

**SITUACIÓN ACTUAL
DE LA NUEVA LEY DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA Y DE INTERRUPTIO
VOLUNTARIA DE EMBARAZO
EN EL ESTADO ESPAÑOL,
TRAS AÑO Y MEDIO DE APLICACIÓN**

Elaborado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas: *Asamblea Feminista de Madrid - Asamblea de Mujeres de Granada - Asamblea de Mujeres de Cantabria - Asamblea de Mujeres de Araba - Asamblea de Mujeres de Albacete - Asamblea de Mujeres d' Elx - Comissió 8 de Març (Valencia) – Casa de la Dona de Valencia - Asamblea de Mujeres de Palencia - Asamblea de Mujeres de Salamanca - Colectivo de Mujeres Malvaluna (Mérida) - Emakumen Internazionalistak (Nafarroa)- Xarxa feminista de Catalunya.*

Septiembre, 2011.

INFORME SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEY: ENTRE LA TEORÍA (LEGAL) Y LA PRÁCTICA (REAL)

En marzo de 2010 se promulgó en el Estado Español la nueva ley del aborto, Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Ley de SSyR. y de IVE). La aplicación de esta Ley debería suponer una mejora para las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en las primeras 14 semanas de gestación porque no han de justificar ningún motivo. Sin embargo, los decretos que desarrollan esta ley restringen claramente los mínimos derechos que reconocía y suponen una clara vulneración del espíritu con el que, teóricamente, se elaboró: el respeto al derecho a decidir de las mujeres

Tras año y medio de aplicación de la norma el diagnóstico de la situación nos muestra, la enorme distancia que separan los derechos reconocidos en el texto legal, con su puesta en práctica por parte del Gobierno estatal y las Comunidades Autónomas. La inhibición de la administración central por hacer cumplir la norma junto con la libertad de las administraciones autonómicas para interpretar las leyes de acuerdo con sus circunstancias y signo político de sus gobiernos, está provocando que las mujeres sigan teniendo importantes dificultades para acceder a una IVE a través del sistema público sanitario.

Después de 25 años con una despenalización parcial del aborto, que tantísimo coste ha tenido para muchas mujeres y profesionales, lo que reclamamos no son nuevos parches sino una Ley que reconozca y garantice, sin ambigüedades, el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su vida. Abordando, de una vez por todas, los problemas que siguen provocando las restricciones existentes en la nueva norma y garantizando el cumplimiento real de la Ley por las Comunidades Autónomas.

En este sentido, desde las organizaciones feministas que formamos la Coordinadora Estatal hemos querido visibilizar en este informe, las restricciones en el derecho de las mujeres a decidir que siguen existiendo en la nueva norma y denunciar, el incumplimiento en la aplicación efectiva de la Ley de SSyR y de IVE, a través del análisis de siete aspectos que en ella se recogen y son de gran importancia para garantizar, de una forma efectiva y real, el derecho de las mujeres a acceder a una IVE dentro del sistema público sanitario. Para ello en cada punto, señalaremos cómo aparece recogido en la teoría (la Ley) y cómo ésta, es aplicada en la práctica (la realidad).

1) APLICACIÓN DE LA LEY EN MATERIA DE EDUCACIÓN SEXUAL.

1.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge:

En el Título I. La obligatoriedad, por parte de los poderes públicos, de garantizar la información y la educación afectivo-sexual en los contenidos formales del sistema educativo, además de promover programas educativos diseñados para la convivencia y el respeto a opciones sexuales individuales y a desarrollar acciones informativas sobre estos temas, especialmente a través de los medios de comunicación.

El Capítulo III del Título Primero es el que aborda las medidas en el ámbito educativo. Según la ley, *“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”*. Esta formación debe tener un enfoque integral que promueva una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad, de prevención de violencia de género, agresiones y abusos sexuales, de reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual, de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

Según la Ley, para el cumplimiento de estos objetivos, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se

denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, elaborado con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud, con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades. Tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal

Este plan fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2010 y en él se recogían *recomendaciones* como potenciar, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad. Para optimizar recursos y compartir conocimientos sobre la promoción de la salud sexual, en el texto aprobado se afirmaba que “se actuará conjunta y coordinadamente con las administraciones responsables de educación, igualdad, juventud, trabajo, inmigración, justicia, etc., así como con las organizaciones sociales”.

1.2.- La Práctica. Situación

Antes de empezar, queremos aclarar que compartimos la idea que la educación no es tarea exclusiva de las instituciones académicas, sino del conjunto de la sociedad. Pero, además, la formación afectivo-sexual no debe circunscribirse al mundo de la infancia y de la adolescencia, es decir, aquellos periodos vitales que coinciden con la educación obligatoria. La formación afectivo-sexual, como cualquier otra formación, ha de comenzar en la infancia y continuar a lo largo de la vida.

Es la sociedad en conjunto, y no sólo la escuela, quien debe dar respuesta a los problemas como la violencia sexista, la sumisión emocional, las relaciones no-igualitarias, la homofobia, etc. En este sentido empezaremos haciendo balance de la puesta en práctica de la ley en lo que respecta a campañas en medios de comunicación (que, al margen del sistema educativo, es el único ámbito en el que la ley recoge el compromiso de hacer algo en materia de prevención).

- Los medios de comunicación:

En lo que respecta al compromiso de promover programas educativos y de desarrollar acciones informativas sobre educación afectivo-sexual en los medios de comunicación de carácter estatal, podemos decir que ha sido nulo. Las campañas en medios audiovisuales autonómicos o incluso locales, como por ejemplo la campaña “Talla els mals rotllos. EnRAONA”, del gobierno catalán, han sido anteriores a la aprobación de la presente ley.

- El sistema educativo

Dentro de los centros educativos (escuelas infantiles, colegios o institutos) nada permite ver que se haya hecho algo en relación a la educación afectivo-sexual, que ya no se hubiera hecho antes de la aprobación de la ley. El marco legal de la LOE y su desarrollo en las respectivas leyes autonómicas *permitía* introducir la educación afectivo sexual de manera transversal en algunas asignaturas o en las tutorías dentro del horario lectivo. Aunque hay que recordar el boicot que algunos gobiernos plantearon a la asignatura de Educación para la ciudadanía. A veces hasta extremos increíbles, como el proyecto del valenciano conseller Font de Mora de impartir la asignatura en inglés.

