

***La salud sexual
y reproductiva
en España.***

***Evidencias de
la obsolescencia
legislativa.***

***Análisis del
anteproyecto de Ley
sobre IVE (mayo, 2009)***

Neus Debón Hernández (Consuelo), Junio 2009

ÍNDICE:

Introducción	6
Indicadores del derecho a la salud sexual y reproductiva	9
Las carencias en métodos anticonceptivos	11
El aborto de riesgo, problema mundial de salud pública	13
La situación de España: nivel legislativo, sanitario y educativo	15
Datos para la evaluación: la IVE y la Natalidad en España y la C. Valenciana	17
La situación en nuestro entorno próximo	22
La realidad impone un cambio en las políticas de salud sexual y reproductiva; el anteproyecto de ley	25
Bibliografía	26
Anexos	28

INTRODUCCIÓN.-

Según la (OMS), los **derechos sexuales** abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales.

“Todo individuo tiene el derecho de decidir libre y responsablemente el número y esparcimiento de sus hijos y el derecho de recibir información y educación adecuada sobre la planificación familiar, así como el derecho a obtener los medios necesarios para conseguirlo” (Declaración universal de los Derechos Humanos, 1948)

La planificación familiar¹ se define como el conjunto de estrategias que permiten adaptar el número y el momento de los embarazos a los intereses psicoafectivos, socioeconómicos y sanitarios de las parejas o de los individuos. Esto supone trabajar en dos frentes:

- a. En la contracepción: conjunto de estrategias dirigidas a evitar que la actividad sexual tenga como consecuencia necesaria la reproducción
- b. La reproducción asistida: conjunto de estrategias dirigidas a obtener un embarazo cuando existen dificultades para hacer de manera espontánea.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, acordó en **1979** la Resolución de la Asamblea General 34/180 en la que se reconoce el derecho a la salud y en su artículo 12 establece:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”

La **IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres** en su Declaración (Beijing, **1995**) se apuesta por un concepto más amplio que el de planificación familiar, por la **salud reproductiva**.

¹ Francisco Donat, Documentación Master en Género y Políticas de Igualdad 2007

Por otra parte, la Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, **1997**, Valencia, España Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14^o. Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China reconocía los **derechos sexuales** como derechos humanos fundamentales y universales. Entre otros se incluye el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a:

- El mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad
- Educación sexual
- Respeto por la integridad corporal
- Elección de pareja
- Decidir ser o no ser sexualmente activo
- Relaciones sexuales consensuadas
- Matrimonio consensuado
- Decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos
- Ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

En **1999**, la Resolución General 24 del comité CEDAW² se recomienda a los Estados Miembros, entre otras:

c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual,...

Así la normativa internacional reconoce y ampara el acceso y disfrute de dos derechos humanos que competen principalmente a las mujeres el derecho a la salud reproductiva (maternidad deseada y sin riesgos) y a la salud sexual (vida sexual placentera y sin riesgos).

El refrendo de estos derechos aunque es un paso de gran trascendencia para la implementación o no de políticas orientadas a su logro, no conlleva necesariamente a situarlos entre las prioridades públicas. Sin embargo el nivel, amplitud y satisfacción en el acceso a estos derechos tanto a nivel sanitario, educativo, legislativo, ético,... es un buen indicador del grado de implicación y madurez social de cada país.

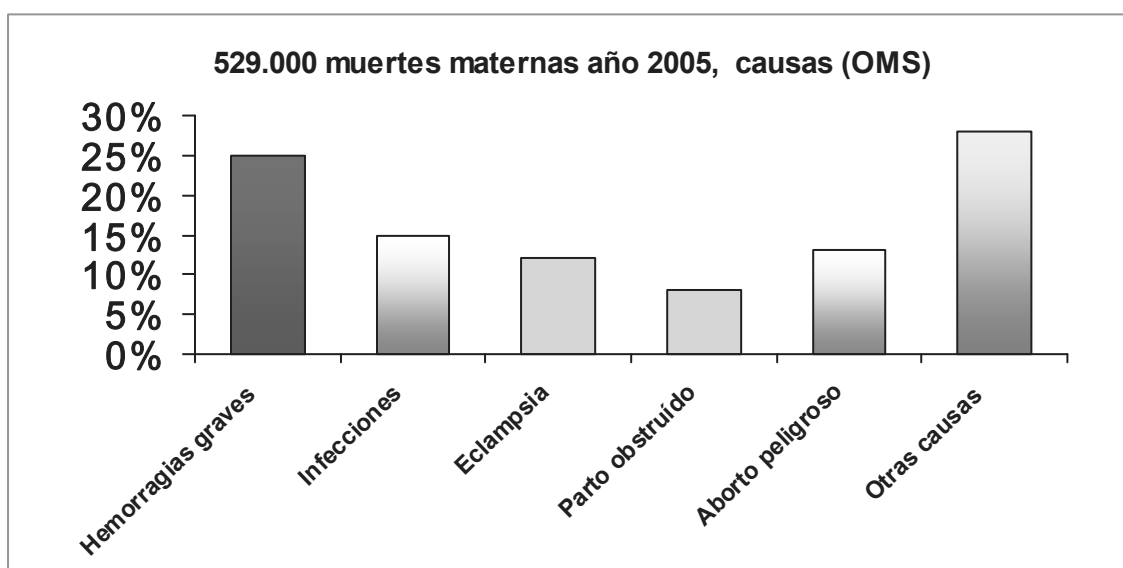
² Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer de la ONU

INDICADORES RELACIONADOS CON DE DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LA MORTALIDAD MATERNA

Definida la mortalidad materna como “La que afecta a las mujeres durante la gestación, el parto y las 6 primeras semanas de puerperio, independientemente de cuál sea la causa, y exceptuando las muertes accidentales”, en el 2005 la OMS alerta sobre su alta incidencia.

Por complicaciones en los 136 millones de partos se produjeron 529.000 mujeres muertas. Cada día la mortalidad materna acaba con la vida de 1500 mujeres, de las que un 68% son menores de 20 años. La tasa de mortalidad materna es de 1 cada 250 nacimientos, llegando al 1% en los países sin cobertura sanitarias adecuadas.

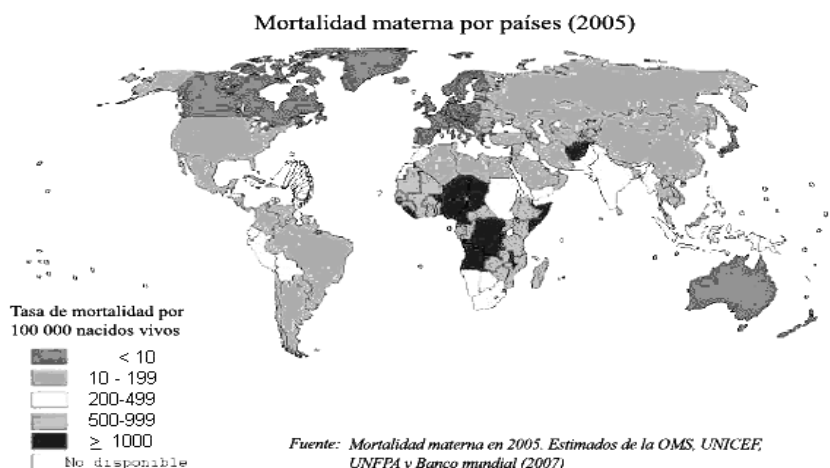


“La maternidad sin riesgos es un derecho humano de las mujeres”

“La maternidad debe ser una opción voluntaria de la mujer”

Aunque todas las voces se alzan a favor del derecho a la maternidad segura y ninguna creencia, ni ideología política se manifiesta en contra del derecho al nacimiento seguro, ¿cuánto de lo recomendado en el Congreso Mundial FIGO 2000 para favorecer una maternidad segura ha devenido en medidas reales? Si atendemos a los datos de mortalidad materna, el resultado es muy insuficiente.

