El acceso al aborto voluntario en el Estado español:

principales barreras

Título:
El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras

Autoría: L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius
Equipo de redacción e investigación: Sílvia Aldavert Garcia, Jordi Baroja Benlliure, Almudena Rodríguez García, Anna Rodríguez Duran, Rebecca Tildesley y Alba Sánchez Torres.
Fecha: diciembre 2020

© 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

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DE L'ASSOCIACIÓ DE DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS 5
INTRODUCCIÓN: imprescindible antes de empezar 7
METODOLOGÍA DEL INFORME 9
BREVE RECORRIDO HISTÓRICO.....14
PARTE 1 - LA INFORMACIÓN: CLAVE PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL ABORTO.....18
1. La información del acceso al aborto a través de las campañas institucionales.....21
2. La información del acceso al aborto a través de las búsquedas de internet.....27
3. La información del acceso al aborto a través de las páginas web institucionales de las CCAA.....31
4. El acceso a la información en los teléfonos institucionales de salud de las diferentes CCAA.....37
5. El acceso a la información a través de los informes estadísticos institucionales 43
CONCLUSIONES.....51
PARTE 2 - MARCO LEGAL Y BARRERAS QUE IMPONE 566
1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud 58
1.1 Barrera: abortar sin tarjeta sanitaria individual (tsi) 60
2. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....63
2.1 Barrera: 3 días de reflexión por obligación.....66
2.2 Barrera: comité clínico para abortos de más de 22 semanas de gestación.....67
2.3 Barrera: la objeción de conciencia a un servicio público.....69
2.4 Barrera: formación y prestigio en la práctica del aborto.....72
3. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.....74
3.1 Barrera: menores de 16 y 17 años.....74
4. CÓDIGO PENAL: tipificaciones que afectan al aborto 75
4.1 Barrera: continuidad de la penalización 77
5. OTRA LEGISLACIÓN RELACIONADA 77
PARTE 3 – BARRERAS DERIVADAS DE LA PLANIFICACION SANITARIA 78
1. DISPOSICION DE CIRTUITOS E INEQUIDADES TERRITORIALES.....78
2. ELECCIÓN DEL MÉTODO 93
3. ABORTO EN TIEMPOS DE COVID 106
PARTE 4- BARRERAS VINCULADAS A FUNDAMENTALISMOS 114
1. Amenazas y acoso a las Clínicas de Aborto por parte de grupos anti-derechos.....114

2. Recurso de Inconstitucionalidad sobre Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 119
3. Agresiones y judicialización a defensoras del derecho al aborto 121
CUADRO DE CIERRE Y RECOMENDACIONES.....125
BIBLIOGRAFIA 135

PRESENTACIÓN DE L'ASSOCIACIÓ DE DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS

L'Associació nació hace más de 30 años con el antiguo nombre de Asociación de Planificación Familiar de Catalunya y Baleares. Las miembras 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 miembras, 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.

Se constituyó oficialmente en Barcelona en 1988 como entidad no gubernamental interdisciplinaria, a raíz del surgimiento de los Centros de Planificación Familiar. Está inscrita en el Registro de Asociaciones, con el n.º 9719, y en el Registro de Grupos de Interés de la Administración de la Generalitat de Catalunya y del Sector Público, con el identificador único 19, de la Dirección General de Derecho y Entidades Jurídicas de la Generalitat de Catalunya.

Para *L'Associació* es fundamental el trabajo en red y las alianzas con otras organizaciones y por ello, históricamente, ha formado parte de múltiples y diversas plataformas como la *Federación de Planificación Familiar Estatal* que, a la vez forma parte de la *International Planned Parenthood Federation y Futuro en Común* entre muchas otras. Actualmente es miembro electa coordinadora del *Women's Major Group* en la región de Europa y Asia Central y, en Catalunya miembra de la *Red de Mujeres por la Salud, el Comité 1er de Desembre – Plataforma Unitaria de ONG Sida o la Campaña por el Derecho al Aborto Libre y Gratuito*, entre otras.

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.**

Durante este largo e intenso camino recorrido por *L'Associació*, y con los nuevos cambios internos y externos que forman parte de la reconceptualización de los espacios y luchas compartidas, hemos creado y seguimos creando canales de encuentro, reivindicación, intercambio y reflexión para debatir y profundizar en el tema que nos ocupa, desde varias vertientes. Esto lo hemos querido transmitir en este texto. Nuestros saberes y conocimientos son colectivos y siempre se han generado en colaboración y contacto permanente con otros grupos, entidades, instituciones, administraciones públicas, etc.

A menudo, las organizaciones trabajamos de forma intensa en la planificación y ejecución de las diferentes actividades que nos ocupan, pero queda poco tiempo para compartir las reflexiones que hay detrás de nuestros planteamientos, o los posicionamientos ideológicos, marcos conceptuales y abordajes desde los cuales nos situamos. Así, nos hemos planteado la oportunidad de este trabajo como una transferencia de nuestra experiencia, pericia y conocimiento, que no deja de ser el conocimiento de todas.

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.

Esperamos que, en este informe, acerquemos la experiencia de trabajo con miles de mujeres a lo largo de estos años y se encuentren, también, propuestas, ideas, conceptos y posicionamientos que puedan ser de utilidad para esa transformación. Y si queréis hacer algún comentario sobre la publicación, aportar información o experiencia, o simplemente contactar con nosotras, podéis escribirnos a coordinacio@lassociacio.org

La historia del reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos es una historia de resistencia, subversión y, sobre todo, de lucha por el ejercicio de la libertad y en favor de la justicia social. Esperamos que esta publicación nos ayude a contribuir a esta historia y esta lucha y, por encima de todo, esperamos que nos acompañéis.

INTRODUCCIÓN: imprescindible antes de empezar

Hablar de aborto en el Estado español nunca ha sido una tarea fácil. El peso de tantas décadas de fascismo dio rienda suelta al binomio iglesia-patriarcado que consolidó unas estructuras sociopolíticas mucho más duraderas que la propia dictadura. Venían de mucho antes y tomaron raíces.

Aun así, la confrontación del movimiento feminista y el compromiso de centenares de profesionales sanitarias para conseguir garantizar el derecho al aborto ha sido fundamental para entender el recorrido que nos ha traído hasta aquí. Mujeres y profesionales jugándose la vida y encarceladas por confrontar al régimen y retar a los privilegiados.

Nos lo ha narrado Noemí López Trujillo en este 2020, tras cumplirse los diez años de la aprobación de la ley actual. En su artículo *Del delito al periodo de reflexión: abortar en España en los últimos 40 años* (López, 3 marzo 2020) nos brinda el camino para las muchas que no estábamos allí desde el principio, y para que no olvidemos de dónde venimos si queremos decidir hacia dónde vamos.

En un contexto complejo, de cambio y construcción, las luchas consiguieron resultados. Desafiando al patriarcado, durante la democracia recién estrenada, se realizaron abortos confidenciales, seguros y legales durante más de 30 años gracias al activismo de profesionales que dedicaron sus vidas a formarse en otros países para ofrecer los mejores servicios a las mujeres del territorio español, dado que aquí no había ningún lugar donde formarse. Y consiguieron con ello crear unas clínicas especializadas de alto nivel para hacer abortos, reconocidas en toda Europa y con una de las tasas de morbimortalidad más bajas del mundo para las mujeres que abortan en territorio español.

Pero el derecho al aborto continuaba estigmatizado, amenazado por sectores ultraconservadores; como lo sigue estando. Mujeres y profesionales vivían desprotegidas y escondidas como si fuera clandestino, aún sin serlo, porque la voluntad política nunca fue tratarlo como un derecho, solo como una cuestión de salud pública. Así saltó la necesidad de un cambio legislativo como el que se realizó en el 2010, había que proteger a profesionales, mujeres y avanzar con el pilar feminista a favor del derecho a decidir de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas.

Pero, aunque imprescindible, no fue suficiente. La *Coordinadora Feminista* (Coordinadora Feminista, 2007) ya planteó un estudio en 2007 con las líneas básicas para contribuir a un cambio de ley fundamentada en el derecho de la mujer a decidir. De la misma manera que el *Grupo de Interés Español de Población, Desarrollo y Salud Reproductiva* juntamente con la *Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo* publicaron el estudio *Acceso al aborto en el Estado español. Un mapa de inequidad* (GIE-ACAI, 2008) donde ya se planteaban algunas conclusiones y recomendaciones encaminadas a elaborar una ley que garantizara el acceso y a mejorar las políticas públicas de implementación que emanaran de la propia ley.

En la actualidad, habiendo pasado más de una década desde estos últimos informes, hemos podido comprobar cómo se ha vivido un vacío informativo sin ninguna evaluación o seguimiento de la implementación de la Ley Orgánica 2/2010 por parte de las instituciones. Seguimos a merced de los debates enraizados en la moral heteropatriarcal. No conocemos la realidad de las

mujeres y personas gestantes[1] que quieren y necesitan abortar en el Estado porque nos refugiamos en la inercia de una dinámica que ni siquiera hemos mirado a la cara entre tanta maraña pseudopolítica.

En este informe, esperamos desmenuzar algunas de las realidades que vivimos diariamente y, estamos totalmente seguras, que enlazaremos nuestras aportaciones y conclusiones con las de nuestras predecesoras y sus informes referentes porque, a pesar de todo resistimos, pero no avanzamos.

[1] El equipo de *L'Associació* entiende que el aborto es una experiencia que forma parte de las vidas de muchas mujeres y personas gestantes. Por este motivo, en el presente informe se hará mención a las mujeres entendiéndolo como una categoría abierta donde se encuentran personas con diversas identidades.

METODOLOGÍA DEL INFORME

Dado que la pretensión de este informe ha sido analizar la accesibilidad del aborto en el Estado español desde múltiples ángulos también las fuentes de información y las técnicas de investigación han tenido que ser variadas.

Las premisas en la investigación han sido:

- Buscar fuentes diversas para contrastar informaciones
- Abarcar el máximo de fuentes sin pretensión de exhaustividad
- Utilizar metodologías mixtas que permitieran enriquecer el análisis
- Partir de nuestra experiencia para centrar el objeto del estudio y las variables a buscar y a analizar
- Máximo rigor en el diseño, recogida y análisis de datos para minimizar sesgos que pudieran contaminar el análisis y sus conclusiones.

Fecha de periodo de investigación

La parte de investigación se ha llevado a cabo desde el 15 de noviembre al 15 de diciembre.

CCAA analizadas

El estudio no pretende ser exhaustivo en el sentido de cubrir la realidad de todas y cada una de las casuísticas y situaciones que se producen en cada CCAA del Estado ni tampoco elaborar una especie de *benchmarking* entre todas ellas. Es decir, una tabla comparativa que permita visualizar, a través de un código de colores, el grado de implementación, calidad, accesibilidad, disponibilidad, etc. de las diversas variables analizadas. Pero sí que quiere ser ambicioso y mostrar una fotografía lo más aproximada y honesta de lo que sucede para poder llegar a conclusiones sobre la existencia o no de barreras de accesibilidad estructurales y de que tipo.

Así, se decidió centrar el análisis en una decena de CCAA. Para evitar un riesgo de sesgo en la elección de estas a partir de informaciones previas sobre la accesibilidad y para que los datos tuvieran la máxima representatividad posible el criterio básico de elegibilidad de estas fue el poblacional. Así se han considerado las 8 primeras CCAA en volumen de población del Estado, como se muestra en esta lista.

A partir de ahí se añadieron tres por características que las hacían especialmente relevantes en su consideración, es el caso de les Illes Balears por su situación de insularidad en la que el acceso al IVE en otros territorios podría verse condicionada, y Ceuta y Melilla por su situación geográfica fuera de la Península y la invisibilización de estas ciudades en cualquier tipo de política pública en general.

Todas las CCAA incluidas en el estudio suponen un total de población de casi el 82% del conjunto del Estado según los datos de población del INE en 2019 (INE, 2019).

CCAA	Población total	% sobre total Estado
Andalucía	8 414 240	17,89 %
Catalunya	7 675 217	16,32 %
Comunidad de Madrid	6 663 394	14,17 %
CA del País Valencià	5 003 769	10,64 %
Galizia	2 699 499	5,74 %
Castilla y León	2 399 548	5,10 %
Euskadi	2 207 776	4,69 %
Islas Canarias	2 153 389	4,58 %
Illes Balears	1 149 460	2,44 %
Ceuta	86 487	0,36%
Melilla	84 777	0,18%
TOTAL	**38 537 556**	**81,93%**

Bloques de investigación y descripción

Bloque 1. Revisión bibliográfica general para disponer de un marco de información básico que permitiera situar la temática

- Se han revisado publicaciones e informes diversos sobre el tema. Se citan en la bibliografía.
- Se ha revisado con detalle el marco legislativo que regula el IVE y otras legislaciones relacionadas como la de la objeción de conciencia.
- Se han revisado todos los artículos en revistas científicas registradas en Google Scholar sobre el aborto en el estado español desde el 2010 al 2020 que abordaran algún tema vinculado a accesibilidad.
- Se han revisado artículos publicados en webs de especial interés como www.acaive.com o https://europeabortionaccessproject.org/es/nuestro-proyecto/

Bloque 2. Búsqueda de información disponible en webs

Información	Características de la búsqueda
Primeras apariciones de información sobre el aborto al realizar una búsqueda en Google	- Palabras/expresiones buscadas: o *Quiero abortar* o *Aborto voluntario* o *Como abortar* o *Interrupción voluntaria del embarazo* - Filtro avanzado de búsqueda: Región España - Fecha de búsqueda: 1 diciembre 2020 - Buscador: Google - Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en diferentes formatos: o Pestaña de incógnito de google o *Startpage* (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google)

	○ Tres ordenadores (dos en Barcelona) y otro en Madrid - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el aportado de este estudio.
Búsqueda de información pública sobre el aborto en webs de las CCAA	- Palabras buscadas: Nombre CCAA + aborto/IVE - Filtro avanzado de búsqueda: Región España - Fecha de búsqueda: 2-3 diciembre 2020 - Buscador: Google - Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en *Startpage* (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google) - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.
Análisis de los informes oficiales y registros sobre aborto de las CAAA	- Búsqueda por cada una de las CCAA - Búsqueda general a través de Google (Nombre CCAA + aborto/IVE) - Búsqueda exhaustiva dentro de las páginas de las consejerías de sanidad correspondientes - Fecha de búsqueda: 9-11 diciembre 2020 - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.
Búsqueda de campañas públicas sobre el aborto	- Palabras buscadas relacionadas con aborto: ○ Folleto ○ Poster ○ Campaña ○ Vídeo - Búsqueda exhaustiva dentro de las páginas de las consejerías de sanidad correspondientes - Búsqueda específica en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo - Fecha de búsqueda: 4 diciembre 2020 - Buscador: Google - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.

Bloque 3. Llamadas telefónicas para contrastar la información ofrecida en los servicios de salud de las diversas CCAA analizadas

En este punto se utilizó la técnica del *"mistery customer"* en la cual se llamaba de manera anónima al teléfono de información público sobre salud de las CCAA analizadas. La profesional que realizaba las llamadas realizaba una serie de preguntas sobre el aborto haciéndose pasar por una profesional sanitaria que necesitaba información para una usuaria.

Esta técnica, inicialmente creada y ampliamente utilizada en el sector privado, ha sido validada para su uso en el análisis de la calidad de los servicios públicos (Jacob, Schiffino y Biard , 2018).

En algunos casos fue necesaria una segunda llamada para perfilar alguna información no confusa en un primer contacto.

Características de las llamadas:

- *Llamadas telefónicas a los servicios de sanidad de las CCAA analizadas*
- *Fecha de las llamadas: 1 al 11 de diciembre 2020*
- *Técnica utilizada: Mistery Customer*
- *Cuestiones fueron introducidos en la llamada:*
    - *Hasta cuantas semanas de gestación se puede abortar*
    - *Cuál sería el circuito si una mujer quisiera abortar*
    - *Se requiere de algún pago/coste para la usuaria*
    - *Hace falta tarjeta sanitaria*

Bloque 4. Entrevistas con informantes clave

A través de entrevistas semiestructuradas a una serie de informantes clave se ha introducido una metodología cualitativa que permite cotejar, ampliar y clarificar informaciones obtenidas por otras fuentes de información.

Estas entrevistas han resultado de enorme valor al trasladar conocimientos expertos de primera mano.

Características de las entrevistas:

- *Entrevista semiestructurada a partir de los siguientes bloques:*
    - *Barreras informativas*
    - *Barreras legales*
    - *Barreras vinculadas a la implementación y planificación sanitaria*
    - *Barreras vinculadas a fundamentalismos*
- *Fecha de las entrevistas: 1-12 de diciembre 2020*
- *Las entrevistas fueron grabadas y con todos los permisos y garantías de la protección de datos*
- *Se ha realizado una transcripción de la síntesis de los principales contenidos sin utilizar un programa específico de análisis*
- *Duración media de las entrevistas: 90 minutos*

Las personas informantes han sido las siguientes:

Informante clave	Ámbito trabajo	Información sobre CCAA especifica
Silvia de Zordo	Académico (UB) Proyecto *European abortion Access Project.* . Proyecto financiado por ERC (European Research Council-680004)	No. General
Eva Rodríguez	Directora de clínica acreditada en Andalucía y actualmente vicepresidenta de ACAI	Andalucía
Gema Carolina	Activista feminista y militante en PODEMOS Melilla	Melilla
Anónima	Activista feminista por el derecho al aborto en Madrid	Madrid
Pilar Costilla	Enfermera en un centro de atención sanitario público en Euskadi. Una de sus tareas es informar a las mujeres a la hora de realizar la derivación de la IVE	Euskadi
Ana Pino y Begoña Barras	Activistas feministas e integrantes del colectivo Harimaguada, que trabaja en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos	Islas Canarias
Abel Renuncio	Médico ginecólogo en Castilla y León	Castilla y León
Sonia Lamas	Responsable de Comunicación de la Clínica Dator en Madrid	Madrid
Francisca García	Presidenta de ACAI	General
Miguel Reyero	Médico ginecólogo en Palma de Mallorca	Illes Balears

Durante el proceso de investigación se han constatado limitaciones a la hora de contactar con las personas informantes debido al contexto de la COVID-19, así como por las fechas cercanas al período de vacaciones de Navidad. El contacto se ha realizado mediante distintos canales: correo electrónico, mensajería instantánea y/o llamada telefónica. De este modo, en ocasiones ha ocurrido que la persona informante no ha dado una respuesta a la propuesta de participación, o ha accedido a participar, pero no ha sido posible concretar una fecha para realizar la entrevista, dando lugar a que no se realizada finalmente. En un solo caso ha ocurrido que se ha concretado una fecha para la entrevista y, sin embargo, la persona no se ha conectado al link para la entrevista ni ha contactado más con el equipo investigador. En otra ocasión, por motivos de salud se ha perdido el contacto con una de las personas informantes que sí habían accedido a participar. Por otro lado, también se ha observado que ha sido dificultoso concretar fechas para realizar la entrevista de forma telemática por los calendarios de las personas informantes y de la persona entrevistadora.

Por todos estos motivos podemos afirmar que, aunque la intención del equipo investigador era tener personas informantes de todas las CCAA estudiadas, no ha sido posible contar con la participación de personas informantes clave en algunas de ellas, como son la CA País Valencià, Galizia, Ceuta o Illes Balears. Aun así, se han conseguido entrevistas con otras informantes claves que han aportado sus conocimientos expertos en la materia tanto a nivel de territorios como en general.

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

En el trabajo realizado por *L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius* para elaborar su *Posicionamiento sobre el Aborto* (L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius, 2020c) se expone el recorrido histórico que nos gustaría plasmar en este informe. Así pues, partimos de la realidad que la práctica del aborto ha existido a lo largo de toda la historia y en todos los lugares, utilizando diferentes métodos y técnicas: plantas abortivas, determinados objetos e instrumentos, entre otros (Potts y Malcom, 2009). La regulación estatal de los cuerpos y la reproducción, tal y como la conocemos hoy en día es, en cambio, relativamente reciente. Con la influencia de las instituciones religiosas y de la mano del conocimiento científico-médico, a principios del siglo XIX, se presentan las primeras leyes criminalizadoras del aborto (Doan, 2007) en el sí del estado-nación moderno. Leyes por las cuales las profesionales que realizasen una interrupción voluntaria del embarazo, así como las mujeres que optasen a ello estarían sujetas a un procedimiento penal punitivo.

En el desarrollo del Estado liberal y neoliberal aumentaron las leyes reguladoras de sometimiento de los cuerpos. El control estatal de la sexualidad y la reproducción apuntaló la heterosexualidad normativa y la familia nuclear heteropatriarcal, al mismo tiempo que se usó para la aplicación de políticas maltusianas de control de población. Penalización del aborto, esterilizaciones forzadas, racistas y coloniales de la población indígena y de las clases sociales más empobrecidas. Al fin y al cabo, los estados han ido decidiendo quien podía reproducirse, quien no podía hacerlo y en base a qué.

Sin embargo, durante la primera mitad del siglo XX, con la difusión creciente de los métodos anticonceptivos, diferentes iniciativas denunciaron la penalización del aborto y abogaron por el reconocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho de las mujeres sobre el propio cuerpo. La sexualidad y la reproducción han sido las esferas de la vida donde el movimiento de mujeres feministas y el movimiento LGTBI+ han puesto la atención y los esfuerzos para poder vivir en libertad, sin discriminaciones y libres de todo tipo de violencias, desde una igualdad sustantiva.

Con el paso de los años, la reivindicación del derecho al propio cuerpo ha sido central en las luchas feministas de todo el mundo. La lucha internacionalista por el derecho al aborto ha sido, y sigue siendo, el eje que ha unido los movimientos feministas del planeta, el elemento central que consolida el movimiento y ataca la raíz del patriarcado. La reivindicación para la soberanía corporal de las mujeres convierte a las feministas en el elemento a combatir por el neoliberalismo patriarcal. Tanto es así que las defensoras de los Derechos Sexuales y Reproductivos y, en concreto, del aborto, son las más perseguidas, amenazadas y atacadas en todo el mundo y al largo de la historia.

Tal y como asevera Giulia Tamayo (2001), las feministas "corporeizaron" los derechos humanos con la incorporación, en el marco general, de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Cuerpos y sexualidades, ámbitos que hasta la década de los 70 habían sido relegados al espacio privado, el movimiento feminista internacional los visibilizó, los "complejizó" y los politizó en un claro ejemplo práctico del lema feminista: "lo personal es político".

En el Estado español, en diciembre de 1936, se aprobó el *Decreto de Interrupción Artificial del Embarazo*, impulsado por Félix Martí Ibáñez, médico anarquista, militante de la CNT y director general de Servicios Sanitarios y Sociales de la Generalitat de Catalunya. Un decreto que

Federica Montseny, primera ministra de Sanidad y militante de la CNT, usó de base para impulsar una reforma en el conjunto del Estado español (J.S., 29 de diciembre de 2012). El decreto contemplaba la interrupción "artificial" del embarazo en diferentes supuestos, incluida la decisión de la mujer embarazada de finalizar la gestación. Al mismo tiempo se pretendía prevenir las complicaciones y el riesgo asociado al aborto en condiciones clandestinas, a lo que recurrían muchas mujeres, sobre todo las de clase trabajadora. Esta legislación, la más avanzada de Europa en ese momento, solo se aplicó en Cataluña y tuvo el desenlace fatal de la guerra civil.

Huelga decir que la dictadura franquista destacó, entre otras muchas cuestiones, por asfixiar y vulnerar los derechos de la población. Pero los movimientos políticos, el movimiento feminista, lucharon desde la clandestinidad hasta su reconocimiento tras la muerte del dictador, recibida con toda la fuerza de la protesta.

La cronología es larga e intensa (Institut Català de les Dones, s.d.), pero en 1975 empiezan a moverse los primeros hilos, después de la muerte del dictador, en ese mismo año se realizan las Jornadas para la Liberación de la Mujer en Madrid, donde se reivindica el aborto y los anticonceptivas y, un año después en 1976, las Primeras Jornadas Catalanas de la Mujer empezaron las movilizaciones para exigir la legalización de los métodos anticonceptivos (despenalizados en 1978) y el derecho al aborto, con la absolución y liberación de todas las mujeres imputadas y encarceladas por haber abortado. Tras diversas causas represivas por haber abortado o haber practicado abortos y muchas acciones de respuesta por parte del movimiento feminista (manifestaciones, ocupaciones, edición de materiales y autoinculpaciones), el debate del aborto se situaba en el orden del día.

Así pues, las protestas no hacen más que aumentar y dirigirse hacia las demandas fundamentales que buscan garantizar de manera efectiva los derechos y la salud de las mujeres. En 1981 se realizan las primeras Jornadas Estatales por el Derecho al Aborto y destacan, entre otras, las acciones públicas y comunicados de 1985 y 1986 en los que las organizaciones feministas enunciaron que practicaban abortos clandestinos, incluso, en el sí de las Jornadas Feministas Estatales, celebradas en Barcelona. La reivindicación es clara: aborto libre y gratuito.

En el año 1985 se aprobó la ley 9/1985 de reforma del código penal, por la cual se despenalizaba el aborto en tres supuestos, por violación antes de las 12 semanas de gestación, por riesgo grave para la vida y la salud física/psíquica de la mujer y en caso de detectar "graves taras físicas o psíquicas" en el feto. Obviamente esta reforma del código penal estaba muy lejos de garantizar el derecho del aborto y la cobertura por parte del sistema público, que exigía el movimiento feminista y, por tanto, la lucha continuó.

A pesar de todo, la ley del año 1985 abrió un nuevo escenario que se alargó más de 30 años, garantizando a las mujeres abortos seguros y legales gracias a equipos profesionales entrenados en el extranjero y activistas que acompañaban a las mujeres en estos procesos para asegurar su buen resultado. Pero la dejadez institucional y la falta de voluntad política dejaban en el abandono a mujeres y profesionales, en situaciones desprotegidas y absolutamente desiguales.

Sin embargo, la amenaza y represión sobre la práctica del aborto continuó con el objetivo principal de criminalizar el aborto, lanzar una advertencia y redirigir la ofensiva de los movimientos políticos hacia una acción defensiva, necesaria ante cada encarcelamiento e imputación. El último caso más escandaloso fue en 2007, cuando la Guardia Civil abre una investigación en diferentes clínicas ginecológicas de Barcelona y Madrid, requisando miles de historias clínicas e interrogando las mujeres usuarias. Ante esta acción policial y judicial impulsada por movimientos ultraconservadores, las feministas responden enviando a los

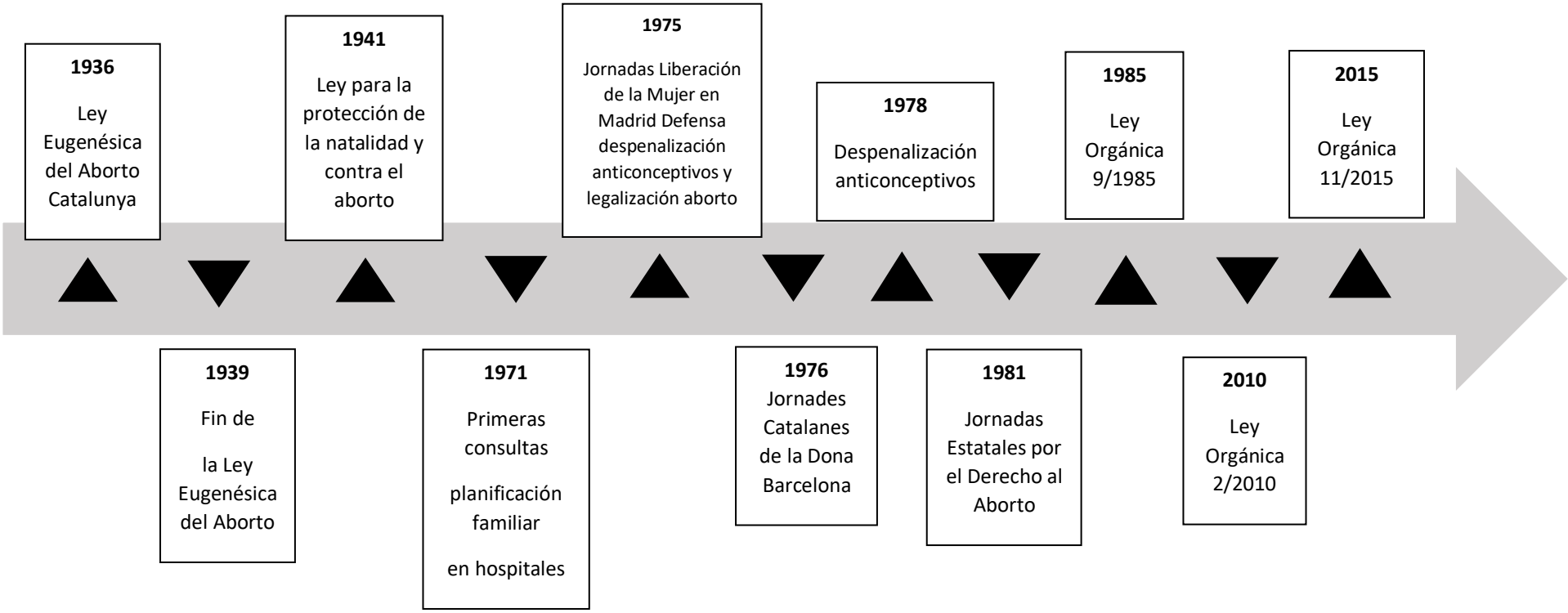
juzgados miles de autoinculpaciones, recuperando el lema ya utilizado en los 70-80 “Yo también he abortado”. También los y las profesionales se dispusieron a una huelga encabezada por entidades como la Asociación de Clínicas Acreditadas por la IVE (ACAI) y la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares que, posteriormente, participarían en la elaboración de la nueva ley.

De esta manera se reactivó la iniciativa para exigir una reforma integral de la ley de despenalización efectiva del aborto dirigida al Gobierno estatal. En este contexto se aprobó la ley actual, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Aun así, cuando apenas comenzaba a rodar la nueva ley, el cambio de gobierno y el liderazgo del Partido Popular, con el ministro de Justicia, Alberto Ruiz Gallardón, anuncia la voluntad de reformar la ley vigente y volver al paradigma de los supuestos con una nueva ley mucho más restrictiva que la del 85. La respuesta política impresionante de todo el movimiento feminista y de profesionales activistas ante el anteproyecto de ley forzó la dimisión de Gallardón, y dejó la iniciativa reducida a una modificación del año 2015, que obligaba a las menores de edad y a las personas con “capacidad modificada judicialmente” a contar con una autorización de sus tutores legales para poder optar a la interrupción voluntaria del embarazo.

Aunque se parase la contrarreforma del Partido Popular no es nada desdeñable el requisito que consiguieron, aún vigente actualmente. La huella de los sectores ultraconservadores se mantiene firme restringiendo los derechos de las personas menores de edad con el objetivo de mantener el control de sus cuerpos y vidas. A su vez, deja claro que si la lucha por el derecho al aborto no continua hay muchos actores preparados para hacer retroceder la protección de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Eje cronológico del aborto en el Estado español realizado por Rodríguez (2019)



PARTE 1 - 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.**

El Contenido normativo del derecho a la salud sexual y reproductiva se forma por cuatro elementos interrelacionados entre sí. Uno de esos elementos clave es la accesibilidad a la información que debería recogerse como se expresa en la *Observación General 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Organización de las Naciones Unidas, 2016) y, como se evidencia, no queda recogido de esta manera por la legislación actual.

La accesibilidad de la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud. Todas las personas y grupos, incluidos los adolescentes y jóvenes, tienen el derecho a recibir información con base empírica sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infecundidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductor.

Dicha información debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona y la comunidad, tomando en consideración, por ejemplo, la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de intersexualidad. La accesibilidad de la información no debe menoscabar el derecho a que los datos y la información personales relativos a la salud sean tratados con carácter privado y confidencial. ***Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*** *Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).*

Los resultados del sondeo realizado por L'Associació en 2016, donde se preguntó a más de 200 mujeres de Barcelona, nos dejan claro que más del 80% de las mujeres no saben que abortar es gratuito, que la mitad de las mujeres de menos de 30 años no saben que pueden abortar por decisión propia o que dos de cada tres menores de edad tienen una información equivocada sobre el derecho al aborto de las menores de 18 años (La Vanguardia, 4 de octubre de 2016).

Según el apartado V de la Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), dedicado a las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva dice literalmente, entre otras, que:

Además, se ***producen violaciones de la obligación de cumplir*** *cuando los Estados no adoptan medidas para que la información actualizada y precisa sobre la salud sexual y reproductiva se ponga a disposición del público y sea accesible a todas las personas, en los idiomas y formatos adecuados, y para que todas las instituciones de enseñanza incorporen en sus planes de estudios obligatorios una educación sexual imparcial, científicamente exacta, con base empírica, adecuada a la edad e integral.*

Es necesario hacer referencia también a la Recomendación 35 de la CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015) donde se recoge *el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y*

reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

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. Por tanto, se debe garantizar el derecho a la información sobre el aborto como un eje fundamental de los Derechos Sexuales y Reproductivos, tal y como se recoge en la *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

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.

A todo ello hay que añadir que los **sistemas de información y vigilancia institucionales relacionados con el aborto son altamente deficitarios**. Tanto los informes estadísticos anuales que presenta el Ministerio de Sanidad del Gobierno estatal como los que publican las CCAA (si es que lo hacen) presentan los datos de forma confusa, incompleta, descontextualizada, a veces irrelevante y estigmatizadora. Las estadísticas y datos recogidos en estos informes no se ajustan a las necesidades reales para mejorar la política pública en este ámbito. Y dada la falta de voluntad política para visibilizar el aborto dentro de la agenda prioritaria, tampoco se programan líneas de generación de conocimiento en relación con este que nos permitan mejorar la garantía y el acceso en nuestro territorio.

Aun así, según el último informe oficial sobre Interrupciones Voluntarias del Embarazo durante el 2019 (Ministerio de Sanidad, 2020: 24), se presentan los datos referentes a **cómo se informan las mujeres cuando necesitan abortar**. Quedan claras las **3 respuestas mayoritarias: centros sanitarios públicos, internet y centros sanitarios privados** por ese orden.

Figura 2: Datos relativos a la información recibida sobre la IVE según la tipología de centro

TABLA G.3.
I.V.E. Número según grupo de edad y tipo de centro, lugar de información, semanas de gestación, motivo de la interrupción, metodo empleado en la intervención
2019 TOTAL NACIONAL

		Edad						
	TOTAL	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
TOTAL I.V.E.	**99.149**	**341**	**10.038**	**20.938**	**21.882**	**20.392**	**17.331**	**7.566**	**661**
Tipo de Centro									
HOSPITALARIO	**12.746**	**48**	**1.181**	**2.442**	**2.584**	**2.646**	**2.564**	**1.186**	**95**
Público	**6.143**	23	587	1.116	1.236	1.304	1.260	573	44
Privado	**6.603**	25	594	1.326	1.348	1.342	1.304	613	51
EXTRAHOSPITALARIO	**86.403**	**293**	**8.857**	**18.496**	**19.298**	**17.746**	**14.767**	**6.380**	**566**
Público	**8.055**	14	833	1.872	1.794	1.591	1.312	578	61
Privado	**78.348**	279	8.024	16.624	17.504	16.155	13.455	5.802	505
Lugar de información									
Centro Sanitario Público	**68.088**	251	7.691	15.074	14.861	13.573	11.329	4.881	428
Centro Sanitario Privado	**9.928**	31	713	1.804	2.067	2.210	2.041	984	78
Teléfono Información al Ciudadano	**924**	1	70	218	223	195	144	69	4
Amigos/Familiares	**6.980**	25	604	1.428	1.601	1.487	1.281	503	51
Medios Comunicación	**123**	0	5	33	27	24	22	11	1
Internet	**12.053**	27	870	2.198	2.816	2.680	2.320	1.050	92
No Consta	**1.053**	6	85	183	287	223	194	68	7

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020: 24)

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.

