



El Fórum de Política Feminista ante el 28 de septiembre de 2018

En esta fecha internacional las mujeres del FPF queremos manifestar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres aun no están plenamente desarrollados no solo en nuestro país sino a nivel mundial y queremos hacer mención especial al movimiento de mujeres en Argentina donde se está dando una confrontación con el patriarcado que se resiste con todas sus fuerzas, estrategias y redes de poder, como es la Iglesia Católica, al reconocimiento del derecho a decidir sobre su maternidad.

Nos manifestamos en solidaridad con todas las mujeres del mundo y aquellas que especialmente están refugiadas sometidas a violencia sexual y que carecen de servicios de salud sexual y reproductiva, el acceso a anticoncepción segura y a la interrupción voluntaria del embarazo.

En relación al Aborto voluntario o interrupción voluntaria del embarazo queremos reivindicar:

La modificación de La Ley 11/2015 de 21 de septiembre, , a partir de la cual las menores de 16 y 17 años tienen que contar con la autorización de sus representantes legales para acceder a la IVE, lo que supone una dificultad añadida a estas jóvenes en el ejercicio de su derecho a decidir. Seguiremos contestando en las calles, como se ha venido haciendo hasta ahora por el movimiento feminista así como por gran parte de la sociedad civil para eliminar esta restricción que cercena los derechos de las jóvenes .Además de reivindicar programas específicos de prevención y educación sexual y afectiva en materia de derechos y salud sexual y reproductiva en toda la escolarización incluida la universitaria.

La figura del aborto, por voluntad de la mujer, fuera de los plazos y supuestos señalados en la ley se mantiene dentro del Código Penal. Lo que es un



derecho, no solo no se garantiza en su ejercicio, sino que se penaliza, y muy gravemente, y en mayor medida para el personal sanitario.

Supeditar la práctica de la IVE al requisito de un “período de reflexión de al menos tres días”, es dar por supuesto que la mujer que acude a practicarse un aborto, ha tomado una decisión previa irreflexiva. Lo que supone un grave tutelaje a la mujer y un cuestionamiento de su capacidad y autonomía. Siguiendo lo establecido por la ley a las mujeres se les entrega un sobre en el que únicamente se entrega información relativa a políticas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad desde el punto de vista estatal y regional. En la práctica tiene consecuencias en ocasiones graves: las mujeres ven alargarse el proceso de la IVE una vez tomada la decisión, lo cual se agrava cuando las mujeres han de desplazarse desde otras localidades para abortar, obligándolas a tener que trasladarse al menos en dos ocasiones para cumplir con el periodo de reflexión.

Desigual acceso a los servicios y a la financiación pública

La legislación establece que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe estar incluida en la cartera de servicios comunes del *Sistema Nacional de Salud*, pero no resulta siempre sencillo el acceso a los servicios públicos de salud. Año a año se confirma un trato no igualitario en el Estado español con diferencias por Comunidades. Solo el 11,73 % de las IVE se hicieron en la red sanitaria pública en 2016, lo que significa que el 88,26 % se realizan en el sector privado mediante concertación de servicios. En Extremadura, Castilla La Mancha y Aragón no hay centros públicos que realicen IVES.

Los datos recogidos por el Ministerio en su informe anual sobre interrupción voluntario del embarazo IVE dejan ver también las claras desigualdades entre zonas y el desequilibrio existente entre los servicios públicos y privados:

Aunque el informe del Ministerio de Sanidad no recoge el dato del porcentaje de abortos que son costeados íntegramente por las mujeres, diversos informes autonómicos arrojan cifras muy diversas al respecto. Mientras, por ejemplo, en



Andalucía el porcentaje de financiación pública sobrepasa el 90% de los casos, en Madrid, de acuerdo al último informe oficial ¹ se financiaron el 68,6%. Aunque la opción de financiación es igual para todas las mujeres, esa desigualdad debe sustentarse en factores de accesibilidad ya que desde un punto de vista demográfico no existen tantas diferencias entre las mujeres que viven en una u otra Comunidad.

Todo este circuito, repleto de dificultades, sobre el que tienen que transitar las mujeres que deciden abortar, representa un importante problema y abunda en la no normalización del aborto como una prestación sanitaria más con las mismas garantías para su realización en la red sanitaria pública, lo cual garantizaría la universalidad de la prestación y reduciría el estigma que experimentan las mujeres que abortan.

Todos estos obstáculos han sido puestos en evidencia por parte del informe de la ONU 2015 sobre la situación de las mujeres en España, a través del “Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica” en el que se recomienda al Estado español a eliminar los obstáculos que dificultan el acceso de las mujeres a la IVE, garantizar su cobertura universal a todas las personas y revisar la tutela pública sobre las menores de 16 y 17 años que quieran abortar, entre otras cuestiones.