La distribución mundial de la incidencia de muertes maternas correlaciona claramente con el nivel de desarrollo de los países, así el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000



Esta tremenda realidad se mantiene prácticamente inalterable desde hace 3 lustros. Según el Medical Bulletin³ **desde 1990 hasta 2005** la ratio de **mortalidad materna** sólo ha **descendido en un 5,4%**

Si se reflexiona acerca de las **recomendaciones para lograr una maternidad sin riesgos**:

Durante el embarazo:

- Formación para el autocuidado durante el embarazo
- Ayudar a la mujer y a sus familias para el parto
- Alertar sobre las complicaciones y capacitar para su reconocimiento
- Prevención con suplementos de Fe y vacunaciones.

Durante el parto:

- Asistencia universal con personal cualificado y medios materiales para evitar o tratar complicaciones

Después del parto:

- Atención ginecológica y pediátrica, 1ª al tercer día del parto como máximo y 2ª en las primeras seis semanas, para detectar y evitar posibles complicaciones en la madre y la criatura.

Antes y después del embarazo:

- Formación anticonceptiva y proporcionar métodos.

se evidencia que las medidas que apuntan a evitar el embarazo, cuando éste no se desea son las más seguras y las menos costosas en términos de vidas humanas y de recursos materiales y humanos.

Es incuestionable que los embarazos no deseados ponen en riesgo la vida de millones de mujeres cada año.

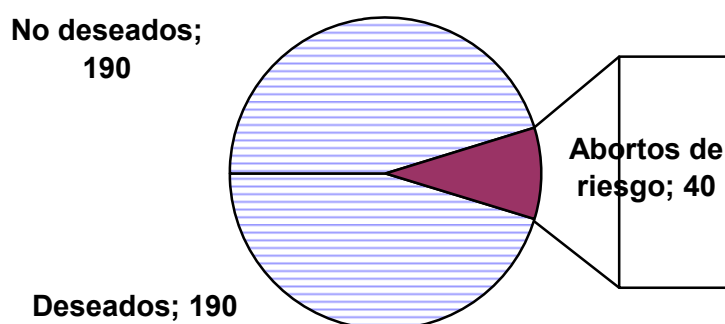
³ Medical Bulletin 2- Volumen 42 - N° 2 - Junio 2008

CARENCIAS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

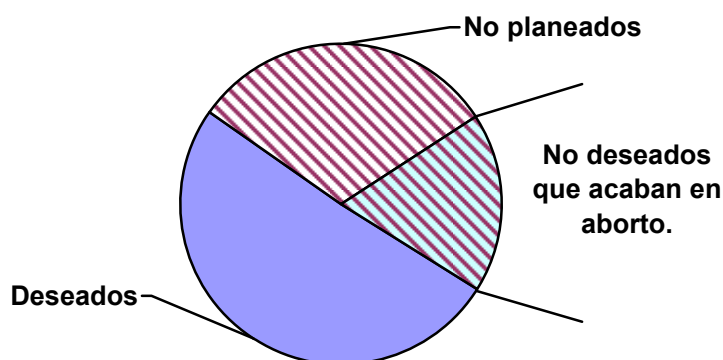
Las carencias en la formación y acceso a los métodos anticonceptivos apuntan una de las causas principales por las que anualmente millones de mujeres se someten a prácticas de alto riesgo para su salud.

De los **380 embarazos** que se producen cada **minuto** el **50%** siguen siendo embarazos **no deseados**, de los cuales el **20%** acaban en **aborto de alto riesgo** causando **1 de cada 8 defunciones⁴ por maternidad**.

Embarazos por minuto a nivel mundial (OMS, 2005)



OMS, 2004: Embarazos no planeados y deseados del total de 210 millones .

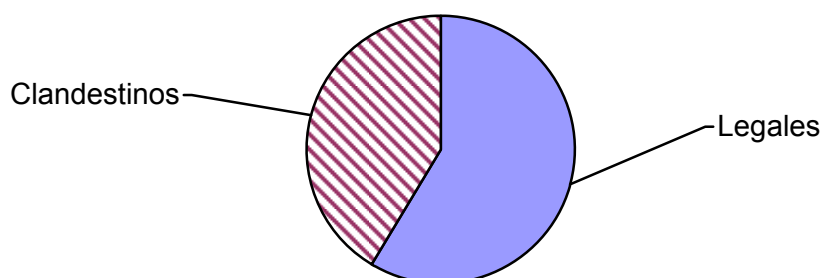


“Muchas mujeres pobres y de la clase trabajadora mueren cuando el aborto es ilegal. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 78.000 mujeres mueren cada año en el mundo por abortos inseguros” (Sharon Smith)

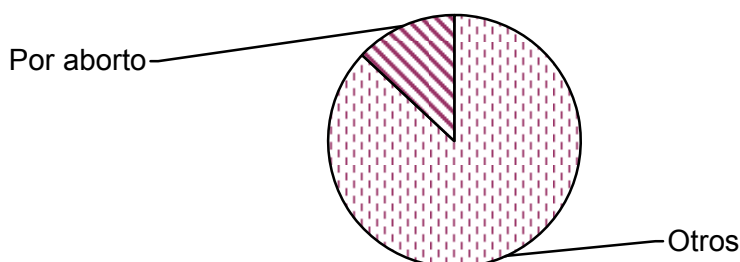
⁴ [http://www.who.int\(whr/2005/es/index.html](http://www.who.int(whr/2005/es/index.html)

Durante el 2004⁵, la OMS cifraba en **46 millones los abortos** realizados en el mundo (el 58% del total de embarazos no deseados), de los cuales **19 millones son clandestinos**; 19 millones de mujeres que resolvieron sus embarazos no deseados sometiéndose a abortos clandestino de alto riesgo. Esto supone 55.000 abortos de riesgo diarios con más de 180 mujeres muertas por esta causa.

OMS, 2004. 46 millones de abortos



OMS, 2005. Mortalidad Materna 529.000. Causas



Los datos mundiales del 2004 de la Safemotherhood Organization (*organización por la maternidad autorresponsable*) informan sobre las **razones por las que las mujeres recurren al aborto**:

