



A
M
A
R
A
N
T
A

Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, ¡todas!

Informe Madrid

Cuaderno Feminista nº 4

Apoya

colala
Fondo de Mujeres

 **Asamblea
Feminista**

DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS PARA
TODAS, TODAS, ¡TODAS!

*Derechos sexuales y reproductivos
en la Comunidad de Madrid*

INFORME 2016

Asamblea Feminista de Madrid
Noviembre de 2016

La elaboración del presente informe ha corrido a cargo de la **Asamblea Feminista de Madrid**. Se ha realizado de manera colaborativa por: Luisi Acevedo, Edelia Álvarez, Sara Arnez, Jimena Cazzaniga, Eva Elvira, Natividad García, Pilar García, Mar Grandal, Chelo Hernández, Ana Hernando, Alicia López, Emma Mateos, Justa Montero, Ángeles Ramírez, Teresa Revenga y Natalia Silverio.

Este informe refleja únicamente las posiciones y argumentos de Asamblea Feminista de Madrid. Agradecemos la generosa colaboración de las siguientes personas y colectivos, sin cuya aportación este trabajo no habría sido posible:

Asociación Barró; Belén de la Rosa, del Área de Formación de la Federación de Enseñanza de CCOO; Brujas Migrantes; Carmen Miguel, de Women's Link Worldwide; Celia Herrero, de ACAI (Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo); Saida, de Chrysallis (Asociación de Familias de Menores Transexuales); Colectivo Hetaira; Colectivo Tejedoras; Cristina Cámara, del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud); Haizea Miguela, de la Sección de Políticas Sociales de la Federación de trabajadores de la enseñanza de UGT; Juan Madrid, del Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid; Juana Ramos; Julia López; Lucas Platero. Sociólogo y activista LGTB; Paloma Andrés, de Madrid Salud; Rafaela Pimentel, de Territorio Doméstico; Raquel Hurtado, de la Federación de Planificación Familiar Estatal; Transexualia (Asociación Española de Transexuales); Victoria Virtudes, de la Clínica El Bosque.

ASAMBLEA FEMINISTA DE MADRID

www.feministas.org/madrid/

asamblea@feministas.org

C/ Bravo Murillo, nº 4 – 28015 Madrid

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas

Esta publicación puede usarse total o parcialmente citando la fuente

Noviembre 2016

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Presentación | 07 |
| Introducción | 09 |
| Capítulo 1: Educación sexual la asignatura pendiente | |
| 1.1 Estado de la cuestión..... | 12 |
| 1.2 Un paso hacia adelante, dos pasos hacia atrás..... | 12 |
| 1.3 Propuestas..... | 14 |
| Capítulo 2: Anticoncepción y aborto | |
| 2.1 Anticoncepción: estado de la cuestión..... | 16 |
| 2.2 El coste económico de la anticoncepción..... | 17 |
| 2.3 Propuestas..... | 18 |
| 2.4 Aborto: estado de la cuestión..... | 18 |
| 2.5 Datos sobre aborto en la Comunidad de Madrid..... | 19 |
| 2.6 Los centros en los que se realizan las IVE: privatización en toda regla..... | 22 |
| 2.7 La objeción de conciencia: una lucha constante del movimiento feminista..... | 23 |
| 2.8 La especial situación de las menores en la Comunidad de Madrid..... | 24 |
| 2.9 La situación de las mujeres migrantes..... | 25 |
| 2.10 Propuestas..... | 26 |
| Capítulo 3: Reproducción asistida | |
| 3.1 Estado de la cuestión..... | 28 |
| 3.2 Propuestas..... | 30 |
| Capítulo 4: Identidades no normativas | |
| 4.1 Estado de la cuestión..... | 32 |
| 4.2 Propuestas..... | 33 |

Capítulo 5: Violencia sexual

| | |
|--|----|
| 5.1 Estado de la cuestión | 36 |
| 5.2 ¿Qué hacer cuando se sufre una agresión?..... | 40 |
| 5.3 Datos de violencia sexual contra mujeres y trans | 40 |
| 5.4 Acoso sexual..... | 42 |
| 5.5 Propuestas..... | 43 |

Capítulo 6: Atención en salud sexual y reproductiva

| | |
|---|----|
| 6.1 Estado de la cuestión | 45 |
| 6.2 La atención en salud sexual y reproductiva en los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) | 45 |
| 6.3 La atención en salud sexual y reproductiva en los centro de Madrid Salud..... | 47 |
| 6.4 Percepción de diversos colectivos sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva | 49 |
| 6.5 Propuestas..... | 50 |

ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo I: Referencias Bibliográficas..... | 52 |
| Anexo II: Fechas clave en la historia de la lucha por el derecho al aborto..... | 53 |
| Anexo III: Abreviaturas..... | 57 |

PRESENTACIÓN

Desde la Asamblea Feminista de Madrid presentamos este estudio sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos en la Comunidad de Madrid. Nuestro objetivo es poner sobre la mesa los problemas con los que se encuentran las mujeres que quieren ejercer alguno de ellos. Nos centramos en la educación sexual, el derecho a la información, la decisión sobre la reproducción, la integridad sexual, el respeto a las diversas identidades y la atención en los servicios del sistema público de salud.

La ausencia o dispersión de información sobre algunos temas o la falta de actualización sobre otros, nos llevó a pensar en la utilidad de agrupar y analizar la información existente y buscar la que no está fácilmente disponible para ofrecer un panorama actualizado y valorado sobre cada uno de los temas que trata el informe. Esperamos contribuir así a dar una visión integral de cada uno de estos derechos, entendidos como derechos sociales y políticos. Partimos de la conceptualización que el movimiento feminista, tanto en el Estado español como a nivel internacional, ha ido elaborando de estos derechos a lo largo de los años. La historia más reciente de las luchas feministas nos muestra cómo se han ido ampliando, haciéndolos también más inclusivos, recogiendo la diversidad de situaciones de las mujeres en función de su situación migratoria, de su edad, de su pertenencia de clase, recogiendo la diversidad sexual y de identidades. Esto ha llevado a formulaciones y propuestas más ajustadas a las necesidades expresadas por las mujeres. En el estudio recogemos estas exigencias de las mujeres de autonomía y libertad sexual y reproductiva, como parte de la exigencia de justicia social en el proyecto emancipador del feminismo.

El estudio se divide en seis capítulos temáticos: educación sexual, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo, reproducción asistida, violencia sexual, identidades no normativas y respuestas del sistema sanitario en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. A efectos de facilitar la lectura, cada uno de los capítulos tiene dos partes diferenciadas: estado de la cuestión y propuestas. En la primera se aborda la consideración social de este derecho, la normativa existente (a noviembre de 2016) y las prácticas sociales, así como los recursos y servicios disponibles. En la segunda, señalamos algunas conclusiones, reivindicaciones, exigencias y propuestas que nos parecen centrales. Por último, al final del documento se ofrece el listado de referencias bibliográficas, así como un anexo con la relación de fechas clave en la lucha feminista por los derechos sexuales y reproductivos. Aunque hemos intentado dar un panorama amplio del extensísimo concepto de “derechos sexuales y reproductivos”, algunos temas relacionados con la maternidad, con las técnicas de reproducción asistida o con la gestación subrogada no han sido tratados o se ha hecho de modo menos exhaustivo, de modo que la idea es ir incorporándolos en futuras ediciones del documento.

Para la elaboración del estudio se ha revisado documentación existente de fuentes autorizadas y hemos llevado a cabo entrevistas en profundidad a las diferentes implicadas: profesionales sanitarias de distintas instituciones involucradas con la atención en salud sexual y reproductiva, juristas, demandantes de los servicios, colectivos de mujeres migrantes, de LGTBI, de gitanas, de trabajadoras del sexo y de empleadas del hogar, que nos han proporcionado una información valiosísima sobre las necesidades y obstáculos que encuentran las mujeres para que se reconozcan sus derechos cuando demandan atención en salud sexual y reproductiva. Es precisamente la participación de todas ellas lo que convierte este trabajo en un documento vivo y señalador de muchas deficiencias de nuestras instituciones, que vulneran cotidianamente los derechos de las mujeres y las dejan sin protección hoy en día.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento por el trabajo y su cómplice generosidad a las mujeres y colectivos feministas que han compartido con nosotras sus conocimientos y vivencias, sin las que no habiéramos podido hacer el estudio.

Este estudio lo hemos hecho la Asamblea Feminista de Madrid con el apoyo de “Calala. Fondo de Mujeres” y forma parte de otro más amplio sobre la situación en otras comunidades autónomas coordinado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

Asamblea Feminista de Madrid

Noviembre 2016

INTRODUCCIÓN

Para el patriarcado resulta fundamental el control del cuerpo de las mujeres, por eso desde la jerarquía católica y la derecha se realiza una constante presión para naturalizarlas, imponer normas sexuales, negar el derecho al aborto, volver a situar la maternidad como sinónimo de identidad femenina, cosificar nuestros cuerpos y hacerlos objeto de la violencia sexual. Pero a esos mecanismos de sometimiento se ha enfrentado la poderosa reacción de las mujeres. En el Estado español, desde mediados de los años 70, las demandas relacionadas con la sexualidad han formado parte de la agenda feminista. La política sexual se centró en un primer momento en el conocimiento del cuerpo y el derecho de las mujeres al placer sexual y a los métodos anticonceptivos como forma de evitar los embarazos no deseados, es decir, se focalizó en desvincular la sexualidad de la reproducción. “Sexualidad no es maternidad” y “libertad sexual” figuraba en nuestros manifiestos y programas feministas. La crítica a la heteronormatividad tomó cuerpo en los manifiestos feministas de la mano de los colectivos de feministas lesbianas. La consigna “las mujeres decidimos, la iglesia no se mete y la sociedad respeta” es una buena síntesis de lo que exigen los feminismos. De este modo, las mujeres empezamos a expresar nuestros deseos, a visibilizarnos como seres sexuados con agencia propia, a expresar distintos proyectos de vida, de identidad sexual, de manera de vivir el cuerpo, la maternidad y la sexualidad; a reivindicar nuestra autonomía como seres sexuales, la maternidad como opción y el aborto como un derecho, y a vivir una vida libre de violencias. La vivencia de la sexualidad y el derecho a decidir tiene que ver con el cuerpo, con aspectos subjetivos, pero también con las condiciones sociales, culturales y económicas en las que se desarrolla la vida de las personas. De esta forma situamos nuestras necesidades y demandas en la agenda pública. Los feminismos han convertido estas exigencias y reivindicaciones en un auténtico desafío. En algunas cosas hemos ganado. En el intenso recorrido de denuncia, reivindicación y propuesta el movimiento feminista ha ido reconceptualizando cada vez con mayor amplitud y claridad, el conjunto de derechos que tiene que ver con nuestra autonomía sexual y reproductiva y que hoy llamamos “derechos sexuales y derechos reproductivos”. Partimos de que todas las personas, independientemente de su edad, situación migratoria, etnia, clase social, nacionalidad, sexualidad, identidad, situación administrativa, o diversidad funcional, tienen el derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos, sin sufrir ningún tipo de discriminación.

Esto está muy alejado de lo que sucede en la actualidad. No todas las vivimos igual ni todas tenemos las mismas posibilidades de ejercer los derechos porque estos derechos individuales solo son posibles en condiciones de justicia social. Hoy están limitados de forma particular a través de unas políticas que excluyen a diversos colectivos de su disfrute: a las mujeres migrantes que no disponen de tarjeta sanitaria, a las jóvenes menores de edad que no pueden hacer valer su decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo y a las que no se reconoce su sexualidad; a las personas LGTBI a las que no se reconoce muchos derechos, entre otros su derecho a la maternidad; y para las trabajadoras del sexo a las que se niega el derecho a la integridad física. Los derechos sexuales suponen el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y placentera; a poder manifestar la orientación e identidad sexual y de género; a expresar y manifestar los deseos y el placer sexual y el derecho a la diversidad sexual, que han dado lugar a experiencias no hegemónicas de vivir el cuerpo y la propia identidad. También integran el derecho a vivir libres de violencia machista, en sus distintas manifestaciones: el acoso, las agresiones, la violación; las actitudes y violencias LGTBIfóbicas de quienes niegan la sexualidad como derecho para todas y todos, y estigmatizan y excluyen a quienes contravienen los mandatos de género y las normas sexuales hegemónicas. Los derechos reproductivos contemplan el derecho a considerar la maternidad/reproducción como una opción y la capacidad reproductiva de las mujeres como una posibilidad que pueden optar por

desarrollar o por no hacerlo. Por tanto, suponen el reconocimiento del derecho a adoptar decisiones sobre nuestra vida reproductiva, a decidir libremente si se quiere o no tener hijas e hijos, el número, el momento y con quien se quieren tener, así como el derecho al aborto. La ofensiva neoliberal, con los consiguientes recortes de derechos y recursos y con el aumento de las desigualdades, ha reforzado el heteropatriarcado y ha dificultado aún más el acceso a nuestros derechos. Esperamos que este documento nos ayude a seguir trabajando y luchando por ellos.

**Capítulo 1:
Educación sexual:
la asignatura pendiente**

Capítulo 1: La educación sexual: la asignatura pendiente

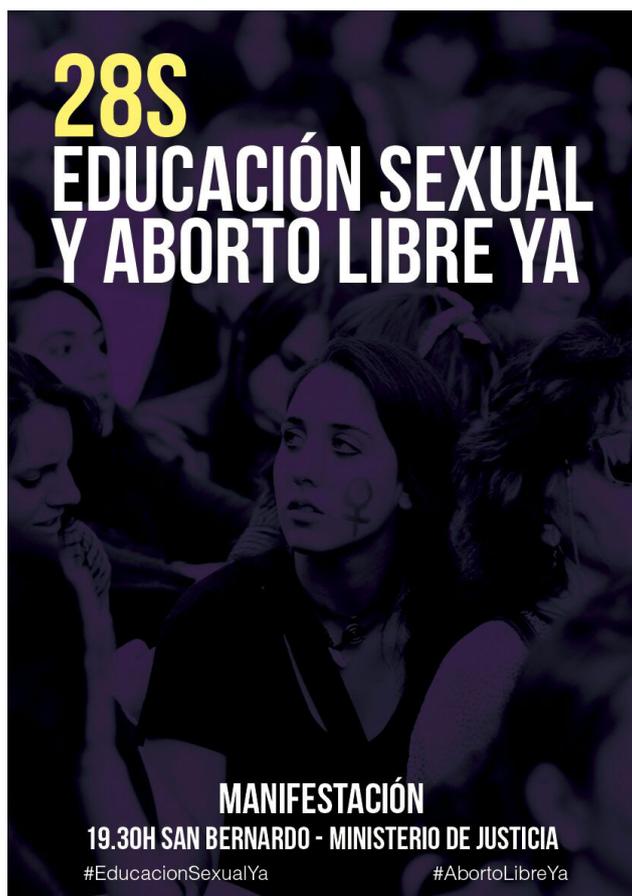
1.1 Estado de la cuestión

La educación afectivo-sexual nos aporta conocimientos e información sobre la sexualidad desde un enfoque múltiple, considerando aspectos biológicos, psíquicos y sociales. Es decir, contemplando también las aptitudes, actitudes y valores que favorecen el disfrute de una sexualidad placentera y saludable, tanto física como emocionalmente. Una educación que fomente nuestra autonomía y nos permita tomar decisiones sobre las relaciones y la sexualidad, es también una garantía para prevenir comportamientos sexuales y reproductivos de riesgo derivados de la falta de conocimiento.

