

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

Título:

El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras

Autoría: L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius

Equipo de redacción e investigación: Sílvia Aldavert García, Jordi Baroja Benlliure, Almudena Rodríguez García, Anna Rodríguez Duran, Rebecca Tildesley y Alba Sánchez Torres.

Fecha: diciembre 2020

© 2020 L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total ni parcial de las imágenes o textos de esta publicación sin previa autorización.

Esta publicación está bajo una licencia Creative Commons



ÍNDICE

Presentación de L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius	pág. 1
Introducción: imprescindible antes de empezar	pág. 3
Metodología del informe	pág. 5
Breve recorrido histórico	pág. 10
Marco legal y barreras que impone	pág. 14
1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud	
1.1. Barrera: abortar sin tarjeta sanitaria	
2. Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.	
2.1. Barrera: 3 días de reflexión por obligación	
2.2. Barrera: comité clínico para abortos de más de 22 semanas de gestación	
2.3. Barrera: la objeción de conciencia a un servicio público	
2.4. Barrera: formación y prestigio en la práctica del aborto	
3. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo	
3.1. Barrera: menores de 16 y 17 años	
4. Código Penal (artículos 145 y 145 bis)	
4.1. Barrera: continuidad de la penalización	
La información: clave para garantizar el acceso al aborto	pág. 36
1. La información del acceso al aborto a través de las campañas institucionales	
2. La información del acceso al aborto a través de las búsquedas de internet	
3. La información del acceso al aborto a través de las páginas web institucionales de las CCAA	
4. El acceso a la información en los teléfonos institucionales de salud de las CCAA	
5. El acceso a la información a través de los informes estadísticos institucionales	
Conclusiones	pág. 67
Bibliografía	pág. 72

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN: imprescindible antes de empezar

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

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

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

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

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

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

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

mujeres que quieren y necesitan abortar en el Estado porque nos refugiarnos en la inercia de una dinámica que ni siquiera hemos mirado a la cara entre tanta maraña pseudopolítica.

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

METODOLOGÍA DEL INFORME

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

Las premisas en la investigación han sido:

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

Fecha de periodo de investigación

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

CCAA analizadas

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

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

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

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

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

Bloques de investigación y descripción

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

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

Bloque 2. Búsqueda de información disponible en webs

Información	Características de la búsqueda
Primeras apariciones de información sobre el aborto al realizar una búsqueda en Google	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras/expresiones buscadas: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Quiero abortar</i> ○ <i>Aborto voluntario</i> ○ <i>Como abortar</i> ○ <i>Interrupción voluntaria del embarazo</i> - Filtro avanzado de búsqueda: Región España - Fecha de búsqueda: 1 diciembre 2020 - Buscador: Google - Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en diferentes formatos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pestaña de incógnito de google ○ <i>Startpage</i> (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tres ordenadores (dos en Barcelona) y otro en Madrid - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.
Búsqueda de información pública sobre el aborto en webs de las CCAA	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras buscadas: Nombre CCAA + aborto/IVE - Filtro avanzado de búsqueda: Región España - Fecha de búsqueda: 2-3 diciembre 2020 - Buscador: Google - Para reducir el sesgo en la búsqueda y evitar contagio por búsquedas anteriores se procedió a realizar la búsqueda en <i>Startpage</i> (página que permite navegar con privacidad y vincula a Google) - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.
Análisis de los informes oficiales y registros sobre aborto de las CCAA	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda por cada una de las CCAA - Búsqueda general a través de Google (Nombre CCAA + aborto/IVE) - Búsqueda exhaustiva dentro de las páginas de las consejerías de sanidad correspondientes - Fecha de búsqueda: 9-11 diciembre 2020 - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.
Búsqueda de campañas públicas sobre el aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras buscadas relacionadas con aborto: <ul style="list-style-type: none"> ○ Folleto ○ Poster ○ Campaña ○ Vídeo - Búsqueda exhaustiva dentro de las páginas de las consejerías de sanidad correspondientes - Búsqueda específica en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo - Fecha de búsqueda: 4 diciembre 2020 - Buscador: Google - La información obtenida se volcó en una matriz con aquellos aspectos que se analizaban de cada web tal y como se detalla en el apartado de este estudio.

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

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

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

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

Características de las llamadas:

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

Bloque 4. Entrevistas con informantes clave

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

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

Características de las entrevistas:

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

Las personas informantes han sido las siguientes:

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

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

Por otro lado, también se ha observado que ha sido dificultoso concretar fechas para realizar la entrevista de forma telemática por los calendarios de las personas informantes y de la persona entrevistadora.

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

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sin embargo, la amenaza y represión sobre la práctica del aborto continuó con el objetivo principal de criminalizar el aborto, lanzar una advertencia y redirigir la ofensiva de los movimientos políticos hacia una acción defensiva, necesaria ante cada encarcelamiento e imputación. El último caso más escandaloso fue en 2007, cuando la Guardia Civil abre una investigación en diferentes clínicas ginecológicas de Barcelona y Madrid, requisando miles de historias clínicas e interrogando las mujeres usuarias. Ante esta acción policial y judicial impulsada por movimientos ultraconservadores, las feministas responden enviando a los juzgados miles de autoinculpaciones, recuperando el lema ya utilizado en los 70-80 “Yo también

