

# El acceso al aborto voluntario en el Estado español: principales barreras

---

Resumen ejecutivo



L'ASSOCIACIÓ  
DRETS SEXUALS  
I REPRODUCTIUS

**Título:** El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras. Resumen ejecutivo

**Autoría:** L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius  
Equipo de redacción e investigación: Sílvia Aldavert García, Jordi Baroja Benlliure, Almudena Rodríguez García, Anna Rodríguez Duran, Rebecca Tildesley y Alba Sánchez Torres.

**Diseño:** Aina Facchi Oliva

**Fecha:** febrero 2021

Este documento resume los contenidos del documento “El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras”

<https://lassociacio.org/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Acceso-al-Aborto.pdf>



© 2020 L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius  
Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total ni parcial de las imágenes o textos de esta publicación sin previa autorización. Esta publicación está bajo una licencia Creative Commons

L'Associació nació hace más de 30 años con el antiguo nombre de Asociación de Planificación Familiar de Catalunya y Baleares. Las miembros fundadoras ya arrancaban de las luchas clandestinas durante la dictadura y en favor del derecho al aborto, la anticoncepción y la educación sexual, entre otros. Los años han ido pasando, se han ido incorporando nuevas miembros, profesionales y activistas que, junto a las históricas, han luchado y ganado muchas batallas, aunque son conocedoras de la muchas que quedan por resolver, así como de los nuevos retos por abordar.

El recorrido de L'Associació, su experiencia y pericia acumuladas compartiendo espacios individuales y colectivos con miles de mujeres en todas partes, nos lleva a reivindicar y reubicar la soberanía corporal de todas las personas como centro vertebrador de las luchas feministas para la transformación y el logro de una sociedad justa y sostenible.

El objetivo prioritario de garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos es clave para contribuir a la agencia, autonomía y calidad de vida de las personas. Así pues, este informe está escrito desde los ejes básicos que fundamentan L'Associació: el compromiso social, la defensa de la equidad y el respeto a las diversidades, el feminismo, la transparencia, la voluntad de transformación social y el servicio público.

En las siguientes páginas, encontraréis la fuerza de escribir sobre aquello que nos identifica y que da la esencia al trabajo de investigación. Y, aunque partimos de la realidad de las contradicciones, las dudas y amenazas también somos expertas en el abordaje feminista que sabe enriquecerse de todo ello para construir y avanzar hacia un futuro socialmente justo.

De forma breve, seguidamente se presentarán los principales resultados obtenidos en esta investigación que tiene por objetivo evaluar las principales barreras de acceso al aborto en el Estado español.

**La información:**  
clave para garantizar  
el acceso al aborto



La información comprensible, adaptada, veraz y completa es una de las necesidades imprescindibles para conseguir la garantía de accesibilidad en el derecho al aborto. **La falta de información o la información errónea sobre el proceso, los circuitos de resolución o los diferentes métodos al alcance son algunos de los temas vigentes provocados por una legislación excesivamente débil recogiendo el derecho a la información.**

La vulneración de esta dimensión del derecho puede llegar a provocar situaciones muy complicadas que, muchas veces, obligan a las mujeres a buscar soluciones por su cuenta poniendo en riesgo sus vidas. **Se hace urgente actualizar la información institucional, tanto la que ofrecen las personas profesionales involucradas, como la de las páginas web, materiales, etc. que contienen información sobre la IVE.**

En la información sobre el aborto, no solo hay que hacer énfasis en aquella que las mujeres reciben individualmente por parte de las profesionales cuando quieren abortar. Es imprescindible detenernos a pensar cuál es la **información colectiva que se ha recibido en este sentido. No se ha realizado ninguna campaña de sensibilización ciudadana para informar de los derechos en este ámbito, cuestión que alimenta el tabú y el estigma** alrededor del aborto y pone en duda la capacidad de las mujeres a la hora de tomar decisiones.

Por lo tanto, se ha considerado imprescindible hacer un acercamiento a estos espacios informativos para situar cuál es la realidad de la información que pueden encontrarse las mujeres en el Estado español.

---

## **Falta de campañas institucionales de información sobre el derecho al aborto**

La experiencia reconoce que las campañas de sensibilización ciudadana son imprescindibles para facilitar el acceso rápido de la información veraz y de calidad a la mayoría de la población, que contribuyen a garantizar los servicios y erradicar el estigma, si es la voluntad política el hacerlo.

La realidad es que, a día de hoy, y tras una revisión a través de Internet según los criterios establecidos en el apartado metodológico del informe, se han localizado escasos materiales sobre campañas informativas de acceso al aborto en el Estado español. Como se puede ver en el siguiente mapa, se ha categorizado la disponibilidad de campañas institucionales mediante un código de tres colores: rojo para aquellas provincias donde no se ha elaborado ninguna y naranja para aquellas donde sí se han elaborado, pero con algunos aspectos a mejorar.

## 01

Por todos estos motivos, y con el objetivo de garantizar el acceso a la información sobre el aborto, resulta imprescindible diseñar e implementar campañas institucionales de información y sensibilización sobre el derecho al aborto dirigidas y adaptadas a la población.



---

### Falta de información institucional accesible a través de las páginas webs de las CCAA y del propio Ministerio de Sanidad y bien posicionadas en los buscadores

Sin duda la ausencia de páginas oficiales de **la administración pública sobre el tema, de fácil localización en los buscadores, es una variable que pudiera dificultar el acceso a la información.** Incluso cuando se encuentra, como en el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo la información es de nulo valor para una persona que quiera conocer el procedimiento, puesto que la mayoría de información es para uso profesional y estadístico.

Se han valorado parámetros divididos en dos grandes bloques: la accesibilidad y la calidad de la información. En un ejercicio de visibilizar la accesibilidad de la información sobre el aborto de páginas web institucionales se ha elaborado el siguiente mapa con un código de colores: rojo para aquellas comunidades donde no disponen de una web informativa, naranja para aquellas donde sí la hay, aun-

que con información incompleta y verde para las comunidades que disponen de web con información toda la información de manera clara y comprensible.