Desde el movimiento feminista hace décadas que abogamos por que todas las personas, empezando por las niñas y los niños, tengamos derecho a una educación afectivo-sexual de calidad, libre de estereotipos sexistas, racistas, homófobos, morales, ideológicos o religiosos. Una educación que sea respetuosa con la diversidad sexual, con rigor científico y adaptada al desarrollo evolutivo de las personas, en todas las etapas vitales. Esta demanda feminista se ha visto tímidamente recogida en algunas normativas, al tiempo que fundamentalmente ignorada en la práctica.

1.2 Un paso hacia adelante, dos pasos hacia atrás

Desde el punto de vista legislativo, es en 1990 cuando en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), se introduce por primera vez la educación sexual, afectiva y reproductiva en los currículos de los centros escolares impulsando su transversalización, aunque con resultados diversos. Este incipiente avance se ve obstaculizado en 2002 cuando se promulga la Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE), en la que se promueve una visión puramente reproductiva de la sexualidad. La situación no mejoró con la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006 en la que se transversaliza la cuestión, lo cual en la práctica supuso relegar la inclusión de contenidos específicos en la nueva asignatura llamada educación para la ciudadanía. Ésta acabó convirtiéndose en un comodín donde cabían diversidad de temas relevantes como la inmigración, la violencia sexista o el cambio climático a los que se terminaba por no dar la importancia necesaria. Sin embargo, no será hasta la actualmente vigente Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) de 2012 cuando se acaba del todo con esta asignatura así como con los escasos avances que habían sido introducidos en materia de educación afectivo-sexual en los programas escolares en los últimos años. Cabe destacar también la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2010) que en teoría, venía a resolver toda una serie de deficiencias y falta de reconocimiento de derechos consecuencia de las legislaciones anteriores. Sin embargo, y a pesar de que la Ley recoge interesantes definiciones como la de salud sexual, lo cierto es que no establece un currículum ni especifica contenidos. Simplemente “insta” a su desarrollo. No existe ningún tipo de regularización, obligatoriedad ni asignación de dotación económica. De esta forma, cuando la educación sexual se aborda, se suele planificar como actividad extraescolar equiparando su importancia a la educación vial o la nutricional.



Cartel de la manifestación convocada por el Movimiento Feminista de Madrid por una educación sexual y aborto libre. 2016

Ya en 2007 en el marco de un estudio análogo a este¹, desde la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español, poníamos de relieve la necesidad de otorgar un papel fundamental a la educación afectivo-sexual en la formación de niñas y niños, así como de adolescentes y jóvenes, esto es, en todas las etapas educativas. A pesar del tiempo transcurrido desde entonces, la situación ha cambiado muy poco en lo que se refiere a desarrollo de contenidos concretos en relación con la educación afectivo-sexual en los centros de enseñanza, al menos en la Comunidad de Madrid: la educación sexual no forma parte del currículum escolar y por lo tanto no existe. Este tipo de formación acaba siendo relegada al ámbito de la educación no formal y es desarrollada, dependiendo del centro, a través de talleres impartidos por asociaciones, ONGs o Fundaciones, pero también de empresas que comercializan productos vinculados a la sexualidad o al cuidado íntimo. Al existir esta suerte de vacío legal, el enfoque utilizado dependerá de la orientación pedagógica del centro así como de la ideología de la entidad concreta que imparte el taller. En el caso de la CM, desde la propia Consejería de Educación se ha fomentado durante años que este tipo de talleres sean impartidos por entidades abiertas y declaradamente hostiles a la autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, como son las autoproclamadas pro-vida. La experiencia en esta Comunidad nos alerta de los múltiples apoyos que en diferentes ámbitos y niveles de incidencia política tiene este tipo de grupos cuyo discurso es abiertamente contrario a la igualdad de género, siendo completamente dañina para la libertad sexual y reproductiva de las mujeres la aplicación de su ideología.

¹ Interrupción voluntaria del embarazo. El derecho de las mujeres a decidir. Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español (Eds.), Madrid: 2007.

Accesible en: <http://www.feministas.org/interrupcion-voluntaria-del.html>

Por tanto, la educación sexual en la CM (no así en otras CCAA del Estado español) o está absolutamente ausente o, en los casos más flagrantes, fomenta valores abiertamente sexistas. La constatación del retroceso existente en la actualidad, así como la indignación entre muchas mujeres – gran parte de ellas, jóvenes- llevó a que la reciente manifestación del 28 de septiembre (Día de Acción Global por un Aborto Legal, Seguro y Gratuito) de 2016 en Madrid tuviera como lema “Educación sexual y aborto libre ya” (ver cartel). De hecho, entre las actividades que se realizaron con motivo de esta movilización, se entrevistó a mujeres de diversas generaciones (unas nacidas y educadas en el franquismo o post-franquismo, otras criadas en democracia) para comprender cuál había sido su relación con la educación afectivo-sexual e indagar en las posibles similitudes entre las experiencias de unas y otras. Aún considerando la diversidad de contextos políticos, económicos y sociales, son muy llamativas las fuertes analogías entre ellas en lo que se refiere a obvias deficiencias en la educación sexual recibida.

Como hemos podido comprobar, la Comunidad de Madrid suspende flagrantemente en educación afectivo-sexual, una materia más que pendiente en el caso de esta región. Es por ello que desde la asamblea Feminista de Madrid reclamamos una educación afectivo-sexual libre de estereotipos sexistas, racistas y LGTBIfóbicos, que nos permitan disfrutar de una sexualidad placentera al tiempo que nos haga plenamente conscientes y responsables de nuestras decisiones.

1.3 Propuestas

- Los contenidos de la educación sexual deben abordarse de forma integral, recogiendo aspectos fisiológicos y afectivo-emocionales. Esto implica tratar cuestiones que van más allá de la prevención de embarazos y las enfermedades de transmisión sexual, tales como las relaciones de pareja, actitudes y habilidades en las relaciones sexuales, erotismo y placer, manejo de las emociones, orientación, diversidad e identidad sexual. De la misma forma, los materiales utilizados en la transmisión de contenidos deben estar actualizados ajustándose a todos estos aspectos.
- Recibir educación sexual ha de ser un derecho, por lo que debería existir esta asignatura con currículum obligatorio y un protocolo establecido con normativas concretas que no dependan del criterio personal de las y los profesionales ni de intereses políticos, partidistas o empresariales.
- Todas las y los profesionales de la educación infantil, primaria y secundaria deben tener formación en educación sexual, por ello ésta debe figurar como un contenido más en la educación formal tanto en magisterio como en secundaria. También debería haber profesionales especializadas y especializados en educación sexual para garantizar la enseñanza de esta asignatura de la forma más conveniente según los distintos niveles educativos.
- En la línea de nuestra apuesta por la enseñanza pública, entendemos que se debe acceder a impartir educación sexual mediante oposición o concurso de méritos. Creemos que los centros concertados y privados deben estar obligados también a impartir educación sexual en los términos ya mencionados. De la misma forma la concesión de subvenciones públicas deben observar esta cuestión.
- La educación sexual debe llegar también a las familias a través de los centros educativos y a entornos relacionados con la educación no reglada. Para ello debe dotarse de los recursos económicos necesarios que garanticen su continuidad en el tiempo.

Capítulo 2: Anticoncepción y aborto

Capítulo 2: Anticoncepción y aborto

2.1 Anticoncepción: estado de la cuestión

Los métodos anticonceptivos permitieron romper la idea de la “inevitabilidad biológica de la maternidad” y que las mujeres heterosexuales pudiéramos disfrutar del sexo sin el temor a embarazos no deseados.

“Sexualidad no es maternidad”, proclamábamos los grupos feministas allá por los años 70.

Hoy existe una extendida percepción social de que ya no existen problemas en relación a la anticoncepción puesto que, salvo la Conferencia Episcopal con sus furibundas y anacrónicas proclamas (contestadas por el grupo de “Católicas por el derecho a decidir”), nadie cuestiona su utilidad y necesidad. Esta percepción incluye también el convencimiento de que todas las mujeres conocen todos los métodos anticonceptivos, que están disponibles y cada mujer tiene resuelto el problema y accede y dispone del método que decide utilizar.

Sin embargo, según los datos que recoge el estudio de la Federación de Planificación Familiar Estatal, casi un 25% de las personas encuestadas no utiliza ningún método anticonceptivo. Y según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, preguntadas las mujeres que realizaron un aborto en 2015 en Madrid (16.), sobre si utilizan o no habitualmente algún método anticonceptivo, el 48% de las mujeres indicaron que no lo utilizan.

Estos datos cuestionan la percepción generalizada de inexistencia de problemas para que las mujeres accedan a los métodos anticonceptivos, y abren un importante interrogante sobre la utilidad y eficacia de las políticas públicas que en materia preventiva tiene la Comunidad de Madrid en cuanto a la atención integral en salud sexual y reproductiva.

Los problemas que dificultan el acceso a la anticoncepción son de muy diversos: puede ser de tipo social, cultural y/o económico.

En ocasiones las mujeres se enfrentan a actitudes machistas de sus parejas sexuales, varones, que se inhiben o se niegan a utilizar los preservativos; también se enfrentan a sus propios prejuicios sobre algunos métodos anticonceptivos y sobre todo a la falta de información sobre los distintos métodos, sus ventajas e inconvenientes para cada mujer, es decir a una deficiente atención en salud reproductiva.

La misma fuente ministerial indica que entre las mujeres que habían abortado (datos de Madrid), el 60% no había acudido a un centro de salud público para informarse previamente, sino que se había informado a través de amigas y amigos, en internet o en un centro de salud privado. Entre los motivos puede estar el desconocimiento sobre cómo acceder a los centros de salud, el no considerarlos “centros amigables” y/o temer encontrarse con posturas moralizantes por parte de los y las profesionales. Y como resultado de ello optan por otras vías de información.

2.2 El coste económico de la anticoncepción

Uno de los principales problemas es el económico, es decir el coste que tienen los métodos anticonceptivos. Porque, pese a que la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece “la necesaria asistencia en todos los métodos anticonceptivos”, la mayoría de ellos no están incluidos en el Registro de Fármacos de la Seguridad Social, y por tanto no reciben financiación pública. Así no se pueden facilitar con receta médica de la Seguridad Social, teniendo que pagar el coste íntegro cada mujer.

El SNS sólo financia una parte de los anticonceptivos hormonales orales. Pero no financia ni el parche, el anillo vaginal, el implante subdérmico, Diu, anticoncepción postcoital, diafragma, etc². El preservativo, al no ser un medicamento, no entra en el Registro de Fármacos, y no recibe ningún tipo de consideración sanitaria a efectos económicos.

En la Comunidad de Madrid, a diferencia de otras comunidades autónomas, no se financia con presupuesto autonómico ningún otro anticonceptivo. Sólo de forma puntual y a través de algunos programas dirigidos a jóvenes, a trabajadoras del sexo o en programas de prevención del VIH/SIDA se les proporciona preservativos gratuitos.

Mención aparte merece la anticoncepción de emergencia, la llamada “**píldora postcoital**”, efectiva para evitar embarazos no deseados tras haber tenido una relación sexual coital sin protección. Es un recurso utilizado mayoritariamente por jóvenes y, dado su carácter de urgencia por el reducido plazo en el que resulta eficaz, requiere un tratamiento particular respecto al resto de anticonceptivos.

En la actualidad se dispensa en las farmacias, sin receta médica, lo que por un lado facilita el acceso con respecto a la situación anterior, cuando las mujeres tenían que ir a un centro de salud para que les diera la receta un médico o médica; pero por otro, supone que la mujer tiene que pagar el coste íntegro, ya que la mayoría de los Centros de Salud no la facilitan.

También se han dado casos en los que algunos farmacéuticos han apoyado las campañas – dirigidas por los grupos anti-elección- en las que se niegan a facilitarlas, a pesar del carácter de urgencia que tiene, por considerarla abortiva, a sabiendas (como han demostrado hasta la saciedad diversas organizaciones científicas y la propia Organización Mundial de la Salud) de no es un método abortivo, sino anticonceptivo.

El resultado final de todo este escenario es la privatización, de hecho, de la mayoría de los anticonceptivos, ya que la mayor parte de las mujeres tienen que pagar de su bolsillo el coste íntegro de los mismos. Obviamente esto constituye un mayor problema para quienes tienen menos recursos, que son además las que presentan, comparativamente, tasas más altas de aborto: las mujeres jóvenes y las mujeres migrantes.

² Ver: <http://www.fpfe.org/nos-preocupan-las-desigualdades-en-la-atencion-a-la-anticoncepcion-presentacion-del-informe-sobre-las-cc-aa/>.

2.3 Propuestas

En el éxito o fracaso de las políticas públicas preventivas es donde recae buena parte de la responsabilidad de los embarazos no deseados. En ese sentido la ausencia de la educación sexual del currículo escolar, por un lado, y la privatización de la mayoría de los métodos anticonceptivos por otro, influyen decisivamente en el número de embarazos no deseados y por tanto en el número de abortos que se realizan, con especial incidencia en los dos colectivos antes mencionados, jóvenes e inmigrantes, que encuentran mayores obstáculos para el acceso a los servicios y recursos públicos de salud. Por ello resulta incomprensible que no esté garantizado el derecho universal a la anticoncepción de calidad, o que se mantengan enfoques asistenciales no integrales. Entendemos y exigimos que una política pública preventiva debería:

- Garantizar que se ofrece información veraz a las mujeres sobre los diferentes métodos de anticoncepción.
- Garantizar que todas las mujeres que lo necesitan y desean puedan acceder a todos los métodos anticonceptivos, lo que supone que estén incluidos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, asegurando así el acceso gratuito a los anticonceptivos para las mujeres. En cualquier caso, la Comunidad de Madrid (así como hacen otras comunidades) debería garantizar (a través de financiación propia) el acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos mientras que el sistema nacional no lo contemple.

2.4 Aborto: estado de la cuestión

A nivel social parece existir un acuerdo mayoritario sobre la consideración del aborto como derecho de las mujeres a decidir. Esto se ha corroborado en las movilizaciones recientes que se dieron en todo el Estado español lideradas por el movimiento feminista pero secundadas mayoritariamente por la sociedad civil, en contra de la llamada Ley Gallardón, una norma completamente restrictiva que nos retrotraía a los momentos más oscuros de la historia de este Estado, reduciendo a las mujeres a su rol de madres potenciales. Si bien es cierto que la mayor parte de la sociedad entiende el aborto, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), como un derecho, lo cierto es que sigue sin estar reconocido como tal en la legislación, pues continúa recogido en el Código Penal como delito. Esto tiene consecuencias tanto desde el punto de vista simbólico, puesto que no podemos hablar de derechos sexuales y reproductivos por más que exista una ley que así lo considere mientras el aborto continúe en el Código Penal, como más puramente pragmático, ya que supone una inseguridad jurídica para las mujeres que abortan, así como para las y los profesionales que realizan esta práctica. Pero además de la inseguridad jurídica en la que nos situamos las mujeres cuando queremos abortar en el Estado español, tenemos que enfrentarnos al estigma derivado del hecho de abortar, consecuencia de una concepción patriarcal, machista, y tremendamente moralista de la experiencia de la sexualidad femenina, que se concibe como únicamente destinada a la reproducción. El hecho de que la IVE no se encuentre normalizada como una prestación igual que cualquier otra en la sanitaria pública, situación que es particularmente flagrante en la Comunidad de Madrid, no ayuda, sino que más bien ahonda en el estigma que, por asociación, también viven las y los profesionales que practican abortos. A este marco general ciertamente no muy halagüeño, hay que añadir la actividad política constante de los movimientos fundamentalistas anti-elección que no solo

dirigen sus esfuerzos a violentar a las mujeres que abortan a las puertas de los centros, sino que también utilizan los resquicios del sistema para dificultar el trabajo social que realizan asociaciones y agrupaciones de mujeres para informar y sensibilizar sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Todo ello, por tanto, dificulta la posibilidad de acabar con el estigma del aborto y con la infinidad de obstáculos con que las mujeres se encuentran a la hora de llevar adelante su decisión.

