

Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo

septiembre 2012



Edita

Plataforma de Mujeres ante el Congreso (PMAC), compuesta por:

AMPLIA, Asoc. profesional de Agentes de Igualdad de Madrid

Asamblea Feminista

Forum de Política Feminista

Nosotras no nos resignamos

Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres

www.mujeresantecongreso.org

Comité de Redacción

Esther Castellanos Torres

Manuela Fernández Cabrero

Lucía Mazarrasa Alvear

Justa Montero Corominas

Toñi Ortega Fernández

Isabel Soriano Villarroel

Laura Tejado Montero

Diseño y Creatividad

David Sánchez Sebastián

www.davidss.com

Impresión

Grupo Forletter



Esta obra puede ser distribuida, copiada y exhibida libremente siempre y cuando su uso sea no comercial, se muestre la autoría en los créditos y las obras derivadas se compartan bajo estos mismos términos de licencia.

Editorial

3. Mujeres ante el Congreso por la despenalización del aborto voluntario

Argumentario

4. Cuestión de derechos sexuales y reproductivos (DSR)

6. Derecho a decidir, derecho al aborto

7. Derecho a la salud

8. Aportaciones del movimiento feminista a los DSR

10. Sexualidad: mecanismos de control vs mecanismos de libertad

11. Comparativa de la legislación sobre el aborto en España: 1985 vs 2010

16. ¿Es legal el aborto en España?

17. Las mujeres de 16 y 17 años y la IVE

18. Prestación de la IVE en los servicios de salud

20. Recorrido de la lucha por la despenalización de la IVE

21. ¿Cómo está regulada la objeción de conciencia?

22. La píldora del día después, ¿es abortiva?

23. ¿Se asumen riesgos al abortar?

Datos

24. Datos sobre la IVE en el mundo

26. Datos sobre la IVE en España

30. Glosario

31. Documentos de consulta

Por la despenalización del aborto voluntario



La Plataforma de Mujeres ante el Congreso (PMAC), creada en 2009, es una plataforma de asociaciones feministas que defiende los derechos de las mujeres en general, y los derechos sexuales y reproductivos en particular.

Nuestro ideario básico en torno a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) implica:

- Que el aborto voluntario se regule como un derecho en una ley específica y deje de estar tipificado como delito en el Código Penal.
- Que la libre decisión de las mujeres no esté limitada.
- Que no se desproteja a las mujeres que necesitan practicarse una IVE por suponer el embarazo un grave riesgo para su salud física y/o psíquica en cualquier momento de la gestación.
- Que las IVEs se practiquen en la sanidad pública y se garantice la equidad territorial.
- Que se supriman en su totalidad los requisitos de tutelaje administrativo.
- Que se reconozca la autonomía de las menores de 16 y 17 años.
- Que se regule la objeción de conciencia para profesionales.
- Que mejoren las políticas de prevención de embarazos no deseados.

¿Por qué “Mujeres ante el Congreso”?

En 2009, elaboramos un manifiesto en respuesta a la modificación propuesta por el Gobierno de la regulación de la IVE, que presentamos el 11 de marzo en la Sala de Columnas del Congreso, ante los grupos parlamentarios que configuraban la Subcomisión de Igualdad del Congreso de los Diputados y más de 200 organizaciones. Esto constituyó el origen de la Plataforma.

Desde entonces, la PMAC ha seguido realizando actos públicos, elaborando documentos y reuniéndose con diversos sectores sociales, intentando vincular de forma sistemática la incidencia política con el activismo social para lograr el reconocimiento pleno de los derechos.

Proyecto: Por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. “¡Ni un paso atrás!”

En su Resolución 11/5 de 2009, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas afirmó que “El ejercicio de los derechos humanos no puede subordinarse a la aplicación de las políticas de ajuste estructural y las reformas económicas emprendidas a causa de la deuda”.

El intento de control sobre el cuerpo, la sexualidad y la vida de las mujeres y, en concreto, el derecho a decidir y el derecho universal a la salud, no se pueden entender separados del contexto general de crisis económica, democrática y de ciudadanía actual que responde a intereses de corte neoliberal-patriarcal.

Dentro de la situación de recortes globales, desde la PMAC llevamos a cabo este proyecto para disminuir el impacto negativo que la restricción del derecho al aborto tendrá sobre las mujeres, donde la guía es una parte del mismo.

Objetivo:

Facilitar el conocimiento sobre la situación actual de la IVE en España, proporcionando información actualizada, integral y contrastada teniendo en cuenta las diferentes variables que concurren en el imaginario social y la práctica de la misma.

Cuestión de derechos sexuales y reproductivos (DSR)

En 1993, 25 años después de la 1ª Conferencia Internacional de Derechos Humanos, se reconoce explícitamente que **los derechos de las mujeres son también derechos humanos**. Sucedió en Viena durante la Conferencia de Naciones Unidas de Derechos Humanos.

La ratificación formal de la igualdad de derechos se ha revelado insuficiente para las mujeres porque:

1. El sesgo marcadamente androcéntrico del discurso de derechos humanos invisibiliza las realidades, voces y necesidades específicas de las mujeres.
2. La concepción y aplicación de los derechos humanos en la esfera pública oculta que las mayores vulneraciones de los derechos de las mujeres se dan en el ámbito de lo privado.
3. Además, las mujeres tienen derechos específicos relacionados con la protección de la maternidad y los derechos reproductivos históricamente omitidos.

“ El proyecto de vida de una mujer puede verse afectado con la continuación de un embarazo no deseado, y más aún si éste puede acarrear daños a la salud física o psíquica ”

Las mayores vulneraciones de los derechos de las mujeres se deben a las desigualdades de poder que definen las relaciones de género.

Configuración y respeto al proyecto de vida

Desde una concepción feminista de los derechos humanos, se entiende que éstos exceden el sentido material y biológico de sus definiciones, y que resulta imprescindible incluir elementos de bienestar y subjetivos relacionados con el proyecto de vida individual de cada mujer y cada hombre.

Hay que respetar el derecho de las personas a:

- la autonomía o posibilidad de construir un determinado proyecto de vida (vivir como se quiere)

- ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien)
- la intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)

Derechos sexuales y reproductivos: poder y recursos

Los DSR son derechos humanos y universales porque abarcan a todos los seres humanos desde su nacimiento, son interdependientes, se conectan con los demás derechos humanos y son indivisibles en tanto se viven y actúan de un modo conjunto e integral.

Desde una mirada feminista a los DSR, éstos deben definirse teniendo en cuenta dos elementos clave:

Poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, crianza de criaturas, salud ginecológica y sexualidad.

Recursos para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas.

Sin poder ni recursos, los derechos entendidos como elecciones individuales carecen de significado para quienes no disfrutaban de las condiciones necesarias para ser ejercidos.

Los **Derechos Sexuales** incluyen el derecho de las mujeres a tener control sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sobre ella sin verse sometida a discriminación, coerción ni violencia.

De los **Derechos Reproductivos** destacamos el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos/as, y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.



Movimientos de mujeres e instrumentos internacionales

Gracias a la nueva red conceptual generada por las teorías feministas y a la acción de los movimientos de mujeres en las esferas socioeconómica, civil, política y cultural, los instrumentos internacionales han incorporado temas relevantes para mejorar la vida de las mujeres.

1948: 1ª Declaración de los Derechos Humanos donde se reconoce el derecho de todas las personas a la salud.

1978: Conferencia de Alma Ata de Atención Primaria de Salud. Se incluye la planificación familiar como un objetivo de la salud materna e infantil.

1979: Se adopta la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de Naciones Unidas. Se explicita el derecho a “acceder a información y asesoramiento sobre la planificación de la familia”.

1994: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) (El Cairo). Se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar el término de **Salud Sexual y Reproductiva**, logro de los movimientos de mujeres, estableciendo que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales.

Se hizo referencia por primera vez:

- al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos
- al placer físico y emocional
- a la libre orientación/elección sexual
- a la libre elección del número de hijos/as
- a la protección de la maternidad

1995: IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (Beijing). Se profundiza en lo anterior y se reconoce además que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Las alianzas más conservadoras opusieron una gran resistencia a la utilización del término “derechos sexuales”, así como a tratar sobre la orientación sexual, el control de las mujeres sobre su propio cuerpo y el aborto.

1996: la Unión Europea y todos sus Estados miembros adoptan formalmente el Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo. En relación al derecho a decidir, el Consejo de Europa, siguiendo un informe de su Comisión de Igualdad, preconiza que el aborto sea una práctica accesible para las mujeres que la demanden en todos los Estados Miembro del organismo.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) aprobó en Londres una Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos construyendo una herramienta para la vigilancia de las violaciones a tales derechos, aunque no es jurídicamente vinculante.

1999: La Asociación Mundial de Sexología (WAS), aprueba los 11 Derechos Sexuales, considerados como Derechos Humanos Fundamentales y Universales, en el 14º Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong).

2000: El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) reconoce, dentro del derecho a la salud, el derecho a controlar el propio cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica.

2008: Resolución 1607 del Consejo de Europa. Reconoce el aborto como un derecho, remarcando que la libertad de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo debe ser respetada, y que los Gobiernos de los Estados Miembro deben garantizar que la interrupción del embarazo sea una práctica accesible y segura.