## 02

Habiendo expuesto tal situación, es preciso generar espacios de información institucional accesible y bien posicionadas en los buscadores a través de las páginas webs de los diferentes departamentos de salud y servicios de salud de las CCAA y del propio Ministerio de Sanidad.



---

### Desigualdad en la información sobre la IVE en las diferentes CCAA generando inequidades entre ellas

En la mayoría de las CCAA revisadas sí existe una página web con información específica sobre el aborto dirigida a la ciudadanía. Además, es relativamente, de fácil acceso en el buscador siempre y cuando se incluya el nombre de la CCAA. Como se comentó en otro apartado resulta sin embargo más fácil acceder a páginas de instituciones públicas cuando la búsqueda es “interrupción voluntaria del embarazo”.

Donde hay un amplio margen de mejora en la explicación del propio **procedimiento**. En este caso la información suele ser muy escasa o directamente **inexistente**. Cuando existe tal información se citan las técnicas sin aportar ninguna otra información que pudiera ser relevante o de interés para la mujer, **especialmente cuando puede elegir método entre el instrumental y el farmacológico**.

## 03

Por todos estos motivos se necesita establecer unos protocolos y espacios informativos básicos que deben ser implementados en cualquier territorio del Estado.

## **Inexistencia de información adaptada y de calidad para el conjunto de las personas agravando la vulnerabilidad de los colectivos ya altamente vulnerabilizados**

También existe **disparidad en la información sobre el acceso al aborto a las jóvenes menores de edad**. En algunos casos sí se informa que deben autorizar un/a tutor legal, en otros casos se especifica que se solicita su presencia y en otras se refiere a la ley sin especificar en qué consiste. Y también hay casos en los que la información no está actualizada y es errónea según la última reforma legal y todavía se indica que los/as tutores legales deben estar informadas pero que la decisión última es de la chica. Por otra parte, existe unanimidad, pero en lo negativo, es en **la ausencia absoluta de explicación sobre el procedimiento de aborto más allá de las 22 semanas**.

## **04**

**Dicho esto, es imprescindible generar materiales informativos y de sensibilización adaptados y de calidad, con enfoque interseccional y desde la perspectiva feminista y de derechos sexuales y reproductivos.**

---

## **Desconocimiento sobre el contenido de la LO 2/2010 y de la implementación que se deriva en los servicios públicos por parte de profesionales de la red pública.**

El trabajo de investigación sobre el acceso a la información se ha centrado también en el canal telefónico. Como se puede ver en el mapa expuesto, se ha visibilizado el análisis respecto a la aceptabilidad de la información disponible a través de las llamadas a teléfonos institucionales de salud mediante el mismo código de colores que en los mapas anteriores.

**Telefónicamente la barrera informativa se amplifica de forma importante ya que en la mayoría de los teléfonos institucionales de atención a la ciudadanía no conocen la información básica sobre este tema e incluso la suelen dar de forma errónea.**



Destacados:

- a. Solo Catalunya, Euskadi y Galizia informan sobre la posibilidad de abortar con o sin CIP3. El resto de CCAA tienen claro que las mujeres que no tengan CIP deberán pagarlo en la red privada e incluso en algunos casos pasar por centros de extranjería.
- b. En ninguna CCAA, ninguna de las informaciones sobre las semanas de gestación y posibilidades de IVE según estas ha sido correcta.
- c. Tampoco en ningún caso se ha dado información correcta y clara sobre el circuito a seguir para abortar
- d. Solamente Catalunya tiene clara la posibilidad de abortar con farmacológico y quirúrgico, pero tampoco acierta dando la información sobre las semanas en qué es posible.
- e. Casi todas responden derivando a los centros de salud para saber información básica y pocas a webs de referencia.

## 05

Teniendo en cuenta la variabilidad encontrada, es imprescindible elaborar e implementar protocolos consensuados para la información sobre el aborto desde cualquier servicio público.

ACEPTABILIDAD  
**INFORMACIÓN  
TELÉFONOS**  
institucionales de salud.



## 06

A su vez, es necesario incorporar la información sobre aborto en la formación continuada de profesionales de los servicios públicos.

---

### Vulneración del derecho a la calidad de la información al ser una entidad antiaborto el primer encuentro de la búsqueda en Internet

La página “Red Madre” aparece en el primer lugar de la mayoría de las búsquedas, y en todas aquellas más intuitivas que cualquier mujer con necesidad de información podría buscar. Esta página y el grupo que la promueve encajaría en la definición de Crisis Pregnancy Center.

La información incluida en Red Madre es deliberadamente ambigua en su planteamiento. Es decir que no se plantea de entrada y de manera explícita un posicionamiento contrario al aborto y se ofrecen secciones a las mujeres con “información” sobre el aborto. Pero con un simple vistazo queda claro que es una técnica de captación para reorientar la decisión de la mujer hacia la maternidad, ofreciendo información falsa en relación con el aborto.

Así pues, **la primera opción informativa que ofrece el buscador Google sobre el aborto está en manos de una entidad antiabortista que ofrece información falsa obviando** la Obligación jurídica de “proteger” que tiene el Estado.

## 07

**Con el objetivo de garantizar el acceso a la información de calidad y veraz sobre el aborto es necesario promover y apoyar institucionalmente espacios informativos especializados, rigurosos y que tengan un abordaje feminista y de derechos.**

## 08

**En este sentido sería de gran ayuda generar un espacio informativo referente que sea reconocido y tenga capacidad de centralizar la información de forma accesible, adaptada y de calidad.**

---

### **Dificultad en el acceso y el uso de la información estadística pública sobre aborto**

Los sistemas de información y vigilancia institucionales tienen una labor imprescindible para poder evaluar la situación del aborto en el Estado español y en cada una de sus comunidades autónomas. En el siguiente mapa se observa la calidad de los informes estadísticos sobre la IVE, los cuales todos obtienen el color rojo.