En la Comunidad de Madrid especialmente se han ido profundizando estos problemas debido al apoyo que desde los diversos gobiernos de la Comunidad se ha dado a los grupos anti-elección lo cual les ha permitido actuar con total impunidad, así como por las interpretaciones intencionadamente restrictivas de las normativas que han realizado, lo cual ha supuesto dificultades añadidas a las mujeres, sobre todo las más jóvenes a la hora de ejercer su derecho.

“La mujer decide, la sociedad respeta, el Estado garantiza y la Iglesia no se mete”.



2.5 Datos sobre aborto en la Comunidad de Madrid

Las estadísticas oficiales con las que se cuenta en la Comunidad de Madrid (CM) son las que elabora anualmente el Servicio Madrileño de Salud y recopila en un informe sobre las IVE notificadas. A la luz de los escasos datos que se recogen resulta difícil hacerse una idea clara e integral de las situaciones personales y sociales complejas en las que podrían encontrarse las mujeres que acuden a abortar, así como elaborar estrategias de intervención. Además, no se recoge ninguna información con respecto al grado de satisfacción de las mujeres con el tipo de servicio ofrecido, por lo que no existe ninguna evaluación en cuanto a la eficacia y pertinencia del servicio, lo cual es fundamental si verdaderamente situamos en el centro los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres. A continuación, se lleva a cabo una revisión de algunos datos relevantes.

El perfil de las mujeres que abortaron en 2015

Los últimos datos referidos al año 2015 y recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En términos absolutos, el número de IVE realizadas durante dicho año en la CM a mujeres que residen en la misma es de 16.139.

A esta cifra hay que sumar los abortos que se realizan a mujeres que residen fuera de esta Comunidad (2.733) o fuera del Estado español (103). En términos evolutivos, se observa una clara tendencia de descenso en el número de IVE con respecto a los años anteriores. Diversos estudios recogen como posible causa la dinámica de los flujos migratorios. Los motivos demográficos tienen que ver con la salida del país de mujeres en edad reproductiva, así como el descenso en relación con la llegada a España de mujeres en edad fértil; como consecuencia cada vez hay menos mujeres en España en edad fértil. Otro elemento que puede estar condicionando esta situación es que las mujeres migrantes que llevan alrededor de 3-5 años en el Estado español, asumen nuevas prácticas anticonceptivas, por lo que el recurso a la IVE disminuye. Este descenso no puede ser en ningún caso el resultado de una verdadera estrategia de salud sexual y reproductiva (basada en educación sexual y transversal más medidas destinadas a colectivos específicos como jóvenes y migrantes), ya que en la Comunidad de Madrid, a diferencia de otras comunidades autónomas, no existe.

Algunos de los datos más relevantes de 2015 son los siguientes:

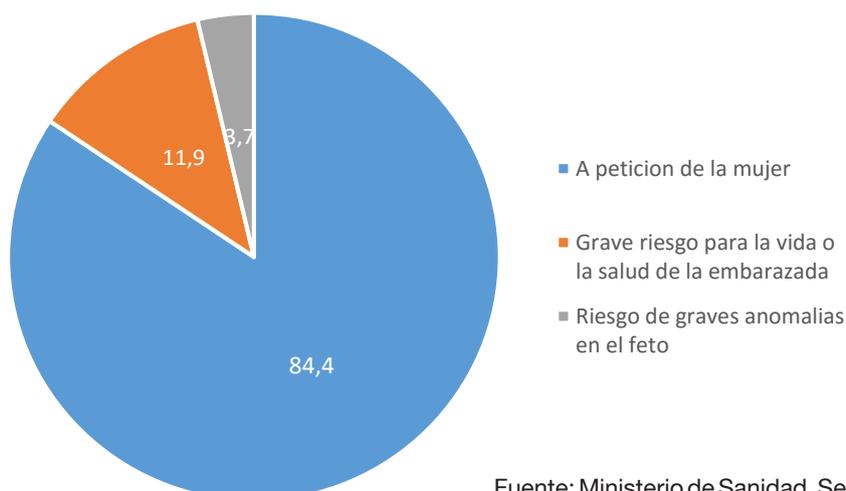
- Del total de mujeres residentes en la CM, el 53,13% habían nacido en un país distinto a España.
- La media de edad fue de 29,2 años, si bien la tasa más elevada se dio en el grupo de edad de 30-34 años (22,7 por mil mujeres).
- Más de la mitad de las mujeres (54,4%) tenían hijas o hijos a su cargo y el 48% convivía en pareja.
- El 57,5% de las mujeres eran asalariadas (en mayor medida entre las nacidas fuera de España), el 20% eran demandantes de empleo y el 5,5% se dedicaban a tareas domésticas. El número de mujeres asalariadas aumenta en relación con el año anterior.
- Aumenta también el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2014 (20% en 2015 frente a 19,5% en 2014) al tiempo que se mantiene el número de mujeres analfabetas (de 0,5% en 2014 y en 2015 un año después).
- Para el 58% de las mujeres era su primera IVE, en mayor medida entre las mujeres nacidas fuera de España que entre las nacidas en el territorio del Estado. Un 14% había abortado más de una vez.
- Si bien la mayor parte de las mujeres (52,39%) que se practicaron una IVE en 2015 utilizaban anticonceptivos, existe un nada desdeñable 47,6% de mujeres que declararon no utilizar ningún método (en el 0,1% de los casos no consta información al respecto), fundamentalmente aquellas con edades comprendidas entre los 30 y los 34 años.

Los motivos del aborto

Uno de los problemas del cuestionario que se realiza para conocer los motivos por los que una mujer aborta es que las categorías de respuesta se basan en los supuestos contemplados en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁴, que no tienen mucho contenido y por tanto aportan bastante poco con respecto a las motivaciones que lleva a una mujer a abortar.

⁴ Ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

Motivos del aborto en la Comunidad de Madrid, 2015.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁵, 2017.

Según las estadísticas, en 2015 el 84,4% de las mujeres residentes en la CM abortó por petición propia, el 11,9% por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y un 3,7% por malformaciones fetales. Con esta categorización pareciera que quienes abortaron por causa de malformaciones fetales no lo hubieran hecho por petición propia, sino obligadas en cierta manera. Por otro lado, aporta poca información esta pregunta ya que seguimos desconociendo en realidad los motivos que llevaron a estas mujeres a abortar.

Tiempo de embarazo

Otra problemática que se nos presenta es en relación con el momento en el que las mujeres deciden interrumpir su embarazo. En el informe elaborado por la Comunidad de Madrid, en lugar de categorizar esta pregunta en función de las semanas (un criterio objetivo y absolutamente comprensible para cualquiera), se añade lo que puede entenderse como un juicio de valor al adjetivar ese momento como “precoz” o “tardío”. Según los datos, el 84% de mujeres que abortaron en 2015 lo hicieron en las 9 primeras semanas (lo que el Servicio Madrileño de Salud califica como IVE precoz), mientras que el 6% lo hicieron cuando su período de gestación superaba las 15 semanas (calificado como tardía). Como decimos, este adjetivo calificativo genera un juicio de valor sobre el momento en el que estas mujeres abortaron sin además aportar ninguna información con respecto a la razón por la que se dio esta situación.

Método de aborto

El aborto puede ser tanto instrumental (se requiere una intervención quirúrgica menor llevada a cabo por personal sanitario) como farmacológico (a través de la administración de la pastilla RU 486, este proceso requiere de hasta 48 horas para finalizarse y generalmente está monitoreado por personal sanitario). En la Comunidad de Madrid se realizan muy pocos abortos farmacológicos si bien, para algunas mujeres, podrían ser una alternativa más interesante que el instrumental. El aborto farmacológico en la CM en 2015 no alcanzó el 3%, mientras que en el conjunto del Estado éste supuso un 26,6%. Según ACAI el uso de este método difiere bastante de un centro a otro: existen centros en los que puede oscilar entre el 8% o el 5% mientras que en otros supone sólo el 1%. Sea como fuere, lo cierto es que el uso o no del aborto farmacológico no está exento de cierta controversia: mientras que por un lado las asociaciones de clínicas consideran que este tipo de aborto supone

⁵ Informe 2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, accesible en https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf

una menor implicación del personal sanitario con respecto a la situación de la mujer, al tiempo que denuncian la presión que las farmacéuticas que comercializan las pastillas están realizando con las administraciones sanitarias, en otras CC.AA se realiza en mayor medida, funciona bien y supone, para muchas mujeres, una alternativa más cómoda y que encaja mejor en su estilo de vida, además de que su precio es infinitamente menor.

Desde nuestro punto de vista, las mujeres que desean interrumpir su embarazo, deberían contar con toda la información con respecto a los diferentes métodos a su alcance para finalizar su embarazo y, por tanto, poder decidir sobre cuál se adecua mejor a su situación personal y, obviamente, todos los métodos deberían estar accesibles de manera normalizada en la red sanitaria madrileña.

2.6 Los centros en los que se realizan las IVE: privatización en toda regla

Según los datos que ofrece el Ministerio de Sanidad, el 99,9% de los abortos notificados en la Comunidad de Madrid en 2015 se realizaron en centros privados (ya sean éstos hospitalarios o extra hospitalarios), frente a un ínfimo 0,1% de los casos en que se realizaron en centros hospitalarios públicos. El hecho de que los abortos se hayan realizado en centros privados no implica que la mujer haya tenido que abonar dicho servicio ya que, en muchos casos, está sufragado por la sanidad pública madrileña. Según los datos oficiales de la CM, la financiación pública de la IVE en 2015 asciende al 68,6% (70,5% en mujeres españolas y 67,1% en mujeres migrantes). Este porcentaje muestra una tendencia al alza con respecto a años anteriores en los que la financiación era menor. Sin embargo, como ya hemos comentado, el servicio financiado por las arcas públicas es en realidad ofrecido por centros privados. Además, la relación entre la Administración Sanitaria madrileña y estos centros no es transparente ni cuenta con un acuerdo público basado en criterios de eficacia. Por lo demás, tampoco el servicio que los centros ofrecen es evaluado en función del grado de satisfacción de las mujeres que acuden al mismo.

En lo que se refiere a los centros públicos, en la Comunidad de Madrid sólo se realizan abortos en los hospitales de Leganés, Fuenlabrada y Alcalá de Henares, que son únicamente accesibles para las mujeres de esa área sanitaria y en algunos casos, sólo para abortos del tercer trimestre. En otros hospitales, como La Paz, no se realiza ningún aborto. En la práctica, las mujeres que desean realizar un aborto sufragado por la sanidad pública, van directamente a un centro privado y desde allí se las deriva a al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) o bien acuden al SERMAS directamente. Allí, en principio, las atiende personal de enfermería y las derivan a los centros para practicar la IVE. La ley establece que cuando una mujer llega a un centro sus datos deben ser anonimizados y codificados; sin embargo, según ACAI se tiene constancia de que se cuenta con datos personales de las menores y de sus familias en los expedientes, lo cual no debería hacerse por ley, ya que vulnera sus derechos. Siguiendo lo establecido por la ley, a las mujeres se les entrega un sobre al que hemos podido acceder y en el que únicamente se proporciona información relativa a políticas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad desde el punto de vista estatal y regional. Además de recibir esta información en un sobre cerrado como si se tratara de algo sospechoso, las mujeres deben tomarse obligatoriamente tres días de reflexión antes de poder realizar el aborto. Desde nuestro punto de vista el establecimiento de jornadas obligatorias de reflexión supone el ejercicio de un tutelaje, cual si fuéramos menores y sin capacidad de tomar decisiones propias. Pero por si fuera menor la cuestión “ideológica” que está detrás de esta medida, en la práctica tiene consecuencias en ocasiones graves: las mujeres ven alargarse el proceso de la IVE una vez tomada la decisión, que supone un problema añadido cuando las mujeres han de desplazarse desde otras localidades para abortar (como hemos mencionado, casi 3.000 mujeres se desplazaron desde otras localidades para abortar en la CM en 2015). Es decir, se ponen obstáculos innecesarios a las mujeres en un momento

en el que tienen que tomar una decisión compleja y el tiempo apremia. Estos obstáculos a nivel estatal 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”⁶ en el que se recomienda al Estado español eliminar los obstáculos que dificultan el acceso de las mujeres a la IVE, garantizar su cobertura universal y revisar la tutela pública sobre las menores de 16 y 17 años que quieran abortar, entre otras cuestiones. 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.

Nosotras sostenemos que independientemente de la existencia de centros privados, la sanidad pública debe garantizar que en todos los hospitales proporcionen la atención a las mujeres que acuden solicitando una interrupción voluntaria del embarazo, siendo un servicio más dentro de los que se encuentran en el catálogo de la Sanidad Pública, que asegure la libertad de las mujeres en la elección del método de aborto que quieren utilizar.

2.7 La objeción de conciencia: una lucha constante del movimiento feminista

En la Comunidad de Madrid no hay un registro de objetores de conciencia, pero existen profesionales que se acogen a la objeción de conciencia, al supuesto amparo de la ley, para no realizar IVE en los centros públicos. Este criterio moral aplicado a una cuestión de salud pública se extiende sobre la provisión de anticonceptivos. En algunas farmacias no facilitan la anticoncepción de urgencia, e incluso preservativos o píldoras anticonceptivas, aludiendo a la objeción de conciencia. Un problema adicional que tiene diversas consecuencias negativas es el desconocimiento que proviene desde los inicios de la formación médica y los propios prejuicios morales que, desde las facultades de medicina o enfermería se pueden estar reproduciendo.

En general se entiende como un problema el hecho de que se desconozca, ya no sólo en esta Comunidad, sino también en otras, los diferentes métodos de IVE, pues no se da formación en las facultades de medicina. Esto supone que cada vez existe un menor reemplazo generacional de las y los profesionales. Todo ello está, por supuesto, vinculado con el profundo estigma que existe, tanto dentro de la profesión como en la sociedad, con respecto al aborto. Conocer los métodos de IVE no “suma” en la carrera profesional de los y las sanitarios, sino más bien lo contrario en algunos casos. Este estigma, basado en una moral profundamente conservadora, afecta principal y fundamentalmente a las mujeres que abortan pues ellas mismas son portadoras del estigma de haber abortado, pero también en las y los profesionales que “por asociación” son también señalados por realizar esta práctica médica. Entendemos que si la IVE fuera entendida y presentada como un servicio más dentro de la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, este estigma mitigaría.

⁶ Ver: <http://www.fsc.ccoo.es/cms/g/public/o/4/o201608.pdf>

2.8 La especial situación de las menores en la Comunidad de Madrid

Según datos de ACAI relativos a 2014, 9 de cada 10 mujeres de 16 y 17 años había informado a sus progenitores acerca de la IVE, si bien la decisión última recaía sobre ellas. Sólo 1 de cada 10 (lo cual supone un 0,44% del total de IVEs) no lo había hecho por diversos motivos, como desamparo familiar, familias desestructuradas, familiares en prisión, mujeres de procedencia extranjera que viven emancipadas en el Estado español, situaciones de violencia, etc. La realidad de los datos, por tanto, choca de frente contra el afán del gobierno del Partido Popular de confundir a la sociedad argumentando que a esas edades las mujeres generalmente “prescinden” sistemáticamente del acompañamiento de sus tutores legales.