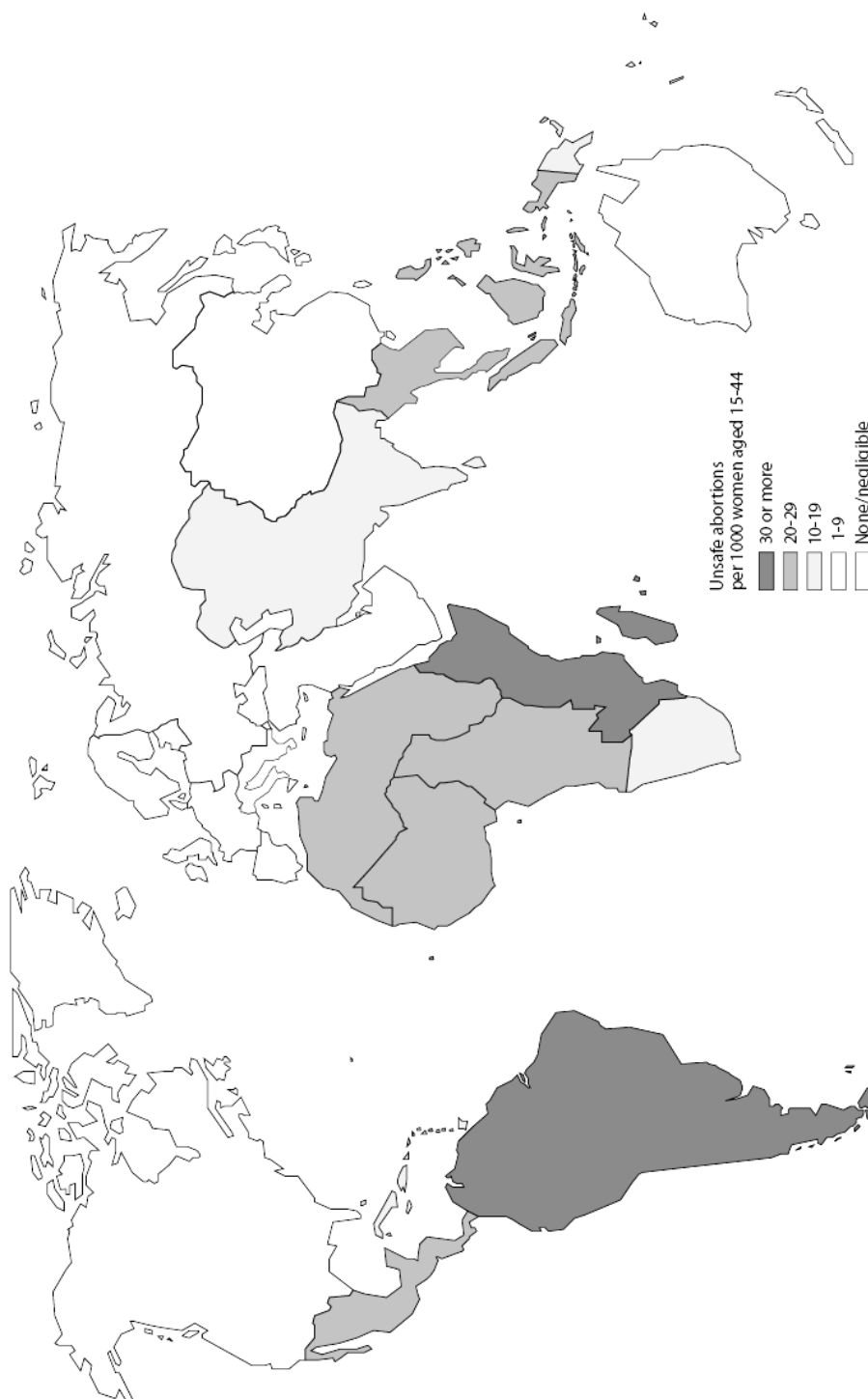
- Por falta de Planificación Familiar.- 350 millones de parejas no acceden a la información ni a la asistencia contraceptiva.
- Por incorrecto empleo de los anticonceptivos o por fallos en los mismos. Entre 8 y 30 millones de embarazos no deseados se deben a este motivo.
- Por razones socioeconómicas. No estar casadas, abandono de la pareja o de la familia, ser adolescentes. Tener demasiados hijos. Estado de pobreza extrema.
- Por ser el embarazo fruto de coacciones sexuales, abusos o violaciones. Entre el 20 y el 50% de las mujeres en todo el mundo (Heise, L. y Moore, K: Population Council. NY, 1999)

⁵ OMS, *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a Edición, Ginebra, 2004

EL ABORTO DE RIESGO: PROBLEMA MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA

De los 46 millones de abortos que se producen anualmente en el mundo, el 78 % se producen en países en vías de desarrollo y el 22% en países desarrollados. Alrededor del 11% de todas las mujeres que tienen un aborto viven en África, el 58% en Asia y el 9% en América Latina. El resto vive en Europa (17%) y en otros países desarrollados (5%)⁶.

Figure 3. Estimated annual incidence of unsafe abortion per 1000 women aged 15-44 years, by subregions, 2003



⁶ <http://www.fundaciondecontracepcion.es/premios/ResumenTesisDrMariJuan.doc>

Desde 1995 la OMS exige que los países desarrollen distintas **estrategias para hacer frente a la mortalidad por abortos inseguros**:

- Asegurar el acceso universal a la anticoncepción
- Ofrecer servicios sanitarios de aborto con personal, medios, marco legal adecuado y explícita aceptación moral.
- Asistencia cualificada en las complicaciones
- Consejo y asistencia anticonceptiva accesible a todas las mujeres a las que se les practique una IVE
- Educación de la comunidad sobre salud reproductiva y riesgo del aborto clandestino.
- Reformas legales y políticas que protejan la salud reproductiva de las mujeres. Incluyendo el acceso a la anticoncepción y la asistencias sanitaria en la IVE

Trece años después de esas recomendaciones, Carmen Barroso⁷ en el 10º Congreso Internacional Interdisciplinario sobre las Mujeres, Mundos de Mujeres 2008⁸ se recogía lo siguiente:

“Alrededor de 14 millones de niñas y mujeres menores de 20 años de edad dan a luz cada año en el mundo. En muchos de estos casos los embarazos son no deseados y ocasionan graves riesgos de salud. Asimismo, **entre dos y cuatro millones y medio de adolescentes intentan realizarse un aborto cada año.**[...] los gobiernos deben reconocer a las y los jóvenes como personas sexualmente activas, garantizándoles sus derechos sexuales y reproductivos mediante políticas, leyes y programas específicos. [...] El Comité de los Derechos del Niño, ha expresado su preocupación sobre los altos índices de mortalidad materna, de abortos inseguros, y de la falta de acceso a servicios de adolescentes para la protección de su salud sexual. ”

Actualmente en el mundo, la principal causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, por sus mayores riesgos y complicaciones (pre-eclampsia -presión arterial alta relacionada con el embarazo- y parto obstruido, la cabeza del feto es más grande que su zona pélvica).

“Según los organismos internacionales de derechos humanos y de salud lo mejor que los gobiernos pueden hacer frente a las IVE, es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten la anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios de calidad que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de accesibilidad para las usuarias (OMS, 2003)”⁹.

⁷ Carmen Barroso, Directora Regional del IPPF, federación institutos planificación familiar del Hemisferio Occidental

⁸ Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España, 5 de julio de 2008,

⁹ *Informe del Comité de Personas Expertas sobre la situación de la IVE en España y Propuestas para una nueva regulación.*

LA SITUACIÓN DE ESPAÑA.

A NIVEL LEGISLATIVO:

El reconocimiento del derecho al aborto libre y gratuito fue una de las máximas del movimiento feminista durante toda la transición.

Las promesas electorales y la presión de las mujeres llevó a la aprobación en el Pleno del Senado por **132 votos a favor**, **35 en contra** y 6 abstenciones, la propuesta sobre la despenalización del aborto con una nueva enmienda socialista: no será necesario el dictamen médico ni el consentimiento de la embarazada en caso de riesgo urgente.

La **Ley 9/1985** de 5 de julio de **Despenalización el aborto en España** se estructura sobre la base de la regla general prohibitiva con sanciones penales y de un conjunto restringido de indicaciones en virtud, de las cuales se despenaliza el aborto en los tres supuestos siguientes:

- 1 grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada (indicación terapéutica);
- 2 cuando el embarazo provenga de una violación (indicación ética);
- 3 o cuando se presuma la existencia de graves malformaciones físicas o psíquicas en el feto (indicación eugenésica).

El tratamiento legal a la despenalización del aborto en España (artículo 147 bis del Código Penal) no satisfizo a la mayoría de ONGs y demás asociaciones de mujeres. En 1.994 la CELEM¹⁰ elaboró un Manifiesto que se presentó a la Delegación de los gobiernos en la IV Conferencia de Beijing.

“Garantizar el reconocimiento de las mujeres a decidir sobre su maternidad, eliminando el carácter punible del IVE de todos los códigos”.