Según el trabajo comparativo que hemos estado realizando observamos como continúa el **común denominador para todas las CCAA estudiadas tanto en la falta de datos desagregados por edades que contemplen a las menores de forma específica como por la falta absoluta de información en relación con el Comité Clínico y el análisis de datos de los abortos de más de 22 semanas de gestación.**

La tabla que presentamos en este espacio nos da una visión rápida de los resultados que hemos ido desarrollando a lo largo del informe en esta clave. Entendemos por **disponibilidad** el hecho que la información de la que hablamos exista y esté a disposición de la ciudadanía para poder consultarla en cualquier momento que lo necesite. Entendemos por **accesibilidad** que esa información se pueda adquirir de forma fácil y sin complicaciones importantes para cualquier persona y en cualquier momento que lo necesite. La **aceptabilidad** tiene que ver con la adaptación de esa información al contexto y al objetivo de poder transmitirla a la población de forma clara, entendible y asegurando que llegue ese mensaje adaptada a los contextos necesarios. Y, finalmente, la calidad tiene que ver con la veracidad, el contenido y la riqueza informativa para contribuir a la agencia de la ciudadanía en relación a este derecho.

## 09

**Debe destacarse que las instituciones responsables están obligadas a rendir cuentas y ofrecer información de calidad y fiable. Por este motivo es necesario un cambio de paradigma en la recogida y análisis de los datos sobre abortos y promover el estudio e investigaciones al respecto que favorezcan la mejora de las políticas públicas.**

CALIDAD

# INFORMES ESTADÍSTICOS

sobre la Interrupción  
Voluntaria del Embarazo.



		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
<b>Disponibilidad</b>	Campañas institucionales y materiales informativos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Webs Institucionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Teléfonos institucionales Salud	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información informes estadísticos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>Accesibilidad</b>	Campañas institucionales y materiales informativos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Webs Institucionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Teléfonos institucionales Salud	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información informes estadísticos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
<b>Aceptabilidad</b>	Campañas institucionales y materiales informativos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Webs Institucionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Teléfonos institucionales Salud	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información informes estadísticos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>Calidad</b>	Campañas institucionales y materiales informativos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Webs Institucionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información Teléfonos institucionales Salud	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Información informes estadísticos	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Tabla 4: Resumen del derecho a la información sobre aborto en el Estado español y según CCAA. Fuente: Tabla de elaboración propia

# Marco legal y barreras que impone



La información comprensible, adaptada, veraz y completa es una de las necesidades imprescindibles para conseguir la garantía de accesibilidad en el derecho al aborto. **La falta de información o la información errónea sobre el proceso, los circuitos de resolución o los diferentes métodos al alcance son algunos de los temas vigentes provocados por una legislación excesivamente débil recogiendo el derecho a la información.**

La vulneración de esta dimensión del derecho puede llegar a provocar situaciones muy complicadas que, muchas veces, obligan a las mujeres a buscar soluciones por su cuenta poniendo en riesgo sus vidas. **Se hace urgente actualizar la información institucional, tanto la que ofrecen las personas profesionales involucradas, como la de las páginas web, materiales, etc. que contienen información sobre la IVE.**

En la información sobre el aborto, no solo hay que hacer énfasis en aquella que las mujeres reciben individualmente por parte de las profesionales cuando quieren abortar. Es imprescindible detenernos a pensar cuál es la **información colectiva que se ha recibido en este sentido. No se ha realizado ninguna campaña de sensibilización ciudadana para informar de los derechos en este ámbito, cuestión que alimenta el tabú y el estigma** alrededor del aborto y pone en duda la capacidad de las mujeres a la hora de tomar decisiones.

Por lo tanto, se ha considerado imprescindible hacer un acercamiento a estos espacios informativos para situar cuál es la realidad de la información que pueden encontrarse las mujeres en el Estado español.

---

## **Falta de campañas institucionales de información sobre el derecho al aborto**

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud nace con el espíritu de erradicar las vulneraciones al derecho universal a la salud que había supuesto la legislación anterior que había dejado fuera de la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España.

Los criterios que establece el RDL 7/2018 en el artículo 3.2 son los siguientes:

- a. *Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español*
- b. *Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia*
- c. *Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.*

Pero también regula la posibilidad, para las personas que no cumplan los requisitos, de poder obtener las prestaciones mediante pagos correspondientes. Cuestión que abre la puerta a la casuística diversa de imponer los pagos por los tratamientos a personas migrantes sin tarjeta sanitaria.

A estas personas además se les exige una serie de requisitos para poder acceder a la atención sanitaria:

- a. No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- b. No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
- c. No existir un tercero obligado al pago.

Todo ello genera una barrera infranqueable para muchas personas por las dificultades y los riesgos para conseguir estos documentos. Teniendo siempre presente la amenaza, que planea sobre las personas en situación administrativa irregular, de ser expulsadas o internadas en CIEs y sin pensar en la complejidad de que han abandonado sus países y la dificultad administrativa de conseguir documentos que nadie sabe si expiden o cómo conseguirlos.

**Debido a estos graves obstáculos que se agravan con los procedimientos burocráticos complejos y lentos, el impacto de la exclusión sanitaria para las mujeres migrantes en situación administrativa irregular es fundamental. Y, como es habitual, ni siquiera se menciona o especifica el acceso al aborto en la atención sanitaria ni urgente ni no urgente lo que conlleva un obstáculo**



**evidente y esencial para el acceso a la atención en la práctica del aborto. En este supuesto, la restricción no está relacionada con la ley que regula el aborto**, pero sí que es una restricción legal que atenta contra la salud universal.

Aunque el acceso a las TSI de las diferentes CCAA se está modificando y facilitando con la crisis de la COVID-19, es cierto que el desconocimiento y la dificultad de acceso a los canales pertinentes impiden garantizar el derecho al aborto a muchas de las personas que se encuentran en estas situaciones. También es cierto que según nuestro trabajo de investigación que se puede ver en el apartado sobre la información, pocas son las CCAA que actualmente hacen posible abortar sin tarjeta sanitaria. Solamente Catalunya, Euskadi y Galicia han respondido afirmativamente a esta posibilidad.