Aun así, y haciendo caso omiso de estos datos, a finales de 2015 se aprueba la Ley 11/2015 introducida por el Partido Popular y fuertemente contestada en las calles por el movimiento feminista así como por gran parte de la sociedad civil a partir de la cual las menores de 16 y 17 años tienen que contar con la autorización de uno de sus tutores legales para acceder a la IVE; la Comunidad de Madrid es la única de todo el territorio del Estado español que, llevando a cabo una interpretación excesivamente restrictiva de la norma, exige la autorización expresa de madre y padre para que una menor pueda realizar una interrupción de su embarazo.

Esto se ha producido durante meses, además, sin que exista ningún tipo de orden, circular o instrucción escrita por parte de la Administración a los centros privados en los que se realizan IVE. Sin embargo, la práctica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) es que se solicite el consentimiento de ambos progenitores. La base de este razonamiento se encuentra en el apartado 2º del párrafo 5º del artículo 9 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, de 14 de noviembre en su vigente y reciente redacción, que literalmente declara:

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

El problema radica en el adjetivo posesivo en tercera persona plural “sus” que se interpreta, únicamente en el Servicio Sanitario de la CM como “ambos padres” por lo que el consentimiento informado ha de producirse tanto por parte del padre como de la madre.

Desde el resto de Administraciones sanitarias del Estado español, se entiende que esta interpretación es nula de todo Derecho ya que estima que cuando en la norma se alude a “sus” quiere decir cualquiera de sus progenitores, sin que sea necesaria la presencia de ambos.

Esta anomalía que produce un sufrimiento innecesario a mujeres jóvenes ya emancipadas o que viven situaciones familiares complejas.

Tras una fuerte presión tanto del movimiento feminista como de profesionales del sector, el pasado 8

de junio la Consejería de Sanidad de la CM remitió una carta⁷ al grupo parlamentario de Podemos en la Asamblea de Madrid (que había denunciado esta situación sistemáticamente) comunicando que lamentaban el inexplicable error que habían cometido al exigir el permiso de ambos progenitores. Esta comunicación no se hizo de manera oficial a los centros acreditados ni tampoco la instrucción ha sido por escrito al SERMAS, sino verbalmente. Aun así, parece ser que la situación en la actualidad se ha normalizado y el SERMAS no exige la autorización de ambos progenitores.

2.9 La situación de las mujeres migrantes

Pese a haber eliminado la prohibición de atención a mujeres inmigrantes sin papeles, siguen encontrándose con enormes obstáculos para ser atendidas, también en materia de salud sexual y reproductiva (salvo para cuestiones relativas al embarazo y parto). En el caso del aborto, con anterioridad a 2012 se permitía a las mujeres en situación administrativa irregular acceder al aborto gratuito dentro de las primeras 14 semanas de embarazo. Esto se elimina a partir del año 2012 cuando sólo será gratuito o subvencionado por la Seguridad Social en el caso de que el motivo del aborto tenga relación con cuestiones terapéuticas (grave riesgo para la salud de la madre o malformaciones fetales), o bien porque el embarazo haya sido el resultado de una violación.

***“En Nuestros Úteros NO se legisla.
Nuestros Cuerpos NO se maltratan.
Nuestros Derechos NO se recortan.”***



Foto: Manifestación 8 de marzo de 2014, en Madrid.

⁷ Ver: <http://www.elmundo.es/madrid/2016/06/08/5758329846163fe06b8b459e.html>

2.10 Propuestas

- El aborto es un derecho y por tanto no debe ser un delito tipificado en el Código Penal.
- La interrupción voluntaria del embarazo debe constituir una prestación normalizada en el sistema nacional de salud, atendiendo, en los centros públicos la demanda de IVE de las mujeres. De esta manera se reconoce como derecho y no abunda en el estigma y el secretismo al que, a menudo está asociado. Debe ser un derecho teórica y prácticamente para todas las mujeres (independientemente de su edad, estado civil y situación administrativa). Es necesario poner los medios para que, en un centro público, una mujer no se vea afectada en su derecho a la salud sexual y reproductiva por causa de la objeción de conciencia de un o una profesional sanitario.
- Supresión del requisito de los tres días reflexión obligatoria para las mujeres que solicitan una IVE ya que esto supone un atentado contra su capacidad ética y autonomía moral; y en la práctica se convierten en verdaderos obstáculos.
- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años planteamos la derogación de la reforma del PP puesto que atenta contra la autonomía de las mujeres, y la revisión, en este sentido, de lo establecido en la ley de autonomía del paciente.
- Garantizar la formación profesional sobre la IVE y los derechos sexuales y reproductivos en las facultades de medicina de manera que se normalice su consideración como una prestación sanitaria más y se eliminen los prejuicios que existen sobre este derecho y práctica sanitaria.
- En el caso del aborto farmacológico, proponemos que pueda realizarse, con las medidas sanitarias oportunas, en los Centros de salud.

Capítulo 3: Reproducción asistida

Capítulo 3: Reproducción asistida

En términos generales, el derecho a la reproducción no es a priori un derecho cuestionado en nuestra sociedad. Sin embargo, si el deseo de ejercer ese derecho excede los parámetros del modelo de familia heteropatriarcal es discutido de inmediato, como sucede en el caso de las mujeres sin pareja masculina y los colectivos LGTBI. Son estos colectivos quienes reclaman con mayor énfasis su derecho a la maternidad/paternidad que no ven reconocido ni garantizado, ya que actualmente son discriminados en el acceso a las técnicas de reproducción asistida en el Sistema Nacional de Salud.

3.1 Estado de la cuestión

En el Estado español, la reproducción asistida se rige por la Ley 14/2006⁸, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (RHA). El artículo 6 estipula que todas las mujeres mayores de 18 años y con plena capacidad de obrar podrán ser receptoras o usuarias de las técnicas que la ley regula, independientemente de su estado civil y de su orientación sexual. Sin embargo, la Orden Ministerial SSI/2065/2014⁹ (OM), que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, limita los tratamientos de Reproducción Humana Asistida (RHA) con fin terapéutico a personas que habiéndose sometido a un estudio de esterilidad se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- 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 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.

Además, como parte de los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA se especifica que deben ser personas sin ningún hijo previo y sano (sin ningún hijo común previo y sano, en caso de parejas) y deben ser mayores de 18 años y menores de 40 años (en el caso de las mujeres) en el momento del inicio del estudio de esterilidad. Con estas modificaciones, la OM excluye del acceso a los tratamientos de RHA en el sistema sanitario público a las mujeres lesbianas o mujeres sin pareja, así como a mujeres heterosexuales con pareja con la que ya tengan una hija o un hijo en común. Por ello, estas mujeres se ven obligadas a recurrir a la medicina privada. Por otro lado, la dificultad para las mujeres en demostrar que no han podido quedar embarazadas después de 12 meses de relaciones sexuales con coito sin usar anticonceptivos no solo puede incidir en la arbitrariedad del proceso, sino que es una amenaza a la intimidad de la mujer que quiere someterse a un tratamiento de reproducción asistida.

⁸ Para consultar la ley: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>

⁹ Para consultar la Orden Ministerial: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

Women's link Worldwide¹⁰ (WLW) pleiteó contra esta normativa a partir de la denuncia de un matrimonio de mujeres de Madrid, que vieron cómo se bloqueaba su proceso de reproducción asistida una vez comenzado, entre el primer y el segundo intento, a causa de la promulgación de dicha norma. Como declara esta organización, hubo muchas trabas durante el propio pleito. La OM supone, según el argumentario de Women's link, una discriminación contra las mujeres por razón de estado civil (discrimina a las mujeres sin pareja) y de orientación sexual (discrimina a mujeres que tienen como pareja a otra mujer). La discriminación fue reconocida por una jueza en octubre de 2015, que condenó a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y a la Fundación Jiménez Díaz a pagar una reparación económica. La pareja fue indemnizada con 4.875 euros. La jueza además indicó que las comunidades autónomas no deberían aplicar una Orden Ministerial con rango menor que la propia Ley de 2006 y que la contradice. Unos días después de esta sentencia, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Cristina Cifuentes, declaró que la CM no aplicaría la norma y que todas las mujeres podrían tener derecho a la reproducción asistida independientemente de su estado civil u orientación sexual¹¹. Sin embargo, la norma sigue sin ser derogada y sin que parezca que haya intención de hacerlo, por lo que continúa siendo una amenaza que podría reactivarse en cualquier momento. Esta situación de discriminación provoca que las mujeres opten por la sanidad privada. En la Comunidad de Madrid existe la "libre elección" de centro, por lo que muchas pacientes se ven obligadas a solicitarla para ser derivadas a centros privados o concertados si pueden permitírselo. Los costes de estos tratamientos son muy altos; por ejemplo, la FIV/ICSI (Fecundación in vitro/inyección espermática intracitoplasmática) registra un coste medio de 4.542€, aunque los precios varían según tratamientos y clínicas.

Además, un alto porcentaje de la reproducción asistida en el Estado español se lleva a cabo en centros privados, según el estudio realizado en 2015 por la Asociación pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales (ADECES)¹², porque las unidades especializadas en estos servicios de los centros públicos están escasamente dotadas en medios y personal. En Madrid existen 13 centros públicos en los que se ofrecen estos tratamientos frente a 31 centros privados, según el registro del Ministerio de Sanidad del 2014¹³. La larga lista de espera es otra de las razones por las que las mujeres acuden a las clínicas privadas. Los tiempos de espera en los centros públicos son mucho más prolongados que en los privados. Según el estudio de esta asociación, el tiempo medio de espera para acceder a una FIV/ICSI en la sanidad pública supera el año, habiéndose registrado el tiempo máximo en el Hospital Universitario La Paz (Madrid) con 665 días¹⁴, mientras que la ausencia de esperas es uno de los principales reclamos publicitarios de las clínicas privadas. La longitud de las listas también repercute en el acceso a los tratamientos de RHA de las mujeres con una edad cercana a los 40 años en el sistema público. La norma establece que la edad de la mujer en el momento de indicación del tratamiento de reproducción asistida debe ser inferior a 40 años y, según dicho estudio, los centros públicos sitúan la edad máxima entre los 38 y 40 años, dependiendo de la técnica. En la práctica la decisión sobre el acceso de la mujer al tratamiento es tomada de forma discrecional. En algunos hospitales de la Comunidad de Madrid el tiempo de espera se prevé tan largo que dejan de derivar posibles beneficiarias a partir de los 35 años. En todo caso, puede que la reproducción asistida de mujeres lesbianas esté teniendo lugar en algunos hospitales públicos, como el de Leganés y el de Torrejón de Ardoz.

¹⁰ WLW es una organización internacional de derechos humanos, que busca promover a través del derecho un cambio social que favorezca los derechos de las mujeres y las niñas.

¹¹ http://www.eldiario.es/sociedad/Cifuentes-Madrid-reproduccion-asistida-mujeres_0_438856308.html

¹² ADECES es una organización sin ánimo de lucro, que pretende promover el debate, la defensa y el desarrollo de los derechos civiles, sociales y económicos de los ciudadanos y las ciudadanas contenidos en la Constitución y en sus leyes de desarrollo.

Para consultar el informe: http://www.adeces.org/wp-content/uploads/2015/05/Infertilidad_TRA.pdf

¹³ http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/InformeRegistroNacionalActividad_RegistroSEF2014.pdf

¹⁴ Los tiempos de espera varían en función del tipo de tratamiento.

Por ejemplo, desde Asamblea Feminista, conocemos algunos casos de mujeres que iniciaron el proceso (tenían ya varias pruebas hechas como ecografía, etc.) y recibieron la siguiente carta de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital 12 de Octubre: “Lamentablemente, a fecha de hoy, estamos citando a pacientes para primera consulta de Fecundación In Vitro para cuando usted haya cumplido ya los 40 años. Por este motivo no nos es posible contestar a su solicitud de asistencia. Le recordamos que la atención en el sistema de salud público de la Comunidad de Madrid, está limitada por la edad de la mujer a los 40 años”.

3.2 Propuestas

En la actualidad la normativa española a través de la OM limita el acceso a la reproducción asistida a las mujeres (menores de 40 años) que, tras haberse sometido a un estudio de esterilidad, sufran un trastorno documentado de la capacidad reproductiva o demuestren la ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos. Este marcado carácter terapéutico y heteronormativo está orientado al tratamiento de la infertilidad en las parejas heterosexuales. De este modo, excluye a mujeres lesbianas o mujeres sin pareja y las obliga a recurrir a centros privados para realizar el proceso de reproducción asistida que conllevan altos costes económicos. Refuerza la desigualdad entre las mujeres y niega el reconocimiento del derecho en la práctica. Esta situación no solo es discriminatoria, sino que señala la falta de control y de autonomía de las mujeres para tomar decisiones que afectan directamente a sus cuerpos y decisiones vitales; y responde a una visión heteropatriarcal de la reproducción y de la familia.

En este sentido, hacemos las siguientes propuestas:

- Garantizar el derecho de autonomía reproductiva de todas las mujeres. Esto es, a decidir cuándo y cómo queremos ser madres.
- La consideración de este derecho implica garantizar el acceso a las técnicas de reproducción asistida en el sistema sanitario público, sin sufrir tratos discriminatorios por el estado civil y la opción sexo-afectiva.
- Para ello, es necesario asegurar una formación integral para el personal sanitario, la adecuación de los protocolos médicos a la diversidad de familias y un trato no discriminatorio.
- Planteamos que aumente la inversión en este aspecto, así como que se incrementen el número de unidades, medios y técnicas practicadas desde el sistema sanitario público.

Capítulo 4: Identidades no normativas

Capítulo 4: Identidades no normativas

4.1 Estado de la cuestión

El 17 de Marzo del 2016 se aprobó por el Pleno de la Asamblea de Madrid la Ley 2/2016 de 29 de Marzo de Identidad y Expresión de Género e Igualdad y no Discriminación de la Comunidad de Madrid, sin los votos del Partido Popular, que se abstuvo. La ley, entonces, fue apoyada por Podemos, PSM y Ciudadanos, a partir del trabajo de las entidades pro LGTB de la Comunidad de Madrid, como COGAM, que en un inicio fueron excluidas de la negociación. Puede decirse, por lo tanto, que finalmente la ley recoge las principales reivindicaciones de los colectivos trans e intersex en lo que se refiere a su acceso a los derechos como ciudadanas y ciudadanos. Otras comunidades autónomas ya contaban con este tipo de legislación, como Andalucía, Euskadi, Navarra, Canarias y Extremadura. El sujeto de aplicación de la ley madrileña se extiende a las personas residentes en la Comunidad, independientemente de su nacionalidad. Las condiciones son el empadronamiento en la Comunidad y disponer de la tarjeta sanitaria del Servicio Madrileño de salud. La ley prevé la atención desde las diferentes instituciones autonómicas, con sus ámbitos de acción diversa, entre las que se cuentan las siguientes, que dividimos en cuatro bloques:

- Derecho al cambio de nombre en los diferentes documentos oficiales de la Comunidad de Madrid, como pueden ser tarjeta sanitaria, abono de transportes o carnets de bibliotecas.
- Inclusión de los tratamientos de cambio de sexo en la cartera de servicios de la Seguridad Social y garantía de la cobertura a sus necesidades específicas por todo el territorio de la comunidad, descentralizando así los recursos de atención; por otra parte, se prevén una serie de medidas específicas destinadas a la comunidad trans, como concesión de prestaciones a los transexuales que en razón de su condición sexual, hayan perdido su trabajo o su casa o medidas particulares para apoyar el acceso al trabajo de las personas trans.
- Especial atención a las y los menores, garantizando su integridad física hasta que definan su identidad de género, proveyendo una atención específica para menores trans e intersex.
- Promoción de la investigación sobre las realidades trans, creación de estadísticas públicas, protección y refuerzo de las asociaciones y creación de oficinas de consulta y acompañamiento.



