

PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS ACREDITADAS
PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO
(ACAI)

(Madrid, 20 de mayo de 2008)

Nota: Para contactar con la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo podéis hacerlo a través de su Presidenta, Eva Rodríguez Armario: 699.08.81.18; e-mail: eva@atochaginecologica.es, a través de su Portavoz, Francisca García: 618 26 34 14; paquigg@ginegranada.com ó a través de su Responsable de Comunicación, Celia Herrero: 607.72.20.22 e-mail: prensa@acaive.com
ACAI: <http://www.acaive.com>

ÍNDICE

*Carta de Eva Rodríguez Armario. Presidenta de ACAI,
Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del
Embarazo.*

1.- ¿Quiénes somos?

2.- Prevención, información y seguridad.

3.- Órganos de Gobierno y estructura interna de ACAI

4.- Propuestas programáticas

4.1.- Concertación pública en el Prestación
Sanitaria del Aborto.

4.2.- Propuestas para la modificación de la Ley del
Aborto 9/1985 de 5 de julio y el Real Decreto
2409/1986 de 21 de noviembre

¿Por qué es necesario modificar la actual legislación del aborto en España?

La interrupción del embarazo en nuestro país es una práctica sanitaria despenalizada “solo parcialmente”, lo que la hace figurar “todavía” en el Código Penal. El aborto en España sigue siendo un delito cuando no se consigue demostrar que la interrupción ha sido practicada para salvaguardar la salud de la embarazada, el embarazo es fruto de una violación o el feto puede nacer con taras físicas o psíquicas.

Para demostrar la “legalidad” de la intervención, es necesario uno o dos certificados médicos, según los casos. Dándose todavía la paradójica situación, de que algunos profesionales y mujeres se ven afectados por denuncias que ponen en tela de juicio su profesionalidad y su libertad.

Ningún país europeo, salvo Irlanda, mantiene hoy una ley tan restrictiva y ambigua, irrespetuosa con la libertad y sobre todo con la autonomía de las mujeres, en relación a su capacidad de decisión sobre la maternidad.

La llamada “ley de plazos” ha sido adoptada ya por la mayoría de los países de nuestro entorno (incluida Portugal). Una norma jurídica que permite a la mujer embarazada dentro de un plazo determinado (24 semanas en Holanda, 18 en Suecia, 14 en Francia y Alemania...) realizar una interrupción del embarazo. Garantizando, por supuesto, la salud y la libertad de estas mujeres. Obviamente, el aborto pasa a ser considerado desde esta perspectiva como la prestación sanitaria que es, quedando fuera del Código Penal. Hoy por hoy, la mujer puede y debe decidir sobre su vida en consonancia con los valores socialmente admitidos de autonomía, igualdad y autodeterminación. También, como no podría ser de otra forma, cuando se trata del derecho a decidir sobre su maternidad, sin quedar supeditada en su actuación a la opinión y el dictamen de un/a médico/a.

Pese a estas circunstancias no siempre favorables, los Centros Privados de Interrupción del Embarazo han conseguido durante estos 22 años que en España miles de mujeres hayan accedido a un aborto seguro. De hecho, las Clínicas Privadas han ofrecido siempre todas las facilidades posibles a las mujeres afectadas por esta situación, interpretando de manera amplia la ley y favoreciendo siempre la libertad y seguridad de la mujer. Es precisamente esta actitud la que ha propiciado una paradójica situación, ya que muchas mujeres hoy en día desconocen que el aborto en España aún puede ser un delito. Un desconocimiento que a veces traspasa la frontera de las usuarias y afecta a profesionales de la sanidad, las instituciones y esferas políticas.

Sin embargo, ese esfuerzo ha conllevado y sigue conllevando que:

- *Miles de mujeres hayan necesitado el “permiso” de un/a médico/a, en la mayoría de los casos de un/a psiquiatra, para poder interrumpir su gestación.*

- *Que los/as profesionales y las mujeres se hayan visto implicados e imputados en múltiples juicios, muchos de ellos con resultado condenatorio.*
- *Que la decisión de las mujeres sea objeto de cuestión e investigación tras las denuncias llevadas a cabo por terceros.*
- *Que como consecuencia de las distintas denuncias, las Clínicas Acreditadas, que cumplan y cumplen escrupulosamente con la ley, hayan sido objeto de registros, investigaciones, precintos, etc.*
- *Que la ambigüedad de una ley de indicaciones como la que tenemos, la objeción de conciencia y el desconocimiento profesional de esta práctica sanitaria, lleve a los profesionales de la Sanidad Pública a aplicar la ley de manera restrictiva. Un conjunto de factores que han propiciado que en los hospitales públicos solo se practiquen el 2'5%% de los abortos (casi todos relacionados con posibles malformaciones fetales), que la desigualdad autonómica en el acceso al aborto sea un hecho innegable, que aún hoy muchos ginecólogos cuestionen la legalidad de los abortos que se practican en nuestro país, que la libertad de las mujeres se vea permanentemente enjuiciada...*

No es razonable que el ordenamiento jurídico español, que tiene algunas de las leyes más progresistas de Europa en materia de derechos civiles y sociales, mantenga una norma jurídica precaria que la convierte en la ley más deficiente e incompleta del contexto europeo en materia de aborto.