Las reformas sanitarias y la política de recortes llevadas a cabo durante la última década han afectado el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en los colectivos más vulnerabilizados. El impacto provocado por el RDL 7/2018 ha sido más demoledor entre las mujeres migrantes, por privarles el acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva, al impedir su acceso a interrupciones voluntarias del embarazo y no permitir que puedan disfrutar de medidas de planificación familiar.

## 10

**Por todos estos motivos, es necesario garantizar el acceso universal a la salud y específicamente al aborto con la modificación el RDL 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.**

---

### **3 días de reflexión obligatorios antes de acceder al aborto en embarazos de hasta 14 semanas**

La Ley Orgánica 2/2010 establece un asesoramiento obligatorio previo a toda interrupción voluntaria del embarazo con un contenido específico en el caso de la interrupción voluntaria dentro de las 14 semanas de gestación (artículo 17).

Tiene que transcurrir un **periodo mínimo de 3 días entre la manifestación de la voluntad de interrumpir y la práctica de aborto (artículo 14). No existe ningún**

**otro supuesto en nuestro Ordenamiento Jurídico donde se pida un periodo de reflexión entre la manifestación de la voluntad de la persona y el desarrollo de las consecuencias jurídicas.**

El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo establece, en su artículo 5, **la información previa al consentimiento en los casos de interrupción del embarazo por voluntad de la mujer.**

Se trata de barreras disuasorias que forman parte de una estructura normativa que provoca la violencia institucional en el control de los cuerpos de las mujeres. Ante la confirmación de un embarazo, cualquier profesional formada para el acompañamiento ya ofrece toda la información necesaria que ayuda a la persona atendida a tomar las decisiones que considere convenientes para su situación concreta. Pero esto no es lo que recoge la ley. El texto legal contempla la aportación de información una vez la mujer ya ha decidido interrumpir el embarazo y le obliga a las 72 horas de espera antes de proceder. Por tanto, más allá de reproducir una jerarquía entre reproducción y aborto, se está menospreciando la autonomía de la mujer, imponiéndole un periodo de reflexión obligatorio y absolutamente paternalista que no se da en ningún otro procedimiento sanitario. Al mismo tiempo, este requisito ignora el malestar que puede provocar la espera ante una clara voluntad de abortar, alargando el mantenimiento del embarazo y la angustia de las mujeres.

**11**

**Dicho esto, es preciso eliminar los 3 días de reflexión con la modificación de la LO 2/2010 (artículo 14) y del Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de LO 2/2010 (artículo 5).**

---

## **Imposibilidad de la decidir para las mujeres sobre los abortos de más de 22 semanas de gestación**

La ley permite abortar durante todo el embarazo, pero a partir de las 22 semanas de gestación se abre un nuevo escenario obstaculizador. Es esta situación, las mujeres que solicitan un aborto deben registrarse por el artículo 15 y 16 de la LO 2/2010. A partir de la semana 22 de gestación la ley restringe el acceso al aborto y todo depende de un comité clínico hospitalario que confirme que el feto presenta anomalías graves e incurables o incompatibles con la vida.

La mirada de los comités clínicos está muy alejada de la que se pide en la ley para garantizar el derecho y la voluntad de las mujeres, obligándolas, en los casos en que se dicte un veredicto negativo, a viajar a otro país para poder abortar, siempre y cuando se tengan los recursos para hacerlo, evidentemente. Aunque la interpretación de la ley por parte de los comités clínicos es primordial, cabe decir que la restricción que esta impone a partir de las 22 semanas de gestación no responde, en ningún momento, a la garantía del derecho de las mujeres a decidir. Parece más que está claramente enfocada a mantener el control moral e institucional de los cuerpos y la reproducción, sobre todo en las etapas finales del embarazo.

## 12

**En línea de lo expuesto, es vital eliminar las condiciones del acceso al aborto más allá de las 22 semanas de gestación con la modificación de la LO 2/2010 (artículo 15 y 16) y del El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de LO 2/2010.**

---

### **Objeción de conciencia que limita el acceso al aborto en el servicio público**

La objeción de conciencia es la negativa a acatar órdenes o leyes o a realizar actos o servicios invocando motivos éticos o religiosos. Por tanto, hablar de objeción de conciencia en el aborto es un tema clave. Es muy importante saber que la objeción de conciencia es un derecho reconocido siempre y cuando se haga de la forma en que no se deniegue u obstruya el ejercicio del derecho con el que interfiere y que, por tanto, la objeción de conciencia tiene límites establecidos para que no derive en negación, en este caso, de los Servicios de salud.

Sin embargo, vemos como un derecho reconocido para las profesionales se acaba convirtiendo en una expresión más de violencia machista institucional y de negación de servicios de salud. **En este sentido es imprescindible mejorar la implementación y seguimiento de la regulación de la objeción de conciencia que incluye la LO 2/2010.** Con el objetivo de garantizar el acceso al aborto, desde el presente estudio de investigación hemos elaborado un listado de recomendaciones con respecto a la objeción de conciencia:

## 13

Abolir la posibilidad que se pueda realizar un contrato o convenio público con centros sanitarios que tengan como mandato institucional objetar y no ofrecer el servicio a la demanda de aborto.

## 15

Establecer una relación de profesionales objetores de conciencia gestionada por los gobiernos sanitarios que mantenga su confidencialidad y a la vez pueda garantizar el servicio en todos los centros

## 17

Diseñar un modelo de declaración único, que contemple las recomendaciones bioéticas respecto a la argumentación, para utilizarlo en todos los centros sanitarios del sistema público

## 19

Diseño de una comunicación de los comités éticos asistenciales de cada centro, sin comprometer datos personales, lo cual permita centralizar la información y desplegar las infraestructuras y mecanismos necesarios para no comprometer la calidad del servicio asistencial, ni a la persona que lo solicita.

