

ABORTO



L'ASSOCIACIÓ
DRETS SEXUALS
I REPRODUCTIUS

¿DE DÓNDE VENIMOS?	1
MEMORIA CERCANA	3
¿QUÉ ES UN ABORTO?	6
ABORTAR EN CATALUÑA	9
UN DRECHO GARANTIZADO	11
¿PATRIARCADO NEOLIBERAL O DERECHO AL ABORTO?	21
EL ABORTO SEGÚN L'ASSOCIACIÓ	26

Hablar de aborto no ha sido nunca una tarea neutra, y nunca lo será. La postura ideológica que cualquiera de nosotras transmitimos cuando nos atrevimos a comentar una noticia, un caso conocido o una película suele ser tenue, pero evidente. Nuestra voz y posicionamiento se amplifica indiscutiblemente cuando dejamos de hacerlo de forma individual, por ejemplo en una comida familiar, y lo compartimos en la calle y de forma colectiva. A pesar de todo, solemos situarnos en esta dicotomía que nos encadena al sí o al no, a favor o en contra, sin darnos la oportunidad de un recorrido argumental que nos permita pensar, reflexionar y decidir.

Supervivientes del mundo del pensamiento hegemónico, nos toca nadar contracorriente en la inmediatez de los titulares, la ciencia de los tuits y la realidad provocada por este océano de fakes que tienen como objetivo único perpetuar el supremacismo de los privilegiados. Un escenario imposible para consolidar una ideología vital encontrándose, con seguridad que, tanto de puertas afuera como hacia adentro, podrás defenderla, garantizarla y acompañarla de forma coherente. Un escenario amenazador para el derecho al aborto.

Desde L'Associació hemos decidido hacer el esfuerzo de escribir colectivamente este documento de posicionamiento. No cabe duda que estamos en el Sí, que estamos A FAVOR, pero hemos querido darnos la oportunidad de plasmar el PORQUÉ. Este es un documento escrito a muchas manos, a muchas voces, a infinidad de conocimientos y experiencias. Conscientes de que somos herederas de saberes milenarios y de antecesoras imprescindibles, hemos querido dedicarlo a ser un granito de arena con el que esperamos contribuir al recorrido y aspirar, también, a ser uno de los faros que podamos encontrar en el camino.

Así pues, en este documento leeréis posicionamiento, ideología, contundencia, indignación y, también, respeto, admiración, lucha y muchas propuestas transformadoras.

¿DE DÓNDE
VENIMOS?



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.¹ 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 en el sí del estado-nación moderno.² 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.

«La reivindicación del derecho al propio cuerpo ha sido central en las luchas feministas de todo el mundo».

Tal y como asevera Giulia Tamayo, 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 que es personal es político”.³

1. POTTS, Malcom; CAMPBELL, Martha. "History of Contraception". GLOWM: The Global Library of Women's Medicine, 2009.

2. E. DOAN, Alesha. *Opposition and Intimidation: The abortion wars and strategies of political harassment*. University of Michigan, 2007.

3. TAMAYO, Giulia. *Bajo la piel. Derechos Sexuales y Reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001.

MEMORIA CERCANA



En Cataluña, 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.⁴ **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 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, pero **desde 1976 en 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.⁵ 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. 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**

4. [La llei truncada de Federica Montseny](#). Diari Ara, 29-12-2013.

5. Dossier Documental de l'Institut Català de les Dones - Drets Sexuals i Reproductius: http://dones.gencat.cat/web/content/03_ambits/docs/cdoc_dossier_drets.pdf

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 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.

«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».

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.

Aún 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 Ruíz 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.

¿QUÉ ES UN
ABORTO?



El aborto es la interrupción de un embarazo, y se puede dar por causas naturales o a demanda.

Cuando es en este último caso, debemos posicionarnos como sujetos de derecho para decidir sobre nuestras vidas y cuerpos. Debemos tener presente que, aún tratándose de un tema estructural y social, las mujeres nos vemos obligadas a ejercerlo como un derecho individual aislado de la construcción colectiva.

También es importante tener presente que, abortar, supone un conjunto de situaciones donde se tienen que tomar decisiones y donde el impacto del estigma asociado que vive el aborto es uno de los obstáculos fundamentales que nos vemos obligadas a confrontar.

Desde 2010 está vigente en el Estado español la [Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo](#) que regula el acceso al aborto. Cabe destacar que se puede abortar en cualquier momento del embarazo, solo cambian las circunstancias bajo las cuales se puede acceder y que están tipificadas en la Ley.

«Debemos posicionarnos como sujetos de derecho para decidir sobre nuestras vidas y cuerpos».

Aunque no es la mejor ley y nos gustaría ir más allá para garantizar el derecho al aborto, cabe decir que supuso un gran avance social, incorporando algunas de las exigencias de los movimientos feministas:

1. **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.

2. **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.

3. **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.

Cabe destacar que se puede abortar en cualquier momento del embarazo, solo cambian las circunstancias bajo las cuales se puede ejercer y que están tipificadas en la Ley:

A. ***Durante las primeras 14 semanas de gestación, las mujeres podemos 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 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.

Son los controvertidos y mal llamados tres días de "reflexión", periodo que solo tiene un efecto disuasorio, paternalista, culpabilizador y que no responde a la lógica de situar a las mujeres como sujetos de derecho con capacidad de decidir. La Ley tiene que hacer malabarismos para no chocar con las sentencias del Tribunal Constitucional aunque, finalmente, queda de manifiesto que toda la normativa relacionada relega a las mujeres a

ciudadanas de segunda, a quien el estado obliga a repensarse una decisión. Esta es una cuestión que no se conoce en ninguna otra normativa que no sea la del aborto. Queda claro que el control de los cuerpos y la reproducción es determinante para los poderes hegemónicos.

B. De la semana 14 y hasta la semana 22 de gestación, las mujeres podemos acceder al aborto legal y gratuito a través del sistema sanitario y nos hace falta un informe que certifique situaciones de peligro para nuestra salud o malformaciones fetales. (Artículos 15 de la Ley).

Aunque se trata de una opción muy accesible es bastante desconocida y resitúa a las mujeres vinculadas a la voluntad de los profesionales que tienen que conocer la ley, interpretarla y hacer el informe correspondiente. La voluntad y decisión de las mujeres queda supeditada a toda una carrera de obstáculos que, dada la escasa voluntad política para la garantía del derecho al aborto, deja a muchas mujeres en situaciones difíciles de solucionar.