La situación de la educación afectivo-sexual en los centros escolares no ha cambiado en nada tras año y medio de aplicación de la Ley de SSyR y de IVE. Sigue siendo una materia que se imparte en los centros sólo cuando algunas profesoras o profesores más concienciados, a título individual o formando grupos de trabajo y normalmente con escaso apoyo, han podido formarse a partir de cursos impartidos bien por movimientos de renovación pedagógica, o cursos organizados por sindicatos, como STES o CCOO. Para después intentar llevarlos a la práctica en sus centros, bien en sus propias asignaturas si el currículum de las mismas lo permite, bien en tutorías o en talleres puntuales en jornadas de actividades *extraescolares*. En lo que respecta a la cooperación entre las consejerías de educación y otras consejerías, en algunas comunidades autónomas como Granada o El'x, sí había programas de colaboración

entre las distintas consejerías (normalmente las de Educación con las de Salud, Bienestar Social, Juventud...). Pero no se aprecia una mejora desde la aprobación de la ley que analizamos. Es más, en algunas de ellas hay un claro retroceso, como es el caso del País Valencià, donde durante el curso 2010-2011 la Conselleria d' Educació introdujo una serie de medidas que dificultaron la posibilidad de impartir los talleres que la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat había puesto en marcha, en colaboración con Educación, desde el curso 2008-2009. Estos talleres (Programa d'Intervenció en Educació Sexual, PIES) eran impartidos por personal sanitario en los centros educativos y estaban dirigidos, en principio, a alumnado de 3º de ESO.

Obstaculizar estos PIES contraviene incluso los objetivos marcados por la propia Conselleria de Sanitat autonómica en el Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2010-2013 y otras disposiciones legales autonómicas. ¿El resultado? Según El País (sábado 14 de mayo de 2011), de 40.000 alumnos y alumnas que durante el curso 2009-2010 habían participado en estos talleres, se pasó durante el 2010-2011 a 14.000.

Por tanto, de las *recomendaciones* recogidas en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que comentábamos en la primera parte de este texto y que, recordémoslo, fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2010, poco caso se ha hecho. O ninguno.

La Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en materia de educación afectivo-sexual, no es más que una simple y muy tímida declaración de intenciones. No apreciamos la más mínima voluntad política, ni por parte del gobierno central ni por parte de los autonómicos, de desarrollarla. Hoy por hoy, es papel mojado.

La falta de iniciativas que concreten la ley en este tema, supone que las mujeres seguiremos sometidas a una sexualidad androcéntrica, coitocentrista y heterosexista que con frecuencia deriva en relaciones de sumisión no placenteras en las que, las violencias y los abusos no disminuyen. Además, este modelo patriarcal de la sexualidad, hace que la incidencia de infecciones de transmisión sexual, especialmente de VIH, esté aumentado de manera preocupante en mujeres heterosexuales.

Por ello exigimos:

- El cumplimiento de la ley en lo que a acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva se refiere.

-Corresponsabilizar a familias, medios de comunicación, instituciones educativas y sanitarias, etc.

-Asegurar que la formación en salud sexual y reproductiva llegue a todas las franjas de edad acorde con las características de cada una de ellas.

-Aprovechar la experiencia profesional acumulada durante años de grupos de profesionales de la enseñanza y de la sanidad. Mantener y ampliar la oferta de programas o talleres que han estado dando buenos resultados (como es el caso de los PIES del País Valencià).

-Facilitar la cooperación entre centros educativos y centros de salud.

-Asegurar que la educación afectivo-sexual no sea utilizada para el adoctrinamiento por parte de confesiones religiosas.

2) **APLICACIÓN DE LA LEY EN EL ACCESO Y GRATUIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

2.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge:

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

2.2.- La Práctica. Situación

Actualmente existe la percepción social, muy extendida, de que ya no existen problemas en relación a la anticoncepción puesto que nadie cuestiona su utilidad y necesidad (salvo al conferencia episcopal). Esta percepción incluye además el convencimiento de que los métodos anticonceptivos son conocidos, están disponibles y que cada persona, fundamentalmente cada mujer, tiene resuelto el problema y accede y dispone del método que decide utilizar.

Muchas mujeres, en edad fértil, con relaciones sexuales coitales, conoce y ha utilizado en algún momento un método anticonceptivo.

Esta es una cara de la moneda; la otra es la que arrojan las propias cifras de aborto y que cuestionan esta aparente normalidad: 111.482 abortos en el año 2009 permiten hablar de un importante número de mujeres y hombres que no utilizan métodos anticonceptivos, utilizan métodos no seguros, o no los utilizan correctamente.

Esto nos lleva a indagar sobre las condiciones sociales y económicas que dificultan el acceso a la anticoncepción, que hacen que la prevención, y por tanto la preocupación por los anticonceptivos, siga recayendo mayoritariamente en las mujeres.

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

En relación al acceso a la anticoncepción, hay que señalar lo poco que la nueva legislación introduce respecto a la situación anterior. En la actualidad, tras años y medio de aplicación de la norma, el Ministerio de Sanidad ha considerado cumplido el desarrollo reglamentario de la Ley, con la financiación de tres nuevos anticonceptivos de última generación por el Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo la igualdad y equidad en el acceso y gratuidad de los métodos anticonceptivos, de nuevo, queda en entredicho por la disparidad de situaciones en las que nos podemos encontrar según el territorio donde residamos. Así, hay comunidades autónomas con normativas propias que permiten comprar los anticonceptivos no financiados por el Sistema Nacional de Salud a laboratorios farmacéuticos y dispensarlos gratuitamente. Otras comunidades financian una pequeña parte de algunos (muy pocos) anticonceptivos

Esto provoca diferencias territoriales importantes, así una mujer que viva en Cantabria tendrá acceso a distintos métodos de forma gratuita como el DIU de cobre, el Mirena, el implante subcutáneo, la Vasectomía, La Ligadura de trompas, Essure o la píldora poscoital. Además se le recomiendan dos marcas de píldoras financiadas. Por el contrario, una mujer que viva en Madrid, sólo tendrá subvencionado (no gratuitas) dos marcas de píldoras de última generación y el implante subdérmico. Ni la píldora poscoital, ni el DIU de cobre, ni el Mirena aparecen financiados.