Por otra parte, ya antes de la promulgación de la ley, el 30 de noviembre de 2015, se hizo oficial el cambio de nombre de la UTIG (unidad de trastorno de identidad de género) de Madrid del Hospital Ramón y Cajal por UIG (Unidad de Identidad de Género). Esta unidad funciona desde el 16 de mayo de 2007 y está formada por un equipo interdisciplinar de profesionales -endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, ginecólogos, urólogos, cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos, entre otros- de los hospitales La Paz, La Princesa y Ramón y Cajal, y es la paciente la que, según el proceso que precise, es atendido en uno o en otro centro sanitario, según reza la propia web¹⁵. Con la nueva ley, los servicios que ofrece la actual UIG se descentralizarían en la cartera de servicios sanitarios, siendo los hospitales de referencia los encargados de los procesos.

En todo caso, hay que señalar que la legislación de la Comunidad Autónoma no permite el cambio de nombre en el DNI ni en la partida de nacimiento. Eso solo es posible a través de la legislación estatal Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Solo es aplicable además a personas con nacionalidad española y que han realizado intervención médica en su proceso trans. La particularidad es que en Madrid no se exige aportar informes psicológicos ni endocrinos ni de intervención quirúrgica, pero solo pueden cambiarse los documentos que se mencionaron al inicio de este capítulo y que afectan a las competencias de la comunidad autónoma: tarjeta sanitaria, abono de transportes y el carnet de biblioteca. El cambio de nombre y sexo en estos documentos va avanzando poco a poco, pero se comenta la falta de información en general y a profesionales en particular. El PIATH (Programa de Información y de Atención a transexuales y homosexuales de la Comunidad de Madrid), organismo del gobierno autónomo, hace labor formativa, pero es insuficiente. Los cambios relacionados con el Consorcio de Transportes están funcionando de modo ágil y sin demasiada burocracia, en tanto que los que tienen que ver con la tarjeta sanitaria, están teniendo una aplicación complicada, debido a su dependencia de una instancia estatal como la Seguridad Social, entre otras razones. El proceso de cambio de tarjeta sanitaria varía de unos centros a otros.

4.2 Propuestas

La actual ley plantea importantes problemas, sobre todo en su aplicación. Uno de los fundamentales es que en ocasiones, su aplicación depende de cada profesional. De hecho, la vieja unidad de atención, la UIG, actúa en ocasiones como si la ley no existiera: las personas que allí llegan, son derivadas a psicología y psiquiatría de forma obligatoria, a pesar de que la ley excluye cualquier injerencia externa, como la petición de informes o itinerarios asistenciales obligatorios y a pesar de que ya no considera el examen psicológico como un requisito. Por otra parte, no se ha iniciado la formación de profesionales ni se han dotado los centros de proximidad, con lo que de hecho, la atención sigue estando centralizada. Esto llega hasta el punto de que solo un profesional opera en el ámbito de la Comunidad, que además tiene un largo historial transfóbico. La formación de profesionales está ausente y la visión dominante es patologizante. Por último, una asignatura pendiente es la flagrante falta de información a las propias interesadas sobre las consecuencias del cambio de sexo en la fertilidad y consecuentemente, el bloqueo a la posibilidad de guardar sus óvulos o espermatozoides antes del inicio del proceso, de modo que más puedan concebir si así lo desean.

¹⁵http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354546925543&language=es&pagename=Hospital-RamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal

En resumen, hay dos cuestiones fundamentales que han de ser abordadas:

- En primer lugar, la falta de información. Existe una flagrante ausencia de información en lo que se refiere a las implicaciones de la hormonación sobre la fertilidad. La mayoría de las personas que se somete a estos procesos, no conoce que esto redundará sobre su fertilidad. Parece que hay una visión social o al menos, institucional, negativa, del hecho de que personas trans puedan ser madres y padres. Incluso existe en 2010 un dictamen negativo de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, dependiente del Ministerio de Sanidad, sobre el derecho al recurso de personas trans a la reproducción asistida.
- En segundo lugar, la ley de 2016 se considera por las instituciones como si fuera de segunda categoría y su cumplimiento se considera de modo flexible. En su aplicación existe un altísimo grado de discrecionalidad. Hay una serie de puntos ciegos en la ley que los actores implicados y las instituciones, interpretan libremente y hacen que finalmente, su cumplimiento dependa de la buena voluntad o de la sensibilidad de las personas implicadas¹⁶.

En este sentido, hacemos las siguientes propuestas:

- Que la ley se acompañe de recursos, información y formación.
- Que las personas trans sean informadas del impacto del proceso de cambio de sexo en su capacidad fértil y tengan la posibilidad de congelar sus óvulos o esperma para poder ser madres y padres cuando termine el proceso.
- Que la ley no esté sujeta al juicio moral particular de los actores encargados de su aplicación, sino que se provea de elementos y de procedimientos lo suficientemente prolijos como para que sea posible controlar su correcta aplicación, en definitiva de un procedimiento de aplicación.
- Que se tenga en cuenta a los movimientos sociales no solo de un modo puramente consultivo a la hora de elaborar las normas, sino que haya un seguimiento de la aplicación de la ley caso por caso.

¹⁶ A partir de diciembre de 2016 estará disponible el informe elaborado por Lucas Platero, Esther Ortega y Transexualia, para el Ayuntamiento de Madrid, sobre la salud de las personas transexuales con hijos e hijas y sus experiencias, donde se tratan estas cuestiones con profundidad y se proporcionan una serie de propuestas.

Capítulo 5: Violencia sexual

Capítulo 5: Violencia sexual

La lucha contra las agresiones sexuales ocuparon buena parte de la actividad feminista durante los años 80 y fruto de esas luchas fue la modificación del Código Penal donde se pasó de penalizar las “conductas deshonestas” a situar como objeto del delito “la libertad e indemnidad sexual de las mujeres”. Sin embargo la denominación como violencia de género de solo los malos tratos en la pareja o ex pareja invisibilizó esta manifestación de violencia machista, hasta que en los últimos años grupos de mujeres en distintas ciudades y pueblos las han vuelto a poner en la agenda con campañas que han sido particularmente visibles durante las fiestas de los barrios y pueblos.

5.1 Estado de la cuestión

Normativa legal e instituciones responsables

Las agresiones sexuales son un delito y aparecen tipificadas en el título VIII del Libro II del Código Penal¹⁷, (agresiones sexuales, abusos sexuales, acoso sexual) estando incluidas en el ámbito de aplicación de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. Para comprender mejor los datos que hay en torno a la violencia sexual, recurrimos a estas definiciones¹⁸:

- **Agresión sexual:** es cualquier conducta que atente contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, entendiendo violencia como utilización de fuerza física e intimidación como la(s) conducta(s) de tipo psicológico que tiene(n) como fin infundir temor a sufrir un mal inminente y grave, o amenazas de sufrirlo en la persona de la víctima u otras allegadas a ella.
- **Violación:** una de las formas más frecuentes de agresión sexual es la violación, definida como el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías.
- **Otras formas de agresión sexual:** Otras formas de agresión sexual son los tocamientos de naturaleza sexual, con ausencia de consentimiento por parte de la víctima y, además, con existencia de violencia o intimidación por parte del agresor.

A pesar de la norma vigente, los observatorios de violencia de género, tanto el de la Comunidad de Madrid como el Municipal, no recogen ningún protocolo sobre violencia sexual, si bien el Ayuntamiento¹⁹ de Madrid elaboró en el año 2007 un Protocolo de actuación en materia de agresiones sexuales, que regula de manera coordinada las funciones que asumen los órganos implicados en el tratamiento e investigación de las víctimas de agresiones sexuales en el municipio de Madrid.

¹⁷ http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.l2t8.html

¹⁸ <http://www.feministas.org/agresiones-sexuales-como-se-viven.html>

¹⁹ <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCMedios/noticias/2008/11Noviembre/26Miercoles/NotasPrensa/Protocolo%20actuaci%C3%B3n/ficheros/protocolo%20de%20violencia.pdf>

Este protocolo prevé que:

- Las denuncias por agresiones sexuales cometidas en todo el municipio de Madrid se centralizan en el Servicio de Atención a la Familia (SAF, desde 2015 se llama UFAM, Unidad de Familia y Mujer) dependiente de la Jefatura Superior de Policía de Madrid, situado en la calle Doctor Federico Rubio y Galí, nº 55 (Teléfono de contacto 913 223 555).
- Las víctimas se trasladan a un mismo centro hospitalario, en este caso el Hospital Universitario La Paz (Servicio de Obstetricia y Ginecología), para ser reconocidas por el personal médico forense y el/la ginecólogo/a de guardia.

En la actualidad no ha habido ninguna evaluación del funcionamiento de este protocolo ni se han puesto en marcha campañas de información para que toda la población y en concreto las posibles víctimas de este delito puedan acceder rápidamente a la información y ayuda. Con respecto al Servicio de Atención a la familia UFAM, la mayoría de las mujeres atendidas vienen derivadas de las comisarías, ya que suelen desconocer que las denuncias por agresiones sexuales sólo se recogen en este servicio. Si una mujer va a una comisaría a denunciar, la trasladan a UFAM, ubicado en un espacio que no garantiza la intimidad de las mujeres que denuncian; ellas expresan que la calidad y el trato que reciben no es en absoluto cuidadoso, el espacio físico *“es horrible, como un zulo”* cuentan, es como *“una cochera con puertas, sin ventanas”*, *“no hay nadie para recibirte, y la persona que te atiende, está cogiendo el teléfono o hablando con otra persona”*.

En teoría, a las mujeres que denuncian se les informa de sus derechos y de centros de asistencia de violencia sexual, pero en la práctica, la hoja impresa sobre sus derechos que les entregan no brinda información de los centros de asistencia a víctimas de violencia sexual: es apenas una hoja informativa que recoge parte del articulado de la Ley 35/1995, de 11 de Diciembre, de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual, el derecho a la asistencia jurídica y ayudas económicas, el modo para solicitarlas y las incompatibilidades. En la memoria de la Fiscalía de la Comunidad de Madrid²⁰ [Memoria 2016 (Ejercicio 2015), apartado 5.9.2.Recomendaciones y necesidades, pagina 178], se dice “en relación con la Ley 35/1995, de 11 de Diciembre, de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual²¹, el Servicio no ha obtenido nunca una resolución favorable a la concesión de esta ayuda, que resulta sistemáticamente denegada como consecuencia de la taxatividad del artículo 4 de dicha norma a la hora de definir las lesiones y daños susceptibles de ser indemnizados, de forma que la situación específica en que se encuentran algunos testigos -sirvan de ejemplo las víctimas de prostitución forzada quienes, en muchas ocasiones, no han disfrutado de una actividad laboral reglada con carácter previo a sufrir el delito-, es difícilmente reconducible a los parámetros previstos en la legislación de la Seguridad Social (declaración de invalidez permanente en cualquiera de sus grados o situación de incapacidad temporal superior a seis meses). Desde el año 1995, que se aprobó esta ley y se crearon las Oficinas de asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra libertad sexual²², nunca se han concedido estas ayudas. También se constata la falta de información sobre estas Oficinas, en el documento que se les da a las mujeres que ponen denuncia mencionan estas oficinas pero no consta ni su dirección ni teléfono. Actualmente hay dos centros de atención a mujeres víctimas de violencia sexual en Madrid: el Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (CIMASCAM) y la Asociación Asistencia a Mujeres Violadas (CAVAS). Estos Centros

²⁰ http://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/FISCALIA_SITE/recursos/fiscalias/superiores/madrid.pdf

²¹ http://noticias.juridicas.com/base_datos/ Penal/l35-1995.html

http://noticias.juridicas.com/base_datos/ Penal/rd738-1997.html

²² http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano/oficinas-asistencia-victimas#id_1288774766765
http://www.mjusticia.gob.es/BUSCADIR/ServletControlador?lang=es_es&apartado=buscadorPorProvincias&URL_ORIGEN=&origen=G&tipo=ATV&provincia=28

de atención y asistencia son gestionados por entidades privadas, el CIMASCAM con subvenciones de la Comunidad de Madrid y gestionado por la Fundación Aspacia y CAVAS con diferentes subvenciones.

Con respecto al funcionamiento en el Hospital Universitario la Paz, no existe una unidad específica de atención, a las mujeres se les atiende en Urgencias en la zona de maternidad. Existe un protocolo ante las agresiones sexuales que el servicio de urgencias maternas, elaboró en el año 2011²³, con datos del 2008. Pero a día de hoy no se ha actualizado ni hay información de un seguimiento, ni reuniones de la comisión de violencia sexual para implementar políticas acordes con las conclusiones que figuran en este protocolo, que trata de homogeneizar la asistencia y los cuidados a las mujeres que acuden al Hospital tras ser víctimas de agresiones sexuales.

El perfil de las mujeres que acudieron al Hospital Universitario La Paz era el siguiente:

“Se encontraron víctimas en todos los grupos de edad, siendo el rango de edad desde 3 hasta 75 años. La edad media fue de alrededor de 25 años. En cuanto a la nacionalidad de las víctimas, se encontró que alrededor del 50% eran extranjeras, siendo en su mayoría de Sudamérica, y con tendencia al alza. Se objetivaron lesiones en un 26 % de los casos atendidos, observando una tendencia a disminuir el número de casos con lesiones genitales. Llama la atención que menos de la mitad de las pacientes acudieron a las revisiones propuestas en la consulta de ginecología.”

Y entre las conclusiones que plantean, destacan:

- Es necesario crear programas de educación para prevenir los factores de riesgo de sufrir una agresión sexual, y crear equipos multidisciplinares para apoyar a las víctimas, y disminuir los casos no denunciados.
- Es imprescindible un trabajo protocolarizado en la actuación en urgencias a las víctimas.
- Es fundamental la atención precoz y coordinada para evitar la doble victimización.

El protocolo del Hospital la Paz solo se activa cuando la mujer víctima de violación realiza la denuncia, las agresiones sexuales que atienden son violaciones siempre que haya puesto una denuncia. De hecho cuando van al hospital la Paz y no quieren denunciar directamente se les remite a centros de Madrid Salud dependientes del Ayuntamiento, centros asociados, para que reciban la profilaxis adecuada. También desde el UFAM se las deriva a estos centros sanitarios²⁴ si no quieren interponer la denuncia.

Estos centros son:

- En el centro de la calle Montesa y el de Sandoval, solo realizan pruebas diagnósticas de ITS-SIDA, y administran la píldora post coital.
- En el Centro Municipal de Salud Centro, se da atención de urgencia con la apertura de historia clínica, toma de muestras para realizar cultivos y prevenir infecciones, administración de la píldora post coital y asistencia psicológica.