A pesar de la reivindicación incesante por ampliar los supuestos para la no punidad de los abortos (Manifiesto del CELEM, 1994, para la IV Conferencia de Beijing) y la necesidad de normalizar el ejercicio público de este derecho (propuesta parlamentaria socialista de 1990), cuando fue derogado el Código Penal (1995) el artículo 417 bis se mantuvo y no se incorporó al nuevo Código Penal ni tampoco fue sustituido por otro precepto. Simplemente, quedó vigente como un cuerpo extraño.

Al tiempo, la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal de España Artículos 181 (2) y 183, reformado recientemente en varias ocasiones, establece la edad de **consentimiento sexual a los 13 años**.

¹⁰ Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres

A NIVEL SANITARIO

En el artículo **18 de la Ley 14/1986 General de Sanidad** se recoge:

Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes

Desde hace más de 20 años la planificación familiar se incluye en las prestaciones que el Servicio Nacional de Salud ofrece de manera descentralizada. Por tanto, el nivel de desarrollo de este servicio ha dependido de cada Comunidad Autónoma y el acceso a los derechos sexuales en España no ha sido uniforme.

A NIVEL EDUCATIVO

La Logse atendiendo a las recomendaciones internacionales¹¹ recoge dentro las enseñanzas mínimas de la Educación Secundaria Obligatoria los siguientes objetivos:

- Reproducción humana,
- Conducta sexual,
- Anticoncepción,
- Higiene sexual,
- Información sexual.
- Aceptación de las diferentes conductas sexuales;
- Construcción de una sexualidad libre y responsable.

Sin embargo el desarrollo de esta formación ha sido también desigual según las actuaciones de las respectivas Comunidad Autónoma.



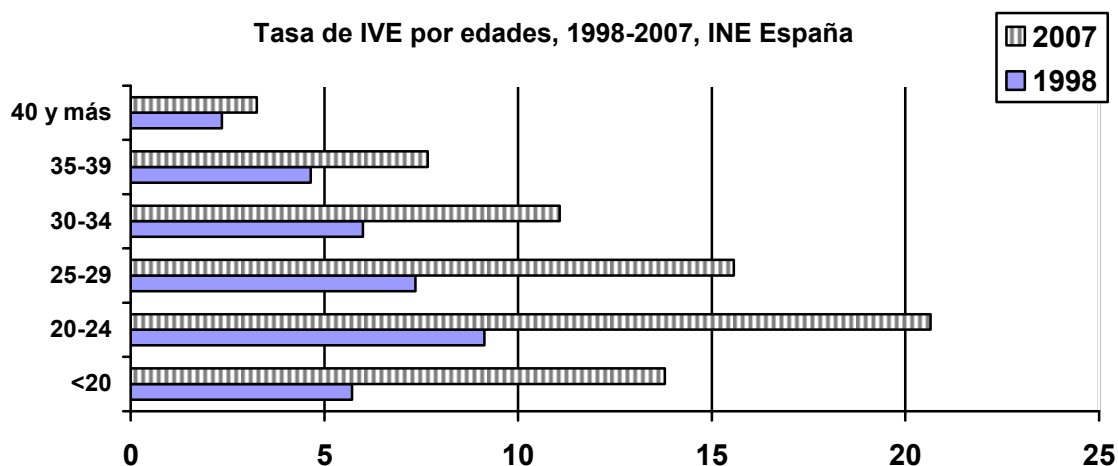
Servicios autonómicos de sanidad y consumo

¹¹ El informe **Kinsey** sobre las conductas sexuales de los hombres y las mujeres evidenció que la sexualidad existe y que es una poderosa fuerza interna ya en la infancia, que posee un fundamento biológico e instintivo y que si se restringe demasiado, puede pervertirse.

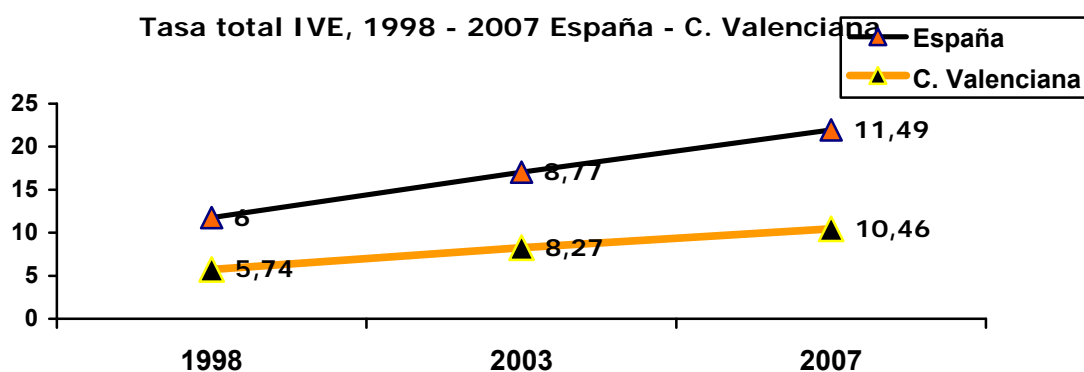
DATOS PARA LA EVALUACIÓN: LA IVE Y LA NATALIDAD EN ESPAÑA Y LA C. VALENCIANA

Evolución de las tasas de IVE por cada 1000 mujeres por tramos de edad

	1998	2002	2007
<20	5,71	9,28	13,79
20-24	9,13	14,37	20,65
25-29	7,35	10,72	15,57
30-34	5,99	8,10	11,07
35-39	4,65	5,84	7,67
40 y más	2,35	2,72	3,25



Se aprecia un aumento significativo y constante en las tasas de IVE desde 1998 en todos los tramos de edad, especialmente entre las mujeres menores de 20 años que pasan del 5,71 al 13,79.



La comparativa muestran una evolución similar a nivel Estatal y autonómico pero siempre con una progresión ligeramente inferior y unas tasas también inferiores en la Comunidad Valenciana.

ANÁLISIS PORMENORIZADO DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA EN EL 2007 (ver anexo)

Total mujeres fértiles → **13.945.314**

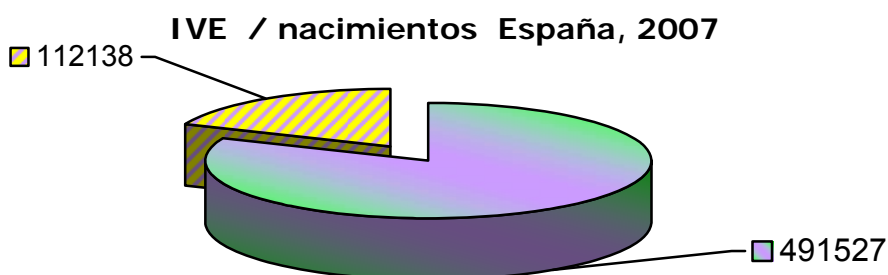
Total nacimientos → **491.527**

Total IVE → **112.138**

Mujeres fértiles menores de 30 años → el **38,55 %**

Nacimientos de madres menores de 30 años → **36,01 %**

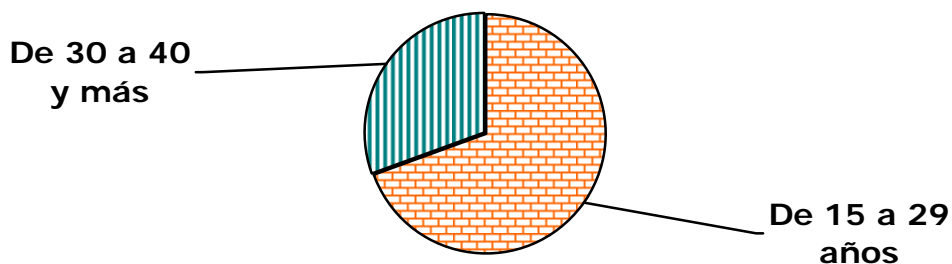
IVE mujeres menores de 30 años → **69,4 %** (50 sobre 72)