C. De la semana 22 en adelante las mujeres podemos acceder al aborto legal y gratuito a través del sistema sanitario necesitando la autorización de un comité clínico hospitalario que tendrá que valorar si se producen alteraciones fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave o incurable. (Artículos 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 comunidad autónoma. 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.

Y debemos recordar que, gracias a la modificación impulsada por el Partido Popular, **las menores de edad continúan teniendo su capacidad de decidir restringida** y, si quieren abortar, necesitarán autorización y presencia de uno de sus tutores legales. Así quedó la modificación de la [Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre](#).

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.

ABORTAR EN CATALUÑA



En Cataluña, el aborto se lleva a cabo a través de los servicios públicos de salud y este es un acceso seguro, confidencial y gratuito en la gran mayoría de los casos. El reconocimiento y la implicación de los equipos profesionales de las clínicas y de los servicios de atención primaria en este ámbito ha sido determinante para el avance y mejora de la garantía del derecho al aborto en nuestro territorio. Anualmente se realizan unas 20.000 interrupciones voluntarias de embarazo. Esto significa que es uno de los **procedimientos médicos más frecuentes en el sistema de salud catalán**. Paradójicamente, nunca se le ha dado la importancia y el reconocimiento que se merece considerando este hecho.

Según datos del informe de IVE de 2018, la tasa global de IVE por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años residentes en Cataluña fue de 13,1‰ en 2017. Esta tasa es superior a la de algunos países como Italia (6,2 en 2017), Finlandia (8,2 en 2017) y Escocia (11,8 en 2017); e inferior a las tasas de IVE de Francia (14,8 en 2017), Inglaterra y Gales (16,7 en 2017), Nueva Zelanda (13,7 en 2017) y Suecia (19,8 en 2017).

El entramado que configura el sistema de salud catalán sitúa el acceso al aborto dentro de una red formada por Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, como punto neurálgico desde donde se practican los abortos farmacológicos y/o se derivan los instrumentales a clínicas acreditadas o autorizadas y hospitales de referencia.

También se puede acceder al aborto por la vía privada y de pago en cualquiera de las clínicas acreditadas, sin embargo hay que tener claro que, para que esté cubierto por el sistema público, se tiene que iniciar el proceso en el ASSIR (Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva).

Los equipos profesionales de los servicios de salud tienen la obligación de acompañar a las mujeres en el proceso, ofrecerles toda la información y garantizar el derecho al aborto respetando su decisión y garantizando que no reciban un trato discriminatorio bajo ningún concepto.

En este proceso, en el que los equipos profesionales ofrecen toda la información, deben exponer la posibilidad de escoger entre el método farmacológico y el instrumental durante las 9 primeras semanas de gestación.

El aborto farmacológico es un tratamiento que se ofrece en los Centros de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) del sistema público sanitario (de manera gratuita) y, también, en las clínicas privadas acreditadas (ya sea de pago o de forma gratuita).

El aborto instrumental o quirúrgico puede realizarse en cualquier momento del embarazo, en las condiciones que indica la ley, y es el único método posible pasada la novena semana. Este tipo de aborto es un procedimiento de cirugía mayor ambulatoria que se lleva a cabo en un centro sanitario y no requiere ingreso, habitualmente. La técnica varía en función de las semanas de gestación.

Acompañar a las mujeres en esta elección es una responsabilidad por parte de la profesional, ya que debe garantizarles su opción de decisión, habiendo expuesto la información veraz y contrastada de los dos métodos y la adaptación a la realidad de cada caso y de cada persona.

¿UN
DERECHO
GARANTIZADO?



Damos por hecho que en Cataluña abortar es un derecho garantizado y hemos cerrado el debate, pero conocemos de primera mano como todavía se producen un gran número de vulneraciones de derechos y en numerosas ocasiones se ejerce violencia institucional sobre las mujeres embarazadas durante este proceso.

A pesar de los esfuerzos y avances conseguidos por profesionales y activistas que nos sitúan en uno de los territorios del mundo donde el aborto es más seguro para las mujeres, tenemos que saber que no hemos conseguido que se garantice su accesibilidad. El [primer informe de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius del 2019](#) expone una cadena de obstáculos que las mujeres tienen que superar para poder ejercer su derecho.⁶ Algunas de estas historias suponen una cartografía que debería obligarnos a poner este tema en la agenda política y social, porque el derecho al aborto y a la soberanía corporal de las mujeres sea plenamente garantizado en nuestro territorio.

Así pues, desde L'Associació, detectamos diariamente, con nuestro contacto directo con las mujeres, como **las barreras a superar están relacionadas con tres cuestiones claves: las restricciones que impone la ley, la interpretación frecuentemente conservadora de la misma ley y su implementación errática e ineficiente en los territorios**. Y, en todos los casos, la conclusión a la cual nos lleva evidencia que esta ley es producto y está al servicio de una estructura social basada en el patriarcado neoliberal.

1. Restricciones legislativas:

1.1 Abortar después de 3 días de reflexión. La

cotidianidad nos ha hecho normalizar restricciones recogidas en la ley, como esta. Siempre y cuando las mujeres abortaron durante las primeras 14 semanas de gestación a demanda y decisión propia estaremos sujetos a la disposición de información sobre ayudas a la maternidad y a la espera de 72h para continuar el procedimiento desde el momento en el que se ofrece esta información.

Esta operación de información y 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 la maternidad. **Entendemos que todas estas barreras disuasorias forman parte de una estructura normativa que fomenta la violencia institucional en el control de los cuerpos de las mujeres.**

Ante la confirmación de un embarazo, cualquier profesional centrada en el acompañamiento ya ofrece toda la información necesaria que ayuda a la persona atendida a tomar las decisiones que considere convenientes para su situación concreta. Pero esto no es lo que recoge la ley. El texto legal contempla la aportación de información una vez la mujer ya ha decidido interrumpir el embarazo y le obliga a las 72 horas de espera antes de proceder.

Por tanto, más allá de reproducir una jerarquía entre reproducción y aborto, se está menospreciando la autonomía de la mujer, imponiéndole **un periodo de reflexión obligatorio y absolutamente paternalista**. 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 agonía de la

6. Información de las denuncias i discussió por parte de L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius en el [Informe 2019 de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius](#).

persona que no lo desea. Queremos insistir en la idea de que se trata de un requisito que directamente ejerce violencia institucional sobre las mujeres.

1.2 Aborto a partir de las 22 semanas de gestación.

Las mujeres que solicitan un aborto más allá de las 22 semanas de gestación suponen un porcentaje reducido del total de abortos anuales, pero es cierto que son casos de la máxima complejidad. Muchas veces se encuentran enfrentadas al aborto por un embarazo deseado que ha tenido un diagnóstico fatídico 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 autorización para 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. Y, a veces, con veredictos 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.

«Todas estas barreras disuasorias forman parte de una estructura que fomenta la violencia institucional en el control de los cuerpos de las mujeres».

La mirada de los comités clínicos está muy alejada de la que se pide en la ley para garantizar el derecho y la voluntad de las mujeres, obligándolas

en los casos en que se dicte un veredicto negativo a viajar a otro país para poder abortar, siempre y cuando se tengan los recursos para hacerlo, evidentemente.

Aunque la interpretación de la ley por parte de los comités clínicos es primordial, cabe decir que la restricción que esta impone a partir de las 22 semanas de gestación no responde, en ningún momento, a la garantía del derecho de las mujeres a decidir. Parece más que está claramente enfocada a mantener el control moral e institucional de los cuerpos y la reproducción, sobre todo en las etapas finales del embarazo.

1.3 Abortar con 16 y 17 años.

Otra de las barreras fundamentales en el acceso al aborto surge a raíz de la última reforma legal de septiembre de 2015, que obliga a las menores embarazadas de 16 y 17 años a disponer de la autorización y presencia expresa de uno de los tutores legales para interrumpir el embarazo.

Este requisito, impuesto por la Ley Orgánica 11/2015, precariza las condiciones de vida de las jóvenes menores de edad que ante un embarazo no planificado deciden abortar.⁷ 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

7. [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.](#)

este obstáculo que las deja desprotegidas, solas y sin opción de ejercer su derecho a decidir. **Impone un embarazo y una maternidad/paternidad no planificada ni deseada o bien obliga a las jóvenes a acudir a la clandestinidad, poniendo en riesgo su vida.** Las mujeres, incluidas las adolescentes, con embarazos no deseados suelen recorrer al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro.⁸ 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 ya se puso de manifiesto que las chicas que no informaban a sus tutores legales suponían solo el 0,41% de los abortos y que las causas que alegaron iban desde el desamparo familiar hasta las violencias sexuales, entre otras.⁹

1.4 Abortar sin tarjeta sanitaria. 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. La ley que regula en el Estado español la asistencia sanitaria universal fue enormemente mutilada por los gobiernos más conservadores, **dejando fuera del acceso universal la salud de una gran parte de la población migrada.** En Cataluña, la Resolución del CatSalut (2016) regula la atención sanitaria urgente y estipula que las personas migradas empadronadas en el territorio tienen acceso a la cobertura sanitaria pública cuando se trate de atención urgente y que no haya una tercera persona que pueda abonar el importe.¹⁰

Además, establece como situaciones especiales las personas menores de edad y mujeres embarazadas, pero no especifica nada en relación al aborto y, por

tanto, queda a interpretación de cada profesional. Esto provoca grandes desigualdades, ya que algunas mujeres en esta situación han tenido que pagar el aborto, si es que se lo han podido permitir económicamente. Aunque el acceso a las tarjetas 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 la mayoría de personas que se encuentran en estas situaciones. **El sistema público de salud debe atender especialmente los casos de personas vulnerabilizadas para que el acceso al aborto no dependa de ninguna interpretación.**

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. Cabe destacar que el comité de la CEDAW (2015) también redactó un requerimiento al Estado español exigiendo que asegurase la cobertura sanitaria universal gratuita a las personas migradas.¹¹ A pesar de ello, a día de hoy no se está cumpliendo con la obligación de proteger los derechos humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos de todas las personas.

2. Interpretación conservadora de la ley:

Existen interpretaciones del texto legal libres y erróneas que sustentan el **objetivo patriarcal del control de los cuerpos y la restricción de los derechos de las personas que quieren abortar.** Cabe recordar que la ley establece que

8. Organización Mundial de la Salud. [Prevención del aborto peligroso](#), 2019.

9. ACAI. [MUJERES 16 Y 17 AÑOS QUE NO HAN PODIDO COMUNICAR A SUS PADRES LA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO. INVESTIGACIÓN- ACAI \(julio 2010-octubre 2011\)](#). Noviembre de 2011.

10. [Resolució del CatSalut per l'atenció sanitària urgent](#), septiembre 2016.

11. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). [Observaciones finales sobre los informes periódicos](#).

las condiciones bajo las cuales se rige el aborto y expone claramente que “se interpretarán de la forma más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y la no discriminación” (Art.12).

2.1 **Qué entendemos por gestación.** El acceso al aborto legal está regulado con una ley que marca los términos según las semanas de gestación. En la práctica diaria se suele contabilizar a partir de la última regla, es decir entre 2 y 3 semanas antes del inicio real de la gestación.

Consiguientemente, es imprescindible que retomemos el consenso sobre la definición de la gestación, avalado científicamente por todos los acuerdos internacionales. En la elaboración de la Ley 2/2010 se partió de este acuerdo científico atendiendo a que la gestación empieza con la implantación del óvulo en el endometrio, y no con la fecha de la regla (que es anterior). Con esta interpretación reconocida se llega al escenario para las mujeres y profesionales durante 2 o 3 semanas más de acceso al aborto de lo que se está practicando hoy de forma habitual.

Actualmente, **se está haciendo una interpretación excesivamente restrictiva y basada en el miedo, el desconocimiento y la moral conservadora.**

Equiparar amenorrea y gestación es una decisión contraria a los consensos científicos y con un impacto negativo importante en la garantía del acceso de las mujeres al aborto restringido, aún más, sus derechos.¹²

2.2 Carencias en educación sexual y acceso a la anticoncepción.

La Ley 2/2010, no se diseñó solo para regular el aborto, aunque eso es lo que ha podido parecer posteriormente. Su nombre ya indicaba que quería ir más allá: Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Es decir, que tanto la educación sexual como el acceso a la anticoncepción tienen en ella un espacio importante.

Ya se expone en el Capítulo III: Artículo 9. *Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.* Y, también, en la Disposición adicional tercera. *Acceso a métodos anticonceptivos. El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.*

Resulta evidente que estos mandatos del texto se han obviado. Y también es evidente que, a pesar de que el aborto tiene que seguir siendo un derecho reconocido y accesible, garantizar las medidas de prevención y autocuidado, como son la educación sexual y el acceso universal a la anticoncepción forma parte de las obligaciones institucionales.

3. Implementación ineficiente y errática de la ley:

3.1 Información sobre el aborto. La información comprensible, adaptada, veraz y completa es una de las necesidades imprescindibles para conseguir la

12. INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA. *Bioètica y debate. Aspectos mèdicos y quirùrgics del abort.* <https://www.iborjabioetica.url.edu/sites/default/files/2019-07/bioetica51cat.pdf>

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 implementación de la ley ineficiente y, aún más, un seguimiento de esta inexistente.