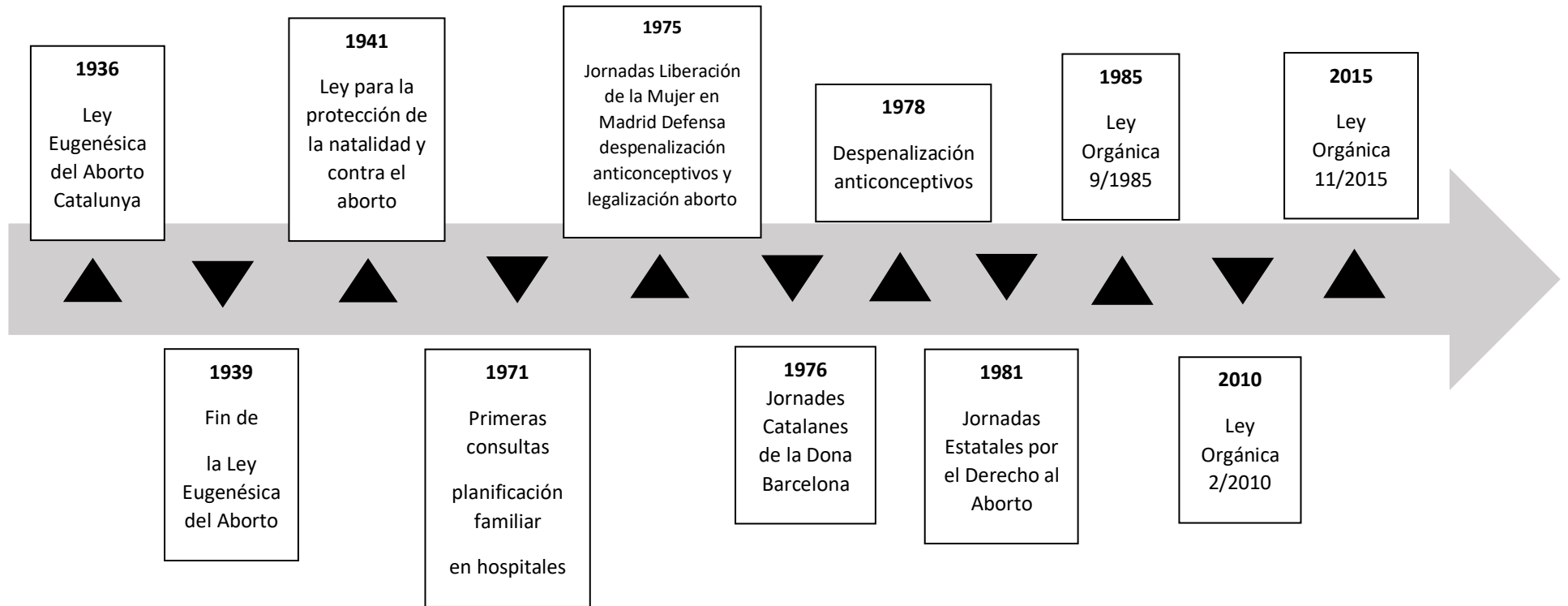
he abortado”. También los y las profesionales se dispusieron a una huelga encabezada por entidades como la Asociación de Clínicas Acreditadas por la IVE (ACAI) y la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares que, posteriormente, participarían en la elaboración de la nueva ley.

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

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

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

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

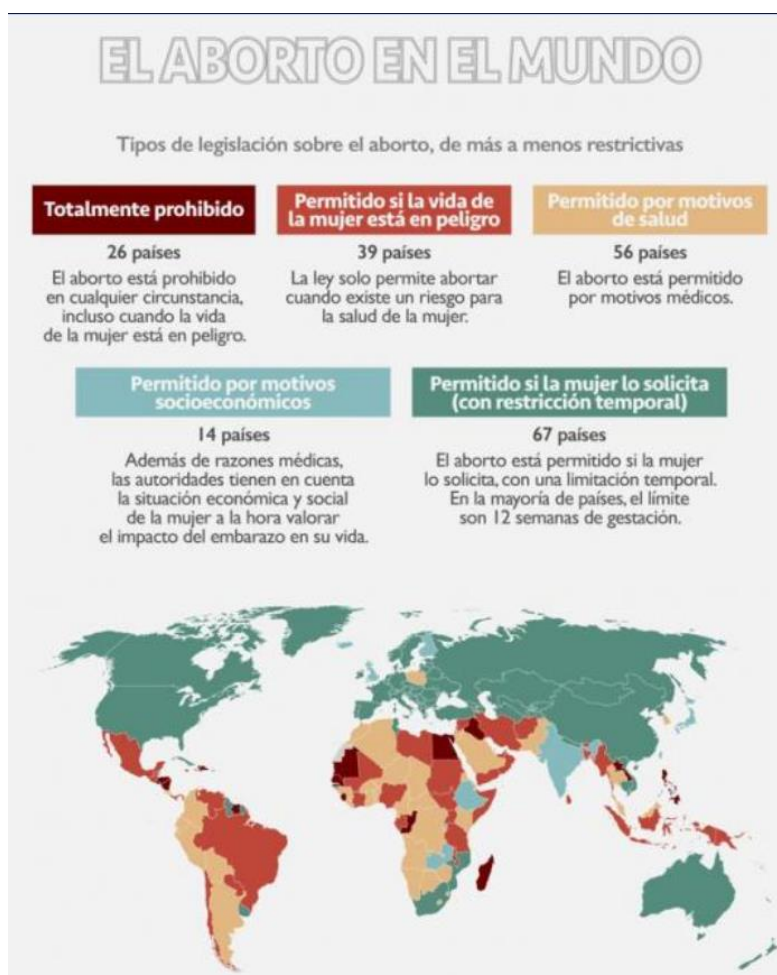


MARCO LEGAL Y BARRERAS QUE IMPONE

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pero también regula la posibilidad, para las personas que no cumplan los requisitos, de poder obtener las prestaciones mediante pagos correspondientes. Cuestión que abre la puerta a la casuística diversa de imponer los pagos por los tratamientos a personas migrantes sin tarjeta sanitaria. De ahí se han derivado diversas denuncias públicas como son los casos de mujeres sin tarjeta sanitaria a quien se les imponía el pago del aborto para poder acceder tal como lo planteaba la [Campaña por el Aborto Universal en Catalunya](#) (L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, 2020) y el [Informe 2019 del Observatori de Drets Sexuals i Reproductius](#) (L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, 2019).

Es decir, hay que cumplir los criterios para conseguir la tarjeta sanitaria individual y tener reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos

públicos. Según el actual RDL 7/2018 las personas que se encuentren en esta circunstancia tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en el artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

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

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

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

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

1.1. BARRERA: ABORTAR SIN TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL (TSI)

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

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

Debido a estos graves obstáculos que se agravan con los procedimientos burocráticos complejos y lentos, el impacto de la exclusión sanitaria para las mujeres migrantes en situación administrativa irregular es fundamental. Y, como es habitual, ni siquiera se menciona o especifica el acceso al aborto en la atención sanitaria ni urgente ni no urgente lo que conlleva un obstáculo evidente y esencial para el acceso a la atención en la práctica del aborto. En este supuesto, la restricción no está relacionada con la ley que regula el aborto, pero sí que es una restricción legal que atenta contra la salud universal.

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

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

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

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

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

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

de trabajar o buscar cuidados para las criaturas. Las mujeres migradas encuentran más obstáculos en la asistencia sanitaria y tienen menos acceso a los servicios nacionales de salud, a menudo debido como causa de su estatus indocumentado o por no estar familiarizada con los idiomas locales dentro de los primeros años después de migrar. (Ostrach, 2012: 268).

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

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

CCAA	Acceso al aborto gratuito según las prestaciones del Sistema Nacional de Salud
Andalucía	Solamente con el CIP ¹
Catalunya	Con o sin CIP
Madrid	Solamente con el CIP
País Valencià	Se necesita el empadronamiento, como mínimo
Galizia	Con o sin CIP
Castilla León	Solamente con el CIP. Si no tienes CIP hay que hacerlo a través de un centro de extranjería
Euskadi	Con o sin CIP
Islas Canarias	Solo con la tarjeta de la Seguridad Social
Illes Balears	Solamente con el CIP
Ceuta y Melilla	Solamente con el CIP. Si no tienes CIP hay que hacerlo a través de un centro de extranjería

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

Las reformas sanitarias y la política de recortes llevadas a cabo durante la última década han afectado el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en los colectivos más vulnerabilizados. El impacto provocado por el RDL 7/2018 ha sido más demoledor entre las mujeres migrantes, por privarles el acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva,

¹ La tarjeta sanitaria individual (TSI), identifica y acredita a los ciudadanos como usuarios del sistema sanitario público de cada CCAA. La tarjeta es personal e intransferible y contiene el código de identificación personal (CIP).

al impedir su acceso a interrupciones voluntarias del embarazo y no permitir que puedan disfrutar de medidas de planificación familiar.