## 14

Todas las instituciones involucradas en el aborto deben asegurar la disponibilidad de personas profesionales capacitadas, formadas y con la voluntad de asegurarlo.

## 16

Pedir las declaraciones públicas de aquellos profesionales que se declaren objetores para no permitir que participen en los equipos que tienen que ofrecer el servicio ni puedan obstaculizarlo de ninguna otra forma.

## 18

Disponer de un mapeo territorial que haga un seguimiento de la disponibilidad profesional a realizar la intervención mediante los dos métodos (farmacológico e instrumental) entre los cuales la persona gestante o la mujer puede elegir.

## 20

En una futura legislación hay que conseguir que la posibilidad de objetar, en una práctica médica reconocida, sea imposible dentro de un sistema público que la defiende (como ya ha pasado en otros procedimientos sanitarios).

## Falta de formación y prestigio en la práctica del aborto

El estigma que acompaña el aborto, debido a la criminalización patriarcal del procedimiento, se reproduce en el sí de la estructura y profesión sanitaria. Sabemos que en la mayoría de las universidades ni siquiera se enseñan las técnicas existentes y más actuales para practicar abortos quirúrgicos y prácticamente ni se habla de los abortos farmacológicos y lo que ellos implican. Y, como es evidente, tampoco se trabaja la formación en informar y acompañar a la toma de decisiones de las mujeres como sujetas de derechos, sin imponer las cargas morales e ideológicas individuales. Además, todos los obstáculos mencionados, **con base estigmatizadora y patriarcal, siguen situando la práctica del aborto, en el ejercicio profesional, como una actividad que no cuenta con ningún tipo de reconocimiento ni prestigio.**

## 21

**En este sentido es necesaria la implementación efectiva, seguimiento y evaluación del artículo 8 de la LO 2/2010 sobre *formación de profesionales de la salud con perspectiva de género en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.***

## 22

**Desde el presente informe reclamamos la creación e implementación de programas formativos y divulgativos que fomenten el prestigio de la experiencia y expertez en la práctica del aborto.**

---

## Restricción de la capacidad de decisión para abortar de las mujeres y personas gestantes de 16 y 17 años

Originalmente, la LO 2/2010 permitía que las mujeres de 16 y 17 años prestaran su consentimiento para abortar, informando al menos a uno de los sus padres o tutores legales. Y establecía la posibilidad de que en situaciones de grave conflicto pudieran prescindir de esta información acompañadas de profesionales. Estas dos posibilidades se eliminaron en 2015 con la modificación que se convirtió en la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada jurídicamente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta modificación impulsada por el Partido Popular mantiene a **las menores de edad con su capacidad de decidir restringida** y, si quieren abortar, necesitarán autorización y presencia de uno de sus tutores legales. Esta ley constituye una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos porque impide a las personas jóvenes ejercer su propia autonomía y decidir sobre sus vidas y cuerpos, así como acceder al derecho a la salud. Opera como una barrera de acceso inequitativo al aborto, impactando de manera negativa especialmente en aquellas jóvenes que no pueden contar con el apoyo familiar o que se encuentran en situaciones de violencias, entre otras, sometiéndolas también a este obstáculo que las deja desprotegidas, solas y sin opción de ejercer su derecho a decidir.

## 23

**Por este motivo es necesario posibilitar la decisión del aborto a partir de los 16 años como cualquier otra cuestión sanitaria. Abolición de la Ley Orgánica 11/2015, modificación de la Ley de Autonomía del Paciente y recuperación del modelo original de la LO 2/2010 en este ámbito.**

---

### **Penalización del Aborto. La legislación actual todavía incluye el aborto como delito**

Como comentábamos anteriormente, el aborto sigue siendo un delito regulado en el Código Penal (artículos 145 y 145 bis) y las condiciones para poder ejercerlo, o sea despenalizadas, están reguladas en esta Ley Orgánica 2/2010 (artículos 13 a 17). Mantener el aborto penalizado en cualquier caso que exista una voluntad expresa de la mujer por llevarlo a cabo supone una imposición del sistema patriarcal vinculada al control de los cuerpos y el orden social tradicional. Se considera que el único aborto que debería mantenerse en el código penal es aquel que se ejerce contra la voluntad expresa de la mujer o persona embarazada.

## 24

**Es preciso eliminar el aborto del Código Penal. Para ello deben modificarse los artículos 145 y 145 bis del Código Penal y la LO 2/2010 (artículos 13 a 17). En este sentido, solamente debería penalizarse el aborto que es practicado contra la voluntad de la mujer.**

# Barreras derivadas de la planificación sanitaria



## **La diversidad, dispersión y complejidad de los circuitos de acceso al aborto en las diversas CCAA generan gran confusión y pueden resultar poco claras para la ciudadanía**

La implementación de la Ley 2/2010 recae mayoritariamente en los gobiernos autonómicos y sus servicios de planificación sanitaria. Lo que ha significado, para bien y para mal, una diversidad de implementación territorial que, al no tener unas líneas estratégicas mínimas a seguir, en gran parte del territorio se han acabado convirtiendo en barreras de acceso territoriales con un impacto importante para las mujeres de los distintos territorios. Hay que tener un gran conocimiento del funcionamiento de los sistemas de salud de cada territorio para poder comprender la lógica del circuito establecido para el aborto en cada uno de ellos. Además, son circuitos creados en base a la estructura sanitaria existente (cartera de servicios de la atención primaria, disponibilidad de centros de planificación familiar, clínicas acreditadas en el territorio...) a la que se combina la dinámica heredada de antaño con el aborto que ha suplido la responsabilidad institucional gracias a la expertez de las personas profesionales de las clínicas acreditadas y especializadas.