Los resultados del [sondeo que realizamos en 2016](#) 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 los menores de 18 años.**

La vulneración de esta dimensión del derecho puede llegar a provocar situaciones muy complicadas que, muchas veces, tienen que acabar resolviendo por su cuenta, sufriendo la estigmatización por este motivo. Por tanto, se debe garantizar el derecho a la información sobre el aborto como un eje fundamental de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y es 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. 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.

En la información sobre el aborto, no solo hay que hacer énfasis en aquella que las mujeres recibimos

individualmente por parte de las profesionales cuando queremos 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 nuestros 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.**

«El 80% de las mujeres no saben que abortar es gratuito y un 50% de las mujeres de menos de 30 años no saben que pueden abortar por decisión propia».

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 el que publica el [Departament de Salut de Catalunya](#) 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 al aborto** que nos permitan mejorar la garantía y el acceso a este derecho en nuestro territorio.

3.2 Objeción de conciencia en el aborto. 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.

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 Ley 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”.**

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.¹³

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 y, por tanto, no se garantiza el derecho al aborto a las mujeres.¹⁴ **El uso actual**

13. [Recomanacions sobre l'objecció de consciència en l'avortament](#). Barcelona: Departament de Salut; 2010.

14. [Siete de cada diez ginecólogos en Italia se niegan a practicar abortos](#). El Salto, 19-06-2018.

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.

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 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 sería más veraz y fiable en forma de entrevista que por escrito.¹⁵

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.¹⁶ Además, la supuesta protección de la confidencialidad del profesional objetor es una de las razones por las cuales el Servicio Catalán de Salud no puede compensar la desigualdad y disparidad territorial, alegando que

por cuestiones de protección de datos no se tiene su conocimiento. **Paradójicamente, la población sí que sabe de su existencia cuando tantas mujeres reciben la negativa en determinados centros, poniendo en marcha campañas de movilización pública ante estos impedimentos.**

Con este desconocimiento de la Administración resulta imposible garantizar el acceso al derecho del aborto sin desigualdades, ni con una atención de calidad.

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, **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,**

15. [Consideracions sobre l'objecció de consciència](#), Institut Borja de Bioètica, 2012.

16. [L'objecció de consciència coarta el dret a l'avortament a Catalunya](#). Públic, 24-08-2020.

por tanto, reciben una financiación por una cartera de servicios públicos que no cumplen y actúan como objetores sin poderse emparar en este derecho ya que, como se ha reiterado, es un derecho exclusivamente individual. Con todo, lo que es todavía más incomprensible e inadmisibles, es que en casos como el de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu, 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”.¹⁷ **¿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?**

3.3 Inequidades de acceso territoriales. Se considera que la actual distribución territorial de los dispositivos de atención sanitaria y las desigualdades derivadas vulneran el derecho de acceso al aborto, ya que **no se puede garantizar la disponibilidad de todas las técnicas, independientemente de la zona donde se resida y, por tanto, las mujeres no pueden escoger de facto.** Además, cuando las mujeres necesitan un aborto instrumental y tienen que desplazarse, en la mayoría de los casos tienen que asumir los costes de este desplazamiento, los económicos y los que no lo son. Las desigualdades territoriales son una de las

grandes barreras que dificultan el acceso al aborto en Cataluña. Para entenderlas, se pueden consultar los últimos datos [estadísticos proporcionados por la Generalitat de Catalunya \(2019\)](#). Actualmente, el sistema de atención a la IVE en Cataluña se divide en dos tipos de centros: centros extrahospitalarios, conformados por clínicas acreditadas, ASSIR y, en algunas ocasiones, unidades asistenciales; y centros hospitalarios. Consultando la distribución de IVE según el tipo de centro y de método, se observan diferentes fenómenos.

En primer lugar, la gran mayoría de intervenciones se realizan en centros extrahospitalarios, principalmente en ASSIR y clínicas especializadas autorizadas y contratadas por el Departamento de Salud. Por tanto, la práctica de la IVE en los centros hospitalarios es menos frecuente. En segundo lugar, consultando los diferentes tipos de métodos, se constata que el más utilizado es la técnica instrumental de dilatación y aspiración (48,6%), practicada la gran mayoría de veces en las clínicas acreditadas. El siguiente método más utilizado es el farmacológico combinado (43,4%), usado sobre todo en los centros ASSIR.

Teniendo en cuenta la distribución territorial, **se constata que actualmente en Cataluña existen inequidades territoriales porque hay regiones sanitarias donde no se dispone de clínicas acreditadas ni las técnicas instrumentales son completamente accesibles para las mujeres residentes en la zona.** Concretamente, estas zonas son Lleida, Terres de l'Ebre y Catalunya Central. La presente distribución de centros y métodos provoca que las mujeres tengan que desplazarse a la clínica acreditada más cercana por el método instrumental

17. [Carta d'Identitat de l'Ordre Hospitalària de Sant Joan de Déu](#), redacción 2002, última revisión: 2012.

o que interrumpan el embarazo mediante el método farmacológico en el ASSIR acreditado más cercano que lo haga, ya que no todos lo hacen. Esto, junto con la objeción de conciencia, provoca que las mujeres no puedan escoger libremente el método y que se incrementen las dificultades según el territorio donde vivan.

Hay que destacar que estas desigualdades están provocadas por diferentes factores: la centralidad del sistema sanitario, la falta de personas profesionales formadas y capacitadas en todas las técnicas, la poca voluntad en la mejora del acceso al aborto, la ausencia del aborto en el currículum de las carreras sociomédicas, la objeción de conciencia, el estigma que todavía rodea al aborto, también para quien lo practica, etc. **En 2018, según los datos de la Generalitat de Catalunya (2019), un total de 482 mujeres tuvieron que desplazarse en el territorio para abortar.**

«La actual distribución territorial, la objeción de conciencia y las desigualdades derivadas vulneran el derecho de acceso al aborto».

3.4 Falta de reconocimiento profesional de la práctica del aborto. La implementación de una ley tan compleja supone realmente un reto ante la estructura actual de los servicios sanitarios en Cataluña. Tal y como comentábamos, **la actual distribución territorial, la objeción de conciencia y las desigualdades derivadas vulneran el derecho de acceso al aborto**, ya que no se puede garantizar

la disponibilidad de todas las técnicas y servicios, independientemente de la zona donde se resida y, por tanto, las mujeres no pueden escoger.

El estigma que acompaña el aborto, debido a la criminalización patriarcal del procedimiento, se reproduce en el sí de la estructura y profesión sanitaria. Somos conocedores de que hay facultades donde ni tan siquiera se enseña y en el ejercicio profesional es una actividad que no cuenta con ningún tipo de reconocimiento ni prestigio. En conjunto, estos elementos contribuyen a la falta de progreso científico 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. **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.**

¿PATRIARCADO
NEOLIBERAL O
DERECHO AL
ABORTO?



Ya planteábamos en el inicio, cuando había que responder si este derecho estaba plenamente garantizado en Cataluña, que todas estas cuestiones restrictivas, interpretativas o implementadoras de la ley no eran más que el **resultados de un sistema patriarcal al servicio del neoliberalismo conservador, que necesita del control de los cuerpos de las mujeres y personas heterodisidentes para sobrevivir**. Más allá de la ley hablamos de:

1. La impunidad de las agresiones antiabortistas y fundamentalistas

Asistimos en los últimos años a un auge de los grupos fundamentalistas religiosos, políticos y económicos en todo el mundo. Estos grupos intentan, a través de la implementación de diversas estrategias, conseguir el retroceso de los derechos humanos de las personas y el bloqueo de espacios en la sociedad civil para mantener el poder económico, el sistema neoliberal y lo que estos grupos llaman el orden natural.¹⁸

Los grupos fundamentalistas anti-derechos sexuales y reproductivos basan su discurso en la resistencia a la “ideología de género” exaltando la protección de la dignidad humana, la vida, la familia tradicional y la libertad religiosa. La “ideología de género” es el concepto utilizado por estos grupos para hacer frente a los progresos de las mujeres y personas LGTBI+, ya que la garantía real y el ejercicio pleno de estos derechos es la principal amenaza contra el orden natural de las sociedades que lo defienden desde su planteamiento tradicional y ultraconservador.

En el caso del aborto, no solo nos encontramos con las negativas institucionales que pueden enmarcarse en los mismos planteamientos, sino también con un programa completo y específico del entramado de organizaciones fundamentalistas que consiste en: prohibir contratos con organizaciones que realicen abortos; prohibir el aborto en todas las jurisdicciones, incluida la legislación internacional; fomentar los derechos progenitores, períodos de espera y estándares de higiene restrictivos, e introducir asesoramiento antiabortista en las demandas de aborto, con financiación de fondos públicos.

La misión de los espacios antiabortistas y fundamentalistas se despliega en todos los ámbitos de acción política, tanto locales y nacionales, como internacionales. Con diferentes metodologías, debemos destacar la acción directa contra las mujeres y personas gestantes que quieren interrumpir el embarazo, una acción que disfruta de una permisividad y impunidad total. **Bajo discursos que hipócritamente declaran defender la vida, se han dedicado a asediar las clínicas donde se realizan interrupciones voluntarias del embarazo y a las mujeres que acuden a ellas.**¹⁹

Una vez tomada la decisión de abortar, muchas mujeres y personas gestantes se topan con los diferentes obstáculos descritos, períodos de espera obligados, trabas burocráticas, desorganización y falta de recursos del sistema público, profesionales objetores... Desde 2010, para más de 8.000 mujeres, como mínimo, en el Estado español, a todos estos elementos se les ha añadido el asedio y presión de los grupos antiabortistas ante las clínicas.²⁰ Coacciones, informaciones falsas sobre el procedimiento,

18. Datta Neil, [Restaurar el Orden Natural](#). Forum Parliamentary European, 2018.

19. *Grups cristians encerclen les clíniques ginecològiques*. A [Setge antiavortista](#), Directa, número 415, 2016.

20. [Más de 8.000 mujeres han sufrido acoso cuando iban a someterse a un aborto desde 2010](#). El Salto, 24-09-2019.

invasión de su privacidad e intimidad, etc. **Todo ello con un discurso paternalista que las infantiliza y las compadece o las acusa de asesinato, tal y como hacen con los equipos profesionales, diana de insultos y amenazas.**

Las prácticas de las rescatadoras disfrutaban generalmente de una impunidad total, a pesar del daño evidente que suponen, motivo por el cual la plataforma pro-derechos #AbortoSinAcoso solicitó en 2019 la incorporación de estas acciones en el código penal, porque se trata de violencia, de agresiones contra los derechos de las mujeres y de las personas gestantes.

2. Violencias machistas, violencia estructural

Supeditar la voluntad de cualquier persona, sus decisiones, a la función que le otorga una determinada ideología o marco cultural es violencia.

Cuestionar la decisión de abortar de cualquier mujer o persona gestante, independientemente de cuáles sean los motivos, porque se prioriza la supervivencia de un embrión previo a su estado de salud integral, o porque se menoscaba la legitimidad de sus opiniones, capacidades o intereses, es violencia machista.

«Cuestionar la decisión de abortar de cualquier mujer porque se menoscaba la legitimidad de sus opiniones, capacidades o intereses, es violencia machista».

Es violencia machista porque todas estas acciones o imaginarios se emparan en un marco sociocultural heteropatriarcal por el cual cualquier persona con capacidad de gestar es mujer, tiene el deber de hacerlo, y una “vocación natural” para la maternidad. Un marco que al mismo tiempo que designa funciones, también designa un determinado valor social: la mujer como cuidadora del bienestar de los otros, que lo prioriza sobre sus deseos y necesidades: vulnerable, acompañante y animadora, falta de autonomía...

La garantía total del derecho al aborto pasa por la erradicación de cualquier tipo de violencia machista.

La violencia machista institucional de legisladores, servicios públicos y profesionales de la atención a la salud que obstaculizan o niegan el ejercicio de este derecho, dificulta el acceso a la información, hecho que reproduce y enriquece el estigma; y pervierte la objeción de conciencia, acepta negativas institucionales de centros financiados por el sistema público y obvia la formación sobre técnicas y procedimientos de interrupción del embarazo en las diferentes facultades de medicina y de enfermería; y un largo etcétera que se corresponde al recorrido de gran parte de este documento.²¹

Las restricciones y limitaciones al aborto continúan legitimando las violencias machistas en toda su amplitud, invisibilizando embarazos producto de violencias sexuales en cualquier marco de relación en el cual este se haya producido; culpabilizando a las mujeres por el embarazo y, al mismo tiempo, desproveyéndolas de su sujeto de derecho coartando su capacidad de decidir. Y también la violencia machista

21. En la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, México, el artículo 18 define la violencia institucional como: "Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. [Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, México, 2007.](#)

dentro de la dimensión relacional, las acciones de violencia directa, tanto sexual, como física y/o psicológica que coartan el derecho al aborto a través de la imposición de una voluntad ajena, o de la discriminación, maltrato y rechazo por decidir abortar y/o haberlo hecho.