1. La información del acceso al aborto a través de las campañas institucionales

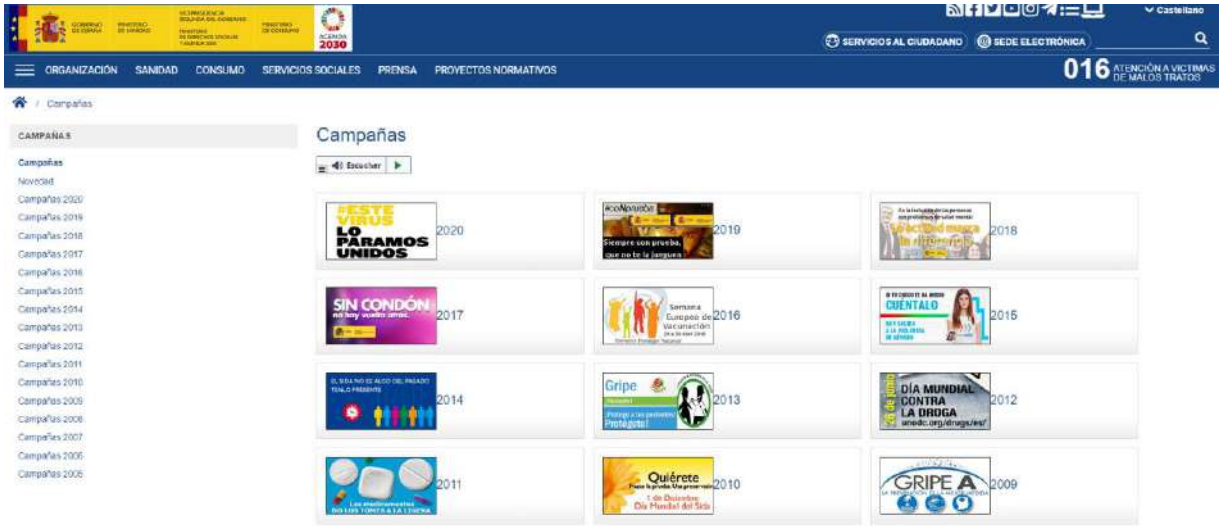
La experiencia reconoce que las campañas de sensibilización ciudadana son imprescindibles para facilitar el acceso rápido de la información veraz y de calidad a la mayoría de la población, que contribuyen a garantizar los servicios y erradicar el estigma, si es la voluntad política el hacerlo.

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.

ACCESOABORTO

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo en el período 2010-2020 se han realizado más de 80 campañas informativas, pero ninguna de ellas vinculada al aborto. Sí se han llevado a cabo una vinculada a la prevención de embarazos no deseados y otra alertando del consumo de alcohol durante el embarazo, como temas más relacionados.

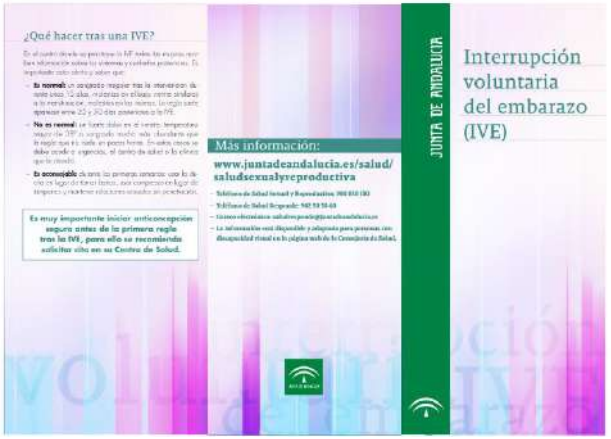
Figura 3: Campañas informativas del Ministerio de Sanidad



Fuente: Ministerio de Sanidad (s.f.)

Desde otras administraciones los materiales encontrados son escasos y limitados a folletos informativos. El hecho de no haber localizado los materiales no implica necesariamente que no existan, pero en cualquier caso se constata con seguridad que, de existir, no resultan fácilmente accesibles.

Siguiendo la búsqueda según los criterios establecidos en el apartado metodológico del informe, únicamente se han localizado los siguientes folletos informativos elaborados por instituciones públicas

Institución	Título	Año	Imagen y enlace
Junta de Andalucía	Interrupción voluntaria del embarazo	Desconocida (Posterior a 2015 incluye cambio de ley)	Junta de Andalucía (s.f.) 
Generalitat de Catalunya	Informació voluntària de l'embaràs	2011	https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/interrupcio_voluntaria_embaras/documents/arxius/ive_informacio_nov11.pdf

Ajuntament de Barcelona	Avortament, una opció i també un dret (Aborto, una opción y también un derecho)	2016	 https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/campanya_informativa_avortament.pdf

Fuera del ámbito institucional sí se han localizado algunas otras campañas informativas, pero son escasas. La mayoría de ellas son campañas de incidencia social y política elaboradas durante los años 2012 a 2014 para defender la ley que estaba en vigor en aquel momento ante la amenaza de cambio por un Gobierno conservador que proponía una regresión y restricción de derechos muy contundente como se expone en el apartado del recorrido histórico.

Así encontramos la gallega "*Aborto libre e gratuíto. O noso corpo, a nosa decisión*", "*Decidir nos hace libres*" de la Plataforma Estatal en Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos o "*Nosotras Decidimos*" que puso en marcha al Coordinadora Feminista que organizó, también, el Tren para la Libertad. Todas estas y muchas otras acciones pararon aquella Contrareforma y consiguieron la dimisión del, entonces, Ministro de Justicia, pero en cualquier caso su objetivo no era facilitar la información sobre el circuito de acceso al aborto.

Hay que destacar que algunas de las campañas con información técnica y más seguidas por la población han sido realizadas en el ámbito privado por la propia Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Un ejemplo claro es el vídeo que lanzaron explicando la diferencia entre el aborto farmacológico y el instrumental llegando a las 2.400.000 visualizaciones (ACAIVE, 3 de marzo de 2016)

También se ha localizado una campaña lanzada por el Consell de Joventut de Barcelona el año 2019 bajo el lema "*Avortar és un dret gratuït*" (Abortar es un derecho gratuito), dirigida a jóvenes de la ciudad (Ajuntament de Barcelona, 2019).

Casi todos los materiales encontrados están en un solo idioma, español, o en algunos casos en los idiomas cooficiales de las CCAA (catalán, gallego, euskera…). En esta situación, hay que añadir la dificultad existente para la población migrante de encontrar y acceder a la información para conseguir la tarjeta sanitaria individual u otras formas de acceso al sistema sanitario. La complejidad se suma a lo que ya conlleva conocer los circuitos y procesos para el acceso al aborto haciendo realmente inaccesible toda esta información.

En Catalunya, un grupo de organizaciones, han publicado un material traducido a diferentes idiomas donde se explica tanto el proceso de acceso a la TSI como los puntos clave sobre los servicios de salud sexual y reproductiva

http://raisa.dretalasalut.org/es/el-acceso-al-sistema-sanitario-publico-catalan-en-situaciones-de-migracion/

Lo cierto es que la escasez y disparidad de materiales, la complejidad de espacios donde encontrarlos y la falta de voluntad y compromiso político para abordar este tema suponen una de las barreras más olvidadas en este ámbito.

2. La información del acceso al aborto a través de las búsquedas de internet

Para valorar la calidad y tipología de información accesible en la red de manera rápida y habitual se procedió a una búsqueda sobre el aborto como si de una ciudadana se tratara. Se eligió el buscador de Google al ser el más frecuente en su uso (Fernández, 28 de junio de 2020) y se centró la búsqueda en la primera página. Según numerosos estudios los tres primeros resultados del buscador son los más leídos, y sólo un 10% de internautas pasan a la segunda página.

Características de la búsqueda:

- *Palabras/expresiones buscadas:*
  - *Quiero abortar*
  - *Aborto voluntario*
  - *Como abortar*
  - *Interrupción voluntaria del embarazo*
- *Filtro avanzado de búsqueda: Región España*
- *Fecha de búsqueda: 1 diciembre 2020*
- *Buscador: Google*
- *Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en diferentes formatos:*
  - *Pestaña de incógnito de google*
  - *Startpage (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google)*
  - *Tres ordenadores (2 en Barcelona) y otro en Madrid*

En las diferentes búsquedas se mostraban resultados algo diferentes cada vez, así que se han comparado y se ha creado una tabla resumen. En la siguiente tabla se muestran los principales resultados en la búsqueda por palabra clave y la posición en el ranking de búsqueda

			Palabras/expresiones de búsqueda			
	Tipología	**Abordaje**	**Quiero abortar**	**Aborto voluntario**	**Como abortar**	**IVE**
Red madre	ONG/plataforma antiabortista	Antiabortista	1	1	1	
Tutor Médica	Clínica Privada	Info técnica	2		3	
Ginesur	Clínica Privada	Info técnica	3		9	
El Periódico	Prensa	Artículos de actualidad	4	4	4	
Acta Sanitaria	Revista médica	Artículo opinión sobre aborto	5	5	2	
Clínica Buenavista	Clínica Privada	Info técnica	6		6	
Siemprevivas	ONG	Info técnica	7			
Amnistía	ONG	Artículos de actualidad	8			
ACAI	Clínica Privada (Red)	Info técnica	9			3
La Vanguardia	Prensa	Artículos de actualidad		2,7,8		
ABC	Prensa	Artículos de actualidad		3		
Dexeus Mujer	Clínica Privada	Info técnica		6		
scielo.isciii.es › scielo	Revista médica	Artículo científico			5	
El Mundo	Prensa	Artículos de actualidad			7,8	
Euskadi	Administración pública	Info institucional				1
MSyC (Ministerio)	Administración pública	Info estadística				2
SEMFYC	Sociedad científica	Info técnica				4
Sidalava	Administración pública	Info institucional				5
Salud Castilla y Leon	Administración pública	Info institucional				6
Aragón	Administración pública	Info institucional				7
IB Salut	Administración pública	Info institucional				8

Las principales conclusiones a las llegamos nos sitúan en la identificación de **BARRERAS CLAVES** para el acceso a la información sobre el aborto:

- **Ausencia de páginas institucionales y servicios públicos de salud**

En las búsquedas más intuitivas como podrían ser "quiero abortar", "como abortar" o "aborto voluntario" prácticamente no aparecen las páginas de las administraciones públicas. Estas aparecen si la búsqueda se hace por "interrupción voluntaria del embarazo" que es el nombre técnico. 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. Es una obligación jurídica especifica de los Estados. En concreto, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud sexual y reproductiva. Es decir, que el Estado está obligado a implementar medidas para que se cumpla el elemento de accesibilidad a la información.

En otro apartado de este mismo informe se valorará la calidad de la información de algunas de las páginas institucionales.

- **Presencia destacada y priorizada de página antiabortista (Centro de Crisis de Embarazo)**

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*. Según NARAL Pro-Choice Maryland (2020), exponen lo siguiente sobre los *Crisis Pregnancy Center*:

> Los centros de crisis de embarazo se anuncian como clínicas dedicadas a brindar atención médica, asesoramiento e información a las embarazadas. Pero el verdadero propósito de una CPC es evitar que las mujeres embarazadas busquen servicios de aborto en clínicas legítimas de planificación familiar. El personal de un CPC proporciona deliberadamente a los clientes información errónea sobre el aborto, el desarrollo fetal, el uso de anticonceptivos y la concepción para presentar el aborto como una no opción. A menudo, a pesar de presentarse como una instalación médica, un CPC no tiene un profesional médico autorizado, entre otras cosas.

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 plantea "las graves consecuencias que puede tener abortar" o planteando el síndrome postaborto como algo que sufren "muchas mujeres". También incluye apartados sobre el sufrimiento del embrión.

A su vez la página ofrece permanentemente opciones de ayuda a las mujeres que quieran replantearse la decisión de abortar y plantean como casos de valentía testimonios de mujeres y adolescentes que han decidido seguir con el embarazo a pesar de las dudas.

Esta práctica de engaño también es habitual en otros países, en los que incluso grupos fundamentalistas se intentan pasar por clínicas abortivas para "captar" a las mujeres que buscan información sobre el aborto (Kirchgaessner, 19 de agosto de 2019).

La Asociación Americana de Medicina (AMA) en su revista de ética AMA Journal of Ethics redactó un artículo (Bryan y Schwartz, 2018) en el que se describe la operativa de estas organizaciones y las califica de inéticas y advierte que *"las y los profesionales de la salud deben ser conscientes de la existencia de estas CPC y alertar de los daños que pueden causar"*

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. Concretamente se dice que: ***"Los Estados deben prohibir e impedir que agentes privados obstaculicen con prácticas o procedimientos los servicios de salud, por ejemplo, mediante la obstrucción física de los establecimientos, la difusión de información errónea, los honorarios informales y los requisitos de lam de terceros"*** *(*Organización de las Naciones Unidas, 2016, art. 43*)*.

- **Presencia destacada del ámbito privado**

Las clínicas privadas que ofrecen abortos aparecen también con bastante frecuencia en lugares elevados en los buscadores. En líneas generales los contenidos ofrecidos combinan aspectos legales y técnicos sobre el aborto con aspectos más comerciales o promocionales de la propia clínica.

Habitualmente, se trata de clínicas acreditadas para poder hacer abortos a través de los conciertos con la Sanidad Pública convirtiéndose, así mismo, en el propio servicio de referencia.

Hay que destacar que sus webs tienen la información más clara, accesible y facilitadora para las mujeres incluyendo, en muchos casos, chats de asesoramiento y consultas online muy frecuentados. Cierto es que, aunque destacan la legalidad del aborto en el Estado español en muchos casos no plantean la opción que una usuaria pueda acceder al aborto de manera gratuita. Esto puede provocar situaciones en las que mujeres que desconozcan el tema pueden llegar a la conclusión de que en el Estado español solo existe la posibilidad de abortar por la vía privada, suponiendo una barrera a un acceso público y gratuito. Esta situación puede resultar más relevante para las mujeres migrantes puesto que muchas de ellas piensan que, al igual que en sus países de origen con legislaciones muy restrictivas, el aborto en el Estado español no es legal ni gratuito. Y esto se agrava todavía más con la opacidad e inaccesibilidad a la información correcta y adaptada que rompa el mito.

Hay que tener presente que la responsabilidad última de ofrecer y garantizar esta información corresponde a las instituciones públicas que, como ya hemos comentado anteriormente, no la están cumpliendo. Aun así, sería importante conseguir que las mujeres conozcan todas las opciones y ella puedan decidir si quieren pagar o no por este servicio.

- **Escasa presencia de información desde sociedades científicas y movimientos pro-derechos de las mujeres**

Llama poderosamente la atención la práctica ausencia de contenidos, en lugares destacados en los buscadores -y por tanto de fácil acceso- tanto de sociedades científicas que ofrezcan información veraz y actualizada, así como de movimientos o entidades pro-derechos de las mujeres.

Sorprende también contrastar como, en la búsqueda realizada por internet tal como se plantea en el apartado metodológico, solo una de las entradas que aparecieron estaba relacionada con sociedades científicas y se trata de una ficha técnica. Así, solo aparece una ficha técnica de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2005) pero que incluye información de la anterior ley del aborto, quedando absolutamente obsoleta. Esa información sigue estando colgada y fácilmente accesible pudiendo llevar a confusión a cualquier persona que la consulte.

Y en relación con las entidades pro-derechos vemos que no son priorizadas en los buscadores de territorio español. Es sospechoso que no se haya apostado por ofrecer información bien posicionada en España sobre el aborto que permita mejorar la calidad de acceso a las usuarias y resolver las dudas que puedan tener a la vez que ofrecerles una red de acompañamiento, sororidad y empoderamiento político con relación a este tema.

3. La información del acceso al aborto a través de las páginas web institucionales de las CCAA

Siguiendo la misma lógica argumental que en el apartado anterior, se ha realizado la búsqueda en las CCAA escogidas para realizar este informe según los criterios establecidos inicialmente. Para valorar la accesibilidad y calidad de la información desde los servicios de salud públicos de las distintas CCAA en relación con la interrupción voluntaria del embarazo se procedió a una búsqueda en la red como si de una ciudadana se tratara.

Se eligió el buscador de Google al ser el mas frecuente en su uso.

Características de la búsqueda:

- *Palabras buscadas: Nombre CCAA + aborto*
- *Filtro avanzado de búsqueda: Región España*
- *Fecha de búsqueda: 2-3 diciembre 2020*
- *Buscador: Google*
- *Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en Startpage (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google)*

Se han valorado parámetros divididos en dos grandes bloques:

Accesibilidad

El primer punto es si existía una web o sección específica del servicio de salud de la CCAA donde se explica la interrupción voluntaria del embarazo. De existir, se analizaban los siguientes parámetros:

- La facilidad de poder acceder a la web oficial del servicio de salud de la CCAA donde explicaba el procedimiento del aborto en dicha comunidad. Es decir, si resulta de fácil localización en el buscador y su entrada es intuitiva y fácil.

- La estética y la información ha sido diseñada y descrita considerando a la persona usuaria como destinataria final. Y, por tanto, adaptando el lenguaje y facilitando la lectura y la información de manera ordenada y comprensible.
- Los idiomas en los que se difunde la información
- Posibilidad de un teléfono de contacto para ampliar información o aclararla

Calidad de la información

Para disponer de un criterio unitario para las diferentes webs se ha decidido analizar la información por bloques a partir de aquello que podría ser de interés para las usuarias:

- Se explica con claridad el procedimiento técnico. Tipos de IVE, algunos aspectos técnicos básicos…
- Se explica con claridad y correctamente la ley
- Se explican con claridad el acceso de las jóvenes menores
- Se explica con claridad los comités clínicos (más 22 semanas)

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

ACCESOABORTO

Así, de la revisión de las distintas webs llegamos a las siguientes conclusiones:

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".

Con relación a si la estética y la información ha sido adaptada para facilitar al máximo la comprensión de lo que se comunica, resulta muy dispar. En ocasiones esta **información se mezcla con otras de carácter más profesional o técnico que puede generar confusión**. Y en otras el tono resulta burocrático. Algunas páginas como las de la Comunidad de Madrid, Andalucía y Cataluña sí obedecen a una estructura de preguntas frecuentes por bloques y eso facilita mucho la comprensión.

Y lo que **no suelen ofrecer es un teléfono específico sobre el tema al que dirigirse en casos de dudas o ampliar información**. Solo en un caso existe un teléfono especifico en Andalucía y en otras ofrecen el general de salud.

Y sobre el idioma, en la **mayoría de ellos tan solo ofrecen la información en los idiomas oficiales de la CCAA**, excepto en Cataluña donde se da la opción de poder acceder a la información también en inglés y francés. Considerando la diversidad lingüística del territorio con mujeres de diversos orígenes, creemos que este hecho limita el acceso a la información sobre la temática.

Todas las webs **sí explican de manera clara y comprensible como acceder al aborto en su CCAA**. En algunos casos con más grado de detalle, describiendo el circuito y en otras limitándose a señalar la puerta de entrada al sistema. Pero por lo general la información sí puede catalogarse como correcta y adecuada en este punto.

También resulta **correcta en la explicación de la LO 2/2010, habitualmente limitándose a transcribir la literalidad de esta** (artículos 14 y 15) sin ofrecer aclaraciones o interpretaciones.

Pero 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**.

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**. En este caso en muchas páginas ni siquiera se cita o, cuando se hace, es sencillamente diciendo que a partir de unas determinadas semanas el caso pasará a un comité clínico.

Sorprende descubrir que sobre **algunas Comunidades y Ciudades Autónomas no se puede responder a ninguno de los parámetros establecidos en positivo. Es el caso de Ceuta, Melilla, Galizia y País Valencià** donde no existe web ni sección específica, ni teléfono, ni evidentemente se puede analizar ninguna información porque se es accesible.

En cambio, y como podemos observar en la tabla siguiente, las que han cumplido **más parámetros positivamente han sido Andalucía y Castilla León** quedando pendientes dos de ellos: la información sobre el procedimiento de más de 22 semanas de gestación para las dos y el teléfono de contacto en Castilla y León y mejorar la explicación del procedimiento en Andalucía.

		Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
Parámetros de accesibilidad	Existe web/sección específica	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🟢	🔴
	Facilidad de acceso web	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🟢	🔴
	Información y estética adaptada y pensada para la población usuaria	🟢	🔴	🟡	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🟡	🔴
	Idiomas	ES	ES/CA	ES	ES	ES/CA/FR/ EN	No aplica	ES/EU	No aplica	ES	No aplica
	Ofrecen teléfono de contacto	🟢	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
Parámetros de calidad de información	Explican con claridad como acceder	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🟡	🔴
	Explican con claridad el procedimiento técnico	🔴	🔴	🔴	🟢	🟢	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴
	Explican con claridad y correctamente la ley	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟡	🔴	🟢	🔴
	Explican con claridad el acceso de las chicas menores	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴
	Explican con claridad los comités clínicos (más 22 semanas)	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴

Tabla 1: Resumen del acceso y calidad de la información en las webs insitucionales según CCAA. Fuente: Tabla de elaboración propia

En general y a modo de síntesis se observan **dos denominadores comunes que se convierten en BARRERAS** o **VIOLACIONES**[2] DE LA OBLIGACIÓN DE CUMPLIR en la información que se ofrece sobre el aborto en las páginas de los servicios de salud públicos de las CCAA:

- El primero es la **disparidad de contenido y de calidad, siendo esto también un reflejo de las inequidades territoriales**. Y por no mencionar que algunas CCAA ni siquiera ofrecen esta información accesible.
- Y la segunda comprobar que, por lo general, y a pesar de que en **la información es correcta y básica, no estás pensada para resolver las dudas de la usuaria y dista mucho de ser completa**. De hecho, hay páginas de clínicas privadas que ofrecen una información muchísimo más actualizada, detallada y comprensible en relación con el aborto. Este hecho debería provocar una reflexión en las autoridades públicas.

[2] Según el apartado V de la Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), dedicado a las violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva dice que: se producen violaciones de la obligación de cumplir cuando los Estados no adoptan medidas para que la información actualizada y precisa sobre la salud sexual y reproductiva se ponga a disposición del público y sea accesible a todas las personas, en los idiomas y formatos adecuados, y para que todas las instituciones de enseñanza incorporen en sus planes de estudios obligatorios una educación sexual imparcial, científicamente exacta, con base empírica, adecuada a la edad e integral.

Más allá de las webs institucionales creemos importante revisar la **web de ACAI** (2020) https://www.acaive.com/ ya que es una de las más visitadas y a las que más se derivan desde todos los lugares para encontrar información de referencia. Suelen salir siempre muy bien posicionadas las webs de las clínicas de forma individual y vale la pena revisar la que es su puerta de entrada colectiva a través de internet. Sin duda hay que destacar que es uno de los espacios donde la información está más clara, es correcta, directa y accesible. Además, tienen un teléfono directo y un chat de consultas que son respondidas constantemente. Seguidamente mostramos algunos de los temas que son errores comunes en la información institucional que se encuentra y vemos como en esta web se resuelve más claramente.

Página	**Tema**	**Información**
Aborto de más de 14 **Semanas de gestación**	**+22**	"Asimismo la nueva ley contempla la posibilidad de interrumpir el embarazo **más allá de esta semana 22** (sin límite) cuando exista una patología fetal incompatible con la vida, 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."
	14 – 22 semanas	"Esta ley mantiene la interrupción por patología fetal y por salud materna **(física y psíquica)** hasta la semana 22"
Técnicas aborto	**Elección de método**	"La Ley Orgánica 2/2010 de 4 de marzo en su artículo 17 establece que todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, recibirán información sobre los distintos métodos de IVE, información que deberá recibir la mujer de forma verbal y por escrito, PUDIENDO SOLICITAR CUANTA ACLARACIÓN DESEE SOBRE EL PARTICULAR y, tras lo cual, **la mujer decidirá según su criterio y mediante la firma de un consentimiento informado, sobre el método que prefiere utilizar."**
Preguntas frecuentes	**Privacidad**	"De acuerdo con la Ley de Protección de Datos y la actual Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo; todos los centros acreditados **tienen que preservar tu confidencialidad e intimidad.** Médicamente ningún otro profesional médico tiene porque saber si has abortado. No es posible detectarlo con ninguna exploración o análisis. La única excepción es que te realicen un test de gestación en los días siguiente al aborto y hasta 20 días."

Hay que destacar que el trabajo de ACAI en favor del derecho al aborto en el Estado español es fundamental, supliendo las responsabilidades y obligaciones del Estado en materia de información y muchos otros ámbitos. Y, todo ello, sin el reconocimiento y el aparataje que sí tienen las instituciones públicas para hacerlo.

4. El acceso a la información en los teléfonos institucionales de salud de las diferentes CCAA

El trabajo de investigación sobre el acceso a la información se ha centrado también en el canal telefónico. Sin duda, las llamadas a los números de teléfono que ofrecen los servicios públicos de atención a la ciudadanía es uno de los medios más comunes que se utilizan para conseguir la información que se necesita y aclarar las dudas que puedan surgir al respecto.

En este caso, hemos intentado localizar los teléfonos específicos de contacto sobre salud que ofrecen los gobiernos de las diferentes CCAA. Siguiendo la misma lógica argumental que se mantiene en todo el estudio, se ha realizado la búsqueda en las CCAA escogidas para realizar este informe según los criterios establecidos inicialmente. Para valorar la accesibilidad y calidad de la información desde los teléfonos oficiales de los servicios de salud públicos de las distintas CCAA en relación con la interrupción voluntaria del embarazo se procedió a hacer un mínimo de 2 llamadas en días diferentes para contrastar la información.

Características de la búsqueda:

- *Teléfonos: se encuentra en las webs de Salud de los Gobiernos de las CCAA*
- *Fecha de llamadas: del 30 de noviembre al 10 de diciembre 2020*
- *Las preguntas se han realizado como una profesional que necesita dar la información a la usuaria para derivarla a los servicios de su CCAA.*

Se han valorado parámetros fundamentales para evaluar la información recibida, ya sea su accesibilidad como la calidad de esta. Por lo tanto, las preguntas estaban vinculadas a los temas claves que necesita conocer cualquier ciudadana cuando tiene que abortar:

- Si es imprescindible la Tarjeta Sanitaria-CIP
- La condiciones y semanas de gestación que incluye la ley
- El circuito que debe seguir para acceder a la IVE en dicha CCAA
- Información sobre la posibilidad de escoger entre método farmacológico o quirúrgico
- Gratuidad del servicio que no interfiere en la lógica público-privado
- Donde derivar para encontrar más información: centros de salud, webs, etc.
- Calidad de la atención recibida por teléfono
- Otros factores que nos ha parecido importante destacar de las llamadas

Así, con la recogida de información en el conjunto de llamadas llegamos a las siguientes conclusiones:

		Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
LLAMADA TELEFÓNICAS	**Acceso sin CIP/ Tarjeta Sanitaria**	🔴	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🔴
	Información correcta semanas de gestación	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
	Información Fácil acceso al circuito	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴
	Información de método farmacológico y quirúrgico	🟡	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴
	Confusión público y privado	🔴	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
	Derivan a centros sanitarios	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢	🟡	🟢	🟢	🟢
	Proporcionan web referencia	🟢	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴
	Calidad de la atención	🟢	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟡
	Otros datos	Gratuidad solo con CIP en las primeras semanas	No quieren dar información por teléfono	Muy mala atención	Sin CIP hay que pasar por centro extranjería	Informan sobre los días de reflexión.	Sin CIP hay que pasar por centro extranjería	Muy buena atención	El teléfono que dan es del instituto estadístico	Derivación directa a las clínicas acreditadas	Hay q pagar la sedación a parte

Tabla 2: Resumen de la información en los teléfonos institucionales según CCAA. Fuente: Tabla de elaboración propia

ACCESOABORTO

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.

Es importante conocer que solamente Andalucía tiene un teléfono específico para informar sobre la IVE a la ciudadanía. Un obstáculo más al acceso a la información si a ello se une que pocas CCAA tienen una web o materiales específicos para informar sobre este tema, solo en el caso de Cataluñña, Castilla León, Euskadi e Islas Baleares.

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.

En el caso de las Islas Canarias y de las Islas Baleares no quieren dar ningún tipo de información por teléfono, no la conocen y no quieren responder llegando a dar respuestas bruscas, de pésima atención y hasta colgar el teléfono. Tampoco la CA de Valencia, Madrid, Galicia o Castilla León mejora demasiado la información telefónica que ofrecen, aunque sí lo hace su calidad en la atención, destacando Euskadi especialmente.

Aunque Cataluña encabeza la mejor situación de acceso a la información telefónica cabe destacar que tampoco ofrece una información correcta y clara para las usuarias.

DESTACADOS:

1. Solo Catalunyaa, Euskadi y Galizia informan sobre la posibilidad de abortar con o sin CIP[3]. 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.
2. En ninguna CCAA, ninguna de las informaciones sobre las semanas de gestación y posibilidades de IVE según estas ha sido correcta.

[3] Cada ciudadano tiene asignado un Código de Identificación Personal único para todo el SNS que facilita su circulación en el conjunto del sistema sanitario público (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, s.f.)

3. Tampoco en ningún caso se ha dado información correcta y clara sobre el circuito a seguir para abortar
4. 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.
5. Casi todas responden derivando a los centros de salud para saber información básica y pocas a webs de referencia.

ANDALUCÍA	
Primera llamada al 955 54 50 60	**Segunda llamada 900 850 100**
Acceso al IVE solo con CIP	Gratuidad solo con el CIP
Acceso en la pública para menos de 14 de semanas	IVE máximo entre 12 y 14 semanas de gestación
Si es de más de 14 semanas tiene que ser privado	Explicación circuito desde la primaria hasta las clínicas concertadas con posibilidad de escoger método farmacológico o quirúrgico
Como seguir: mirar por internet	Web de referencia de la Junta de Andalucía

CATALUNYA	
Primera llamada al 061	**Segunda llamada 061**
Acceso a la IVE gratuita con o sin CIP	Dificultad de conseguir información sin el DNI
Se informa de los 3 días de reflexión	Confidencialidad: la IVE no consta en la historia compartida del ECAP
Si es de más de 14 semanas solo se puede hacer en según qué casos	Límite para la IVE las 24 semanas de gestación
Como seguir: contactar con ASSIR de referencia	Informan de la opción de IVE farmacológica o quirúrgica. La farmacológica hasta las 14 semanas de gestación

MADRID	
Primera llamada al 900 102 112 / 915 80 42 60	**Segunda llamada 915 80 42 60**
Acceso a la IVE gratuita solo con el CIP y a través de la trabajadora social	Derivación directa a las clínicas acreditadas para IVE
Acceso público hasta las 14 semanas de gestación	Informan del acceso hasta las 14 y las 22 semanas
Si es de más de 14 semanas solo se puede por malformaciones, incompatibilidades o causas psicológicas	Información sobre IVE quirúrgicas y las clínicas acreditadas que la ejercen
Como seguir: contactar con la trabajadora social	Pocas opciones de farmacológico y hay que preguntar a las clínicas acreditadas

PAÍS VALENCIÀ	
Primera llamada al 961 839 000	**Segunda llamada 961 839 000**
Acceso a la IVE gratuita solo con el CIP (no incluye la sedación que la paga la persona)	Información solo COVID
Acceso público hasta las 14 semanas de gestación	Opción de programar con médico de cabecera
Si es de más de 14 semanas hay que ir a la privada y solo en casos de malformación fetal	No existe web de referencia

GALIZIA	
Primera llamada al 902 077 333	**Segunda llamada 881 54 29 45**
Acceso a la IVE gratuita con o sin CIP hasta las 14 semanas de gestación	Derivación directa al centro de planificación de referencia
Si es de más de 14 semanas por malformaciones o riesgo de la madre contactar con centro de planificación o hospital	Acceso también a través de clínicas acreditadas de forma gratuita
Informan de los 3 días de reflexión	Buena respuesta, pero se trata de un teléfono del instituto de estadística

CASTILLA Y LEÓN	
Primera llamada al 983 32 78 50	**Segunda llamada 983 32 80 00 / 983 32 78 50**
Sin CIP hay que pasar por el centro de extranjería	No tienen información sobre IVE
No se facilita ninguna información más que ir al centro de salud de referencia	No informan ni de teléfono ni de web de contacto o información

ISLAS CANARIAS	
Primera llamada al 928 29 67 89	**Segunda llamada 928 29 67 89**
Acceso a la IVE gratuita solo con CIP	No quieren dar información si no es presencial con el DNI y el CIP
Acceso por via pública hasta las 14 semanas de gestación	No proporcionan ninguna web de referencia
Circuito: ir área de salud de la isla para el trámite que incluye los 3 días de reflexión más dos días hábiles para la autorización de la dirección del área	Mala atención, brusca e intransigente

ILLES BALEARS	
Primera llamada al 902 079 079	**Segunda llamada 902 079 079**
No se facilita información de ninguna clase sin documentación	No tienen información del tema y derivan a las comadronas
Derivación directa al hospital	Proporcionan la web de referencia

EUSKADI	
Primera llamada al 900 20 30 50	**Segunda llamada 900 20 30 50**
Acceso a la IVE gratuita con o sin CIP (se tramita uno provisional si es necesario)	No conoce información, la busca y devuelve la llamada. Muy buena atención.
Acceso hasta las 15-15 semanas de gestación, contactar con centro de planificación	Información poco clara: 12 como límite de semanas para farmacológico por la pública, más allá hay que pagarlo
Informan de los 3 días de reflexión	Vuelve a llamar para ofrecer la web de referencia

CEUTA	
Primera llamada al 900 720 692	**Segunda llamada 900 720 692**
No tienen información y derivan al centro de salud de referencia	No tienen información del tema solo dan información de COVID
Sin el CIP hay que pasar por el centro de extranjería para hacer el trámite	No dan ni hay web de referencia

MELILLA	
Primera llamada al 952 97 62 61	**Segunda llamada 952 69 92 07**
No tienen información y derivan al centro de salud de referencia	No responden
Sin el CIP hay será muy difícil. Un embarazo si es posible pero una IVE no lo creen.	No hay web de referencia

5. El acceso a la información a través de los informes estadísticos institucionales

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. Estos datos deberían contribuir de forma evidente a mejorar las políticas públicas en relación con el acceso a la IVE y a la implementación de sus normativas relacionadas. Es información clave en la rendición de cuentas de los servicios públicos y son fundamentales para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres.

La realidad es que estos informes se realizan como un puro trámite de recogida de datos sin ni siquiera reflexionar cual es la función de estos. No se utilizan para mejorar los servicios, ni si quiera la implementación de la ley. La disparidad y complejidad de la información no contribuye a la mejora de las políticas públicas en este ámbito y, esto, en el mejor de los casos en que estos informes existan porque la realidad es que no todas las CCAA los tienen.

Se acaba de publicar, el 22 de diciembre de 2020, el informe de datos correspondientes al año 2019 de IVEs en España (Ministerio de Sanidad, 2020). Este informe no se ha podido comparar con el de las CCAA porque ninguna de ella tiene publicados todavía los datos correspondientes al 2019.

En el siguiente mapa se observa la calidad de los informes estadísticos sobre la IVE, los cuales todos obtienen el color rojo.

ACCESOABORTO

Igualmente, hemos trabajado la comparativa con el último año publicado y el resultado ha sido que la información recogida en las **estadísticas y los datos correspondientes al año 2018 del Ministerio de Sanidad (2019) tienen discordancias con algunas recogidas en la CCAA**. Los datos de los registros totales de abortos en los informes de Catalunya, la Comunidad de Madrid, les Illes Balears y el País Valencià no concuerdan con los que se reportan en el Ministerio como hemos comprobado en la comparativa de la tabla elaborada según esta comparación de informes.

CCAA	Total Informe CCAA	Total Informe Ministerio
Illes Balears	3.268	3.314
Catalunya	21.015	19.708
Comunidad de Madrid*	16.593	16.652
CA País Valencià	8.301	8.284

Fuente: Tabla de elaboración propia

Por tanto, existen al menos 1.219 casos de situaciones o no contabilizadas o mal reportadas tan solo sumando 4 CCCA, no cuadrando los informes de varias de las CCAA más pobladas y que realizan más interrupciones voluntarias del embarazo del Estado español. Este tema nos parece fundamental ya que nos lleva a pensar que puede existir un subregistro de datos que no se corresponden con la realidad y que ello puede suponer mucha otra información no registrada dejando fuera situaciones que pueden ser de máxima vulnerabilidad.

*Cierto es que en el caso de Madrid hay que explicar que los datos son referentes al 2017 ya que no ha publicado los datos del 2018 todavía. Y, además, 2.906 de las IVE notificadas

correspondieron a mujeres no residentes en la Comunidad de Madrid y que procedían de otra provincia o de otro país.

También se ha detectado como los datos que aporta el Ministerio contienen irregularidades en cuanto al total de abortos cuando se segregan los datos según el tipo de método utilizado, como señala Rodríguez (2019: 41) en un trabajo de investigación.