Al Estado le corresponde garantizar y proteger el ejercicio de los derechos:

- Respetarlos sin interferir, ni directa ni indirectamente, en su disfrute.
- Impedir que terceras personas los violen o menoscaben. Para ello se requieren medidas sociales, legislativas, administrativas y presupuestarias adecuadas.
- Garantizar que la legislación y las políticas públicas favorezcan su ejercicio efectivo.



Derecho a decidir, derecho al aborto

El derecho a decidir sobre lo que sucede en nuestro propio cuerpo se vincula en este material con el derecho a decidir sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (ver capítulo 1).

El derecho a decidir se refiere al ejercicio de un acto de libertad individual que cada mujer debería poder llevar a cabo.

Su conceptualización remite a:

- la legitimación social de una sexualidad desprovista de fines reproductivos únicamente
- acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces
- la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH
- poseer y ejercer el derecho a la práctica de abortos seguros
- contar con servicios de salud que garanticen embarazos y partos seguros y respetuosos con las necesidades de las mujeres
- disfrutar de servicios de salud integrales y de calidad

La apropiación de las mujeres de su propia sexualidad

El control de la sexualidad y reproducción de las mujeres por parte del sistema patriarcal es uno de los instrumentos más importantes para dominar a las mujeres.

“ Las mujeres tenemos el derecho a decidir cuándo, cómo y de qué manera queremos ejercer la maternidad y la crianza sin presiones ni coerciones externas ”

De ahí la beligerancia que muestran los sectores más conservadores cuando se ha reconocido, aunque sea parcialmente, el derecho de las mujeres a decidir durante las primeras 14 semanas de gestación en la Ley 2/2010.

Por tanto, no es el debate del aborto lo que está en juego, sino la apropiación de las mujeres de su propia sexualidad, ya que la regulación de 1985 permitía la IVE durante todo el embarazo y no generó estas resistencias durante sus 25 años de aplicación.

Maternidades y crianzas

La maternidad y la crianza deben constituir opciones en la vida de cada mujer, no imposiciones, y el Estado debe poner los medios necesarios para que pueda ejercerse en las mejores condiciones posibles, sin presiones ni coerciones.

En este sentido, deben garantizarse los recursos adecuados para atender a las mujeres que, por ejemplo, deseen interrumpir su embarazo en caso de detectar anomalías fetales, así como a aquellas que deseen llevar un embarazo similar a término, independientemente de las discapacidades diagnosticadas en el feto.

El trabajo del movimiento feminista dirigido a la toma de conciencia en torno a las diferentes maneras de vivir y entender la maternidad y la crianza, libre de mandatos patriarcales, así como al impulso de políticas públicas para la mejora de la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado de las hijas e hijos, es clave para ejercer el derecho a decidir.

Tutelaje del derecho a decidir: “el sobre de los 3 días”

Según la legislación actual, las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una IVE recibirán determinada información en un sobre cerrado. La mujer deberá dejar pasar al menos tres días antes de practicarse la IVE, entregando un documento acreditativo y fechado de que la ha recibido. Incumplir esta norma implica castigo penal para profesionales.

Informa sobre las ayudas y beneficios laborales y fiscales para la maternidad. En algunas CCAA se incumple la legislación al no incluir documentación sobre los derechos a la IVE, ni métodos anticonceptivos y/o de prevención de ITS.

¿Qué supone este tutelaje en la práctica?

- Las mujeres se ven obligadas a alargar el proceso de la IVE una vez tomada la decisión.
- La deficiente y en ocasiones sesgada información del sobre desorienta a las mujeres como método de coerción.
- Estas situaciones se agravan en los casos en que las mujeres tienen que desplazarse a otras localidades.

Derecho a la salud

Del derecho a la salud integral se deriva que interrumpir un embarazo cuando cualquier dimensión de la misma está en riesgo (física, mental y/o social) debería ser legalmente factible.

Derecho a la protección de la salud

En consonancia con los tratados e instrumentos de derechos humanos, toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.

Esto hace referencia:

- al nivel de salud que permite a una persona vivir dignamente
- a los factores socioeconómicos que hacen posible llevar una vida sana incluyendo los determinantes básicos de la salud
- al acceso a los servicios de salud y a la protección de la salud

Por tanto el Estado debe generar y mantener las condiciones que permitan a las personas tener oportunidades para gozar de bienestar y buena salud, así como de su protección.

El riesgo para la salud o la vida de la mujer puede presentarse en cualquier etapa del embarazo. Debe ser siempre el riesgo y no la etapa de la gestación el factor decisivo para aplicar el derecho a la salud.

Desigualdades en salud

Uno de los principales obstáculos para que las mujeres no alcancen el más alto nivel posible de salud es la desigualdad, no solo entre sexos, sino respecto a otras mujeres. Se origina por:

- la procedencia geográfica y/o el origen étnico
- la clase social
- la edad
- la opción y orientación sexual

Estas diferencias generan inequidades en el acceso a los servicios e impiden que todas gocen de un nivel óptimo de salud.

El acceso a los servicios públicos no puede estar limitado por ninguna de esas variables, incluyendo la situación administrativa y el país de origen.

Vulneración del derecho a la Salud en España adquirido en 1985

La ya derogada Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal expuso que el aborto no era punible si:

“Es necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad (...)” (Punto 1.1 art. 417 bis)

Es decir, se podía recurrir a una IVE sin especificar plazos temporales a lo largo del embarazo.

Ante la propuesta de Alianza Popular de inconstitucionalidad, el 11 de abril de 1985, el Tribunal Constitucional dictó la siguiente sentencia:

(...) 17. En cuanto a la indicación de «grave peligro» para la vida de la embarazada, si la vida del «nasciturus» se protegiera incondicionalmente, se protegería más a la vida del no nacido que a la vida del nacido, y se penalizaría a la mujer por defender su derecho a la vida; por consiguiente, resulta constitucional la prevalencia de la vida de la madre.

La vigente Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo limita este supuesto en el caso de la salud diciendo que:

“Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo cuando (...) 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 (...)”

“ Actualmente, pasadas las 22 semanas de gestación, ninguna mujer podrá interrumpir su embarazo legalmente por motivos de su salud ”

Es inexplicable que la legislación actual haya eliminado el ejercicio de un derecho ya consolidado y avalado por el Tribunal Constitucional.

Aportaciones del movimiento feminista a los DSR

En los procesos emancipatorios de las mujeres, el movimiento feminista ha colocado como asuntos políticos fundamentales:

- La autonomía.
- La soberanía sobre el cuerpo.
- La libertad sexual y reproductiva.

En la primera mitad del siglo XX, Emma Goldam y otras feministas luchadoras de la época veían en la anticoncepción un medio para que las mujeres se apropiaran del ejercicio placentero de la sexualidad, libre del temor de los embarazos.

A principios del siglo XX incorporan el aborto en su legislación:

- 1916 · República Federal Suiza
- 1925 · Checoslovaquia
- 1926 · Unión Soviética
- 1929 · Japón
- 1936 · España

En la década de los 70-80, Kate Millet, Shulamith Firestone y otras feministas radicales politizan la sexualidad señalando que el patriarcado, como sistema de dominación sexual, se sitúa en el centro de la opresión hacia las mujeres.

“ La lucha por el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto se inscribe en una lucha mayor por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres. Esta ha sido la base para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos exigibles al Estado ”

“Lo personal es político” implica que:

- la sexualidad y la familia dejan de ser áreas privadas
- se desafían sus formas más tradicionales y heterocentradas
- la violencia contra las mujeres se entiende como un mecanismo de control y expresión del poder

A nivel internacional se levantan campañas que visibilizan los efectos del aborto ilegal en las mujeres, particularmente en relación a la mortalidad materna.

“Aborto libre y legal” fue el lema propuesto por las francesas. El feminismo español acuñó en cambio “Aborto libre y gratuito” para exigir su práctica en la red sanitaria pública.

El aborto deja de ser una práctica individual y silenciada para convertirse en un hecho público y colectivo en muchos países industrializados.

Pasa a vincularse con el principio ético del respeto de la autonomía y la capacidad moral de las mujeres para emitir sus propios juicios, tomar sus decisiones y actuar sobre los distintos dilemas que se pueden presentar en su vida, entre los que la maternidad es uno de ellos.

Como resultado de la reivindicación feminista de los años 70, muchos países europeos y los EEUU despenalizaron el aborto. En España tuvimos que esperar hasta 1985.

Entre los debates actuales se encuentran:

- La reconstrucción de los derechos sexuales y reproductivos para superar la fragmentación implícita en sus definiciones y avanzar en formulaciones que reconozcan que, en la sexualidad de las mujeres, la reproducción es solo un aspecto.
- La maternidad como una opción y no como un mandato de género sujeto a penalización social si no se cumple. La corresponsabilidad masculina en la crianza.
- El reconocimiento de la diversidad y pluralidad de las diferentes formas de vivir las relaciones que difieren del modelo tradicional de familia.
- La crítica al sistema capitalista-patriarcal que vulnera, discrimina y violenta a las mujeres.
- La reivindicación de servicios públicos de calidad que den soporte a la educación, sanidad y cuidados de personas dependientes.
- La lucha contra todo tipo de violencia sexista, incluyendo la homofobia, lesbofobia y transfobia, así como la violencia de pareja hacia las mujeres.
- El reconocimiento de las discriminaciones múltiples que sufren algunas personas por su sexo, discapacidad, país de origen, edad, orientación sexual, clase social, etc.

¡Sin mujeres no hay democracia!



En el Estado español

1936

Con Federica Montseny, ministra de Sanidad, se aprueba en Cataluña la primera Ley sobre interrupción artificial del embarazo de España.