- Las interrupciones voluntarias de embarazo fueron de **112.138** casos (1 IVE por cada 4,3 nacimientos)
- Las mujeres **de 20 a 24 años** son las **más afectadas** por los embarazos no deseados.
- El **88 % de las IVE** se realizaron entre las **5 y las 12 semanas** de gestación
- En el **97,8 %** de los casos **la IVE** se realizó en un **centro privado**, sólo el **2,08 %** fueron realizados por la **sanidad pública**

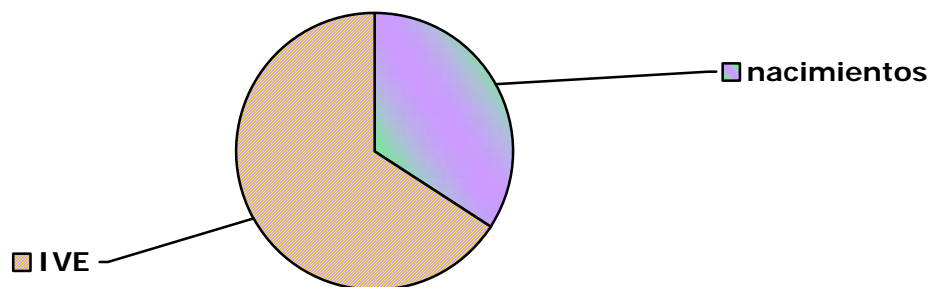
Resulta significativo y alarmante que las 2/3 partes del total de IVE se correspondan con los tramos de edad de mujeres menores de 30 años.

Tasa de IVE por edades, 2007, INE España



Si se analizan los datos de la natalidad por tramos de edad y se comparan con las IVE resulta que las mujeres fértiles **menores de 30** años presentan una **natalidad** baja **36,01 %** y un porcentaje de **IVE** altos **69,4 %**

IVE / nacimientos correspondientes a mujeres menores de 30 años (38,55 % del total de mujeres en edad fértil).
España, 2007



Vemos que, con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres españolas en el 2007, se invierten los porcentajes: 36 % natalidad frente al 69 % de IVE. **De cada 3 embarazos en mujeres jóvenes, como mínimo 2 fueron no deseados.**

LA SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD VALENCIANA¹²

Total mujeres fértiles → 1.350.674

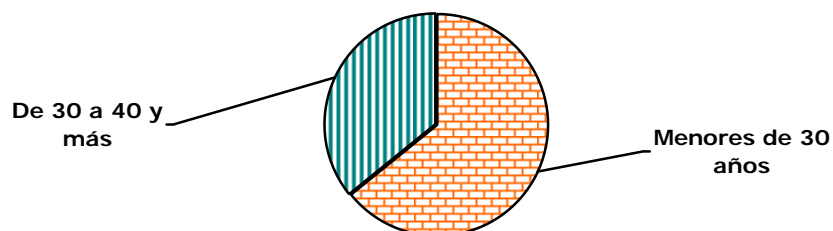
Mujeres fértiles menores de 30 años → 43,20%

Nacimientos madres menores de 30 años → 32,66 %



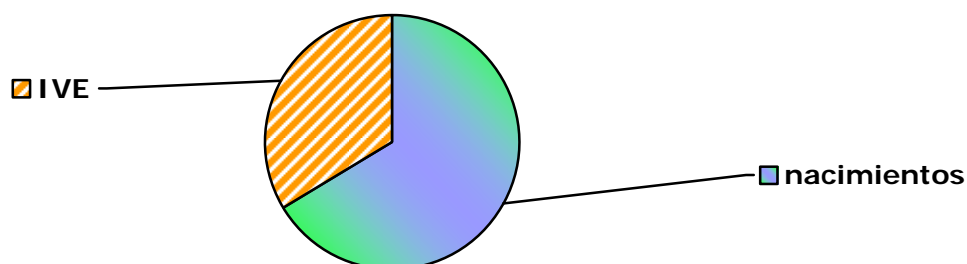
- Las interrupciones voluntarias de embarazo fueron de **11160** casos (1 IVE por cada 4,8 nacimientos)
- Al igual que en el resto del Estado, las mujeres **de 20 a 24 años** son las **más afectadas** por los embarazos no deseados. (IVE de 24,9%)

Tasa de IVE por edades, 2007, INE Comunidad Valenciana



Para el tramo de mujeres fértiles menores de 30 años se aprecia la misma situación de a nivel estatal

IVE / nacimientos correspondientes a mujeres menores de 30 años (38,55 % del total de mujeres en edad fértil).
Comunidad Valenciana, 2007

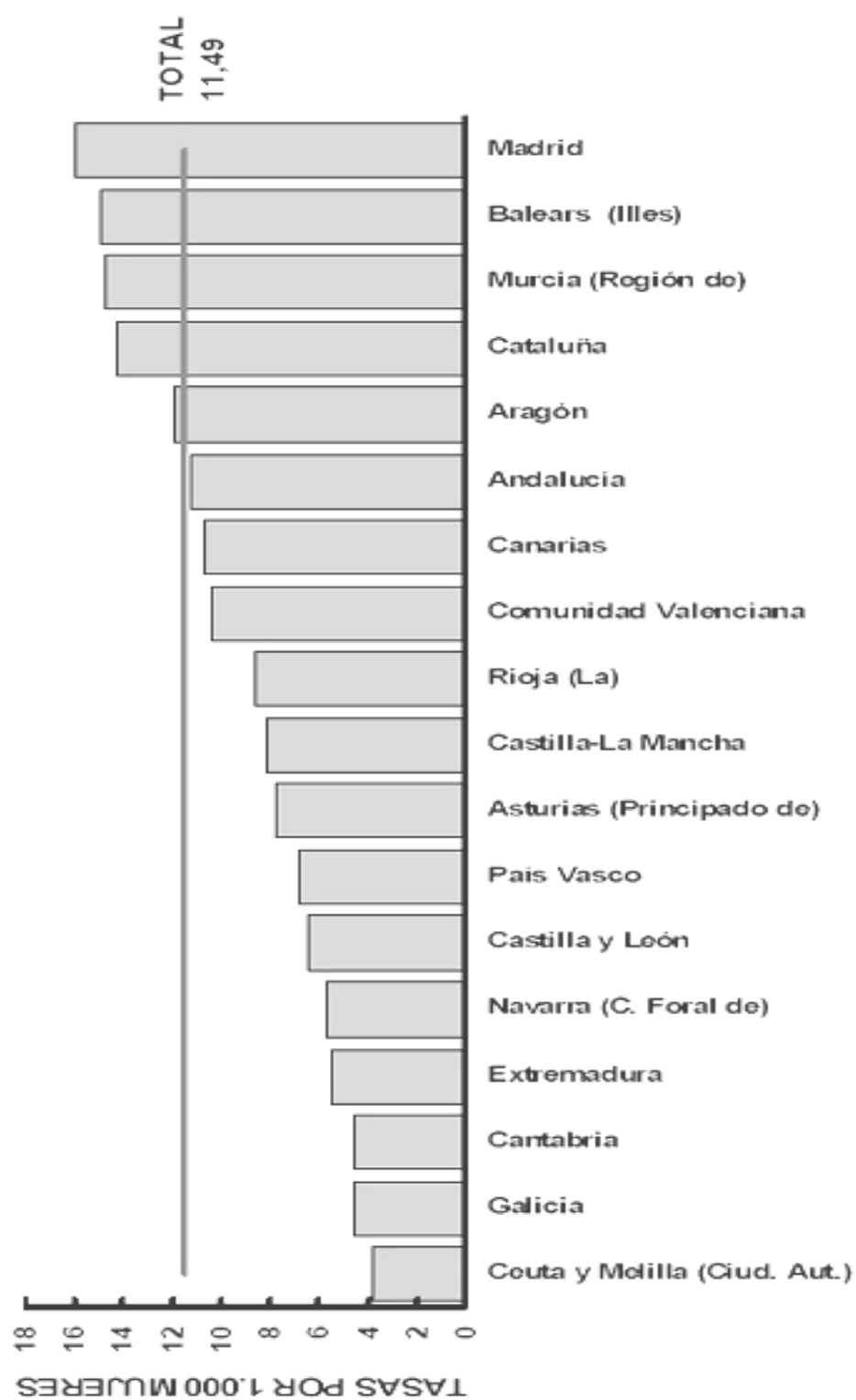


Con respecto al conjunto de comunidades autónomas, las Comunidad Valenciana se encuentra en el 8 lugar más alto de las 18 registradas a nivel estatal.