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

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

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

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

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

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

En esta Ley, el aborto constituye una situación excepcional que requiere la intervención de los poderes públicos para garantizar la libre determinación de las mujeres, su libertad, su

integridad física y moral, y su intimidad. Pese a su configuración en relación con los derechos civiles y políticos, la regulación contenida en esta Ley se limita a regular la interrupción voluntaria del embarazo en la medida que pueda afectar la salud de las mujeres.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 14 Y ARTÍCULO 15

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

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer. Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.*

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

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

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

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

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

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

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

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

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

De la semana 22 en adelante las mujeres podemos acceder al aborto legal y gratuito a través del sistema sanitario necesitando la confirmación del diagnóstico de un comité clínico

hospitalario que tendrá que valorar si se producen alteraciones fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave o incurable. (Artículo 15 y 16 de la Ley).

Este es el artículo más restrictivo de la Ley, porque deja a las mujeres que necesitan abortar en estas circunstancias, absolutamente abandonadas a la interpretación profesional, personal e ideológica. A partir de las 22 semanas de embarazo, la ley en el Estado español obliga a exponer la situación a un comité clínico de profesiones nombrados por el sistema público de salud de cada CCAA. Este comité valorará cada caso que le llegue y, solo si se confirma que la alteración del feto es grave o incurable o incompatible con la vida, se podrá interrumpir el embarazo. El funcionamiento de este Comité se regula en el *Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* donde se expone, entre otros temas, la opción que tiene la mujer de elegir a uno de los miembros del Comité para que sea de su confianza y pueda abogar el caso. Pero vemos como esta información, y muchas otras con relación a este tema, no llega a las mujeres vulnerando el acceso informado.

2.1. BARRERA: 3 DÍAS DE REFLEXIÓN POR OBLIGACIÓN

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

Tiene que transcurrir un **periodo mínimo de 3 días entre la manifestación de la voluntad de interrumpir y la práctica de aborto (artículo 14)**. **No existe ningún otro supuesto en nuestro Ordenamiento Jurídico donde se pida un periodo de reflexión entre la manifestación de la voluntad de la persona y el desarrollo de las consecuencias jurídicas.**

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

El Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo establece, en su artículo 5, **la información previa al consentimiento en los casos de interrupción del embarazo por voluntad de la mujer**. En cualquier centro sanitario público o privado acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, se le tiene que entregar un sobre cerrado que incluya necesariamente información sobre las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto; los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y la atención de los hijos; los beneficios fiscales; datos sobre centros disponibles para recibir información sobre anticoncepción y sexo seguro, y datos sobre centros en los que las mujeres pueden recibir asesoramiento antes y después de la interrupción de embarazo.

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

La cotidianidad nos ha hecho normalizar restricciones recogidas en la ley, como esta. Esta operación de un tipo de información concreta vinculada a la maternidad y la espera obligada continúa reproduciendo una visión patriarcal y tradicional de la sexualidad, que subordina la decisión de abortar al conocimiento y reflexión previa de las posibilidades y ayudas que la mujer tendría si optase por esa maternidad. Y, además, dispone, como imposición del Estado, la reflexión a las mujeres tratándolas como no capaces para la toma de decisiones por su cuenta, una situación exclusiva para este procedimiento.

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

2.2. BARRERA: COMITÉ CLÍNICO PARA ABORTOS DE MÁS DE 22 SEMANAS DE GESTACIÓN

Como venimos comentando, la ley permite abortar durante todo el embarazo, pero a partir de las 22 semanas de gestación se abre un nuevo escenario obstaculizador. Es esta situación, las mujeres que solicitan un aborto deben regirse por el artículo 15 y 16.

Artículo 16. Comité clínico.

- 1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.*
- 2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.*
- 3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.*
- 4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.*

En otras palabras, a partir de la semana 22 de gestación la ley restringe el acceso al aborto y todo depende de un comité clínico hospitalario que confirme que el feto presenta anomalías graves e incurables o incompatibles con la vida. El funcionamiento y composición de este Comité se regula en el *Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica*

2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta es una realidad desconocida para la mayoría de la ciudadanía lo que supone vivir vulneraciones graves por parte de las mujeres que pasan por esta situación invisibilizada por no garantizar la calidad de la información al respecto, además de la barrera legal que ya supone. Por estos motivos, y para acompañar a las mujeres que se encuentran en esta situación, L'Associació creó la [campaña +22](#) (L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, 2020) que denuncia esta falta de información que ahonda todavía más en una de las barreras que tiene un impacto más duro y escondido para las mujeres en el Estado español.

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

La mirada de los comités clínicos está muy alejada de la que se pide en la ley para garantizar el derecho y la voluntad de las mujeres, obligándolas, en los casos en que se dicte un veredicto negativo, a viajar a otro país para poder abortar, siempre y cuando se tengan los recursos para hacerlo, evidentemente. Como explica De Zordo en su investigación:

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

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

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

2.3. BARRERA: LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A UN SERVICIO PÚBLICO

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

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

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

1. Para asegurar la igualdad y la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes tienen que garantizar los contenidos básicos que el Gobierno determine, una vez escuchado el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros del sistema sanitario público o sistemas vinculados. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho a ejercer r la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar perjudicadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual con el personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo que se tiene que manifestar anticipadamente y por escrito.

En cualquier caso, los profesionales sanitarios dispensarán trato y atención médica adecuados a las mujeres que lo necesiten antes y después de haberse sometido a una interrupción voluntaria del embarazo.

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

En base al artículo 16.1 de la Constitución Española sobre la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y comunidades, la LO 2/2010 reconoce el derecho a la objeción de conciencia profesional “sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar perjudicadas” (art. 19.2). También queda recogido explícitamente que se trata de un ejercicio exclusivamente individual que se debe declarar con anterioridad y por escrito, aunque se admiten los casos de objeción de conciencia sobrevenida.

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

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

El uso actual de la objeción de conciencia es de una perversión absoluta. Vemos como un derecho reconocido para las profesionales se acaba convirtiendo en una expresión más de violencia machista institucional y de negación de servicios de salud.

