



En España, la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 14 se despenalizó en 2010. Sin embargo, varios aspectos de esta ley no se cumplen de forma igualitaria en todo el territorio español. Más allá de eso, movimientos antielección y de origen religioso como “40 Días Por La Vida”, cuyo objetivo es acabar con el aborto libre en España, van ganando terreno lenta pero firmemente cada día.

Dentro del movimiento feminista de Madrid vemos necesario y urgente realizar una serie de mejoras y cambios en la actual normativa que garanticen los derechos fundamentales de las mujeres y personas gestantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos. La normativa actual no garantiza el derecho a decidir.

Desde la Comisión por el Derecho al Aborto de Madrid, concedoras de los protocolos sanitarios y el acoso que sufren las mujeres al acudir a las clínicas que realizan abortos, vemos de imperiosa necesidad llevar a cabo las siguientes propuestas dentro de una nueva ley de interrupción voluntaria del embarazo y educación afectivo sexual:

- 1. Que el aborto deje de estar tipificado como delito dentro del Código Penal, excepto cuando se realiza contra la voluntad de la mujer. Esta es una de las principales reivindicaciones del movimiento feminista para conseguir el pleno reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.**

La ley de aborto establece la despenalización parcial de la interrupción voluntaria del embarazo a través de la combinación de determinados plazos y supuestos fuera de los cuales sigue estando tipificado como delito dentro del Código Penal (art. 145 y 145 bis).

Actualmente, abortar voluntariamente fuera de los plazos y supuestos que la ley establece es delito y está penado tanto para la mujer que lo decide como para el o la profesional que lo practica.

Esto implica, en la práctica, la inseguridad jurídica tanto para el o la profesional como para las mujeres. Además, que el aborto esté tipificado como delito dificulta que se normalice como atención sanitaria y obstaculiza su aceptación social.

Esta situación supone una enorme contradicción. Si es un derecho fundamental que las mujeres tomemos decisiones sobre nuestro propio cuerpo, regular el ejercicio de este derecho como un delito supone que no se nos está reconociendo plenamente el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas.

Por todo ello es imprescindible retirar el aborto voluntario del Código Penal y conseguir así el pleno reconocimiento de nuestro derecho a decidir.

2. **Aborto público y gratuito.** Incremento de los servicios en la sanidad pública para la interrupción voluntaria del embarazo, garantizando que los centros de salud y hospitales atiendan las demandas de las mujeres y personas gestantes. Garantizar en el ámbito público la presencia de profesionales de la sanidad con formación y especialización tanto en el aborto farmacológico como en el instrumental.

En el año 2018 (según últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad) se realizaron a través de la sanidad pública (en hospitales y centros extra-hospitalarios) el 13,95% del total de abortos realizados en España; mientras que por la sanidad privada (en hospitales y centro extra-hospitalarios) se realizaron el 86,05% de los abortos. Una tendencia que se repite año tras año desde la entrada en vigor de la ley de 2010.

Que el aborto sea mayoritariamente realizado por la sanidad privada implica, en la práctica, que se den situaciones de discriminación a la hora de acceder al aborto.

- a. **Por las desigualdades territoriales.** Las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo dependen en muchos casos de que haya clínicas privadas con las que el gobierno de la comunidad autónomas pueda concertar el servicio. Pero, ¿qué pasa en provincias donde no hay centros privados concertados o si estos están en otra provincia o comunidad autónoma? Que si una decide interrumpir su embarazo, es inevitable desplazarse de una provincia a otra dentro de su comunidad, o incluso fuera de la misma.

Un ejemplo a nivel estatal: en 30 años (de 1988 a 2018) en 8 provincias españolas no se han practicado abortos: Teruel, Avila, Palencia, Segovia, Zamora, Cuenca, Toledo y Cáceres. Esto significa que las mujeres y personas gestantes de estas provincias que han decidido abortar, han tenido que ser derivadas y costear ellas mismas los desplazamientos a otras provincias o comunidades autónomas.

En el caso de la Comunidad de Madrid, existen 7 clínicas privadas autorizadas para la interrupción voluntaria de embarazo, todas en Madrid capital. Esto supone, tal y como obliga actualmente la ley, a que cualquier mujer o persona gestante que quiera acceder a un aborto cubierto por la



seguridad social tenga que realizar varios desplazamientos desde otros municipios de la comunidad a Madrid capital. Esto en muchas ocasiones supone largos desplazamientos desde un pueblo de la periferia de Madrid a la capital.