1976

Grupos feministas organizan una campaña estatal exigiendo la amnistía para las mujeres condenadas y presas por “delitos específicos”, entre los que se encuentra el aborto.

1977

Se realiza una potente campaña por una sexualidad libre, el derecho al aborto y la legalización de los anticonceptivos (despenalizados en 1978).

1978

Se critica la redacción del art.15 de la Constitución: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral (...)”, porque podría obstaculizar el reconocimiento pleno del derecho al aborto.

1979

En las primeras elecciones municipales se exige:

- Aborto libre y gratuito por solicitud de la propia mujer, sin discriminación por motivos de edad o estado civil.
- Anticonceptivos libres y gratuitos, así como investigaciones de nuevos métodos.
- Centros de información sexual.

1979 - 1982

Se da a conocer el procesamiento a las “11 de Bilbao” acusadas de la práctica de abortos.

A iniciativa de la Asamblea de Mujeres de Bizkaia, se inicia una campaña por el sobreesimiento del juicio, la amnistía para las 11 de Bilbao y la reivindicación del aborto libre y gratuito con la recogida de 1.300 firmas de mujeres políticas, cantantes, artistas y periodistas que afirman: “yo también he abortado”.

En 1982 la sentencia absuelve a todas excepto a la abortera que pudo beneficiarse de la amnistía.

1983 - 1985

Se hace público el proyecto de ley del aborto del gobierno socialista. Alianza Popular presenta un recurso de inconstitucionalidad acogiéndose al art.15 de la Constitución. En abril de 1985 el Tribunal Constitucional lo rechaza y entra la esperada ley del aborto en vigor.

Gran parte de las organizaciones feministas la critican por mantener la penalización del aborto salvo en tres supuestos y no garantizar su realización en la red sanitaria pública.

1981 - 1990

Se produce una larga cadena de detenciones, juicios y condenas a mujeres y profesionales que practican abortos. En algunos casos hay profesionales que llegan a ingresar en prisión.

Se realizan manifestaciones, jornadas y campañas a favor del aborto libre y gratuito para informar y movilizar a la sociedad. Destaca el proyecto de Ley de la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas o el manifiesto presentado en las Jornadas de Feminismo Socialista.

1990

Organizaciones antielección denuncian en Pamplona a profesionales de la salud por haber practicado un aborto dentro de un hospital público. Hasta el año 2012 no se volvieron a practicar abortos en Navarra.

Años '90 y principios del siglo XXI

Parcialmente despenalizado el aborto, se sigue trabajando en el seguimiento sistemático de las IVEs e impulsando investigaciones.

2008 - 2009

Organizaciones antielección, junto con grupos religiosos y conservadores más reaccionarios, incrementaron las movilizaciones y ataques a las clínicas y profesionales que practican IVEs.

2009 - 2011

Con el anuncio de la nueva Ley del aborto, se retoma la actividad pública con dos posturas dentro del movimiento:

- Por el reconocimiento pleno del derecho al aborto, su despenalización y su práctica en la sanidad pública.
- Por el reconocimiento del aborto como un derecho regulado bajo plazos y supuestos.

Se realizan manifestaciones, concentraciones, jornadas y actos de vindicación a favor del aborto en una especie de déjà vu histórico.

2012

Tras las declaraciones del ministro de Justicia en relación a la modificación restrictiva de la actual Ley 2/2010, las organizaciones feministas de todo el Estado volvemos a activarnos en defensa de los derechos de las mujeres.

Sexualidad: mecanismos de control vs mecanismos de libertad

Derecho a la libertad sexual

La libertad sexual es un derecho fundamental que se engloba dentro de la libertad general de las personas. Incluye:

- el derecho a una vida digna
- el derecho a la integridad corporal
- el derecho a vivir la sexualidad sin coerciones ni violencias

Todas las personas tienen derecho a la libertad sexual, lo que implica tener control y decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, elegir las parejas sexuales, decidir si se tienen o no relaciones sexuales, con quién y con qué frecuencia.

Las formas normativizadas de la sexualidad (heterosexualidad, matrimonio y procreación...) son protegidas y recompensadas por el Estado, que las subvenciona mediante incentivos sociales y económicos.

Las vivencias de la sexualidad que se sitúan fuera de la norma, desprestigiadas y oprimidas, se regulan y prohíben a través del Estado, la religión, la medicina y la opinión pública.

La sexualidad, mecanismo para el placer

Los movimientos sociales, incluido el feminismo, se mueven hacia una construcción de la realidad, por lo que no pueden actuar solo sobre el miedo. No basta con alejar a las mujeres del peligro y la opresión, sino que es necesario ir hacia el placer, la acción y la autodefinición.

La clave está en aumentar el placer y la autodeterminación de las personas, no solo en disminuir los riesgos y peligros que las acechan.

Feministas prosexo estadounidenses como Carole Vance apuntan en los 80 que:

- La experiencia sexual de las mujeres es una mezcla de represión y peligro, junto con ganas de exploración y placer.
- El peligro no solo viene de la violencia machista, sino también de la interiorización del modelo sexual dominante.
- Mujeres y hombres no son meros receptores pasivos de la cultura dominante sino que juegan, subvierten y se resisten a ella.

El papel que la sociedad atribuye a las mujeres respecto a la sexualidad, dentro de la doble moral virgen/puta, es una de las grandes barreras del patriarcado a la libertad sexual.

Las aportaciones feministas destacan la pluralidad de maneras a la hora de ejercer la sexualidad, oponiéndose a la heterosexualidad impuesta y a las diferentes formas de violencia sexual.

Violencia sexual contra las mujeres

La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, su tentativa, la agresión sexual, el acoso y humillación, la prostitución forzada, el aborto forzado, los embarazos no deseados, la denegación del uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, etc.

La violencia sexual, expresión de control y poder, se enmarca en la violencia de género estructural, instrumento clave del sistema patriarcal para someter a las mujeres mediante el miedo y la intimidación.

Es fruto de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, no de la sexualidad masculina.

La violencia sexual y simbólica también está presente en la publicidad y medios de comunicación, mostrando la imagen del cuerpo de las mujeres como disponible y violable.

La naturalización de la violencia sexual hace que se viva como una práctica socialmente tolerada, en particular en el marco de las relaciones afectivas. De hecho, las propias mujeres tienen dificultades para significar la violencia sexual cuando quien la ejerce es su pareja.

Hay pocas investigaciones que estudien de manera singularizada la violencia sexual, y menos aún que relacionen la violencia sexual con la ocurrencia de embarazos no deseados y abortos, aunque en España contamos con algún estudio piloto que apunta la posibilidad de esta hipótesis (ver p. 31).

En cualquier caso, la lucha contra la violencia debe ir unida a la lucha por mejorar la vivencia del placer y libertad sexual de las mujeres, así como de las minorías sexuales.

Comparativa de la legislación sobre el aborto en España: 1985 vs 2010

Comparación descriptiva de la legislación española en materia de IVE. Para ello se analizará cada una de las situaciones reguladas en 1985 y 2010.

Resumen de la Ley 2/2010 respecto a la regulación anterior, en función de si cada supuesto mejora, empeora, se mantiene igual o presenta ambigüedades

| Situaciones reguladas en las legislaciones de 1985 y 2010 | | Valoración | | | |
|--|--|------------|-------|-------------------|---------|
| Período de libre elección | | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| Por violación denunciada | | Mejora | | | |
| Por grave peligro para la vida o salud de la embarazada | | | | | Empeora |
| Por riesgo de graves anomalías fetales | | | Igual | | |
| Por anomalías fetales incompatibles con la vida del feto | | | | Matizable/ambiguo | |
| Por enfermedad del feto extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico | | | | Matizable/ambiguo | |
| Derecho a decidir de las jóvenes menores de edad | | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| Garantías de acceso a la prestación pública de la IVE | | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| Acceso a la anticoncepción | | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| Objeción de conciencia de profesionales | | Mejora | | | |
| Formación de profesionales en IVE | | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| Educación afectivo sexual, salud sexual y salud reproductiva | | Mejora | | | |
| Código penal | Penas a las mujeres que abortan fuera de los casos permitidos | Mejora | | Matizable/ambiguo | |
| | Penas a personal sanitario por producir aborto fuera de los casos permitidos | | | Matizable/ambiguo | |
| | Penas a personal sanitario por no entregar sobre informativo o no cumplir período de reflexión | | | | Empeora |
| | Penas a quien produzca el aborto sin consentimiento de la mujer | | Igual | | |

Mejora

Igual

Matizable/ambiguo

Empeora



| SITUACIÓN REGULADA | REGULACIÓN ANTERIOR, AÑO 1985 | LEY VIGENTE 2/2010 |
|--|--|--|
| Periodo de libre elección | Figura no existente | 14 semanas Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Informar a la embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad. Esta información estará contenida en un sobre cerrado y la proporcionará la Comunidad Autónoma • Esperar a que transcurran al menos 3 días desde la entrega de la información |
| Por violación denunciada | 12 semanas Requisito: haber denunciado violación | No se considera Se absorbería en el plazo de libre decisión de las 14 primeras semanas |
| Por grave peligro para vida o salud de la embarazada | Hasta la semana 22 Requisito: Dictamen previo de un especialista distinto de quien practique la IVE En caso de urgencia podrá prescindirse del dictamen | Se mantiene igual |
| | De 23 semanas en adelante Requisito: Dictamen previo de un especialista distinto de quien practique la IVE En caso de urgencia podrá prescindirse del dictamen | Prohibido Empeora en conjunto |
| Por riesgo de graves anomalías fetales | Hasta la semana 22 Requisito: Dictamen previo de dos especialistas distintos de quienes practiquen la IVE | Se mantiene igual |

La Ley 2/2010 introduce una mejora en la regulación al incluir la libre decisión de las mujeres. Ahora bien, a su vez, ha optado por el período más reducido entre los países de nuestro entorno limitando el ejercicio del derecho a 14 semanas. Además, el sobre informativo y los tres días de reflexión representan un intento de ejercer presión sobre la libre decisión de las mujeres (ver capítulo 2).