En la Comunidad Valenciana por ejemplo, están financiados el DIU, el Implante y las ligaduras de trompas. No lo están las píldoras de última generación, aunque el compromiso es que

empiecen a estarlo en breve. En esta comunidad además, el principal problema se deriva de las largas esperas hasta ser atendida en la primera cita, hasta 3 y 4 meses de espera desde que se solicita. Hay centros con 35.000 mujeres en edad fértil por médico.

Los preservativos masculinos, salvo campañas específicas que cada vez son menos, no son gratuitos. En cuanto a los femeninos, actualmente el Consejo de la Juventud tiene en marcha una campaña para fomentar su uso y pueden obtenerse gratuitamente dirigiéndose al Consejo. Esta campaña tiene una duración de 2 años.

3) APLICACIÓN DE LA LEY EN EL ACCESO DE LAS MUJERES QUE DECIDEN REALIZARSE UNA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO (IVE).

3.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge:

En el Título Preliminar. Artículo 3. Principios y ámbito de actuación. En el punto 4. Se afirma *“Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva”*.

En el mismo apartado Artículo 4. Garantía de igualdad de acceso. Se afirma: *“El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que incide en el ámbito de aplicación de esta Ley”*

En el Capítulo II. Garantías en el acceso a la prestación. Artic. 18. *“Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria de embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en al cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”*.

Artic. 19: Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud. Punto 1. *“Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la IVE, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde resida”*.

3.2.- La Práctica. Situación

En la mayoría de Comunidades Autónomas, las mujeres que quieran solicitar una IVE deben dirigirse a sus centros de salud donde las atiende el personal del equipo profesional, desde médicos y médicas de familia, matronas, enfermeras y/o trabajadoras sociales. En algunas comunidades existen teléfonos específicos donde se responde a esta demanda como es el caso de Cantabria con la *Cagíga* o Catalunya con *Sanitat Respon*.

Existen comunidades, como la de Madrid, donde el servicio de atención a la prestación de la IVE no está protocolarizado, lo que provoca que el acceso a la información no esté garantizado y dependa de la persona a la que se dirija, su ideología o la información que disponga.

Debido a las complicaciones burocráticas y al tiempo de espera, en muchos casos las mujeres optan por dirigirse directamente a las clínicas privadas que practican las interrupciones por lo que, generalmente, no pueden acceder al servicio financiado públicamente.

El personal profesional de los centros de salud, en la mayoría de comunidades, da la información necesaria y deriva a las mujeres a las clínicas privadas que practican la IVE y que están concertadas con el gobierno de su comunidad.

Pocos son los casos de hospitales públicos que hacen estas intervenciones. Aún así, en Cantabria se derivan al HUMV las interrupciones por salud materna o fetal, los abortos en

menores de 16 años y aquellos en los que existe un riesgo anestésico. En Catalunya se derivan al Hospital de la Vall d'Hebron algunos de los casos de malformaciones fetales graves en los que la gestación está más avanzada y tienen la autorización que deben solicitar del comité clínico.

En Andalucía las mujeres son derivadas a las clínicas concertadas y acreditadas por el sistema sanitario de Andalucía. La mujer solicita la cita y también se le oferta cita para anticoncepción reglada antes de 20 días post IVE.

En la Comunidad Valenciana, después del contacto con el centro de salud, desde allí se envía por fax a la Conselleria de Sanidad la solicitud y valoración y en el plazo de 1 semana la interesada recibe, telefónicamente, la información del centro médico, ginecológico u hospitalario en el que se le realizará la IVE.

En Catalunya, además del sistema de derivación a clínicas concertadas, existen 10 centros de salud primaria que empezaron una fase de pruebas, a principios del 2011, y donde se realiza el protocolo de interrupción farmacológica, hasta las 7 semanas siguiendo criterios clínicos basados en la evidencia científica. Aunque no hay información ni calendario sobre las siguientes fases previstas las últimas noticias han confirmado que se ampliará a más centros del territorio.

En general, las dificultades son muchas y muy diversas cuando las mujeres quieren acceder a una IVE a través del sistema público sanitario. Desde la inaccesibilidad hasta la burocratización del proceso y los retrasos en el retorno del pago que deben avanzar las mujeres en casos como el de Catalunya.

Muchas provincias tienen dificultades por no contar con ninguna clínica en su territorio o con clínicas con posibilidades limitadas. Por ejemplo, en Vitoria hay sólo una clínica que realiza abortos y sólo hasta las 8 semanas de gestación. A partir de ahí tienen que ir a Bilbao. En Salamanca, Segovia y Soria derivan a las mujeres a clínicas de Madrid. Mientras que en Valladolid, Zamora, Ávila, Burgos y Palencia las derivan a la única clínica de Valladolid.

Comunidades como Cantabria no incorporan IVEs a partir de la semana 14 de gestación por lo que las mujeres deben trasladarse a Madrid. A partir de la semana 22, cuando debe decidir un comité clínico y la respuesta es negativa, existe la posibilidad de remitirlas a otros países, que aceptan casos que se rechazan en España.

En el País Vasco las IVEs de las 8 hasta las 14 semanas se tendrían que desplazar a Bilbao, y para abortos que no tengan una razón médica a partir de esa fecha a Madrid o Barcelona.

Actualmente, ha salido a la luz el problema de la concertación en Castilla La Mancha porque el Gobierno de la Comunidad no está cumpliendo su contrato con las clínicas y no les ha pagado ninguno de los casos atendidos desde hace más de un año. Así es como las clínicas han decidido no seguir adelante con dicha concertación hasta que no se hagan los pagos y, en definitiva, las mujeres de la comunidad se han quedado sin acceso a una IVE financiada por el servicio público de salud, cosa que incumple gravemente la ley.

En comunidades como Madrid y Catalunya, las mujeres deben superar una verdadera carrera de obstáculos si quieren acceder a una IVE financiada por el sistema público de salud. En Madrid, el punto de referencia para la mujer que quiere hacerse una IVE, es siempre la clínica privada. Y a través de estas clínicas se tramita la cita con el departamento de IVE de la Comunidad de Madrid para que la mujer recoja el documento de abono de la intervención por el Servicio Madrileño de Salud. Por ello se enfrentan a una espera que dependerá del nivel de saturación existente en el departamento. Mientras que en Catalunya las dificultades fundamentales radican en el largo proceso burocrático que deben seguir las mujeres que pone en duda la garantía de confidencialidad y accesibilidad en esta intervención. A esto se le suma el retraso permanente de la devolución del dinero que las mujeres han avanzado para la IVE ya

que están tardando unos 6 meses en devolver el dinero. Parece ser que el Gobierno de la Generalitat ya ha firmado el concurso de concertación directa con 2 clínicas de Barcelona para acabar con este sistema y conseguir una concertación directa pero, a día de hoy, todavía no se ha hecho efectiva.