Una de las cuestiones reguladas por la Ley Orgánica 2/2010 es la posibilidad de que profesionales decidan que no realizan interrupciones del embarazo por motivos ideológicos o de creencias, sin que esto pueda menoscabar el derecho de las mujeres que quieren llevar a término su embarazo. En la práctica concreta, la objeción de conciencia está chocando con la necesidad de que desde el sistema sanitario público se atienda la demanda de aborto de las mujeres. La opción de la “objeción” no está suficientemente desarrollada en las legislaciones (ni estatal ni de las comunidades autónomas) y trae de la mano



como consecuencia la realidad de que haya centros con personal médico y hasta centros sanitarios públicos completos (dirección/gerencia del centro) que objetan, obstaculizan y no realizan la práctica.

La reproducción asistida

Se rige por la ley 14/200641 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. El art.6 de dicha Ley establece que la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual. Sin embargo el Partido Popular aprobó una reforma para cercenar nuestros derechos, a través de la modificación de la cartera de servicios, en la OM 2065/2014 (Orden Ministerial)43, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, bloqueando así el derecho de estos tratamientos, en su *apartado 5.3.8.1, los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA:*

Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Así la Orden Ministerial, discrimina a todas las parejas de lesbianas, y mujeres sin pareja masculina, y también a mujeres heterosexuales con pareja que ya tengan un hijo o hija en común; resumiendo, sólo pueden acceder a las técnicas de reproducción asistida en la sanidad pública mujeres heterosexuales con pareja y problemas de fertilidad, las demás tendrán que recurrir a centros privados.

Sin embargo algunas comunidades autónomas obvian la orden ministerial de Sanidad y financian estos tratamientos.

Violencia sexual:



Frente a la violencia sexual, hay una escasa respuesta institucional y ausencia completa de políticas públicas en el marco del acceso y obtención de asistencia, protección, justicia y reparación en violencia sexual. Igualmente, frente a otras formas de violencia de género siguen faltando medidas de prevención y existen sectores de mujeres especialmente vulnerables que no reciben la adecuada atención por parte de las administraciones públicas.

En los servicios sanitarios no hay recursos específicos para tratar la violencia sexual, además de ser destacable la desigualdad territorial en el marco de la atención a víctimas y supervivientes de violencia de género, las agresiones sexuales, reguladas bajo el Título VIII. “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”), que el título del Código Penal de las agresiones pasa a denominarse “delitos contra la libertad sexual”.

La lucha contra la violencia sexual pasa por la urgente necesidad de que el Estado establezca medidas claras y contundentes contra la agresión sexual, el abuso sexual y el acoso sexual, aparejado de acciones preventivas y educativas dirigidas a las personas más jóvenes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos en todas las franjas de edad. Sin embargo, desde el inicio de la democracia, tanto unas como otras, son residuales y apenas se hacen sentir en la mayoría de las comunidades autónomas. Sólo 9 de las 17 Comunidades Autónomas, disponen de centros de atención a víctimas de violencia sexual. Las mujeres, niñas o adolescentes que hayan nacido en comunidades autónomas sin un recurso especializado en la materia, no pueden ser atendidas bajo el prisma de la especialización que implica la intervención con supervivientes de violencia sexual (especialización en trauma severo, estrés postraumático, atención médica ante lesiones o embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual).

La falta de actuación de las distintas administraciones públicas, así como la de los gobiernos que han ido alternando en los últimos cuarenta años, se traduce en una ausencia completa de políticas públicas en el marco del acceso y obtención de asistencia, protección, justicia y reparación en violencia sexual.



Dificultades ante la anticoncepción:

Al igual que ocurre con el resto de fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud, en función del nivel de ingresos de las personas y familias, aproximadamente el 50% del coste corre a cargo de la usuaria. Se constatan especiales barreras de acceso a métodos de larga duración como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes anticonceptivos, bien por no estar financiados (caso del DIU de cobre), o por estar financiados sólo a nivel hospitalario (caso del DIU con progesterona) o por existir dificultades en la prescripción (caso de los implantes).

La disponibilidad gratuita de estos métodos en los servicios autonómicos de salud (centros de atención primaria, de *planificación familiar* o especializada) es muy desigual no sólo entre las 17 Comunidades sino entre distintos servicios o zonas dentro de las propias ciudades. Siendo el preservativo el método más usado, no está incluido en la cartera de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud ni se facilita en los servicios de salud, más que por medio de acciones esporádicas y fundamentalmente relacionadas con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. La mayor parte de los métodos anticonceptivos no son 100% accesibles desde el punto de vista del coste (coste 0 para las usuarias y los usuarios)

La anticoncepción de urgencia

La *Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios* (AEMPS) llevó a cabo una revisión científica sobre su funcionamiento y posibles efectos adversos y consecuencias para la salud de quienes la consumen. Su informe fue contundente: ni las españolas abusan de la píldora del día después, ni el fármaco causa reacciones adversas que no estén controladas².

A pesar de este informe, coincidente con la posición de entidades socio-sanitarias como la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), la Sociedad Española de Contracepción (SEC) o la Sociedad Española de



Ginecología y Obstetricia (SEGO), existen obstáculos a su acceso especialmente para la población más vulnerable. En ciertas zonas, incluyendo gran parte del medio rural, algunas farmacias niegan la venta de dichas píldoras por motivos ideológicos. Además, su precio en farmacia es elevado (alrededor de 20 euros).