Por otra parte, empeora al suprimir radicalmente el ejercicio de un derecho consolidado en la Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985 como es la posibilidad de abortar en cualquier momento de la gestación por problemas de salud de la mujer (ver capítulo 3).



| SITUACIÓN REGULADA | REGULACIÓN ANTERIOR, AÑO 1985 | LEY VIGENTE 2/2010 |
|--|--|--|
| Por anomalías fetales incompatibles con la vida del feto | Figura no existente | Permitido durante todo el embarazo Requisito: Dictamen previo de un especialista distinto de quien practique la IVE |
| Por enfermedad del feto extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico | Figura no existente | Permitido durante todo el embarazo Requisito: Confirmación del diagnóstico por un comité clínico El comité clínico, designado por la Comunidad Autónoma, se forma 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 Confirmado el diagnóstico, la mujer decidirá sobre la intervención |
| Derecho a decidir de las jóvenes menores de edad | Figura no existente Para las menores que deseaban practicarse una IVE, regía lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad | Desde los 16 años El consentimiento de la IVE les corresponde exclusivamente a ellas Requisito: Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la embarazada Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo |

Formalmente establece dos indicaciones permisivas antes no existentes en relación a problemas del feto, sin embargo no amplía el número de situaciones cubiertas. En cualquier caso, es altamente controvertido que se amplíen los plazos únicamente teniendo en cuenta las anomalías y enfermedades del feto y no el derecho de las mujeres. Por otro lado, si el comité clínico no confirma el diagnóstico sobre las enfermedades fetales, las mujeres no podrán practicarse la IVE dentro de los circuitos legales de atención.

La situación de las menores de 16 y 17 años mejora al dejar el consentimiento de la IVE exclusivamente a ellas, aunque se limita la autonomía en la decisión al necesitar demostrar, en la mayoría de los casos, que se ha informado a el/la representante legal.



| SITUACIÓN REGULADA | REGULACIÓN ANTERIOR, AÑO 1985 | LEY VIGENTE 2/2010 |
|--|---|---|
| Garantías de acceso a la prestación pública de la IVE | Se incluye en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) | Se mantiene en la Cartera de Servicios Comunes del SNS Se indica en el Capítulo II de la Ley el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación |
| Acceso a la anticoncepción | Figura no existente | Se refiere al acceso a métodos seguros y eficaces |
| Objeción de conciencia de profesionales | Figura no existente | Tienen derecho a ejercerla las y los profesionales que se vinculan directamente con la IVE, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación resulten menoscabadas |
| Formación de profesionales en IVE | Figura no existente Aunque en la formación curricular de estudios sanitarios sí se recogía | Se recoge en el artículo 8, indicando que la formación se abordará desde la perspectiva de género |
| Educación afectivo sexual, salud sexual y salud reproductiva | Figura no existente | Se recoge en el Capítulo I, II y III Dirigida especialmente a profesionales, población escolar, jóvenes y colectivos con especiales necesidades |

El acceso a la prestación debería mejorar al asumir su coste la sanidad pública, aunque al realizarse en centros privados pueda llevar aparejado una privatización encubierta de ésta (ver capítulo 9).

El acceso a la anticoncepción mejora al establecer:

- El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- La regulación del acceso y financiación pública en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

Al indicar, pero no desarrollar reglamentariamente la práctica de la objeción de conciencia, las IVEs se continúan practicando en su mayoría fuera del circuito público de salud. Además, no se especifican ni los circuitos de atención ni los mecanismos de financiación pública, lo que en un Estado descentralizado como el español es fundamental.

Por otro lado, sería necesario completar la formación de profesionales incorporando los derechos en salud sexual y reproductiva. Sobre la educación afectivo-sexual no es posible la evaluación, ya que actualmente estamos pendientes de que se regulen sus mecanismos o las necesarias modificaciones en las normativas educativas.



| SITUACIÓN REGULADA | | REGULACIÓN ANTERIOR, AÑO 1985 | LEY VIGENTE 2/2010 |
|--------------------|--|--|---|
| Código penal | Pena a las mujeres que abortan fuera de los casos permitidos | Prisión de 6 a 12 meses o multa de 6 a 24 meses | Multa de 6 a 24 meses |
| | Penas a personal sanitario por producir aborto fuera de los casos permitidos | Prisión de 1 a 3 años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria de 1 a 6 años | Se mantiene igual Añadiendo: el juez podrá imponer la pena en su mitad superior si se realiza fuera de un centro acreditado, ya sea público o privado |
| | Nuevas penas a personal sanitario | Figura no existente | Multa de 6 a 12 meses e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria de 6 a 24 meses por: <ul style="list-style-type: none"> . no comprobar que la mujer ha recibido el sobre . no esperar los 3 días de reflexión . no contar con los dictámenes previos . practicarlo fuera de un centro acreditado Se impondrán las penas en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación |
| | Penas a quien produzca el aborto SIN consentimiento de la mujer | Prisión de 4 a 8 años de inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria. | Se mantiene igual |

Respecto a las situaciones contempladas en el Código Penal, se establece una mejoría al suprimir la pena de cárcel para las mujeres, aunque se mantiene la inseguridad jurídica.

Empeora en cambio para el conjunto de profesionales al incluir nuevas penas por irregularidades administrativas que aumenta, si cabe, su inseguridad.

En cualquier caso, la presencia de la IVE en el Código Penal y su regulación como un delito mantiene la inseguridad jurídica tanto para las mujeres como para las y los profesionales. Además, técnicamente, entra en contradicción con la afirmación realizada en la Ley 2/2010 por la que se reconoce la maternidad libremente decidida como un derecho de las mujeres.

¿Es legal el aborto en España?

En la conciencia colectiva parece que abortar legalmente es un derecho adquirido desde 1985, sin embargo el Código Penal actual establece penas para mujeres y profesionales en caso de que practiquen IVEs fuera de los supuestos que considera la ley. Por lo tanto el aborto **sigue estando tipificado como delito** en algunos casos.

La regulación de la IVE en el Código Penal es una de las grandes vulneraciones de los derechos de las mujeres por parte del Estado.

La ley 2/2010 cae en contradicciones e inexactitudes: en su preámbulo proclama que la nueva regulación establece “la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal”. Lo cierto es que no es así. Al combinar plazos y supuestos hace una despenalización parcial del aborto, manteniendo la inseguridad jurídica de mujeres y profesionales.

Si decidir sobre el propio cuerpo es uno de los derechos fundamentales, regular su ejercicio como si fuese un delito implica una falta total de reconocimiento. Es contradictorio que un derecho fundamental esté penado como si fuese un delito.

Una de las principales reivindicaciones del movimiento feminista es retirar el aborto voluntario del Código Penal y conseguir el pleno reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

¿Dónde se regula la IVE?

Además de en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el aborto voluntario se regula en los siguientes artículos del Código Penal:

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 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.

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.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

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 su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

¿Qué implica mantener la IVE dentro del Código Penal?

- Se mantiene la inseguridad jurídica para mujeres y profesionales.
- Abortar voluntariamente es todavía delito en algunos casos.
- No se reconoce plenamente el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo y su propia vida.
- Dificulta que se normalice la atención sanitaria.
- Todo ello interfiere en su comprensión y aceptación social.

Las mujeres de 16 y 17 años y la IVE

La legislación actual reconoce el derecho de las menores de 16 y 17 años para decidir la práctica de la IVE exclusivamente a ellas. Es decir, no necesitan el consentimiento de sus representantes legales, aunque sí están obligadas a informarles.

Se puede prescindir de este requisito en el caso de que la menor alegue fundadamente que esto le puede provocar un conflicto grave.

Aunque el porcentaje es bajo, de producirse un cambio restrictivo en la normativa, estas mujeres podrían acabar recurriendo a métodos clandestinos e ilegales para interrumpir una gestación que no pueden comunicar a sus representantes legales.

Procedimiento

La menor de 16 y 17 años debe ir al centro donde se practicará la IVE acompañada de su representante legal, que confirmará a través de firma y presentación del DNI que efectivamente está al corriente de la intervención.

En caso de conflicto grave, puede prescindirse de ese requisito. En este caso el desarrollo legislativo establece que:

“el personal encargado de practicar la interrupción del embarazo, deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social”



¿Qué implica esto?