²³ <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina6.html>

²⁴ El Centro Sanitario Sandoval (Prevención del ITS-SIDA), el Centro Municipal de Salud de Centro y el Programa para la prevención del SIDA E ITS del ayuntamiento de Madrid.

Muchas mujeres víctimas de agresiones sexuales van a sus centros de atención primaria del SERMAS dependientes de la Comunidad para pedir información y atención, pero estos servicios derivan al hospital de referencia. En el Portal de Salud, de Salud Madrid, en el apartado de “Ciudadanos”, en la pestaña de “Problemas de Salud”²⁵ hay un enlace a la Violencia de Género, pero en sus publicaciones no hay ninguna referencia a la violencia sexual. En el apartado de profesionales²⁶, hay diferentes guías, ninguna específica sobre violencia sexual, y es en el “Protocolo común estatal para la actuación sanitaria ante la violencia de género del 2012”²⁷, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde se recoge la actuación ante las agresiones sexuales”. Dicho protocolo es el que actualmente está funcionando en la Comunidad de Madrid, y señala:

“El personal sanitario de Atención Primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual, y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa”

A través de las entrevistas, encontramos que mujeres víctimas de agresiones sexuales han ido a los centros de atención primaria y les derivan a su hospital de referencia, tal como dice la guía, pero no se les informa que el Hospital la Paz es de referencia para estas atenciones y reconocimiento forense y que para ser atendidas tienen que denunciar. Teniendo en cuenta que es en las primeras 72 horas cuando han de tomar la profilaxis para el embarazo y otros tratamientos, así como la toma de muestras, se encuentran muchas veces en situaciones límite, agravándose su situación sanitaria. En este periplo interminable al que se somete a las mujeres víctimas de agresiones sexuales, se pierde demasiado tiempo, cuando ellas lo único “que quieren es llorar y ducharse”. El informe del Hospital la Paz llama la atención sobre el hecho de que “menos de la mitad de las pacientes acudieron a las revisiones propuestas en la consulta de ginecología”, una falta de seguimiento que repercute en la salud y bienestar de las mujeres agredidas, que ante este recorrido interminable optan por no volver al centro. En algunos casos, se produce por parte de las instituciones una auténtica revictimización: interrogatorios no cuidados, tiempo de espera para ser atendidas por los médicos forenses, incredulidad de la policía, interpretaciones y opiniones inoportunas, etc. Así nos encontramos con noticias como el suicidio de una menor en setiembre del 2014 tras ser violada, y lo que sus familiares relatan *“Desde que Ariadna acudió a la comisaría junto a su padre, Marcelo Mejías, para denunciar la supuesta violación hasta el día de su muerte, la menor sufrió un largo calvario médico, policial y judicial”*, según relata su progenitor.”²⁸ Destacamos la particular situación de las empleadas de hogar sin papeles que trabajan como internas, en una situación de particular indefensión y vulnerabilidad que es aprovechada en muchas ocasiones por sus empleadores para ejercer violencia sexual. En declaraciones de Rafaela Pimentel²⁹ de Territorio Doméstico, *“Cuando hay abusos, se sienten desprotegidas y atrapadas, porque muchas internas están aisladas, no conocen sus derechos y carecen de una red que les enseñe y les ayude a integrarse en la sociedad”*.

También ocurre que no existe una identificación clara de la violencia sexual y por tanto no se percibe como un problema. Temen ser expulsadas si ponen una denuncia, tal como recoge el informe “Violadas y Expulsadas”³⁰ : “Primero, por el miedo que tienen las mujeres a que su situación al denunciar empeore (En algunos casos porque las pueden despedir del trabajo que tienen aunque no estén

²⁵http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155886657113&language=es&pagename=PortalSalud%2FPágina%2FPTSA_subhome&pestaña=1&vest=1155886657113

²⁶http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142530158356&language=es&pageid=1142445531364&pagename=PortalSalud%2FPágina_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142445521650&vest=1142507566488

²⁷ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

²⁸ <http://www.elmundo.es/madrid/2014/09/15/54161628268e3ee92e8b457d.html>

²⁹ <http://www.publico.es/sociedad/empleadas-domesticas-victimas-abusos-sexuales.html>

³⁰ <http://violadasyexpulsadas.org/img/informe.pdf>

dadas de alta, por miedo a delatar su situación irregular y que las echen del país etc). Segundo, por la mala gestión de profesionales que ante la situación no tienen claro cómo actuar y finalmente las mujeres terminan por quitar las denuncias.”

El colectivo de personas trans no denuncia las agresiones que sufren ni la falta de atención especializada, protocolos y formación a policía, sanitarios, etc. Las experiencias negativas que han tenido en la búsqueda de ayuda ante las agresiones, tiene como consecuencia que en este colectivo están totalmente invisibilizadas las agresiones sexuales y que ni siquiera existen en los protocolos sanitarios.

5.2 ¿Qué hacer cuando se sufre una agresión?

Si quieres denunciar, lo primero es poner la denuncia en el UFAM, para que desde allí te lleven al Hospital la Paz, y se active el protocolo y te hagan el reconocimiento forense como prueba para la denuncia.(si vas al Hospital la Paz, y no has puesto denuncia no te van a atender y tendrás que ir por tu cuenta al UFAM).

Si no quieres denunciar, puedes ir a cualquier hospital, que recibirás atención de urgencia. Si no quieres ir a un hospital, puedes ir a los centros sanitarios antes mencionados para que te hagan las pruebas diagnósticas de ITS-SIDA, y te administren la píldora post coital.

5.3 Datos de violencia sexual contra mujeres y trans

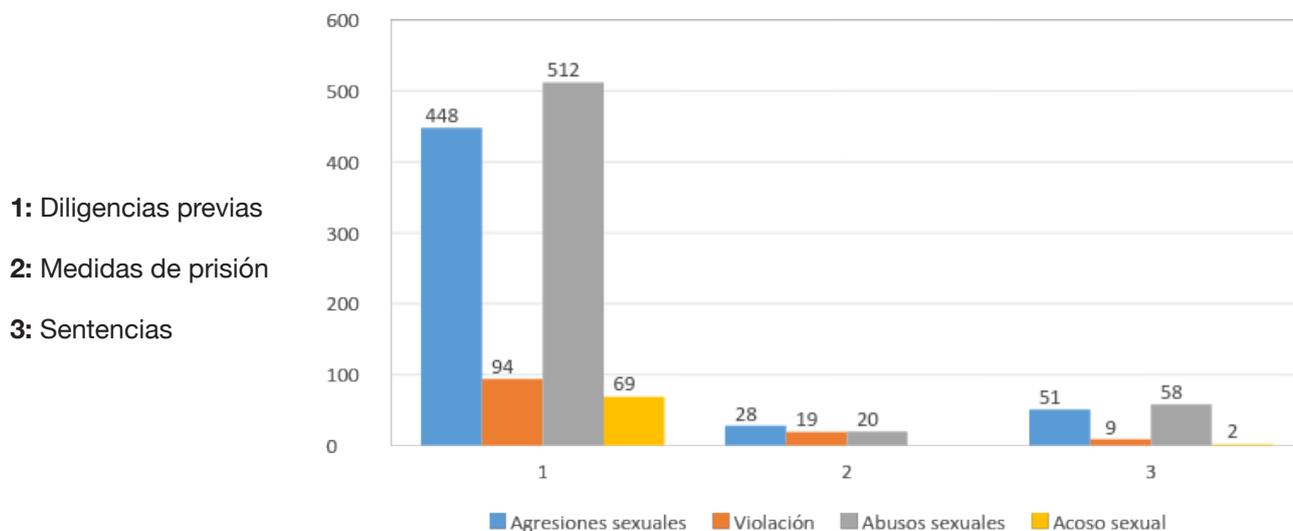
Resulta imposible todavía hoy cuantificar la magnitud de las agresiones sexuales, debido sobre todo a que se trata de un delito difícil de denunciar por sus víctimas ya que la mayoría de las agresiones sexuales son perpetradas por conocidos. Los datos, por tanto, nos muestran las características de las agresiones sexuales que se denuncian, no de las que ocurren. Los datos con respecto a la violencia sexual son los aportados por el Ministerio de Interior en sus anuarios³¹ y los datos de la Fiscalía³², observando que hay unas diferencias sustanciales tanto en cómo se nombra el delito como en los propios datos que se facilitan. (No hay datos de personas trans).

Nos encontramos ante un gráfico que muestra los datos de la fiscalía de la Comunidad de Madrid referente al año 2015 sobre las diligencias que se abrieron en relación con delitos referidos contra la libertad sexual. Se destaca la diferencia entre las diligencias previas que se abren y los pocos casos que se cierran.

³¹<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas-/anuario-estadistico-del-ministerio-del-interior>

³²https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/fiscalias_territoriales/comunidad_de_madrid/memoria_y_estadistica!/ut/p/a1/jZDLDoIwEEW_hs_o9EFTIm1IHwZiQtOI3ZiuCImiC-P3i64EFJzdJOfkzIwUUY-vikB59I-79dUjn1x75yUkrsfOwA5NTkCJwX5QagMMIHD8BUwkN0jivcmupaNh_PvwYCVNfNJSPPtFK2Y-qA4PP8JbCWz9jcXwlB9x9QnCJ7W5OxAVwHVpQUUDJ4DXyp6A2sdbH1xu4QQWuhdI2VPaf6zGw!!/dI5/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmIFL1o2X0IBSEExSVMwSkdOMjQwQU9ISEJCSEYyS0Ez/

Datos de la Fiscalía de Madrid 2015 delitos contra la libertad sexual.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Fiscalía de Madrid 2015

Durante el año 2015, el número de delitos contra la libertad sexual fue de 1.670, de los cuales:

- 26,83 % son 448 agresiones sexuales, tan solo 51 de los casos se han resuelto lo que significa apenas un 11,38%.
- Las violaciones son 94, que representa un 5,63%, de las cuales tan solo 9 se han resuelto, un 9,57%.
- 30,66% son 512 abusos sexuales, de los cuales 58 se han resuelto, un 11,32%.
- 4,13% son 69 acosos sexuales de los cuales tan solo 2 se han resuelto, 2,89%.

Un 67,25% (1123) de los delitos contra la libertad sexual que hemos reseñado tan solo llegan a resolverse un 10,69% (120).

Datos del Anuario estadístico del Ministerio del Interior 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Anuario estadístico del Ministerio Interior de 2015

El gráfico refleja las estadísticas referidas a delitos contra la libertad sexual (1.415) que recogen tan solo tres categorías penales: agresión sexual con penetración que se refiere a violación, corrupción y pornografía de menores y dejando en el apartado otros, los delitos de Agresiones sexuales de cualquier forma sin penetración, abusos o acosos. No hay datos sobre acoso callejero. Podemos concluir que existe una invisibilización de las agresiones sexuales en los datos recogidos por el Ministerio del Interior, así como una falta de concordancia entre la tipificación de estos delitos recogidos en el Código Penal, que sí figuran desagregados en las estadísticas de la Fiscalía.

5.4 Acoso sexual

El acoso sexual en el ámbito laboral está incluido en el artículo 12 de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, que prevé el análisis estadístico como un instrumento para erradicarla y que reza como sigue:

Artículo 12. Estadísticas de ámbito autonómico

El Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid incluirá en su Programa Anual estudios y análisis específicos sobre Violencia de Género y sobre la situación de la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres en la Comunidad de Madrid, así como el tratamiento de datos desagregados por sexo, como instrumento en las acciones de prevención y sensibilización en esta materia.

Actualmente el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid tiene un apartado de “Estadísticas de Género”, en el cual aún no hay datos de la violencia sexual ni de acoso sexual en el ámbito laboral. Se define como acoso técnico el padecido en el último año por una trabajadora en cualquiera de las situaciones definidas como acoso sexual, independientemente de que ella lo considere o no acoso sexual. Se entiende como acoso declarado aquellas situaciones sufridas por una trabajadora en el último año y que ella las considera como acoso sexual. El último estudio realizado sobre el acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral a nivel estatal, es del Instituto de la Mujer en el año 2006³³. Los resultados del estudio indican que el 14,9% de las mujeres trabajadoras en España han sufrido alguna situación de acoso sexual en el último año (acoso técnico). Sin embargo, este porcentaje se reduce hasta el 9,9% entre las que perciben haber sufrido acoso sexual (acoso declarado). Trasladando estos datos al conjunto de las mujeres activas en Comunidad de Madrid, que según los últimos datos de la Encuesta de Población Activa en el tercer trimestre de 2016 ascendían a 1.618.400 trabajadoras asalariadas, se estima que 241.141,6 trabajadoras han sufrido en la Comunidad de Madrid alguna situación de acoso sexual en su trabajo en el último año (acoso técnico), y 160.221,6 mujeres lo han vivido como tal (acoso declarado).

En los últimos años la actividad feminista en torno a las agresiones sexuales ha empezado a retomarse desde los barrios, con campañas contra el acoso callejero como la de #nomellamesnena en el barrio de Lavapiés o #StopAcoso en el barrio de Carabanchel, así como iniciativas con pegada de carteles por otros barrios denunciando que estamos hartas del acoso callejero, de la violencia machista y reivindicando nuestro derecho a defendernos. Se ha organizado también alguna acción, como la concentración conjunta del verano del 2014 #NoEstásSola. Avanzando en esta actividad en el último verano, se han empezado a realizar campañas contra las agresiones sexuales en las fiestas de los barrios, colocando mesas de información en “puntos morados”, que está empezando a fraguar una red de apoyo mutuo, así como el reconocimiento de la necesidad de acompañamiento a las personas agredidas. La autodefensa feminista está presente en todas estas campañas e iniciativas.

³³<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D91FE499-4898-4EDD-AA09-213A8AF122EA/153594/MTASEstudioAcosoSexual.pdf>

5.5 Propuestas

La violencia contra las mujeres se basa en la violencia patriarcal estructural que está presente en nuestra sociedad y que sufren miles de mujeres. Sin embargo, hay una clara ausencia de políticas para la prevención, protección y asistencia a las mujeres víctimas de violencia sexual y cuando ésta existe, la respuesta institucional carece de la rapidez y contundencia que la gravedad de la situación para las mujeres exige.

Ante este panorama, planteamos las siguientes propuestas:

- Revisión de la Ley Orgánica 1/2004 de violencia de género para que, ampliando su definición, contemple otras formas de violencia y de este modo proteja de manera efectiva a las víctimas en otros ámbitos públicos, de ocio, de trabajo, la familia, el ámbito de los estudios y otros.
- Revisión de la Ley 35/1995, de 11 de Diciembre, de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual, para esclarecer los motivos por los que no se conceden las ayudas previstas para víctimas de violencia sexual y si es necesaria una modificación
- Incluir en la cartera de servicios sanitarios los centros de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual.
- Garantizar la atención en todos los hospitales a las mujeres víctimas de agresiones sexuales, sin necesidad de interponer denuncia y asegurar que reciban la asistencia sanitaria y profilaxis.
- Evaluar y actualizar los protocolos específicos de Agresiones Sexuales.
- Garantizar la intimidad en los espacios de atención a las mujeres víctimas de agresiones sexuales en los distintos servicios, estableciendo ambientes adecuados que consideren la situación de vulnerabilidad de las víctimas.
- Proporcionar información rápida y completa, con un mapeo de recursos y apoyo para las víctimas. Difundir esta información en campañas permanentes.
- Implementar un observatorio de violencia sexual y acoso callejero y laboral, que recoja las denuncias, atención personalizada, y sin tener que poner denuncias en la policía.
- Apoyo psicológico y de acompañamiento por el personal que conozca los pasos a dar y brinde confianza a las personas que sufren esta violencia en todas las instituciones que atienden estos casos, considerando que las mujeres en esta situación se encuentran en estado de ansiedad y con poca capacidad de asimilar tanta información en tan poco tiempo.
- Interpelar a la sociedad para que reaccione ante la impunidad social de la violencia machista, el silencio cómplice, la justificación del control de baja intensidad sobre las mujeres y la flagrante falta de apoyo, solidaridad y protección.