> *En cuanto al método utilizado, se ha encontrado una irregularidad en los datos de esta categoría, ya que se han contabilizado 17.733 IVE más que el total inicial (tabla 1). Esta anomalía se ha detectado en informes de diferentes años, pero también en el mismo informe cuando se analiza el método utilizado, siempre contabilizando más IVE que el total registrado.*

Tabla 1: Número de IVE según grupo de edad, tipo de centro, semanas de gestación y método empleado en la intervención. España. 2017

		Edad							
	TOTAL IVE	**<15**	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40-44**	**>44**
TOTAL IVE	**94.123**	**345**	**9.410**	**19.667**	**20.381**	**19.551**	**17.037**	**7.145**	**587**
Tipo de centro									
HOSPITALARIO	10.944	47	926	1.882	2.181	2.409	2.352	1.065	82
Público	4.752	16	383	756	889	1.075	1.122	477	34
Privado	6.192	31	543	1.126	1.292	1.334	1.230	588	48
EXTRAHOSPITALARIO	83.179	298	8.484	17.785	18.200	17.142	14.685	6.080	505
Público	6.912	18	708	1.594	1.484	1.344	1.235	487	42
Privado	76.267	280	7.776	16.191	16.716	15.798	13.450	5.593	463
Semanas de gestación									
8 o menos semanas	66.089	183	6.107	13.853	14.831	13.817	11.847	5.029	422
9-14 semanas	22.427	111	2.709	5.007	4.692	4.490	3.804	1.499	115
15-22 semanas	5.447	50	585	798	831	1.206	1.331	597	49
23 o más semanas	160	1	9	9	27	38	55	20	1
Método Intervención									
Dilatación y Evacuación	11.635	58	1.299	2.446	2.359	2.330	2.144	936	63
Dilatación y Aspiración	63.507	233	6.473	13.459	13.988	13.135	11.154	4.668	397
Mifepristona	19.408	46	1.730	3.992	4.233	4.085	3.674	1.520	128
Prostaglandinas	15.902	47	1.452	3.256	3.430	3.338	3.057	1.225	97
Otros Métodos/NC	1.404	7	125	183	209	345	365	161	9
TOTAL Métodos	**111.856**								

Fuente: Recuperado de Rodríguez (2019: 86)

Por otra parte, muestra **datos desagregados según residencia, nacionalidad y lugar de nacimiento** categorizando por continentes y zonas territoriales que no aportan información

clave para la visualización de cuestiones concretas a abordar, en especial las mujeres sin TSI que sufren las consecuencias del RDL 7/2018 de exclusión sanitaria que las ha dejado fuera de la cobertura y por tanto, también, del acceso al aborto. Estos datos no nos aportan ninguna información sobre el impacto que tiene para estas mujeres vivir esta realidad de desprotección sanitaria. De la misma forma que los datos tampoco no ofrecen la visión de otros temas que pueden ser importantes como las mujeres andorranas y gibraltareñas que se ven obligadas a viajar al Estado español para abortar, mayoritariamente a Catalunya y Andalucía, entre otras muchas situaciones.

En referencia al **grupo de mujeres de 16 y 17 años,** que sufren una de las barreras más restrictivas de la ley, aparecen en el último informe del Ministerio dentro de los colectivos vulnerables. Aún así, n**inguno de los informes de las Comunidades Autónomas recoge datos específicos sobre este grupo de edad**. El Ministerio, inicialmente no separaba estos datos para las menores de edad y actualmente ya ha hecho esta distinción. El grupo que se trabajaba, y se mantiene en las Comunidades Autónomas, es de 15 a 19 años mezclando situaciones absolutamente diferentes según la implementación de la ley. Seguramente sigue una inercia heredada por décadas que se centra en el concepto "teen" adolescente -hasta los 19 años- y que no ha tenido en cuenta los diferentes cambios legislativos, ni en el 2010 ni en el 2015.

En la mayoría de las tablas del Informe del Ministerio continúa apareciendo este grupo (19 y menos años) como preestablecido, aunque han incorporado un apartado final que habla de colectivos vulnerables donde se pueden obtener los datos por edades concretas.

TABLA EV.1. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. 2010-2019. TOTAL NACIONAL.

	Año de intervención									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	11,71	12,47	12,12	11,74	10,46	10,40	10,36	10,51	11,12	11,53
19 y menos años	13,05	13,68	13,02	12,23	9,92	9,38	8,97	8,84	8,96	9,19
20-24 años	20,22	21,37	20,55	19,43	16,56	16,67	16,72	17,42	18,59	18,71
25-29 años	16,57	17,75	17,58	16,84	15,34	15,21	15,41	15,74	16,73	17,49
30-34 años	12,29	13,40	13,40	13,42	12,33	12,50	12,53	12,61	13,85	14,50
35-39 años	8,42	9,26	9,00	9,22	8,65	8,79	8,89	8,98	9,51	10,08
40 y más años	3,58	3,87	3,90	3,92	3,83	3,80	3,80	3,90	3,99	4,18

Las poblaciones utilizadas para el cálculo de estas tasas, se encuentran en el ANEXO IV.

Fuente: Recuperado de Ministerio de Sanidad (2020: 12)

TABLA CE.2
I.V.E. En mujeres menores de 20 años. Número según provincia de residencia y edad.
2019 TOTAL NACIONAL

	Edad											
	TOTAL	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
TOTAL I.V.E.	10.379	0	1	0	8	54	278	697	1.239	1.664	2.913	3.525

Fuente: Recuperado de Ministerio de Sanidad (2020: 184)

Gracias a esta incorporación en el informe del Ministerio es posible conocer el impacto que ha tenido la modificación de la ley del 2015 que afecta a 2.903 mujeres de 16 y 17 años al año, según el último informe. Sabemos, con ello, las jóvenes de esta edad que sí han podido acceder al aborto con la autorización de sus tutores legales y sería muy interesante poder recoger los datos sobre aquellas que lo han demandado, pero no les ha sido posible seguir estos criterios legislativos. Son ellas las que quedan al margen, invisibilizadas, desprotegidas y que ponen en riesgo su vida recurriendo a abortos clandestinos.

Siguiendo la misma lógica argumental que en los apartados anteriores, se ha realizado la búsqueda en las CCAA escogidas para realizar este informe según los criterios establecidos inicialmente. Para valorar la accesibilidad y calidad de la información que las instituciones gubernamentales publican para seguimiento y evaluación de los abortos en sus territorios se procedió a una búsqueda en la red y comparativa de los informes y análisis estadísticos que estas presentan.

Se han valorado parámetros basados en las barreras conocidas para el acceso al aborto:

Accesibilidad y calidad de la información

- Si existe informe o datos estadísticos publicados en la web institucional: De existir, se analizaban los siguientes parámetros:
    - El último año de publicación
    - Enlace en la web de forma fácil y accesible
    - Comparativa con los datos del informe del Ministerio sobre la misma CCAA: coinciden o no, justamente para poder visibilizar las irregularidades que se comentaban anteriormente.
    - Datos desagregados por edades que contengan grupos específicos de menores según el impacto de la modificación de la ley
    - Datos desagregados por métodos y técnicas que existen para abortar
    - Datos desagregados por semanas de gestación que correspondan con los plazos impuestos por la ley
    - Información clara, accesible y actualizada sobre la ley
    - Datos e información analizada sobre el Comité Clínico y los abortos de más de 22 semanas de gestación.
    - Observaciones para destacar en cada CCAA

Y las conclusiones de este trabajo que se resumen en la tabla siguiente se centran, como podemos observar, en la necesidad de conocer las barreras de acceso al aborto para trabajar los datos recogidos con la finalidad de erradicarlas. Si recordamos una de estas barreras impuestas por la **ley son los plazos y condiciones concretas según las semanas de gestación y ello nos haría pensar que tener datos directamente vinculados a estos plazos** de la ley es fundamental para el estudio de la realidad del aborto.

Aunque en el informe del Ministerio si podemos agregarlo de tal manera que así sea, vemos como **en los informes de la mayoría de CCAA comprobadas no es así** y mezclan periodos de semanas que están en situaciones legales diferentes uniendo los abortos de 13 a 16 semanas o de 21 a 23 semanas de gestación. Podemos verlo en los informes Catalunya, la Comunidad de Madrid, el País Valencià, les Illes Balears o Andalucía.

	Andalucía	Illes Balears	Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
Último año de los datos reportados	2019	2018	No existe	2018	2018	No existe	2018	2018	2017	2018
Enlace web	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢	🟡
Mismos datos CCAA y Ministerio	🟢	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🟢	🟢	🔴	🔴
Datos por edad: grupo menores	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
Datos desagregados por método	🔴	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🔴
Datos desagregados por semanas de gestación corresponden a ley	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🟡	🟢	🔴	🔴
Explican con claridad la ley	🔴	🔴	🔴	🟡	🟢	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴
Datos sobre el comité Clínico +22	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
Observaciones	Datos desag. por clínica/hospital	Informe con mucha estadística	No se encuentra	Explican la ley pero sin mencionar menores	Se puede ver informe y tablas estadísti.	No existe ni página informa, específica	Explican la ley pero sin mencionar menores	Solo estadística. Muy difícil de manejar	Informe con faltas importantes	2 páginas informe salud pública. Muy pocos datos

Tabla 3: Resumen de la información sobre informes estadísticos institucionales según CCAA. Fuente: Tabla de elaboración propia

	Enlaces Webs con los informes de las CCAA
Andalucía	https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/datosaldia?CodOper=b3_752&idNode=16646#17165
Illes Balears	https://www.caib.es/sites/epidemiologia/es/evolucion_de_las_ive-9915;jsessionid=5DFD5D52C9C57C75B01872834C40CABD
Castilla y León	https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/interrupcion-voluntaria-embarazo.ficheros/1519324-Interrupciones%20Voluntarias%20del%20Embarazo%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n.%20A%C3%B1o%202018.pdf
Catalunya	https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/interrupcio-voluntaria-embaras/IVE-2018.pdf
Euskadi	https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/interrupcion_embarazo/es_def/adjuntos/informe-ive-2018.pdf
Galizia	https://www.sergas.es/Saude-publica/IVE-Datos-estat%C3%ADsticos
Comunidad de Madrid	https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_ive_2017.pdf
País Valencià	http://www.san.gva.es/documents/157385/8232063/9.+SGGT+-+Salud+P%C3%BAblica+2018.pdf
Ceuta y Melilla	NO EXISTE
Islas Canarias	NO EXISTE

Según el trabajo comparativo que hemos estado realizando y se muestra en esta tabla, 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**.

Cabe destacar como las **Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla** siguen la línea en todos los ámbitos de **no ofrecer ningún tipo de información como si el aborto fuera inexistente** en sus territorios, motivo sin duda provocado porque las mujeres de allí que necesitan abortar tienen que trasladarse a otras provincias, sobre todo de Andalucía. Hay que destacar lo que esto conlleva para las **mujeres migrantes en situación administrativa irregular ya que no tienen ni siquiera la posibilidad de trasladarse a la península ya que eso les implicaría pasar por un control migratorio que las dejaría en expuestas a una expulsión, un encierro en un CIE, etc. Lo que conlleva que acudan a buscar otras opciones clandestinas que pueden poner en riesgo sus vidas.**

Tampoco el Gobierno de las **Islas Canarias ofrece ningún tipo de información estadística** ni informe de seguimiento de los abortos en sus islas que imposibilita hacer ningún tipo de evaluación que no esté vinculada a los datos que presenta el Ministerio y que no se reportan a nivel de CCAA a su propia ciudadanía.

Como vemos en la tabla y según los parámetros establecidos, **ninguna de las CCAA estudiadas cumple todos los requisitos en cuanto a rendición de cuentas y calidad de la información estadística que presenta**. De hecho, casi todas obtienen unos resultados bastante deficientes, situando a la Comunidad de Madrid y el País Valencià en los peores lugares tras Ceuta, Melilla y las Islas Canarias. Y, por otro lado, a Catalunya, Euskadi y Castilla y León son las que han obtenido mejores resultados en la comparativa y los parámetros que se han abordado.

En **Andalucía** no existe un informe donde se recoja y se analice todo si no que es un enlace web donde se encuentran las estadísticas que se pueden revisar directamente. Los datos desagregados por semanas de gestación hay que buscarlos más allá y no cumplen con los criterios que planteamos.

En **Castilla y León** se cumplen varios de los parámetros establecidos en la búsqueda, aunque cabe destacar que "*el 78,7% de las IVE se realizaron en 2018 en centros de Castilla y León, suponiendo el 97,8% de las de Valladolid y Zamora o el 94,8% de las de Salamanca. Aunque únicamente el 21,2% de las IVE tuvieron lugar en centros de otras Comunidades Autónomas, representan el 97% de las de Soria, el 93,8% de las de Ávila y el 84,6% de las de Segovia"* (Junta de Castilla y León, 2020: 10). Es decir que, en estas provincias Ávila, Palencia, Segovia, Soria, los abortos solicitados parecen derivados a otras provincias (21% del total). Comparando con otras comunidades como, por ejemplo, les Illes Balears donde solo existe 2,3% en esta situación y en Euskadi 2,1% fueron derivadas a otros centros.

El caso de **Galizia** es muy interesante porque, aunque cumple varios de los parámetros establecidos, no tiene un informe como tal. Dispone de una página web donde se pueden encontrar estadísticas, que se tienen que descargar e interpretar. Se trata de una página con mucha información, pero muy difícil de manejar y poco accesible para la ciudadanía (Xunta de Galicia, s.f.).

La **Comunidad de Madrid** es la que tiene los datos menos actualizados siendo los del 2017 los últimos que se han publicado, en un informe poco útil y con vacíos importantes de información clave (Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, s.f.). También sorprende la lógica informativa del País Valencià donde no se ha encontrado ningún informe específico del aborto y la única referencia está en un informe general de Salud Pública con dos páginas del tema y muy pocos datos reportados (Generalitat Valenciana, 2018).

Así pues, no hay duda de que todos estos aspectos mencionados referentes a la información proporcionada por las instituciones autonómicas y/o estatales contribuyen a generar confusión y desinformación.

CONCLUSIONES

El derecho al aborto es un derecho humano que forma parte del paradigma de los derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos implican un conjunto de libertades y derechos que hacen que todas las personas podamos vivir una vida digna, elegida por nosotras mismas y libre de todo tipo de violencias heteropatriarcales.

El contenido normativo del derecho al aborto está compuesto por varios elementos clave como son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, pero además para poder disfrutarse es indispensable que se garantice el derecho a la no discriminación y a la igualdad de todas las personas, así como que el derecho al aborto se aborde desde una perspectiva de género y un enfoque feminista interseccional. Los diferentes elementos del contenido normativo, así como los diferentes enfoques están interrelacionados y son interdependientes entre sí. Al tratarse de un derecho humano, la capacidad de decisión libre e informada de las mujeres y personas gestantes que deciden ejercer su derecho al aborto es indispensable. Para poder decidir de una manera libre, una condición necesaria es el acceso a la información sobre el derecho al aborto. Sin información veraz, de calidad y adaptada no es posible ejercer la capacidad de decisión.

La accesibilidad de la información comprende el derecho que tiene toda persona a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones al ejercicio del derecho al aborto. Dicha información debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona y la comunidad, tomando en consideración, por ejemplo, la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de intersexualidad como establece el Comisario del Consejo de Europa para los Derechos Humanos en el documento temático *Human rights and intersex people* (2015). Además, las personas y servicios que ofrecen información deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. Y, por último, se requiere un personal de atención de la salud formado y capacitado sobre el ejercicio del derecho al aborto en todos los servicios públicos del territorio español.

En este informe, nos hemos centrado en el análisis de la accesibilidad a la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Así como en el análisis del cumplimiento de las obligaciones jurídicas del Estado español a la hora garantizar esta dimensión del derecho al aborto. Por lo tanto, lo que se presenta a lo largo de informe es un análisis sobre el acceso a la información del aborto en territorio español y en relación con los cuatro elementos que comentamos configuran este derecho. 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. Así pues, después del trabajo realizado y presentado en este informe, recogemos los resultados vinculados a cada uno de los ámbitos estudiados sobre la información del aborto y a efecto de conclusión quedaría de tal forma:

		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla y León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galizia	Madrid	País Valencià
DISPONIBILIDAD	Campañas institucionales y materiales informativos	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
	Información Webs Institucionales	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🔴	🟢	🔴
	Información Teléfonos institucionales Salud	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🟡	🟡	🟡	🔴
	Información Informes estadísticos	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🟡	🟢

		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla-León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galízia	Madrid	CA País Valencià
ACCESIBILIDAD	Campañas institucionales y materiales informativos	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
	Información Webs Institucionales	🟡	🟢	🟡	🟡	🟡	🟡	🔴	🟡	🔴	🟡	🔴
	Información Teléfonos institucionales Salud	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴
	Información Informes estadísticos	🟢	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🔴	🟢	🟢	🟢	🔴

		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla-León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galízia	Madrid	CA País Valencià
ACEPTABILIDAD	Campañas institucionales y materiales informativos	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
	Información Webs Institucionales	🔴	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴
	Información Teléfonos institucionales Salud	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴
	Información Informes estadísticos	🟢	🟢	🟡	🔴	🟡	🟢	🔴	🟢	🟡	🔴	🔴
		Estado Español	Andalucía	Illes Balears	Islas Canarias	Castilla-León	Catalunya	Ceuta y Melilla	Euskadi	Galízia	Madrid	CA País Valencià
CALIDAD	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

El Gobierno del Estado español y sus instituciones, en base a las obligaciones jurídicas adoptadas al suscribir y ratificar diversos Tratados internacionales, tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho al aborto en territorio estatal. Y, viendo los resultados del informe, surgen cuestiones fundamentales a tener en cuenta para transformar las políticas públicas actuales en relación al acceso a la información sobre el aborto en el Estado español. Se destacan a lo largo del informe:

- La falta de campañas institucionales de información y sensibilización sobre el derecho al aborto dirigidas y adaptadas a la población.
- La falta de información institucional accesible 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.
- La inequidad territorial en relación con la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo.
- En el caso de que haya información, ésta no está adaptada ni es de calidad para el conjunto de las personas y no tienen en cuenta un enfoque de interseccionalidad agravando la vulnerabilidad de los colectivos ya altamente vulnerabilizados, como las mujeres en situación administrativa irregular.
- En el caso de que haya información sobre la IVE, es mayoritariamente confusa, hasta errónea, reproduce y refuerza los roles y estereotipos de género y el estigma sobre el aborto.
- Desconocimiento sobre el contenido de la LO 2/2010 y de la implementación que deriva de ella por parte de los profesionales de servicios públicos que en muchas ocasiones puede ocasionar violencia institucional de manera indirecta.
- La situación de exclusión sanitaria se suma a todo lo anterior generando episodios de racismo y violencia institucional sufridos por usuarias sin tarjeta sanitaria al solicitar información sobre el aborto.
- Información incorrecta por parte de profesionales objetores de conciencia.
- El primer encuentro al buscar información sobre la IVE en Internet es una entidad antiaborto vulnerando el derecho básico de la calidad de información.

Teniendo todo esto en cuenta y conociendo las **obligaciones adquiridas por el Estado español como signatario del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)* y de otros tratados Internacionales de derechos humanos jurídicamente vinculantes como sería la *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*, la *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* y la *Convención de los Derechos de la Infancia*, entre otros, se puede concluir que, el Estado español y las diversas Comunidades Autónomas no cumplen estrictamente con las obligaciones jurídicas asumidas de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho al aborto para toda la población.**

En algunos casos estos incumplimientos suponen violaciones del derecho humano al aborto, como es evidente en Ceuta y Melilla, por ejemplo. Y, a la vez, en diversas ocasiones, al no poner las medidas necesarias para la erradicación de los obstáculos que enfrenta el acceso al aborto, el Estado ejerce violencia institucional sobre los cuerpos de las solicitantes de información.

El poder decidir sobre el propio cuerpo y ejercer la soberanía corporal es un derecho humano fundamental que requiere de información veraz, de calidad y adaptada a las especificidades de

cada persona. En imposible decidir libremente cuando falta la accesibilidad a la información sobre el ejercicio libre del aborto.

Tal y como se establece en el punto 18 de la Recomendación nº 35 de la CEDAW sobre la violencia de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general Nº 19, 26 Julio 2017, sobre violencia : "Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y **el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante**".

La realidad es que el Gobierno del Estado español no está poniendo las medidas necesarias para proteger a las personas que solicitan información sobre la IVE de las injerencias de terceros como grupos y entidades fundamentalistas que tienen por objetivo la eliminación del derecho al aborto en territorio español.

Tampoco garantiza la formación y capacitación de personal administrativo y sanitario sobre el acceso a la IVE en nuestros territorios causando, de manera indirecta, violencia institucional sobre las personas que solicitan información, promoviendo la proliferación de la objeción de conciencia y marginando el derecho al aborto estigmatizándolo todavía más, si cabe.

Así pues, no hay duda de que todos estos aspectos mencionados referentes a la información proporcionada por las instituciones públicas contribuyen a generar confusión y desinformación. Como nos menciona también Silvia de Zordo en su entrevista: *existen problemas de falta de información entorno al protocolo de las personas en el sector público donde ir, periodo de reflexión, etc. En Francia y Reino Unido existe una página central con información sobre los servicios de embarazo, el proceso de IVE, donde y como se puede acceder, la Ley, un numero central para poder llamar y preguntar. En Francia, la llaman "línea verde" y está gestionada por una asociación independiente, subvencionada por el Estado. Lo que hace falta es voluntad política, creatividad y recursos. Y falta, también, un protocolo para todas las CCAA, y las clínicas.*

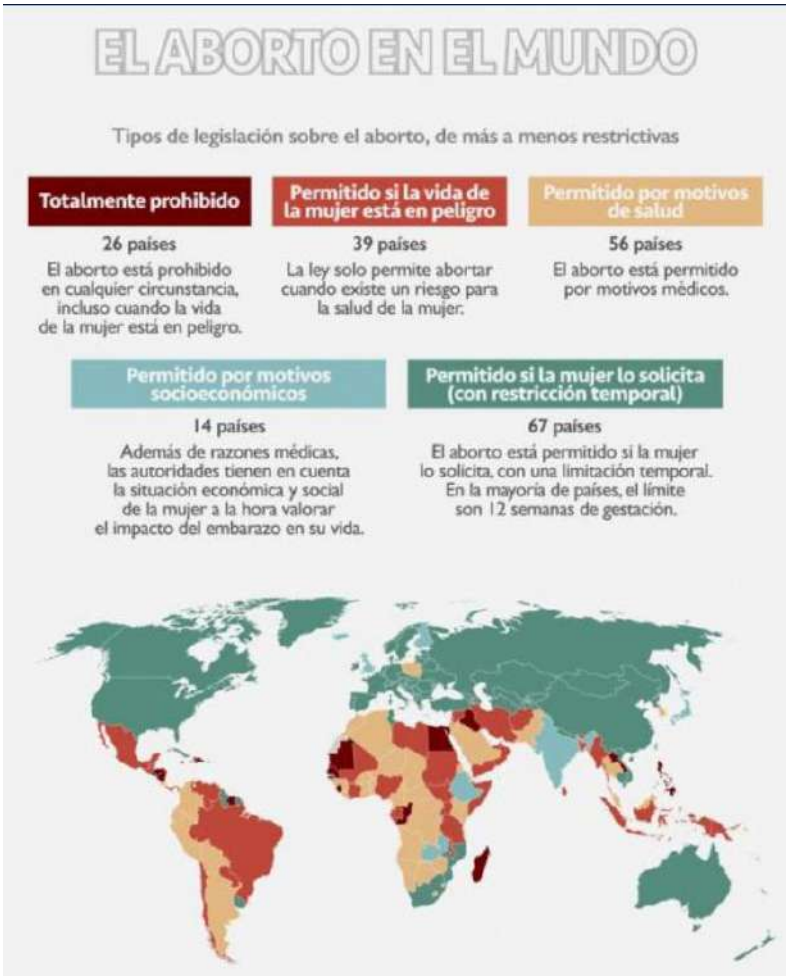
No hay duda de que, la opacidad y disparidad para conocer la actualidad del aborto y la incapacidad de las instituciones de generar información que mejore las políticas públicas provoca la vulneración del derecho a la información sobre aborto que pone en jaque la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

PARTE 2 - MARCO LEGAL Y BARRERAS QUE IMPONE

El marco legal que rige el aborto en el Estado español es fruto de la lucha y el recorrido histórico que el movimiento feminista y de activistas profesionales consiguieron a lo largo de los años. El arduo camino, con pioneras como Federica Montseny, se vio aplacado por el fascismo y obligó al movimiento a la clandestinidad durante décadas, pero, aún así, surgió rearmado para conseguir una de las leyes más progresistas que existe en el mundo.

"Según los datos del Centro por los Derechos Reproductivos, actualmente tan solo ***una de cada tres mujeres tiene acceso al aborto libre*** *(36%) en todo el mundo, mientras que 90 millones (el 5% de las mujeres del planeta) viven en países donde no podrían abortar bajo ningún concepto, aunque su vida corriera peligro"* (Blanch, 10 de noviembre de 2020). Existen todavía 26 países en el mundo donde abortar está totalmente prohibido (Vidal, 10 de marzo de 2020) y, hace tan solo 40 años, esta era la situación en el territorio español.

Figura 1: Mapa de la situación del aborto en el mundo



Fuente: recuperado de Vidal (10 de marzo de 2020)

Habiendo llegado hasta este momento, con el reconocimiento y orgullo de los feminismos, sabemos que conseguirlo no es tarea fácil, para nada. Y a la vez, sabemos que volver al pasado está cada día más presente en nuestros contextos de amenaza ultraconservadora constante.

Aun así, pensamos que el legado de nuestras antecesoras va mucho más allá de proteger una ley como la actual ante estos embates fundamentalistas. Tras diez años de la entrada en vigor de la última Ley que regula el aborto en el Estado español, debemos reflexionar sobre ella, analizarla y exponer sus limitaciones que se convierten en barreras y dejan a muchas mujeres fuera. Este es nuestro propósito en esta parte del documento, desgranemos la legislación vigente y situemos sus puntos débiles que requerirán cambios profundos en un futuro cercano.

La propuesta de análisis en este apartado está pensada para resaltar las legislaciones estatales que tienen vínculos con la regulación del aborto y de ellas surgen barrera que dificultan el acceso.

1. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y* Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud
   1.1. BARRERA: ABORTAR SIN TARJETA SANITARIA

2. *Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.*
   2.1. BARRERA: 3 DÍAS DE REFLEXIÓN POR OBLIGACIÓN
   2.2. BARRERA: COMITÉ CLÍNICO PARA ABORTOS DE MÁS DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN
   2.3. BARRERA: LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA A UN SERVICIO PÚBLICO
   2.4. BARRERA: FORMACIÓN Y PRESTIGIO EN LA PRÁCTICA DEL ABORTO

3. *LEY ORGÁNICA 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo*
   3.1. BARRERA: MENORES DE 16 Y 17 AÑOS

4. *Código Penal (artículos 145 y 145 bis)*
   4.1. BARRERA: CONTINUIDAD DE LA PENALIZACIÓN

*** En este marco legal y normativo, se incluye exclusivamente la legislación emitida a nivel estatal, sabiendo que algunas CC.AA. han elaborado legislación complementaria dentro de su ámbito competencial dada la transferencia de competencias en materia de salud. Pocas comunidades tienen una estrategia propia de Salud Sexual y Reproductiva, como es el caso de la CA País Valencià. Aun así, prácticamente todas tienen circuitos y protocolos propios para abordar la interrupción voluntaria del embarazo en su estructura y sistema sanitario diferenciado. **Así pues, la complejidad y diversidad de documentación y protocolos de intervención se suma a la complejidad que ya emana de la propia normativa estatal.**

En todo caso, disponer de un marco legislativo no restrictivo en relación con la interrupción voluntaria del embarazo es, sin duda, una cuestión de salud pública. Se ha evidenciado en

multitud de ocasiones la estrecha relación entre la penalización del aborto y el aumento de la mortalidad y del riesgo vital para las personas que deciden llevarlo a cabo. Penalizar el aborto implica clandestinidad y desigualdad de acceso, y abre las puertas al abuso de poder y a la violencia, a la extorsión económica, al estigma, a la falta de acompañamiento para mantener la discreción, etc. Al mismo tiempo, por supuesto, muchas veces puede comportar que el mismo procedimiento se realice en condiciones inseguras, con recursos escasos y que la asistencia a un centro médico ante posibles complicaciones esté fuertemente condicionada por el miedo a represalias.

La despenalización del aborto para proteger la salud de las mujeres y de las personas que pueden quedarse embarazadas es imprescindible, pero es también una cuestión de mínimos. La defensa del aborto no se puede basar solo en el hecho que su criminalización sea sinónimo de riesgo para la salud y la vida de la persona embarazada, sino que se debe considerar un derecho fundamental (Morgan, 2017).

Aun así, las legislaciones sobre aborto se han vinculado históricamente al ámbito de la salud. También en el Estado español el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se ha limitado, en gran medida, a la vertiente de la salud relacionada con estos derechos. Esta es una grave limitación de la perspectiva de nuestras políticas públicas.

Revisar nuestra legislación y normativa es clave para entender el contexto en que se mueve el acceso al aborto en el Estado español como nos plantea el *Grupo de Investigación Antígona de la Universidad Autónoma de Barcelona* en su Informe sobre el *Estado de la Cuestión de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Catalunya y su relación con las políticas públicas catalanas* (Bodelón e Igareda, 2019).

Es inevitable, cuando se revisa ese marco normativo, hacer una lectura crítica de él conociendo la realidad que impone a las mujeres y personas embarazadas que quieran abortar en el Estado español. Así pues, vamos a hacer una breve inmersión en la legislación básica que impacta en el acceso al aborto y detallando también las barreras que de ella surgen.

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud

El Estado español forma parte de numerosos tratados que reconocen el derecho a la salud sin discriminación, los ha firmado y ratificado repetidamente. De la misma forma que en la *Constitución Española* (artículo 43) se establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de la ciudadanía, encomendando, a estos efectos, a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública.

La Ley General de Sanidad del 1986 establecía que todas las personas residentes en España eran titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, con algunas excepciones. Sucesivas reformas de la Ley profundizaron en el carácter universal y gratuito del acceso a la salud pública hasta que, a finales de los años 1990, se vinculó la financiación de la salud con los presupuestos generales del Estado (y no con el sistema de la Seguridad Social), por lo que la protección de la salud es un derecho que se sostiene a cuenta de todas las personas que tributan en el Estado español.

Las medidas adoptadas a lo largo de 2012, utilizando la fórmula del Decreto Ley: Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, cambiaron las características fundamentales de la atención sanitaria que garantiza el Sistema Nacional de Salud y que afectaron a toda la ciudadanía, pero, especialmente, a las mujeres migrantes. Así, el acceso al Sistema Nacional de Salud pasó de la universalidad a la vía del aseguramiento y se reguló la condición de persona asegurada y beneficiaria desde una lógica neoliberal utilizada tradicionalmente por las compañías de seguros privados de salud. Estas modificaciones tuvieron un efecto claro en las desigualdades en el acceso a la salud que supusieron una movilización social que obligó a desarrollar nueva legislación al gobierno posterior.

Así se aprobó el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud con el espíritu de erradicar las vulneraciones al derecho universal a la salud que había supuesto el 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.

El decreto actual surge con la idea de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español. "*Esto se lleva a cabo mediante la recuperación de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que tengan establecida su residencia en el territorio español*" (RDL 7/2018). Es un nuevo modelo que debe desligar el aseguramiento con cargo a los fondos públicos de la Seguridad Social y se vincula a la residencia en el Estado español.

Pero deja expuesta la necesidad de no comprometer la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud y, por ello, establece unos criterios "*para evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria"* que vinculados a la necesidad de residencia abre un nuevo escenario de ambigüedad normativa que provoca vulneraciones y discriminaciones importantes en cuanto al acceso al derecho a la salud, en especial para las personas migrantes.

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. De ahí se han derivado diversas denuncias públicas como son los casos de mujeres sin tarjeta sanitaria a quien se les imponía el pago del aborto para poder acceder tal como lo planteaba la Campaña por el Aborto Universal en Catalunya (L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius, 2020a) y el Informe 2019 del Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2019b).

Es decir, hay que cumplir los criterios para conseguir la tarjeta sanitaria individual y tener reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Según el actual RDL 7/2018 las personas que se encuentren en esta circunstancia

tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en el artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

Algunas Comunidades Autónomas exigen un empadronamiento de al menos tres meses en su territorio. En realidad, según la ley actual, lo que hay que demostrar es llevar más de 90 días en territorio nacional, ya que en los primeros 90 días se considera que la persona está en situación de «estancia temporal», y, por tanto, está obligada a contar con un seguro médico de viaje.

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.

1.1 Barrera: abortar sin tarjeta sanitaria individual (tsi)

Tal como plantea el Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (Yo Sí Sanidad Universal, 2019), la barrera del acceso a los Servicios de la sanidad pública se hace evidente y ahonda en los casos de personas especialmente vulnerabilizadas. En su informe reportan 300 casos documentados en estas situaciones de los cuales son importantes a destacar la situación de mujeres migrantes embarazadas y menores. También, el Defensor del Pueblo (28 de noviembre de 2019) publicó un informe en el que recoge muchas de las situaciones de exclusión que se venían denunciando, y formuló nuevas recomendaciones al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y a las comunidades autónomas de Madrid y Galicia para proteger el derecho a la salud y garantizar la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a ciertos colectivos vulnerabilizados excluidos de la normativa vigente.

> Desde Yo Sí Sanidad recuerdan que ya advirtieron al Gobierno de que la redacción de este decreto, que fue aprobado en julio de 2018, en algunos casos profundizaba la exclusión sanitaria. Durante los diez meses que lleva en vigor esta ley, los cambios detectados han ido a peor: "han aumentado las restricciones de acceso al sistema sanitario de forma grave", denuncian desde la plataforma, que lamenta que no se haya hecho caso a sus recomendaciones y que, a pesar de que desde el Ministerio de Sanidad se prometió que los huecos de exclusión sanitaria que dejaba la ley serían cubiertos en el documento de recomendaciones a las comunidades autónomas, finalmente este documento sea aún más restrictivo. (García, 9 de julio de 2019, párrafo 2)

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 específica 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.

Después de mucha movilización e incidencia se han conseguido pocos cambios. En Catalunya, la Campaña por el Aborto Universal, consiguió la retirada de la instrucción del *Servei Català de la Salut (CatSalut), 05/2019 de actuaciones para evitar el fraude de ley en el acceso a la asistencia sanitaria* que obstaculizaba el acceso a la Salud Universal y, por tanto, al aborto universal también a principios del 2020. (Noticias TV3, 19 febrero 2020)

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.

El sistema público de salud debe atender especialmente los casos de las mujeres en esta situación para que el acceso al aborto no dependa de ninguna interpretación como ocurre actualmente.

El impacto generado por el RDL 16/2012, llamada popularmente como el apartheid sanitario, dejó heridas profundas que no han sido, para nada, resueltas por el RDL 7/2018. Algunos datos que ilustraban esta situación están recogidos en el Informe Sombra CEDAW de 2017 (Plataforma CEDAW Sombra España, 2017), que calculaba que, en el caso de las mujeres migrantes, las medidas adoptadas supusieron la retirada de un total de 873.000 tarjetas sanitarias en aquel momento. Esto es una consecuencia directa de la crisis previa a la COVID-19, dado que han perdido documentación para efectos de irregularidad sobrevenida. El decreto de entonces solo garantizaba "la atención de urgencias" -en este punto conviene aclarar que el aborto no se considera un procedimiento de urgencia.

También Bayla Ostrach (2012) señalaba que uno de los colectivos con más impedimentos en la salud reproductiva son las mujeres migradas. La autora afirmaba que encuentran más dificultades de acceso al sistema sanitario que la población autóctona, sobre todo en lo que concierne a la salud reproductiva. Destaca la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios o el temor generalizado que el uso del sistema sanitario público pondría en peligro la situación jurídica de las mujeres migradas. La autora explica:

> Factores socioeconómicos, culturales y políticos específicos afectan al acceso a la atención sanitaria nacional y especialmente, la cura reproductiva y el aborto son evidentes en muchas experiencias de las mujeres migradas con el SNS [...]. Estos factores incluyen: estado migratorio, barreras de lenguaje, falta de conocimiento o miedo a utilizar los servicios, factores culturales, estigma, percepciones de racismo, altas tasas de embarazo no deseado, reticencia a buscar los cuidados, la necesidad de viajar, dejar de trabajar o buscar cuidados para las criaturas. Las mujeres migradas encuentran más obstáculos en la asistencia sanitaria y tienen menos acceso a los servicios nacionales de

salud, a menudo debido como causa de su estatus indocumentado o por no estar familiarizada con los idiomas locales dentro de los primeros años después de migrar. (Ostrach, 2012: 268).

Además, Ostrach (2012) apuntaba como factor determinante la percepción o temor de un tratamiento racista o discriminatorio de los proveedores de salud. También afirma que, de los países donde se ha podido consultar dicha información, las mujeres migradas reportan tasas más altas de embarazos no planificados, un menor uso de métodos contraceptivos y tasas más bajas de tratamiento en caso de problema reproductivo, en comparación con las mujeres no migradas. Sobre el caso concreto del aborto señala "*la ampliación del SNS para cubrir los servicios de aborto no beneficiará de manera realista la salud reproductiva de las mujeres migradas hasta que no se aborde la falta de información sobre la accesibilidad del SNS para mujeres migradas*" (Ostrach, 2012: 269).