¹² Datos del 2007 Fuentes:

<http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/EPI/RIVE/>

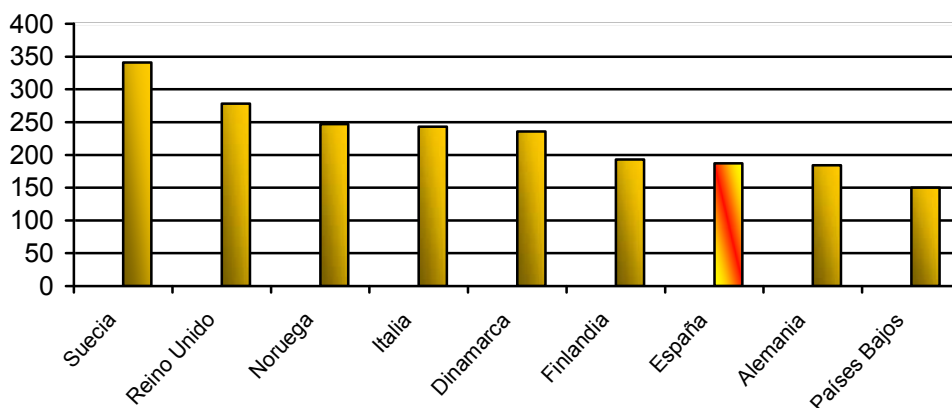
I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2007.



LA SITUACIÓN EN NUESTRO ENTORNO PRÓXIMO

La progresión en el nº de IVE así como su demanda por parte de mujeres cada vez más jóvenes no es algo extraño si atendemos a lo que sucede en nuestro entorno más cercano. Así en el 2004 las tasas de IVE de España estaba por debajo de las de Italia, Inglaterra, Dinamarca,...

Abortos por cada 1000 nacimientos, 2004



EN 2006 el Instituto de Política Familiar de la Eurocámara analizó que en 10 años las IVE habían crecido en todos los países de la Unión y especialmente en España (un 75%), en Bélgica (50%) y en Holanda (45%).

La Unión Europea, siguiendo las recomendaciones de la OMS, ha llevado a cabo una serie de actuaciones orientadas a mejorar la salud sexual y reproductiva, adecuando y armonizando las intervenciones a las exigencias de las nuevas realidades sociales.

El Parlamento de la Unión Europea en 2003 aprobó la Resolución (2001/2128(INI)) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia en la que se **recomienda** que para proteger la salud reproductiva y los derechos de la mujeres **que el aborto sea legal, seguro y accesible** para todas las mujeres; y hace un llamamiento a los Gobiernos de los Estados miembros y de los países candidato para que se abstengan de procesar a mujeres a quines se les haya practicado un aborto ilegal.

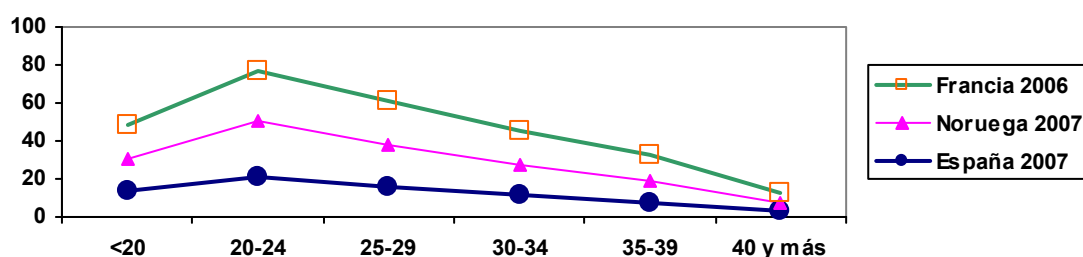
De la Resolución se destacan:

10. Que garanticen información y asesoramiento libres de prejuicios con base científica y de fácil comprensión sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención de abortos no deseados,...

20. Que ofrezcan apoyo a las adolescentes embarazadas, con independencia de que deseen interrumpir el embarazo o llevarlo a término, y que garanticen su posterior educación.

La mayoría de los países de la Europa de los 15 han adoptado políticas de salud sexual y reproductiva orientadas hacia la implementación de las recomendaciones anteriores, asumiendo que, tal como muestran “diferentes estudios científicos, muchos de ellos publicados en revistas prestigiosas como la Journal of Adolescent Health, ...los programas que promueven la abstinencia son ineficientes, no evitan los embarazos entre adolescentes, no retrasan el inicio de las relaciones sexuales, no reducen el impacto de las infecciones de transmisión sexual y, en última instancia, dejan a las y los jóvenes menos preparados para tener relaciones sexuales seguras, placenteras y responsables”¹³

Comparativa tasas IVE por tramos de edad, 2007



Vemos como la situación de España se encuentra dentro de los parámetros que se manejan en nuestro entorno y por tanto las alternativas debe ir en la línea de mejorar la intervención social (legislación, normativas, recursos, educación, sensibilidad social,...) de manera que se armonicen con la de los países europeos más avanzados en materia de salud sexual y reproductiva.

A nivel de jurisdicción, “La tendencia dominante en los ordenamientos europeos desde hace décadas, recoge la prevalencia de los derechos fundamentales de las mujeres en las primeras fases del embarazo, mientras que a partir de un determinado instante, en cambio, pasa a valorarse superiormente el *nasciturus*”¹⁴.

10 semanas	Portugal
12 semanas	Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, México, Noruega,
18 semanas	Suecia
24 semanas	Gran Bretaña, Holanda
No plazos	Polonia

¹³ Carmen Barroso, Directora Regional (directora del IPPF, federación institutos planificación familiar del Hemisferio Occidental) Presentado en el 10º Congreso Internacional Interdisciplinario sobre las Mujeres, Mundos de Mujeres 2008. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España, 5 de julio de 2008

¹⁴ Informe del Comité de Personas Expertas sobre la situación de la IVE en España y Propuestas para una nueva regulación

Atendiendo especialmente a las nuevas incorporaciones en la Europa de los 27, **La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa** aprobó en **2008** la Resolución 1607 en la que **se invita a los Estados miembros a “despenalizar el aborto si no lo han hecho aún**, allá donde sea delito, y garantizar el derecho de las mujeres a esta práctica y levantar las restricciones existentes.