La violencia machista perpetrada por toda la diversidad de agentes que proclaman la prioridad de mantener una gestación por encima del deseo reproductivo de la mujer o persona gestante. Idearios, que aunque reformados, continúan existiendo en muchos ámbitos de nuestra sociedad, **enriqueciendo el estigma del aborto y provocando el sufrimiento en forma de vergüenza o culpabilidad de las personas que deciden acceder a una interrupción voluntaria del embarazo**. Es decir, el estigma para abortar es violencia machista.

Recordemos la [Recomanación 35 de CEDAW, concretamente el punto 18](#): “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 maltrato de las mujeres y de 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”.²²

22. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). [Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19](#). 2017, 7p.

EL ABORTO SEGÚN L'ASSOCIACIÓ



Sujetos de derechos y soberanías

Un marco legislativo no restrictivo con la interrupción voluntaria del embarazo es, sin duda, una cuestión de salud pública. Se ha demostrado anteriormente 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. Criminalizar 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 impredecible, pero es también una cuestión de mínimos.

Desde L'Associació consideramos que la defensa del aborto no se puede basar solo en el hecho que su criminalización sea sinónimo de riesgo para la vida de la persona embarazada, sino que se debe considerar un derecho fundamental.²³

Como feministas y defensoras de los Derechos Sexuales y Reproductivos entendemos que la vida es mucho más que la supervivencia en términos biológicos, que la vida es dignidad, reconocimiento y comunidad. Las sexualidades y la reproducción son dimensiones inherentes a nuestra existencia y, como

tales, han de poder ser vividas desde el deseo y la voluntad, liberadas de cualquier forma de violencia, ya sea relacional, institucional o estructural. El ejercicio voluntario del aborto es inseparable de los Derechos Sexuales y Reproductivos, del derecho a la vida, a la integridad corporal, a la planificación familiar y a la salud.

A su vez, partimos del reconocimiento que el sistema económico neoliberal y patriarcal necesita de la desigualdad, discriminación y violencias contra las mujeres y personas heterodisidentes, pueblos indígenas, personas racializadas y de la criminalización de la pobreza para mantenerse y perpetuarse. El control de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres es uno de los elementos originarios del capitalismo y que permite su supervivencia. En el sistema capitalista es evidente la interrelación entre la violencia, el patriarcado y el neoliberalismo y, donde la violencia contra las mujeres es un mecanismo histórico de control social. La discriminación es el elemento clave para mantener los intereses políticos y económicos de los grupos que mantienen el poder.

«El ejercicio voluntario del aborto es inseparable de los Derechos Sexuales y Reproductivos, del derecho a la vida, a la integridad corporal, a la planificación familiar y a la salud».

Por todo ello, desde **L'Associació entendemos que la transformación del sistema económico y**

23. MORGAN, Lynn M. *Reproductive governance meets European abortion politics: The challenge of getting the gaze right. A Fragmented Landscape: Abortion Governance and Protest Logics in Europe*. Silvia De Zordo, Joanna Mishtal, and Lorena Anton, eds. London: Berghahn Books, 2017.

social es indispensable para garantizar el control de nuestros cuerpos y de nuestras sexualidades.

Y, por tanto, creemos que necesitamos una nueva propuesta social, económica, cultural y política que subvierta la actual en la que incorporamos y compartimos la defensa de la soberanía corporal que llevan a cabo las compañeras y referentes del feminismo comunitario latinoamericano. La soberanía corporal señala la acción sinérgica del colonialismo, el neoliberalismo y el heteropatriarcado en el sometimiento de los cuerpos de las mujeres y de las personas heterodisidentes en pro de la producción y la reproducción social.²⁴ Así pues, reivindicamos la liberación de los cuerpos, las sexualidades y el rechazo de cualquier orden político-económico basado en su control.

El aborto, pues, debe de ser reconocido como un derecho fundamental de las mujeres y las personas que pueden quedarse embarazadas.

Cualquier tipo de penalización, criminalización o restricción no supone otra cosa que una expresión cruel de violencia machista institucional que nos subordina al imperativo reproductivo, una imposición sobre nuestros cuerpos y vidas que nos niega como sujetos de derechos y como colectivo soberano.²⁵

Universalidad y inalienabilidad: ni exclusiones ni desigualdades

Cuando hablamos de derechos partimos de la premisa que un derecho, eso que es debido a toda persona, ha de basarse siempre en el principio de universalidad. Cualquier desigualdad o exclusión supone, sin ningún género de dudas, una grave vulneración.

Para el ejercicio del derecho al propio cuerpo es imprescindible garantizar el acceso a la atención sanitaria.

En Catalunya, en estos momentos, la atención sanitaria se supone universal pero requiere de la obtención de la tarjeta sanitaria vinculada al empadronamiento. Sin embargo se reconocen ciertas consultas de carácter urgente que serán atendidas independientemente de estos criterios, aunque esta regulación es altamente ambigua y permite que sea la interpretación de cada centro la que rija la decisión de atender o no dichos casos, lo cual genera un alto nivel de desconcierto y desinformación en la población usuaria. Estos requisitos, en la práctica, suponen un riesgo de exclusión evidente y reproducen las dinámicas discriminatorias y el racismo estructural al cual están sometidas las personas migradas, lo que se traduce en una vulneración reiterada de sus derechos fundamentales.

Es imprescindible comprender el **abordaje de la salud desde la garantía de un derecho fundamental y es necesario que se establezcan las condiciones para una salud sanitaria universal, de calidad, y sostenible sobre la base de una gestión eficiente, eficaz y transparente.** La falta de acceso a la asistencia sanitaria de la población migrada y refugiada es racismo institucional. Es imprescindible que los sistemas de salud superen las barreras culturales y lingüísticas y se realice un abordaje multidisciplinar intercultural.

Los saberes y las prácticas expertas al servicio de las personas: por un modelo dialógico de la salud

Nuestro recorrido nos lleva a reconocer

24. SEGATO, Rita Laura. *El Sexo y la Norma: Frente Estatal, Patriarcado, Desposesión, Colonidad*. Revista Estudios Feministas 22(2):593-616, 2014.