## **25**

**En este sentido, resulta imprescindible establecer unos acuerdos y protocolos básicos de implementación en todos los territorios del Estado que puedan ser ampliados y adaptados a su sistema de salud por las CCAA.**

---

## **Falta de profesionales formados, centros, servicios y circuitos que garanticen el acceso al aborto en todas las provincias del Estado que obligan a los desplazamientos**

Otro de los grandes problemas detectados a lo largo del informe es la falta de profesionales formados y las dificultades derivadas de ello. Como explicamos a lo largo del informe, la formación de profesionales, la objeción de conciencia y el desprestigio de la práctica han condicionado de forma evidente estos circuitos.

**Esta carencia obliga a las mujeres a tener que desplazarse para abortar,** tal como se puede ver en el siguiente mapa.



ACCESO ABORTO

# NECESIDAD DE DESPLAZARSE PARA ABORTAR

antes de las 14 semanas de gestación.



La mayoría de las mujeres acceden al servicio de aborto cerca de su residencia habitual (provincia) aunque existe **un importante grupo que no tiene esa posibilidad. Un mínimo de 6.407 mujeres y personas gestantes debe desplazarse cada año fuera de su provincia, su isla o, incluso, su Comunidad o Ciudad Autónoma para poder acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.** Es imprescindible contextualizar esta cifra entre los 99.149 abortos que se practican al año en todo el Estado según las últimas cifras del Ministerio. **Las mujeres que se ven obligadas a desplazarse para interrumpir su embarazo suponen un 6,46% del total.** Como se ha ido comentado, resulta muy difícil obtener una cifra con la máxima precisión debido a las lagunas en la información pública disponible sobre el tema. Hay que reconocer que los diferentes obstáculos en relación a la práctica del aborto alimentan esta situación, vulnerando el derecho de estas mujeres a acceder a abortar cerca de su lugar de residencia. **Más de 6.000 casos no pueden considerarse excepcionales teniendo en cuenta que el impacto que supone para las mujeres esta vulneración es muy importante.** Y nos preguntamos: si a nadie se le ocurre tener que desplazarse fuera de sus provincias para parir ¿por qué sí tenemos que hacerlo para abortar?

Ante los hechos expuestos, hemos elaborado una lista de recomendaciones con el objetivo de garantizar el acceso al aborto de calidad de forma equitativa:

**26**

**Resulta necesario reformular los circuitos territoriales y trabajar para garantizar el acceso de las mujeres de forma equitativa en todo el territorio.**

## 27

**La experiencia y conocimiento de los equipos profesionales que tienen que atender un aborto es fundamental para garantizar su equidad y calidad en la atención. Para ello se deben implementar programas formativos para conocer todas las técnicas existentes y hacerlo de forma activa, y activista y ofrecer el acompañamiento necesario en el momento de formar unidades especializadas en IVE en los centros de salud y hospitales de referencia de cada región sanitaria.**

## 28

**Contar con centros especializados y motivados en el territorio, militantes a favor del aborto que se constituyen como espacios de seguridad para las personas que lo demandan. Estos centros son un activo imprescindible para el sistema sanitario público.**

## 29

**Garantizar que todas las provincias y regiones sanitarias del Estado cuenten con centros de salud especializados para poder ejecutar abortos tanto instrumentales como farmacológicos.**

---

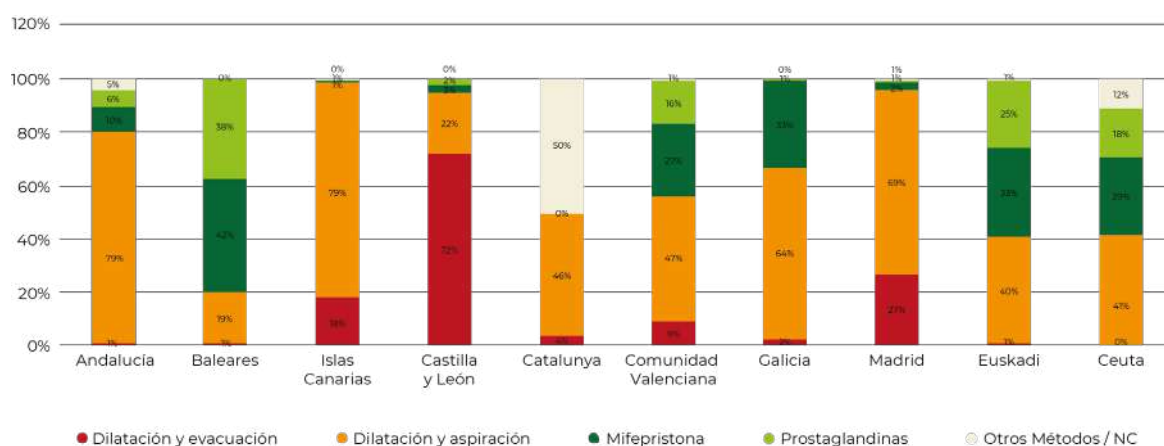
### **Dificultad para garantizar la elección del método instrumental o farmacológico en igualdad de condiciones**

Existen dos métodos principales a la hora de realizar un aborto seguro, el instrumental o quirúrgico y el farmacológico, químico o médico. Ambos métodos son utilizados ampliamente en muchos países y existe un consenso científico al respecto. Estos métodos se pueden combinar entre sí, de manera que en la realización del IVE instrumental se suministran fármacos como parte de los protocolos habituales para facilitar el proceso. Pero en las primeras semanas de embarazo -habitualmente hasta la novena- y en ausencia de contraindicaciones, la mujer podría elegir entre el método farmacológico y el instrumental. En ningún caso, ni la OMS ni sociedades científicas revisadas muestran preferencia alguna por un método u otro, a excepción de situaciones en las que el contexto no sea extremadamente precario y ponga en riesgo el acceso básico al aborto. Además, la OMS insiste en diversas ocasiones que la elección final del método debe realizarla solo la mujer.