Otra peculiaridad del sistema catalán es que en los casos extremos, en que una mujer no pueda avanzar el dinero para la IVE, se la deriva a una entidad, Asociación Salud y Familia, donde se verá sometida a una entrevista en la que se decidirá si se le financia parte o la totalidad de esa IVE y las medidas anticonceptivas posteriores. Los criterios para tomar esa decisión son poco transparentes y equitativos por lo que se fomenta, una vez, más la desigualdad entre las mujeres de un mismo territorio.

Como contraposición a todos estos casos, en Andalucía el circuito de acceso es ágil y sencillo. No existe lista de espera. La mujer va a su centro de salud, es atendida por su medic@, la trabajador@ social etc. A partir de ahí desde el propio centro (o en su defecto la mujer) se ponen en contacto con la clínica para pedir cita.

Tras 25 años con una Ley muy restrictiva, que despenalizaba el aborto sólo parcialmente. Las organizaciones feministas reclamamos, de una vez por todas, una Ley que de forma real y efectiva normalice la práctica del aborto como prestación sanitaria en la red sanitaria de centros públicos.

Que se garantice la equidad territorial mediante la elaboración de un protocolo común para todo el Sistema Nacional de Salud, que asegure la prestación efectiva de la interrupción voluntaria del embarazo en la red sanitaria pública.

Que se regule la objeción de conciencia del personal sanitario. La objeción de conciencia no podrá, en ningún caso, ser invocada por los centros sanitarios y corresponderá a las autoridades sanitarias velar en todo momento por la efectividad de esta prestación.

Por último, que se realice un seguimiento médico protocolizado después de la IVE con el fin de fomentar prácticas sexuales seguras entre las mujeres y los hombres

4) APLICACIÓN DE LA LEY, EN LA INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO DE IVE, QUE DEBE CONTENER EL SOBRE QUE SE LE FACILITE A LA MUJER.

4.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge

Según el artículo 17 de la nueva ley de SSyR y de IVE, *“Todas mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria de embarazo, recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente”.*

Además, para las mujeres de hasta 14 semanas que quiera interrumpir su embarazo por decisión propia (artic.14) y para las mujeres que no superen las 22 semanas y exista riesgo de graves anomalías fetales (artic.15.b), se les deberá entregar un sobre cerrado con información

de las ayudas públicas y cobertura sanitaria, derechos laborales y prestaciones existentes para las mujeres embarazadas, así como los beneficios fiscales y ayudas. Además, dicho sobre deberá contener datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro, así como centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo. La información deberá ser clara, objetiva y comprensible.

4.2.- La Práctica. Situación

En la práctica, la aplicación de la ley en este punto genera importantes problemas a las mujeres, además de la existencia de graves y notables deficiencias en la documentación preparada por el extinto Ministerio de Igualdad y por las Comunidades Autónomas.

Los problemas que genera a las mujeres la existencia de este sobre informativo junto con el período de tres días de reflexión al que obliga la ley, les causa sorpresa e indignación. Una vez han acudido a la clínica o al centro de salud correspondiente, tienen decidido ya que quieren realizarse una interrupción por lo que alargar el proceso, aunque sea tres días, les parece innecesario. Mucho más, si hablamos de comunidades donde las mujeres que quieren interrumpir su embarazo tienen que desplazarse, bien a otras localidades dentro de su comunidad o, incluso, a otras comunidades autónomas como pasa por ejemplo con las mujeres que deciden abortar y viven en León, Soria o Segovia que son derivadas a clínicas en Madrid. O las mujeres cántabras, que a partir de la semana 14 deben salir de su comunidad e irse a Madrid si quieren interrumpir su embarazo.

Además, en la documentación preparada por la Administración del Estado bajo el título “*Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad*”, para ser entregada a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, únicamente se da información de la legislación estatal sobre ayudas y beneficios laborales, fiscales, etc. No se incluye ninguna información sobre los derechos a la IVE previstos en la propia Ley, ni se incluye información sobre métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, aspectos que aparecen recogidos en el texto legal y que el propio gobierno incumple, haciendo dejación en las Comunidades Autónomas para que sean ellas las que decidan si quieren o no incluir esta información.

Por otro lado y en relación a la información facilitada en el sobre por las Comunidades Autónomas, la realidad nos muestra que en muchos casos es coercitiva, desorienta y perturba a las mujeres. En vez de servir de apoyo para el desarrollo de su decisión, parece un acto de chantaje emocional para continuar con el embarazo.

Desde las organizaciones feministas pensamos que, para garantizar el derecho de información, tal y como señala el texto legal, hay dos aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta. El primero sería la accesibilidad a la información, quien la ofrece y cómo. El segundo aspecto sería qué tipo de información se facilita y cuál es su contenido según las comunidades donde se ofrece.

- En relación a la accesibilidad a esta información, quien la ofrece y cómo:

La falta de un protocolo común, por parte de las comunidades autónomas, hace que en el Estado Español el acceso a la información que debe recibir una mujer que quiere interrumpir su embarazo, no esté garantizado de forma igualitaria. La calidad, accesibilidad e imparcialidad de dicha información dependerá de la comunidad autónoma en la que se viva, de la persona a la que se dirija, de su ideología y de la información que tenga al respecto.

Existe una enorme disparidad de situaciones entre las comunidades autónomas sobre quien puede facilitar el sobre. En Madrid, por ejemplo, la referencia para entregar el sobre y ofrecer la información son las clínicas privadas. A ellas remiten a las mujeres desde la propia consejería de sanidad o centros de salud, desviando a entidades privadas la responsabilidad de ofrecer una

información de calidad sobre una prestación pública que entra dentro de la cartera de servicios que presta nuestro sistema de salud.