- La presunción de “conflicto grave” queda en manos de las y los profesionales, sin existir un protocolo de actuación homogéneo para valorar el riesgo de la joven.
- Al no regularse el tiempo máximo del que dispone el/la profesional para emitir su diagnóstico de conflicto, puede rebasar el plazo estipulado por la Ley de 14 semanas, dejando a las jóvenes en una situación de desamparo respecto a sus derechos sexuales.
- En caso de que se detecte una situación de malos tratos hacia la joven, las y los profesionales deberían cumplir el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, denunciando inmediatamente el delito de malos tratos. Esto puede dejar a la joven en situación de indefensión sino se ha trabajado previamente con ella.
- En el caso de las jóvenes tuteladas por las CCAA, se puede dar la paradoja de que las directrices de algunas CCAA sean totalmente contrarias a la IVE e impidan esta práctica poniendo trabas a la decisión de la joven tal y como viene sucediendo.

“

Según un estudio de ACAI (Asociación de Clínicas de IVE) entre julio de 2010 y octubre de 2011, solo un 13% del total de menores que acudieron a practicarse una IVE no pudieron comunicárselo a sus progenitores (un 0,41% respecto del total de IVEs). El 87% restante fueron acompañadas.

”

Prestación de la IVE en los servicios de salud

La legislación actual establece que la IVE:

- estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS)
- se realizará en un centro sanitario público o privado acreditado
- se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación, independientemente del lugar de residencia

En la práctica, sin embargo, se dan muchas situaciones que suponen auténticos impedimentos para poder ejercer el derecho a la IVE. Afectan a todas las mujeres, pero tienen un mayor impacto sobre algunos grupos con altas tasas de embarazos no deseados como las jóvenes, las inmigrantes y las mujeres con menos recursos.

“ Para garantizar los derechos, el Estado tiene también la obligación de eliminar los obstáculos que impiden ejercerlos ”

Por ejemplo, el hecho de que el coste íntegro de algunos anticonceptivos y, con mucha frecuencia, el de los abortos recaiga íntegramente sobre cada mujer, supone una traba importante para que éstas puedan hacer un uso pleno de sus derechos.

Dónde dirigirse para solicitar una IVE

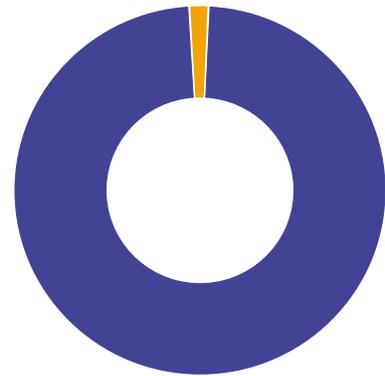
En la mayoría de las Comunidades Autónomas, las mujeres que quieren solicitar una IVE deben dirigirse a su centro de salud de atención primaria. En otras, existe un teléfono específico de atención. En algunas, no existe un protocolo o el que hay es tan obstaculizante que el proceso de acceso se ralentiza.

Lo habitual es que el personal de los centros de salud suele derivar a las mujeres a clínicas privadas concertadas con el gobierno de su comunidad.

Además, la complejidad burocrática y los tiempos de espera hacen que muchas mujeres opten directamente por una clínica privada acreditada para la IVE. Así, pueden acogerse a los plazos marcados por la ley pero en ocasiones no pueden acceder a la financiación de la prestación.

Se produce una privatización encubierta de la sanidad pública que refleja la falta de reconocimiento de los derechos de las mujeres. En 2010 el 98,16% de las IVEs se practicaron en un centro privado. El porcentaje es similar desde que se recoge el dato en 2001.

En 2010 solo un **1,84%** de las IVEs se practicaron en centros sanitarios públicos



Fuente: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2010. MSPSI

Obstáculos más frecuentes para el ejercicio de la IVE en el SNS:

- Alta burocratización.
- Diferentes modos de concierto público-privado que se traducen en desigualdad de trato según la CCAA (adelanto o no del pago).
- Retrasos en el reembolso del pago.
- Prolongados plazos de espera.

Según la encuesta realizada por la clínica privada El Bosque en 2010, el 45% de las mujeres que han acudido a la sanidad pública han esperado más de tres semanas hasta la intervención.

Además de estas complicaciones, existe una gran inequidad territorial según el tipo y número de centros sanitarios autorizados.

hinojo y perejil



¿QUE ESTÁ PASANDO CON EL ABORTO EN NUESTRO PAÍS?
 - S.O.S. SANIDAD PÚBLICA
 - PROYECTO DE LEY DE LA COORDINADORA DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS DEL ESTADO ESPAÑOL

- RU-486
 - PUDO SALIR DE IRLANDA
 - ENCUENTRO FEMINISTA EN FRANCIA

REDACCION:
 Mireya Nieto
 Concha Delgado
 María Domínguez
 Cati Méndez
 Juana Morano
 Emma Pineda
 Aracely Rusky

MARZO - 1982

C. Barquillo, 44, 2º izq.

ENCUENTROS SOBRE EL DERECHO AL ABORTO

LAS MUJERES DECIDIMOS



MADRID DEL 5 AL 8 DE DICIEMBRE DE 1981

no más juicios por aborto (Valencia, Sevilla...)

las mujeres decidimos



DERECHO AL ABORTO

MESA REDONDA:

lunes 27, 7,30 tarde

INSTITUTO DE LA JUVENTUD. ORTEGA Y GASSET 71

Convoca: MOVIMIENTO FEMINISTA
 Apoya: COORDINADORA de la CAMPAÑA

LIBRE y GRATUITO ♀ LLURE i GRATUÏT ♀ LIBRE i DEBALDE



8 de Marzo

MANIFESTACIÓN:
 Miércoles 8, 20h. Plz. J. Benavente - Atocha



1975-1995
 Veinte años, y seguimos...

FIESTA DE MUJERES:
 Discoteca Baile el Baile C/ Reina, 2 23h.



Organiza y Convoca: Comisión Feminista Marzo

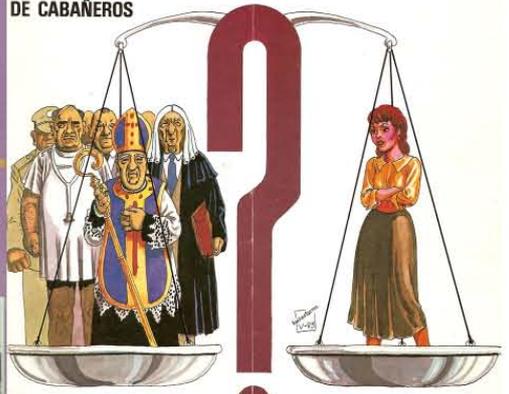
area CRITICA

N.º 1 • Junio, 1983 • 150 Ptas.

EL CAMPO DE TIRO DE CABAÑEROS

BARRIONUEVO: Siente un policía a su mesa

¿ARDE LA COSTA? Gijón, Sagunto, Cádiz y Vigo



ABORTO LAS MUJERES DECIDEN

Juicios, Detenciones, Condenas...

¡BASTA YA!

¿A QUE ESPERA EL GOBIERNO?

Aborto libre y gratuito, las mujeres decidimos.

COORDINADORA DE ORGANIZACIONES FEMINISTAS DEL ESTADO ESPAÑOL

BILBAO 16 MARZO 82

Juicio por aborto contra las 11 mujeres

LIBERTAD

♀

COORDINADORA DE GRUPOS FEMINISTAS DE EUSKADI

EUSKADIKO TALDE FEMINISTEN KOORDINAKUNDEA

ABORTO LIBRE, GRATUITO LAS MUJERES DECIDIMOS

LIBERTAD PERSONAS DETENIDAS

MANIFESTACION

MIERCOLES DIA 10, 8 TARDE DESDE GLORIETA DE BILBAO POR C.FUENCARRAL A C.INFANTAS

CONVOCA: MOVIMIENTO FEMINISTA

Apoyan: Asamblea Pacífica, Asoc. Defensa Sanidad Pública, Asoc. Planificación Familiar, Asoc. Vecinos Alternativos, Comisión Anti-Duque, Grupo Alargado Jóvenes, Mujeres Liberales, Plataforma Cénica, C.C.O.O., C.A.T., L.C.R., M.C., P.C.E., P.C.P.R., P.R., J.E.R.

¿Cómo está regulada la objeción de conciencia?

Los Estados deben garantizar y proteger los derechos humanos. Obligación que afecta también al conjunto de agentes públicos y privados del sistema de salud. Esto exige no obstaculizar –directa o indirectamente– el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, entre ellos el derecho a la salud, así como garantizar que terceras personas no lo hagan.

¿Qué es la objeción de conciencia?

La negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades jurídicamente exigibles para el sujeto, con el fin de evitar una lesión grave de su propia conciencia.

Se fundamenta en el derecho a la libertad ideológica y religiosa, así como en el reconocimiento del pluralismo de la sociedad.

¿Cuándo se aplica?

En sentido estricto, debería aplicarse solo cuando existe un conflicto moral con una norma jurídica de **cumplimiento obligatorio** para el sujeto. Este era el caso de la objeción de conciencia al servicio militar.

Es discutible que las prestaciones inherentes al ejercicio de una profesión titulada y articulada en ramas, como son en general las comprendidas en el ámbito de las ciencias de la salud, puedan ser consideradas normas de obligado cumplimiento ya que se puede elegir la especialidad.

Regularla es fundamental para salvaguardar los derechos de profesionales y pacientes.

En el caso concreto de la IVE, ¿cómo se regula?

La objeción de conciencia se regula por primera vez en el artículo 19.2 de la Ley 2/2010 confirmando la doctrina contenida en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985. El siguiente paso, todavía por hacer, es regular su práctica diaria y exigir el cumplimiento de:

“ En la práctica, su no regulación conlleva que las IVEs se realicen en centros privados. Incluso hay centros sanitarios públicos que objetan colectivamente vulnerando la legislación ”

1) La individualidad de la objeción. En tanto que es un derecho de la persona, nunca un derecho colectivo aplicable a un centro sanitario en su conjunto.