La única manera de garantizar que no haya desigualdades territoriales y que cualquier mujer y persona gestante pueda acceder de forma fácil y rápida a la prestación del aborto es que este procedimiento se realice en centros de salud y/o hospitales públicos.

- b. **Por la mayor complejidad burocrática y tiempos de espera** que penalizan el aborto pagado por la seguridad social frente al aborto costado directamente por la mujer o persona gestante.

Cuando el coste de la interrupción voluntaria del embarazo está cubierto por la seguridad social, la mujer o persona gestante debe acudir a un centro público (centro IVE específico, centro de salud, etc.) para que le den la autorización para abortar de forma gratuita (carta de pago).

En el caso de la Comunidad de Madrid, existe un único centro que se encuentra en Madrid capital y tiene horario administrativo (de lunes a viernes de 9:00 - 14:00h), por lo que cualquier mujer o persona gestante deberá desplazarse desde su residencia (concertando previamente cita, que puede tardar días en el mejor de los casos), probablemente durante su horario laboral, para que le den la autorización de gratuidad de la prestación. Con dicha autorización deberá pedir cita en una de las clínicas privadas autorizadas para la prestación, realizar un segundo desplazamiento a dicha clínica, recibir la información y que le den cita para el procedimiento de aborto. En caso de acudir directamente a la clínica, que puede no estar siquiera en su comunidad, el proceso será parecido, ya que será la propia clínica la que pida la cita para recoger su carta de pago, en el mejor de los casos 72 horas (hasta tres semanas en 2010) después de haber acudido a la clínica, lo que le implica un desplazamiento extra, dos si no tiene la cita para la intervención el mismo día que recoge la carta de pago.

Todo este peregrinaje incluye listas de espera de días, incluso semanas, para varios de los trámites (centro IVE, cita clínica...) más los tres días de reflexión obligatorios por ley; trámites que alargan y complican el proceso a las mujeres y personas gestantes.

Sin embargo, si se cuenta con recursos económicos para acceder al aborto, el trámite en la clínica se agiliza. Se da cita rápidamente para recibir la información y tras esperar el periodo de reflexión obligatorio por ley, se puede ir con la cita para realizar la interrupción voluntaria del embarazo.



- c. **Mayor apuesta por el aborto quirúrgico** (más caro para las arcas públicas) frente al aborto farmacológico. Algunos datos que reflejan esta situación:

Los métodos de aborto seguros pueden ser varios: el aborto farmacológico (mifepristona y/o prostalandinas), indicado para gestaciones de hasta siete semanas y el aborto quirúrgico (por dilatación y evacuación o por dilatación y aspiración), a partir de la octava semana de gestación.

Según datos extraídos de las estadísticas IVE 2018 del Ministerio de Sanidad, en ese año se realizaron:

- 74.561 abortos por el método quirúrgico, de los cuales el 98,97 % fueron en centros privados y apenas un 1,03% se realizaron en centros públicos.

- 40.250 abortos farmacológicos, de los cuáles se realizaron un 38,9% en centros privados frente a un 61,1% en centros públicos.

La gran diferencia entre abortos quirúrgicos y abortos farmacológicos realizados en la sanidad privada es llamativo si tenemos en cuenta que el 75% de los abortos realizados en 2020 fueron de 7 semanas o menos y se realizaron de forma mayoritaria en centros privados (en el 83,38% de las ocasiones).

Números que contrastan con el método elegido en la sanidad pública, ya que para los abortos de 7 semanas o menos que se hicieron en centros públicos (16,62% de las ocasiones) el método mayoritario fue el farmacológico (61,11%).

Es cierto que en el caso del aborto farmacológico, la mujer o persona gestante deberá volver al centro médico tras realizarse el procedimiento en casa para confirmar que todo está correcto. Esto supone un desplazamiento extra frente al aborto quirúrgico, cuyo procedimiento se inicia y se finaliza el mismo día en la clínica. Esta circunstancia, sobre todo en mujeres que viven lejos de la capital, hace que muchas opten por el aborto quirúrgico frente al farmacológico. Sin embargo, esto no tendría que ser así si el procedimiento de aborto se realizara en centros sanitarios de atención primaria y especialidades.

Por otro lado, nos consta que hay mujeres a las que no se les informa de que existen distintas opciones de procedimientos de aborto y no se les da la posibilidad de elegir. Directamente se les informa y ofrece el aborto quirúrgico.



3. Eliminar las barreras administrativas de acceso a la asistencia sanitaria para mujeres y personas gestantes migrantes en situación administrativa irregular.

Que el acceso a la sanidad pública sea igual para todas las personas independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren.