25. SMYTH, Lisa. *Feminism and Abortion Politics: Choice, Rights, and Reproductive Freedom*. Women's Studies International Forum 25(3):335-345, 2014.

explícitamente el trabajo de todos los sistemas, entidades, profesionales y asociaciones que, en todo el mundo, trabajan para garantizar el derecho al aborto y acompañar a las mujeres y personas gestantes a lo largo de este proceso. La existencia de estos espacios, a menudo, desafía jurisdicciones y códigos penales que persiguen el derecho al aborto y es gracias a su presencia, que muchas personas pueden acceder a la información de calidad, a fármacos y a un apoyo que el sistema niega, reduciendo los riesgos que la clandestinidad comporta.

Hace más de treinta años que a L'Associació nos llegan demandas, denuncias y situaciones de todo tipo en relación al aborto, de aquí y de todo el mundo. Desgraciadamente, gran parte de estos casos narran experiencias muy duras por la persecución y clandestinidad, vivencias desagradables en el marco de la atención sanitaria, del trato y comentarios de desprecio de profesionales, juicios de todo tipo, malas praxis, etc.

Por este motivo invertimos tantos esfuerzos en seguir situando el aborto en la agenda pública allá donde vamos y donde estamos. No solo se trata de garantizar o realizar un servicio que la ley reconoce, sino aprender a hacerlo respetando la premisa deontológica *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño), entendiendo que el alcance de esta también se refiere al bienestar psicoemocional, a no hacer sentir mal y a aprender a acompañar.

El recorrido de las defensoras de los Derechos Sexuales y Reproductivos, atacadas y amenazadas por los poderes hegemónicos tiene que ser reconocido, garantizado y protegido. El trabajo de [Stop Violències](#), [Socorristas en Red](#), [Women](#)

[on Web](#), [Women on Waves](#), entre tantos otros grupos, no solo es admirable para la transgresión de legislaciones criminales que niegan derechos sino, también, por las motivaciones que marcan sus actuaciones: apoyar y vigilar el bienestar de las mujeres y de cualquier persona gestante que decida abortar.

Desde L'Associació recogemos estas experiencias, porque defendemos el derecho al aborto, a poder abortar dignamente. Hay que avanzar pues, hacia un modelo dialógico de salud que pueda acoger las quejas existentes, los malestares que se generan, y que tome ejemplo de las prioridades que rigen el trabajo de los grupos de autogestión para aprender a mejorar la atención a la interrupción voluntaria del embarazo, una atención pública, universal y de calidad.

Y desde estos ejes de pensamiento ideológico REIVINDICAMOS:

1. UNA NUEVA LEGISLACIÓN QUE NO CONTEMPLA PLAZOS RESTRICTIVOS Y QUE FOMENTE LA CAPACIDAD DE DECISIÓN Y AGENCIA DE LAS MUJERES EN CUALQUIER MOMENTO DEL EMBARAZO.

1.1 Eliminar el período de reflexión de 3 días y cualquier otra medida disuasoria y obligatoria que ponga en cuestión la decisión de las mujeres.

Rechazamos, pues, la imposición del plazo de espera obligatoria porque, por enésima vez, pone la reproducción en primer lugar antes que priorizar el bienestar de la mujer o persona gestante. Al mismo tiempo, infantiliza la persona que es sujeto

de derechos, en tanto que es la ley la que decide en qué tiene que reflexionar y durante cuánto tiempo tiene que hacerlo. Además, el período de espera obligatorio supone otro obstáculo para la garantía del derecho al propio cuerpo, tanto es así que la OMS lo considera como una de las barreras legales, regulatorias o administrativas por el acceso al aborto sin riesgos en un marco de defensa de los Derechos Humanos.²⁶

1.2 Eliminar los plazos legales basados en las semanas de gestación y que reducen la capacidad de decidir de las mujeres. Ni 14 ni 22 semanas de gestación que solo significan obstáculos a superar y dificultades para no poder acceder al aborto en las mejores condiciones, algo que debe garantizarse.

«Es momento de ser valientes y poner a las personas en el centro de las políticas públicas».

1.3 Eliminar las barreras de edad que sitúan a las más jóvenes con la capacidad de decidir supeditada a la voluntad adulta. El Estado español como garante de derechos no está cuidando los Derechos Sexuales y Reproductivos y está dejando desamparadas precisamente a las jóvenes con más necesidad de protección y acompañamiento. Además, está incumpliendo con las recomendaciones del comité de la CEDAW (2015), al cual ratificó y que por tanto está obligado a cumplir. Por tanto, El Estado español tiene que derogar urgentemente la Ley Orgánica 11/2015 ya

que está vulnerando los derechos humanos de las jóvenes menores.²⁷

2. MIENTRAS NO HAYA CAMBIO DE LEY, ES NECESARIO REGLAMENTAR LA INTERPRETACIÓN DE LA ACTUAL A FAVOR DE LA DECISIÓN DE LA MUJER O PERSONA GESTANTE.

Es decir, en todas las situaciones hay que recordar que la ley expone claramente que “se interpretarán de la manera más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de las mujeres que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y la no discriminación” (Art.12).

2.1 Recuperar el consenso de la definición de gestación y la implicación que ello tiene para la ampliación de las semanas de gestación obligadas por los plazos de la ley. Se debe reglamentar y hacerlo oficial para proteger mujeres y profesionales en su práctica.

2.2 Recuperar el texto legal de la ley y reglamentar definitivamente la educación sexual y el acceso universal a la anticoncepción con el presupuesto público asignado que suponga.

Tenemos que asegurar la educación sexual con perspectiva feminista interseccional como herramienta imprescindible para la promoción de la salud de toda la población. La falta de educación afectivosexual en el currículum escolar también supone violencia institucional por parte del estado y, por tanto, es necesario que se garantice en la etapa

26. Organización Mundial de la Salud (2012). [Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.](#)

27. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). [Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España*](#) 2015, 14p.

educativa desde la primera infancia y durante todo el ciclo vital. El Comité de la CEDAW ha recordado de manera reiterada en el Estado español que en nombre de los derechos humanos y en aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) está vulnerando los derechos de las niñas y niños y personas jóvenes.²⁸ **Resulta imprescindible garantizar la accesibilidad de los métodos barrera y anticonceptivos.** Si el acceso está condicionado por restricciones de tipo económico o distributivas, se está generando desigualdad y obstaculizando su uso. Por tanto, todos los métodos barrera y anticonceptivos deben estar al alcance de cualquier persona y, por ello, tienen que ser gratuitos y facilitar su adquisición en cualquier punto del territorio, informando de manera visible y claramente sobre dónde y cómo obtenerlos.