Por todo ello, creemos que es el momento de que se realice este cambio legislativo tan importante para el reconocimiento de la capacidad y la libertad de las mujeres en relación a su maternidad. Un cambio que pasa por poner las bases que aseguren el acceso al aborto voluntario, gratuito y de calidad, ya sea directamente, a través de los centros públicos, o a través de un sistema de concertación pública con las clínicas privadas. Una alternativa, esta última, que permitiría rentabilizar la experiencia y el bagaje de unos/as profesionales que vienen atendiendo a miles de mujeres desde hace más de veinte años.

Eva Rodríguez Armario.
**Presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas
para la Interrupción del Embarazo (ACAI)**

1.- ¿Quiénes somos?

ACAI es una asociación estatal que nace en 1997 como una asociación sin ánimo de lucro, reuniendo a 31 clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo en nuestro país. Las clínicas que integran ACAI funcionan como una red solidaria en 21 ciudades y 11 comunidades autónomas, estando todas ellas acreditadas por la Administración Sanitaria para la práctica legal de abortos.

Esta Asociación busca dar a conocer el trabajo de un amplio sector de profesionales del ámbito de la salud reproductiva y el aborto, pero sobre todo intenta aunar esfuerzos para conseguir el máximo nivel de calidad en la atención de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

La interrupción del embarazo en nuestro país se ha convertido en una prestación sanitaria que vino a cubrir la demanda sanitaria, social y personal de 101.592 mujeres en el año 2006. Teniendo en cuenta que el 97'5% de dichas interrupciones se realizaron en centros privados, ACAI establece entre sus objetivos:

- Conseguir que todas las mujeres puedan decidir libremente si quieren, o no, interrumpir su embarazo.
- Facilitar la asistencia psicológica y social necesaria para que las mujeres accedan al aborto sin los estigmas negativos asociados a la interrupción del embarazo.
- Ayudar a las mujeres y a los hombres a elegir, tras la interrupción de un embarazo, el método de contracepción más acorde con su situación.
- Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los y las jóvenes, así como de las mujeres y hombres inmigrantes, se facilitará la información más adecuada para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Facilitar entre los profesionales de la sanidad y la asistencia social la formación necesaria para la correcta aplicación del recurso al aborto.
- Promover la investigación de las necesidades que en materia de contracepción, aborto provocado y salud reproductiva afrontan mujeres y hombres.
- Trabajar para la dignificación de esta prestación sanitaria y social, así como, de los profesionales que con su esfuerzo consiguen que sea un recurso humano y médico de calidad.

2.- Prevención, información y seguridad.

Además de facilitar la interrupción del embarazo a aquellas mujeres que libremente toman esta decisión, las más de 31 clínicas de ACAI ofrecen servicios de atención ginecológica, obstétrica y de contracepción a más de 120.000 mujeres anualmente. Todos estos servicios se fundamentan en tres pilares básicos para nuestra organización: **LA PREVENCIÓN, LA INFORMACIÓN Y LA SEGURIDAD**. En este sentido, podemos afirmar que:

- **Todas las clínicas que pertenecen a ACAI cumplen los requisitos legales para llevar a cabo abortos provocados; contando todas ellas con autorización administrativa.**

- **ACAI** cuenta entre sus profesionales con médicos, ginecólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, anestesiastas...de reconocido prestigio que intentan no sólo atender las necesidades sanitarias de las mujeres, sino también aportarles asistencia psicológica y/o social.
- Todas nuestras clínicas cuentan con equipos técnicos adecuados para facilitar una interrupción del embarazo con todas las garantías médicas y sin riesgo para la salud de las mujeres.
- Desde ACAI damos una respuesta legal, profesional y respetuosa a una necesidad social. En el ejercicio de esta responsabilidad mantenemos informadas, en todo momento, a las mujeres que acuden a nuestras clínicas de la atención que van a recibir, poniendo especial incidencia en el consentimiento informado.
- ACAI extiende su atención más allá de la interrupción del embarazo, facilitando el acceso a servicios de salud reproductiva y a diversos métodos anticonceptivos con el objetivo de reducir el número de embarazos no deseados.

3.- Órganos de Gobierno y estructura interna de ACAI

El funcionamiento de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) se rige por el principio de la participación democrática a través de dos órganos fundamentales: su Junta Directiva y su Asamblea.

En ambos órganos se encuentran representadas las 31 clínicas que forman parte de ACAI a través de los vocales autonómicos, en función del origen territorial de cada una de estas clínicas. Las reuniones de la Junta Directiva son bimensuales, reuniéndose la Asamblea una vez al año. La Coordinación de ambos órganos se lleva a cabo a través de la Presidencia y la Secretaría de ACAI.