Siguiendo nuestro trabajo de investigación a través de las llamadas telefónicas realizadas a los teléfonos institucionales de los servicios de salud de los 10 territorios del estado en que nos centramos en este informe, hemos podido observar justamente esa arbitrariedad. Cierto es que la crisis sanitaria por la COVID-19 ha impactado duramente en todos los servicios de salud, desbordando estructuras y cimientos básicos de los sistemas sanitarios en el estado. Aun así, las respuestas obtenidas en el mes de diciembre del 2020 nos sitúan en una realidad evidente:

CCAA	**Acceso al aborto gratuito según las prestaciones del Sistema Nacional de Salud**
Andalucía	Solamente con el CIP[4]
Catalunya	Con o sin CIP
Madrid	Solamente con el CIP
País Valencià	Se necesita el empadronamiento, como mínimo
Galizia	Con o sin CIP
Castilla León	Solamente con el CIP. Si no tienes CIP hay que hacerlo a través de un centro de extranjería
Euskadi	Con o sin CIP
Islas Canarias	Solo con la tarjeta de la Seguridad Social
Illes Balears	Solamente con el CIP
Ceuta y Melilla	Solamente con el CIP. Si no tienes CIP hay que hacerlo a través de un centro de extranjería

Tabla de elaboración propia basada en las llamadas realizadas para este informe a los Servicios de Salud de cada CCAA

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.

[4] La tarjeta sanitaria individual (TSI), identifica y acredita a los ciudadanos como usuarios del sistema sanitario público de cada CCAA. La tarjeta es personal e intransferible y contiene el código de identificación personal (CIP).

Cabe destacar que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015: 14), o Comité de la CEDAW, también redactó un requerimiento al Estado español exigiendo que asegurase la cobertura sanitaria universal gratuita a las personas migradas. A pesar de ello, hoy en día no se está cumpliendo con la obligación de proteger los derechos humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos de todas las personas.

Negar el derecho al aborto a las mujeres independientemente de cuál sea el motivo es una vulneración de derechos. Además, es una manera de poner en peligro su salud, ya que en muchos casos se termina acudiendo a la clandestinidad o a una maternidad forzada, con todo lo que ello comporta.

2. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Se trata de la ley fundamental que regula las condiciones para el acceso al aborto legal en el Estado español. **Lo más importante a conocer es que se puede abortar en cualquier momento del embarazo, pero hay que tener presentes las condiciones bajo las cuales se puede acceder en cada etapa de la gestación que están tipificadas en la Ley.**

Aun así, se trata de una ley más amplia con la voluntad de abarcar mucho más que solamente el tema del aborto, pero, ciertamente, solo menciona los derechos sexuales y reproductivos en la Exposición de Motivos, y se derivan de otros derechos fundamentales, pero no los regula directamente en su articulado. El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de diferentes derechos fundamentales, en particular, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual.

Los poderes públicos están obligados a no interferir en este tipo de decisiones, pero, también, tienen que establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo necesiten servicios de atención sanitaria, asesoramiento e información. Esta Ley tiene como objetivo garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. A pesar de tener rango de Ley Orgánica en materia de salud sexual y reproductiva, las disposiciones legales están definidas como políticas públicas, estableciendo las obligaciones correspondientes a los poderes públicos. **La Ley tiene rango de Ley Orgánica únicamente en las disposiciones relativas a las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo porque afecta a las disposiciones contenidas en el Código Penal**. Esta falta de concreción de los derechos sexuales y sanitarios en esta regulación específica hace necesario entender cuál es el marco general de las políticas sanitarias y su relación con los derechos sexuales y reproductivos.

En esta Ley, el aborto constituye una situación excepcional que requiere la intervención de los poderes públicos para garantizar la libre determinación de las mujeres, su libertad, su integridad física y moral, y su intimidad. Pese a su configuración en relación con los derechos

civiles y políticos, la regulación contenida en esta Ley se limita a regular la interrupción voluntaria del embarazo en la medida que pueda afectar la salud de las mujeres.

Por tanto, el aborto inicialmente se configura como una cuestión relacionada con la autonomía reproductiva de las mujeres, para acabar siendo una preocupación de salud pública**.**

Hay que recordar que el aborto sigue siendo un delito regulado en el Código Penal y que esta ley establece las situaciones en qué deja de ser delito y, por lo tanto, se despenaliza (del artículo 13 al 17). Hay que señalar que existen implicaciones directas para la vida de las mujeres relacionadas con esta penalización que se analizan más adelante y que tienen que ver con las sanciones, multas, la criminalización y penas de prisión para los profesionales. Es evidente que, junto con las demás barreras, la penalización del aborto sigue siendo una barrera legal de mucho impacto en especial para las mujeres en situación más vulnerabilizada.

Más allá de esto, la Ley Orgánica 2/2020 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo establece la **igualdad en el acceso** al aborto y su **inclusión en el Sistema Nacional de Salud (artículo 19)**. Esto también va en la línea de los elementos del derecho a la salud sexual y reproductiva de disponibilidad, accesibilidad física y asequibilidad que reconoce el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2016).

Se trata de una ley que, a día de hoy sigue siendo una de las menos restrictivas del mundo, y que en su momento supuso un gran avance social, incorporando algunas de las exigencias de los movimientos feministas y de profesionales especialistas como:

A. **la libre decisión de las mujeres** sin ninguna intermediación profesional/institucional, al menos durante las primeras 14 semanas de gestación; después ya volvemos a necesitarla.
B. **la gratuidad de la intervención**, es decir, que forma parte de la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público y, por tanto, no se tiene que pagar.
C. **la regulación de la objeción de conciencia**, es decir, cualquier profesional puede objetar individualmente y no ofrecer el apoyo en la intervención, pero el sistema tiene que asegurar que haya algún otro que ofrezca este servicio con la calidad y la seguridad pertinentes. Esto se incluye en el texto legal, aunque, más adelante, veremos que no es así en la práctica real.

ARTÍCULO 14 Y ARTÍCULO 15

Es importante destacar estos dos artículos de la LO 2/2010 porque son los que rigen la posibilidad de abortar legalmente y dentro del sistema nacional de salud en cualquier momento del embarazo.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer. Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurran 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.*

Durante las primeras 14 semanas de gestación, las mujeres pueden acceder al aborto por decisión propia y sin tener que dar explicaciones ni necesitar la autorización de ninguna otra persona. **(Artículo 14 de la Ley).**

La única condición que establece la Ley es que se habrá informado a la mujer sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y que hayan pasado un mínimo de tres días desde la información citada hasta la realización de la intervención. Los 3 días de reflexión.

Artículo 15. Interrupción por causas médicas. Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

> *a) Que no se superen las veintidós 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 veintidós 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.*

Es decir, d***e la semana 14 y hasta la semana 22 de gestación, las mujeres pueden acceder al aborto legal y gratuito a través del sistema sanitario y necesitan un informe que certifique situaciones de peligro para nuestra salud o malformaciones fetales.*** **(Artículo 15 de la Ley).**

El hecho de considerar el impacto del embarazo en la salud emocional -y por tanto como motivo para abortar- permite que sea una opción muy accesible. Esta opción es bastante desconocida y resitúa a las mujeres vinculadas a la voluntad de los profesionales que deben conocer la ley, interpretarla y hacer el informe correspondiente.

Habitualmente funciona de forma fácil y correcta, pero hay que destacar que una de las denuncias y vulneraciones más frecuentes es la desinformación de parte de los profesionales sanitarios de los servicios públicos que continúan difundiendo -de manera errónea- la idea de que no se puede abortar más allá de las 14 semanas. Un problema grave si a ello añadimos que no existe información pública accesible y correcta para tener otros canales de información como veremos en el trabajo de investigación sobre la información.

Esto supone uno de los **obstáculos** más importantes a superar, como se indica en el Informe de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2019b). Tanto por parte de los profesionales como por parte de la información a la ciudadanía que alimenta este límite de 14 semanas como si no hubiera otra opción más allá, creando confusión e incluso que las mujeres lleguen a pensar que no pueden abortar o que tienen que hacerlo de forma clandestina. Sobre todo, si se trata de mujeres migrantes a las que se añade el temor a una expulsión del territorio o a ser encerradas en CIEs.

De la semana 22 en adelante las mujeres podemos acceder al aborto legal y gratuito a través del sistema sanitario necesitando la confirmación del diagnóstico de un comité clínico hospitalario que tendrá que valorar si se producen alteraciones fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave o incurable. **(Artículo 15 y 16 de la Ley).**

Este es el artículo más restrictivo de la Ley, porque deja a las mujeres que necesitan abortar en estas circunstancias, absolutamente abandonadas a la interpretación profesional, personal e ideológica. A partir de las 22 semanas de embarazo, la ley en el Estado español obliga a exponer la situación a un comité clínico de profesiones nombrados por el sistema público de salud de cada CCAA. Este comité valorará cada caso que le llegue y, solo si se confirma que la alteración del feto es grave o incurable o incompatible con la vida, se podrá interrumpir el embarazo. El funcionamiento de este Comité se regula en 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* donde se expone, entre otros temas, la opción que tiene la mujer de elegir a uno de los miembros del Comité para que sea de su confianza y pueda abogar el caso. Pero vemos como esta información, y muchas otras con relación a este tema, no llega a las mujeres vulnerando el acceso informado.

2.1 Barrera: 3 días de reflexión por obligación

Esta Ley Orgánica 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**.

Esto constituye un ejemplo claro del tratamiento de las mujeres como sujetos legales con una capacidad de obrar inferior, con una implícita sospecha de que nunca son sujetos plenamente capaces de tomar decisiones libres y conscientes en aspectos tan importantes en sus vidas como la reproducción.

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**. En cualquier centro sanitario público o privado acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, se le tiene que entregar un sobre cerrado que incluya necesariamente información sobre las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto; los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y la atención de los hijos; los beneficios fiscales; datos sobre centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, y datos sobre centros en los que las mujeres pueden recibir asesoramiento antes y después de la interrupción de embarazo.

Sin embargo, la obligatoriedad de este periodo de reflexión y el asesoramiento es contrario a las obligaciones jurídicas específicas que el propio Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala en los estados parte, relativas al derecho a la salud sexual y reproductiva (Bodelón e Igareda, 2019: 35).

La cotidianidad nos ha hecho normalizar restricciones recogidas en la ley, como esta. Esta operación de un tipo de información concreta vinculada a la maternidad y la espera obligada continúa reproduciendo una visión patriarcal y tradicional de la sexualidad, que subordina la

decisión de abortar al conocimiento y reflexión previa de las posibilidades y ayudas que la mujer tendría si optase por esa maternidad. Y, además, dispone, como imposición del Estado, la reflexión a las mujeres tratándolas como no capaces para la toma de decisiones por su cuenta, una situación exclusiva para este procedimiento.

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 decidió 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.

2.2 Barrera: comité clínico para abortos de más de 22 semanas de gestación

Como venimos comentando, 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 regirse por el artículo 15 y 16.

> *Artículo 16. Comité clínico.*
>
> *1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior 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.*
>
> *2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.*
>
> *3. 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.*
>
> *4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.*

En otras palabras, 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. El funcionamiento y composición de este Comitè se regula en 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.*

Esta es una realidad desconocida para la mayoría de la ciudadanía lo que supone vivir vulneraciones graves por parte de las mujeres que pasan por esta situación invisibilizada por no

garantizar la calidad de la información al respecto, además de la barrera legal que ya supone. Por estos motivos, y para acompañar a las mujeres que se encuentran en esta situación, L'Associació creo la campaña +22 (L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius, 2020b) que denuncia esta falta de información que ahonda todavía más en una de las barreras que tiene un impacto más duro y escondido para las mujeres en el Estado español.

Según los últimos datos sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad (2020: 15), las mujeres que solicitan un aborto más allá de las 22 semanas de gestación suponen un 0,18% del total de abortos anuales, pero es cierto que son casos de la máxima complejidad. También es cierto que en muchos casos no llegan ni a solicitar nada al Comité correspondiente porque es una opción desaconsejada por su profesional de ginecología al considerar que no tendrán "opciones" para la aprobación. Se encuentran enfrentadas al aborto por un embarazo deseado que ha tenido un diagnóstico fatídico y en no pocos casos derivados a retrasos diagnósticos ajenos a la voluntad de la mujer y, eso, las sitúa en un momento de gran vulnerabilidad y cambia drásticamente sus expectativas y las de sus familias. Como ya hemos explicado anteriormente, la opción de abortar legalmente más allá de las 22 semanas de gestación está en manos de un comité clínico que, no siempre, prioriza la decisión de las mujeres en esta situación como debería hacerse según el punto 2 del artículo 16 de la ley. Muchas veces se emiten dictámenes distintos en situaciones de pronóstico incierto, lo que contribuye a la sensación de desconcierto, angustia y vulnerabilidad y falta de transparencia de los criterios y decisiones adoptadas ante las familias.

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. Como explica De Zordo en su investigación:

> La mayoría de los médicos españoles afirmaron que el feto no forma parte del cuerpo de la mujer y tiene algunos "derechos" a partir de una determinada edad gestacional, en torno o más allá de la viabilidad. Algunos de ellos argumentaron que estos "derechos" incluyen su "derecho a no nacer" incluso en casos de anomalías fetales graves. La mayoría de los médicos, sin embargo, no aprobarían las interrupciones por malformaciones menos graves (por ejemplo, labio leporino) o casos en los que el impacto en la salud / calidad de vida del futuro hijo es incierto. Estos fueron vistos como terminaciones "eugenésicas", destinadas a producir "el niño perfecto". (2017: 9).

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.

La barrera vinculada a los abortos más allá de la semana 22 de gestación estará presente durante todo el informe ya que es una de las más invisibilizadas y a las que contribuyen diferentes dimensiones como es, claramente, el acceso a la información que se detallará más ampliamente en su apartado.

2.3 Barrera: la objeción de conciencia a un 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.

Aun así, según la investigación realizada por *Europe Abortion Access Project (2020),* dirigido por Silvia de Zordo*,* todos los países que participaron reconocían que los profesionales sanitarios pueden negarse a proporcionar servicios de interrupciones del embarazo por razones religiosas o morales. La mayoría de los países europeos no proporcionan datos sobre la objeción de conciencia (también definida como negativa a la prestación de interrupciones del embarazo basada en la conciencia), siendo una práctica generalizada que afecta al acceso a servicios de interrupción del embarazo.

Parecía que la regulación planteada en la Ley Orgánica 2/2010 sería pertinente pero la realidad es que su implementación continúa suponiendo impedimentos importantes. Según la propia ley, su artículo 19 de medidas para garantizar la prestación por parte de los servicios de salud dice:

> *1. Para asegurar la igualdad y la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes tienen que garantizar los contenidos básicos que el Gobierno determine, una vez escuchado el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.*
>
> *2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros del sistema sanitario público o sistemas vinculados. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho a ejercer r la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar perjudicadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.*
>
> *El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual con el personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo que se tiene que manifestar anticipadamente y por escrito.*
>
> *En cualquier caso, los profesionales sanitarios dispensarán trato y atención médica adecuados a las mujeres que lo necesiten antes y después de haberse sometido a una interrupción voluntaria del embarazo.*
>
> *Si excepcionalmente el servicio público de salud no puede facilitar a 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 pago de la prestación.*

En base al artículo 16.1 de la Constitución Española sobre la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y comunidades, la LO 2/2010 reconoce el derecho a la objeción de conciencia profesional "*sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar perjudicadas*" (art. 19.2). También queda recogido explícitamente que se trata de un ejercicio

exclusivamente individual que se debe declarar con anterioridad y por escrito, aunque se admiten los casos de objeción de conciencia sobrevenida.

La experiencia nos muestra que hay que ser muy cautas con el seguimiento de la objeción de conciencia para no dejar margen a que existan situaciones como las que actualmente se dan en países como Italia, donde se llega al 70% de profesionales objetores (Pusterla, 19 de junio de 2018) y, por tanto, no se garantiza el derecho al aborto a las mujeres.

ACAI (2018) en su estudio *Implementation of the Abortion Law* expone como no se ha implementado la regulación de la objeción de conciencia en el Estado español y como siguen existiendo objeciones de departamentos completos, aunque según la ley, no debería ser así. Es muy difícil que los profesionales no objetores puedan enfrentarse a sus superiores que sí lo son, explica. **También un estudio realizado en (Moure y Cernadas, 2020) sobre el tema concluía que el 72,9% de los y las estudiantes de medicina encuestados se mostraba favorable a que el personal médico tuviera derecho a declarar la objeción de conciencia a la IVE, e incluso al 61,7% le parecía razonable que se ejerza este tipo de objeción de conciencia, aun siendo conscientes de que antes de acceder a su puesto de trabajo ya conocen que la IVE es una prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios del sistema público de salud**. Y eso a pesar de los mismos estudiantes reconocen en su mayoría -hasta un 70%- que una objeción de conciencia ejercida por un amplio porcentaje de profesionales de la salud puede hacer peligrar el derecho constitucional de las pacientes a la protección de su salud. A su vez, el 70,0% admite que la derivación de las gestantes a la sanidad privada o a centros públicos alejados de su lugar de residencia, como consecuencia de la objeción de conciencia médica, conlleva efectos negativos sobre ella.

El uso actual de la objeción de conciencia es de una perversión absoluta. 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 primer lugar, es importante tener presente que la objeción de conciencia acoge un derecho que pretende proteger la integridad moral individual de las personas profesionales que pueden sentirse vulneradas por su participación directa en el procedimiento de interrupción del embarazo. Para garantizar el rigor de su significado y función, el Instituto Borja de Bioética (2012) recomienda no solo que se exija una notificación por escrito, como ya establece la ley, sino también un resumen de los argumentos principales del porqué de la objeción. Se podría valorar, también, si esta argumentación fuese más veraz y fiable en forma de entrevista que por escrito.

De cualquier forma, dada la regulación vigente, el peligro es que no queda definido de qué manera se comunica y se acredita la autenticidad de la objeción de conciencia, dejando paso a un abuso ilegítimo del derecho.

Por otra parte, se han denunciado de manera reiterada las consecuencias del estado actual del ejercicio de la objeción de conciencia. Consecuencias que cuestionan el mantenimiento de la citada “calidad asistencial” que declara la ley cuando obligan al desplazamiento a tantas mujeres que se topan con la imposibilidad de acceder al aborto en su territorio. Es el caso de las mujeres de Lleida que hemos visto como se ha hecho pública su situación en estas últimas semanas, aunque sabemos que es histórica (El Segre, 25 noviembre 2020).

Además, la supuesta protección de la confidencialidad del profesional objetor es una de las razones por las cuales los Servicios de Salud no pueden publicar esta información alegando que por cuestiones de protección de datos no se tiene su conocimiento. Con este desconocimiento

de la Administración resulta imposible garantizar el acceso al derecho del aborto sin desigualdades. Paradójicamente, la población sí que sabe de su existencia a través de las propias vivencias cuando tantas mujeres reciben la negativa en determinados centros, poniendo en marcha campañas de movilización pública ante estos impedimentos como se narra en el caso paradigmático del *Informe de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius* (2019b) y como también ponen de manifiesto el *Colectivo Feminista del Pallars* en relación a su territorio (Viure als Pirineus, 9 marzo 2020).

Por último, cabe destacar la cantidad de negativas institucionales, que no objeción de conciencia, a realizar interrupciones voluntarias del embarazo en el sí del sistema público. Por negativa institucional se entiende la posición del conjunto de una institución que rechaza llevar a cabo la intervención en base a sus principios ideológicos. En el contexto catalán, por ejemplo, el Servicio Catalán de Salud contrata diversos centros de titularidad privada, habitualmente vinculados a la Iglesia, para cubrir la atención de determinadas áreas territoriales, como es el caso de la Fundación Sant Hospital de la Seu d'Urgell o el Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa. Algunos de estos centros, además, están adscritos a universidades catalanas públicas y cuentan con la acreditación de Formación Sanitaria Especializada, recibiendo y formando a profesionales a través de las pruebas organizadas por el Ministerio de Sanidad (MIR, EIR, FIR), como es el caso del Hospital de Sant Pau y del Hospital Sant Joan de Déu, entre otros.

Los centros citados, por ejemplo, no llevan a cabo interrupciones voluntarias del embarazo escudándose en sus principios ideológicos y religiosos, como institución privada. En la práctica, por tanto, reciben una financiación por una cartera de servicios públicos que no cumplen y actúan como objetores sin poderse amparar en este derecho ya que, como se ha reiterado, es un derecho exclusivamente individual. Con todo, lo que es todavía más incomprensible e inadmisible, es que en casos como el de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2000), con hospitales concertados en la red pública en diversas CCAA, queda explícitamente recogido en la Carta de Identidad que ***"La inviolabilidad de la vida humana excluye que en las obras de la Orden Hospitalaria se pueda practicar no sólo el aborto voluntario, sino otras intervenciones que, de hecho, supriman la vida. El personal que trabaja en ellas, por tanto, tiene el deber de la objeción de conciencia"***.

¿Cómo es posible que se proteja la objeción de conciencia, como un derecho fundamental individual, y luego algunas instituciones que reciben financiación pública hablen abiertamente del deber de objetar? ¿Dónde queda pues, la protección e inviolabilidad de la integridad moral?

***Más allá de la legislación como tal, se hace imprescindible nombrar la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (2011) que surge del artículo 11 de la Ley Orgánica 2/2010 para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta ley. El Gobierno Español aprobó en el 2010 esta Estrategia con una duración de 5 años y que se evaluase cada dos.

Actualmente **no se conoce ningún informe de evaluación ni seguimiento, ya pasados 10 años lo que supone un incumplimiento de la ley por parte de los diferentes Gobiernos** que han ido sucediéndose. En diciembre del 2018 el Gobierno español, con su anterior Ministra de Sanidad María Luisa Carcedo, anunció la voluntad de reactivación de dicha Estrategia (Gobierno de España, 20 de diciembre de 2018) pero, a día de hoy, no se conoce que este proceso se haya iniciado. Aun así, planteamos la **necesidad imprescindible de actualizar la estrategia ya que**

estaba pensada para 5 años y ya han pasado 10. De la misma manera que la ley necesita actualizarse y plantearse cambios profundos, la Estrategia del 2010 también.

En la ENSSyR se establecen unas líneas estratégicas fundamentales para la implementación de la ley en todo el territorio español. Actualmente se han obviado la mayoría de estas líneas como la propia estrategia lo que ha comportado añadir más dificultades y barreras a la práctica del aborto en el Estado.

2.4 Barrera: formación y prestigio en la práctica del aborto

En la página 67 de la ENSSyR se expone la necesidad de formar al personal profesional de la salud vinculada al artículo 8 de la Ley Orgánica 2/2010: La *formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. (Ley Orgánica 2/2010)*

Pero la realidad no ha sido esa. 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.

Ya en 2017, la OMS y el Instituto Guttmacher redactaron un comunicado en este sentido después de que un estudio de The Lancet revelase que un 31% de los abortos se consideraban "menos seguros" por haber sido acompañados y practicados por profesionales especializados poco formados.

Silvia de Zordo (2017) también plantea en su trabajo como los ginecólogos que trabajan en los hospitales del Estado español (en concreto catalanes donde centra parte de su estudio) tienen opiniones similares sobre el 'aborto voluntario', como lo definen, pero siempre destacan su escasa experiencia con él. La mayoría de los ginecólogos españoles e italianos que trabajan en hospitales consideran que realizar interrupciones del primer trimestre por aspiración "no es interesante" desde un punto de vista técnico y "es desagradable". La mayoría de ellos no tenían ninguna experiencia directa con la aspiración, ni con la objeción de conciencia, la estigmatización y/o discriminación por parte de los objetores. Estos médicos, sin embargo, brindan abortos solo por indicaciones médicas, mientras que quienes trabajan en clínicas de aborto están acostumbrados a ser estigmatizados públicamente periódicamente como "asesinos" por los contrarios al derecho al aborto que se manifiestan frente a su lugar de trabajo acosándolos continuamente.

De Zordo explica:

> *Los trabajadores de la clínica también se sentían estigmatizados por los medios de comunicación como 'aborteros' (abortistas callejeros) que usan técnicas 'inseguras' y 'peligrosas', como la Dilatación y Evacuación (dilatación del cuello uterino y evacuación quirúrgica uterina) y, lo que es más importante, por sus colegas que trabajan en hospitales, donde envían a sus pacientes en los raros casos de complicaciones postaborto. Muchos ginecólogos ni siquiera conocían la técnica de Dilatación y*

> *Evacuación. Cuando expliqué en qué consistía el procedimiento la mayoría lo definieron como 'sangriento' y/o 'horrible', técnicamente 'difícil/desafiante', creyendo que era 'más riesgoso' para la salud de la mujer que la inducción del trabajo de parto a pesar de la falta de evidencia médica que respalda esta afirmación (Lohr, 2008; Lohr, Hayes y Gemzell-Danielsson, 2008). Es más, los estudios existentes muestran que las mujeres que se someten a procedimientos de D&E reportan significativamente menos dolor y solo sufren complicaciones menores con menos efectos adversos que las que se someten a inducción (Lohr et al., 2008). A pesar de esto, la mayoría de los médicos entrevistados restaron importancia a los niveles de dolor y sufrimiento experimentados durante la inducción del trabajo de parto al hablar de los procedimientos de D&E. El Dr. Toni, jefe de servicio de HY en Barcelona, dijo que a la mayoría de sus colegas no les gustó porque: No es lo mismo que el método pasivo de dar una pastilla y esperar a ver qué pasa, y el método activo de dilatar el útero, insertar el instrumento, sacar al feto y triturarlo. (Entrevista en profundidad con el Dr. Toni, HY, 12/03/2014) Además, añadió, los ginecólogos no reciben suficiente formación en técnicas de aborto. De hecho, la atención del aborto no está reconocida como una subespecialidad y está marginada en obstetricia-ginecología, como destacaron varios proveedores de abortos, jóvenes ginecólogos y residentes. El Dr. Toni creía que muchos ginecólogos en su sala probablemente se opondrían, no solo si se les pidiera realizar procedimientos de D&E, sino también aspiraciones en el primer trimestre. De hecho, cuando pregunté a los ginecólogos que trabajaban en los hospitales de Barcelona si realizarían una interrupción a demanda de la mujer, la mayoría de ellos inicialmente se quedaron perplejos con mi pregunta. La mayoría respondió posteriormente diciendo que "pueden" hacerlo, ya que no estaban firmemente en contra del aborto religiosa o moralmente, pero solo si en su vida profesional no se vieron obligados a realizar solamente abortos.* (2017: 8).

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**. La mayoría de profesionales que practican abortos en el Estado español se iniciaron con la ley del 1985 y el inicio de la despenalización del aborto en algunas situaciones. Se formaron en otros países por ser una práctica prohibida aquí y han seguido haciéndolo por sus propios medios porque no existen posibilidades de formaciones y actualización en temas de aborto en las universidades del territorio español. Ellos y ellas crearon las clínicas que actualmente están acreditadas y realizan el 79,02% de los abortos en el Estado, pero no tienen relevo (Ministerio de Sanidad, 2020: 15). No existen nuevas generaciones formadas y activistas para la práctica del aborto desde una perspectiva feminista y un abordaje de derechos.

Todo ello contribuye a la falta de la promoción institucional del progreso científico en este ámbito y a incentivar la objeción de conciencia en cadena, ya que son pocas las profesionales dispuestas a cargar con el peso asistencial que otras rechazan y menos cuando se trata de un trabajo despreciado y devaluado dentro de la propia profesión.

La ilegalidad de la objeción de conciencia institucional en el ejercicio del derecho al aborto, y por supuesto en el acceso a los Servicios de salud, tiene un impacto directo en la discriminación de las mujeres más vulnerabilizadas. Lo cierto es que la implementación de esta legislación supone realmente un reto ante la estructura actual de los servicios sanitarios del Estado español. Hace falta, pues, una revisión estructural con un cambio de lógica que sitúe a las usuarias en el centro y que favorezca los recursos a servicios y profesionales implicados en este cambio de paradigma.

3. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo

La Ley Orgánica 2/2020 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo originalmente 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.

3.1 Barrera: menores de 16 y 17 años

Según el texto legal: *esta Ley Orgánica suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores. De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad.*

Por lo tanto suprime el apartado cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010 que queda sin contenido y también modifica la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*: l*a práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil*

Es importante destacar que, como reproduce el texto de la Ley de autonomía del paciente establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años en cualquier situación excepto en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, la reproducción asistida y los ensayos clínicos.

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. La Ley también establece que, en caso de conflicto por el consentimiento por parte de los representantes legales, o cuando la decisión pueda poner en peligro el interés superior de la menor, se deberá de recurrir al Código Civil y, por tanto, contempla la posibilidad de que la menor de edad pueda llevar el caso a la fiscalía de menores.

En los últimos meses la Ministra de Igualdad, Irene Montero, ha anunciado la voluntad del cambio de la ley en este ámbito (Álvarez, 7 octubre 2020). Esperando que este cambio se haga efectivo cuanto antes ya que supone una restricción que precariza las condiciones de vida de las jóvenes menores de edad que ante un embarazo no planificado deciden abortar. Además, 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.

Impone un embarazo y una maternidad no planificada ni deseada o bien obliga a las jóvenes a acudir a la clandestinidad, poniendo en riesgo su vida. Según la OMS (2019a), "l*as mujeres, incluidas las adolescentes, con embarazos no deseados suelen recorrer al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro".* Y en el estado, aunque no es posible contabilizar los casos, se tiene constancia de abortos clandestinos en adolescentes (Colell, 17 de enero de 2020).

Esta modificación legal fue impuesta para contentar a los sectores más conservadores y sin ninguna base científica ni médica, más bien al contrario. En un estudio realizado por ACAI (2014) ya se puso de manifiesto que las jóvenes que no informaban a sus tutores legales suponían solo el 0,44% de los abortos y que las causas que alegaron iban desde el desamparo familiar hasta las violencias sexuales, entre otras. Así pues, según este informe la modificación de esta ley supone dejar desprotegidas a un mínimo de 113 mujeres de 16 y 17 años que abortan cada año en el Estado español sin poder conseguir la autorización de tutores legales (ya sea por desamparo, desarraigo familiar, violencias…) poniendo en riesgo sus vidas por provocar abortos clandestinos o abocarlas a maternidades no deseadas que pueden acabar en casos tan fatídicos como los ya conocidos por la prensa en los últimos meses (Condenada a 20 años de cárcel por tirar a su bebé recién nacido por la ventana (17 de octubre 2019); Colell, E. y Sánchez, G. (9 de enero de 2020).

Según lo que Caroline Rivas (ACAI, 2018) expone en su estudio, el 12-13% de las menores alegaron indefensión o conflicto: negligencia familiar, familias desestructuradas, tutores legales en prisión o en el extranjero, riesgo de maltrato físico, condición incapacitante madre / padre, tutores manifiestamente contra el aborto o jóvenes extranjeras emancipadas que viven en el país sin tutores legales.

Esta barrera se complicó todavía más en algunas comunidades donde la libre interpretación de la norma provocó que requiriera el consentimiento de ambos tutores o padres o madres para poder abortar en esta situación. Se conocieron casos en Aragón, Madrid y Catalunya pero rápidamente se contrarrestó con importantes acciones que resituaron la correcta interpretación que exige solamente la autorización de uno de ellos/as.

4. CÓDIGO PENAL: tipificaciones que afectan al aborto

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).

El Código Penal vigente dedica todo un Título (II) al aborto con diferentes figuras delictivas: por una parte, los tipos penales que protegen el embarazo frente a posibles formas de violencias y, por la otra, la criminalización de supuestos de aborto practicados fuera del marco legal vigente, que han sido muy criticados por el movimiento feminista y por la doctrina penal, que en general

considera que la práctica de aborto voluntario tiene que salir del Código Penal. Concretamente, encontramos:

> **a) Sanciones para las personas profesionales que practican el aborto sin consentimiento de la mujer, o con violencia o intimidación (artículo 144).** *El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años. Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño*. En este caso, nos encontramos ante un tipo penal que protege los derechos reproductivos de las mujeres en situaciones de violencias contra su voluntad de llevar a cabo un embarazo.
>
> **b) Sanciones por el aborto realizado con consentimiento de la mujer fuera de los casos permitidos legalmente (artículo 145.1).** *El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado*.
>
> **c) Sanciones para las mujeres que abortan fuera de los supuestos legales (artículo 145.2).** *La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses*.
>
> **d) Sanciones para el personal sanitario y los centros cuando se practican abortos si falta algún requisito administrativo de los supuestos legales (artículo 145 bis).**
>
> *1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que, dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:*
>
> > *a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;*
> >
> > *b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;*
> >
> > *c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;*
> >
> > *d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.*
>
> *2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en la mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.*
>
> *3. La embarazada no será penada de acuerdo con este precepto*.

e) Aborto por imprudencia (artículo 146). *El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o una multa de seis a 10 meses. Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.*

4.1 Barrera: continuidad de la penalización

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.

Es importante destacar, en este sentido, la experiencia de Canadá como el único país del mundo en el que el aborto está fuera del código penal ya que no existe una ley expresa sino un dictamen de la Corte Suprema desde 1969 con lo que supone la erradicación del estigma penal asociado al aborto.

Existe el tópico generalizado, desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, de que al aborto está fuera del Código Penal o despenalizado y como vemos en los artículos anteriores no es así. De hecho, se mantiene en el Código Penal, pero con penas diferentes para profesionales y mujeres siempre que se ejerza fuera de los casos establecidos en la ley. Cierto es que como narra el artículo 145, las penas para las mujeres nunca serán privativas de libertad y pasan a ser sanciones económicas lo que contribuye a esta visión paternalista y controladora de unas instituciones que no responden a la garantía de los derechos fundamentales si no a los estamentos heteropatriarcales que los conforman.

5. OTRA LEGISLACIÓN RELACIONADA

Hay que añadir, y según está recogido en el último informe de Interrupción Voluntaria del Embarazo del 2019 del Ministerio de Sanidad (2020), otra legislación aplicable a las IVE:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- REAL DECRETO 410/2016, de 31 de octubre por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2017/2020 (B.O.E. de 18 de noviembre de 2016).
- 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 (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- REAL DECRETO 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- ORDEN de 16 de junio de 1986 sobre Estadística e Información Epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio. (B.O.E. de 3 de julio de 1986).

PARTE 3 – BARRERAS DERIVADAS DE LA PLANIFICACION SANITARIA

1. DISPOSICION DE CIRTUITOS E INEQUIDADES TERRITORIALES

Entender los circuitos para la intervención de la IVE en el Estado español para poder explicarlos es una de las cuestiones más complejas a la que nos hemos enfrentado en el proceso de trabajo para este informe.

Como hemos ido reportando a lo largo del informe, 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.

En este sentido, los diversos agentes que pueden intervenir en el camino para realizar a un aborto en el Estado español son:

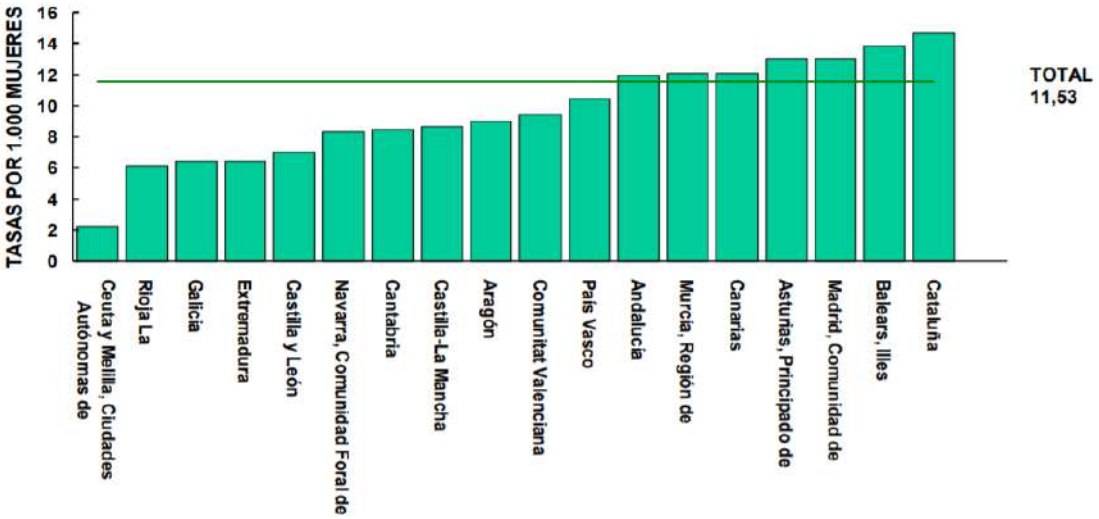
- Centros de Salud de Primaria
- Centros de Salud Sexual y Reproductiva de Primaria
- Centros de Orientación o Planificación Familiar de Primaria
- Centros Hospitalarios
- Clínicas Acreditadas y Especializadas para la IVE
- Oficinas o Áreas de Salud Pública

Según la CCAA y el tipo de aborto, intervienen todos los agentes, interviene sólo uno de ellos o habitualmente se derivan entre los agentes de salud de primaria y los centros especializados u hospitalarios. Por lo tanto, 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, como venimos señalando, 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. Por lo tanto, y 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.