2) La pertinencia de la misma solo para las personas “directamente implicadas en la realización de la IVE”.

3) La necesidad de manifestar la objeción “anticipadamente y por escrito”.

4) El deber de dispensar tratamiento y atención médica a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una IVE.

A tales requisitos habría que añadir la necesidad de atender a las mujeres cuya salud se encuentre en peligro, lo que constituye un deber ineludible que conviene subrayar.



La píldora del día después, ¿es abortiva?

La conocida como “píldora del día después” o “contracepción de emergencia” es un anticonceptivo de urgencia que se utiliza para disminuir el riesgo de embarazo después de haber tenido una relación sexual con penetración vaginal sin protección o protegida de manera inadecuada.

La píldora del día después no es abortiva

La píldora es un medicamento hormonal que impide o retrasa la ovulación, por lo que en la mayoría de los casos evita el embarazo, pero nunca lo interrumpe. No es abortiva.

Las hormonas de la píldora impiden que el ovario libere ningún óvulo maduro. Si no se libera un óvulo maduro, este no puede ser fecundado y la mujer no puede quedar embarazada.

“ **No usar métodos anticonceptivos aumenta el riesgo de embarazos no deseados e ITS** ”

El uso de la píldora no impide que un óvulo fecundado se adhiera al endometrio. Si la mujer ya está embarazada en el momento de consumirla, la píldora no provocará el aborto ni ningún tipo de problema o lesión en el embrión.

¿Cómo se usa?

El tratamiento consiste en la toma de 1 comprimido de 1500 microgramos de Levonorgestrel. Lo mejor es hacerlo en las primeras 24 horas, pero se puede tomar hasta las 72 horas posteriores, aunque su efecto disminuye cuanto más se retrasa la toma.

Es un medicamento seguro para la salud, por lo que no precisa de reconocimiento o análisis previo a su toma. Además, los efectos secundarios derivados de uso (náuseas, dolor de cabeza y desarreglos menstruales), son poco frecuentes, débiles y desaparecen con rapidez.

No hay investigaciones que muestren que el hecho de que la píldora sea de fácil acceso disminuya el uso habitual de anticonceptivos ni aumente la asunción de riesgos en las relaciones sexuales.

“

En un informe publicado en junio de 2012, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) concluye que:

- las españolas no abusan de la píldora del día siguiente.
- el fármaco no causa reacciones adversas incontroladas.

”

Información y acceso

El acceso a la información es una garantía para la protección en salud. Esta información debe incluir sus beneficios, su forma de uso, su mecanismo de acción, el lugar a donde dirigirse en caso de necesitar atención y la necesidad de que se inicie el tratamiento lo antes posible tras la relación sexual sin protección para evitar el embarazo no deseado.

El ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, la vivencia de la sexualidad sana, placentera, sin temores, libre de riesgos y, por tanto, la prevención de embarazos no deseados requiere una educación sexual exenta de prejuicios, así como una correcta información y acceso a los métodos anticonceptivos.



¿Se asumen riesgos al abortar?

En torno al aborto existen una serie de mitos y falsedades que no se fundamentan en la ciencia, la biología ni la evidencia de la realidad, sino que responden al intento de criminalización y de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

El riesgo es la posibilidad de lesión o daño que la continuación de un embarazo no deseado, no planificado o imprevisto puede ocasionar a la salud mental, física o social de la mujer, incluyendo su proyecto de vida.

¿Qué riesgos conlleva la interrupción de una gestación?

Las IVEs son médicamente muy sencillas, no dejan secuelas y la posibilidad de que se presenten complicaciones, siempre que se realice por parte de profesionales de la salud y en condiciones higiénicas adecuadas, es baja.

De hecho, el aborto realizado en condiciones legales y con personal capacitado es un procedimiento muy seguro, con una tasa de mortalidad cientos de veces inferior a cualquier otra práctica obstétrica.

¿Existe un número máximo de abortos que pueden practicarse en una mujer?

La IVE no deja secuelas, por lo que una mujer puede practicársela varias veces sin riesgos asociados.

No obstante, para prevenir un embarazo no deseado existen múltiples métodos anticonceptivos eficaces y de prevención de ITS, incluido el VIH-sida.

¿Es cierto que la IVE puede provocar esterilidad?

No, no existe ninguna razón biológica ni evidencia empírica de que este tipo de intervención provoque esterilidad cuando se hace en condiciones seguras.

Ahora bien, si el procedimiento se realiza en condiciones inseguras, puede aumentar el riesgo de infecciones del tracto genital en el útero, trompas y peritoneo que, además de poner en riesgo la vida, pueden causar esterilidad a futuro.

¿Es cierto que la IVE puede provocar cáncer de mama?

Tampoco existe ningún estudio científico que concluya que haya una mayor prevalencia de cáncer de mama en las mujeres que se han practicado un aborto.

¿Abortar provoca traumas psicológicos? ¿Qué es el síndrome post-aborto?

No existe ninguna evidencia científica de la existencia de un síndrome patológico asociado a la IVE ni se admite como diagnóstico psiquiátrico válido.

“ En último término, es cada mujer, ejerciendo libremente su autonomía, quien debe decidir qué riesgos está dispuesta a asumir, tanto si decide interrumpir un embarazo, como si decide llevarlo a término ”

Ningún estudio ha podido vincular determinados estados de ánimo, trastornos psicológicos o psiquiátricos con el aborto voluntario. El único indicador válido para predecir el estado anímico de una mujer después de una IVE será su situación previa al embarazo y a la decisión de su interrupción.

Cada mujer experimenta la IVE, al igual que cualquier otro acontecimiento, de una manera diferente e influida por su contexto personal, socioeconómico, religioso, cultural y legal.

¿Impedir la IVE a una mujer que así lo ha decidido implica riesgos?

Cualquier acto directo o indirecto que vaya en contra de la decisión de la mujer que ha decidido interrumpir su embarazo, intentando evitar o dificultando que se realice la práctica adecuada para llevarlo a cabo, puede producirle un grave daño que afecte a su proyecto de vida o su salud integral.

Además, es una vulneración de los derechos sexuales de las mujeres.

Datos sobre la IVE en el mundo

En lugares donde los métodos anticonceptivos efectivos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente, aunque nunca baja a cero. Esto se debe, entre otras razones, a que:

1. Se pueden producir fallos en los métodos anticonceptivos aunque se utilicen correctamente.
2. Hay sectores de la población que no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados, o no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente.
3. Altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo el incesto, la violencia de pareja y las situaciones de mayor vulnerabilidad, llevan a embarazos no deseados.
4. Circunstancias cambiantes, económicas, sociales y de salud pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.



Tasas de IVE en el mundo



Fuente: Aportes para la despenalización del aborto. 2007 IPAS



30 veces más de muertes maternas de media en países con aborto legalmente restringido.

38% de los 210 millones de embarazos anuales no son planeados. Esto son 80 millones de embarazos no deseados, es decir, 2 de cada 5. De estos, un 57,5% (46 millones) finalizan en abortos inducidos.

49% de los abortos mundiales son inseguros, esto es, realizados por alguien sin los conocimientos necesarios o en condiciones higiénicas inadecuadas.





Motivos por los que se permite abortar (% de países) en cada región. 2009

| | Países desarrollados | Países en desarrollo | África | Asia | América Latina y Caribe | Oceanía* | TOTAL |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|--------|------|-------------------------|----------|------------|
| Para salvar la vida de la mujer | 96 | 97 | 100 | 100 | 88 | 100 | 97 |
| Para preservar la salud física | 88 | 60 | 60 | 63 | 58 | 50 | 67 |
| Para preservar la salud mental | 86 | 55 | 55 | 61 | 52 | 50 | 63 |
| Violación o incesto | 84 | 37 | 32 | 50 | 36 | 14 | 49 |
| Malformación fetal | 84 | 34 | 32 | 54 | 21 | 7 | 47 |
| Razones económicas o sociales | 80 | 19 | 8 | 39 | 18 | 0 | 34 |
| Bajo demanda | 69 | 16 | 6 | 37 | 9 | 0 | 29 |
| NÚMERO DE PAISES | 49 | 146 | 53 | 46 | 33 | 14 | 195 |

* Japón, Australia y Nueva Zelanda están excluidos de esta zona geográfica pero se incluyen en los países desarrollados.
Fuente: Guía técnica del aborto seguro. OMS. 2012.

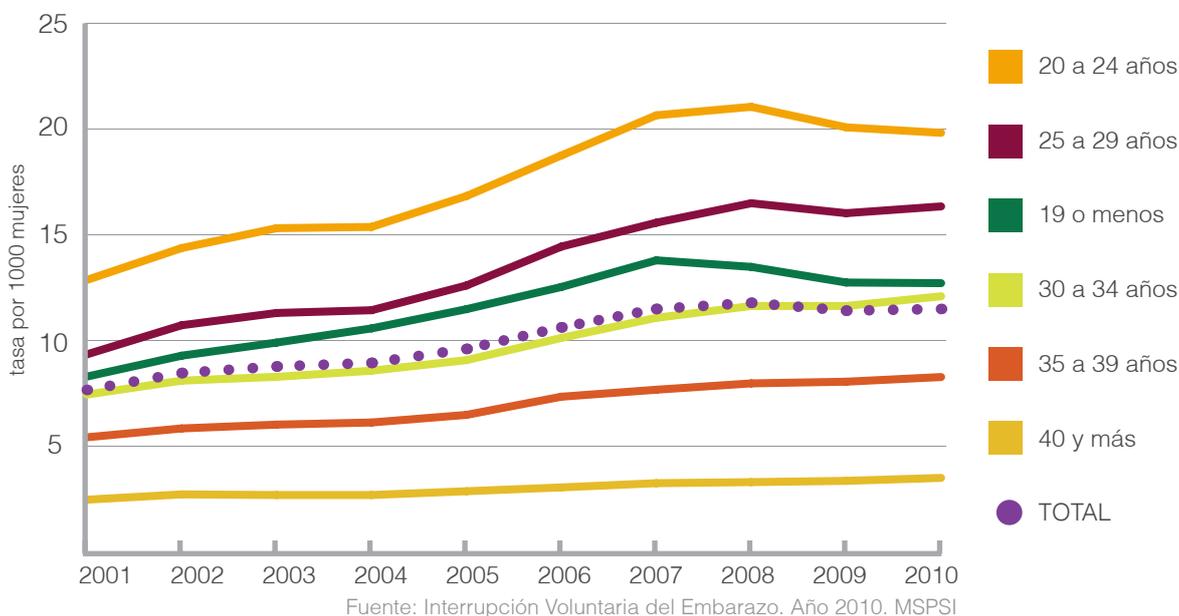


Datos sobre la IVE en España

Se presenta el análisis de los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad referidos al año 2010, donde coexistieron la regulación de 1985 y la Ley 2/2010.

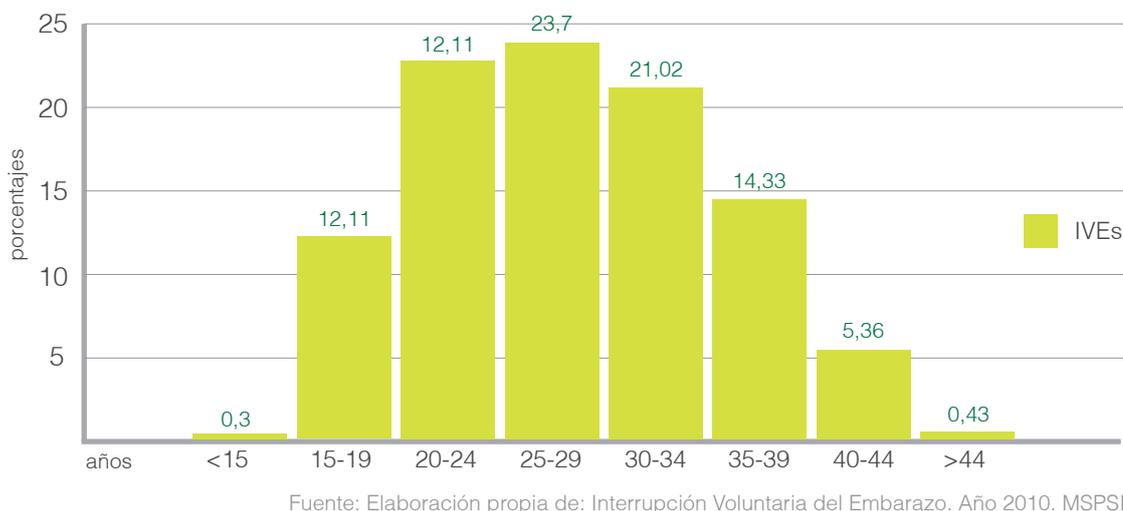
Según el último Informe sobre IVE del año 2010 se notificaron 113.031 abortos voluntarios. Los grupos de edad con tasas más altas de IVE son las mujeres de 20-24 años seguidas de las de 25-29, aunque desde el año 2007 desciende la tasa de abortos en los grupos de mujeres menores de 24 años.

Tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. 2001-2010. Total Nacional



Si miramos los datos porcentualmente, el grupo de edad con más IVEs son las mujeres de 25-29 años, seguidas de las de 20-24 y 30-34.

Distribución porcentual de IVEs por grupos de edad. 2010. Total Nacional





Distribución porcentual por semanas de gestación. 2001-2010. Total Nacional

| Año | 8 o menos semanas (%) | 9 -12 semanas (%) | 13 - 16 semanas (%) | 17 - 20 semanas (%) | 21 o más semanas (%) | No consta (%) |
|------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| 2010 | 63,52 | 24,92 | 6,68 | 3,27 | 1,54 | 0,07 |
| 2009 | 63,17 | 25,31 | 6,30 | 3,56 | 1,64 | 0,02 |
| 2008 | 62,90 | 25,80 | 6,11 | 3,49 | 1,67 | 0,02 |
| 2007 | 62,84 | 25,31 | 6,20 | 3,69 | 1,93 | 0,04 |
| 2006 | 62,23 | 25,71 | 6,14 | 3,87 | 1,97 | 0,08 |
| 2005 | 62,09 | 25,84 | 5,98 | 4,05 | 1,98 | 0,07 |
| 2004 | 61,43 | 26,50 | 6,33 | 3,69 | 2,02 | 0,03 |
| 2003 | 63,52 | 25,36 | 5,57 | 3,62 | 1,92 | 0,01 |
| 2002 | 62,69 | 26,54 | 5,36 | 3,53 | 1,85 | 0,03 |
| 2001 | 64,29 | 25,05 | 5,25 | 3,68 | 1,67 | 0,07 |

Fuente: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2010. MSPSI

Al igual que en años anteriores, la mayoría de las IVEs (el 88,44%) se realizan en las 12 primeras semanas de gestación; entre las 13 y la 16 semanas se realiza el 6,68%; entre la 17 y 20 semanas el 3,27% y en las 21 semanas y más se producen solo el 1,54%.

Limitar la IVE a partir de la semana 22 de gestación puede dejar fuera a las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, es decir, aquellas que deseaban llevar a cabo su embarazo y maternidad, y que por motivos de salud deben interrumpir esa decisión.



- Las mujeres que desean interrumpir su embarazo lo hacen en las primeras semanas de gestación.
- Solo un 1,54% de las mujeres interrumpieron su embarazo con 21 semanas de gestación o más. Esto corresponde a 1.740 mujeres.





Los motivos notificados para la IVE fueron:

Regulación 1985 (corresponde al 50% del total)

- Salud materna 50,07%
- Riesgo fetal 1,53%
- Violación 0,01%.

Ley 2/2010 (corresponde al otro 50% del total)

- A petición de la mujer 48,26%
- Grave riesgo para la embarazada 3,91%
- Anomalías fetales 1,44%.

Esto muestra que la inmensa mayoría de las mujeres aborta por libre decisión, mientras que el resto lo hacen por riesgo para la salud o anomalías fetales.

Éstas últimas son mujeres que deseaban llevar su embarazo a término y que deciden abortar a lo largo del mismo por las circunstancias antes mencionadas. Una restricción de la ley en este sentido dejaría en situación de desprotección a mujeres con situaciones muy complejas.

Distribución porcentual por motivos de interrupción. 2001-4 de julio 2010. Total Nacional

| Año | Salud materna (%) | Riesgo fetal (%) | Violación (%) | Varios motivos (%) | No consta (%) |
|------|-------------------|------------------|---------------|--------------------|---------------|
| 2010 | 50,07 | 1,53 | 0,01 | 0,13 | 0,00 |
| 2009 | 96,74 | 2,98 | 0,02 | 0,27 | 0,00 |
| 2008 | 96,96 | 2,86 | 0,02 | 0,16 | 0,00 |
| 2007 | 96,93 | 2,91 | 0,01 | 0,15 | 0,00 |
| 2006 | 96,98 | 2,83 | 0,01 | 0,18 | 0,00 |
| 2005 | 96,68 | 3,16 | 0,01 | 0,15 | 0,00 |
| 2004 | 96,70 | 3,06 | 0,02 | 0,22 | 0,00 |
| 2003 | 96,89 | 2,83 | 0,02 | 0,26 | 0,00 |
| 2002 | 96,81 | 3,03 | 0,03 | 0,13 | 0,00 |
| 2001 | 97,16 | 2,53 | 0,09 | 0,22 | 0,00 |

Fuente: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2010. MSPSI

Distribución porcentual por motivos de interrupción desde 5 julio 2010. Total Nacional

| Año | A petición de la mujer (%) | Grave riesgo para la salud de la embarazada (%) | Riesgo de anomalías graves o incom. con la vida (%) | Varios motivos (%) | No consta (%) |
|------|----------------------------|---|---|--------------------|---------------|
| 2010 | 42,88 | 3,91 | 1,44 | 0,03 | 0,00 |

Fuente: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2010. MSPSI



Distribución porcentual del número de abortos realizados según la nacionalidad en mujeres residentes. 2008-2010. Total Nacional

| TOTAL IVE RESIDENTES | Año 2008 | Año 2009 | Año 2010 |
|--------------------------|----------|----------|----------|
| | | 113.780 | 109.351 |
| NACIONALIDAD | | | |
| EUROPA | 56,00 | 58,35 | 70,42 |
| España | 44,90 | 47,99 | 60,46 |
| Resto Unión Europea | 9,70 | 9,08 | 8,73 |
| Resto de Europa | 1,41 | 1,28 | 1,23 |
| ÁFRICA | 5,30 | 5,50 | 5,30 |
| África del Norte | 3,25 | 3,59 | 3,35 |
| África Subsahariana | 2,04 | 1,91 | 1,95 |
| Resto de África | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| AMÉRICA | 25,39 | 23,85 | 22,36 |
| América del Norte | 0,17 | 0,16 | 0,15 |
| América Central y Caribe | 2,49 | 2,66 | 2,76 |
| América del Sur | 22,74 | 21,02 | 19,45 |
| Resto de América | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ASIA | 1,49 | 1,69 | 1,89 |
| OCEANÍA | 0,01 | 0,00 | 0,01 |
| NO CONSTA | 11,81 | 10,60 | 0,02 |

Fuente: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Año 2010. MSPSI

En 2010, el 40% de los abortos fueron practicados en mujeres de nacionalidad no española, aunque el porcentaje ha disminuido en relación a años anteriores posiblemente por los flujos migratorios.

El acceso a los métodos anticonceptivos así como a información sexual no sesgada debería prestarse a todas las mujeres y hombres en edad reproductiva independientemente de su país de origen y condición social.



El acceso a la información en salud sexual y reproductiva es una necesidad y un derecho del que deben disfrutar todas las personas. A mayor información y uso de métodos anticonceptivos, menos abortos voluntarios e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.



GLOSARIO

Sexo

Conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen a un sexo del otro. Su combinación produce múltiples resultados posibles que habitualmente se interpretan como macho o hembra.

Género

Conjunto de cualidades biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a las personas según su sexo. A partir del sexo, se construye el significado de lo masculino y lo femenino como dualidad. Su significado varía a lo largo del tiempo y de una sociedad a otra.

El género es una categoría analítica que expresa las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres dentro del sistema patriarcal de dominación.

Mandatos de género

Construcciones sociales que establecen roles diferenciados para mujeres y hombres en función de los requeridos para el mantenimiento del sistema de dominación patriarcal, que se apoya en la división sexual del trabajo y en la vivencia del amor romántico como elemento central de la identidad femenina, que necesita la aprobación del otro para sustentarse.

El modelo normativo, basado en la heterosexualidad obligatoria, se incorpora psicológicamente en las mujeres y hombres a través del proceso de socialización. Se trata de un modelo jerárquico que establece relaciones de dominación-sumisión, esto es, relaciones de poder mayoritariamente de los hombres sobre las mujeres.

El cumplimiento de estos mandatos se refuerza con la aprobación social mientras que alejarse de ellos implica un castigo, desde la reprobación sutil hasta la violencia directa.

Sexualidad

Construcción social cuya expresión en las realidades históricas y culturales específicas es producto de consideraciones políticas, económicas y simbólicas. El modo en que se comprende y se vive –lo permitido y no permitido, lo aceptado y lo reprimido, lo normal y lo patológico– depende de los contextos en que nacen y se desarrollan las personas.

Desde distintos discursos y prácticas sociales, por siglos se ha naturalizado la relación entre la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, convirtiendo un hecho biológico en el fundamento de la opresión y la dominación.

Morbilidad materna

Grave enfermedad, discapacidad o lesión física a mujeres, causadas por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

Mortalidad materna

Muertes de mujeres causadas o directamente relacionadas con complicaciones vinculadas al embarazo, parto y puerperio así como a su manejo.

Aborto

La interrupción de un embarazo.

~ espontáneo

Interrupción no intencional de un embarazo que no es viable (el feto no puede sobrevivir). El aborto espontáneo ocurre en al menos el 15-20 por ciento de todos los embarazos confirmados y generalmente se produce antes de la decimotercera semana del embarazo.

~ incompleto

Aborto, ya sea espontáneo o inducido, en el cual parte de los restos ovulares fueron expulsados y otros permanecen en el útero.

~ inducido

Interrupción voluntaria del embarazo.

~ inseguro

Procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado por una persona sin las habilidades o los conocimientos necesarios para efectuar el procedimiento de manera segura y/o en un lugar que no cumple con los mínimos requisitos médicos.

~ seguro

(a) Los realizados en países donde la ley de aborto no es restrictiva (esto es, donde la ley permite abortar por razones sociales o económicas, o sin especificación en cuanto a la razón).

(b) Los que cumplen con los requisitos jurídicos en países donde la ley es restrictiva.

~ por aspiración

Técnica según el cual se vacía el útero mediante una succión realizada con una jeringa o por medio de un equipo de succión. Se realiza en una clínica acreditada para ello.

~ con legrado

Consiste en un raspado total de las paredes internas del útero.

~ con medicamentos

También llamado aborto farmacológico o aborto farmacéutico.

Uso de medicamentos para la interrupción del embarazo, que es expulsado por el útero en un proceso similar al de un aborto espontáneo.

~ terapéutico

Aborto inducido legalmente por razones médicas, por ejemplo, cuando la vida de la madre corre peligro.

DOCUMENTOS DE CONSULTA

Legislación y datos oficiales

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal
- Informes anuales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre interrupciones voluntarias del embarazo. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>
- Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2009 (MSPS – CIS: Estudio 2780) en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida en España 2008-2012 (MSSSI). Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>

Documentos de consulta

- Ponencia "Movimiento feminista y redefinición de la realidad", por Ana de Miguel Álvarez. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/feminismo-ana_de_miguel-movimiento_feminista.html
- "Placer y Peligro, Explorando la Sexualidad Femenina", compilado por Carole Vance. Talasa Ediciones, Madrid 1989, 113.
- Raquel Osborne. "Género y sexualidad". En: Jornadas Feministas juntas y a por todas. Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español: Madrid, 1994
- Mari Luz Esteban Galarza. "El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un Enfoque Antropológico Feminista", Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(1), enero-abril, 2006. Disponible en: <http://www.opikertu.org/dmdocuments/249estudela.pdf>
- Ilkcaracan, Pinar y Jolly, Susie. Bridge Development Gender. "Género y sexualidad. Informe General". Enero, 2007. Disponible en: http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality_OR_SP_Final.pdf
- Esther Castellanos e Isabel Soriano Villarroel. "Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad" en Revista Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia Año 2010, Número 5. Coord. por Adelina Rodríguez Pacios http://www.sieres.org/datos/0/Revista_CUESTIONES_DE_G%C9NERO_N%BA_05_1629.pdf
- Causal Salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. 2008. Disponible en: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/Causal-Salud>
- Informe sobre Derechos Sexuales en España. 2009. Elaborado por Creación Positiva e Iniciativa por los Derechos Sexuales. Disponible en: <http://www.creacionpositiva.net/uploaded/area-incidencia/derechos-sexuales/Informe-EPU-Creacion%20Positiva.pdf>
- Federación de Planificación Familiar Estatal.
 - Carta de derechos sexuales y Derechos reproductivos. Disponible en: <http://www.fpfe.org/carta-de-los-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>
 - La anticoncepción de urgencia en España. Septiembre 2008.
- "El significado del derecho a decidir", de Justa Montero en Revista Iniciativa Socialista, nº 73, Otoño 2004. <http://www.feministas.org/spip.php?article17>
- Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. Teresa Durand y María Alicia Gutiérrez. Disponible en: <http://www.decidiresunderecho.org/files/ATT00205.pdf>
- Charo Altable Vicario. Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad, Ed. Miño y Dávila, Madrid, 2000.
- Estudio "Mujeres 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo" Investigación- ACAI (julio 2010-octubre 2011) Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/mujeres-16-y-17-anos-interrupcion-de-su-embarazo-investigacion-17-11-11.pdf>
- Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica 2005. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- "Violencia sexual y aborto. Conexiones necesarias". Red de Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Disponible en: <http://www.nomasiolenciacontramujeres.cl/files/Violencia%20sexual%20y%20aborto.%20Conexiones%20necesarias.pdf>
- Estudio "Violencia contra las mujeres. Piloto de tamizado de detección en consulta para Interrupción voluntaria del embarazo". Clínica Dator y Fundación Mujeres en 2003: Disponible en: http://www.redfeminista.org/nueva/uploads/Informe_IVE_Violencia.pdf
- Opinión del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en Sanidad. Octubre 2011. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>
- Artículo "No es coladero sino embudo". Toñi Ortega Revista Transversales número 13 abril 2009. <http://www.transversales.net/t13colto.htm>
- A. Llácer Gil de Ramales, C. Morales Martín, S. Castillo Rodríguez, L. Mazarrasa Alvear, M. L. Martínez Blanco "El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid". Index Enferm 2006; 55:13-17
- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas. Documentos disponibles en: <http://www.feministas.org>
 - Interrupción voluntaria del embarazo. 2007
 - Situación actual de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo en el Estado Español, tras año medio de aplicación. Septiembre de 2011.
- Folleto: Píldora de Urgencia. Píldora del día Después. Información para usuarias. Disponible en: http://www.msc.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf
- OMS. Aborto seguro: técnica y orientación de políticas para sistemas de salud. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/
- IPAS: Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto. Dato 3. Disponible en: <http://www.ipas.org/~media/Files/lpas%20Publications/TENFACS10.ashx>
- Materiales y notas de prensa elaborados por la Plataforma de Mujeres ante el Congreso. Disponible en: www.mujeresantecongreso.org



PLATAFORMA DE MUJERES ANTE EL CONGRESO
mujeresantecongreso@gmail.com
www.mujeresantecongreso.org
@MujeresCongreso

siguenos en:



notas de
prensa