Existen multitud de estudios que sobre los motivos y factores que hacen que una mujer elija uno u otro método, así como valoración del mismo. Hay una enorme

variabilidad de las percepciones, experiencias y situaciones personales que condicionan la elección y el uso de los diversos métodos. Por ejemplo, también se deben considerar limitaciones en el acceso al aborto farmacológico, como en el caso de mujeres que no disponen de un espacio de confort e intimidad en su domicilio (chicas o mujeres que viven en pisos tutelados, casas de acogida, mujeres que conviven con parejas maltratadoras etc.) o el acceso al instrumental, especialmente en mujeres muy jóvenes o vulnerabilizadas, cuando les exige un desplazamiento fuera de su provincia.

A pesar de que la mayoría de las CCAA analizadas ofrecen ambos métodos de interrupción del embarazo los datos totales de IVE por método en dichas CCAA son de lo más dispar. Una disparidad con un margen de variabilidad tan amplio que cuestiona el principio de elección de la mujer. En las gráficas siguientes, de elaboración propia con datos del Ministerio (2019), vemos cómo el aborto farmacológico es claramente predominante en les Illes Balears (80%) o en Euskadi (58%), mientras que el instrumental es predominante en Andalucía, Canarias, Madrid, alcanzando en estas últimas más del 95%. Además cabe destacar que, como se comentaba en otro apartado del informe, estos datos no siempre coinciden con los datos presentados en los informes de las CCAA como es el caso de Catalunya. O casos mixtos farmacológicos e instrumentales que se pueden apuntar en un lugar u otro.



**Limitar la oferta a uno de los métodos, imponer alguno de ellos o bien ofrecer una información incorrecta o sesgada supone restringir la libertad de decisión de la mujer y vulnerar sus derechos. Y por información nos referimos a las citadas en la primera parte del informe: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.**

Dicho esto consideramos necesarias las siguientes medidas:

## 30

**Incorporar el acceso equitativo a los dos métodos con la revisión de circuitos, la mejora del acceso al IVE de ambos métodos a través del sistema público y especialmente la información para profesionales y ciudadanía.**

## 31

**Implementar planes de formación profesional continua sobre los dos métodos y lo que cada uno de ellos implica para los equipos de los centros de salud de referencia.**

## 32

**Incorporar la formación especializada en las carreras universitarias de medicina y ciencias de la Salud.**

## 33

**Promover los equipos especializados en las regiones sanitarias que impulsen la consecución del relevo generacional imprescindible.**

## 34

**Elaborar protocolos consensuados de información, atención y acompañamiento antes, durante y después de la intervención para los dos métodos.**

---

## **Dificultades de acceso en tiempos de restricciones de movilidad**

A medida que la pandemia global del COVID-19 se ha ido intensificando hemos podido observar, también, un impacto directo en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) en todo el mundo.

En todo el mundo, las medidas de confinamiento han supuesto un impacto determinante para los DSyR de las personas. Muchas mujeres no han podido acceder a métodos anticonceptivos habituales o de emergencia, tampoco han

podido acceder a un aborto, ya sea por tener restringidos los movimientos como por el miedo a exponerse al virus al tener que desplazarse para conseguirlo; el acceso a la atención de salud materna de calidad se ha visto afectado en algunos lugares de Europa, con menos personal trabajando en salas de maternidad y mujeres obligadas a parir sin acompañante, entre otras cuestiones.

**Han sido las organizaciones sociales y de profesionales las que han hecho presión para que el acceso al aborto fuera considerado un servicio esencial, como ha ocurrido en el Estado español, Suecia o Bélgica.**

En un momento como el que nos ha obligado a vivir el COVID-10 se agravan de forma cruel todas las desigualdades, discriminaciones y barreras que imponen las estructuras sociales hegemónicas. Y no ha sido menos en relación al aborto donde **las barreras que ya conocíamos han salido a mostrar su peor cara. Esos 3 días de reflexión obligatorios para las mujeres que quieren abortar en el Estado español han supuesto riesgos extras para su seguridad y salud por no poder reducir los desplazamientos en la mayoría de territorios.**

En el **Estado español**, la posibilidad de evitar el desplazamiento que supone este asesoramiento inicial, también obligatorio por ley, quedó en manos de los gobiernos autonómicos después de que la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) se dirigiera a Sanidad para pedirle que suprimiera este trámite y que permitiera hacerlo por medios telemáticos con el objetivo de reducir el número de desplazamientos de las mujeres. Solamente, **Galizia y Catalunya** han puesto en marcha esta medida legislando en favor del acceso al aborto y la seguridad de las mujeres.

**Según la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI), el número de abortos provocados realizados desde la declaración del Estado de Alarma se ha mantenido,** aunque con variaciones en función de los diferentes territorios. Algunas de las razones que se manejan en aquellos territorios donde la afluencia ha disminuido, pueden ser el retraso de la decisión de las mujeres ante la expansión de la pandemia, intentar evitar que la intervención se conociera en su núcleo de convivencia, desconocimiento de las propias mujeres de la apertura de los centros debido a la falta de información pública sobre cómo acceder, incluso en tiempos de covid-19; ralentización de las derivaciones desde la red pública o ralentización por limitaciones que imponía el estado de alarma.

Otro de los temas para tener en cuenta en el Estado español, sobre todo en tiempos de pandemia cuando la movilidad ha sido tan restringida, tiene que ver con las mujeres migrantes en situación irre-

gular y sin acceso a la sanidad pública. El impacto que para ella ha podido tener esta situación sabiendo de las dificultades que viven en muchos ámbitos para acceder al aborto como hemos ido exponiendo a lo largo del informe.