El Real Decreto de julio de 2018 aprobado por el gobierno del PSOE para devolver la sanidad universal, no volvía a la situación anterior a la reforma restrictiva hecha por el gobierno del Partido Popular en el Real Decreto Ley 16/2012, donde todas las personas, independientemente de su situación administrativa, tenían derecho a la tarjeta sanitaria en igualdad de condiciones.

Por el contrario, el Real Decreto de 2018 que rige actualmente mantiene la distinción en el acceso a la asistencia sanitaria entre personas con nacionalidad española y permiso de residencia y, por otro, personas sin permiso de residencia. Estas últimas deben cumplir una serie de requisitos para poder acceder a la asistencia sanitaria que, además de ser difícil de cumplir para muchas personas, abre la puerta a interpretaciones restrictivas y arbitrarias del decreto por parte de cada comunidad, tal y como han denunciado y documentado organizaciones como Médicos del Mundo, Comisión para la Investigación de los Malos Tratos o Women's link Worldwide.

Un ejemplo de esta interpretación restrictiva es el que sufren muchas mujeres en situación irregular que quieren solicitar un aborto en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid. Entre la documentación que se solicita para obtener el documento de asistencia sanitaria gratuita y poder realizarse un aborto, se debe presentar un documento identificativo (pasaporte, NIE) y un documento de empadronamiento de 90 días. Aunque este requisito no figura en la ley estatal, se ha convertido en una práctica habitual de la Comunidad de Madrid para obstaculizar el acceso a la sanidad pública. Una vez que se cumplan estas dos condiciones se puede solicitar un número de asistencia sanitaria y un número CIPA en el centro de atención primaria de proximidad. Sin embargo, este último proceso se puede demorar hasta 45 días.

A partir de aquí, la mujer o persona gestante deberá sortear toda una carrera de obstáculos, a veces imposibles, en una situación de gran angustia y vulnerabilidad para cumplir con los tiempos que la ley establece para acceder al aborto. Sumados los 90 días de empadronamiento necesarios y el plazo de espera de hasta 45 días, una mujer o persona embarazada tendría que esperar unas 19 semanas antes de poder acceder a una interrupción voluntaria del embarazo gratuita, sin contar el número de semanas necesario para darse cuenta del embarazo. En cualquier caso estarían fuera del límite legal de 14 semanas sin necesidad de comité médico y estos comités no contemplan esta situación administrativa.



Situaciones como las que viven las mujeres que deciden acceder a un aborto en la sanidad pública y son solicitantes de asilo cuya solicitud ha sido denegada. En estos casos al obstáculo del empadronamiento se le suma el obstáculo del NIE temporal, que en muchas ocasiones se caduca mientras intentan conseguir el empadronamiento. Un círculo de requisitos imposibles que abocan a las mujeres a situaciones de gran incertidumbre y estrés.

Además, tras el estado de alarma, en el que se amplió el plazo de caducidad del NIE durante 6 meses más, la administración no está siendo suficientemente ágil en la renovación de estos documentos, llegando a no expedir citas, lo que deja a estas personas en una situación de desamparo no solo a nivel sanitario.

Por todo ello exigimos garantizar el acceso al aborto gratuito, de forma ágil y sencilla, a toda mujer y persona gestante que lo solicite independientemente de su situación administrativa, del mismo modo que no se le niega atención sanitaria en caso de accidente, lesión y enfermedad común. Para agilizar el acceso a este servicio de la asistencia sanitaria pedimos mayor flexibilidad con los documentos necesarios para acceder a un aborto gratuito así como los plazos para conseguirlos y sus requisitos.

En la Comunidad de Madrid existe el alta DAR, DASSE para las mujeres embarazadas sin tarjeta sanitaria (por ende, sin documentación), que se ha creado como una excepción en la ley y que obliga a garantizar la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y post parto. Esta atención se debe prestar en su totalidad, igual que si la mujer tuviera tarjeta sanitaria, esto es: debe tener una médica, una matrona y una enfermera asignadas, y toda la atención, pruebas y tratamientos que pueda necesitar. Ya que se debe prestar atención sanitaria en su totalidad, consideramos que el derecho de la mujer embarazada a interrumpir su embarazo si así lo desea, debe estar contemplado dentro de este tipo de alta, por lo que podría ser la solución al bloqueo administrativo que sufren las mujeres migrantes.

La realidad en cambio es que las personas que intentan acceder a estas prestaciones se encuentran con el desconocimiento por parte del personal de los centros sanitarios, negativas e información contradictoria en cuanto a los procedimientos, que ni siquiera en la página web de la Comunidad de Madrid están explicados claramente.