La Asamblea afirma el derecho de todos los seres humano, incluidas las mujeres, al respeto por su integridad física y a la libertad para controlar sus propios cuerpos. En este contexto, la decisión última de practicarse o no un aborto debería ser un asunto que sólo concierne a la mujer, y ella debería tener los medios para ejercer ese derecho en una forma efectiva” (Recomendación 6ª)

LA REALIDAD IMPONE UN CAMBIO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; EL ANTEPROYECTO DE LEY

Las carencias en las prestaciones y la obsolescencia de la norma se han evidenciado con especial contundencia en los últimos años en los que miles de mujeres y un buen número de clínicas privadas y concertadas se han visto coaccionadas y sometidas a indefensión a causa de las deficiencias legales y del “radical despertar opositor” del mal autodenominado movimiento ¿“pro-vida”?

El Gobierno por fin a dado respuesta a la demanda de despenalización del aborto, de ampliación de los supuestos legales para la IVE y de la inclusión en el sistema de salud pública de todas las prestaciones relativas a la salud sexual y reproductiva. Siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales ONU, OMS, Unión Europea,.. y atendiendo a la realidad de nuestro país elaboró una propuesta de ley que fue sometida a la valoración de un Comité de Personas Expertas cuyo informe se hizo público el 5 de marzo de 2009.

El Consejo de Ministros del Gobierno de España aprobó en mayo de 2009 el **ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**, para que fuese remitido al Consejo General del Poder Judicial y al Consejo Fiscal para que emitan sus preceptivos informes, recoge las principales recomendaciones del comité de expertos y las conclusiones de la subcomisión de Igualdad del Congreso de los Diputados.

El texto es claro y conciso.

En la **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS** Recoge los principios inspiradores de la ley (defensa de la dignidad, del derecho a decidir, a garantizar la decisión en libertad y sin coacciones,...en la línea de lo sustentado desde los organismos internacionales OMS, ONU, parlamento Europeo,...)

Consta de **23 artículos**:

TÍTULO PRELIMINAR → Disposiciones generales

- Art. 1 al 4: **Objeto, definiciones, principios y ámbitos de aplicación, garantías de equidad**

TÍTULO PRIMERO → De la Salud Sexual y Reproductiva

Capítulo I.- Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva

- Art. 5 y 6: **Objetivos** de la actuación de los poderes públicos, acciones informativas y de sensibilización

Capítulo II.- **Medidas en el ámbito sanitario**

- Art. 7 y 8: **Atención** a la salud sexual y reproductiva y **formación de los profesionales** de la salud

Capítulo III.- **Medidas en el ámbito educativo**

- Art. 9 y 19: Incorporación de la **formación en salud sexual y reproductiva** al sistema educativo y actividades hacia la comunidad educativa.

Capítulo IV.- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

- Art. 11: Elaboración de la Estrategia (quinquenal y de evaluación bianual)

TÍTULO PRIMERO → De la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Capítulo I.- **Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo**

- Art. 12 al 17: **Garantizar el acceso a la IVE**. Condiciones comunes de obligado cumplimiento (consentimiento expreso tras mínimo tres días de protocolo informativo), A petición de la mujer **mayor de 16 años** con gestación **dentro de las 14 primeras semanas**. Por causas médicas. El comité clínico y los contenidos y **protocolos de la IVE**. Claridad e insistencia en los documentos informativos en sobre cerrado (apoyo a la maternidad, métodos de IVE, centros, leyes de IVE y la de Autonomía del Paciente,...)

Capítulo II.- **Garantías del acceso a la prestación**

- Art. 18 al 23: **Prestación incluida** en los servicios comunes del **Sistema Nacional de Salud**. Asegurar la equidad y calidad asistencial, la **protección de la intimidad y confidencialidad**, el tratamiento de datos,..

ADICIONAL PRIMERA: sobre la Alta Inspección

DEROGATORIA ÚNICA: art. **417 bis** de 9/1985 del código Penal (despenalización en 3 supuestos)

MODIFICACIÓN Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, castigos por incumplimiento ley

MODIFICACIÓN Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, suprime el requisito de la mayoría de edad civil para la IVE

Mi valoración sobre el texto es positiva en cuanto supone un enorme avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres a gestionar y decidir sobre su cuerpo. Estimo que responde en lo fundamental a las exigencias manifestadas por los agentes implicados: despenalización total del aborto; IVE antes de las 14 semanas sin más requisito que el consentimiento explícito, informado y meditado de la mujer interesada si es mayor de 16 años; si la gestación está fuera del plazo de 14 semanas se establece un sistema informado por responsables sanitarios,.. acceso universal a la información y a los métodos anticonceptivos, inclusión de la prestación dentro del Sistema Nacional de Salud, formación de profesionales de la salud para favorecer la atención sexual y reproductiva, garantía a la confidencialidad,.. Aunque ha dejado muy abiertos ciertos frentes como la objeción de conciencia de los profesionales del mismo,.. Será preciso estar vigilante para que en los desarrollos para la aplicación de la norma se sea fiel a los principios que la han inspirado y se siga de manera igualitaria en todas las comunidades autónomas.



BIBLIOGRAFÍA:

Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

DONAT, Francisco (2006) "Salud sexual y reproductiva", "Informe sobre salud en el mundo, OMS Atender 136 millones de partos anuales" Apuntes Master en Género y Políticas de Igualdad. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universitat de València

GONZÁLEZ SANJUÁN, M^a Eugenia (2009) "La construcción social de la salud y la enfermedad", "Sesgos y desigualdad en la ciencia médica y en la atención a la salud", "Principios indicadores sobre la salud de las mujeres y los varones". Apuntes Master en Género y Políticas de Igualdad. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universitat de València

GONZÁLEZ SANJUÁN, M^a Eugenia (2009), "Distintos sexos, distinta salud", *Arxius*, diciembre.

Informe del Comité de personas Expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y Propuesta para una nueva Regulación

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel (2003) "Efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres". *Anuario de Psicología*, 34, 253-266

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel (2004) "Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género". En E. Barberá e I. Martínez Benlloch (Coords), *Psicología y Género* (pp.296-321) Madrid: Pearson

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel (2007) "Efectos Psicológicos de la prescripciones culturales en torno al cuerpo", Institut d'Estudis Universitaris de la Dona, Universidad de Valencia,

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel y BONILLA, Amparo (2000) *Sistemas sexo/género, identidades y construcción de las subjetividad*. Valencia, Publicaciones de la Universitat de València

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, 4a Edición, Ginebra, 2004, www.who.int/reproductivehealth.

RUIZ-TAGLE MORALES, M^a Ángeles "Retazos de la Historia de la Ley del Aborto en España"

VALL I LLOBET, Carmen (1999), "Vivir mas, vivir mejor" en *matriz.net&MyS*

VALL I LLOBET, Carmen (2002) "Doctora, me duele todo". *Mujeres y Salud* nº 10

VALL I LLOBET, Carmen "La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización"

VELASCO ARIAS, Sara (2006), "Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista". Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública, MTAS, Madrid, 1ª edición, 2006

WOMEN'S HEALTH INITIATIVE (2004), "Actualización sobre el Programa de Hormona de WHI"

<http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/EPI/RIVE/>

<http://www.fundaciondecontracepcion.es/premios/ResumenTesisDrMariJuan.doc>

[http://www.who.int\(whr/2005/es/index.html](http://www.who.int(whr/2005/es/index.html)

www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_factsheets_cifras.pdf

web Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana

web Ministerio de Sanidad, Gobierno de España

web mujeresenred

web nosotrasdecidimos

ANEXO TABLAS:

Comunidad Valenciana, 2007
Mujeres fértiles menores de 30 años 43,20%
Nacimientos de madres menores de años 32,66 %

