

MANIFIESTO DÍA DE ACCIÓN GLOBAL POR EL ABORTO

Ante el 28 de septiembre, Día Internacional por el aborto legal y seguro, el Fórum de Política Feminista manifiesta:

El aborto es una práctica relativamente sencilla y cuando se realiza siguiendo las directrices de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. Sin embargo, se estima que entre 2010 y 2014, el 45% de todos los abortos que se produjeron en el mundo se realizaron en condiciones no seguras y en la mayoría de los casos (97%) tuvieron lugar en países en desarrollo. Este problema causa entre el 4,7 y el 13,2% de las defunciones maternas (entre 13.865 y 38.940 muertes cada año)

Tres millones de esos abortos peligrosos se dan en adolescentes de 15 a 19 años, lo que contribuye a su mortalidad materna y a problemas de salud que se prolongarán durante sus vidas. Además de esas muertes, cada año se atiende a 7 millones de mujeres en los hospitales de los países en desarrollo por complicaciones relacionadas con la imposibilidad de practicar un aborto seguro.

Por todo esto, restringir el acceso al aborto no solo no reduce el número de abortos, sino que afecta enormemente a los riesgos para su vida y su salud que la mujer corre al abortar. La condición jurídica del aborto no afecta a la necesidad de una mujer de abortar, pero impide o dificulta su acceso a un aborto seguro.

En España, La aprobación por el Congreso de la Ley de Reforma de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), supone algunos avances y aspectos positivos para el ejercicio de los DSyR en nuestro país, aunque a pesar de las expectativas creadas, el alcance la reforma es limitado y muy decepcionante en cuestiones tan importantes como lo que se refiere al alquiler de mujeres para gestar y comprar bebés

Por otra parte, hay que felicitar de que, por fin en mayo el Tribunal Constitucional emitió sentencia desestimatoria del recurso del PP sobre la llamada ley del aborto, afirmando que la constitución reconoce a la mujer el derecho a decidir libremente sobre la continuación del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación, lo que despeja la amenaza que se cernía sobre la Ley 2/2010.

Como principales aspectos positivos de la reforma señalamos:

- **La ampliación del objeto de la ley para incluir las violencias en el ámbito reproductivo, cumpliendo con el mandato del Convenio de Estambul**, que incluye la esterilización y el aborto forzada y la mutilación genital femenina (ésta incluida en la ley de Garantía de Libertad Sexual)
- **Se devuelve a las mujeres de 16 a 18 años y a las mujeres con discapacidad la posibilidad de decidir sin tener que pedir el permiso de sus tutores legales para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Se elimina el período de reflexión de 3 días y la información obligatoria que se entregaba a las mujeres.** Esa información será de carácter optativo, a petición de la mujer que acude a abortar.

Como aspectos que han mejorado, pero siguen siendo insuficientes:

- Las **IVEs** habrán de realizarse en **centro sanitario público**, o solo excepcionalmente en centro privado acreditado.

Pero recordemos que ya la ley antes de la modificación aprobada, establecía que la IVE se realizara de manera preferente en centros públicos, hecho que mayoritariamente sigue sin cumplirse.

Según el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad (datos de 2021), **el 84,3% de IVEs se siguen haciendo en instalaciones privadas** mediante conciertos con la sanidad pública. De ellos, el **91% se han realizado “a petición de la mujer”**, pero un total del 9% son por motivos clínicos (agrupados en los supuestos que la ley establece). Pues bien, **Hay 6 CCAA que no han realizado ni un solo aborto en la sanidad pública, ni siquiera aquellos que son por motivos clínicos, que la ley establece que preferentemente se hagan en la pública.** De acuerdo con dicho informe, hasta 12 provincias no notificaron ni un solo aborto (las mismas que llevan años sin hacerlo), lo que implica que estas mujeres tuvieron que desplazarse a otros territorios

Y esto no solo no ha cambiado, sino que surgen nuevas amenazas como el intento del gobierno PP-Vox de Castilla-León de obligar a las mujeres a escuchar el latido fetal

- Regula la objeción de conciencia creando un **registro de objetores**, donde se deberá manifestar la voluntad de objetar con carácter previo y por escrito.

Pero el efecto real de ésta medida deberá vigilarse adecuadamente, pues en la Ley ya figuraba la obligatoriedad de manifestar la objeción previamente y por escrito y con carácter individual, no de forma colectiva, algo que sin embargo sucede actualmente en una amplísima mayoría de los centros públicos. Lo único que se añade es la creación de un Registro. A día de hoy, este aspecto no se ha cumplido.

- Se incorpora el **criterio de proximidad al domicilio** para el acceso al aborto, lo que permitirá que las mujeres de una comunidad autónoma fronteriza con otra puedan acudir al hospital del otro territorio si es más cercano.

En principio es positivo este criterio, aunque poco novedoso, recordemos que actualmente el traslado de pacientes por distintas patologías entre CCAA se viene haciendo de manera habitual.

En este aspecto es importante la reciente Sentencia emitida por el TC en respuesta a la demanda contra el Servicio Murciano de Salud, por ser derivada a Madrid para acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo en una clínica privada, ante la negativa de todo el servicio regional de salud a practicar abortos, sin que ni siquiera existiera un registro de personas objetoras. El Constitucional estima que, al derivar a la mujer a un centro sanitario privado en Madrid (Comunidad Autónoma distinta de su residencia habitual), ha vulnerado su derecho a la interrupción del embarazo que forma parte de su derecho fundamental a la integridad física y moral. Se trata de salvaguardar “que la mujer que va a interrumpir el embarazo, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad física y emocional, no salga de su entorno habitual y pueda contar con los apoyos de sus allegados para hacer frente a esta difícil situación del modo menos traumático posible”

- La reforma incorpora en el propio articulado, la obligación de ofertar los **métodos quirúrgico y farmacológico** de interrupción de embarazos, para que sea la mujer quien decida cuál quiere en función de sus circunstancias y su situación de salud, aunque establece que los centros los ofertaran dependiendo de los requisitos y características de los métodos, que son distintos en cuanto a equipamientos e instalaciones, por lo que puede que no todos los centros pueden ofrecer ambos con garantías de calidad

Recordemos que ambos métodos son seguros. Lo importante es que se respete la decisión de la mujer y el acompañamiento profesional durante todo el proceso, antes y después

- Las competencias que atribuye a la **Alta Inspección**, para reducir las brechas existentes en el acceso al aborto y garantizarlo en todas las CCAA, ya estaban señaladas en la vigente ley, sin que haya servido al propósito de la equidad territorial en el acceso a la IVE.
- Se creará una línea telefónica especializada en derechos sexuales y reproductivos, que prestará información sobre el derecho a la IVE y el itinerario de prestación en los servicios públicos.

En la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, existe la atención especializada para la salud sexual y reproductiva, aunque existe amplia disparidad en cuanto a servicios, protocolos de actuación y derivación y criterios de calidad. Además, en las CCAA existen líneas de atención telefónica que ya informan sobre cuestiones de salud y sobre el circuito de acceso a la IVE en la correspondiente Comunidad Autónoma, otra cuestión es si son suficientemente accesibles y brindan una información de calidad. Habrá que esperar a ver el desarrollo de este punto conforme lo señalado e la reforma de la ley.

- Se refuerza la **formación de los profesionales en materia de IVE y SSR** (salud sexual y reproductiva), incluyendo contenidos en las carreras de ciencias jurídicas, de la salud, de la educación y sociales y en los currículos de las oposiciones vinculadas a estas.

La ley 2010 ya incluía medidas similares que no han sido desarrolladas. Quizás la inclusión de estos contenidos en los currículos de las oposiciones vinculadas a estas profesiones pueda impulsar esta formación, pero el desarrollo de estos contenidos está por ver. Seguimos insistiendo en la formación clínica quirúrgica de la práctica del IVE en medicina y en los MIR de obstetricia y ginecología.

- Se incorpora una situación especial de incapacidad temporal también en caso de aborto (ya sea voluntario o no), por la que se percibe el salario íntegro desde el primer día
- **Atención post IVE.** La reforma establece que “los servicios públicos de salud garantizarán la atención integral durante todo el procedimiento de interrupción del embarazo, ofreciendo recursos de acompañamiento y atención especializada, en particular de acompañamiento psicológico específico”

El aborto es un proceso que, en condiciones sanitarias e higiénicas adecuadas, no suele provocar complicaciones. No obstante, es importante hacer seguimiento para intervenir precozmente si se presenta alguna complicación, sea grave (hemorragias importantes o infecciones generalizadas), leve o algún malestar físico o emocional. Puede haber cambios en el estado de ánimo, bien de tristeza, estrés, alivio u otros (no hay emociones correctas o incorrectas). En ciertos casos puede ser conveniente el apoyo psicológico.

Puede ser adecuada una consulta un par de semanas tras el aborto, para confirmar el fin del proceso. También para iniciar o revisar el posible tratamiento anticonceptivo. Es importante que el consejo anticonceptivo y su inicio, si la mujer lo desea, se dé lo antes posible, ya que, aunque el primer periodo puede aparecer a las de 4 a 6 semanas tras el aborto, existe la posibilidad de un embarazo antes.

Reclamamos la creación de Protocolos específicos que dispongan de los recursos técnicos y profesionales necesarios para la atención integral a las mujeres que lo necesiten

Recordemos ese 9% total de abortos por acusas médicas. Son casos especialmente dolorosos, que en las CCAA que no realizan ningún aborto en la sanidad pública, siguen siendo desatendidas y derivadas en circuitos maltratantes, a pesar de que la ley dice que preferentemente se deberían realizar en la sanidad pública. Aunque no todas las mujeres lo van vivir igual, pueden requerir esa atención específica de la que habla la ley, pero para la que no se establece ningún compromiso concreto.

En resumen, aun conteniendo aspectos positivos, no vemos que la reforma ni su aplicación a día de hoy, haya cambiado sustancialmente la situación de las mujeres respecto a sus derechos sexuales y reproductivos

Por todo ello exigimos al nuevo gobierno:

-El despliegue de la ley para que el ejercicio de los DSyR sea una realidad, bajo parámetros de equidad, calidad y protagonismo de las mujeres, en las prestaciones en todo el territorio del estado

-Una atención a la salud sexual y a la salud reproductiva en la sanidad pública, que respete y fomente los derechos sexuales de las personas, libre de discriminación y violencia hacia las mujeres.

-Que se garantice el derecho a la IVE en la sanidad pública, con acceso universal sin limitaciones por situación administrativa

En Madrid, a 28 de septiembre de 2023