Los últimos datos presentados en el Informe del Ministerio de Sanidad (2020) muestran como las tasas de abortos por territorios son muy dispares. Catalunya y Illes Balears sextuplican la tasa de aborto de Ceuta o Melilla, y duplican la de la Rioja, Galizia, Extremadura o Castilla y León. La diferencia es tan elevada que obviamente no puede obedecer a las pequeñas

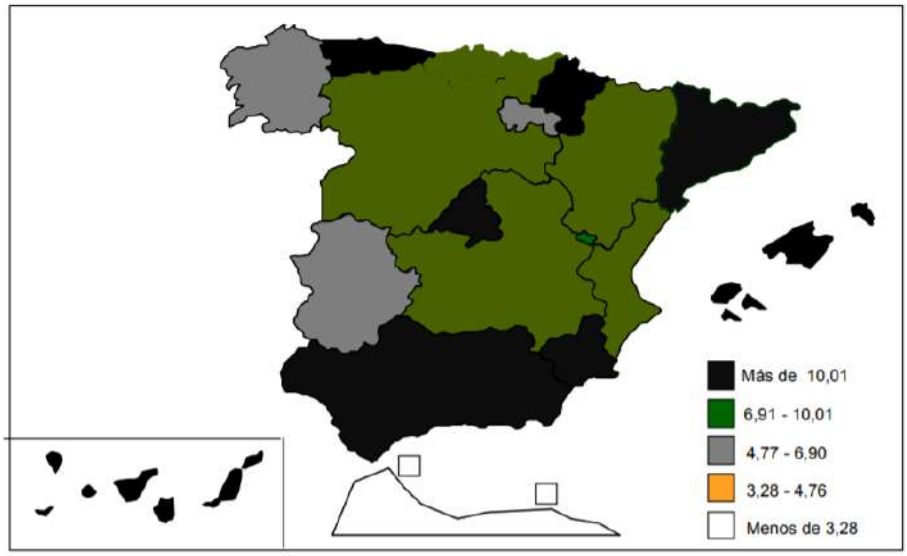
Figura 2. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de Residencia. Total Nacional Año 2019.



oscilaciones que puede haber entre comunidades en relación con la tasa de aborto. Así que la razón la encontramos en la disparidad en el abordaje y al hecho de que los territorios con más dificultades de acceso al aborto sean los que registren menos intervenciones.

Fuente recuperado de Ministerio de Sanidad (2020)

Figura 6. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años según CC.AA. de residencia. España. 2019



Además, no todas las provincias tienen centros acreditados para realizar interrupciones voluntarias del embarazo. De la misma manera se observa que Teruel, Ávila, Palencia, Segovia, Zamora, Cuenca, Toledo y Cáceres no han notificado ni una sola interrupción voluntaria del embarazo entre 1988 y 2018, según los informes del Ministerio de Sanidad (López y Martín, 3 de marzo de 2020). Esto significa que las mujeres que lo han solicitado han sido derivadas a centros de otras provincias.

Provincias sin clínicas acreditadas y especializadas para las IVEs	Total de IVEs registradas	IVEs de menos de 9 semanas de gestación	Opción de farmacológico
Lleida	877	636	SÍ
Teruel	137		No
Ávila	150		No
Palencia	177		No
Segovia	199		No
Zamora	146		No
Soria	113		No
Burgos	430		No
Guadalajara	452		No
Cuenca	266		No
Toledo	1129		No
Cáceres	381		No
Lugo	277	166	SÍ
Ourense	378	294	SÍ
La Rioja	339		No
Jaén	789		No
Total	**6.240**	**1.096**	**5.144**

Tabla de elaboración propia en base a los datos Ministerio de Sanidad (2020)

Durante el trabajo de investigación hemos intentado saber cuántas son las mujeres que necesariamente deben desplazarse fuera de su provincia para acceder al aborto. La dificultad para encontrar e interpretar la información correspondiente nos ha llevado a realizar diversas fases en este proceso. En primer lugar, hemos elaborado la tabla anterior en base a las provincias que no tienen clínicas acreditadas para realizar abortos con el número de intervenciones que han notificado según el informe del Ministerio de Sanidad. Para mejorar la aproximación, hemos restado los posibles abortos farmacológicos que se podrían haber realizado (como máximo) en aquellas provincias que sí cuentan con la opción del farmacológico. Finalmente, vemos como resulta una cifra a la baja de **5.144 mujeres que han debido desplazarse durante el 2019 fuera de su provincia para abortar**.

A ello es necesario añadir las mujeres que viven la inequidad generada por la insularidad tanto en las Islas Canarias como en les Illes Balears. En ambos casos se imponen viajes entre islas para poder interrumpir un embarazo en gran parte de situaciones y también supone una importante dificultad acceder a estos datos.

En el mapa expuesto se visibilizan aquellas provincias que para poder abortar implican realizar desplazamientos fuera de la misma.

En el caso de les **Illes Balears** solamente existen clínicas acreditadas y especializadas en la isla de Mallorca. Aunque en Menorca y las Pitiüses se pueda acceder al método farmacológico en algunos centros hospitalarios, existe un grupo de mujeres que se ven obligadas a trasladarse a otra isla, en este caso a Mallorca, para poder interrumpir su embarazo. Y, según la información obtenida, la mayoría de los abortos de más de 14 semanas de gestación ni siquiera se hacen en las propias islas. Esto causa que habitualmente se deriven a Catalunya, lo que puede suponer la **movilidad de cerca de 200 mujeres al año entre las islas y la Península** y que están en un avanzado estado de gestación.

Podemos extraer algunas cifras aproximativas del último informe publicado por el Govern Balear donde se nos muestran los abortos hechos en centros privados que solamente pueden realizarse en Mallorca y suponen la movilidad de las mujeres de las otras islas. Y, a la vez, también vemos las intervenciones de más de 14 semanas de gestación que se derivan a centros de Catalunya.

IVE a centres de les Illes Balears, any 2018. **Lloc de residència i titularitat de centre.**

	casos			percentatges		
	públic	privat	total	públic	privat	total
Mallorca	1.327	1.215	2.542	52,2	47,8	100,0
Menorca	109	11	120	90,8	9,2	100,0
Pitiüses	511	64	575	88,9	11,1	100,0
Altres CCAA	4	4	8	50,0	50,0	100,0
Altres països	2	21	23	8,7	91,3	100,0
Total	1.953	1.315	3.268	59,8	40,2	100,0

IVE a centres de les Illes Balears. **Setmanes de gestació** (intervals) per grups d'edat. Any 2018.

	casos						percentatges					
setmanes→	<9	9-12	13-16	17-20	>20	Total	<9	9-12	13-16	17-20	>20	Total
<= 14	7	1				8	87,5	12,5	0,0	0,0	0,0	100,0
15-19	194	55	13		1	263	73,8	20,9	4,9	0,0	0,4	100,0
20-24	516	111	16			643	80,2	17,3	2,5	0,0	0,0	100,0
25-29	690	95	22	2	3	812	85,0	11,7	2,7	0,2	0,4	100,0
30-34	590	87	23	4	7	711	83,0	12,2	3,2	0,6	1,0	100,0
35-39	482	71	33	14	5	605	79,7	11,7	5,5	2,3	0,8	100,0
40-44	160	30	13	5	2	210	76,2	14,3	6,2	2,4	1,0	100,0
> 44	12	1	1	1	1	16	75,0	6,3	6,3	6,3	6,3	100,0
total	2.651	451	121	26	19	3.268	81,1	13,8	3,7	0,8	0,6	100,0

La misma situación sucede en las **Islas Canarias** donde según el Informe del Colectivo Harimaguada (2019: 13) "*se están requiriendo tres o cuatro desplazamientos consecutivos antes de ser derivadas al centro donde se les practicará la intervención en un periodo medio de 2/3 semanas: la primera para recibir la información prescriptiva por Ley, la segunda tras los días de reflexión para hacer la solicitud, la tercera para recoger la resolución con la que será derivada a la clínica privada. Se amplía, en consecuencia, el periodo de tramitación y de gestación de las personas que se acogen al artículo 14, dado que para cada IVE el Servicio Canario de Salud ha de emitir una resolución de derivación como prestación "de carácter urgente" a* la clínica *privada acreditada, complicando los trámites para la percepción de esta prestación sanitaria*."

Teniendo en cuenta que **no existe el informe sobre los datos de aborto en las Islas Canarias** y que los registros del Informe del Ministerio solamente exponen aquellos notificados en Las Palmas y en Santa Cruz de Tenerife, nos ha sido imposible encontrar los datos de las mujeres

que han debido desplazarse desde las islas del Hierro, Lanzarote, La Gomera o La Palma. Así pues, hemos aplicado una proporción basada en el supuesto del 6% de mujeres que se desplazan a nivel estatal a otros territorios fuera de sus provincias e islas para abortar lo que nos ha llevado a hacer una aproximación de lo que se puede dar en las Islas Canarias**. Siguiendo esta lógica supondrían, cada año, unas 320 mujeres y personas gestantes afectadas por la condición de insularidad de las Canarias**.

Siguiendo esta línea de investigación, hay que destacar los casos de las **Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla** que no cuentan con centros acreditados que practiquen abortos instrumentales y donde tampoco se conoce ningún otro centro que practique abortos farmacológicos. Para sus residentes esto supone un traslado a la Península, con lo que ello implica. A las dificultades que supone atravesar el estrecho hay que añadir los costes económicos, dificultades logísticas y de conciliación, entre muchas otras. Por lo tanto, las 78 intervenciones que se han registrado en el Informe del Ministerio como provenientes de estas ciudades significan **78 mujeres más que han debido desplazarse de su zona de residencia habitual** para acceder a realizarse un aborto.

Además, en territorios como Ceuta y Melilla siempre es imprescindible mencionar la posición de las mujeres migrantes en situación irregular. Ellas, por su estatus migratorio, no pueden trasladarles a la Península, porque ello implicaría pasar por un puesto de control fronterizo y migratorio con las consecuencias derivadas de ello. ¿Qué pasa con esas mujeres? ¿Cuáles son las opciones que les queda? En este caso están absolutamente invisibilizadas porque no podemos conocer su recorrido por datos ni registros oficiales.

También es importante destacar que **existen muchos territorios del Estado** que, aunque tengan clínicas y centros acreditados para realizar abortos, **no están ofreciendo la intervención más allá de las 14 de semanas de gestación**. Cierto es que nos referimos al 5,34% del total de las intervenciones, pero ello **supone todavía más movimientos de mujeres entre territorios que son muy complicados de averiguar por la dificultad e imposibilidad de encontrar la información correspondiente a esta cuestión**. Algunas aproximaciones tienen que ver con los conocimientos que han compartido nuestras personas informantes y que nosotras hemos ido recogiendo a lo largo de todo este trabajo. Por ejemplo, en **Andalucía** las opciones disponibles para estos casos se reducen a Sevilla, Cádiz y Málaga. En **Catalunya** solamente se hacen en Barcelona y Girona. En **Galizia**, según la persona informante, prácticamente todas las intervenciones de más de 14 semanas de gestación se derivan a Madrid y, en el **País Valencià**, las clínicas no informan sobre la posibilidad de abortar más allá de la semana 14. A falta de tener una persona informante del territorio, conocemos que únicamente una clínica ofrece esta posibilidad, lo cual provoca que no todas las provincias de dicha CCAA tengan la posibilidad de practicar abortos de más de 14 semanas. Y, como siempre, intentando hacer una aproximación a través de los últimos datos del Ministerio, suponen un mínimo de **665 mujeres más** que deben desplazarse de sus residencias habituales para poder acceder a la intervención.

MOTIVOS DEL DESPLAZAMIENTO	NÚMERO
Mujeres que han debido desplazarse por no contar con clínicas acreditadas en su provincia[5]	5.144
Mujeres que han debido desplazarse por no contar con clínicas acreditadas en su isla	520
Mujeres que han debido desplazarse por no contar con clínicas ningún centro en su Ciudad Autónoma	78
Mujeres que han debido desplazarse para acceder a un aborto de más de 14 semanas de gestación	665
TOTAL	**6.407**

Tabla de elaboración propia en base a los datos Ministerio de Sanidad (2020)

Por todo ello, llegamos a la conclusión que 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. Con lo cual, puede existir algún margen de error en las cifras, hecho que no invalida la premisa principal. 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?**

[5] En este cálculo se descuentan los posibles farmacológicos que se han podido realizan en centros de salud de la propia provincia como se explica en la tabla de más arriba.

En las siguientes páginas expondremos un resumen sobre la disposición de circuitos e informaciones relevantes al respecto que hemos obtenido de las entrevistas y búsquedas relacionadas con cada una de las CCAA que se incluyen en este trabajo.

Andalucía

Para solicitar y tramitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Andalucía actualmente existen dos vías:

- pedir la documentación administrativa en el mostrador del centro de salud de referencia
- mediante una cita con la trabajadora social del mismo, que es quien rellena la documentación y tramita la derivación.

Para las interrupciones hasta las 14 semanas de gestación existe la opción de poder elegir el centro de preferencia de entre las siguientes opciones:

Provincia	**Nº de clínicas acreditadas**
Almería	2
Cádiz	3
Córdoba	1
Granada	2
Huelva	1
Málaga	4
Sevilla	2

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

Como se puede observar en la tabla, para abortar durante el primer trimestre existen centros en todas las provincias, exceptuando Jaén, que es la única que no tiene centros concertados.

Para las interrupciones de las 14 hasta las 22 semanas, el número de opciones disminuye. Según nos cuenta la persona informante, las opciones disponibles están en Sevilla, Cádiz y Málaga. Para los abortos de más de 22 semanas, debido a las infraestructuras que este tipo de procedimiento requiere, actualmente en Andalucía se realizan en los hospitales.

En caso de no disponer de tarjeta sanitaria, existe la opción de asignar un número provisional mediante el cual se le puede ofrecer la documentación necesaria para tramitar la IVE. Así pues, en principio el hecho de no tener tarjeta sanitaria no parece ser un obstáculo para poder abortar, según la entrevistada.

Siguiendo la información extraída de las diferentes fuentes del informe, se puede afirmar que, aunque Andalucía es una de las comunidades autónomas con más clínicas acreditadas, esto no está exento de **ciertos desplazamientos dentro de la misma**. Este es el caso de Jaén, donde normalmente las mujeres y personas gestantes deben desplazarse a las provincias colindantes.

Estos desplazamientos también dependerán mucho de las conexiones territoriales que existan entre provincias y también dentro de una misma. Es decir, la dificultad del desplazamiento no será la mismo si la persona vive cerca de una ciudad con clínica acreditada y con una buena comunicación de transporte que una persona que viva en una zona más desprovista de transporte.

Castilla y León

Para solicitar un aborto en el territorio de Castilla y León se realiza a través del centro de salud, bien a través de la médica/o de familia, trabajador/a social y/o matrona. Estas personas son las encargadas de informar y tramitar la derivación a las clínicas acreditadas donde se realizarán las intervenciones de menos de 14 semanas.

En el caso de las intervenciones de más de 14 semanas, según la persona informante actualmente se están realizando en hospitales públicos y también en alguna clínica acreditada. Según Campos (20 de setiembre de 2020), hay un hospital de la red sanitaria pública en toda la CCAA que está realizando dicha intervención, que es el caso de Miranda de Ebro.

Con respecto a las provincias que disponen de clínica acreditada en Castilla y León, destacamos las siguientes:

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
León	1
Salamanca	2
Valladolid	1

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

La disposición territorial del circuito de la IVE en la comunidad de Castilla y León supone una barrera para muchas de las mujeres y personas gestantes que quieren interrumpir el embarazo. Así pues, **de 9 provincias únicamente 3 disponen de clínica concertada para interrumpir el embarazo**. En consecuencia, esta organización obliga a las residentes de las provincias donde no disponen de centros, o bien desplazarse a aquellas que sí tengan, o bien desplazarse a Madrid, ya que es donde se ha establecido la derivación. Según Alonso y Velasco (10 de diciembre de 2018), son las residentes de Ávila, Palencia, Segovia y Soria quienes tienen que ir a Madrid para abortar.

Deben tenerse en cuenta las características territoriales de la CCAA de Castilla y León, donde hay una mayor extensión de territorio rural y con difícil acceso mediante transporte público. De este modo, **hay desplazamientos que implican cientos de kilómetros, llegando a tener que salir de la propia CCAA**.

Según la persona informante, Abel Renuncio, los abortos de más de 22 semanas de gestación se están derivando a Madrid para su realización y existe poca información al respecto. **Para las interrupciones de menores de edad**, nos explica que pueden recibir la información sin la presencia de las personas que tengan la tutela legal. No obstante, **el día de la intervención deben estar presentes ambos progenitores o bien que esté presente una persona, pero hayan consentido las dos lo que no corresponde al mandato de la ley** que solo obliga a la autorización por parte de unos de los tutores legales.

A la vez, se confirma que en **los casos sin tarjeta sanitaria puede haber complicaciones** ya que la persona debe estar en contacto con las organizaciones de base que le ayuden a gestionar los trámites administrativos.

Catalunya

La solicitud de IVE en Catalunya se puede realizar a través del centro de salud de referencia ASSIR (centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva), donde las matronas son las profesionales de referencia para la información sobre la IVE. También se puede acceder a través del Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS). En esta primera visita se informa a las mujeres y personas gestantes de las opciones disponibles para realizar la IVE en función de las semanas de gestación. En caso de que decida seguir con la IVE, finaliza la visita con la entrega del sobre informativo y la derivación al centro donde se realizará el procedimiento elegido.

En Catalunya existe la posibilidad de **realizar una IVE mediante dos métodos: el farmacológico hasta las 9 semanas de gestación y método el instrumental** durante toda la gestación. Por un lado, para el método farmacológico los centros de elección son en su gran mayoría los ASSIR de referencia del Servei Català de la Salut. Estos están repartidos en todo el territorio catalán.

Por otro lado, las IVE con método instrumental son realizadas en las clínicas acreditadas y especializadas. En Catalunya hay un total de 10 clínicas acreditadas repartidas entre las provincias de Barcelona, Girona y Tarragona. En el caso de las IVE de más de 14 semanas de gestación, el número de clínicas se reduce a 5, 1 en Girona y 4 Barcelona (Servei Català de Salut, 2020).

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
Barcelona	7
Girona	2
Tarragona	1

Fuente de elaboración propia a partir de Servei Català de la Salut (2020)

La distribución del circuito de atención a la IVE supone una barrera territorial en distintos aspectos. En primer lugar, el hecho que, en la provincia de Lleida, que comprende también la zona de Alt Pirineu i Aran, no exista ninguna clínica acreditada **obliga a muchas mujeres y personas gestantes a desplazarse cientos de kilómetros para acceder al método instrumental**, asumiendo los costes económicos y personales que supone. Además, esto causa que se esté **vulnerando el derecho a elegir el método** para las gestaciones de menos de 9 semanas. Con respecto a la región sanitaria de Catalunya Central, aunque pertenece a la provincia de Barcelona, está geográficamente alejada de la ciudad de Barcelona y a veces con vías de transporte de difícil acceso, causando el mismo efecto.

Estos desplazamientos se acusan cuando se trata de interrupciones de más de 14 semanas de gestación, donde la centralización del circuito a la ciudad de Barcelona se hace más evidente. De este modo, las regiones sanitarias de l'Alt Pirineu i Aran, Lleida, Terres de l'Ebre, Tarragona y Catalunya Central quedan muchas veces desprovistas de este servicio.

Las personas menores de edad **pueden recibir la información sobre la IVE sin la presencia de las personas tutoras, pero, tal y como exige la ley, el día de la intervención deberán estar presentes y consentir al menos una de ellas**.

En el caso que las mujeres y personas gestantes que no tengan tarjeta sanitaria, en Catalunya existe la resolución del Servei Català de la Salut del 16 de setiembre de 2016 (Servei Català de la Salut, 2017) donde se garantiza el acceso a la atención sanitaria de urgencia a las personas que no dispongan de tarjeta sanitaria, especialmente a menores de 18 años y personas embarazadas. Así pues, **en Catalunya las mujeres y personas gestantes que no tengan tarjeta sanitaria no deben encontrar problemas a la hora de abortar sin abonar los costes de la intervención**.

Sin embargo, el hecho que esta información no esté al alcance de la ciudadanía de forma explícita ni sea fácilmente consultable provoca que a veces exista confusión e incluso malas interpretaciones con respecto a este tema.

Ceuta

Consultando los datos del último informe del Ministerio de Sanidad (2020), la ciudad de Ceuta no dispone de centros que hayan reportado haber realizado ninguna IVE. En consecuencia, las mujeres y personas gestantes residentes en la ciudad de Ceuta deberán desplazarse a las ciudades más próximas que dispongan de clínicas para poder abortar.

Según Armuña (9 de julio de 2010), el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), el circuito de derivación es similar al de cualquier otra prestación que deba realizarse fuera de la ciudad. Debido que el contrato es realizado con clínicas de fuera de la ciudad, es el mismo INGESA quien abona los gastos derivados del desplazamiento, aunque se desconoce si las mujeres y personas gestantes deben adelantar los costes del transporte y dietas.

Debido al hecho que en Ceuta no existen clínicas acreditadas, **las mujeres y personas gestantes deben desplazarse a Andalucía**, la comunidad autónoma más cercana. Tal como muestran los datos del 2016 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2018), 13 de las IVE realizadas en Andalucía fueron de mujeres y personas gestantes residentes en Ceuta. Consultando los datos de Ministerio de Sanidad (2018), ese año hubo un total de 15 mujeres y personas gestantes residentes en Ceuta que abortaron en 2016.

Comunidad de Madrid

El circuito de derivación para la IVE en la comunidad de Madrid tiene varias opciones. En primer lugar, existe la opción que sean las mismas clínicas acreditadas quienes tramiten la solicitud e informen a las personas interesadas sobre la intervención. De este modo, son ellas quienes entregan el sobre informativo y pasadas las 72 horas, las mujeres y personas gestantes deben acudir a la unidad de IVE del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) a por la carta de pago. En este momento ya están en disposición para realizar la intervención, bien el mismo día, bien el día que tengan programada la intervención. También existen las opciones de acudir a un centro de salud o bien, dirigirse directamente a la unidad de SERMAS.

Con respecto al número de clínicas acreditadas disponibles en toda la comunidad de Madrid, hay un total de 7 (Ministerio de Sanidad, 2020).

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
Madrid	7

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

El hecho que solo exista, en principio, **una única unidad de IVE en toda la comunidad de Madrid para finalizar la solicitud, está obligando a todas las mujeres y personas gestantes a acudir al mismo lugar, en vez de ofrecer distintos puntos donde poder finalizar los trámites administrativos**. De este modo implica al menos dos desplazamientos para realizar la IVE, en caso de que se realice la intervención el mismo día que se recoja la carta de pago en SERMAS. Para las mujeres sin tarjeta sanitaria, debido a las tramas administrativas que imponen las instituciones, en el caso particular de la comunidad de Madrid, **se pueden expedir tarjetas provisionales con un tiempo de vigencia muy corto**. Esto causa que, en ocasiones, aunque son pocas, suponga una traba para abortar.

Euskadi

En Euskadi, el circuito de derivación para la IVE empieza mediante una consulta con la matrona, bien a petición de la persona interesada, bien por parte de otras personas profesionales del equipo médico. En esta consulta se informa de los métodos para realizar la intervención y se tramita la derivación.

Para las gestaciones de menos de 14 semanas, actualmente se están realizando en las clínicas acreditadas, independientemente del método. Para aquellas que superen las 14, se realizan en los hospitales públicos según la persona informante. Aun así, **no queda claro el procedimiento a seguir y la aceptación de los casos de más de 14 semanas**. La información es difusa y contradictoria cuando la analizamos así que para las mujeres del territorio entendemos que supone un obstáculo importante a superar.

Con respecto a los centros que realizan la intervención, hay varios en todas las provincias, ya sean clínicas acreditadas o centros públicos:

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
Álava	2
Guipúzcoa	2
Vizcaya	2

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

Considerando el circuito establecido, se considera que en el caso del País Vasco es una de las comunidades autónomas donde todas las provincias disponen de centros relativamente cercanos ya que la extensión del territorio también es menor que en otros casos. En consecuencia, reducen la desigualdad territorial, aunque sigue siendo necesario desplazarse hasta la ciudad donde se realizará la intervención.

Galizia

En Galizia solo se realizan las intervenciones de menos de 14 semanas de gestación. **A partir de la semana 14, se derivan a una clínica acreditada de Madrid**. Para solicitar una IVE a través de la red pública, la mujer podrá acudir tanto a un hospital público como a las Clínicas acreditadas para las IVEs por la Consellería de Sanidade. Estas clínicas tienen convenio con el SERGAS para realizar los abortos gestionados a cargo de la Sanidad Pública. Si el hospital de referencia no puede atender a la demandante de esta prestación, la mujer será derivada a una de estas clínicas.

Según nuestra informante, **los trámites de la IVE duran entre 7 días y 15 días**. El circuito de derivación a través del Servicio Galego de Saúde Pública (SERGAS) empieza en la consulta del médico/a de cabecera, donde posteriormente es derivada al Centro de Planificación Familiar (COF). Desde el COF se abrirá dicha solicitud, y en un plazo de 3 a 7 días aproximadamente, será citada en el hospital de referencia o en una clínica acreditada para realizar la IVE. En caso de que no haya un centro de CFO cerca, puede ser la matrona quien realice la derivación, bien a un centro acreditado o a uno público. En Galizia hay en total 4 clínicas acreditadas:

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
A Coruña	2
Pontevedra	2

Fuente de elaboración propia

Debido al hecho que las provincias de **Lugo y Ourense no disponen de clínicas acreditadas**, las mujeres y personas gestantes con embarazos de menos de 14 semanas que no tengan un hospital que pueda realizar esas IVE, deberán desplazarse a Pontevedra o A Coruña.

En el caso de **gestaciones de más de 14 semanas, deberán trasladarse a Madrid adelantando los costes del viaje, alojamiento si se precisa, etc. Posteriormente, SERGAS abona los costes del traslado.**

Illes Balears

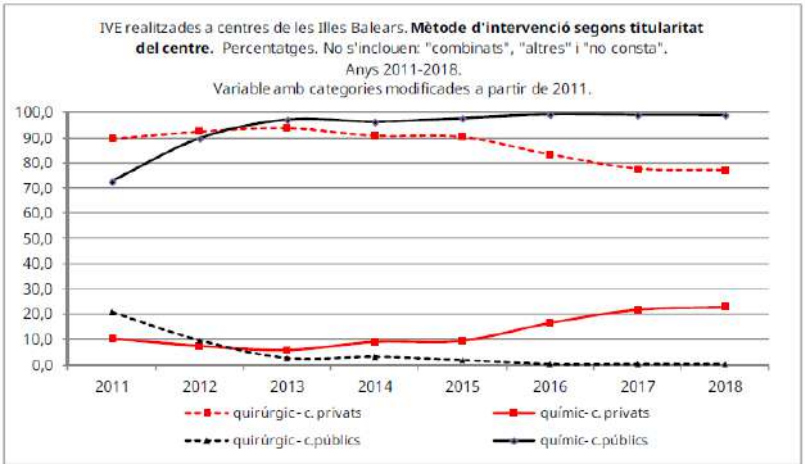
El territorio de las Illes Balears dispone de un **circuito muy particular en comparación con las demás comunidades analizadas, ya gran parte de abortos se realizan en los hospitales de las islas**. En este sentido, según relata nuestra persona informante, una mujer o persona gestante puede acudir a urgencias de un hospital o al centro de salud de referencia para solicitar la IVE. Una vez solicitada, existen distintas posibilidades de realizar la intervención.

Para las **IVE de menos de 9 semanas, el tratamiento único es el farmacológico**, donde la expulsión se realizará en el domicilio. No hay posibilidad de elección de método. En caso de gestaciones de 10 a 14 semanas, se puede realizar el método farmacológico supervisado en el hospital o el método instrumental en las 3 clínicas acreditadas que hay situadas en la isla de Mallorca. En las islas de Menorca, Eivissa y Formentera las IVE se realizan en el hospital debido al hecho que no existen clínicas acreditadas en dichas islas lo que en ocasiones supone un desplazamiento entre islas y a la Península.

Isla	Nº de clínicas acreditadas
Mallorca	3

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

Como se observa en el último informe publicado por la Consellería de Salut del Govern de les Illes Balears (2019: 14), la tendencia desde el año 2011 ha sido el **aumento del uso del método farmacológico, llegando a doblar el número de abortos realizados con el método instrumental**. Además, como se puede ver en el siguiente gráfico extraído del mismo informe, el uso del método farmacológico en los hospitales aumenta, mientras que el método instrumental en las clínicas acreditadas disminuye con los años. Cabe destacar que la información respecto el circuito de derivación a las clínicas acreditadas ubicadas en la isla de Mallorca no queda claro y, por tanto, hay una parte del funcionamiento del circuito que no podemos conocer.



Fuente recuperada de Govern de les Illes Balears (2019)

Con respecto a las IVE de más de 22 semanas, la persona informante nos explica que, una vez el comité clínico confirma el diagnóstico, se realizan en el hospital con prostaglandinas, es decir, el método farmacológico.

En caso de no disponer de tarjeta sanitaria, la persona informante explica que **el circuito se puede ver más obstaculizado** debido a la lentitud que a veces supone tramitar una tarjeta sanitaria.

Islas Canarias

En el caso de las Islas Canarias, el circuito de derivación de la IVE no empieza en los centros de salud. Así pues, para poder tramitar la IVE en las Islas Canarias, en primer lugar, la mujer o persona gestante debe acudir con una prueba de embarazo positiva a la Dirección Insular de Área de la isla donde se resida. Allí le dan por primera vez la información de cómo poder abortar junto con el sobre conforme tienen que pasar los 3 días de reflexión. Seguidamente se precisa de un segundo viaje a la Dirección Insular de Área para entregar los documentos ya cumplimentados y tramitar la derivación. Finalmente, debe realizarse un tercer viaje para recoger la resolución en la que se deriva a la clínica y acudir a la clínica concertada si es posible. De este modo, el circuito de derivación impone un mínimo de 3 traslados, a veces hasta 4 (Harimaguada, 2019).

Para las interrupciones del embarazo de menos de 14 semanas en las Islas Canarias actualmente se derivan a las clínicas acreditadas. Sin embargo, **siendo 7 islas en total, únicamente 2 cuentan con centros concertados: 2 en Santa Cruz de Tenerife (Tenerife) y 2 en Las Palmas de Gran Canaria (Gran Canaria).**

Isla	Nº de clínicas acreditadas
Santa Cruz de Tenerife	2
Las Palmas de Gran Canaria	2

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

Los abortos de más de 14 semanas se realizan en el hospital. Siguiendo las indicaciones del Servicio Canario de Salud (s.f.), existe un hospital donde se pueda interrumpir el embarazo siguiendo el artículo 15 en Gran Canaria y en Tenerife. Con respecto a Fuerteventura y Lanzarote, existe un hospital en cada isla donde se pueden realizar IVE por causas médicas siempre y cuando no se superen las 22 semanas de gestación (Servicio Canario de Salud, s.f.). Con respecto a los casos que correspondan al supuesto del artículo 15, queda a discreción de la persona facultativa que atienda a la mujer o persona gestante de informarla sobre cómo tramitar la prestación.

En las Islas Canarias existe una barrera muy importante vinculada a la insularidad. Por un lado, son los múltiples viajes dentro de la misma isla únicamente para solucionar los documentos administrativos. Según explica el colectivo Harimaguada (2019), son como mínimo 3 viajes en días diferentes a la Dirección Insular de Área de cada isla. Por otro lado, considerando la disposición territorial de las clínicas acreditadas para la IVE, las mujeres y personas gestantes de Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera, El Hierro y La Palma deberán desplazarse o bien a la isla de Tenerife o bien a Gran Canaria. Es decir, en estos casos supone los **3 desplazamientos dentro de la misma isla para la tramitación administrativa de la IVE más el desplazamiento fuera de la propia isla para la intervención**. Esto se traduce en que las personas que soliciten la

información deberán disponer del tiempo y dinero suficiente para cubrir los requerimientos que las instituciones canarias imponen.

Lo mismo sucede en el caso de las interrupciones de gestaciones de más de 14 semanas, las cuales solo se realizan en el hospital en caso de indicación médica. Según las personas informantes, solamente existe una clínica acreditada para gestaciones de más de 14 semanas, aunque esta información no se encuentra disponible en ningún lugar y consecuentemente, tampoco se les informa a las personas que solicitan la intervención. Así pues, si se siguen las indicaciones del Gobierno de Canarias (s.f.), las gestaciones de más de 14 semanas también implican desplazamientos entre islas, especialmente para residentes de La Gomera, El Hierro y La Palma, quienes no disponen de hospital para realizar dichas intervenciones. En relación a las gestaciones de más de 22 semanas se supone que se realizan en hospitales públicos, aunque no existe información al respecto.

Las personas informantes explican que en el caso de las menores de 18 años señalan que no se les da la información hasta que no acuden con la persona que dará el consentimiento para realizar la intervención. En este sentido, el colectivo Harimaguada (2019) señala que **la tasa de natalidad en las personas menores de edad lleva una tendencia al alza en estos últimos años**. También denuncian la escasa implementación de políticas públicas para la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y joven que ofrezca información con respecto a la educación sexoafectiva y la anticoncepción. Nos explican, también, el circuito no es de conocimiento público y que muchas veces recae en las organizaciones de base la tarea de identificar aquellos casos que requieran los trámites administrativos por no disponer de tarjeta sanitaria.

Melilla

En el caso de Melilla en particular se encuentra que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de titularidad estatal, tiene **concertadas algunas clínicas en Málaga principalmente para que realicen las IVE de residentes de Melilla**.

Actualmente **no existe la opción de abortar en la ciudad de Melilla**, sino que implica un desplazamiento obligatorio, bien a Málaga, bien a otras ciudades del territorio español. El desplazamiento a Málaga se realiza a través del barco o el avión. En el primer caso, el tiempo del trayecto son entre 7 y 8 horas, mientas que en el segundo son 45 minutos.

Según datos del Ministerio de Sanidad (2020), durante el año 2019, 64 mujeres y personas gestantes residentes en Melilla han realizado una IVE.

Según la persona informante, todas las personas que se encuentren residiendo en Melilla tienen derecho al acceso a la salud. Sin embargo, la situación geopolítica de la ciudad causa que existan **diferentes casuísticas ante las cuales personas que estén residiendo en Melilla se puedan ver desamparadas** cuando se trata de la IVE. En este sentido nos referimos a las **personas apátridas**, personas menores de edad en situación administrativa irregular y personas transfronterizas, quienes cruzan la frontera a diario para trabajar en la ciudad.

En estos casos, no tienen permitido salir de la ciudad, motivo por el cual, a priori, en caso de querer abortar no podrían ya que en Melilla no se realiza la intervención. Una de las opciones que podrían ser válidas para poder tramitar estas interrupciones del embarazo sería utilizando la figura del salvoconducto, mediante la cual la persona puede salir y volver a entrar a la ciudad únicamente para la realización de la IVE. No obstante, esta vía no es de conocimiento público ni está implementada como tal por los centros de salud. Es decir, no existe información oficial publicada al respecto.

País Valencià

En el País Valencià el circuito de derivación para la IVE empieza en los centros de salud de referencia. Una vez la mujer o persona gestante solicita la prestación, se la deriva al centro donde se realizará la intervención.

En el País Valencià hay en total 15 clínicas acreditadas repartidas de la siguiente manera:

Provincia	Nº de clínicas acreditadas
Alacant	6
Castelló	2
València	7

Fuente de elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad (2020)

A priori, y a falta de tener un informe propio de la comunidad ni una persona informante que lo confirme, aparentemente no se observan grandes barreras territoriales, ya que todas las provincias disponen de clínicas. Siguiendo los datos aportados por el Ministerio de Sanidad (2020) también se observa un gran número de hospitales que han reportado haber realizado abortos. Sin embargo, no existe la posibilidad de conocer qué método se realiza en dichos centros, aunque según su propia información se puede elegir entre los dos métodos en las propias clínicas.

2. ELECCIÓN DEL MÉTODO

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.