A fin de paliar estas dificultades, algunas Comunidades Autónomas disponen de estos tratamientos de urgencia para ofrecerlos gratuitamente a las personas que acudan a los centros sanitarios (centros de salud o centros de planificación familiar) pero lamentablemente esto no ocurre en todas y, una vez más, la situación varía entre unas zonas y otras de una misma ciudad o comunidad autónoma.

Recientemente se han puesto de manifiesto algunos de los obstáculos descritos para acceder a la anticoncepción de urgencia a partir de una sentencia del *Tribunal Constitución* que avaló la objeción de conciencia de un farmacéutico que se negó a vender la píldora del día después en su farmacia. Al no tratarse de un medicamento abortivo, desde un punto de vista sanitario no puede entenderse la resolución del Alto Tribunal que en este caso situó por encima de la ciencia y de la salud las creencias religiosas, lo que repercute muy negativamente en el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos, incluso los autorizados. La controvertida sentencia causó perplejidad al contradecir otras dos sentencias por casos similares del *Tribunal Europeo de Derechos Humanos* y la opinión de múltiples organismos científicos.

Educación Sexual:

El Sistema Nacional de Salud no ha incorporado de manera clara ni suficiente la educación para la salud sexual y reproductiva. La aplicación de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* es casi nula en lo referido a la salud y la educación sexual, dado que no hay presupuesto específico asignado.

La iniciación en a la sexualidad a través de la pornografía es la tónica general en la que se mal educan las y los jóvenes dando pie consecuentemente a una



socialización en una instrumentalización del cuerpo de las mujeres como meros objetos de deseo masculino, que asumen esta normalización de una sexualidad vejatoria y violenta hacia las mujeres.

Mutilación genital femenina, Aplicación real del protocolo de MGF

Si bien existe un Protocolo estatal (MSSSI 2015) que está dirigido a una actuación sanitaria más que tener una mirada integral que aborde aspectos socio-económicos y protocolos y guías de actuación autonómicos en varias CCAA. La implementación de estos protocolos es irregular: destacar, que todos estos protocolos tienen una escasa dotación presupuestaria, lo que dificulta su implantación. Además, no se contempla la reconstrucción de los órganos mutilados en casi ningún hospital público. Esta situación está repercutiendo negativamente en los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población, especialmente de las mujeres y niñas.

No existen datos reales sobre la situación en España, aunque hay algunas organizaciones no gubernamentales que trabajan sobre la MGF y estiman cifras sobre la prevalencia de este problema en nuestro medio.

En España unas 18.400 niñas están en riesgo de sufrir mutilación genital femenina (MGF). Son menores de 14 años residentes en territorio español, pero originarias de países donde esta práctica está arraigada.

Mercantilización del cuerpo de las mujeres: los vientres de alquiler

Ante la ofensiva de las empresas de vientres de alquiler, la propaganda en los medios de comunicación que presentan a las personas compradoras de criaturas como desprotegidas, ignorando a las mujeres que forzosamente por su condición de pobreza y falta de oportunidades se prestan a ser manipuladas para ser meros receptáculos de un embarazo, manifestamos nuestra total rechazo a esta práctica y exigimos que el gobierno de una manera clara y sin lugar a tergiversaciones de la ley impida la presencia de estas agencias de



vientres de alquiler en nuestro país, proporcione una información veraz a la población sobre la aberración para las mujeres de esta práctica, impulse en la Union Europea una política y normas para la erradicación de estas agencias y que claramente no acepte el registro de criaturas en los consulados españoles, advirtiendo claramente a las personas demandantes de esta práctica que están incurriendo en un delito contra las mujeres

EXIGIMOS:

- Fuera el aborto del Código Penal.
- Que se respete la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años a decidir sobre su maternidad sin cortapisas ni tutelajes
- Que se respete la decisión de las mujeres, su autonomía y libertad para tomar sus propias decisiones, sin cortapisas ni tutelajes
- Que se regule la objeción de conciencia de las y los profesionales.
- Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva a jóvenes y adolescentes abiertos y accesibles las 24 horas los fines de semana.
- La normalización del aborto en la red sanitaria pública.
- Educación afectivo-sexual libre de estereotipos sexistas en todos los ciclos formativos que elimine los privilegios actuales de la enseñanza de cualquier religión, ya sea católica, cristiana, musulmana , de la escuela excluyendo de las aulas la educación sexual
- Eliminación de pornografía y publicidad en medios de comunicación y redes sociales que alegan el falso concepto de libertad de expresión cuando se trata de los derechos humanos de las mujeres
- Una legislación clara y contundente que impida la mercantilización del cuerpo de las mujeres a través de los vientres de alquiler
- Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes y solicitantes de asilo sin discriminación de ningún tipo.
- Que se condicionen las relaciones diplomáticas, políticas y comerciales con los países que no respetan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres