su decisión antes de volver a la clínica para que les realicen el aborto.

Desde nuestro punto de vista el establecimiento de jornadas obligatorias de reflexión , por un lado supone un cuestionamiento del ejercicio de nuestro derecho y de nuestra capacidad para tomar decisiones propias; y por otro lado, puede tener graves implicaciones prácticas ya que las mujeres ven alargarse el proceso de la IVE una vez tomada la decisión, que supone un problema añadido cuando las mujeres han de desplazarse desde otras localidades para abortar, o cuando están en el límite del plazo en que pueden realizarlo. Es decir, se ponen obstáculos innecesarios en un momento en el que las mujeres tienen que tomar una decisión compleja y el tiempo apremia.

Estos obstáculos han sido puestos en evidencia en el informe de la ONU 2015 sobre la situación de las mujeres en España, a través del “Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica” En este documento se recomienda al Estado español eliminar los obstáculos que dificultan el acceso de las mujeres a la IVE, garantizar su cobertura universal y revisar la tutela pública sobre las menores de 16 y 17 años que quieran abortar, entre otras cuestiones⁹.

Este circuito, repleto de dificultades, sobre el que tienen que transitar las mujeres que deciden abortar, representa un importante problema y abunda en la no normalización del aborto como derecho y prestación sanitaria con las mismas garantías para su realización en la red sanitaria pública, lo cual garantizaría la universalidad de la prestación y reduciría el estigma que experimentan las mujeres que abortan.

Nosotras sostenemos que independientemente de la existencia de centros privados, la sanidad pública debe garantizar que en todos los hospitales proporcionen la atención a las mujeres que acuden solicitando un aborto, siendo un servicio más y que asegure la libertad de las mujeres en la elección del método de aborto que quieren utilizar.

2.7 La objeción de conciencia: UN OBSTÁCULO PARA EL EJERCICIO DE UN DERECHO

Pese a que existen profesionales que se acogen a la objeción de conciencia para no realizar IVE en los centros públicos, al amparo de la ley. En la Comunidad de Madrid no hay un Registro de Objetores de Conciencia. Este criterio aplicado a una cuestión de salud pública supone que hay Hospitales Públicos donde no se atiende la demanda de la mujer que acude a una interrupción voluntaria del embarazo. Se antepone el derecho a la objeción de conciencia del o de la profesional al derecho de la mujer a poder abortar.

Un problema adicional que tiene diversas consecuencias negativas es la falta de interés que se tiene en el ámbito sanitario sobre la propia IVE y que tiene sus orígenes en la formación médica y los propios prejuicios morales que, desde las facultades de medicina o enfermería se pueden estar reproduciendo.

⁹ Informe CEDAW sobre España. Julio 2015 pag. 11-14

En general se entiende como un problema el hecho de que no se incluya en la formación del personal sanitario, en las facultades de medicina. Esto supone que cada vez existe un menor reemplazo generacional de las y los profesionales. Todo ello está, por supuesto, vinculado a la no normalización del aborto como derecho. Conocer los métodos de IVE no “suma” en la carrera profesional de los y las sanitarios, sino más bien lo contrario en algunos casos las y los profesionales son también señalados por realizar esta práctica médica. Entendemos que, si la IVE fuera entendida y presentada como un servicio más dentro de la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, esta situación cambiaría.

2.8 La especial situación de las menores en la Comunidad de Madrid

Según datos de ACAI relativos a 2014, 9 de cada 10 mujeres de 16 y 17 años había informado a sus progenitores acerca de la IVE, si bien la decisión última recaía sobre ellas. Sólo 1 de cada 10 (lo cual supone un 0,44% del total de IVEs) no lo había hecho por diversos motivos, como desamparo familiar, familias desestructuradas, familiares en prisión, mujeres de procedencia extranjera que viven emancipadas en el Estado español, situaciones de violencia, etc. La realidad de los datos, por tanto, choca de frente contra el afán del gobierno del Partido Popular de confundir a la sociedad argumentando que a esas edades las mujeres generalmente “prescinden” sistemáticamente del acompañamiento de sus tutores legales.

Aun así, y haciendo caso omiso de estos datos, a finales de 2015 se aprueba la Ley 11/2015 introducida por el Partido Popular y fuertemente contestada en las calles por el movimiento feminista así como por gran parte de la sociedad civil a partir de la cual las menores de 16 y 17 años tienen que contar con la autorización de uno de sus tutores legales para acceder a la IVE; la Comunidad de Madrid es la única de todo el territorio del Estado español que, llevando a cabo una interpretación excesivamente restrictiva de la norma, exige la autorización expresa de madre y padre para que una menor pueda realizar una interrupción de su embarazo.

Esto se ha producido durante meses sin que exista ningún tipo de orden, circular o instrucción escrita por parte de la Administración a los centros privados en los que se realizan IVE. Sin embargo, la práctica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) es que se solicite el consentimiento de ambos progenitores. La base de este razonamiento se encuentra en el apartado 2º del párrafo 5º del artículo 9 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, de 14 de noviembre en su vigente y reciente redacción, que literalmente declara:

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

El problema radica en el adjetivo posesivo en tercera persona plural “sus” que se interpreta,

únicamente en el Servicio Sanitario de la CM como “ambos padres” por lo que el consentimiento informado ha de producirse tanto por parte del padre como de la madre.

Desde el resto de Administraciones sanitarias del Estado español, se entiende que esta interpretación es nula de todo Derecho ya que estima que cuando en la norma se alude a “sus” quiere decir cualquiera de sus progenitores, sin que sea necesaria la presencia de ambos.

Esta anomalía produce un sufrimiento innecesario a mujeres jóvenes ya emancipadas o que viven situaciones familiares complejas.

Tras una fuerte presión tanto del movimiento feminista como de profesionales del sector, el 8 de junio de 2016 la Consejería de Sanidad de la CM remitió una carta¹⁰ al grupo parlamentario de Podemos en la Asamblea de Madrid (que había denunciado esta situación sistemáticamente) comunicando que lamentaban el inexplicable error que habían cometido al exigir el permiso de ambos progenitores. Esta comunicación no se hizo de manera oficial a los centros acreditados ni tampoco la instrucción ha sido por escrito al SERMAS, sino verbalmente. Aun así, parece ser que la situación en la actualidad se ha normalizado y el SERMAS no exige la autorización de ambos progenitores.

***“En Nuestros Úteros NO se legisla.
Nuestros Cuerpos NO se maltratan.
Nuestros Derechos NO se recortan.”***



Foto: Manifestación 8 de marzo de 2014, en Madrid

¹⁰ Ver: <http://www.elmundo.es/madrid/2016/06/08/5758329846163fe06b8b459e.html>

2.10 Propuestas

- El aborto es un derecho y por tanto no debe ser un delito tipificado en el Código Penal.
- La interrupción voluntaria del embarazo debe constituir una prestación normalizada en el sistema nacional de salud, atendiendo, en los centros públicos la demanda de IVE de las mujeres. De esta manera se reconoce como derecho y no abunda en el estigma y el secretismo al que, a menudo está asociado. Debe ser un derecho teórica y prácticamente para todas las mujeres (independientemente de su edad, estado civil y situación administrativa). Es necesario poner los medios para que, en un centro público, una mujer no se vea afectada en su derecho a la salud sexual y reproductiva por causa de la objeción de conciencia de un o una profesional sanitario.
- Supresión del requisito de los tres días reflexión obligatoria para las mujeres que solicitan una IVE ya que esto supone un atentado contra su capacidad ética y autonomía moral; y en la práctica se convierten en verdaderos obstáculos.
- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años planteamos la derogación de la reforma del PP puesto que atenta contra la autonomía de las mujeres, y la revisión, en este sentido, de lo establecido en la ley de autonomía del paciente.
- Garantizar la formación profesional sobre la IVE y los derechos sexuales y reproductivos en las facultades de medicina de manera que se normalice su consideración como una prestación sanitaria más y se eliminen los prejuicios que existen sobre este derecho y práctica sanitaria.
- En el caso del aborto farmacológico, proponemos que pueda realizarse, con las medidas sanitarias oportunas, en los Centros de salud.
- Garantizar que en todos los hospitales públicos haya profesionales y recursos para atender la demanda de IVE de una mujer.