Capítulo 6: Atención en salud sexual y reproductiva

Capítulo 6: Atención en salud sexual y reproductiva

6.1 Estado de la cuestión

Las competencias en la atención a la salud sexual y reproductiva, al igual que todas las competencias de salud, están transferidas a la Comunidad de Madrid que, para este fin, se organiza en los Centros de SERMAS de Atención Primaria y Atención Especializada, que tienen la responsabilidad de garantizar la cobertura en salud sexual y reproductiva para toda la población. Si bien el SERMAS ofrece atención en salud sexual y reproductiva a través de la Cartera de Servicios Estandarizados, la reducción del presupuesto en salud y la propia organización del sistema sanitario, ha generado una demanda insatisfecha de la población y ha ocasionado que muchas mujeres, sobre todo las que están en situación de mayor vulnerabilidad, estén sufriendo dificultades a la hora de acceder a éstos servicios. En Madrid capital existen además los Centros de Madrid Salud, que, aun sin competencias asistenciales, cumplen ciertas funciones con personal con experiencia y formado, para atender en muchos aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva. En la actualidad son un recurso de calidad, de referencia para muchas mujeres, que encuentran obstáculos para acceder a ser atendidas en los centros de atención primaria, siendo por tanto el único recurso de calidad en el sistema público con el que cuentan. No existe una normativa que establezca la coordinación entre los servicios del SERMAS y los Centros del Ayuntamiento. Esta coordinación cuando existe se realiza a iniciativa de los profesionales.

6.2 La atención en salud sexual y reproductiva en los Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Atención en Anticoncepción

En los Centros de atención primaria la prestación anticonceptiva está recogida en la cartera de servicios. Existen protocolos determinados para cada prestación, que son conocidos por el personal ya que son de cumplimiento obligatorio. La cartera de servicios establece la atención en anticoncepción hormonal, inyectables, implante subcutáneo, anticoncepción oral. Solo la anticoncepción oral está cubierta por el sistema sanitario, y el resto de anticonceptivos no cuentan con financiación ya que la Comunidad de Madrid no destina presupuesto propio, como si hacen otras CC.AA. para facilitar la accesibilidad económica a otros métodos anticonceptivos. Por lo tanto, el parche como el anillo vaginal, el DIU de cobre, el implante o el preservativo debe costearlos la propia mujer. En cuanto a la píldora postcoital o píldora del día después, no se dispensa en los Centros de atención primaria. Y aunque actualmente no se necesita receta para adquirirla en Farmacia, el coste elevado supone una barrera económica en el acceso. La colocación del DIU, junto a ligadura de trompas y vasectomía, son derivados a la o el ginecólogo, con lo cual el tiempo de espera para ésta prestación se alarga demasiado convirtiéndose en un importante problema para muchas mujeres.

Atención del aborto

En los Centros del Servicio Madrileño de Salud, dependientes de la Comunidad de Madrid, el aborto no está en la cartera de servicios. Los abortos los realizan los centros privados que conciertan con el servicio público de salud y son financiados por éste. Se actúa de acuerdo a la norma vigente (Ver capítulo sobre interrupción voluntaria del embarazo).

Atención de las ITS y VIH, SIDA

Estas prestaciones se encuentran en la Cartera de Servicios, desde la investigación del riesgo, la detección de los problemas hasta la atención. Se pregunta de manera sistemática a las personas, adultos y a los jóvenes en especial sobre medidas de protección que estén usando y la presencia de síntomas asociados a éste tipo de enfermedades. En caso de diagnosticarse, se hace el tratamiento.

Violencia sexual

Esta violación de los derechos sexuales no es de frecuente denuncia ni consulta en los servicios de salud, sin embargo, para su atención existe un protocolo, que se encuentra en las Guías de la Comunidad de Madrid, que norma la actuación en el Centro de Salud y derivación al hospital de referencia para la toma de muestras legales si la mujer desea denunciarlo (Ver capítulo sobre violencia sexual).

Educación e información en Salud Sexual y Reproductiva

La función de educación e información ha quedado en manos de los Centros de Salud del Ayuntamiento, pero también se realizan desde los Centros de la Comunidad ya que en la cartera de servicios se especifica el asesoramiento en muchos aspectos. Uno de los protocolos se llama Promoción de Estilos de vida saludable en el Adulto, que establece que al menos una vez, como mínimo, en 5 años, se le haya preguntado por la existencia de relaciones sexuales, uso de preservativo y otros métodos y presencia o ausencia de problemas, deseo o no de embarazo. Estos datos son los mínimos que deben obtenerse y se evalúan anualmente. De la población que tiene adscrita cada médico o médica, se evalúa a cuanta gente se ha ofertado el servicio, para conocer lo que se tenga que mejorar. Sin embargo, verificamos que en la práctica, a la mayoría de las mujeres no se les ha preguntado nada referido al desarrollo de su sexualidad, en muchos años que acuden a consultas por otros temas.

En cuanto a la salud de adolescentes, existe otro protocolo que se llama Protocolo del Adolescente de 14 a 19 años, donde está establecido realizar anamnesis o valoración funcional en aspectos de prevención de hábitos tóxicos, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, uso de métodos anti-conceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual. Conociendo la desinformación existente entre los y las jóvenes sobre éstos aspectos, consideramos que se debería investigar sobre la aplicación de estos instrumentos y sus resultados, ya que las jóvenes no acuden casi nunca a estos Centros de Atención Primaria por no encontrarlos adecuados para ellas.

Las intervenciones en educación y promoción de la salud varían de Centro a Centro, pero todos trabajan en centros educativos de la zona, con estudiantes de ESO para educación afectivo sexual, así como con el profesorado, anualmente, haciendo talleres en los que participan algunos médicos y médicas más implicados y que tienen mayor motivación en este aspecto. Todas las intervenciones se realizan a demanda de los centros educativos. El perfil de los médicos y médicas del SERMAS es más asistencial, por tanto más dirigido a las enfermedades y su tratamiento que a la prevención.

6.3 La atención en salud sexual y reproductiva en los centros de Madrid Salud

Atención en anticoncepción

Los Centros Madrid Salud, que corresponden al Ayuntamiento de Madrid, tienen competencias básicamente preventivas y de promoción de la salud comunitaria, aunque realizan algunas prestaciones asistenciales. Son 16 centros en el área de la ciudad los que desarrollan el programa de Salud Sexual y Reproductiva, que está dirigido a toda la población pero fundamentalmente a las personas con problemáticas específicas a quienes se brinda asistencia individual. Son consideradas así mujeres menores de 24 años, fundamentalmente menores de 20 años y otros colectivos, con discapacidad, mujeres que ejercen la prostitución, mujeres con VIH, mujeres gitanas, personas LGBTI, mujeres migrantes, jóvenes derivados de centros específicos y de centros de acogida y otros. Se ofrece consulta individualizada con profesionales especializados/as en anticoncepción a mujeres que tienen muchas barreras para acceder a los servicios de atención primaria del SERMAS. En estas consultas individuales se brinda asesoría para elegir un método anticonceptivo, se entrega la receta y la usuaria debe comprar en la farmacia o acudir a su médico de cabecera. También se colocan DIU para la población que no puede costearlo. Pero no se cuenta con los DIU especiales, como los medicados que requieren una receta de la seguridad social y el sello de un inspector. La píldora post-coital sí se oferta de forma gratuita para los grupos que tienen establecidos como vulnerables. La dispensación es en horario de lunes a viernes en todos los centros, pero en algunos no siempre hay personal disponible, ya que por la naturaleza de las funciones de estos servicios, el personal sale a las actividades en la comunidad, las mesas de sanidad, con las ONG, o a los institutos.

Atención del aborto

Cuando se demanda éste servicio, se facilita información, se hace test de embarazo para confirmar la gestación y en algunos centros la mujer pasa por la consulta de ginecología y se hace la ecografía. En otros se entrevista por la trabajadora social y entra en el circuito de la comunidad de Madrid, (Ver capítulo sobre interrupción voluntaria del embarazo), quedando citadas para entrar en el programa de “planificación familiar”.

Atención de las ITS y VIH, SIDA

Se da consejo en ITS, VIH a todas las mujeres y hombres que desean realizarse pruebas. Están disponibles las pruebas rápidas y las de serología completas al menos en tres centros del ayuntamiento: el Programa para la prevención de ITS SIDA del Ayuntamiento de Madrid de la calle Montesa, Centro y Centro Joven que están ambos en el mismo Centro. En algunos más se hacen pruebas rápidas pero no en todos, ya que no se dispone de personal para llevar las muestras al laboratorio y éste no puede hacer recogida de sangre todos los días a todos los centros.

Violencia sexual

En cuanto a agresión sexual y violaciones, se da atención de urgencia, apertura de historia clínica y administración de la píldora postcoital. Cuando la mujer quiere denunciar, se deriva de forma inmediata al Hospital La Paz, donde se toman las pruebas pertinentes de ADN por el forense. Si no quiere denunciar, se da asistencia psicológica. Se deja constancia y se recoge el máximo de las pruebas aunque no tengan carácter válido para juicio, porque no se tiene posibilidad de recoger pruebas de ADN, pero sí para cultivos por si hay una infección. Existe un protocolo de actuación que se aplica en todos los casos.

Educación e información en Salud Sexual y Reproductiva

Las competencias básicas de los Centros municipales son las actividades preventivas y de promoción y son las que actualmente se realizan prioritariamente. La promoción y la educación de la salud se realizan con perspectiva de género y contenido erotofílico, trabajando desde la necesidad de disfrutar de la propia salud y las diferentes sexualidades como algo saludable individual y comunitariamente. Este enfoque es más amplio que el tratamiento de la sexualidad solo desde el punto de vista reproductivo y de la planificación familiar para evitar embarazos no deseados e ITS. En definitiva, se realiza labor en educación, prevención y promoción: educación en centros escolares, centros de educación fuera de la ESO y educación a mayores. También se ofrecen servicios de asesoría sexual abierta a toda la población, sin límite de edad y que no se asienta en cartera de servicios.

Atención específica a diversos colectivos

Los Centros Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid brindan una atención específica a mujeres migrantes, gitanas, jóvenes, personas LGTBI, trabajadoras del sexo, siendo un referente para los grupos que tienen dificultades para el acceso a los servicios de salud de la Comunidad de Madrid, como se ha señalado más arriba. La demanda es espontánea en muchos casos y también inducida, ya que existe la actitud proactiva de entrar en contacto con las organizaciones que están en la Comunidad de Madrid y que tienen relación con éstos colectivos. Las personas de estos grupos acuden con distintas necesidades para resolver problemas que son diferentes de colectivo a colectivo.

En el caso de las mujeres que ejercen la prostitución, el contacto se realiza a través de varias organizaciones, ONG que trabajan con ellas y que las derivan e incluso las acompañan. De los 16 Centros de Madrid Salud, en 3 de ellos se concentra el tema de prostitución. Reciben información en cualquier centro del ayuntamiento de lo que tienen que hacer para tener la Cartilla y el derecho a esa asistencia. Este servicio se da también en el Centro de salud de la calle Montesa. En general son centros “amigables” en los que el personal, por su formación y su experiencia, en términos generales no estigmatiza a las mujeres, y se puede hablar abiertamente del tema. En cuanto a las mujeres migrantes, éstas acuden a través de sus organizaciones o individualmente, siendo la demanda más habitual la anticoncepción. Con ellas se llevan a cabo talleres de sexualidad en general, desde un enfoque de empoderamiento para que las mujeres tomen sus propias decisiones. Son varios los centros en los que se trabaja muy particularmente con mujeres gitanas, como es el caso de los Centros Madrid Salud, trabajan Vallecas, San Blas y Carabanchel, y Tetuán. En el caso de la población LGTBI, desde el propio Ayuntamiento de Madrid se está implementando un programa comunitario socio-sanitario. Existe el programa de asesoría sexual, o con el desarrollo de sus derechos, de su identidad de género, para que puedan ser atendido/as sin discriminación. Cabe señalar que el personal que atiende está motivado y capacitado y se encuentra trabajando por lo menos 6 años, haciendo cursos en este sentido, para entender la salud sexual reproductiva con perspectiva de género. Finalmente, en el caso de las mujeres jóvenes existe un Centro Madrid Joven que atiende solo a jóvenes hasta los 21 años. Cuentan con personal especializado en jóvenes y adolescentes y brindan un trato diferenciado a este grupo, habiéndose constituido en un centro de referencia en la ciudad. En los Centros de Madrid Salud empiezan muy jóvenes con la asesoría, información y eligen el método más conveniente de anticoncepción. Se hace seguimiento tratando que ganen autonomía en su toma de decisiones. A través de este programa se ayuda en la recuperación de la autoestima y empoderamiento.

6.4 Percepción de diversos colectivos sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva

Existen grupos de la población poco incluidos en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva tales como las mujeres migrantes, trabajadoras sexuales, mujeres gitanas y colectivos LGTBI. Las entrevistas realizadas a mujeres y organizaciones apuntan a la existencia de barreras de muy diverso tipo para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a un sentimiento de insatisfacción sobre los servicios a los cuales logran acceder. Al ser diferente la demanda que los distintos colectivos tienen sobre los servicios, los niveles y áreas de insatisfacción también lo son. Sin embargo, de manera general podemos decir que hay un aspecto que todas ellas expresan y son las deficiencias de los servicios de información, sobre todo lo relativo a la salud sexual y reproductiva.

En el caso de las mujeres inmigrantes, este desconocimiento sobre diferentes aspectos (la oferta de servicios, la organización del sistema sanitario, los mecanismos para acceder a los servicios de anticoncepción, a la interrupción voluntaria del embarazo etc.) las lleva a la adopción de prácticas que en muchos casos las dejan en riesgo de dañar su salud, como puede ser el mal uso del Cytotec (Misoprostol). Se han identificado además dificultades en el acceso a los centros de atención primaria debido a los problemas de comunicación con las y los profesionales sanitarios, al lenguaje y a las diferencias en cuanto a las pautas asistenciales con sus países de origen. Por otro lado, en la medida en que la práctica del aborto, el uso de preservativos, la violencia sexual y otros aspectos de la sexualidad tiene un componente cultural muy importante, en muchos casos minimizan la importancia de los derechos sexuales y reproductivos como mujeres. Las empleadas de hogar se ven excluidas de los servicios por las demoras de las citas, por la falta de tarjeta sanitaria cuando no tienen papeles, o bien por los horarios de la consulta incompatibles con sus horarios de trabajo. En el caso de las trabajadoras sexuales, el estigma y la criminalización está presente en todo momento, tanto por parte de la policía o funcionarios de extranjería como por muchos profesionales de salud en los servicios, que muestran una actitud de rechazo hacia éstas mujeres. El miedo al tratamiento estigmatizante y moralista por parte de las y los profesionales puede llegar a convertirse, cuando así sucede, en un motivo de alejamiento de las mujeres de los Centros de salud y por lo tanto del cuidado de su salud sexual y reproductiva. Otra barrera es el horario y la distancia de los Centros de Salud a los sitios donde trabajan, y lo expresado antes, la desinformación sobre sus derechos para acceder a atención sanitaria. En lo que respecta a las mujeres gitanas, se dan muchas situaciones en las que no acuden a los servicios de salud porque no perciben un buen trato por parte de los y las profesionales. En este sentido tienen un papel muy importante los equipos de mediadoras gitanas para el acompañamiento a los Centros de Salud. Finalmente, los colectivos LGTBI se encuentran con que al estar los derechos sexuales y reproductivos definidos para la población CIS, hay un gran vacío en lo que respecta a sistematizar, difundir y prestar servicios a este colectivo. Existen actitudes discriminatorias y en algunos casos homofóbicas y transfóbicas por parte de muchas y muchos profesionales de los Centros de Salud que ocasiona que las personas de estos colectivos oculten sus prácticas quedando en riesgo por falta de servicios de prevención. En muchos miembros de este colectivo, no existe la conciencia de la vulneración de sus derechos y la exigencia de ser atendida con el mismo nivel de calidad que el resto, independientemente de su corporalidad.