Ponemos especial énfasis en la necesidad de garantizar la interrupción voluntaria del embarazo gratuito a las personas extranjeras en situación irregular, solicitantes de asilo y refugiadas que tengan una situación vulnerable, problemas de ingresos económicos y dificultades legales de realizar esta operación en su país de origen. Es urgente dar una respuesta rápida y eficaz a esta necesidad y es prioritario el ser



capaces de hacerlo dentro de las primeras 7 semanas del embarazo para poder recurrir al aborto farmacológico si así lo desea la paciente.

4. Incorporación de la Intervención Voluntaria del Embarazo a través del método Instrumental como materia curricular en las carreras de enfermería y medicina, así como cursos formativos especializados en las diferentes técnicas de IVE para el personal médico y sanitario del sistema nacional de salud.

Actualmente no podría llevarse a cabo nuestra petición de realizar intervenciones voluntarias del embarazo en centros de atención primaria y especialidades, ya que existe un déficit formativo en la Sanidad Pública en relación a las metodologías, lo que supone un obstáculo para la normalización de esta práctica dentro de los centros y hospitales públicos de salud.

Hoy por hoy, el único método que se podría realizar es el farmacológico, que no tiene una efectividad del 100% después de la séptima semana de embarazo, lo que supone que muchas mujeres y personas gestantes tengan que someterse a una nueva intervención, esta vez quirúrgica. El relevo generacional del personal sanitario está condenando a estas personas a una atención precaria, por lo que consideramos que esta formación debe ser esencial.

5. Garantía en la sanidad pública al acceso al aborto a pesar de la objeción de conciencia.

En numerosas ocasiones los médicos de la sanidad pública rechazan realizar las IVE, acogiéndose a la objeción de conciencia. Esta negativa da lugar a que en algunos casos no exista ningún sanitario en el centro de salud que pueda realizar el aborto, derivando a las mujeres y personas gestantes que lo solicitan a centros concertados o privados en el mejor de los casos.

Esto supone dejar desprotegidas a muchas mujeres desde la sanidad pública, que se encuentran con una negativa por parte del centro de salud y por tanto, con una demora al tener que acudir a otros centros, en un proceso que se encuentra limitado por los plazos legales.

La objeción de conciencia no debe ser un impedimento para que las mujeres y personas gestantes puedan acceder a una prestación sanitaria (como lo es el aborto) recogida por la ley. El personal médico que se encuentre en un servicio médico público donde se deba informar y realizar el procedimiento de aborto no puede ser objetor. En todo caso, es responsabilidad de la administración pública correspondiente garantizar que siempre exista personal sanitario no objetor en ese servicio para que se garantice el derecho de las mujeres a ese procedimiento médico.



6. Comité médico independiente a partir de la semana 22 de embarazo, con protocolos jurídicos y médicos que establezcan criterios claros de actuación y cuyos diagnósticos (de aceptación y/o rechazo) sean razonados, explicando las consecuencias médicas de la decisión tomada.

Según datos de 2018, del total de abortos realizados en España (95.917) solo un 0,15% (148) fueron de 23 semanas en adelante. Una cifra muy pequeña pero que contiene situaciones dramáticas que tienen que vivir las mujeres o personas gestantes y sus familias. En su inmensa mayoría, estas interrupciones voluntarias del embarazo fueron a causa de enfermedades graves de ellas o del feto detectadas tardíamente. Las mujeres o personas gestantes se enfrentan a tener que decidir si abortan y a que, por tener un embarazo superior a las 22 semanas, los trámites del procedimiento se compliquen y dilaten en situaciones terriblemente angustiosas. Además, su decisión debe ser valorada por un comité médico del que, tal y como aparece en la norma, no está garantizada su agilidad ni imparcialidad.

En el caso de la Comunidad de Madrid, las mujeres o personas gestantes que enfrentan estas situaciones de interrumpir una gestación de más de 22 semanas, se encuentran con un proceso lleno de obstáculos, esperas diagnósticas inadmisibles y periplos médicos que las exponen a situaciones muy angustiosas.

7. Poner fin al acoso que aún viven reiteradamente las pacientes y el personal en los accesos a los centros que ofrecen servicio de interrupción voluntaria del embarazo.

Exigimos de manera urgente una mayor implicación de las autoridades al respecto, y que se amplíe el perímetro de seguridad alrededor de las clínicas mientras el aborto no se realice en centros de salud ni hospitales, para evitar la presencia de grupos antielección, que en ocasiones llegan incluso a tocarlas e insultarlas.

En caso de que tenga que acudir la policía y haya que sentar denuncia por acoso, que pueda acudir a la comisaría cualquier persona en lugar de la mujer que está pasando por ese proceso, para denunciar la situación presenciada, aunque no le afecte en primera persona.

8. Eliminación del plazo de reflexión actual de tres días desde que se recibe el sobre informativo obligatorio (que contiene recursos, prestaciones y ayudas a la maternidad) hasta que se puede acceder al aborto. La existencia de este plazo de reflexión pone en duda la capacidad de la mujer o persona gestante para tomar decisiones autónomas. Cuando una mujer acude a un centro de salud o clínica para abortar, es porque ya ha pensado, reflexionado, meditado y sopesado los pros y contras de esta decisión. Hacer que se lo vuelva a pensar durante tres días prolonga



innecesariamente los tiempos del proceso y con ello la angustia de la mujer por acceder lo antes posible a un aborto que ya ha decidido realizar.

Es importante que las decisiones se tomen de forma informada, pero para ello bastaría con que a la mujer o persona gestante se le ofrezca la posibilidad de elegir la forma de acceso a dicha información, que podría ser incluso de forma telemática o impresa y sin tener que esperar los tres días de reflexión, más si cabe en las actuales circunstancias de alarma sanitaria, donde los desplazamientos se complican.

Obligar a las mujeres a recibir de forma personal un sobre informativo y darle tres días para que reflexione sobre una decisión que ya ha tomado, nos parece tratarnos como incapaces.

- 9. Eliminación de la información pública y/o por parte de autoridades gubernamentales proveniente de centros antielección o de ideologías de elección individual al informar a la mujer o persona gestante embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, información sesgada que algunas administraciones públicas (como la Comunidad de Madrid) incluyen en el sobre informativo que se le da a la mujer y que es obligatorio por ley. Actualmente en la Comunidad de Madrid, además de la información sobre los recursos y prestaciones públicas existentes de ayuda a la maternidad, etc., se añaden recursos de apoyo de entidades católicas y antiderechos como la Fundación para la Defensa de la Vida, Fundación Red Madre o Fundación Vida.**

Exigimos control y regulación estatal sobre el tipo de información que se ofrece, ya que ésta debe ser imparcial sin ningún tipo de sesgo ideológico que condicione y cuestione la decisión de las mujeres y personas gestantes, centrándose en la intervención en sí y no en las ayudas a la maternidad de las distintas Comunidades Autónomas.

- 10. Inclusión de educación afectivo-sexual en el temario/contenido curricular en todas las etapas de la educación, desde infantil hasta la ESO.**
- 11. Talleres de educación sexual/planificación familiar para las personas adultas que lo soliciten, ofertados desde atención primaria, a través de ampas de colegios, ayuntamientos, asociaciones, etc.**
- 12. Apertura de centros de planificación familiar con horario de urgencia nocturno, en fines de semana y festivos, en todos los barrios de Madrid.**

Queremos que en estos centros se informe, ayude y se proporcionen los métodos anticonceptivos y fármacos para evitar embarazos no deseados, así como la información necesaria sobre embarazo y aborto. A pesar de que la Cartera de



Servicios del Sistema Nacional de Salud establece la necesidad de que todos los métodos anticonceptivos sean accesibles a toda la población, la Comunidad de Madrid no financia absolutamente ninguno, a diferencia de otras comunidades.

13. Capacidad de decisión para las menores adolescentes de 16 y 17 años, sin necesidad de consentimiento materno/paterno/de quien ejerza como persona tutora. Reconocimiento de dicha capacidad en la Ley de Autonomía del Paciente.

Por lo tanto, el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente en su punto 4 debería ser considerado de carácter general, eliminando las limitaciones expresadas sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el punto 5 del mismo artículo.

En España, desde la Ley del aborto de 1985 los derechos se han ido ampliando hasta obtener la actual ley de plazos. Estos derechos sólo se han visto mermados por la reforma del año 2015, según la cual se introdujo este nuevo requisito para las menores de edad. La IVE debería ser accesible a todas las mujeres y personas gestantes, independientemente de la edad, sin necesidad de consentimiento materno, paterno o de quien ejerza como tutor.

Según los datos de 2018 del Ministerio de Sanidad, ese año se realizaron 310 abortos a menores de 15 años y 9.518 a mujeres de entre 15 y 19 años.

14. Evaluación, vigilancia y garantía de la igualdad de acceso a los derechos sexuales y reproductivos en todas las comunidades autónomas, para erradicar las diferencias y los obstáculos en el ejercicio de esos derechos.