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

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

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

Además, la supuesta protección de la confidencialidad del profesional objetor es una de las razones por las cuales los Servicios de Salud no pueden publicar esta información alegando que por cuestiones de protección de datos no se tiene su conocimiento. Con este desconocimiento de la Administración resulta imposible garantizar el acceso al derecho del aborto sin desigualdades. Paradójicamente, la población sí que sabe de su existencia a través de las propias vivencias cuando tantas mujeres reciben la negativa en determinados centros, poniendo en marcha campañas de movilización pública ante estos impedimentos como se narra en el caso paradigmático del *Informe de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (L'Associació Drets Sexuals i Reproductius, 2019)* y como también ponen de manifiesto el *Colectivo Feminista del Pallars* en relación a su territorio (Viure als Pirineus, 9 marzo 2020).

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

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

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

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

Actualmente **no se conoce ningún informe de evaluación ni seguimiento, ya pasados 10 años lo que supone un incumplimiento de la ley por parte de los diferentes Gobiernos** que han ido sucediéndose. En diciembre del 2018 el Gobierno español, con su anterior Ministra de Sanidad María Luisa Carcedo, anunció la voluntad de reactivación de dicha Estrategia (Gobierno de

España, 20 de diciembre de 2018) pero, a día de hoy, no se conoce que este proceso se haya iniciado. Aun así, planteamos la **necesidad imprescindible de actualizar la estrategia ya que estaba pensada para 5 años y ya han pasado 10**. De la misma manera que la ley necesita actualizarse y plantearse cambios profundos, la Estrategia del 2010 también.

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

2.4. BARRERA: FORMACIÓN Y PRESTIGIO EN LA PRÁCTICA DEL ABORTO

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

Pero la realidad no ha sido esa. El estigma que acompaña el aborto, debido a la criminalización patriarcal del procedimiento, se reproduce en el sí de la estructura y profesión sanitaria. Sabemos que en la mayoría de las universidades ni siquiera se enseñan las técnicas existentes y más actuales para practicar abortos quirúrgicos y prácticamente ni se habla de los abortos farmacológicos y lo que ellos implican. Y, como es evidente, tampoco se trabaja la formación en informar y acompañar a la toma de decisiones de las mujeres como sujetas de derechos, sin imponer las cargas morales e ideológicas individuales.

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

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

De Zordo explica:

Los trabajadores de la clínica también se sentían estigmatizados por los medios de comunicación como 'aborteros' (abortistas callejeros) que usan técnicas 'inseguras' y 'peligrosas', como la Dilatación y Evacuación (dilatación del cuello uterino y evacuación quirúrgica uterina) y, lo que es más importante, por sus colegas que trabajan en

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

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

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

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

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

La Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo originalmente permitía que las **mujeres de 16 y 17 años** prestaran su consentimiento para abortar, informando al menos a uno de los sus padres o tutores legales. Y establecía la posibilidad de que en situaciones de grave conflicto pudieran prescindir de esta información acompañadas de profesionales. Estas dos posibilidades se eliminaron en 2015 con la modificación que se convirtió en la [Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre](#), para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

3.1. BARRERA: MENORES DE 16 Y 17 AÑOS

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

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

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

Esta modificación impulsada por el Partido Popular mantiene a **las menores de edad con su capacidad de decidir restringida** y, si quieren abortar, necesitarán autorización y presencia de uno de sus tutores legales. La Ley también establece que, en caso de conflicto por el consentimiento por parte de los representantes legales, o cuando la decisión pueda poner en peligro el interés superior de la menor, se deberá de recurrir al Código Civil y, por tanto, contempla la posibilidad de que la menor de edad pueda llevar el caso a la fiscalía de menores.

En los últimos meses la Ministra de Igualdad, Irene Montero, ha anunciado la voluntad del cambio de la ley en este ámbito (Álvarez, 7 octubre 2020). Esperando que este cambio se haga

efectivo cuanto antes ya que supone una restricción que precariza las condiciones de vida de las jóvenes menores de edad que ante un embarazo no planificado deciden abortar. Además, esta ley constituye una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos porque impide a las personas jóvenes ejercer su propia autonomía y decidir sobre sus vidas y cuerpos, así como acceder al derecho a la salud. Opera como una barrera de acceso inequitativo al aborto, impactando de manera negativa especialmente en aquellas jóvenes que no pueden contar con el apoyo familiar o que se encuentran en situaciones de violencias, entre otras, sometiéndolas también a este obstáculo que las deja desprotegidas, solas y sin opción de ejercer su derecho a decidir.

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

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

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

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

4. CÓDIGO PENAL: tipificaciones que afectan al aborto

Como comentábamos anteriormente, el aborto sigue siendo un delito regulado en el Código Penal (artículos 145 y 145 bis) y las condiciones para poder ejercerlo, o sea despenalizadas, están reguladas en esta Ley Orgánica 2/2010 (artículos 13 a 17).

El Código Penal vigente dedica todo un Título (II) al aborto con diferentes figuras delictivas: por una parte, los tipos penales que protegen el embarazo frente a posibles formas de violencias y,

por la otra, la criminalización de supuestos de aborto practicados fuera del marco legal vigente, que han sido muy criticados por el movimiento feminista y por la doctrina penal, que en general considera que la práctica de aborto voluntario tiene que salir del Código Penal. Concretamente, encontramos:

a) Sanciones para las personas profesionales que practican el aborto sin consentimiento de la mujer, o con violencia o intimidación (artículo 144). *El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años. Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.* En este caso, nos encontramos ante un tipo penal que protege los derechos reproductivos de las mujeres en situaciones de violencias contra su voluntad de llevar a cabo un embarazo.

b) Sanciones por el aborto realizado con consentimiento de la mujer fuera de los casos permitidos legalmente (artículo 145.1). *El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.*

c) Sanciones para las mujeres que abortan fuera de los supuestos legales (artículo 145.2). *La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.*

d) Sanciones para el personal sanitario y los centros cuando se practican abortos si falta algún requisito administrativo de los supuestos legales (artículo 145 bis).

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que, dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en la mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada de acuerdo con este precepto.

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

4.1. BARRERA: CONTINUIDAD DE LA PENALIZACIÓN

Mantener el aborto penalizado en cualquier caso que exista una voluntad expresa de la mujer por llevarlo a cabo supone una imposición del sistema patriarcal vinculada al control de los cuerpos y el orden social tradicional. Se considera que el único aborto que debería mantenerse en el código penal es aquel que se ejerce contra la voluntad expresa de la mujer o persona embarazada.

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

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

5. OTRA LEGISLACIÓN RELACIONADA

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

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- REAL DECRETO 410/2016, de 31 de octubre por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2017/2020 (B.O.E. de 18 de noviembre de 2016).
- REAL DECRETO 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- REAL DECRETO 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- ORDEN de 16 de junio de 1986 sobre Estadística e Información Epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio. (B.O.E. de 3 de julio de 1986).