3. MIENTAS NO HAYA CAMBIO DE LA LEY, HAY QUE HACER CAMBIOS IMPRESCINDIBLES EN LA IMPLEMENTACIÓN ACTUAL.

3.1 Información. La información tiene que ser clara y visible, con una difusión suficientemente amplia y accesible como para poder llegar a todas las personas. Tener información sobre los propios derechos es fundamental para ejercerlos. Es necesario hacer campañas de sensibilización ciudadana para erradicar el estigma del aborto.

3.2 Formación. Todas las personas profesionales que están o pueden estar en contacto con mujeres y personas embarazadas que solicitan abortar tienen que estar capacitadas, informadas, especializadas

y dispuestas a atenderlas sin prejuicios ni interferir en sus decisiones, garantizando sus derechos y acompañándolas en todo el proceso, promoviendo la autonomía y las decisiones informadas. Deben conocer la regulación vigente, los diferentes métodos, los síntomas asociados y al procedimiento para hacer la derivación y, con todo ello, garantizar la capacidad de escoger de las mujeres. Además, es imprescindible que tengan una actitud empática, un abordaje feminista interseccional y enfocado de Derechos Sexuales y Reproductivos.

3.3 Generación de conocimiento. 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 la vida de las mujeres en este ámbito.

3.4 Objeción de conciencia. Todas las instituciones involucradas en el aborto deben asegurar la disponibilidad de personas profesionales capacitadas, formadas y con la voluntad de asegurarlo. Es imperativo revisar esta regulación, su implementación y hacer un seguimiento exhaustivo, obligar a su cumplimiento y 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.

Hay que diseñar un modelo de declaración único, que contemple las recomendaciones bioéticas respecto a la argumentación, para utilizarlo en

28. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), [Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España](#)

todos los centros sanitarios del sistema público con el fin de asegurar la uniformidad de los criterios esgrimidos y facilitar su regulación. Igualmente necesitamos 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.

Debemos insistir, pues, en el diseño de una comunicación de los comités éticos asistenciales de cada centro, sin comprometer datos personales, lo cual permita a CatSalut 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.

Estas propuestas las vinculamos a la ley actual y mantendremos la reivindicación para conseguir una futura legislación donde 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).

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.

3.5 Distribución territorial y estructura de los servicios. 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 conocer todas las técnicas

existentes y hacerlo de forma activa, y activista, para ofrecer el acompañamiento necesario en el momento de formar unidades especializadas en IVE en los 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.

Hay que normalizar y dignificar la intervención para poder dar el poder de decisión a las mujeres y el prestigio profesional de actuación en todos aquellos equipos que las acompañan en el proceso. Así pues, es urgente cambiar el imaginario asociado al aborto y empezar a pensarlo como un ejercicio de derechos sobre el propio cuerpo y soberanía, una decisión que contribuye a mejorar la vida de las mujeres.

Es momento de ser valientes y poner a las personas en el centro de las políticas públicas. Asistimos a diario al impacto específico que la pandemia global de la COVID-19 tiene sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas LGTBIQ+. Observamos profundamente agravadas las ya de por sí barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y comprometida su disponibilidad en todo el mundo. En estos momentos, la respuesta de los gobiernos e instituciones a esta crisis se ha centrado en el control de la pandemia y, eso, ha demostrado de manera cruel la **necesidad fundamental de la asistencia sanitaria como pilar fundamental para un sistema sanitario eficaz y una sociedad justa.**

Ante la falta de medios y de recursos para poder contrarrestar la pandemia, en muchos países la mayoría de las profesionales sanitarias se han derivado a la atención y control de la crisis. Como consecuencia de ello, los servicios especializados de atención a la salud sexual y reproductiva han cerrado y/o han visto reducida su actividad en diferentes intensidades.

También vivimos diariamente como las medidas de restricción de movimientos y de confinamiento para la población agravan todavía más las barreras para la atención a la salud sexual y reproductiva. Medidas que han provocado que muchas mujeres no puedan acceder a anticonceptivos orales de emergencia ni al ejercicio del derecho al aborto. Se han impuesto medidas restrictivas al aborto. **Y en todo el mundo se alzan las voces de los grupos fundamentalistas y anti-derechos exigiendo que se cancelen los servicios de aborto. Se aprovecha, de esta manera, una crisis global para imponer una ideología que se sustenta en la negación de los Derechos Humanos.**

Sin embargo, **también vivimos respuestas inspiradoras surgidas del trabajo colectivo entre las profesionales y las defensoras de los Derechos Sexuales y Reproductivos para dar respuesta a las necesidades vitales de las mujeres.** En Cataluña, el Departamento de Salud aprobó una [regulación especial durante el estado de alarma](#) con el que se agilizaba el acceso a servicios de aborto y redujo, a solo una, las visitas a los centros de salud, con apoyo vía telemedicina. Esta ha sido una de las medidas de más éxito que ha facilitado el acceso al aborto, y hay que continuar luchando para que sea una medida que se mantenga de forma permanente.

Las entidades especializadas de base, comunitarias, el tejido asociativo y las profesionales de la salud sexual y reproductiva diariamente están en primera línea para contribuir a la garantía de acceso a estos servicios para la población.

Toca que las instituciones se comprometan y que asuman las reivindicaciones compartidas en este documento. **Como defensoras de los Derechos Sexuales y Reproductivos instamos a los gobiernos e instituciones que implementen y desarrollen medidas creativas dotadas de recursos y medios, centradas en las personas y construidas conjuntamente para garantizar estos derechos.** Con este objetivo ponemos y nos ponemos a disposición con todas nuestras capacidades, conocimientos, experiencia y voluntad colaborativa de servicio público para seguir aportando propuestas transformadoras pensadas para construir una sociedad más justa.

ACAI, [Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres o tutores la interrupción de su embarazo](#), 2014.

BARAMBIO, S. *Are women really free to choose how to have an abortion?*, 2017. X afín international conference reproductive politics, rights and desires

Comité Consultivo de Bioética de Catalunya. [Informe sobre la Interrupción de la Gestación](#), 2008.

Guttmacher Institut. [En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año, 2017](#).

INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA. [Aspectos médicos y quirúrgicos del aborto](#). Bioètica i Debat, volumen 14, nº. 51.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Protocolo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) farmacológica*. Noviembre 2011.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Proceso de desarrollo del aborto farmacológico en Cataluña*. Octubre 2014.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Evaluación de la primera fase de implantación de las recomendaciones del Protocolo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) Farmacológica*. Junio 2014.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Protocolo de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) farmacológica hasta los 63 días de embarazo*. Junio 2014.

Servei Català de la Salut. *Instrucció 03/2019 Prestación de la interrupción voluntaria del embarazo en el ámbito del CatSalut*.