6.5 Propuestas

En primer lugar, destacamos que la desigualdad por motivos de género hace que toda reducción de presupuesto afecte muy particularmente a las mujeres y entre éstas a quienes tienen una situación de mayor dificultad en el acceso a los recursos. Por otro lado, la capacidad resolutoria de los servicios de Atención Primaria en cuanto a Salud Sexual y Reproductiva no es el adecuado. En muchos Centros de Atención Primaria no se dan todos los servicios de anticoncepción sino que se deriva a atención especializada. Esto constituye un problema de acceso ya que la saturación de los centros especializados ocasiona largas esperas para tratamientos que deberían ser inmediatos. Finalmente, cabe resaltar que la coordinación entre los niveles de atención es deficiente y mucho más entre las instituciones que tienen responsabilidad en áreas concretas de salud, y esto es perjudicial para las mujeres que podrían beneficiarse de una optimización de recursos de la Comunidad de Madrid, así como del Ayuntamiento y de la Comunidad. Planteamos las siguientes propuestas, que entendemos como básicas:

- Mejorar la formación de las y los profesionales en salud y derechos sexuales y reproductivos para lograr una atención sin prejuicios ni discriminaciones a todas y todos.
- Revisar las normas y procedimientos que no toman en cuenta a las parejas LGTBI para la reproducción asistida.
- Homogeneizar los servicios de salud sexual y reproductiva ya que a la fecha, presentan disparidad en cuanto a la prestación de anticoncepción, atención a la sexualidad según las zonas y según los Centros, dependiendo incluso de las y los profesionales que prestan servicios. Esto determina que la cobertura a las mujeres no sea la óptima, generando la exclusión de algunos colectivos.
- Garantizar una coordinación interinstitucional efectiva para una mejor utilización de los recursos existentes para una atención más oportuna.

Anexos

Anexo I: Referencias Bibliográficas

- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>.
- Ley 2/2016, de 29 de Marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2016/04/26/BOCM-20160426-1.PDF.
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>.
- Asociación pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales, (2015). Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social, para extender los derechos, sin discriminación. http://www.adesces.org/wp-content/uploads/2015/05/Infertilidad_TRA.pdf
- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español (2007). Interrupción voluntaria del embarazo. El derecho de las mujeres a decidir. <http://www.feministas.org/interrupcion-voluntaria-del.html>.
- Federación de Planificación Familiar Estatal (2016). Estudio sobre el acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. <http://www.fpfe.org/nos-preocupan-las-desigualdades-en-la-atencion-a-la-anticoncepcion-presentacion-del-informe-sobre-las-cc-aa/>.
- Montero, Justa (2013). Tribunal internacional de derechos de las mujeres. Informe de experta. Mugarik Gabe. http://www.mugarikgabe.org/wpcontent/uploads/2015/04/tribunal_internacional_de_derechos_de_las_mujeres.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Registro Nacional de Actividad. Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014. http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/InformeRegistroNacionalActividad_RegistroSEF2014.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf.
- Servicio Madrileño de Salud (2015). Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014. http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142494077096&language=es&pageid=1142494076376&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142494076573&vest=1159289986941

Anexo II: Fechas clave en la historia de la lucha por el derecho al aborto

- **1976: Amnistía para las mujeres.**

Amnistía para las mujeres Los grupos feministas organizan una campaña a nivel estatal, en la que se exige la Amnistía para las mujeres encarceladas por los llamados “delitos específicos”, entre los que se encontraba el aborto, la prostitución y el adulterio.

- **1977: Legalización de los anticonceptivos.**

El movimiento feminista realiza campañas por la legalización de los anticonceptivos, por una sexualidad libre y por el derecho al aborto.

- **1979: se crea la comisión pro-derecho al aborto del movimiento feminista de Madrid.**

- **1977-1985: El aborto aquí, ni en Londres ni en Paris.**

Esta fue otra de las consignas más coreadas durante los años en los que el aborto estuvo penalizado totalmente en el estado español. Durante aquellos años la comisión pro-derecho al aborto del movimiento feminista de Madrid ayudó a las mujeres a que abortaran fuera de las fronteras del estado español, facilitando direcciones y organizando viajes.

- **1978. El debate de la Constitución.**

Los grupos feministas critican el texto constitucional, entre otros aspectos, por el artículo 15 al considerar que dificultará el reconocimiento del derecho al aborto.

El artículo 15 establece: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

- **1978: Despenalización de los anticonceptivos.**

Desaparece del Código Penal la receta y la adquisición de anticonceptivos.

- **1979: Elecciones municipales.**

En las plataformas reivindicativas del movimiento aparece ya claramente:

Aborto libre y gratuito a cargo de la Seguridad Social por solicitud de la propia mujer, sin discriminación por motivos de edad o estado civil

Anticonceptivos libres y gratuitos a cargo de la Seguridad Social para hombres y mujeres e investigación de nuevos métodos.

Centros de información sexual controlados por las interesadas. No a la ley de Peligrosidad Social.

- **1979-1982: Campaña en defensa de las “11 mujeres en Bilbao”.**

En 1979 se da a conocer el procesamiento, en Bilbao, a 10 mujeres y un hombre acusados de la práctica de abortos. A iniciativa de la Asamblea de Mujeres de Bizkaia, el movimiento feminista del Estado español inicia una campaña por el sobreesimiento del juicio, la amnistía para las 11 mujeres de Bilbao, el aborto libre y gratuito. En el año 1982, por fin, se realiza el juicio y en la práctica supone la absolución de todas las mujeres. Durante esos años el movimiento despliega una intensa actividad logrando generar un debate social y poniendo el aborto en la agenda pública.

Las **actividades que se realizaron** son de muy distinta naturaleza: manifestaciones, encierro en Ayuntamientos, en los Colegios de Médicos, en el Palacio de Justicia, en los Juzgados, mociones en Ayuntamientos, edición de diversos materiales; carteles, folletos, actos de todo tipo: charlas, mesas redondas, jornadas. Iniciativa como la recogida de firmas de 1300 mujeres políticas, cantantes, artistas, periodistas que declaran: “Yo también he abortado”, y firma de hombres “Yo he colaborado facilitando una dirección para que pudieran abortar” que se publica en la prensa.

En resumen un juicio que llevó a 4 años de intensa actividad del movimiento.

- **1980-1986: Juicio de “Los Naranjos”.**

En 1980 la policía detiene a las y los trabajadores del Centro de Planificación Familiar “Los Naranjos” de Sevilla, acusados de practicar abortos. Se recogen 1.500 autoinculpaciones de haber abortado en el centro y se entregan en los Juzgados de Sevilla. Se recogen 28.000 firmas que solicitan la legalización del aborto. En noviembre de 1986 se celebra el juicio.

- **1981: Jornadas estatales por el derecho al aborto.**

Organizadas por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas se realizan en diciembre de 1981 en Madrid. En estas jornadas se profundiza en el discurso feminista sobre el aborto. La crítica al modelo sexual dominante, la reivindicación del propio cuerpo, y el derecho de las mujeres a decidir fundamentan la estrategia feminista.

Se establece la exigencia de la legalización del aborto como estrategia y la práctica de abortos por parte del movimiento como forma de presión y denuncia frente a la ilegalidad del aborto.

- **1982: Manifestaciones por el derecho al aborto libre y gratuito.**

La Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas elabora un proyecto de Ley sobre el aborto.. El eje central de la normativa se mantenía en la despenalización total del aborto y en la realización de éste en la red de la sanidad pública.

- **1983: Proyecto de ley del Gobierno.**

En 1983 se hace público el proyecto de ley del aborto del gobierno socialista. Alianza Popular presenta un recurso de inconstitucionalidad acogiéndose al “todos tienen derecho a la vida” de la Constitución.

En Mayo de este año se celebran, de forma simultánea en todo el Estado español, manifestaciones convocadas por las organizaciones feministas y con el apoyo de muy diversos colectivos sociales, profesionales y políticos.

- **1983: Marcha de mujeres a “la Moncloa”.**

En febrero de este año la comisión pro-derecho al aborto de Madrid organiza una marcha de antorchas en protesta de las detenciones de mujeres y profesionales sanitarios, se entrega un manifiesto en el que se exige el aborto “libre y gratuito”.<http://www.feministas.org/1983-marcha-de-mujeres-a-la.htm>

- **1985: La despenalización parcial del aborto.**

El 11 de Abril de 1985 el tribunal Constitucional dicta sentencia y en Julio de 1985 entra en vigor la actual despenalización parcial del aborto. Las comisiones pro-derecho al aborto y gran parte de las organizaciones feministas rechazan el proyecto del gobierno por limitado, al mantener su consideración penal salvo en tres supuestos y no garantizar su realización en la red sanitaria pública.

- **1985: Jornadas Feministas Estatales.**

En este año se celebran las Jornadas Feministas estatales en Barcelona. Allí se realizan dos abortos “fuera de la ley” con las debidas garantías sanitarias, reivindicando el aborto “libre y gratuito”. Al hacerse públicos tienen un importante impacto en la prensa..

- **1986: “Estamos haciendo abortos”.**

- La campaña “Estamos haciendo abortos”, organizada por la coordinadora estatal de organizaciones feministas, en la que se hace público en diferentes ruedas de prensa simultáneas (Barcelona, Oviedo, A Coruña, Bilbao, Pamplona, Madrid, Tarragona, Cantabria) la práctica de abortos por parte de grupos feministas, como forma de denuncia de la situación y los límites de la ley.
- En Diciembre de este mismo año se celebra en Madrid, organizado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, el “tribunal contra las agresiones al derecho al aborto” con la participación de 3000 mujeres. Se publican los testimonios, las conclusiones y el veredicto del tribunal.

<http://www.feministas.org/diciembre-1986-tribunal-contra-las.htm>

- **1985-1990: Detenciones y juicios.**

A lo largo de estos cinco largos años se produce una cadena de detenciones, juicios y condenas a mujeres y a profesionales que practican abortos: Barcelona, Asturias, Cantabria, Orense, canarias, Valladolid, Salamanca, Madrid, Valencia, Alicante, Elche, Albacete, Málaga, Granada, Sevilla, Murcia, Cáceres, Zaragoza y Pamplona. En algunos casos como en Valencia, Málaga y Madrid, las y los profesionales llegan a ingresar en prisión. Los grupos feministas de cada ciudad encabezan campañas contra los juicios y por una ley de aborto “libre y gratuita”.

- **1990: Juicio de Pamplona.**

En enero de 1990 se celebra un juicio a profesionales sanitarios acusados por una organización pro-vida de haber practicado un aborto, en el marco de la ley, en un hospital público, por una organización “pro-vida”. A raíz de este juicio no volvió a practicar ningún aborto en Pamplona (hasta recientemente), dada la situación de indefensión en que se encontraron las y los profesionales

- **2000: Jornadas feministas estatales.**

En las Jornadas Feministas “Feminismo.es.... y será” de la Coordinadora estatal de organizaciones feministas, celebradas en Córdoba, se plantearon nuevas reflexiones y propuestas en la defensa del derecho al aborto, en el marco de la ponencia presentada conjuntamente por los grupos “Dona i Salut” (Barcelona) y la Asamblea Feminista de Madrid.

- **2007: Redadas contra clínicas.**

La Guardia Civil inicia una amplia investigación sobre varias clínicas donde se realizan abortos de Barcelona y Madrid, que termina con procesamientos de personal sanitarios, requisamiento de miles de historias clínicas de mujeres clientas de esos centros, citación para declarar a cientos de mujeres.

Una oleada de solidaridad vuelve a aparecer en todos los puntos del Estado español y miles de autoinculpaciones se presentan en los juzgados con el ya viejo lema de “yo también he abortado”.

- **2007: Se presenta el estudio sobre aborto de la Coordinadora Estatal de Organizaciones.**

Feministas: <http://www.feministas.org/estudio-sobre-la-interrupcion.html>

- **2008: Manifestación por el derecho al aborto.**
- **2009 Manifiesto de la Plataforma de Mujeres ante el Congreso.**

La Plataforma de Mujeres ante el Congreso, que se presentó en un acto en el Congreso de los Diputados y agrupa a diversas organizaciones feministas de Madrid, presenta un manifiesto crítico ante la nueva regulación del aborto propuesta por el gobierno socialista, y realiza diversas actividades.

- **2010: Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**

Se aprueba la Ley que introduce cambios positivos en relación a la anterior normativa pero mantiene aspectos que siguen limitando el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir.

- **2011: Presentación del informe:**

“Situación actual de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria de Embarazo en el Estado Español (Ley 2010) Entre la teoría (legal) y la práctica (real)”, de la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

<http://www.feministas.org/situacion-actual-de-la-nueva-ley.html>

- **2012-2014: El PP contra los derechos de las mujeres.**

Con la entrada en el gobierno estatal del PP, se abre una nueva ofensiva contra el derecho a decidir, de la mano del ministro de Justicia, Gallardón.

Se realizan numerosas y multitudinarias manifestaciones a lo largo de estos años, exigiendo la retirada del proyecto del PP y el “derecho de las mujeres a decidir”. Gallardón dimite.

- **28 de septiembre: Día internacional por la despenalización del aborto.**

Todos los años el movimiento feminista convoca actos, manifestaciones, en esta fecha.

Anexo III: Abreviaturas

| | |
|-----------------|--|
| ACAI | Asociación de Clínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| ADECES | Asociación pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales |
| CAVAS | Asociación Asistencia a Mujeres Violadas |
| CC.AA | Comunidades Autónomas |
| CIMASCAM | Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual |
| CM | Comunidad de Madrid |
| COGAM | Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid |
| ESO | Educación Secundaria Obligatoria |
| FIV | Fecundación in vitro |
| ICSI | Inyección espermática intracitoplasmática |
| IVE | Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| LOE | Ley Orgánica de Educación |
| LOCE | Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza |
| LOGSE | Ley Orgánica General del Sistema Educativo |
| LOMCE | Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa |
| OM | Orden Ministerial |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| RHA | Reproducción Humana Asistida |
| SAF | Servicio de Atención a la Familia |
| SERMAS | Servicio Madrileño de Salud |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| UFAM | Unidad de Familia y Mujer |
| UIG | Unidad de Identidad de Género |
| UTIG | Unidad de Trastorno de Identidad de Género |

C/ Bravo Murillo 4-local 28015
Madrid
2016

Apoya
colala
Fondo de Mujeres