La terminología utilizada para cada método difiere según el contexto y lugar. En el estado español habitualmente se utiliza aborto farmacológico y aborto instrumental. La palabra "instrumental" resulta más precisa y ajustada a la intervención que la palabra "quirúrgica" puesto que la técnica misma no requiere de ninguna incisión, utilizándose tan sólo "instrumentos" como dilatadores o cánulas de aspiración entre otros. Dentro del instrumental existen diversas técnicas en función de lo avanzado del estado de gestación. Ninguna de ellas requiere de ingreso hospitalario y pueden realizarse de manera ambulatoria.

En relación con el farmacológico, citamos el adjetivo "médico" porque es la terminología utilizada por la OMS. Sin embargo, creemos también más precisa y ajustada a nuestro contexto la palabra farmacológico, puesto que intervenciones médicas lo son todas, sea cual sea la técnica utilizada.

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.

Cabe decir que el número de semanas límite para la realización del aborto farmacológico es todavía objeto de discusión, en algunas CCAA se plantea la semana 7 y en otras la 9, e incluso dentro de las CCAA puede haber diferentes criterios. En ambas se garantiza el aborto mediante esta técnica en más del 96% de los casos y en el resto puede repetirse el tratamiento o recurrir al método instrumental para finalizar el proceso.

A continuación, se muestra una tabla con la posibilidad de tratamientos con relación a las semanas de embarazo

Semanas					5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	...
Farmacológico (Exclusivo)																								
Instrumental Dilatación y Aspi.																								
Instrumental Ditación y Evacu.																								
Inducción																								

Farmacológico	Se puede realizar desde la confirmación del embarazo por el método más exacto por analítica o test reactivo y hasta las 9 semanas. Las recomendaciones y protocolos existentes exponen como la combinación óptima la combinación entre mifepristona y misoprostol. Estos son los fármacos que se utilizan habitualmente para inducir el aborto y tratar los abortos incompletos y la muerte fetal intrauterina (MFIU). Estos fármacos figuran en la Lista de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los tratamientos consisten en una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de misoprostol. La mifepristona es un antiprogestágeno que se une a los receptores de progesterona, por lo que inhibe la acción de esta e interfiere en la continuación de la gestación. En el estado español este fármaco sólo puede ser suministrado con supervisión médica y bajo el marco legislativo que regula la IVE. Ya con posterioridad -24 a 48 horas después- la toma de misoprostol, un análogo sintético de las prostaglandinas, produce reblandecimiento y dilatación cervical y aumento de las contracciones uterinas, lo que produce en muchas ocasiones la expulsión del producto de la concepción. La fase expulsiva puede ser, como se hace habitualmente, en el domicilio o en un centro de salud y el proceso puede durar de 4 a 6 horas.

Instrumental: Dilatación y aspiración	Se puede realizar desde la detección ecográfica del embarazo (a partir de la semana 5 habitualmente) y hasta las 16-17 semanas de gestación, aunque a partir de la semana 12 la técnica de Dilatación y Evacuación es menos agresiva (Barambio, 2003) En el Estado español este método se realiza en quirófanos de hospitales o clínicas y no requiere ingreso. El cuello del útero se va dilatando con métodos mecánicos y se aspira el contenido con una cánula metálica -con más frecuencia- o de plástico (Método Karman). Si se realiza con control ecográfico se registran menos complicaciones (perforaciones, restos). Esta técnica se puede hacer con anestesia local pero si es posible va acompañada, por confort, de sedación. La intervención es breve (5-10 minutos) y todo el proceso -desde la entrada a la salida de la mujer en la clínica- tiene una duración de entre 1 a 3 horas. Con valoración preoperatoria incluida. La técnica requiere de formación específica para su realización.
Instrumental: Dilatación y evacuación	Se realiza esta técnica para los embarazos a partir de las 15-17 semanas y hasta las 23 semanas, según la experiencia de quien la practica. Es similar a la técnica de dilatación y evacuación pero dado que el cuello del útero necesita más dilatación se recomienda el uso de prostaglandinas o dilatadores osmóticos que ayuden en su dilatación. Se utilizan pinzas específicas para extraer el contenido uterino. Esta técnica va acompañada de sedación y anestesia local. Para mujeres en zonas próximas a los centros donde se realice la intervención se intenta hacer en dos tiempos para poder realizar una valoración de las condiciones uterinas y del cuello uterino previas y adecuar los recursos a las condiciones de cada paciente. Se recomienda la administración de mifepristona y 24-48 horas después realizar la intervención con anestesia intracervical y sedación. Antes de la intervención se administraría una dosis de prostaglandinas o dilatadores osmóticos o ambos. Es importante valorar la analgesia asociada según necesidades. La duración de la intervención es algo más larga que 10-20 minutos y todo el proceso -desde la entrada a la salida de la mujer en la clínica- tiene una duración de entre 2 a 6 horas según las necesidades preoperatorias. La técnica requiere de formación específica para su realización.

Inducción	Es una técnica que se recomienda a partir de la semana 17- 18 de embarazo en el caso que el equipo profesional no domine la Dilatación y Evacuación. Pero en caso contrario se utilizaría a partir de las 23 semanas. En manos expertas se puede hacer una finalización instrumental El proceso requiere de la toma de mifepristona y misoprostol, con la eventual asociación de oxitocina. La toma de misoprostol se realizaría en un centro sanitario y bajo supervisión y control del equipo médico. Habitualmente se procede a una terminación instrumental, aconsejable siempre y cuando se pueda para disminuir el riesgo de atonía y de infección. Se utiliza habitualmente sedación. La duración del proceso es muy variable pudiendo ir de las 6 a las 24 horas o más.

En nuestra investigación se ha observado que no siempre se utiliza la técnica más adecuada a las semanas de gestación por desconocimiento de los métodos IVE por parte del personal médico y sanitario público. Por ejemplo, no es extraño ver como se descarta una dilatación y evacuación, mucho más rápida y segura en algunos casos que la inducción.

En las primeras semanas de gestación -entre 7 y 9 habitualmente según los distintos protocolos- es posible la elección de un método farmacológico o un instrumental, siendo ambos seguros, eficaces y eficientes si se realizan con las suficientes garantías sanitarias.

Cada uno de los dos métodos conlleva una serie de características muy específicas que se deben considerar a la hora de ofrecer información clara, comprensible y adaptada a las circunstancias de salud o las semanas de gestación para garantizar la toma de decisiones informadas de la gestante. Existe muchísima evidencia publicada sobre la eficacia -altísima siempre- de ambos métodos, así como tablas comparativas elaboradas por organismos como la OMS con sus ventajas e inconvenientes. A continuación, se muestran dos tablas comparativas de los métodos para que la usuaria pueda valorarlo conjuntamente con el/la profesional sanitaria.

Aborto médico	Aspiración por vacío
▪ Evita la cirugía ▪ Simula el proceso de pérdida de embarazo ▪ Controlado por la mujer y puede realizarse en domicilio (< 9 semanas) ▪ Lleva tiempo (horas a días) consumar el aborto, y tal vez no se puedan predecir los tiempos ▪ Las mujeres presentan sangrado y calambres, y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos) ▪ Tal vez requiera más visitas a la clínica que la AV	▪ Procedimiento rápido ▪ El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el PdeC aspirado ▪ Tiene lugar en dependencias sanitarias ▪ La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento ▪ Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical ▪ Requiere instrumentación del útero ▪ Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador
Puede ser preferible en las siguientes situaciones: ▪ Para las mujeres con obesidad severa ▪ Presencia de malformaciones uterinas o bromas, o, cirugía cervical previa ▪ Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica ▪ Si no se puede o no se quiere hacer un examen de pelvis	**Puede ser preferible en las siguientes situaciones:** ▪ Si hay contraindicaciones al aborto médico ▪ Si hay limitantes de tiempo para coordinar el aborto
Contraindicaciones	
▪ Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados ▪ Porfiria hereditaria ▪ Insuficiencia suprarrenal crónica ▪ Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona)	▪ No se conocen contraindicaciones absolutas
Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de: ▪ Corticoterapia prolongada (inclusive con presencia de asma severa no controlada) ▪ Trastornos hemorrágicos ▪ Anemia severa ▪ Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular ▪ Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)	**Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico cuando la mujer:** ▪ Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el procedimiento)

Fuente: Figura recuperada de OMS, 2014: 12

Table 2.

Advantages and Disadvantages of Induced Abortion

ABORTION TYPE	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
Medical	Available during early pregnancy Avoidance of anesthesia Avoidance of invasive procedure High success rate	Complications, although rare, may include infection, need for emergent surgery and blood transfusion, or retained products of conception More perceived bleeding Narcotics often needed for pain control Often requires patient follow-up Second-trimester abortion requires hospitalization Uncertain timing of completion
Surgical	Available during early pregnancy and in second trimester Control over timing of completion High success rate Less perceived bleeding No patient follow-up required in most cases	Invasive procedure More potential complications (e.g., cervical laceration, infection, hemorrhage, uterine perforation, retained products of conception) Usually requires anesthesia or local block

Adapted with permission from American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. Obstet Gynecol. *2014;123(3):678.*

Fuente: Figura recuperada de Moss, Snyder y Lu (2015)

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. En la guía técnica de referencia de la OMS (2012) sobre el tema, el posicionamiento es claro y explícito:

*"**El respeto por la elección de la mujer entre los diferentes métodos de aborto sin riesgos y eficaces es un aspecto importante en la prestación de servicios de salud**. Aunque la elección de los métodos reflejará la capacidad del sistema de salud, incluso los sistemas de salud con las mayores limitaciones de recursos deben tener la posibilidad de proveer métodos médicos y aspiración de vacío manual. En los lugares donde no se puede ofrecer una elección de métodos, siempre debe estar disponible al menos un método recomendado. La aspiración de vacío y los métodos médicos también deben estar ampliamente disponibles para tratar a mujeres con complicaciones de abortos espontáneos y abortos inseguros"*

En el citado documento de la OMS se insiste en diversas ocasiones que la elección final del método debe realizarla solo la mujer. También desde la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) se hace hincapié en la necesidad de garantizar ambos métodos (ACAI, s.f.):

"Consideramos necesario salvaguardar la convivencia de ambos métodos, para garantizar no solo la calidad de la prestación, sino la libertad de elección de la mujer.

ACAI considera que la libertad de la mujer no solo ha de respetarse en relación a la continuidad de su gestación o no; sino también en relación al método. La mujer debe ser libre para elegir el método más acorde con sus circunstancias personales, íntimas y sanitarias, tras haber sido informada de manera veraz sobre ambos métodos por profesionales sanitarios"

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. En la revisión de Cochrane sobre el tema se destacaba que, por lo general, las mujeres consideraban que evitar la cirugía es una característica positiva del tratamiento farmacológico, mientras que otras valoran más la mayor brevedad del proceso abortivo y el sangrado mínimo con el tratamiento instrumental. A algunas mujeres les desagradan los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, como el sangrado, la fiebre, vómitos, diarrea y los escalofríos (Bique, Ustá, Debora, Chong, Westheimer y Winikoff, 2007).

Sirva esto como ejemplo de la 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.

Existen diversos estudios y fuentes con datos que arrojan porcentajes diferentes en la elección de método[6],[7],[8] en aquellas semanas en las cuales es posible. **Lo relevante no es si el porcentaje es del 40, 50 o 80% sino que -en todos los documentos consultados sobre la elección del método-se confirma que, una vez debidamente informadas, siempre hay mujeres dispuestas a utilizar el método farmacológico y otras escogen el método instrumental.**

Así, no solo la elección del método y el lugar forma parte de un derecho, sino que, cuando se ofrece la opción, es utilizado por las mujeres mejorando su bienestar y la calidad asistencial.

"Si la mujer decide realizarse un aborto y se dispone de toda una serie de métodos abortivos, debe poder elegir entre los métodos disponibles que sean apropiados, dependiendo de cuánto lleva de embarazo y de su estado de salud. Para ayudarla a elegir es fundamental que cuente

[6] "En una valoración del 1 al 10, las usuarias del farmacológico manifiestan tener un nivel de satisfacción con el proceso del método de 7.4 puntos. Las usuarias del método instrumental dan una valoración de 9 puntos (...) De una población de 1003 mujeres, un 78% (784 mujeres) eligieron el método instrumental frente al 22% (219 mujeres) que eligieron el farmacológico" (ACAI, 2014a: 16).

[7] Un reciente estudio realizado en Estados Unidos mostraba como el 41% prefería el método farmacológico y un 59% el instrumental (Wingo, Ralph, Kaller, y Biggs, 2020)

[8] Según datos del Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) de Barcelona del 2020, se atendieron 421 usuarias de 14 a 30 años que estaban de menos de 9 semanas de gestación y que solicitaban IVE. Tras informar de ambos métodos con hoja informativa y dar las máximas facilidades de acceso para ambas opciones, un 82% de las mujeres optaban por el instrumental y un 18% por el farmacológico.

con información adecuada y científicamente exacta sobre los posibles factores de riesgo y las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos disponibles." (OMS, 2014: 10).

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.

SITUACIÓN DE LA ELECCIÓN DE MÉTODO EN EL ESTADO ESPAÑOL

En el Estado español, el artículo 17 de la ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo deja también a la mujer la libertad de elegir método y el lugar, entre otras informaciones clave que garantizan el derecho al aborto:

17. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del 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.

Así, la ley deja un margen a las CCAA dado que las competencias en relación a las políticas de salud están transferidas a los gobiernos autonómicos para la gestión de la prestación de los servicios de aborto, los circuitos, su acceso y también los métodos de elección.

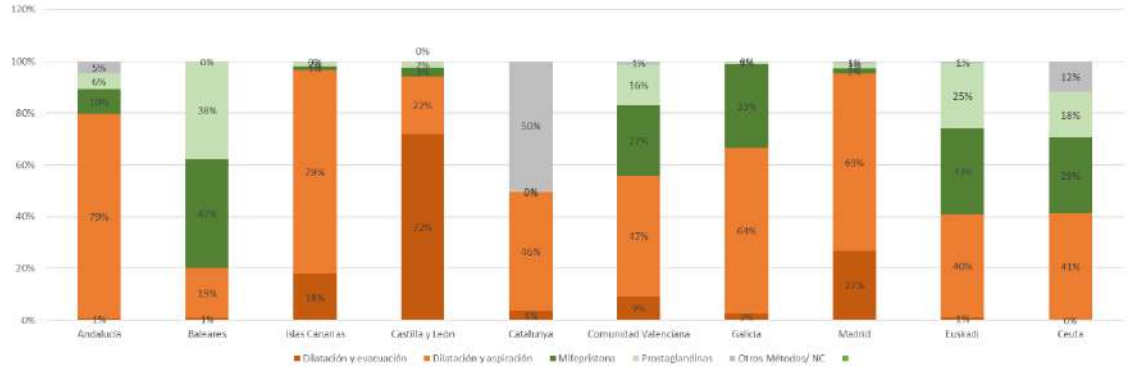
En la siguiente tabla -de elaboración propia- se muestra como no en todas las CCAA se puede acceder al aborto farmacológico dentro de la cartera pública de prestaciones.

CCAA	**Método de IVE en cartera pública en las primeras 7- 9 semanas**	
	Instrumental	**Farmacológico**
Andalucía	Sí	Sí
Catalunya	Sí	Sí
Comunidad de Madrid	Sí	Sí
País Valencià	Sí	Sí
Galízia	Sí	Sí
Castilla-León	Sí	Sí
Euskadi	Sí	Sí
Illes Balears	Sí	Sí
Ceuta	No	No
Melilla	No	No
Islas Canarias	Sí	No

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 las 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. Por ejemplo, en el caso de Catalunya, donde según el informe del ministerio el 50% de las IVE se hacen por "Otros métodos/NC", sabemos -por datos del Departamento de Salud catalán- que corresponderían a IVE farmacológicas[9]. O casos mixtos farmacológicos e instrumentales que se pueden apuntar en un lugar u otro.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del informe de IVE del Ministerio de Sanidad del 2019

Según el informe del Ministerio del 2019, el 70% de los IVE en España fueron por la vía instrumental y muestra estos resultados por edad y por lugar de realización (Hospitalaria y extrahospitalaria)

	< 15	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40-44**	**Más 44**	**TOTAL**
Dilatación y Evacuación	53	1469	2840	2772	2597	2341	1074	89	13.235
Dilatación y Aspiración	219	6539	13539	14211	13112	10989	4764	422	63.795
Mifepristona	34	1092	2360	2713	2565	2230	910	86	11.990
Prostaglandinas	24	734	1573	1748	1737	1521	642	64	8.043
Otros métodos/NC	36	1156	2567	2599	2490	2164	960	80	12.052

Llama la atención la opción de "Otros métodos/NC" cuyo significado es desconocido y que suponen hasta uno de cada diez IVE en España (11%)

[9] El informe de IVE de Catalunya del 2018, afirma que el 46,3% de las IVE se hicieron por el método farmacológico (Generalitat de Catalunya, 2019).

Riesgos en relación a la accesibilidad del método farmacológico e instrumental

A partir de nuestra experiencia y valoración de la situación constatamos la existencia de diversos factores que ponen en riesgo la accesibilidad de ambos métodos en el estado español y que listamos a continuación.

Riesgos observados en relación a la garantía del derecho al IVE instrumental en las primeras semanas de gestación

1. *Ausencia de formación especializada*

   En el programa oficial de la especialidad de Obstetricia y Ginecología recogido en el BOE de 129 del 28/5/2009 en su sección III punto 5, se publica el mapa de competencias de la especialidad. Mientras que repasa con detalle múltiples prácticas, en el programa apenas hay referencias a la atención al aborto voluntario. Y tan sólo aparece en actividades relacionadas con las urgencias: "Nivel de autonomía 2. Realizar evacuaciones uterinas en abortos de primer trimestre".

   Y tal y como señala la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) refiriéndose a las habilidades incluidas en el mapa de competencias de la especialidad: "en ninguno de los puntos del apartado de Habilidades se menciona el tratamiento ya sea médico o quirúrgico de la IVE, dentro de un extenso listado de procedimientos; por lo que se crea un vacío que debería corregirse" (Serrano, López, Mari, Rey, Gutiérrez y Lertxundi, 2015: 23)

   De no reforzar la formación de base en relación al aborto, los distintos métodos y técnicas, esto implicará un riesgo para el mantenimiento de esta práctica, sobre todo en los casos que se realice en las primeras semanas de gestación. Pero además la falta de profesionales especializados dispuestos a realizar este tipo de intervenciones, el desprestigio profesional y poco reconocimiento de este trabajo no sólo pondrían en peligro la prestación del servicio en las primeras semanas sino también en cualquier momento del embarazo.

2. *Falta de relevo generacional*

   Si tenemos en cuenta la inexistente formación de profesionales especializados en el Estado español, y a ello le sumamos la media de edad de los equipos médicos que lideran las clínicas especializadas que realizan la mayoría de los abortos instrumentales en el Estado nos daremos cuenta que la conclusión es definitiva. Estas clínicas, creadas hace más de 30 años, siguen siendo gestionadas e impulsadas por los equipos médicos que las crearon, se formaron en otros países y han seguido actualizados por sus propios medios. Aun así, la jubilación de estas personas -con muchísima experiencia en la gestión del aborto voluntario- podría llegar a suponer el cierre de muchas clínicas poniendo en peligro el acceso al método al no disponer de relevo generacional.

Entre las razones que explicarían esta falta de relevo destacamos como las más relevantes aquellas vinculadas al todavía presente estigma de las profesionales que la ejercen, así como la falta de formación especializada en el programa formativo universitario como se observaba anteriormente.

3. *Falta de acceso real y fácil en todo el territorio*
   El aborto instrumental, a pesar de haber sido el más utilizado en el pasado y en el momento actual, no está garantizado por igual en todo el territorio y obliga a desplazamientos de población entre provincias y en algunos hasta CCAA como exponemos en apartados anteriores.

Riesgos observados en relación a la garantía del derecho al IVE farmacológico

1. *La falta de acceso real y fácil en todo el territorio*

   Actualmente la elección del método farmacológico no está garantizada en todas las CCAA y por tanto no se ofrece una libre elección a la mujer sobre el método en las primeras semanas. Además, donde está disponible no siempre es de fácil acceso como se observa en las tablas anteriores. La conclusión es que la situación actual no permite elegir el método a las mujeres en especial en el sistema de titularidad pública en algunas comunidades suponiendo una importante vulneración de sus derechos. Es urgente y necesario que todas la CCAA puedan disponer dentro de sus circuitos asistenciales del aborto farmacológico y que este sea ofrecido de manera cómoda y ágil.

   En este punto conviene recordar, de nuevo lo que afirma la OMS al respecto: ‘‘*Tanto en entornos con muchos recursos como en entornos con escasos recursos, los métodos médicos (farmacológicos) para abortar han contribuido a la delegación y reparto de tareas y a un uso más eficiente de los recursos. Además, muchas de las intervenciones para abortar, sobre todo al principio del embarazo, pueden realizarse en el ámbito de la atención primaria lo que facilita aún más el acceso a la atención*” (OMS, 2019b: 7).

2. *Cualquier método debe ir siempre acompañado de buena información, atención y acompañamiento antes, durante y después de la intervención*

   La oferta del método farmacológico debe asegurar también la existencia de buen apoyo, un fácil acceso y buenos circuitos de atención y acompañamiento antes, durante y después, incluyendo la atención médica de urgencias en caso de complicaciones. Sólo de esta manera se podrá garantizar una correcta calidad asistencial y también la seguridad en la implementación de cualquier método abortivo. Estos elementos son imprescindibles para proporcionar acceso al aborto seguro, eficaz y aceptable.

Riesgos observados en la combinación de ambos o el falso dilema farmacológico versus instrumental

Debe reconocerse la existencia de un debate, a veces público, a veces soterrado, sobre la mayor conveniencia de apostar por un método u otro y que no está exento de la presencia de grupos de presión. En las últimas semanas este debate ha salido a la luz pública con publicaciones y posteriores desmentidos sobre el interés del Ministerio de Sanidad de promocionar el farmacológico como método principal de elección (Ministerio de Sanidad, 2021; Rodríguez, 22 de enero de 2021). De hecho, la Dirección General de Salud Pública llegó a sacar a consulta el proyecto de modificación del Real Decreto 831/2010 de Garantía de la Calidad Asistencial de la Prestación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Al día después el documento fue eliminado el día después de la web ministerial.

Interesado o no, este movimiento del Ministerio ha sido objeto de valoraciones por parte de entidades feministas y de defensa de los derechos sexuales, posicionándose a favor de la promoción del aborto farmacológico donde no sea accesible pero cuestionando que suponga una merma del aborto instrumental.

El debate no es pues si se debe o no disponer de ambos métodos de manera segura y fácil para que la mujer decida, eso debe ser algo garantizado por las administraciones públicas, sino como garantizar que ambos métodos son igualmente accesibles y de calidad. Y estimamos que este riesgo puede producirse cuando el sistema público de salud quiera apostar por el farmacológico como opción prioritaria. Esta situación puede verse justificada por la administración pública apelando a la mayor accesibilidad territorial y también al menor coste. Estos son algunos de los riesgos posibles que desgranamos a continuación:

La información

A los efectos de que las mujeres decidan con qué método quieren interrumpir sus embarazos, el Estado y las CCAA tiene el deber de orientar sus esfuerzos en proporcionar a las mujeres información oficial de calidad, veraz y accesible sobre el acceso al aborto, lo cual incluye información sobre todos los métodos disponibles en los servicios de salud. Y esta información debería ser clara evitando juicios de valor o condicionando la elección si no existe un motivo de salud que lo justifique.

Todo ello, con el fin de que las mujeres sean quienes decidan con cuál de estos interrumpirán sus embarazos.

El coste

De hecho, en el mencionado proyecto de modificación del decreto se cita *"No sólo es oportuno el nuevo método sino que es más económico, dado que el bajo coste de los fármacos empleados, junto con la simplicidad de las instalaciones requeridas, reducen el coste total de los procedimientos a un tercio de los quirúrgicos*" (Ministerio de Sanidad, 2021: 2).

El proyecto de modificación no presenta ninguna cifra que lo avale y en cualquier caso los análisis de coste del farmacológico no suelen contemplar ni incluirse los servicios profesionales de cuidados ni los costes derivados de la presencia de complicaciones.

Sea como fuere, el coste no debería ser un argumento para limitar el acceso a un método, puesto que no se trata de substituir un tratamiento igual por otro con idéntica eficacia, pero más económico, lo que sería razonable y ético. Estamos hablando de dos métodos muy distintos, con ventajas e inconvenientes que deben valorar conjuntamente la mujer y la profesional que la atiende. No debería priorizarse uno ante el otro por criterios externos. El objetivo no puede ser otro que facilitar el acceso a la libre elección del método, con plena equidad y en todo el territorio español.

La dificultad de corregir la deficitaria cobertura del aborto en hospitales públicos

Tampoco puede ser un argumento por parte de las autoridades, para fomentar el farmacológico como opción preferencial, la mayor o menor dificultad de poder modificar el deficitario abordaje del aborto instrumental en los hospitales del sistema público.

El proyecto de modificación del Ministerio de Sanidad es muy explícito en este sentido: *"Si se quisiera regular la norma de otra forma, sería a través de la obligación que los centros públicos hospitalarios atendieran esta demanda y que se crearan unidades públicas específicas dentro de los hospitales para las interrupciones voluntarias del embarazo, lo que resultaría complejo y difícil de aceptar por el personal y responsables sanitarios".*

Resulta del todo alarmante que se prefiera priorizar el farmacológico asumiendo la incapacidad del sistema público de corregir una situación que, no por sabida e histórica, deja de ser menos escandalosa: la bajísima cobertura del aborto en los hospitales públicos del Estado.

Y es cierto que existe un tema muy relevante sobre la falta de equidad en el acceso territorial como apuntamos en el presente informe, pero eso no debería ser motivo o excusa para promocionar tan sólo un método u otro. Con circuitos apropiados y la planificación sanitaria correcta se debería poder ofrecer a todas las mujeres del territorio ambas opciones.

Falta de conocimiento de los profesionales de ambos métodos

Que las y los profesionales del sistema que acompañan a las mujeres no conozcan con profundidad todas las opciones supone un sesgo importante. Si bien no es necesario que todas las profesionales que acompañan a las mujeres que quieran abortar sean capaces de llevar a cabo las diferentes técnicas instrumentales, si es imprescindible que las hayan estudiado y las conozcan con detalle.

Siempre existirá un sesgo a la hora de fomentar o promover aquellas técnicas o procedimientos en los que la profesional tiene mayores conocimientos y se siente más cómoda.

Los circuitos no son igualmente cómodos como para permitir una libre elección

Está claro que uno de los factores que influyen en la toma de decisión es el acceso rápido y fácil para las personas usuarias de los diferentes servicios. Y ahí sí que hay margen de maniobra para que los distintos servicios de salud planifiquen sus recursos de la mejor manera posible para garantizar dicho acceso combinando los diferentes dispositivos que tienen en su mano como los centros de atención primaria, de planificación familiar, hospitales o clínicas acreditadas autorizadas para la interrupción del embarazo.

En definitiva, existen diversos riesgos o amenazas que ponen en peligro ya no tan sólo la posibilidad de las mujeres para abortar sino la posibilidad de las mujeres para elegir. Contrarrestar estos riesgos e implementar los mecanismos para garantizar el derecho debería ser obligación de las autoridades sanitarias y políticas, incluyendo la garantía sobre el derecho a la información en la materia. En algunos casos estas soluciones pasarán por revisar circuitos, mejorar el acceso al IVE de ambos métodos en el sistema público y mejorar notablemente la información para profesionales y ciudadanía. Algunas de estas mejoras pueden dar rápidos e inmediatos resultados en relación con la accesibilidad. Otras, como la escasez de profesionales cualificados en el sistema, requieren de una apuesta muy urgente cuyos frutos se recogerán a medio plazo y deben garantizar la sostenibilidad del sistema.

3. ABORTO EN TIEMPOS DE COVID

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 (DSIR) en todo el mundo. Estos derechos, individuales y colectivos, emergen como Derechos Humanos y derechos civiles y políticos, pero también son los más invisibilizados y, a la vez, atacados por los movimientos fundamentalistas políticos, religiosos y económicos que aprovechan cualquier crisis para imponer sus ideologías ultraconservadoras.

Hemos visto los obstáculos para acceder al aborto de Estados Unidos y Polonia, las agresiones transfóbicas en Benidorm, el proyecto de ley contra los derechos LGTBI en Hungría o el intento de prohibición de la educación sexual en sede parlamentaria en Polonia mientras morían miles de personas por el virus. Ejemplos absolutamente indicativos de cómo en épocas de crisis se abre la veda para ataques a estos derechos en nombre de la necesidad de asumir el control social, priorizar el individualismo neoliberal y el único modelo social que mantiene los privilegios de muy pocos.

Está claro que esta interrelación entre el patriarcado y el neoliberalismo donde las violencias contra los cuerpos de las personas y sus sexualidades son un mecanismo histórico de control social, discriminación y descomposición del tejido social, un elemento clave para mantener los intereses políticos y económicos de los grupos que sustentan el poder.

Las respuestas a la emergencia sanitaria desencadenada por el COVID-19 evidencian y amplifican las persistentes desigualdades estructurales a las que se enfrentan las sociedades. Esta pandemia no es sólo una crisis sanitaria sino también una crisis económica, social, de género, de justicia. Una crisis sistémica que pone en riesgo aún más los derechos humanos y las, ya de por sí, debilitadas democracias.

La respuesta de los gobiernos e instituciones a esta crisis se ha centrado en el control de la pandemia y en atender a las personas infectadas. Esto ha demostrado de manera cruel la necesidad fundamental de la asistencia sanitaria universal como pilar fundamental para un

sistema sanitario eficaz y una sociedad justa; una clásica demanda de los movimientos sociales y, también, vinculada con los Derechos Sexuales y Reproductivos a través del Derecho a la Salud.

Estas carencias han tenido que suplirse con los esfuerzos ingentes de las profesionales sociosanitarias para llenar todos los espacios de una estructura desigual, poniendo sus cuerpos a disposición y su vida en riesgo. Esto ha hecho que ante la falta de medios y de recursos para poder hacer frente a la pandemia, en muchos países, la mayoría de las profesionales sanitarias hayan sido derivadas a atender y controlar la crisis. Como consecuencia, los servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva han sido cerrados y/o han visto reducida su actividad en diferentes intensidades en respuesta, también, a decisiones gubernamentales más o menos acertadas.

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.

En marzo de 2020, **Naciones Unidas** (ONU, 2020) emitió un informe donde señalaba la importancia de tener en cuenta la salud sexual y reproductiva a la hora de realizar políticas públicas durante este tipo de crisis sanitarias. Un par de meses después, la propia ONU informaba de que, en algunos lugares de **Estados Unidos**, los servicios de interrupción voluntaria del embarazo se habían declarado no esenciales: "*suspenden los procedimientos que no se consideran médicamente indispensables, han sido utilizadas por estados como Texas, Oklahoma, Alabama, Iowa, Ohio, Arkansas, Luisiana y Tennessee para restringir el acceso al aborto"* (Noticias ONU, 27 de mayo de 2020).

Por otra parte, muchos países en el mundo y, especialmente en Europa, han incorporado cambios en los protocolos y métodos de actuación para facilitar el acceso al aborto durante la pandemia. En Alemania, la sesión de asesoramiento obligatorio antes del aborto se hacía por vídeo, chat o por teléfono, y se gestiona online el reembolso del costo de la intervención mientras permanecen cerrados algunos trámites de los seguros de salud.

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. También han surgido demandas como poner a disposición de las mujeres consultas de salud de manera telemática, permitir a profesionales sanitarios recetar la medicación necesaria también a distancia o facilitar el acceso a los medicamentos necesarios para abortar en casa y eliminar el requisito de que estos medicamentos tengan que tomarse en presencia de un médico, como ocurre en algunos países.

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.**

Entre los países que sí se han hecho algunas adaptaciones importantes está el **Reino Unido** ya que el gobierno cambió los protocolos de forma que se pudiera extender la atención médica

telemática y el acceso al aborto farmacológico en casa. Ha sido una de las más innovadoras en relación a la rapidez en la toma de decisiones y cambios legislativos que supuso la opción de poder acceder al aborto farmacológico directamente sin salir de casa y con acompañamiento vía telemedicina. Podemos seguir su formato a través de noticias e intervenciones de organizaciones que han colaborado en la articulación de este nuevo circuito (Connolly, 31 de marzo de 2020; MSI Reproductive Choices UK, 2020; British Pregnancy Advisory Service, 2020; NHS Highland, 2020; Calderwood, 31 de marzo de 2020).

También en **Austria**, se consigue una nueva regulación que permite a las mujeres acceder a medicamentos para el aborto con receta médica en farmacias y poder tomarlos en casa. En **Irlanda** se confirmó un nuevo modelo de atención a los abortos de menos de nueve semanas que se aplicaría durante la situación excepcional por la crisis del coronavirus estableciendo que la atención presencial en la clínica se hiciera solo cuando fuera estrictamente necesario.

En **Italia**, las asociaciones de ginecólogos y obstetras emitieron una declaración en la que pedían que se permitiera realizar abortos con medicamentos en casa mientras dure la crisis.

Pero como se ha ido informado por partes de las organizaciones de todo el mundo, las reducciones en los servicios de acceso al aborto seguro han sido evidentes. No hay que olvidar que en Europa siguen existiendo 5 países donde la prohibición de abortar es total y las mujeres que quieren interrumpir su embarazo necesitan desplazarse a otros países. Se trata de **Liechtenstein, Malta, Mónaco, San Marino y Andorra**, país donde el aborto está totalmente prohibido mientras deriva a las mujeres a los países vecinos (Reguero, 4 de octubre de 2018). Está claro pues que las mujeres que se encuentran en sus territorios durante estos meses de restricciones de movimientos y cierres de fronteras verán mermada su capacidad de acceder a un aborto en otro país poniendo en juego las opciones de llevar a cabo embarazos no deseados o de recurrir a métodos ilegales o inseguros exponiéndose a riesgos físicos y legales importantes.

En **Rumanía** los servicios de acceso al aborto han sido suspendidos y en **Polonia**, sin llegar a la prohibición total, el riesgo que corren las mujeres por el acceso muy restrictivo es también grave. Se han detectado dificultades en **Italia y Francia** pese a reconocer el aborto como un servicio esencial. Y **Bélgica** también ha tenido complicaciones por falta de profesionales sanitarios que pudieran cubrir el servicio al ser grupos de riesgo.

En **Gibraltar**, el Gobierno anunció en julio de 2018 que iniciaría un proceso de consulta para un posible cambio sobre la legislación del aborto que debía celebrarse en marzo de 2020 para legalizar el aborto en determinadas circunstancias. El Gobierno decidió aplazarlo debido al coronavirus y todavía no se ha establecido una nueva fecha (Government of Gibraltar, 2020). Lo que a día de hoy supone continuar cruzando la frontera hacia Cádiz, con las restricciones de movilidad actuales, o pensar en fórmulas clandestinas que puedan poner en riesgo sus vidas.

Según el artículo *Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic* (De Zordo, Mishtal, Zanini, y Gerdts, 2020), viajar al extranjero y cubrir el coste del procedimiento fue difícil para la mayoría de las participantes europeas del estudio. Muchas mujeres se retrasaron en buscar o recibir atención debido a desafíos logísticos, particularmente arreglos trabajo-familia. Las participantes accedían al servicio de aborto con un promedio de 17 semanas y seis días de gestación, y aproximadamente el 20% de ellas llegó a los centros de destino después de las 20 semanas de gestación. Estos hallazgos son alarmantes cuando se consideran en el contexto de las restricciones que impone la pandemia. El desafío de la movilidad se une a la dificultad de compaginar entre el trabajo y la familia.

Dicho artículo concluye exponiendo la importancia que suponen los límites de edad gestacional en la atención del aborto perjudicando a las mujeres, y más en la situación actual. Incluso las que viven en países donde la ley del aborto es progresista puede que tengan que viajar lejos de donde viven, incluso a través de las fronteras, como hemos podido relatar en los diferentes apartados de este informe en relación a las inequidades territoriales que se imponen en el Estado español.

Los gastos de viaje y cobertura son una carga significativa y pueden llevar a retrasos, riesgos para la salud y desigualdades sociales y de género. Viajar durante una pandemia es más desafiante e impone mayores riesgos para las personas. A ello se añaden posibles complicaciones legales para aquellas cuyo estatus legal y derechos son precarios, como las migrantes y refugiadas. Acceder a información sobre el aborto en el extranjero mientras se está confinada en casa, con mayores responsabilidades de cuidado, también puede ser una tarea ardua. Por todo ello, es evidente que los límites de semanas de gestación para abortar dañan seriamente la salud y los derechos de las personas embarazadas, e incluso más aún en tiempos de pandemia.