En otras comunidades como Catalunya, Castilla y León o Castilla la Mancha, son los centros sanitarios de atención primaria o especializada donde se da la información y el sobre a la mujer que solicita una interrupción. También existen casos, como en Andalucía, donde el desabastecimiento de los sobres informativos en algunos momentos ha provocado que la propia administración solicite a las clínicas que fotocopien la información y preparen los sobres para que se los entreguen a las mujeres, incumpliendo así la normativa legal. Tal y como ha denunciado ACAI (Asociación de Clínicas Acreditadas)

.- En relación al tipo de información que se facilita en el sobre por las comunidades,

Podemos afirmar que la ley es incumplida sistemáticamente y de forma grave en distintas autonomías como por ejemplo la Comunidad de Madrid, Valencia, Castilla y León o Galicia, donde la documentación facilitada está posicionada claramente en contra de la decisión libre y voluntaria de la mujer.

- En la Comunidad de Madrid por ejemplo, la única información que se ofrece en el caso de los embarazos no deseados, es sobre adopción y acogimiento familiar, junto con los beneficios fiscales existentes por estas situaciones. Además, se añade a esta información un anexo con “*entidades especializadas en la atención profesional y urgente a la mujer embarazada*”. Del listado de las 34 entidades que aparecen, al menos 25 son asociaciones claramente religiosas y de grupos ANTI-ELECCIÓN. Entre ellas nos encontramos: Fundación Madrid, Fundación para la defensa de la vida, Asoc. de víctimas del aborto, Fundación Vida, Provida, Esclavas de la Virgen Dolorosa, Red Madre, Acción familiar y Varios COF (centros de orientación familiar) que en esta comunidad suelen llevarse desde parroquias como los COF de Getafe, Móstoles, Alcorcón o Aranjuez.

Al predominio masivo de entidades anti-elección se suma el hecho de que no aparezca **ninguna** asociación dedicada a la planificación familiar ni tampoco, información sobre centros de asesoramiento de anticoncepción y sexo seguro, métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir o los trámites para acceder a la prestación. Ninguna de esta información figura en el sobre que se le da a la mujer y que por Ley la administración debería facilitar.

- En el caso de Castilla y León, tampoco aparecen de forma clara y visible los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro, centros para información antes y después del embarazo, métodos de interrupción, etc. En los apartados correspondientes, aparte de remitir a las mujeres a su centro de salud, la única información que se facilita es un teléfono y correo electrónico para plantear dudas, además de información sobre el portal salud de la junta de Castilla y León (www.salud.jcyl.es) donde aparece destacada la ventana de “embarazos imprevistos” que te deriva directamente a la Red Madre, de posiciones claramente en contra de la elección de la mujer.

- En la Comunidad Valenciana. Al igual que en los anteriores casos, no se facilita a la mujer información útil, clara e imparcial sobre centros, técnica y métodos de interrupción de embarazo, condiciones para que esta sea cubierta por la sanidad pública, etc. En su lugar lo que aparece destacado es información sobre ayudas y prestaciones a la mujer embarazada, que dirigen directamente a la mujer al teléfono y web del portal +vida, cuyo contenido es claramente antielección (www.bsocial.qva.es/masvida/portal).

En el apartado de “información adecuada de anticoncepción y sexo seguro”, la información ofrecida es ambigua. Por un lado y dentro de este apartado, el contenido que se da no tiene nada que ver con su título, siendo poco práctica, claramente tendenciosa e insuficiente. Por

ejemplo, se detalla que se puede obtener información en la red de centros Infodona aunque no se da ningún teléfono ni web, además los servicios que explica que prestan son la orientación sociolaboral, profesional y formativa, nada que ver con el título del apartado. También se ofrece un teléfono de asesoramiento jurídico y se da información sobre centros de acogida y viviendas tuteladas para mujeres. Informaciones todas ellas, que no responden de forma adecuada al título del apartado donde se ubican.

Por otro lado, junto a esta información, se da un listado con las direcciones y teléfonos de los centros de salud sexual y reproductiva existentes en la Comunidad Valenciana y los centros privados acreditados para realizar las IVEs.

- En Galicia. En esta comunidad la información del sobre que se entrega a la mujer, tampoco es imparcial y sigue resultando insuficiente. A la información sobre prestaciones, beneficios, permisos y excedencias que favorecen la maternidad, se añade un último apartado sobre información para dar al hijo/a en adopción. Sin incluirse la posibilidad, ante embarazos no previstos, de acceder también a información sobre interrupción de embarazo.

Adjunto a estos documentos, se ofrece un anexo con información sobre los centros (con dirección y teléfono) de orientación familiar en Galicia (que ofrecen información sobre anticoncepción, etc). También se detallan los 4 centros privados gallegos, autorizados para la interrupción de embarazo.

En cuanto el acceso y al tipo de información que se facilita en esta comunidad, de nuevo y como se ha explicado para las anteriores comunidades que nos han servido de ejemplo, se promueve de forma expresa la información de la Red Madre, red de grupos claramente antielección. Este enlace aparece varias veces, primero en el portal web de servicios al ciudadano en temas de salud (entre el enlace de violencia de género e interrupción voluntaria de embarazo) y una segunda vez, dentro de la información sobre aborto, con un enlace específico a dicha Red.

Existen otras comunidades autónomas donde la información que se ofrece en el sobre, actualmente, resulta más acorde con lo que las mujeres esperan. En este caso destacaríamos comunidades como la de Cantabria, Asturias, Castilla la Mancha o Andalucía.

- En Asturias: En esta comunidad, junto a la información estatal que se incluye en el sobre también se ofrece una guía bastante completa sobre la legislación de la IVE en el Principado de Asturias. Con información sobre las condiciones, métodos y trámites, centros donde se realiza y requisitos para su cobertura por el sistema de salud, planteamientos y condiciones de la ley, métodos de interrupción del embarazo, riesgos potenciales, información para después de realizar una ive, etc. Es decir información útil y práctica que una mujer espera encontrar cuando quiere interrumpir su embarazo.

- En Cantabria: La información que esta Comunidad ofrece en el sobre que se entrega a la mujer resulta bastante completa y accesible. Se da información de la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, los centros existentes para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, en los que se indican la cartera de servicios que presta cada uno junto con de un listado con los métodos que están financiados por el Sistema Cántabro de salud. También se ofrece asesoramiento sobre interrupción Voluntaria de Embarazo indicando la dirección, el teléfono y los horarios del único centro de salud sexual y reproductiva del servicio Cántabro de salud situado en Santander y de los centros públicos y privados acreditados para la IVE en Cantabria. Por último se ofrece un apartado con las ayudas familiares existentes en esta comunidad para el nacimiento, cuidado y atención de hijos e hijas.

- En Castilla La Mancha: Ofrece información sencilla, accesible y útil sobre la regulación de la Ley de SSyR y de IVE en esta comunidad. Además de las ayudas y las políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidas o gestionadas por el Gobierno de Castilla la Mancha, se da información sobre las condiciones legales para la interrupción de embarazo y los métodos existentes.

En cuanto a los centros disponibles para recibir información adecuada y asesoramiento sobre anticoncepción y sexo seguro, se remite a las mujeres al servicio de salud de castilla la mancha.

- En Andalucía: La información que se ofrece en el sobre respectiva a la Comunidad Andaluza contiene: las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y su cobertura sanitaria, los derechos laborales vinculados al embarazo y maternidad, así como los beneficios fiscales existentes.

En cuanto a la información de los centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, se dirige a las mujeres a su centro de atención primaria y también se ofrecen varios teléfonos de información a la mujer, tanto del Instituto Andaluz de la Mujer, de sus centros provinciales y municipales.

Por todo lo señalado anteriormente podríamos concluir, que en la práctica existe un grave incumplimiento de la Ley por parte un número importante de Comunidades Autónomas.

- ✓ Se han señalado algunos ejemplos, en los que las administraciones responsables, incurren en una falta de objetividad, que atenta contra el derecho de las mujeres a una información clara, objetiva y accesible. La obligación de entregar este sobre, es aprovechado por muchas comunidades autónomas para imponer su posición ideológica mostrando una documentación que en muchos casos desorienta y perturba a las mujeres, en lugar de ofrecer una información para la toma de una decisión libre y autónoma por parte de la mujer.
- ✓ En otros casos, la información que contiene el sobre es deficiente, incompleta y poco útil para estas situaciones. En estos casos, las mujeres esperan encontrar documentación sobre los trámites a realizar, su cobertura por el sistema de salud, los métodos que se utilizan, existencia o no de complicaciones, centros a los que dirigirse, etc. Sin embargo en muy pocas autonomías esta documentación se ofrece en el sobre de forma clara y concisa.

Desde las organizaciones feministas consideramos que supeditar la práctica de la IVE al requisito de un “período de reflexión de al menos tres días”, es dar por supuesto que la mujer que acude a practicarse un aborto, ha tomado una decisión previa irreflexiva. Lo que supone un grave tutelaje a la mujer y un cuestionamiento de su capacidad para tomar decisiones sobre su vida.

Respecto a dar información sobre ayudas públicas y derechos laborales para la maternidad, entendemos que debe proporcionarse de manera universal a cualquier mujer u hombre en edad reproductiva y no únicamente a aquellas mujeres que han tomado la decisión de practicarse una IVE. ¿O es que la mujer que decide llevar un embarazo a término ya no tiene derecho a estas prestaciones o a ser informada de ellas?

Tal y cómo se está aplicando la ley en este punto, el ejercicio al derecho informado no se está garantizando sino que depende de la Comunidad Autónoma en la que se viva, para tener una mayor accesibilidad a la información y que esta sea clara, objetiva y comprensible.

La falta de concreción en la Ley para garantizar esta claridad y objetividad en la información que se le facilita a cualquier mujer que decide interrumpir su embarazo, ha provocado una disparidad de criterios y documentos informativos por parte de las Comunidades Autónomas que en muchos casos vulnera lo que dice la propia ley, y son claramente contrarios a la decisión libre y voluntaria de la mujer. La información que se ofrece dentro del sobre, se encuentra muy influenciada por el signo político y la ideología del gobierno de una u otra comunidad, en detrimento del derecho de la mujer de acceder a una información

5) APLICACIÓN DE LA LEY PARA QUE LA IVE SEA UNA PRESTACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

5.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge

En el Capítulo II. Garantías en el acceso a la prestación. Artic. 18. *“Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria de embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en al cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”.*

Artic. 19: Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud. Punto 1. *“Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la IVE, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde resida”.*

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

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. (...) En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

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

5.2.- La Práctica. Situación

Según los últimos datos publicados, del año 2009, por el Ministerio de Sanidad y Política Social en relación a la interrupción voluntaria de embarazo. De las 111.482 interrupciones realizadas ese año, el 97,97% de los abortos fueron realizados en el sector privado. Este porcentaje viene manteniéndose prácticamente igual desde hace años y sigue reflejando la privatización encubierta de este servicio sanitario.

Tras la aplicación de la nueva Ley de aborto, esta situación sigue prácticamente igual. No se ha planteado ninguna propuesta ni recomendación para normalizar el aborto en la red sanitaria pública y garantizando que en los centros sanitarios se puedan realizar interrupciones. Por el contrario, se sigue fomentando en las distintas Comunidades Autónomas la derivación de esta práctica hacia los centros privados acreditados, aunque financiada por el sistema público. Pudiendo afirmar que en estos momentos en ninguna comunidad autónoma, se realizan abortos en centros públicos que no supongan una situación excepcional de riesgo.

Actualmente para que la interrupción de un embarazo sea cubierto por el sistema de salud, muchas mujeres tienen que superar una verdadera carrera de obstáculos. La derivación de las mujeres hacia las clínicas privadas es muy variada en los distintos territorios. Pero además, dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre, ya sea menos de 12, 14 o 22 semanas, una mujer podrá acceder o no, a una clínica acreditada dentro de su provincia, autonomía o tendrá que salir fuera a otra comunidad para poder realizarse la interrupción.