LA INFORMACIÓN: CLAVE PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL ABORTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La vulneración de esta dimensión del derecho puede llegar a provocar situaciones muy complicadas que, muchas veces, obligan a las mujeres a buscar soluciones por su cuenta poniendo en riesgo sus vidas. Por tanto, se debe garantizar el derecho a la información sobre el aborto como un eje fundamental de los Derechos Sexuales y Reproductivos, tal y como se recoge en la *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Se hace urgente actualizar la información institucional, tanto la que ofrecen las personas profesionales involucradas, como la de las páginas web, materiales, etc. que contienen información sobre la IVE.

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

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

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

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

TABLA G.3.

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

2019 TOTAL NACIONAL

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

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020: 24)

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

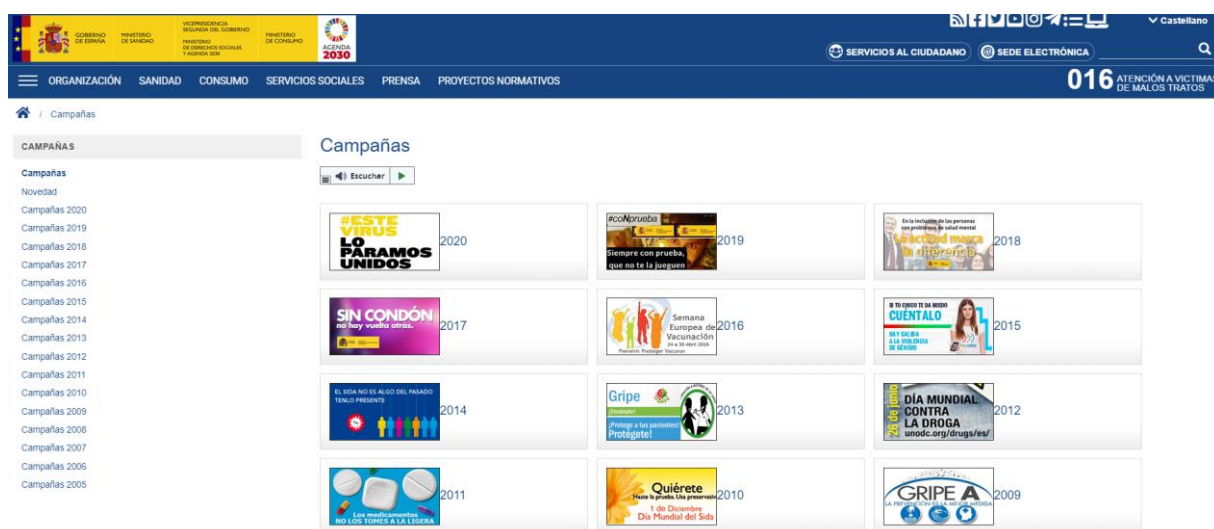
1. La información del acceso al aborto a través de las campañas institucionales

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

La realidad es que, a día de hoy, y tras una revisión a través de Internet según los criterios establecidos en el apartado metodológico del informe, se han localizado escasos materiales sobre campañas informativas de acceso al aborto en el Estado español.

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


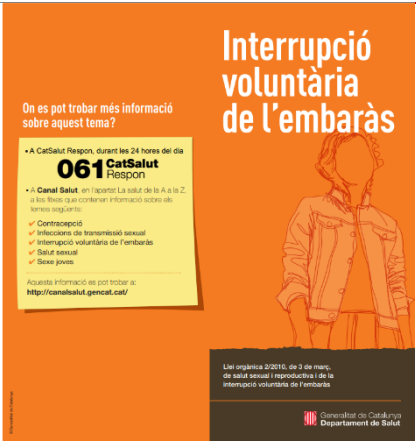
Figura 3: Campañas informativas del Ministerio de Sanidad



Fuente: Ministerio de Sanidad (s.f.)

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

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

Institución	Título	Año	Imagen y enlace
Junta de Andalucía	Interrupción voluntaria del embarazo	Desconocida (Posterior a 2015 incluye cambio de ley)	<p>Junta de Andalucía (s.f.)</p> 
Generalitat de Catalunya	Informació voluntària de l'embaràs	2011	<p>https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/l/interrupcio voluntaria embaras/documents/arxius/ive informacio nov11.pdf</p> 

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

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

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

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



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



Si ets major de 18 anys

La interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) és possible en els casos següents:

- Per decisió de la dona dins de les 14 primeres setmanes de gestació.*
- Per causes mèdiques relacionades amb la salut de la dona (física, mental i/o social) o el fetus abans de les 22 setmanes de gestació.
- Per causes mèdiques quan es detectin anomalies en el fetus incompatibles amb la vida, més enllà de la setmana 22 de gestació.

*Les setmanes d'embaràs es compten a partir de la data de l'última menstruació. Fins a les 9 setmanes de gestació es pot optar per un avortament instrumental o farmacològic. Informa't de l'opció que més et convéngui!

Si ets menor de 18 anys

La interrupció voluntària de l'embaràs és possible en els mateixos casos que en les dones majors d'edat. L'única diferència és que les joves menors de 18 anys hem de disposar de l'autorització expressa de la mare, pare, tutora o tutor legal per poder interrompre l'embaràs.

Si tens problemes, o creus que en pots tenir, a l'hora d'explicar que estàs embarassada i no vols continuar endavant, pots adreçar-te a un dels equipaments gratuïts que trobaràs a continuació, on t'acompanyaran, t'informaran, t'orientaran i et donaran el suport que necessitis: emocional, legal i/o sanitari.



La millor manera d'evitar un embaràs no planificat és la utilització de **mètodes anticonceptius i l'educació sexual.**

Si creus que estàs embarassada i vols tenir més informació sobre la interrupció voluntària de l'embaràs, pots adreçar-te als serveis gratuïts que trobaràs a continuació. És important que et posis en contacte com més aviat millor amb un d'aquests serveis, on no cal sol·licitar cita prèvia:

Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS)
Per a adolescents i joves de fins a 30 anys
www.centrejove.org

Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSR) del teu CAP
www.assr-barcelonacs.wordpress.com/on-som

ASSR Mnsio
c/ Mnsio, 19, 6a planta
Eixample
Tel.: 93 556 67 55

ASSR Pare Claret
c/ Sant Antoni M. Claret, 19-21, 3a planta
Gràcia
Tel.: 93 476 13 76

ASSR Sant Andreu
Avinguda Meridiana, 429, 6a planta
Sant Andreu
Tel.: 93 274 66 16




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

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

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

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

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

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

Características de la búsqueda:

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

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

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

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

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

En las búsquedas más intuitivas como podrían ser “quiero abortar”, “como abortar” o “aborto voluntario” prácticamente no aparecen las páginas de las administraciones públicas. Estas aparecen si la búsqueda se hace por “interrupción voluntaria del embarazo” que es el nombre técnico. Sin duda **la ausencia de páginas oficiales de la administración pública sobre el tema, de fácil localización en los buscadores, es una variable que pudiera dificultar el acceso a la información.** Incluso cuando se encuentra, como en el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo la información es de nulo valor para una persona que quiera conocer el procedimiento, puesto que la mayoría de información es para uso profesional y estadístico. Es una obligación jurídica específica de los Estados. En concreto, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud sexual y reproductiva. Es decir, que el Estado está obligado a implementar medidas para que se cumpla el elemento de accesibilidad a la información.