ABORTO Y COVID-19 EN EL ESTADO ESPAÑOL

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 (Carballar, 8 de abril de 2020). Solamente, **Galizia y Catalunya** han puesto en marcha esta medida legislando en favor del acceso al aborto y la seguridad de las mujeres.

Durante estos meses, cualquier mujer que tuviera que someterse a un aborto, se hallaba ante el colapso de los servicios sanitarios públicos que, en el mejor de los casos, suponían la ralentización de los procesos con lo que ello conlleva en una interrupción como es el aborto.

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.

No obstante, cabe destacar que el servicio de salud sexual y reproductiva relativo a la IVE se ha considerado un **servicio esencial y no aplazable**, manteniendo los mismos trámites de petición para el mismo, y con **derivaciones continuadas** desde la sanidad pública a las clínicas tal y como aseguran desde ACAI. Para facilitar la movilidad, tanto de las propias mujeres como del personal médico y sanitario, se han elaborado **documentos con validez jurídica** para la justificación de los **desplazamientos**.

Como conocemos bien, la Ley Orgánica 2/2010 obliga a superar algunos obstáculos que en tiempos de pandemia han sido determinantes. De este modo, cada vez que una mujer quiere solicitar una interrupción voluntaria del embarazo debe asistir presencialmente a un centro donde las personas profesionales deben hacerle el asesoramiento informativo imprescindible y entregarle un sobre con la documentación sobre las *Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad*. Tras recibir el sobre, la mujer ha de esperar obligatoriamente al menos tres días para poder someterse al aborto, **un periodo que la propia ley llama "de reflexión".**

Esto, durante el estado de alarma, suponía una doble exposición al virus: una primera visita al centro sanitario para informar de su deseo de abortar y recibir el sobre, y una segunda al centro donde se le practicaría el aborto. Finalmente, sólo Catalunya y Galizia consiguieron una normativa favorable a la gestión telemática de la primera visita que reduce el riesgo de la infección de forma notable.

A ello se **añaden, como hemos venido detallando a lo largo de dicho informe, las inequidades territoriales** que viven las mujeres en territorio español para acceder a un aborto. Conocemos que no todas las provincias tienen centros acreditados para realizar interrupciones voluntarias del embarazo. Y, también se conoce que **8 provincias españolas no habían notificado ni una sola interrupción voluntaria del embarazo entre 1988 y 2018**, según los informes del Ministerio de Sanidad (López y Martín, 3 de marzo de 2020). Esto significa que las mujeres que lo han solicitado han sido derivadas a centros de otras provincias.

Sabemos, también, que las **Islas Canarias y les Illes Balears** imponen viajes entre islas para poder interrumpir un embarazo en gran parte de situaciones colocando la insularidad como una inequidad que incrementa la discriminación y las dificultades para las mujeres de estos territorios. Y, finalmente, los casos de las **Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla** siguen siendo atronadores ya que no disponen de ningún centro que realice esta intervención y todas las mujeres de allí deben cruzar el estrecho para acceder a la intervención en la Península, con todas las dificultades y recursos económicos extra que ello supone.

Provincias sin clínicas acreditadas y especializadas para las IVEs	Provincias que no han notificado ningún aborto en 30 años	Dificultad por la insularidad	Dificultad paso a la Península obligatorio
Lleida	Teruel	Menorca	CA Ceuta
Teruel	Ávila	Pitiüses	CA Melilla
Ávila	Palencia	Lanzarote	

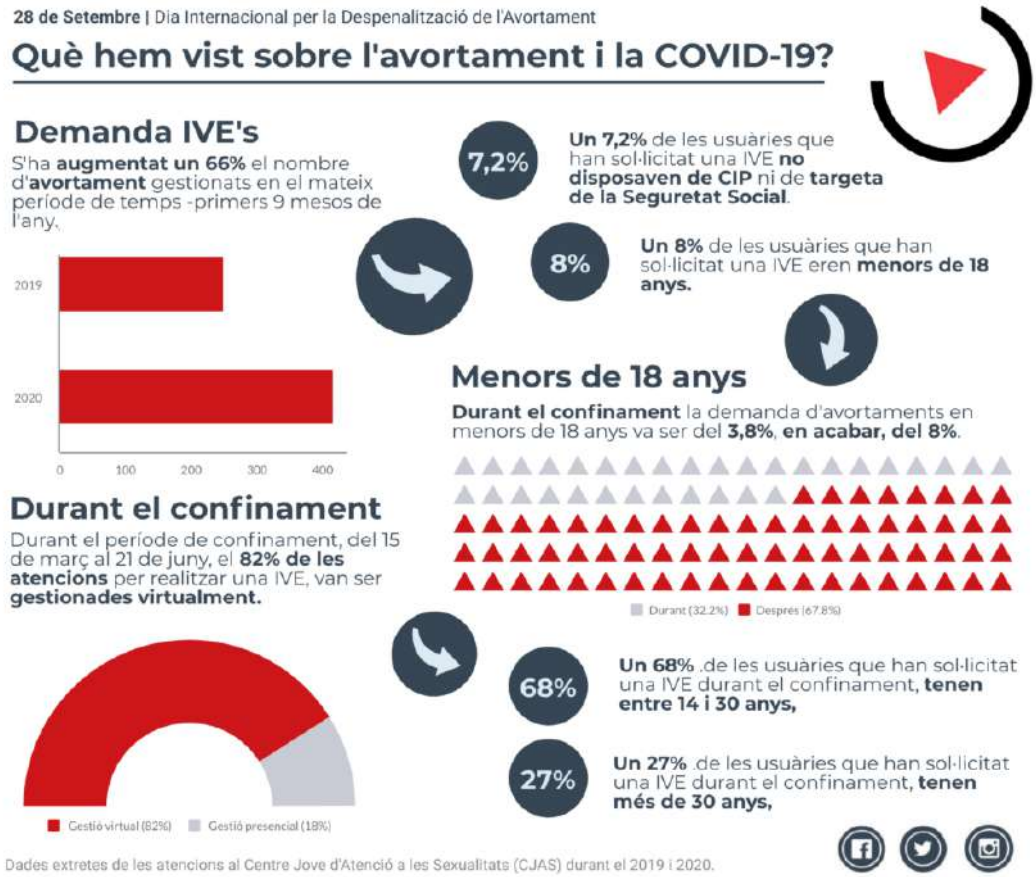
Palencia	Segovia	La Palma	
Segovia	Zamora	Gomera	
Zamora	Cuenca	El Hierro	
Soria	Toledo		
Burgos	Cáceres		
Guadalajara			
Cuenca			
Toledo			
Cáceres			
Lugo			
Ourense			
La Rioja			

Teniendo en cuenta estas cuestiones y los datos ya referidos en el apartado de inequidades territoriales, se plantean un mínimo de 6000 mujeres que deben desplazarse anualmente para poder acceder al aborto y, en la mayoría de casos, tienen que hacer más de un desplazamiento. Así pues, en tiempo de pandemia esta ha sido una problemática poco valorada por parte de las instituciones poniendo en riesgo a un grupo muy importante de mujeres y a las personas de su entorno.

Según las declaraciones de Francisca García, presidenta de ACAI, confirmaba que **durante el estado de alarma ha habido mujeres que han tenido que desplazarse a otros territorios para abortar y se han tenido que facilitar autorizaciones para poder realizar esos desplazamientos con las restricciones de movilidad existentes. Algunas tenían miedo a contagiarse, por lo que hay quienes incluso han demorado la intervención** (López, 5 de julio de 2020)**.** También Viviana Waisman, de Women's Link Worldwide, plantea la realidad de la **doble exposición al virus** por el periodo de reflexión y por no tener un acceso igualitario en los diferentes territorios del Estado.

Las realidades de los territorios **gallego y catalán** donde se aplicó la normativa extraordinaria que reduce los desplazamientos a tan solo uno para la intervención, donde las visitas previas de asesoramiento e información se han facilitado de forma telemática han tenido un éxito contundente.

En **Catalunya**, a la espera de tener los datos oficiales completos por parte del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, desde *el Centro Joven de Atención a las Sexualidades,* donde se gestionan derivaciones a IVEs, los datos han sido claros. El **82% de las demandas se ha realizado telemáticamente y se ha visto un incremento de las peticiones de abortos de un 66% en relación al año anterior** (L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius, 2020c). Habrá que esperar a los datos oficiales completos para saber si ha habido un incremento de los abortos en general en Catalunya o se trata de un aumento vinculado a la dificultad en el acceso a los servicios sanitarios específicos por la pandemia y, las mujeres, han optado por el servicio del centro siéndoles más accesible y añadiendo la facilidad del trámite telemático, ya que podían hacer la demanda desde cualquier lugar de Catalunya.



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 irregular 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**.

Es evidente que las mujeres gibraltareñas han viajado históricamente a Andalucía para poder abortar según la ley española, aunque deben correr ellas con los gastos correspondientes del traslado y del aborto. De la misma manera que las mujeres andorranas han realizado sus abortos, mayoritariamente en Catalunya como nos han relatado las diversas organizaciones que configuran la *Xarxa La Meri* creada para acompañar a estas mujeres[10].

El desafío es mayúsculo para afrontar este futuro incierto. Se imponen medidas fundamentales para poder garantizar el derecho al aborto de la ciudadanía. La pandemia también ha puesto de manifiesto cómo es de trascendental abrir canales de información de calidad, asequibles, accesibles y adaptados sobre los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población. Se hace difícil saber cuántas personas han quedado excluidas de los servicios de aborto por no tener acceso a la información durante los momentos más complicados de la crisis, los pasados y los que vendrán, pero seguro que veremos el impacto.

De la misma forma que está por venir la huella que tendrá en la **población más joven**, confinada, obviada y una de las más invisibilizadas y criminalizadas del momento. ¿Dónde están las menores de edad que necesitan abortar con o sin autorización de tutores legales? De momento desaparecidas, tendremos que seguir si esto se traduce en un incremento de la maternidad adolescente. Por lo tanto, será fundamental fortalecer los programas de atención y prevención en la salud sexual y reproductiva específicos para la adolescencia y juventud.

Sin embargo, la COVID-19 no nos aporta nada nuevo, más allá de amonestarnos cruelmente por no cuidar a quien nos cuida, por no garantizar los derechos fundamentales de todas las personas y por haber desmantelado nuestros sistemas de salud, educación y servicios sociales. Si queremos construir una solución justa y equitativa, de la pandemia nos urge transitar a paradigmas colectivos y comunitarios construidos desde el reconocimiento de que todas las personas somos seres vulnerables y dependientes, que cuidamos y necesitamos ser cuidadas[11].

[10] Un total de 45 dones han avortat amb el suport de la xarxa la Meri (10 de diciembre de 2019)

[11] Para más información, consultar Aldavert (28 de mayo de 2020); Reguero (28 de abril de 2020); Ramis (3 de octubre de 2020); López (5 de julio de 2020).

PARTE 4- BARRERAS VINCULADAS A FUNDAMENTALISMOS

1. Amenazas y acoso a las Clínicas de Aborto por parte de grupos anti-derechos.

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 (Aborto Sin Acoso, s.f.; ACAIVE, 24 de septiembre de 2019) . Así mismo, el 89% de las mujeres embarazadas y personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo reciben hostigamiento, acoso y presiones por grupos antiabortistas/anti-elección según publica un informe de Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del embarazo (ACAIVE, 2018: 2): "*Desde que se aprobase la ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo hasta la fecha, podemos afirmar que miles de mujeres se han visto increpadas, insultadas, coaccionadas, amenazadas…de algún modo. Teniendo lugar actos de acoso y hostigamiento en los centros de IVE con una periodicidad semanal en unos casos y diaria en otros, a lo largo de todo este tiempo".*

"Entre las dificultades que encuentran las mujeres que quieren realizar una IVE, destacan algunas vulneraciones directas de sus derechos, que se realizan mediante coacciones, amenazas o formas de stalking, en los procesos de acceso a los centros que realizan estas intervenciones" (Bodelón e Igareda, 2019: 43).

Como denuncian las mujeres entrevistadas en el informe de ACAIVE (2018) "*esta violencia causa un fuerte estrés a pacientes y trabajadoras, perjudicando la calidad de una prestación sanitaria legalmente garantizada– un 67% de ellas se sintió amenazada durante los procesos médicos".*

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.

Esta violencia habitual se ve incrementada en algunos periodos del año como sería el 28 de diciembre, día de los santos inocentes, una de las fechas señaladas por los grupos fundamentalistas y ultrarreligiosos para ejercer su violencia. O, como ocurre con la campaña **40 Días por la Vida** (s.f.), un evento de los grupos fundamentalistas y anti-elección, organizado por turnos de presencia continuada en las inmediaciones de las clínicas. **Una campaña "40 Days for Life", creada en Texas en el año 2004 contra Planned Parenthood** y exportada a multitud de países, entre ellos el estado español.

Una de las formas de hostigamiento más violenta y agresiva para las mujeres y personas gestantes lo configura **El proyecto: "Ambulancia Vida[12]" impulsado en el Estado español por la plataforma: "Derecho a Vivir" una de las iniciativas del grupo fundamentalista Hazte Oír.** Fundada el 8 de septiembre de 2008 a raíz de la tramitación de la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. De la mano de la diputada del partido de extrema derecha Vox, Gádor Joya[13], se instala una furgoneta a las puertas de las clínicas acreditadas para la IVE ofreciendo ecografías a las mujeres que deciden abortar con el objetivo de que escuchen el latido del corazón del embrión y disuadirlas de llevar a cabo su decisión, como puede verse en el video de la campaña que al que se accede libremente en YouTube (Hazte Oír, 24 de septiembre de 2016). Esta iniciativa surge como copia de normativas de diferentes estados norteamericanos a través de la cual la Corte Suprema de los Estados Unidos permite una ley que exige que las mujeres escuchen los latidos del corazón antes de someterse a una IVE (Redden, 4 de enero de 2013).

En Estados Unidos, desde mediados de la década de 1990, varios estados han conseguido que el ultrasonido sea parte de la prestación de servicios de aborto. Algunas leyes y políticas requieren que una mujer que decide abortar reciba información sobre cómo acceder a los servicios de ultrasonido, mientras que otras requieren que una mujer se someta a un ultrasonido antes de un aborto. Diez estados exigen que un proveedor de servicios de aborto realice una ecografía a cada mujer que busque un aborto, y ocho de ellos requieren que el proveedor le ofrezca a la mujer la oportunidad de ver la imagen.

Grupos fundamentalistas españoles y el partido de extrema derecha Vox hacen campaña para promover esta misma ley en el Estado español[14]. En las últimas semanas hemos sido testigos de un nuevo grupo de jóvenes ultracatólicos que promueven el hostigamiento a las puertas de las clínicas. El grupo que tiene el nombre: "de cañas por España" y promueve "los viernes por la vida" por el que hostigan a las mujeres que deciden abortar y a las profesionales sanitarias. Llama la atención que al buscar información sobre este grupo en internet todas las informaciones llevan a Vox (Cañas por España).

¿Cuáles son los grupos fundamentalistas y ultrareligiosos del estado español que abanderan el hostigamiento y la violencia contra las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo en nuestro territorio?

Son muchos y diversos grupos fundamentalistas con fuertes nexos entre ellos y que reciben importantes apoyos políticos y financieros. Por ejemplo, Red de apoyo a embarazadas, REDMADRE, impulsada por el Foro de la Familia y que cuenta con el apoyo del presidente de la Xunta de Galicia Alberto Núñez Feijóo. Cuando una persona busca información sobre el aborto en España, la web de RedMadre es la primera que sale en el buscador Google, tal y como hemos explicado en apartados anteriores de este informe. Hazte Oír-CitizenGo, con su fundador Ignacio Arsuaga a la cabeza (Citizen Go, 2021), sobrino del exministro de económica del partido popular Rodrigo Rato. Derecho a Vivir, Más Futuro y Asociación Sifra son otros de esos grupos que dedican buena parte de sus recursos y esfuerzos a poner obstáculos a la interrupción voluntaria del embarazo y a ejercer violencia sobre las mujeres, personas gestantes y profesionales de las clínicas acreditadas.

[12] Vídeo de la campaña consultable en la plataforma YouTube (Hazte Oír, 24 de septiembre de 2016)
[13] Valdés (16 de noviembre de 2019)
[14] Vox pide obligar a las mujeres que quieran abortar a escuchar el latido del feto o ver una ecografía (17 de diciembre de 2019).

Uno de los grupos más beligerantes es las "rescatadoras", como se autodenominan los activistas antiabortistas liderados por el fundamentalista Jesús Poveda (Rigol, 27 de septiembre de 2016). CIDEVIDA (Centro Internacional para la Defensa de la Vida Humana), creado en el año 2015 con el apoyo de la plataforma Derecho a Vivir, surgida también de HazteOir.org-CiizenGo

La campaña #StopSubvencionesAborto, impulsada por la Asociación Española de Abogados Cristianos (s.f.), uno de los grupos fundamentalistas más agresivos y cuya estrategia es la judicialización permanente del movimiento feminista y de las defensoras de derechos sexuales y reproductivos y que cuenta con la complicidad de la plataforma de parlamentarios europeos; **"** **One of us**", fundada por el ex ministro del interior Jaime Mayor Oreja, cuyo principal objetivo es la eliminación de los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea y a la que pertenecen casi todos los grupos anti-derechos del Estado español, tal y como puede comprobarse en su página web (One of Us, s.f.). Se suma a la lista la Federación Española de Asociaciones Provida que cuenta con carácter consultivo especial en el Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC). En Catalunya, encontramos también con mucha fuerza a E-Cristians y Fundacio Provida que, como L'Obsevatori de Drets Sexuals i Reproducius denunció, a través de una investigación propia, el 75% de usuarias derivadas a ProVida Cataluña provienen de servicios sociales públicos (L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, 2019a). Otros grupos que operan en Catalunya son Llar Natalis, y l'Associació Spei Mater.

El hostigamiento y acoso de estos grupos anti derechos/anti-elección en las puertas de los centros acreditados para la IVE en España está recogido en el Código Penal Español en su artículo 172 como delito de coacciones de carácter de leve, en el que, además, se requiere de la denuncia de la mujer violentada para hacer frente a esos grupos. Si la mujer no interpone la denuncia el delito queda impune. Cuesta creer que las mujeres que deciden abortar se vean con ganas de interponer una denuncia. Por otro lado, y, aunque las normativas municipales dispongan de mecanismos para frenar ese acoso, éste nunca llega a producir en aras del derecho a la libertad de expresión y porque las concentraciones de los hostigadores no superan el numero de 20 personas. Ante todo, esto, los grupos fundamentalistas gozan de plena libertad e impunidad para seguir violando los derechos fundamentales de las mujeres.

Para frenar esta violación, diferentes asociaciones de defensoras de derechos sexuales y reproductivos, colectivos feministas y profesionales de las clínicas acreditadas han interpelado a los tomadores de decisiones para que legislen para acabar con el hostigamiento ofreciendo como solución la legislación de países de nuestro entorno y especialmente la Ley francesa "LOI no 2017-347 du 20 mars 2017", relativa a la extensión del delito de obstrucción a la IVE.

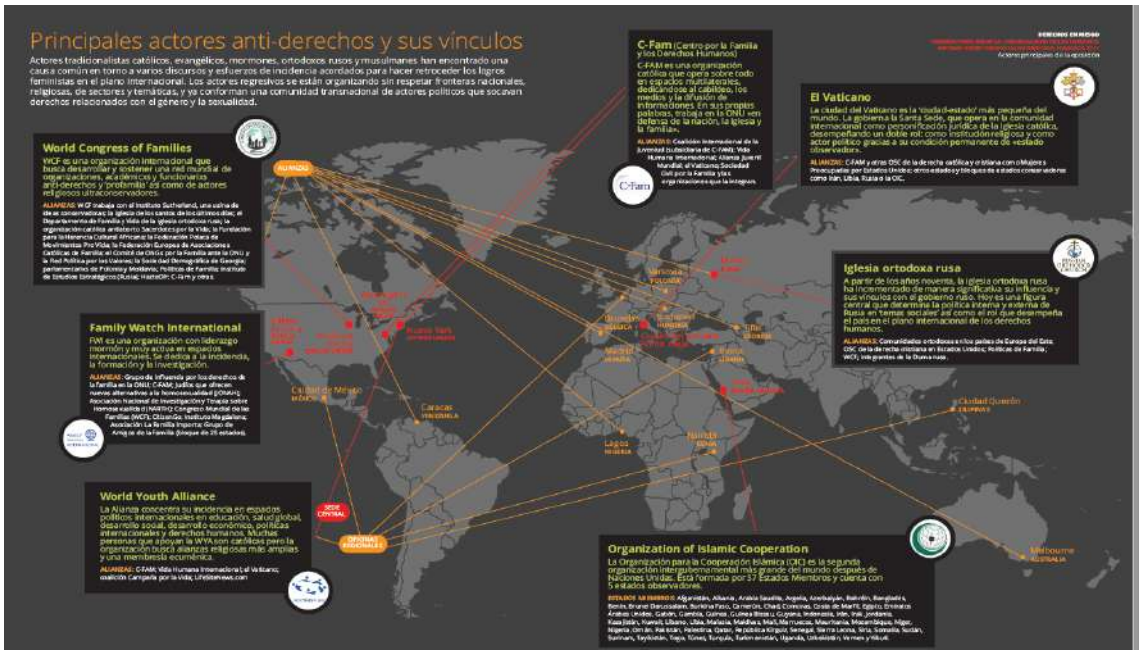
La plataforma aborto sin acoso ha instado a los partidos políticos a que asuman esta realidad injusta y promuevan una iniciativa legislativa que tipifique como delictivas aquellas conductas que obstaculicen, impidan, restrinjan, limiten o entorpezcan el acceso de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo en los términos previstos en la LO 2/2010, adoptando los cambios normativos necesarios a tal función.

Conexiones Internacionales. Trabajo transnacional

Esta estrategia ultraconservadora, fundamentalista, de políticos de derechas, y de partidos de extrema derecha contra el derecho al aborto en el Estado español se articula a nivel regional e internacional con otras entidades, grupos fundamentalistas y partidos políticos internacionales como son: **La Manif Pour Tours en Francia, Ordo Iuris en Polonia, la Alliance Defending**

Freedom de Estados Unidos y asentada desde hace algunos años en los enclaves políticos más estratégicos de Europa como son Bruselas, Ginebra y Estrasburgo. Recientemente hemos sido informadas que ADIF representará a Polonia en el Grupo de alto nivel sobre no discriminación, igualdad y diversidad de la Comisión Europea. La fundación Valores y Sociedad, con su gemela internacional Political net Work for values, una organización estadounidense con oficinas en Europa. Family Watch internacional; C-fam y The World Youth Alliance (WYA) con sede también en España.

Estos grupos aparentemente pueden parecer independientes, pero el éxito de su funcionamiento es como sus agendas locales e internacionales están interconectadas. Esto es posible gracias al gran poder económico y político, con el que pueden ejercer una gran influencia en los foros internacionales y las agendas multilaterales, deteniendo cualquier acción que permita avanzar en materia de derechos sexuales y reproductivos. Se caracterizan por una gran profesionalización y el trabajo en redes transnacionales.



Todas ellas comparten un espacio estratégico global común: **El Congreso Mundial de las Familias** (International Organization for the Family, s.f.) en el que se juntan una vez al año para diseñar sus campañas globales que posteriormente implementarán de manera local. Su junta directiva está formada por miembros influyentes de EE.UU, Rusia, Italia, México y España: Ignacio Arsuaga, el fundador de CitizenGo y HazteOir, con fuertes vínculos con el partido de extrema derecha Vox, es uno de sus miembros.

En la Unión Europea, uno de estos grupos fundamentalistas destaca cada vez con más fuerza, con más poder y con una clara voluntad de expansiva hacia los países del Este de Europa: Ordo Iuris (2016), que ha contribuido notablemente, entre otras cosas, a la prohibición casi total del aborto en Polonia. Ordo Iuris realiza observaciones escritas ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. También emite opiniones formalmente al Secretario General del Consejo de Europa, al Comisionado de Derechos Humanos, a la Comisión de Asuntos Políticos y Democracia de la PACE, al Consejo de Derechos Humanos de la ONU, así como a las cortes supremas y tribunales constitucionales de numerosos países. como Brasil, Chile y Croacia. La

fundación está acreditada por el Parlamento Europeo (registrada con el n° 206499215012-94) y participa activamente en el proceso de toma de decisiones de las leyes. Además, Ordo Iuris tiene estatus consultivo del ECOSOC ante las Naciones Unidas. A raíz de la Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2020, sobre la prohibición de facto del derecho al aborto en Polonia (2020/2876 (RSP) (Parlamento Europeo, 2020) Ordo Iuris demandara a la Unión Europea ante el tribunal de Justicia de la UE.

Las antenas nacionales de la transnacional, llamada Tradición, Familia y Propiedad (TFP). TFP, un conjunto de organizaciones conservadoras e interrelacionadas de inspiración católica con origen en Brasil en 1960 y finalmente extendiéndose por todo el mundo. La TFP ha sido durante mucho tiempo un movimiento de insurrección dentro del catolicismo, con una forma distinta de trabajar al fusionar el conservadurismo social con el hiperliberalismo económico y un legado de complicidad con los movimientos de extrema derecha. Ahora es una red europea activa con posiciones contra los derechos sexuales y reproductivos entre sus prioridades. Como, por ejemplo, la propuesta de prohibición del aborto en Polonia, el bloqueo del apoyo a She Decides en Croacia y derogación de una ley de unión civil en Estonia (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, 24 de junio de 2020).

La conclusión es que la prohibición, criminalización, denegación, e incluso, como especifica la Recomendación general nº 35 del Comité de la CEDAW (Naciones Unidas, 1979): "***el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante*** ".

Desde una visión amplia de lo que significa el contenido de los derechos fundamentales y desde un enfoque feminista de las violencias machistas, entendemos, por lo tanto, que, el hostigamiento, acoso y violencia hacia las mujeres que deciden abortar por parte de los grupos fundamentalistas apostados en las puertas de las Clínicas supone tortura, trato cruel, degradante e inhumano y que éste forma parte de las violencias machistas que sufren las mujeres por el sólo hecho de serlo.

Si, en ningún caso, como estipula el Convenio del Consejo de Europa (2011) sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), se puede obligar a la mujer a denunciar la violencia machista sufrida para obtener derechos, tampoco debería en este caso recaer en la mujer la responsabilidad y obligación de interponer la denuncia porque, como hemos dicho, este acoso supone una forma de violencia machista. Corresponde, por lo tanto, a los titulares de obligaciones cumplir y garantizar el ejercicio los derechos humanos y es por tanto a ellos a los que compete a través de la legislación acabar con esa forma de violencia machista y con la impunidad que gozan los grupos fundamentalistas y anti-derechos. De lo contrario el Estado, sus instituciones y servidores públicos están cometiendo violencia institucional

2. Recurso de Inconstitucionalidad sobre Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo por la cual se legaliza el ejercicio del aborto en el Estado español impulsada por la entonces Ministra de Igualdad Bibiana Aido fue recurrida por 71 diputados del Partido Popular (PP) en junio de ese mismo año ante el Tribunal Constitucional (TC). El tribunal de garantías admitió a trámite el recurso y le confirió carácter prioritario a su tramitación y resolución.

El magistrado Andrés Ollero (Tribunal Constitucional de España, 2016) elegido magistrado del TC en el año 2010 por el congreso de los diputados y a petición del partido popular, miembro numerario del Opus Dei, diputado del Partido Popular durante 17 años, y conocido por sus escritos antiabortistas y anti-derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas LGTBIQ+ (Lázaro, 13 de agosto de 2012) fue designado como ponente de la futura sentencia en el recurso de inconstitucionalidad.

Años antes, concretamente en el año 1995, y siendo diputado por el partido popular, Andrés Ollero había votado en contra del Proyecto de Ley Orgánica sobre interrupción voluntaria del embarazo que había solicitado por el procedimiento de urgencia el gobierno de entonces[15]. El proyecto de Ley no salió adelante al ser paralizado por la mesa del senado en la que el PP tenía mayoría (Tribunal Constitucional de España, 2000).

El recurso de inconstitucionalidad del aborto impuesto por el Partido Popular lleva más de 10 años guardado en un cajón, siendo el recurso de inconstitucionalidad que más tiempo lleva sin resolverse en el Estado español.

Las razones de ello son diversas. En un principio y con la llegada al gobierno del partido popular, el TC decidió no pronunciarse al llevar el partido popular en su programa electoral la derogación de la ley del aborto. El TC entendía, entonces, que no debía inmiscuirse en un aspecto meramente político. Además, se sucedieron dos gobiernos del partido popular, uno de ellos con mayoría absoluta y la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo nunca fue retirada y el recurso tampoco. Eso sí, la ley fue modificada en el año 2015 para introducir en el código penal el consentimiento paterno para las mujeres menores de 18 años que decidiesen interrumpir de manera voluntaria su embarazo.

La segunda de las causas, la mayoría conservadora del TC no presentaba unanimidad ante este recurso y este hecho hizo que el ponente, el magistrado antiabortista Andrés Ollero decidiera no subirlo al pleno al entender que tenía muchas posibilidades de perder la votación.

Y así llegamos a enero del 2021, con un partido de extrema derecha presente en el Congreso español con 52 diputados, gobernando en coalición en algún parlamento autonómico y sosteniendo a diversos gobiernos municipales y autonómicos. Unido a esto, contamos con un

[15] Organizaciones feministas denuncian la injerencia de la Iglesia en los derechos sexuales y reproductivos (7 de julio de 2013)

Tribunal Constitucional que debería de haber sido renovado hace meses y cuya renovación se encuentra paralizada por el partido popular (Aunión, 16 de febrero de 2020). De hecho, el magistrado Andrés Ollero hace meses que debería de haber cesado en sus funciones al ser uno de los magistrados que acaba mandato al haber sido elegido por el Congreso de los Diputados.

Diversas cosas llaman la atención en este caso:

En primer lugar, la carencia absoluta de imparcialidad del magistrado Ollero hecho que debía haber impedido su nombramiento como magistrado del Tribunal Constitucional o, en una menor medida, debería, por lo menos, haber sido recusado como ponente del recurso de inconstitucionalidad.

El Estado español es signatario del Convenio Europeo de Derechos Humanos por el que los Estados firmantes deben comprobar la debida neutralidad ideológica de sus jueces. En caso contrario, se estaría violando el artículo 6.1 del Convenio, sobre el derecho a un tribunal independiente e imparcial pero la realidad es que el Tribunal Constitucional español es más un órgano político que judicial. El sistema de nombramiento de sus miembros así lo demuestra.

También es preocupante **la violación del derecho internacional en el que debe regir siempre el principio de no regresividad;** un principio que obliga a los Estados a no adoptar medidas que disminuyan el grado de disfrute de los derechos conquistados y adquiridos y el derecho al aborto, tal y como se establece en diversos tratados internacionales de derechos humanos vinculantes y que forman parte del ordenamiento jurídico español, es un derecho humano.

A día de hoy, en un contexto global de auge de los fundamentalismos, de los partidos de extrema derecha y fascistas y de gobiernos populistas que atacan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas LGTBIQ+ el recurso continua en el TC. El partido popular sigue bloqueando su renovación y este lleva más de dos años en funciones. El pasado mes de diciembre un grupo de diputados del partido popular hicieron entrega ante el Tribunal Constitucional un escrito de petición reclamando que dicte «ya» sentencia sobre el recurso de inconstitucionalidad contra dicha Ley presentado el 1 de junio de 2010.

Recientemente, hemos visto cómo en Polonia la prohibición del aborto por malformación fetal se lograba a través de sentencia del Tribunal Constitucional respondiendo a una querella presentada por un grupo de parlamentarios del partido político de extrema derecha Ley y Justicia (PiS).

Ante todo lo expuesto, es necesario preguntarnos si nos enfrentamos a un amenaza real de pérdida del derecho al aborto en el Estado español o por lo menos, deberíamos estar alerta.

3. Agresiones y judicialización a defensoras del derecho al aborto

La judicialización y agresiones a las defensoras de derechos sexuales y reproductivos es una de las formas más utilizada para eliminar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Las entidades se suelen enfrentar a investigaciones administrativas y las defensoras a investigaciones penales, relacionadas directamente con sus actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Todo esto, a pesar de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos que deben ser respetados, protegidos y garantizados por el Estado.

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.

La criminalización de las personas LGTBI + en el gobierno de Putin en Rusia. En Bulgaria, Polonia y Hungría con los ataques al Convenio de Estambul, principal instrumento europeo para la erradicación de las Violencias Machistas contra las mujeres. Del mismo modo ocurre en España con la entrada del partido de extrema a las instituciones como es el caso de Vox que ha comenzado a desplegar su agenda anti-derechos humanos contra las mujeres, las personas LGBTIQ+ y las personas migradas difundiendo su discurso de odio y discriminación desde las instituciones y los medios de comunicación de masas.
En concreto, lo que estos grupos fundamentalistas y partidos de extrema derecha llaman "la ideología de género" que pasa por los ataques contra: el derecho al aborto, la orientación sexual y la diversidad de género. La educación afectivo-sexual en las escuelas, contra las leyes para la erradicación de las violencias machistas, al matrimonio igualitario y la plena igualdad entre hombres y mujeres, etc.

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.

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.

Además, no se cuenta con instrumentos específicos globales de protección de los derechos humanos para las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos. En el año 2013, la Asamblea General de NNUU aprobó una resolución sobre los defensores de los derechos humanos, la resolución 68/181 (Naciones Unidas, 2014), en la que instó a los Estados a, entre otras cosas, proteger las defensoras de los derechos humanos, respetar y apoyar las sus actividades, condenar y prevenir las violaciones y abusos de sus derechos humanos.

El proyecto inicial contenía referencias importantes en las que se reconocían los riesgos particulares que enfrentan las personas que trabajan en temas de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Estas referencias fueron excluidas durante las discusiones, debido a la oposición expresada por varios países de África, Asia y la Santa Sede.

Otros procedimientos especiales como la Relatora especial de las Naciones Unidas en la esfera de los derechos culturales sí ha hecho mención específica sobre la importancia de las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos en sus informes. Así como la Relatora Especial sobre la situación de las y los defensores de los derechos humanos. Desde la presentación de su primer informe en 2001, Hina Gilani, recibió información relativa a la situación de las defensoras de los derechos humanos en todo el mundo. El tercer informe de Margaret Sekaggya, la Relatora Especial sobre la Situación de los Defensores de los Derechos Humanos, se centró exclusivamente en la condición en que se encuentran las defensoras y quienes trabajan por los derechos de las mujeres o las cuestiones de género.

En el año 2016 se aprueba la Resolución de la Asamblea General de la ONU sobre Protección de las Defensoras de los Derechos Humanos y las Personas Defensoras de los Derechos de la Mujer pero que sólo aplica a la región americana y del caribe (ONU Mujeres, 2016).

En el caso específico del Estado español, en los últimos años se han recrudecido los ataques a las defensoras incrementándose desde la entrada del partido de extrema derecha Vox en las instituciones utilizándolas para realizar ataques directos. En ese caso concreto la estrategia elegida es la eliminación de subvenciones y fondos públicos para las entidades defensoras de derechos sexuales y reproductivos como forma de que la población no pueda ejercer sus derechos emulando a Mexico City Policy (política de la Ciudad de México), también conocida como “Global Gag Rule” (ley mordaza global). Política gubernamental estadounidense que prohíbe dar financiación a las organizaciones no gubernamentales que realizan, promueven o simplemente mencionan el aborto como opción que retomo Donald Trump al llegar a la presidencia y que ha sido drogada por el nuevo presidente Joe Biden.

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.

El grupo fundamentalista Abogados Cristianos lleva años judicializando a las defensoras y a los colectivos feministas.

En el año 2018 denunció a una veintena de clínicas acreditadas para la IVE de varias comunidades autónomas acusándolas de "dar informaciones falsas en sus webs con el objetivo de incitar a las mujeres al aborto" porque "niegan públicamente las posibles secuelas" de

someterse a la intervención. la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid abrió expediente contra las clínicas por dar "información incorrecta".

Asimismo, demandaron a la histórica feminista y directora de la clínica Belladona Blanca Cañedo de la acusación de intromisión ilegítima en el honor a raíz de unas declaraciones sobre este grupo fundamentalista. Finalmente, fue absuelta.

La organización también denunció a las participantes de la "procesión del coño insumiso" celebrada en Sevilla en 2014 en una claro ejemplo de persecución política e ideológica". La Audiencia de Sevilla reabrió en marzo de 2017 la causa después de haber sido archivada en junio de 2016. Finalmente fueron absueltas en octubre del 2019.

Abogados Cristianos denunció también a las manifestantes de la procesión del chumino rebelde de Málaga y, en este caso, el titular del juzgado de lo penal 10 de Málaga concluyó que la marcha, celebrada el 8 de marzo del 2013 no tenía otro afán que el de ofender a los que profesan la fe cristiana condenando a una de las manifestantes.