- Andalucía, es la única comunidad que tiene consolidado un sistema de concertación público para la prestación del servicio con las clínicas privadas acreditadas. Sin embargo no todas las clínicas andaluzas, están acreditadas para interrumpir un embarazo en las mismas semanas de gestación. Así en Andalucía, hay 11 clínicas acreditadas para realizar abortos hasta la 14 semana pero sólo 3 hasta la 22 semana (en Cádiz, Málaga y Sevilla), lo que obliga a mujeres de otras provincias andaluzas que estén de más de 14 semanas de gestación, a tener que trasladarse a estas ciudades si quieren que el aborto sea cubierto por la sanidad pública.
- En el caso de Cantabria, hasta hace poco existía prepago que debía adelantar la mujer para su posterior reembolso. Actualmente en ninguno de los tres centros concertados las mujeres tiene que abonar nada, aunque estos centros se ocupan sólo de las IVEs de menos de 14 semanas. A partir de esta fecha, la mujer es derivada a otras comunidades del entorno próximo o a Madrid.
- En Castilla y León, al igual que en el conjunto de comunidades, sólo se realizan en hospitales públicos interrupciones con un carácter especial de riesgo. Por tanto las mujeres de este territorio que quieren que su interrupción sea cubierta por el sistema de salud serán derivadas, según su lugar de residencia y semanas de gestación, a distintas clínicas privadas ya sea en su misma provincia, en otras dentro de su comunidad o incluso a clínicas de otras comunidades autónomas.

En Castilla y León, sólo hay clínicas acreditadas en Salamanca, León y Valladolid, aunque sólo esta última está autorizada hasta la semana 22. Ante esta circunstancia, se da la situación surrealista que una mujer de Salamanca será derivada a clínicas de Madrid, con las que la administración salmantina ha finalizado un acuerdo de concierto dentro de la sanidad pública. Si es de León, el concurso que se ha resuelto, deriva a las mujeres a la clínica de Salamanca. Las mujeres de Soria y Segovia, son derivadas a Madrid mientras se resuelve el concurso de concierto aún pendiente. Las de Valladolid mantienen el acuerdo con la clínica de Valladolid y las mujeres son derivadas a ella. Pero, Zamora, Ávila, Burgos y Palencia. Siguen sin resolver sus concursos y entretanto envían a las mujeres a Valladolid o a Madrid, dependiendo de las persona que te atienda.

- En Madrid, no existe concierto con las clínicas privadas aunque en la práctica, toda mujer que se dirige al SMS con los papeles necesarios para solicitar la carta de pago, se la dan. En esta comunidad hay clínicas acreditadas hasta la semana 14 y hasta la 22.

En Madrid, uno de los problemas a los que se enfrentan las mujeres que quieren que la IVE sea financiada por el sistema público, es la necesidad de recoger la carta de pago en el Servicio Madrileño de Salud, el tiempo de espera para esta cita dependerá del grado de saturación de dicho departamento.

- En el caso de Catalunya, son grandes las dificultades a las que se enfrenta una mujer que quiere que la prestación de la IVE sea asumida por el sistema público de salud. Como ya señalamos en otro de los apartados, las mujeres deben adelantar el pago de la intervención para su posterior devolución (actualmente están tardando en devolver el dinero unos 5 meses). En el caso que la mujer no disponga de recursos, para poder adelantar el dinero de la IVE, se la deriva a una entidad benéfica "Asociación Salud y Familia", donde tras previa entrevista, esta entidad decide si a la mujer se la financia parte o la totalidad de esta IVE.

- En Navarra, las intervenciones se realizan en clínicas fuera de la Comunidad y su costo es abonado por el gobierno autonómico aunque el pago que supone el desplazamiento de la mujer, es adelantado por ella y posteriormente es abonado por la administración correspondiente.
- Por último, el concierto con clínicas privadas en el caso de Castilla la Mancha, es una realidad en entredicho. Las clínicas privadas concertadas de esta comunidad, se han negado a realizar más intervenciones debido a la deuda que el Gobierno Manchego tiene con ellas.

Este conflicto genera una merma de derechos para las mujeres de esta Comunidad, que puede hacerse extensible en poco tiempo a otras comunidades, como un efecto dominó. En cualquier caso, hay que denunciar que en estos momentos, se está negando la asistencia para intervenciones de aborto a mujeres castellano manchegas, en comunidades próximas como Murcia, a las que los profesionales de la salud estaban empezando a derivar intervenciones.

Esta disparidad de situaciones y dificultades, a la que deben enfrentarse las mujeres que quieren interrumpir su embarazo dentro de la sanidad pública, visibiliza y pone en evidencia la vulneración del derecho y el fraude de ley, que en la práctica, supone el empeño de las distintas administraciones por no recoger, dentro de los centros y hospitales públicos, la interrupción voluntaria de embarazo como una prestación sanitaria más, pues sería más accesible para la mujer, más rápida, más segura y menos costosa para las arcas públicas.

Es necesario recordar a las diferentes instituciones implicadas, autonómicas y estatales, que los conciertos con las clínicas privadas son sólo un mecanismo para ejecutar una obligación de cobertura pública de una prestación, en este caso una IVE. La nueva Ley establece que es una prestación incluida dentro del sistema público de salud y que, en cualquier caso, debe estar garantizada.

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

Los que nos parecen más relevantes, son:

- La inexistencia de garantías y protocolos que respalden a las y los profesionales, hace que aquellos que no tendrían problemas en realizar interrupciones, se inhiban.
- La existencia de presiones a las y los profesionales tanto sanitarios como del ámbito social.
- La nula regulación que tiene la objeción de conciencia del personal sanitario. La nueva Ley sólo hace una referencia genérica a que las instituciones sanitarias tienen que atender a las mujeres. Consideran que no es algo de su incumbencia, por lo que nada cambiará en la red sanitaria pública y seguirá prevaleciendo la opinión de las y los profesionales que se consideren objetores a las necesidades de atención de las mujeres.
- La reticencia por parte de los médicos en general y los ginecólogos en particular, a realizar IVEs en centros sanitarios públicos, puede explicarse porque toda prestación no normalizada (aunque sí reconocida) por el Sistema Público de Salud “no existe” y, si no existe, no suma sino que resta proyección profesional. En consecuencia y, hasta que esta normalización tan necesaria sea una realidad, nos encontraremos que, mientras que los profesionales de los centros especializados se han formado en la práctica sanitaria del aborto, la mayoría de profesionales de centros públicos, no sólo no han recibido formación curricular de dicha práctica, sino que tampoco han adquirido los conocimientos de la misma después. En este

sentido, la postura de algunas universidades que se niegan, desafiando la ley, a formar a futuros médicos y sanitarios en el recurso del aborto, no nos permite ser muy optimistas.