A todo ello, también se añade que nos encontramos en un territorio receptor y acogedor para mujeres que tienen prohibido abortar en sus países, o que tienen barreras extremas para poder acceder al aborto. Nuestros países colindantes más cercanos: **Andorra y Gibraltar** tienen tipificado el aborto como un delito en cualquier situación. **En Andorra, tanto mujeres como profesionales son penados y en Gibraltar se enfrentan a una cadena perpetua.**

## 35

**Teniendo en cuenta que la pandemia mundial causada por el COVID-19 ha evidenciado y agravado las barreras que se encuentran muchas mujeres para abortar, es preciso consolidar acciones como las ejecutadas en Catalunya y Galicia donde los desplazamientos a los centros sanitarios especializados se reducen a 1 sola visita posibilitando el resto de los trámites administrativos de forma telemática.**

# **Barreras vinculadas a los fundamentalismos**



## **Agresiones en el espacio público y ante las clínicas especializadas tanto a mujeres como a profesionales que practican abortos**

Desde la aprobación de Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo **más de 8.000 mujeres han sufrido acoso y hostigamiento en las puertas de las clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** en el momento de ejercer su derecho al aborto, según denuncia la plataforma Pro-Derechos, plataforma que engloba a más de 65 entidades sociales, asociaciones feministas, partidos políticos y fuerzas sindicales.

El acoso, hostigamiento y violencia ejercida mediante insultos, amenazas, violencia psicológica, informaciones falsas, carentes de evidencia científica como por ejemplo: las graves consecuencias que puede tener abortar”, plantear el síndrome postaborto como algo que sufren “muchas mujeres” o sobre el sufrimiento del embrión., como se explica en otros apartados de este mismo informe y en algunos casos violencia física ocurre cada semana a las puertas de las clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo a pesar de que, como se ha mencionado anteriormente, en el estado español es legal la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo y que como marca la LO 2/2010 debería realizarse con todas las garantías sanitarias para las usuarias y para las profesionales sanitarias.

### **36**

**Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es necesario aprobar una ley específica que tipifique como delictivas aquellas conductas que obstaculicen, impidan, restrinjan, limiten o entorpezcan el acceso de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo.**

### **37**

**A su vez, con el objetivo de preservar el derecho a que las mujeres que van a abortar lo hagan sin recibir violencia, sería preciso regular el establecimiento de zonas de seguridad en el entorno de los centros sanitarios acreditados para la IVE. De tal forma que quede garantizada la intimidad de las mujeres, su integridad física y moral, así como, su derecho a la libre circulación. Se debe incluir en el marco del Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.**



## **Agresiones y judicialización a defensoras del derecho al aborto**

El contexto actual de auge de los fundamentalistas en todo el mundo ha incrementado los ataques contra las defensoras de los DSIR ya que éstas son las garantes de que las titulares de derechos pueden disfrutar de los derechos sexuales y reproductivos. El ataque a las defensoras de DSIR es uno de los objetivos de los grupos fundamentalistas, de los partidos y de los gobiernos de extrema derecha. Los grupos fundamentalistas anti-derechos son cada vez más activos en el Estado español, en Europa, en el contexto internacional, así como al sistema multilateral de derechos humanos. Estos grupos, utilizan la religión y el discurso de odio y los “diferentes”: personas migradas, personas heterodisidentes y la misoginia para avanzar en sus agendas políticas antidemocráticas. Como tales, dominan cada vez más los espacios de narración pública y de toma de decisiones.

Aunque las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos y feministas siempre han sido atacadas por ciertos sectores, estos ataques han ampliado su alcance y también han comenzado a suceder en sociedades supuestamente mes democráticas a medida que el surgimiento de la política y los políticos populistas y de extrema derecha se ha incrementado.

Además, las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos están sujetas a muchas amenazas y ataques específicos de género y enfrentan diversas formas de violencia y abusos que van desde campañas de desprestigio hasta violencia sexual y violencia basada en el género.

Otra de las estrategias es la judicialización de las defensoras, a través de la cual se busca, por un lado, desprestigiarlas, por otro desgastarlas psicológicamente y, finalmente, marcar sus agendas políticas y de trabajo con el fin de que no puedan seguir desarrollando su agenda de garantía de derechos sexuales y reproductivos a la población.

Es importante tener en cuenta que son precisamente las defensoras de derechos sexuales y reproductivos quienes estamos liderando la lucha contra el discurso de odio y discriminación de estos grupos y partidos de extrema derecha ya que somos las primeras que sufrimos sus ataques y este hecho nos ha permitido generar mucho conocimiento sobre este fenómeno.

## 38

Teniendo en cuenta estos factores y que no se dispone de instrumentos específicos globales de protección de los derechos humanos de las defensoras, deben elaborarse declaraciones y programas institucionales de protección y promoción de las defensoras de Derechos Sexuales y Reproductivos, en concreto el derecho al aborto.

## 39

Ante los ataques a defensoras, es imprescindible que exista un apoyo institucional a las causas judicializadas de defensoras de derechos sexuales y reproductivos.

## 40

Teniendo en cuenta que las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos son uno de los activos necesarios para la solución de los grupos fundamentalistas, deben destinarse recursos públicos al apoyo de organizaciones y defensoras del derecho al aborto para generar conocimiento, análisis y estrategias de avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local y global.

## 41

A su vez, debe eliminarse cualquier apoyo, convenio o financiación pública a organizaciones o grupos que se declaren abiertamente contra el derecho al aborto y los derechos fundamentales de las mujeres.

---

### **Fundamentalismos ocupando los espacios de participación y decisión institucional, apropiándose del lenguaje y que incrementa sus recursos a través de alianzas internacionales**

Ante el auge de los grupos fundamentalistas, des del presente informe proponemos una serie de medidas necesarias para su solución:

## 42

Generar y difundir la información sobre las redes fundamentalistas contra el derecho al aborto y sus vínculos locales e internacionales es imprescindible.

## 43

Promover estrategias y alianzas de confrontación y aislamiento de los grupos y redes fundamentalistas contra los derechos fundamentales de las mujeres.

## **44**

**Mapear representantes políticos, financieros, empresariales y agentes sociales que apoyan a grupos fundamentalistas en contra del aborto.**

## **45**

**Abolir cualquier apoyo institucional financiero, o de otro tipo, a grupos y organizaciones que amenacen el derecho al aborto y los Derechos Sexuales y Reproductivos.**