A través de su campaña #RespetaMiFe han interpuesto denuncias contra la alcaldesa de Barcelona, Ada Colau. Han llevado a los tribunales a la concejal del Ayuntamiento de Madrid, Rita Maestre. Han ejercido de acusación particular en el juicio contra el colectivo feminista Femen por una manifestación en la catedral de la Almudena.

Otro ejemplo de persecución política es el de las 5 feministas de Palma de Mallorca que fueron condenadas a un año de cárcel por irrumpir en una misa acusadas del delito a la libertad religiosa. La Fiscalía reclamó un año y medio de prisión para cada una de ellas, mientras que la acusación particular, ejercida por el Obispado de Mallorca, elevaba su petición hasta los cuatro años de cárcel.

En el mes de junio de 2017 el Ministerio del Interior retiró la Declaración de Interés Público a la Federación Española de Planificación Familiar (FPFE), organización defensora de los derechos sexuales y reproductivos, como resultado de una petición de la Asociación de Abogados Cristianos apoyada por el exministro de interior Alberto Fernández (2). Después de este "éxito" fundamentalista, la asociación de Abogados Cristianos puso en marcha una nueva campaña digital de discurso de odio, de difamación y criminalización contra la Federación y todas sus organizaciones socias como es el caso de la Asociación de Planificación familiar de Cataluña y Baleares con el objetivo de bloquear las líneas de financiación y que no nos sea posible la continuidad de nuestro trabajo.

Como ejemplo, en el trabajo de incidencia política en Cataluña, la campaña lanzada por nuestra entidad y el Ayuntamiento de Barcelona: "El Aborto una opción y también un Derecho". En menos de 4 horas desde el lanzamiento de la campaña el correo de la alcaldía recibió más de 4.000 solicitudes exigiéndole la retirada inmediata de la campaña y el cese de la colaboración entre el Ayuntamiento y nuestra entidad.

Asimismo, la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares empezamos a sufrir ciberacoso en las redes sociales a raíz de la emisión del Programa de Barcelona Televisión que protagonizaba nuestra entidad: "OHMyGoig" dedicado a la educación sexual en la población joven de Barcelona. Los ataques fueron de especial intensidad después de la emisión del capítulo dedicado al Derecho al Aborto. Muchos de los ataques provenían del Centro Jurídico Tomás Moro una de las asociaciones más beligerantes contra los derechos del colectivo LGTBIQ y de las mujeres.

Con todo ello concluimos que las entidades y colectivos feministas defensoras de los derechos sexuales y reproductivos de todo el mundo llevan décadas sufriendo los ataques de los grupos fundamentalistas. Este hecho, se las ha marcado su agenda y las ha obligado a destinar los pocos recursos de los que disponen para protegerse, pero, a la vez, han sido capaces de generar conocimiento, análisis y estrategias para confrontarlos y continuar avanzando en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a nivel local y global.

Como destaca la Relatora especial de las Naciones Unidas en la esfera de los derechos culturales en su informe (Naciones Unidas, 2014):

- Las defensoras de los derechos humanos de las mujeres formamos parte de la solución a los fundamentalismos.
- Las defensoras de derechos humanos han sido líderes durante décadas en la confrontación de estos problemas, a menudo dando la alarma, antes que nadie, sobre las señales de advertencia de los fundamentalismos.
- Las defensoras de los derechos humanos, tenemos los conocimientos especializados y que tenemos que estar en todas las deliberaciones sobre políticas y programas relativos a la lucha contra el fundamentalismo.
- Hace un llamamiento para que las defensoras recibimos los recursos y la visibilidad que necesitamos.

Los Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de crisis económica, social y política como el que vivimos son los primeros derechos a ser atacados por los grupos fundamentalistas y partidos de extrema derecha como excusa para mantener el orden económico y social neoliberal. Para mantenernos individualizados, aislados y no construyendo en comunidad. Porque necesitan de la represión, opresión y el aislamiento de las personas para mantener su cultura de los privilegios.

Las agresiones a los derechos sexuales y reproductivos y a las defensoras de éstos forman parte de las Violencias machistas que sufren las mujeres, personas LGBIQ+ y resto de personas heterodisidentes. Violencia, en muchos, ejercida por los Estados de manera directa e indirecta. Hablamos de violencia institucional. Y, forma parte de las diversas violencias que surgen y perpetúan el sistema capitalista, como el racismo, la xenofobia, el odio a las personas heterodisidentes, el androcentrismo, el colonialismo, etc. Les situamos en un contexto de neoliberalismo austericida que cada vez más necesita de más personas excluidas del sistema y por lo tanto necesitará aumentar sus diversas violencias. La violencia sobre los cuerpos de las mujeres a través de la prohibición y criminalización de los derechos sexuales y reproductivos es una vía para mantener el sistema neoliberal austericida, es una vía para incrementar el número de excluidos y excluidas, es una manera de acumular la riqueza en manos de unos pocos privilegiados.

La historia del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos es una historia de lucha, de resistencia, de subversión y es sobre todo la historia para el ejercicio de la libertad y por la justicia social.

Y así lo saben los grupos fundamentalistas y partidos fascistas y de extrema derecha.

CUADRO DE CIERRE Y RECOMENDACIONES

BARRERAS VINCULADAS A LA LEGISLACIÓN	RECOMENDACIONES PARA ERRADICARLAS
Dificultades en el acceso a los servicios sanitarios públicos para abortar sin tarjeta sanitaria	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	Eliminar los 3 días de reflexión con la modificación de la LO 2/2010 (artículo 14) y del El 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	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	Mejorar la implementación y seguimiento de la regulación de la objeción de conciencia que incluye la LO 2/2010. Hay que abolir cualquier contrato o convenio público con centros sanitarios que tengan como mandato institucional objetar y no ofrecer el servicio a la demanda de aborto. Todas las instituciones involucradas en el aborto deben asegurar la disponibilidad de personas profesionales capacitadas, formadas y con la voluntad de asegurarlo. 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 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. 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

	con el fin de asegurar la uniformidad de los criterios esgrimidos y facilitar su regulación. 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. 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. 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	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* 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	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	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). Solamente debería penalizarse el aborto que es practicado contra la voluntad de la mujer.

BARRERAS VINCULADAS AL ACCESO A LA INFORMACIÓN	RECOMENDACIONES PARA ERRADICARLAS
Falta de campañas institucionales de información sobre el derecho al aborto	Diseño e implementación de 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	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	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	Generar materiales informativos y de sensibilización adaptados y de calidad, con enfoque de 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.	Protocolos consensuados para la información sobre el aborto des de cualquier servicio público. 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	Promover y apoyar institucionalmente espacios informativos especializados, rigurosos y que tengan un abordaje feminista y de derechos. 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	Las instituciones responsables están obligadas a rendir cuentas y ofrecer información de calidad y fiable. 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.

BARRERAS VINCULADAS LOS CIRCUITOS Y PLANIFICACIÓN SANITARIA	RECOMENDACIONES PARA ERRADICARLAS
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	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	Es necesario reformular los circuitos territoriales y trabajar para garantizar el acceso de las mujeres de forma equitativa en todo el territorio. 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. 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. 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, es un activo imprescindible para el sistema sanitario público. Garantizar que todas las provincias y regiones sanitarias del Estado cuentan 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	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. Planes de formación profesional continuada sobre los dos métodos y lo que cada uno de ellos implica para los equipos de los centros de salud de referencia. Incorporar la formación especializada en las carreras universitarias de medicina y ciencias de la Salud.

	Promover los equipos especializados en las regiones sanitarias que impulsen la consecución del relevo generacional imprescindible. 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	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 LOS ATAQUES FUNDAMENTALISTAS	RECOMENDACIONES PARA ERRADICARLAS
Agresiones en el espacio público y ante las clínicas especializadas tanto a mujeres como a profesionales que practican abortos	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. 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	Declaraciones y programas institucionales de protección y promoción de las defensoras de Derechos Sexuales y Reproductivos, en concreto el derecho al aborto. Apoyar institucional a las causas judicializadas de defensoras de derechos sexuales y reproductivos. Destinar 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. Eliminar 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.
Fundamentalismo ocupando los espacios de participación y decisión institucional, apropiándose del lenguaje y que incrementa sus recursos a través de alianzas internacionales	Generar y difundir la información sobre las redes fundamentalistas contra el derecho al aborto y sus vínculos locales e internacionales. Promover estrategias y alianzas de confrontación y aislamiento de los grupos y

	redes fundamentalistas contra los derechos fundamentales de las mujeres. Mapear representantes políticos, financieros, empresariales y agentes sociales que apoyan a grupos fundamentalistas en contra del aborto 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.

BIBLIOGRAFIA

40 días por la vida (s.f.) *Inicio* [Página de Facebook]. Facebook. Recuperado de 40 Días por la Vida Madrid - Inicio | Facebook

Aborto Sin Acoso (s.f.) Iniciativa social frente al hostigamiento anti derechos en los centros sanitarios de IVE. Recuperado de https://abortosinacoso.org/wp-content/uploads/2020/03/Iniciativa-social-frente-al-acoso-anti-derechos-febrero-2020.pdf

ACAI (s.f.) Posición de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE con respecto a los métodos de aborto provocado en las primeras semanas. Aborto Instrumental y farmacológico. Recuperado de Manifiesto | ACAI Tu asociación de clínicas (acaive.com)

ACAI (2014a) Estudio comparativo del método farmacológico e instrumental en la interrupción del embarazo. Percepción de las usuarias ante los métodos. Recuperado de ESTUDIO comparativo farmacolo´gico-instrumental (Hasta 7 semanas) 1 (acaive.com)

ACAI (2014b) Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres o tutores la interrupción de su embarazo. Recuperado de https://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf

ACAI (2018) Implementation of the abortion law. Spain's history and experience. Recuperado de https://www.acaive.com/implementation-of-the-abortion-law-spains-history-and-experience/publicaciones/

ACAI (2020) Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. Recuperado de ACAI - Asociación de Clínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (acaive.com)

ACAIVE (3 de marzo de 2016) Métodos seguros para interrumpir el embarazo ¿Instrumental o farmacológico? Youtube. Recuperado de Métodos seguros para interrumpir el embarazo: ¿instrumental o farmacológico? - YouTube

ACAIVE (2018) Estudio: Percepciones de las mujeres que interrumpen su embarazo frente al hostigamiento de los grupos anti derechos/anti elección en las puertas de los centros acreditados para la IVE. Recuperado de Estudio acoso anti-derechos-ACAI (acaive.com)

ACAIVE (24 de septiembre de 2019) #abortosinacoso. Youtube. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=zVdz9xr1hCE&feature=youtu.be

Ajuntament de Barcelona (2016) Avortament: Una opció i també un dret. Recuperado de campanya_informativa_avortament.pdf (barcelona.cat)

Ajuntament de Barcelona (2019) Avortar és un dret gratuït. Recuperado de http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb36c6b3af4016e7e77a17e05f8

Aldavert, S. (28 de mayo de 2020) La indefectible distopía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sobiranies. Recuperado de La indefectible distopía de los Derechos Sexuales y Reproductivos - Sobiranies.cat

Alonso, D. y Velasco, P. (10 de diciembre de 2018) Tres de cada 4 mujeres tienen que abortar en otra provincia. Diario de Burgos. Recuperado de Tres de cada 4 mujeres tienen que abortar en otra provincia | Noticias Diario de Burgos

Álvarez, P. (7 octubre 2020). Igualdad anuncia un cambio en la ley para que las jóvenes de 16 y 17 años puedan abortar sin consentimiento paterno. El País. Recuperado de https://elpais.com/sociedad/2020-10-07/igualdad-anuncia-un-cambio-en-la-ley-del-aborto-para-derogar-la-reforma-de-2015.html

Armuña, J. (9 de julio de 2010) Ceuta no cuenta con centros médicos acreditados para la práctica del aborto. El Faro de Ceuta. Recuperado de https://elfarodeceuta.es/ceuta-no-cuenta-con-centros-medicos-acreditados-para-la-practica-del-aborto/

Asociación Española de Abogados Cristianos (s.f.) StopSubvencionesAborto. Recuperado de StopSubvencionesAborto Archives - Abogados Cristianos

Aunión, J.A. (16 de febrero de 2020) El Consejo del Poder Judicial y otros cuatro órganos atascados entre la politización y el bloqueo. El País. Recuperado de Renovación de los Órganos de Gobierno | EL PAÍS (elpais.com)

Barambio S. (2003) Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones Aborto de segundo trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabero L. y cols. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo1. Madrid: Ed Med Pan P. 179-84

Barambio, S. (2017). Are women really free to choose how to have an abortion? X afin international conference reproductive politics, rights and desires.

Bique, C., Ustá, M., Debora, Chong, E., Westheimer, E., y Winikoff, B. (2007). Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *98*(3), 222-226. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729207002676

Blanch, J. (10 de noviembre de 2020) Aborto: un procedimiento regulado por ley. La Vanguardia. Recuperado de Aborto: un procedimiento regulado por ley (lavanguardia.com)

Bodelón, E. e Igareda, N. (2019) El estado de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos en Catalunya y su relación con las políticas públicas catalanas. Programa Agenda 2030 Feminista (Creación Positiva y L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius). Recuperado de Informe_Antigona_2030feminista_ES.pdf (uab.cat)

British Pregnancy Advisory Service (2020) Pills by post. Telemedical abortion at the British Pregnancy Advisory Service (BPAS). Recuperado de bpas-pills-by-post-service.pdf

Bryan, A. y Schwartz, J. (2018) Why Crisis Pregnancy Centers Are Legal but Unethical. *AMA J Ethics*;20(3):269-277. Recuperado de Why Crisis Pregnancy Centers Are Legal but Unethical | Journal of Ethics | American Medical Association (ama-assn.org)

Calderwood, C. (31 de marzo de 2020) Abortion – Covid-19 – Approval For Mifepristone To Be Taken At Home And Other Contingency Measures. Recuperado de Abortion: Covid-19: Approval for Mifepristone to be taken at home and other contingency measures (scot.nhs.uk)

Campos, C. (20 de setiembre de 2020) ¿Tenemos un derecho efectivo al aborto en Castilla y León? El Salto Diario. Recuperado de Derechos reproductivos | ¿Tenemos un derecho efectivo al aborto en Castilla y León? - El Salto - Edición General (elsaltodiario.com)

Cañas por España [@canasporespana]. (s.f.) *Publicaciones* [Perfil de Instagram]. Instagram. Recuperado de Cañas por España (@canasporespana) • Fotos y videos de Instagram

Carballar, O. (8 de abril de 2020) Sanidad deja la decisión sobre los trámites para abortar en manos de las CCAA. La Marea. Recuperado de Sanidad deja la decisión sobre los trámites para abortar en manos de las CCAA | lamarea.com

Citizen Go (2021) Junta Directiva. Recuperado de Junta Directiva | CitizenGO

Colectivo Harimaguada (2019) El aborto en canarias, legalidad y realidad.

Colell, E. (17 de enero de 2020) Menores sin permiso paterno para abortar compran pastillas en internet. El Periódico. Recuperado de Menores sin permiso paterno para abortar compran pastillas en internet (elperiodico.com)

Colell, E. y Sánchez, G. (9 de enero de 2020) La madre de 16 años del bebé arrojado al Besòs pidió ayuda para abortar. El Periódico. Recuperado de La madre del bebé arrojado al Besòs pidió ayuda para abortar (elperiodico.com)

Comité Consultivo de Bioética de Catalunya (2008). Informe sobre la Interrupción de la Gestación. Recuperado de http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/0/a1e4b9c1e7cbddefc125765c0045cc77/$FILE/Aborto.pdf

Condenada a 20 años de cárcel por tirar a su bebé recién nacido por la ventana (17 de octubre 2019). La Vanguardia. Recuperado de Condenada a 20 años de cárcel por tirar a su bebé recién nacido por la ventana (lavanguardia.com)

Connolly, J. (31 de marzo de 2020) Coronavirus: Home abortions approved during outbreak. BBC News. Recuperado de Coronavirus: Home abortions approved during outbreak - BBC News

Coordinadora Feminista (2007). Interrupción voluntaria del embarazo.El derecho de las mujeres a decidir. Recuperado de http://www.feministas.org/interrupcion-voluntaria-del.html

Council of Europe Commissioner for Human Rights (2015). Human rights and intersex people. Recuperado de https://rm.coe.int/16806da5d4

De Zordo, S. (2017). From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña. *Glob Public Heal An Int J Res Policy Pract*, pp. 1–13. Proyecto financiado por ERC (European Research Council-680004). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278744

De Zordo, S., Mishtal, J., Zanini, G., y Gerdts, C. (2020). Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *28*(1), 1818377.

Defensor del Pueblo (28 de noviembre de 2019) El Defensor del Pueblo formula nuevas recomendaciones para garantizar el derecho a la salud. Recuperado de Asistencia sanitaria universal | Defensor del Pueblo

Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (s.f.) Informe sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2017. Recuperado de IVE2012----------NOTAS (comunidad.madrid)

Doan, A. (2007). Opposition and Intimidation:The abortion wars and strategies of political harassment. University of Michigan. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/10.3998/mpub.110380

Dosier Documental del Institut Català de les Dones (s.f) Drets Sexuals i Reproductius. (En catalán). Recuperado de http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/cdoc_dossier_drets.pdf

Europe Abortion Access Project (2020) Access to abortion care in times of covid-19. Proyecto europeo de investigación BAR2L2GAB (680004). Universitat de Barcelona, European Research Council. Recuperado de https://europeabortionaccessproject.org/

European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (24 de junio de 2020) Modern-day Crusaders in Europe. Recuperado de Modern-day Crusaders in Europe. | EPF (epfweb.org)

Fernández, R. (28 de junio de 2020). Google. Datos estadísticos. Statista. Recuperado de Google - Datos estadísticos | Statista

García, T. (9 de julio de 2019). La sanidad universal de Sánchez deja fuera a embarazadas y niños que no lleven 90 días en España. El Salto Diario. Recuperado de https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/universal-sanchez-deja-fuera-embarazadas-ninos-menos-90-dias-espana?fbclid=IwAR1Xi7N3JiGnC3N0pG-F8LChBRseD2U4W7HN79XD6txRLo6sTJA_i1SXutQ

Generalitat de Catalunya (2011) Interrupció Voluntària de l'Embaràs. Recuperado de ive_informacio_nov11.pdf (gencat.cat)

Generalitat de Catalunya (2019) Estadística de la Interrupció Voluntaria de l'Embaràs a Catalunya, 2018. Recuperado de Microsoft Word - 20190917 INFORME IVE 2018.docx (gencat.cat)

Generalitat Valenciana (2018) Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Recuperado de (Microsoft Word - 9. SGGT - Salud P\372blica 2018.docx) (gva.es)

GIE – ACAI (2008) Acceso al aborto en el Estado español. Un mapa de inequidad. Recuperado de https://www.acaive.com/pdf/Acceso-al-aborto-en-Espana.pdf

Govern Illes Balears (s.f.) Evolución de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo a les Illes Balears. Recuperado de Epidemiología-Evolución de las IVE (caib.es)

Govern de les Illes Balears (2019) Interrupcions Voluntàries de l'embaràs (IVE). Informe Global, 2018. Recuperado de https://www.caib.es/sites/epidemiologia/es/evolucion_de_las_ive-9915/archivopub.do?ctrl=MCRST337ZI289241&id=289241

Government of Gibraltar (2020) Referendum on Abortion Postponed - 173/2020. Recuperado de Referendum on Abortion Postponed - 173/2020 (gibraltar.gov.gi)

Gobierno de España (20 de diciembre de 2018) María Luisa Carcedo anuncia la reactivación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y una encuesta de Salud Sexual. Recuperado de La Moncloa. 20/12/2018. María Luisa Carcedo anuncia la reactivación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y una encuesta de Salud Sexual [Prensa/Actualidad]

Gobierno Vasco (2020) Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2018. Recuperado de informe-ive-2018.pdf (euskadi.eus)

Grupo de Interés Español de Población, Desarrollo y Salud Reproductiva; Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (2008). Acceso al Aborto en el Estado español. Un mapa de inequidad. Recuperado de https://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0190.pdf

Hazte Oír (24 de septiembre de 2016) Proyecto Ambulancia Vida. [Youtube] Recuperado de Proyecto Ambulancia Vida - YouTube

INE (2019) Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Recuperado de Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo.(2853) (ine.es)

Institut Borja de Bioètica (2012). Consideracions sobre l'objecció de consciència. Recuperat de BD66cat.pdf (url.edu)

Instituto Guttmacher (27 de setiembre de 2017) En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Recuperado de En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año | Guttmacher Institute

International Organization for the Family (s.f.) World congress of families. Recuperado de IOF – International Organization for the Family (profam.org)

J.S. (29 de diciembre de 2012) La llei truncada de Federica Montseny. Diari ARA. Recuperado de La llei truncada de Federica Montseny (ara.cat)

Jacob, S., Schiffino, N. y Biard, B. (2018). The mystery shopper: a tool to measure public service delivery?. *International Review of Administrative Sciences*. 84. 164-184. 10.1177/0020852315618018.

Junta de Andalucía (s.f.) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de salud_5af958738263d_folleto_IVE_14102015.pdf (juntadeandalucia.es)

Junta de Andalucía (2018) Interrupción Voluntaria del Embarazo 2016. Recuperado de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/INFORME_IVE_2016_0.pdf

Junta de Castilla y León (2020) Evolución de las Interrupciones del Embarazo en Castilla y León. Recuperado de < 15 a (saludcastillayleon.es)

Kirchgaessner, S. (19 de agosto de 2019) Grupos antiabortistas utilizan Google para publicar anuncios engañosos y hacerse pasar por clínicas abortivas. El Diario.es. Recuperado de Grupos antiabortistas utilizan Google para publicar anuncios engañosos y hacerse pasar por clínicas abortivas (eldiario.es)

L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (s.f.) Campaña por el aborto universal en Catalunya. Recuperado de Campaña por el aborto universal en Catalunya (lassociacio.org)

L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2016) Nota de premsa: "Més del 80% de les dones enquestades no saben que avortar és gratuït". Recuperado de Nota-de-premsa"Més-del-80-de-les-dones-enquestades-no-saben-que-avortar-és-gratuït"-3-octubre-2016.pdf (centrejove.org)

L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020a) Abortar más allá de las 22 semanas de gestación. Recuperado de Más 22 | Preguntas Frecuentes (lassociacio.org)

L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020b) Posicionamiento sobre el Aborto. Recuperado de ABORTO (lassociacio.org)

L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020c) 28S Dia Internacional per la Despenalització de l'Avortament. Recuperado de 28S Dia Internacional per la Despenalització de l'Avortament (lassociacio.org)

L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2019a) Amenaces Fonamentalistes als DSIR. Recuperado de Fonamentalismes – Informe 2019 (lassociacio.org)

L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2019b) Avortament. Recuperado de Avortament – Informe 2019 (lassociacio.org)

Lázaro, I. (13 de agosto de 2012) Un magistrado antiabortista 'hereda' el recurso del aborto en el Constitucional. El País. Recuperado de Un magistrado antiabortista 'hereda' el recurso del aborto en el Constitucional | España | EL PAÍS (elpais.com)

López, N. (3 marzo 2020). Del delito al periodo de reflexión: abortar en España en los últimos 40 años. Newtral. Recuperado de https://www.newtral.es/del-delito-al-periodo-de-reflexion-abortar-en-espana-en-los-ultimos-40-anos/20200303/

López, N. (5 de julio de 2020) Derechos reproductivos en cuarentena: así ha afectado una pandemia mundial al acceso al aborto. Newtral. Recuperado de Así ha afectado la pandemia mundial del COVID-19 al acceso al aborto (newtral.es)

López, N. y Martín, A. (3 de marzo de 2020) Hasta 8 provincias españolas no han practicado abortos en 30 años. Newtral. Recuperado de Hasta 8 provincias españolas no han practicado abortos en 30 años | Newtral

Más del 80 % de las mujeres no saben que abortar es gratuito (4 de octubre de 2016) La Vanguardia. Recuperado de Más del 80 % de las mujeres no saben que abortar es gratuito (lavanguardia.com)

Ministerio de Sanidad (s.f.) Campañas. Recuperado de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Campañas - Campañas (mscbs.gob.es)

Ministerio de Sanidad (2018) Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2016. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs_anteriores/IVE_2016.pdf

Ministerio de Sanidad (2019) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos del 2018. Recuperado de

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2018.pdf

Ministerio de Sanidad (2020) Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2019. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2019.pdf

Ministerio de Sanidad (2021) Consulta pública previa del proyecto de modificación Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación de la interrupción del embarazo. Recuperado de Ficha_consulta_publica_modif_RD_interrupcion_voluntaria_embarazo_CCC_SGNORM.pdf (redaccionmedica.com)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (s.f.) Interoperabilidad plena de las tarjetas sanitarias. Recuperado de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Interoperabilidad plena de las tarjetas sanitarias (mscbs.gob.es)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de Estrategia SALUD SEXUAL_REPRODUCCION:MinSANIDAD_CONSUMO (mscbs.gob.es)

Morgan, M. (2017) Reproductive governance meets European abortion politics: The challenge of getting the gaze right. A Fragmented Landscape: Abortion Governance and Protest Logics in Europe. Editado por Silvia De Zordo, Joanna Mishtal, and Lorena Anton. Londres: Berghahn Books, 266-82.

Moss, D. A., Snyder, M. J., y Lu, L. (2015). Options for women with unintended pregnancy. *American family physician*, *91*(8), 544-549. Recuperado de https://www.aafp.org/afp/2015/0415/p544.html

Moure, S. A., & Cernadas, R. A. (2020). Perception of medical students in Galicia (Spain) regarding conscientious objection to the voluntary termination of pregnancy. *Gaceta sanitaria*, *34*(2), 150. DOI 10.1016/j.gaceta.2019.02.007.

MSI Reproductive Choices UK (2020) At home abortion pills – Telemedicine. Recuperado de Home Abortion Pills at MSI Reproductive Choices | MSI Reproductive Choices UK (msichoices.org.uk)

NARAL Pro-Choice Maryland (2020) What is a Crisis Pregnancy Center? Recuperado de What is a Crisis Pregnancy Center? - NARAL Pro-Choice Maryland (prochoicemd.org)

NHS Highland (2020) Early Medical Abortion at Home. Recuperado de Early Medical Abortion at Home (EMAH) (nhsh.scot)

Noticias ONU (27 de mayo de 2020) Autoridades en Estados Unidos manipulan la crisis del coronavirus para restringir el acceso al aborto, dicen expertos de la ONU. Recuperado de Autoridades en Estados Unidos manipulan la crisis del coronavirus para restringir el acceso al aborto, dicen expertos de la ONU | Noticias ONU

OMS (2012) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Recuperado de

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

OMS (2014) Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=9FE0E477888F817C6FE48A34C52C4707?sequence=1

OMS (2019a) Prevención del aborto peligroso. Recuperado de Prevención del aborto peligroso (who.int)

OMS (2019b) Tratamiento médico del aborto. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf

One of Us (s.f.). Members. Recuperado de Members - ONEOFUS

ONU Mujeres (2016) Resolución de la Asamblea General de la ONU sobre protección de las defensoras de los derechos humanos y las personas defensoras de los derechos de la mujer. Recuperado de RESOL-DE-LA-ASAMBLEA-GRAL-ONU_010616-MED_WEB_2.pdf (im-defensoras.org)

ONU (2020) COVID-19: A Gender Lens. Technical brief protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. Recuperado de COVID-19 Guidance Note-final layout (unfpa.org)

Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2000) Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Recuperado de carta-identidad.pdf (hsjd.org)

Ordo Iuris (2016) Why Ordo Iuris?. Recuperado de Who we are | Ordoiuris

Organizaciones feministas denuncian la injerencia de la Iglesia en los derechos sexuales y reproductivos (7 de julio de 2013). Ara Info. Diario Libre de Aragón. Recuperado de Organizaciones feministas denuncian la injerencia de la Iglesia en los derechos sexuales y reproductivos (arainfo.org)

Ostrach, B. (2012). "Yo No Sabía" –Immigrant Women‟s Use of National Health Systems for Reproductive and Abortion Care. J Immigrant Minority Health, 15, pp. 262-272. DOI 10.1007/s10903-012-9680-9

Parlamento Europeo (2020) Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2020, sobre la prohibición de facto del derecho al aborto en Polonia (2020/2876(RSP)). Recuperado de TA (europa.eu)

Pusterla, M. (19 de junio de 2018). Siete de cada diez ginecólogos en Italia se niegan a practicar abortos. El Salto Diario. Recuperado de Aborto | Siete de cada diez ginecólogos en Italia se niegan a practicar abortos - El Salto - Edición General (elsaltodiario.com)

Potts, M. y Campbell, M. (2009). History of Contraception. GLOWM: The Global Library of Women's Medicine. Recuperado de https://www.glowm.com/section_view/heading/history-of-contraception/item/375

Ramis, P.J. (3 de octubre de 2020) #28S COVID-19 y el derecho al aborto en España. Observatorio Violencia. Recuperado de #28S COVID-19 y el derecho al aborto en España - Observatorioviolencia.org

Redden, M. (4 de enero de 2013) New Republic: Fetal-Heartbeat Abortion Laws Are Dangerous Even If Judges Reject Them. Centre for Reproductive Rights. Recuperado de New Republic: Fetal-Heartbeat Abortion Laws Are Dangerous Even If Judges Reject Them | Center for Reproductive Rights

Reguero, P. (4 de octubre de 2018) Andorra mantiene el aborto en su Código Penal pero deriva a las mujeres a los países vecinos. El Salto Diario. Recuperado de Derechos reproductivos | Andorra mantiene el aborto en su Código Penal pero deriva a las mujeres a los países vecinos - El Salto - Edición General (elsaltodiario.com)

Reguero, P. (28 de abril de 2020) Varios países europeos adaptan sus protocolos para facilitar el aborto durante la crisis del covid-19. El Salto Diario. Recuperado de Aborto | Varios países europeos adaptan sus protocolos para facilitar el aborto durante la crisis del covid-19 - El Salto - Edición General (elsaltodiario.com)

Rigol, M. (27 de septiembre de 2016) El dret a l'avortament, assetjat en xarxa. La Directa. Recuperado de El dret a l'avortament, assetjat en xarxa - directa.cat

Rodríguez, A. (2019) El estado de la cuestión del aborto en Catalunya. Un análisis de las barreras de acceso desde la perspectiva feminista interseccional. Trabajo de Final de Máster, Universidad de Barcelona.

Rodríguez, S. (22 de enero de 2021) Sanidad potenciará el aborto con fármacos en las nueve primeras semanas de embarazo a través de la Atención Primaria. Infolibre. Recuperado de Sanidad potenciará el aborto con fármacos en las nueve primeras semanas de embarazo a través de la Atención Primaria (infolibre.es)

Serrano, J.R., López, E., Mari, J.M., Rey, M., Gutiérrez, J. y Lertxundi, R. (2015) Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Sociedad Española de Contracepción. Recuperado de http://hosting.sec.es/descargas/PS_IVE.pdf

Servei Català de la Salut (2017) Correcció d'errades al document adjunt a la Resolució 30 de setembre de 2016 del director del Servei Català de la Salut per la qual s'estableixen els requeriments i les actuacions que han de portar a terme les entitats proveïdores de serveis sanitaris per tal que el CatSalut es faci càrrec de l'atenció sanitària urgent. Recuperado de https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2016/resolucio-30-setembre-2016/correccio-errades-resolucio30setembre2016.pdf

Servei Català de la Salut (2020) Clíniques autoritzades i amb contracte amb el CatSalut per a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Recuperado de https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/I/interrupcio_voluntaria_embaras/documents/arxius/centres-IVE-CatSalut.pdf

Servicio Canario de Salud (s.f.) Informacion general sobre la Interrupcion Voluntaria del Embarazo (IVE). Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/4107513b-881a-11df-b998-6ff93f31e00f/InformacionGeneralIVE.pdf

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2005) Guía Práctica de Salud. Unidad 23: Organización y legislación sanitaria en España. Recuperado de Unidad 23 (semfyc.es)

Tamayo, G. (2001). Bajo la Piel. Derechos sexuales, Derechos reproductivos, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Recuperado de https://info.nodo50.org/IMG/pdf/giulia_tamayo.pdf

Tots els ginecòlegs de l'hospital Arnau, objectors respecte a practicar avortaments quirúrgics voluntaris. (25 de noviembre de 2020). Segre.com. Recuperado de Tots els ginecòlegs de l'hospital Arnau, objectors respecte a practicar avortaments quirúrgics voluntaris (segre.com)

Tribunal Constitucional de España (2016) Composición, organización y competencias. Recuperado de Perfil (tribunalconstitucional.es)

Un total de 45 dones han avortat amb el suport de la xarxa la Meri (10 de diciembre de 2019) Ara Diari. Recuperat de https://www.ara.ad/societat/total-avortat-suport-xarxa-meri_1_2609805.html

Valdés, I. (16 de noviembre de 2019) Una diputada de Vox hace ecografías a embarazadas en una furgoneta. El País. Recuperado de Gádor Joya: Una diputada de Vox hace ecografías a embarazadas en una furgoneta | Madrid | EL PAÍS (elpais.com)

Vidal, O. (10 de marzo de 2020) El aborto en el mundo. La Vanguardia. Recuperado de https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200310/474081293249/aborto-leyes-paises-infografia.html

Viure als Pirineus (9 de marzo de 2020) El Col·lectiu de Dones Feministes del Pallars exigeix al CatSalut poder avortar a l'Alt Pirineu. Recuperado de https://www.viurealspirineus.cat/articulo/societat/col-lectiu-dones-feministes-pallars-exigeix-catsalut-servei-davortament-lalt-pirineu/20200309131558017876.html

Vox pide obligar a las mujeres que quieran abortar a escuchar el latido del feto o ver una ecografía (17 de diciembre de 2019). Nius diario. Recuperado de Vox pide obligar a las mujeres que quieran abortar a escuchar el latido del feto o ver una ecografía (niusdiario.es)

Wingo, E., Ralph, L., Kaller, S., y Biggs, M. A. (2020). Abortion method preference among people presenting for abortion care. *Contraception.* Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782420304637

Xunta de Galicia (s.f.) Datos estadísticos. Recuperado de Datos estatísticos - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde (sergas.es)

Yo Sí Sanidad Universal (2019) Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre el "acceso universal al Sistema Nacional de Salud". Recuperado de informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf (yosisanidaduniversal.net)

Marco normativo

Organización de las Naciones Unidas (2016) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas. Recuperado de http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLC

uW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España. Recuperado de docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhssmw5jHDQuNBd%2bTWAIG8TlEDelpxL7bv3lxTh7eO3KMat7G7awOr90prB%2fK0IQCbN%2fKypVDW5n49bhmsxXKE5bnrStiTjarvBK01F3v3RBnyE1%2bgw0OfRJMDJ5V0oJWbbw%3d%3d

Consejo de Europa (2011) Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Boletín Oficial del Estado núm. 137, pp. 42946 a 42976. Recuperado de BOE.es - Documento BOE-A-2014-5947

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424.

Generalitat de Catalunya (2016) Resolución del director del CatSalut, 30 de septiembre de 2016. Recuperado de https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/resolucio-30-setembre-2016

Plataforma CEDAW Sombra España. (2017) Informe sombra seguimiento CEDAW. Recuperado de https://cedawsombraesp.files.wordpress.com/2017/08/informeseguimientocedaw_julio2017_esp3.pdf

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm. 102, páginas 15207 a 15224.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274, páginas 40126 a 40132.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado núm. 281, páginas 33987 a 34058.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, 4 de marzo de 2010, núm. 55, páginas 21001 a 21014.

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, de 22 de septiembre de 2015, núm. 227, páginas 83586 a 83587.

Naciones Unidas (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Recuperado de ACNUDH | Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ohchr.org)

Naciones Unidas (2014) Resolución aprobada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 2013. Recuperado de Microsoft Word - N1345034.doc (undocs.org)

Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Boletín Oficial del Estado, núm. 158, páginas 24219 a 24223.

Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Boletín Oficial del Estado núm. 129, páginas 44730 a 44766.

Real Decreto-ley 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. Boletín Oficial del Estado núm. núm. 155, páginas 56253 a 56258.

Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm. 155, páginas 56259 a 56264.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado núm. 98, páginas 31278 a 31312.

Real Decreto 410/2016, de 31 de octubre, por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2017-2020. Boletín Oficial del Estado, núm. 279, páginas 80830 a 80995.

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 183, páginas 76258 a 76264.

Tribunal Constitucional de España (2000) SENTENCIA 234/2000, de 3 de octubre. Boletín Oficial del Estado número 267. Recuperado de Sistema HJ - Resolución: SENTENCIA 234/2000 (tribunalconstitucional.es)