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

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

La página “Red Madre” aparece en el primer lugar de la mayoría de las búsquedas, y en todas aquellas más intuitivas que cualquier mujer con necesidad de información podría buscar. Esta página y el grupo que la promueve encajaría en la definición de *Crisis Pregnancy Center*. Según NARAL Pro-Choice Maryland (2020), exponen lo siguiente sobre los *Crisis Pregnancy Center*:

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

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

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

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

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

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

Así pues, **la primera opción informativa que ofrece el buscador Google sobre el aborto está en manos de una entidad antiabortista que ofrece información falsa obviando** la Obligación jurídica de “proteger” que tiene el Estado. Concretamente se dice que: *“Los Estados deben prohibir e impedir que agentes privados obstaculicen con prácticas o procedimientos los servicios de salud, por ejemplo, mediante la obstrucción física de los establecimientos, la difusión de información errónea, los honorarios informales y los requisitos de lam de terceros”* (Organización de las Naciones Unidas, 2016, art. 43).

- **Presencia destacada del ámbito privado**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Características de la búsqueda:

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

Se han valorado parámetros divididos en dos grandes bloques:

Accesibilidad

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

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

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

Calidad de la información

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pero donde hay un amplio margen de mejora en la explicación del propio **procedimiento. En este caso la información suele ser muy escasa o directamente inexistente.** Cuando existe tal información se citan las técnicas sin aportar ninguna otra información que pudiera ser relevante

o de interés para la mujer, **especialmente cuando puede elegir método entre el instrumental y el farmacológico.**

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

Por otra parte, existe unanimidad, pero en lo negativo, es en la **ausencia absoluta de explicación sobre el procedimiento de aborto más allá de las 22 semanas.** En este caso en muchas páginas ni siquiera se cita o, cuando se hace, es sencillamente diciendo que a partir de unas determinadas semanas el caso pasará a un comité clínico.

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

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

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

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

En general y a modo de síntesis se observan **dos denominadores comunes que se convierten en BARRERAS o VIOLACIONES² DE LA OBLIGACIÓN DE CUMPLIR** en la información que se ofrece sobre el aborto en las páginas de los servicios de salud públicos de las CCAA:

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

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

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

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

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

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

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

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

Características de la búsqueda:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESTACADOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los sistemas de información y vigilancia institucionales tienen una labor imprescindible para poder evaluar la situación del aborto en el Estado español y en cada una de sus comunidades autónomas. Estos datos deberían contribuir de forma evidente a mejorar las políticas públicas en relación con el acceso a la IVE y a la implementación de sus normativas relacionadas. Es información clave en la rendición de cuentas de los servicios públicos y son fundamentales para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres.

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

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

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

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

Fuente: Tabla de elaboración propia

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Recuperado de Rodríguez (2019: 86)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Accesibilidad y calidad de la información

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

En este informe, nos hemos centrado en el análisis de la accesibilidad a la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Así como en el análisis del cumplimiento de las obligaciones jurídicas del Estado español a la hora garantizar esta dimensión del derecho al aborto. Por lo tanto, lo que se presenta a lo largo de informe es un análisis sobre el acceso a la información del aborto en territorio español y en relación con los cuatro elementos que comentamos configuran este derecho. La tabla que presentamos en este espacio nos da una visión rápida de los resultados que hemos ido desarrollando a lo largo del informe en esta clave.

Entendemos por **disponibilidad** el hecho que la información de la que hablamos exista y esté a disposición de la ciudadanía para poder consultarla en cualquier momento que lo necesite. Entendemos por **accesibilidad** que esa información se pueda adquirir de forma fácil y sin complicaciones importantes para cualquier persona y en cualquier momento que lo necesite. La **aceptabilidad** tiene que ver con la adaptación de esa información al contexto y al objetivo de poder transmitirla a la población de forma clara, entendible y asegurando que llegue ese mensaje adaptada a los contextos necesarios. Y, finalmente, la **calidad** tiene que ver con la veracidad, el contenido y la riqueza informativa para contribuir a la agencia de la ciudadanía en relación a este derecho. Así pues, después del trabajo realizado y presentado en este informe, recogemos los resultados vinculados a cada uno de los ámbitos estudiados sobre la información del aborto y a efecto de conclusión quedaría de tal forma:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

- ACAI (2014) Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres o tutores la interrupción de su embarazo. Recuperado de <https://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf>
- ACAI (2018) Implementation of the abortion law. Spain's history and experience. Recuperado de <https://www.acaive.com/implementation-of-the-abortion-law-spains-history-and-experience/publicaciones/>
- ACAI (2020) Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. Recuperado de [ACAI - Asociación de Clínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo \(acaive.com\)](https://www.acaive.com/)
- ACAIVE (3 de marzo de 2016) Métodos seguros para interrumpir el embarazo ¿Instrumental o farmacológico? Youtube. Recuperado de [Métodos seguros para interrumpir el embarazo: ¿instrumental o farmacológico? - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=...)
- Álvarez, P. (7 octubre 2020). Igualdad anuncia un cambio en la ley para que las jóvenes de 16 y 17 años puedan abortar sin consentimiento paterno. El País. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2020-10-07/igualdad-anuncia-un-cambio-en-la-ley-del-aborto-para-derogar-la-reforma-de-2015.html>
- Ajuntament de Barcelona (2016) Avortament: Una opció i també un dret. Recuperado de [campanya_informativa_avortament.pdf \(barcelona.cat\)](https://www.barcelona.cat/campanya-informativa-avortament.pdf)
- Ajuntament de Barcelona (2019) Avortar és un dret gratuït. Recuperado de <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb36c6b3af4016e7e77a17e05f8>
- Barambio, S. (2017). Are women really free to choose how to have an abortion? X afin international conference reproductive politics, rights and desires.
- Blanch, J. (10 de noviembre de 2020) Aborto: un procedimiento regulado por ley. La Vanguardia. Recuperado de [Aborto: un procedimiento regulado por ley \(lavanguardia.com\)](https://www.lavanguardia.com/)
- Bodelón, E. e Igareda, N. (2019) El estado de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos en Catalunya y su relación con las políticas públicas catalanas. Programa Agenda 2030 Feminista (Creación Positiva y L'Associació Drets Sexuals i Reproductius). Recuperado de http://www.agenda2030feminista.org/wp-content/uploads/2019/11/Informe_Antigona_2030feminista.pdf
- Bryan, A. y Schwartz, J. (2018) Why Crisis Pregnancy Centers Are Legal but Unethical. *AMA J Ethics*;20(3):269-277. Recuperado de [Why Crisis Pregnancy Centers Are Legal but Unethical | Journal of Ethics | American Medical Association \(ama-assn.org\)](https://www.ama-assn.org/journal-of-ethics/why-crisis-pregnancy-centers-are-legal-but-unethical)
- Colell, E. (17 de enero de 2020) Menores sin permiso paterno para abortar compran pastillas en internet. El Periódico. Recuperado de [Menores sin permiso paterno para abortar compran pastillas en internet \(elperiodico.com\)](https://www.elperiodico.com/)
- Colell, E. y Sánchez, G. (9 de enero de 2020) La madre de 16 años del bebé arrojado al Besòs pidió ayuda para abortar. El Periódico. Recuperado de [La madre del bebé arrojado al Besòs pidió ayuda para abortar \(elperiodico.com\)](https://www.elperiodico.com/)