Para garantizar de forma efectiva y real el cumplimiento del derecho de la mujer al acceso a una IVE, dentro de los centros sanitarios públicos de manera segura, accesible y con criterios de equidad territorial. Instamos a las administraciones implicadas a siguientes actuaciones.

a. Que se regule la objeción de conciencia del personal sanitario. La objeción de conciencia no podrá, en ningún caso, ser invocada por los centros sanitarios. Corresponderá a las autoridades sanitarias velar en todo momento por la efectividad de esta prestación.

b. Que se garantice la equidad territorial mediante la elaboración de un protocolo común para todo el Sistema Público de Salud, que asegure la prestación efectiva de la interrupción voluntaria del embarazo en la red sanitaria pública

c. Instamos a que se respete y se preste apoyo institucional al conjunto de profesionales que practica efectivamente los abortos

d. y por último que se realice un seguimiento médico protocolizado después de la IVE con el fin de fomentar prácticas sexuales seguras entre las mujeres y los hombres

6) APLICACIÓN DE LA LEY EN EL ACCESO DE LAS MENORES A UNA IVE

6.1.- La Teoría. En relación a este tema, el texto legal recoge

En el Título II, sobre Interrupción voluntaria del embarazo. En su Capítulo I, Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, Artc. 13. De Requisitos Comunes, dice en el Capítulo cuarto *“En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.*

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

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

6.2.- La Práctica. Situación

En la práctica, se constatan diferencias en cuanto a aplicación de la ley según las menores tengan menos o más de 16 años.

En los casos de las menores de 16 años, se exige que vayan acompañadas del padre, madre o tutor en la recogida del sobre e información.

Sin embargo si nos centramos en las menores con 16 y 17 años pese a que se solicita la presencia o consentimiento de padre, madre o tutor se contemplan posibles alternativas, si la

presencia y consentimiento no es posible.

Estas alternativas son:

1. la menor puede realizar la IVE sin el consentimiento de los padres, alegando conflicto que no le permita transmitir la información a los tutores.
2. la menor puede realizar la IVE sin consentimiento de los tutores tras certificar, a través de un cuestionario, que es una “menor madura”. Al mismo tiempo se le recomienda que alguien de su entorno familiar cercano les haga de soporte emocional.
3. El consentimiento parte de la menor pero tiene que informar al tutor.

La consideración que establece la ley sobre las menores, no reconociendo su capacidad de decidir, sigue siendo una traba y complica el acceso de estas a la información y a la realización de la interrupción.

Esta situación es mucho más complicada para las mujeres menores inmigrantes porque muchas veces no están sus tutores y en ocasiones desconocen los itinerarios.

Si bien estábamos ya en desacuerdo con el 4º requisito del art.13 de requisitos comunes de la Ley por obligar a las jóvenes de 16 y 17 años a informar de su decisión de IVE a sus representantes legales, el desarrollo del RD empeora considerablemente la situación de las jóvenes.

- La presunción de “conflicto grave” queda en manos de las y los profesionales, bajo unos criterios desconocidos sin acatar la decisión de la joven.

- Por otra parte, no se regula el tiempo máximo del que dispone el/la profesional para emitir su diagnóstico de conflicto, pudiendo rebasar el plazo estipulado por la Ley de 14 semanas, dejando a las jóvenes en un situación de desamparo respecto a sus derechos sexuales.

- En caso de que se detecte una situación de malos tratos hacia la joven, entendemos que las y los profesionales deberán cumplir el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, denunciando inmediatamente el delito de malos tratos, lo cual deja a la joven en una situación de indefensión, determinada por la LO 2/2010.

- En el caso de las jóvenes tuteladas por las CCAA, se puede dar la paradoja de que las directrices de algunas CCAA sean totalmente contrarias a la IVE e impidan esta práctica poniendo trabas a la decisión de la joven tal y como viene sucediendo.

7) APLICACIÓN DE LA LEY PARA LAS INTERRUPTIONES DE MÁS DE 14 SEMANAS.

7.1.- La Teoría, en relación a este tema.

La Norma plantea el acceso a la IVE, combinando un sistema de plazos y supuestos que consisten en:

- 1.- Hasta las 14 primeras semanas de gestación, podrá interrumpirse el embarazo a petición de la mujer y siempre que concurren los requisitos siguientes:
 - a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
 - b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.
- 2.- Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:
 - a) Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
 - b) Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
 - c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Este comité clínico estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

7.2.- La Práctica. Situación

Actualmente la nueva ley garantiza que una mujer no tiene que alegar ninguna causa para interrumpir su embarazo cuando este no sea superior a 14 semanas. Aunque está supeditada a dos requisitos: La entrega del sobre informativo previo al consentimiento y el período de reflexión no inferior a tres días.

Para los abortos de más de 14 semanas y hasta la semana 22, en la mayoría de las Comunidades Autónomas se deriva a las mujeres a las clínicas concertadas y autorizadas para realizar estas interrupciones. Solo unos poquísimos casos, se pueden derivar a hospitales públicos interrupción de hasta 22 semanas y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de anomalías en el feto, previo dictamen médico.

En el caso de las interrupciones de más de 22 semanas, hace falta obligatoriamente que pase por un comité clínico. Por los datos que disponemos, hasta el momento, no ha existido un nº de casos relevantes, que haya requerido la reunión de estos Comités. En Andalucía, hasta la fecha, se han dado 4 ó 5 casos y se han resuelto satisfactoriamente. En el caso de Cantabria, se ha reunido en 5 ocasiones y en 4 el informe fue positivo. En Madrid, se han dado algunos casos en los que se ha hecho una interpretación restrictiva de la Ley, en relación a lo que se considera “inviabilidad fetal” y se han desestimado casos de mujeres que se han visto obligadas a salir

fuera del país para poder realizar la intervención. En Catalunya, la comisión de seguimiento que se montó no se ha reunido aún.

La nueva Norma, establece una restricción muy importante, respecto a la legislación anterior, en la que para el supuesto de riesgo para la salud de la mujer no existía plazo. Esta restricción supone para las mujeres, que son pocas pero que tienen las situaciones más complicadas, tener que viajar fuera del país.

Quisiéramos dejar constancia que una combinación inadecuada de plazos y supuestos, como los establecidos en la nueva ley, está provocando un retroceso legislativo y una restricción del concepto integral de salud acuñado por la OMS [1948. La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades], por lo que nos posicionamos en contra de una regulación que establezca un plazo de libre decisión, pero que desproteja a las mujeres en las situaciones más difíciles, sin tener en cuenta los riesgos para su salud física y psíquica en cualquier momento del embarazo, supuesto que sí recoge la legislación anterior.