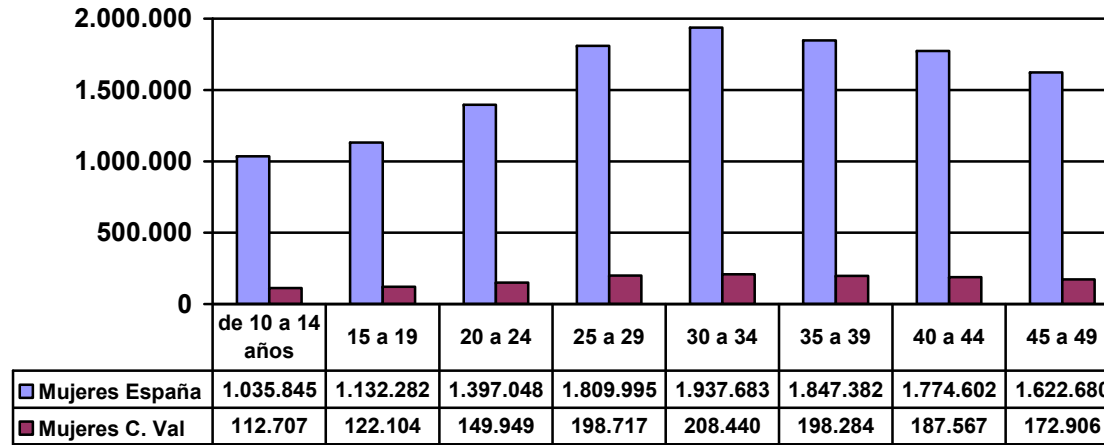
Mujeres C. Valenciana, 2007	Cantidad nacimientos	Total Mujeres	IVE	% IVE	% total mujeres	% nacimientos
10-14	9	112.707	58	0.5	8,34	0,02
15-19	1.318	122.104	1588	10.3	9,04	2,37
20-24	.716	149.949	2794	25.0	11,10	8,48
25-29	12.111	198.717	2708	24.3	14,71	21,79
30-34	20.318	208.440	2087	18.2	15,43	36,55
35-39	11.565	198.284	1376	12.3	14,68	20,81
40-44	2.290	187.567	513	4.6	13,89	4,12
45 o más	273	172.906	36	0.3	12,80	0,44
Desconocida	2.984					5,37
TOTAL	55.584	1.350.674	11150	100		100,00

España 2007:**Mujeres fértiles menores de 30 años 38,55 %****Nacimientos de madres menores de 30 años 36,01 %**

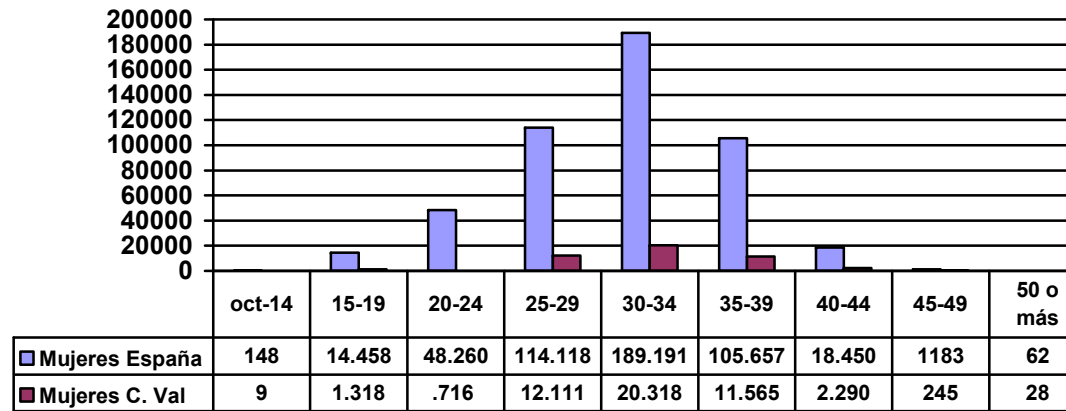
Mujeres España 2007 Tramo edad	Cantidad nacimientos	Total Mujeres España	Tasa IVE	% total mujeres	% nacimientos
10-14	148	1.035.845	13,79	7,43	0,03
15-19	14.458	1.132.282		8,12	2,94
20-24	48.260	1.397.048	20,65	10,02	9,82
25-29	114.118	1.809.995	15,57	12,98	23,22
30-34	189.191	1.937.683	11,07	13,89	38,49
35-39	105.657	1.847.382	7,67	13,25	21,50
40-44	18.450	1.774.602	3,25	12,73	3,75
45-49	1183	1.622.680		11,64	0,24
50 o más	62	1.387.797		9,95	0,01
TOTAL	491.527	13.945.314			

IVE por edades	España 2007	Noruega 2007	Francia 2006	Rumanía 2005
<20	13,79	17	17,6	22.5
20-24	20,65	29,5	27,1	51.8;
25-29	15,57	22,4	23	55.6;
30-34	11,07	15,9	18	50.4
35-39	7,67	11,2	13,4	35.6;
40 y más	3,25	4,2	5,6	13.6

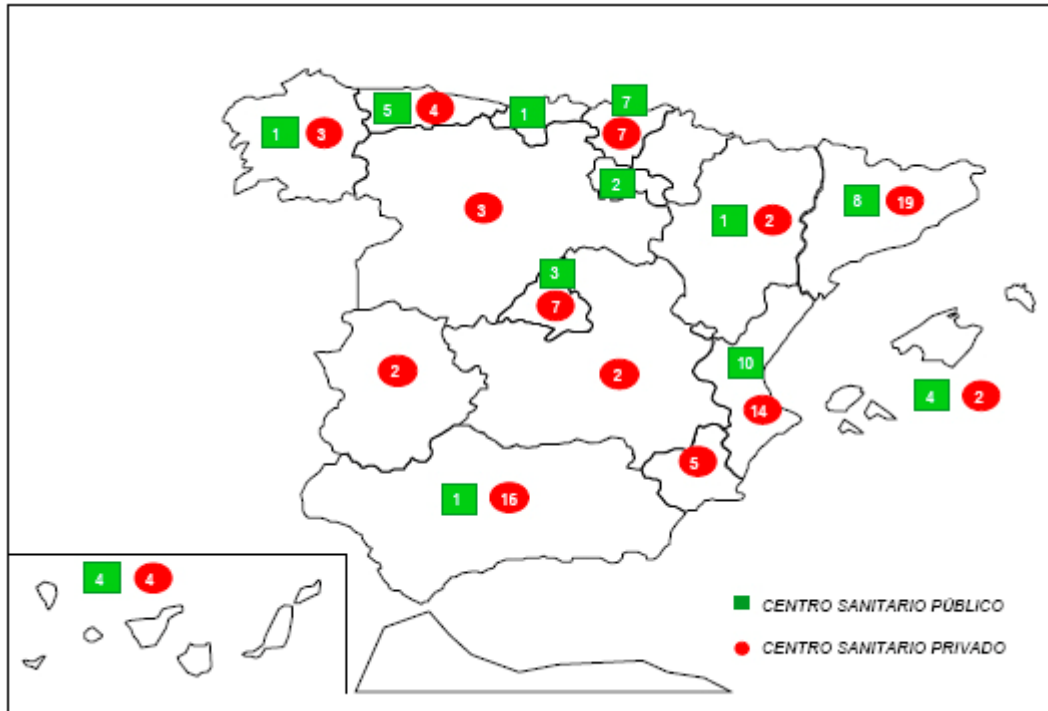
Mujeres en edad fértil. España y C. Valenciana, 2007



Nacimientos por tramos edad de las madres. España y C. Valenciana, 2007



Distribución de centros que han notificado I.V.E.s, según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España, 2007



Centros en los que se ha realizado la IVE

	Públicos España	Privados España
1998	2,33 %	97,37 %
2002	2,47 %	97,53 %
2004	3,56 %	96,44 %
2007	2,08 %	97,92 %