- Comité Consultivo de Bioética de Catalunya (2008). Informe sobre la Interrupción de la Gestación. Recuperado de [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/0/a1e4b9c1e7cbddefc125765c0045cc77/\\$FILE/Aborto.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumen.nsf/0/a1e4b9c1e7cbddefc125765c0045cc77/$FILE/Aborto.pdf)
- Condenada a 20 años de cárcel por tirar a su bebé recién nacido por la ventana (17 de octubre 2019). La Vanguardia. Recuperado de [Condenada a 20 años de cárcel por tirar a su bebé recién nacido por la ventana \(lavanguardia.com\)](http://www.lavanguardia.com)
- Coordinadora Feminista (2007). Interrupción voluntaria del embarazo.El derecho de las mujeres a decidir. Recuperado de <http://www.feministas.org/interrupcion-voluntaria-del.html>
- Council of Europe Commissioner for Human Rights (2015). Human rights and intersex people. Recuperado de <https://rm.coe.int/16806da5d4>
- De Zordo, S. (2017). From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña. *Glob Public Heal An Int J Res Policy Pract*, pp. 1–13. Proyecto financiado por ERC (European Research Council-680004). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278744>
- Defensor del Pueblo (28 de noviembre de 2019) El Defensor del Pueblo formula nuevas recomendaciones para garantizar el derecho a la salud. Recuperado de [Asistencia sanitaria universal | Defensor del Pueblo](http://www.defensordelpueblo.es)
- Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (s.f.) Informe sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2017. Recuperado de [IVE2012-----NOTAS \(comunidad.madrid\)](http://www.comunidad.madrid)
- Doan, A. (2007). Opposition and Intimidation:The abortion wars and strategies of political harassment. University of Michigan. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/10.3998/mpub.110380>
- Dossier Documental del Institut Català de les Dones (s.f) Drets Sexuals i Reproductius. (En catalán). Recuperado de http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/cdoc_dossier_drets.pdf
- Europe Abortion Access Project (2020) Access to abortion care in times of covid-19. Proyecto europeo de investigación BAR2L2GAB (680004). Universitat de Barcelona, European Research Council. Recuperado de <https://europeabortionaccessproject.org/>
- Fernández, R. (28 de junio de 2020). Google. Datos estadísticos. Statista. Recuperado de [Google - Datos estadísticos | Statista](https://www.statista.com)
- García, T. (9 de julio de 2019). La sanidad universal de Sánchez deja fuera a embarazadas y niños que no lleven 90 días en España. El Salto Diario. Recuperado de https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/universal-sanchez-deja-fuera-embarazadas-ninos-menos-90-dias-espana?fbclid=IwAR1Xi7N3JiGnC3N0pG-F8LChBRseD2U4W7HN79XD6txRLo6sTJA_i1SXutQ
- Generalitat de Catalunya (2011) Interrupció Voluntària de l'Embaràs. Recuperado de [ive informacio nov11.pdf \(gencat.cat\)](http://www.gencat.cat)

- Generalitat de Catalunya (2019) Estadística de la Interrupció Voluntaria de l'Embaràs a Catalunya, 2018. Recuperado de [Microsoft Word - 20190917 INFORME IVE 2018.docx \(gencat.cat\)](#)
- Generalitat Valenciana (2018) Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Recuperado de ([Microsoft Word - 9. SGGT - Salut P\372blica 2018.docx](#)) ([gva.es](#))
- Govern Illes Balears (s.f.) Evolución de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo a les Illes Balears. Recuperado de [Epidemiología-Evolución de las IVE \(caib.es\)](#)
- Gobierno de España (20 de diciembre de 2018) María Luisa Carcedo anuncia la reactivación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y una encuesta de Salud Sexual. Recuperado de [La Moncloa. 20/12/2018. María Luisa Carcedo anuncia la reactivación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y una encuesta de Salud Sexual \[Prensa/Actualidad\]](#)
- Gobierno Vasco (2020) Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2018. Recuperado de [informe-ive-2018.pdf \(euskadi.eus\)](#)
- Grupo de Interés Español de Población, Desarrollo y Salud Reproductiva; Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (2008). Acceso al Aborto en el Estado español. Un mapa de inequidad. Recuperado de <https://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0190.pdf>
- Institut Borja de Bioètica (2012). Consideracions sobre l'objecció de consciència. Recuperat de [BD66cat.pdf \(url.edu\)](#)
- Instituto Guttmacher (27 de setiembre de 2017) En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Recuperado de [En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año | Guttmacher Institute](#)
- INE (2019) Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. Recuperado de [Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo.\(2853\) \(ine.es\)](#)
- J.S. (29 de diciembre de 2012) La llei truncada de Federica Montseny. Diari ARA. Recuperado de [La llei truncada de Federica Montseny \(ara.cat\)](#)
- Jacob, S., Schiffino, N. y Biard, B. (2018). The mystery shopper: a tool to measure public service delivery?. *International Review of Administrative Sciences*. 84. 164-184. 10.1177/0020852315618018.
- Junta de Andalucía (s.f.) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de [salud 5af958738263d folleto IVE 14102015.pdf \(juntadeandalucia.es\)](#)
- Junta de Castilla y León (2020) Evolución de las Interrupciones del Embarazo en Castilla y León. Recuperado de [< 15 a \(saludcastillayleon.es\)](#)
- Kirchgaessner, S. (19 de agosto de 2019) Grupos antiabortistas utilizan Google para publicar anuncios engañosos y hacerse pasar por clínicas abortivas. El Diario.es. Recuperado de [Grupos antiabortistas utilizan Google para publicar anuncios engañosos y hacerse pasar por clínicas abortivas \(eldiario.es\)](#)

- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (s.f.) Campaña por el aborto universal en Catalunya. Recuperado de [Campaña por el aborto universal en Catalunya \(lassociacio.org\)](#)
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2016) Nota de premsa: “Más del 80% de les dones enquestades no saben que avortar és gratuït”. Recuperado de [Nota-de-premsa“Más-del-80-de-les-dones-enquestades-no-saben-que-avortar-és-gratuït”-3-octubre-2016.pdf \(centrejove.org\)](#)
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2019) Informe 2019 de L'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius. [Recuperado de Avortament – Informe 2019 \(lassociacio.org\)](#)
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2020) Abortar más allá de las 22 semanas de gestación. Recuperado de [Más 22 | Preguntas Frecuentes \(lassociacio.org\)](#)
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius (2020) Posicionamiento sobre el Aborto. [Recuperado de ABORTO \(lassociacio.org\)](#)
- López Trujillo, N. (3 marzo 2020). Del delito al periodo de reflexión: abortar en España en los últimos 40 años. Newtral. Recuperado de <https://www.newtral.es/del-delito-al-periodo-de-reflexion-abortar-en-espana-en-los-ultimos-40-anos/20200303/>
- Más del 80 % de las mujeres no saben que abortar es gratuito (4 de octubre de 2016) La Vanguardia. Recuperado de [Más del 80 % de las mujeres no saben que abortar es gratuito \(lavanguardia.com\)](#)
- Ministerio de Sanidad (s.f.) Campañas. Recuperado de [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Campañas - Campañas \(mscbs.gob.es\)](#)
- Ministerio de Sanidad (2019) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos del 2018. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2018.pdf
- Ministerio de Sanidad (2020) Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2019. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (s.f.) Interoperabilidad plena de las tarjetas sanitarias. Recuperado de [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Interoperabilidad plena de las tarjetas sanitarias \(mscbs.gob.es\)](#)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de [Estrategia SALUD SEXUAL REPRODUCCION:MinSANIDAD CONSUMO \(mscbs.gob.es\)](#)
- Morgan, M. (2017) Reproductive governance meets European abortion politics: The challenge of getting the gaze right. A Fragmented Landscape: Abortion Governance and Protest Logics in Europe. Editado por Silvia De Zordo, Joanna Mishtal, and Lorena Anton. Londres: Berghahn Books, 266-82.
- Moure, S. A., & Cernadas, R. A. (2020). Perception of medical students in Galicia (Spain) regarding conscientious objection to the voluntary termination of pregnancy. *Gaceta sanitaria*, 34(2), 150. DOI 10.1016/j.gaceta.2019.02.007.

- NARAL Pro-Choice Maryland (2020) What is a Crisis Pregnancy Center? Recuperado de [What is a Crisis Pregnancy Center? - NARAL Pro-Choice Maryland \(prochoicemd.org\)](https://prochoicemd.org/what-is-a-crisis-pregnancy-center/)
- OMS (2019) Prevención del aborto peligroso. Recuperado de [Prevención del aborto peligroso \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/unsafe-abortion)
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios (2000) Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Recuperado de [carta-identidad.pdf \(hsjd.org\)](https://www.hsjd.org/documentos/carta-identidad.pdf)
- Ostrach, B. (2012). "Yo No Sabía" –Immigrant Women's Use of National Health Systems for Reproductive and Abortion Care. *J Immigrant Minority Health*, 15, pp. 262-272. DOI 10.1007/s10903-012-9680-9
- Pusterla, M. (19 de junio de 2018). Siete de cada diez ginecólogos en Italia se niegan a practicar abortos. *El Salto Diario*. Recuperado de [Aborto | Siete de cada diez ginecólogos en Italia se niegan a practicar abortos - El Salto - Edición General \(elsaltodiario.com\)](https://elsaltodiario.com/aborto-siete-de-cada-diez-ginecologos-en-italia-se-niegan-a-practicar-abortos/)
- Potts, M. y Campbell, M. (2009). History of Contraception. *GLOWM: The Global Library of Women's Medicine*. Recuperado de https://www.glowm.com/section_view/heading/history-of-contraception/item/375
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2005) Guía Práctica de Salud. Unidad 23: Organización y legislación sanitaria en España. Recuperado de [Unidad 23 \(semfyc.es\)](https://www.semfyec.es/unidad-23)
- Rodríguez, A. (2019) El estado de la cuestión del aborto en Catalunya. Un análisis de las barreras de acceso desde la perspectiva feminista interseccional. Trabajo de Final de Máster, Universidad de Barcelona.
- Tamayo, G. (2001). *Bajo la Piel. Derechos sexuales, Derechos reproductivos*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Recuperado de https://info.nodo50.org/IMG/pdf/giulia_tamayo.pdf
- Tots els ginecòlegs de l'hospital Arnau, objectors respecte a practicar avortaments quirúrgics voluntaris. (25 de noviembre de 2020). *Segre.com*. Recuperado de [Tots els ginecòlegs de l'hospital Arnau, objectors respecte a practicar avortaments quirúrgics voluntaris \(segre.com\)](https://www.segre.com/actualitat/2020/11/25/tots-els-ginecologs-de-l-hospital-arnau-objectors-respecte-a-practicar-avortaments-quirurgics-voluntaris/)
- Vidal, O. (10 de marzo de 2020) El aborto en el mundo. *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200310/474081293249/aborto-leyes-paises-infografia.html>
- Viure als Pirineus (9 de marzo de 2020) El Col·lectiu de Dones Feministes del Pallars exigeix al CatSalut poder avortar a l'Alt Pirineu. Recuperado de <https://www.viurealspirineus.cat/articulo/societat/col-lectiu-dones-feministes-pallars-exigeix-catsalut-servei-davortament-lalt-pirineu/20200309131558017876.html>
- Xunta de Galicia (s.f.) Datos estadísticos. Recuperado de [Datos estadísticos - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde \(sergas.es\)](https://www.sergas.es/datos-estadisticos)
- Yo Sí Sanidad Universal (2019) Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018 sobre el "acceso universal al Sistema Nacional de Salud". Recuperado de [informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf \(yosisanidaduniversal.net\)](https://yosisanidaduniversal.net/informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf)

Marco normativo

Organización de las Naciones Unidas (2016) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas. Recuperado de <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4sIQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdlmnsJZZVQfQejF41Tob4CvljeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España. Recuperado de docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhssmw5jHDQuNBd%2bTWAIG8TIEDelpxL7bv3lxTh7eO3KMat7G7awOr90prB%2fk0IQCbN%2fkypVDW5n49bhmsxXKE5bnrStiTjarvBK01F3v3RBnyE1%2bgw0OfRJMDJ5V0oJWbbw%3d%3d

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Real Decreto-ley 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Boletín Oficial del Estado núm. 155, páginas 56253 a 56258.

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

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

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

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