ACAI es una asociación sin ánimo de lucro financiada a través de las cuotas mensuales de sus asociados/as. Todas las Clínicas asociadas de **ACAI** cuentan con servicios jurídicos propios para un adecuado asesoramiento legal, así mismo, **ACAI** cuenta con su propia asesoría jurídica, **Bolonia abogados S.L.** cuya finalidad es el estricto cumplimiento de la legalidad vigente, no sólo en materia sanitaria sino en el ámbito de los derechos fundamentales, poniendo un énfasis especial en garantizar derechos tales como la intimidad, la dignidad de la persona, la libertad y el respeto absoluto a los derechos de nuestras pacientes.

Todas las actividades de ACAI, estudios e investigaciones, noticias e informaciones relevantes son publicitadas a través de nuestra página web: <http://www.acaive.com>. Un espacio desde el que se intenta fomentar la comunicación con todos los grupos sociales hacia los que ACAI dirige su actividad: usuarias/os, comunidad sanitaria y científica, medios de comunicación y fuerzas políticas. Asimismo, desde ACAI consideramos que los medios de comunicación son un puente fundamental para hacer públicos nuestros objetivos y nuestro trabajo. Por tal motivo, contamos con un área de comunicación desde la que estamos abiertos a todas aquellas peticiones y demandas de información que puedan surgir por parte de los/as profesionales de los medios.


- ✚ Secretaría Técnica de ACAI. Avenida de la Constitución, 32. 33207 Gijón, Asturias. e-mail secretaria@acaive.com
- ✚ Gabinete de Comunicación. Celia Herrero Medina. prensa@acaive.com.
- ✚ Bolonia Abogados S.L., info@boloniaabogados.com, www.boloniaabogados.com

4.- Propuestas programáticas

4.1.- Concertación pública en el Prestación Sanitaria del Aborto.

Desde la entrada en vigor de la Ley del Aborto, la **Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI)** ha apostado porque este recurso fuese una prestación sanitaria pública. Nuestro colectivo siempre ha defendido que los obstáculos que un día impidieron que el recurso al aborto fuese realizado en el ámbito público fuesen eliminados. Por lo tanto, estamos de acuerdo con la apuesta que pasa por regular la objeción de conciencia, de acuerdo con eliminar las barreras que impiden que el aborto sea un recurso equitativo y universal, dispensado por la sanidad pública, estamos tan de acuerdo que constantemente denunciemos las barreras que impiden esta apuesta.

Sin embargo, históricamente fueron las Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo en España las que cubrieron una necesidad social (101.592 mujeres abortaron en 2006) que ningún otro colectivo se atrevió a solucionar. Una circunstancia que, hoy por hoy, se sigue manteniendo debido al estado actual del recurso al aborto y que nos lleva a apostar porque **dicha prestación se lleve a cabo a través de un sistema de concertación público con las clínicas privadas por los siguientes motivos.**

 **PORQUE EL ABORTO ES HOY UNA PRESTACIÓN DESARROLLADA POR LAS CLÍNICAS PRIVADAS.** Las razones que han dado lugar a esta situación vienen dadas por:

- **LA INSEGURIDAD JURÍDICA DE UNA LEY DE INDICACIONES AMBIGUA.** La Ley del Aborto 9/1985 de 5 de julio **sólo autoriza la interrupción del embarazo en los casos de violación, malformación del feto y grave peligro físico o psíquico de la embarazada.** Es decir, la ley establece que para abortar es necesario “un motivo”, una indicación, vinculada además a unos plazos determinados (22 semanas en el caso de malformación fetal, 12 en el supuesto de violación y sin plazo en el de salud materna). La mujer, por tanto, bajo esta legislación, no puede decidir libremente si interrumpe o no su embarazo, sino que necesita de un motivo documentado y de la autorización de terceras personas.

Por otra parte, la ambigüedad de los supuestos de esta ley, especialmente en el caso del supuesto psicológico, dificulta la labor de los/as profesionales que deben autorizar, a través de dictámenes previos, y realizar esta prestación sanitaria, ya que las propias indicaciones dan lugar a interpretaciones antagónicas. Frente a la visión restrictiva de los movimientos antielección, para quienes el supuesto psicológico solo puede estar vinculado a patologías psiquiátricas extremas; los grupos multidisciplinares especializados en la práctica de abortos, realizan una interpretación amplia del supuesto de “peligro para la salud psíquica de la embarazada”. De este modo, y amparándose en el concepto que de la Salud plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), interpretan que la Salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, psíquico y social.

Es decir, para los profesionales del aborto (tal y como así se hace constar en los informes psiquiátricos) un embarazo no deseado puede llegar a generar una grave tensión psíquica en la mujer, que podría dar lugar a una patología psiquiátrica de persistir la situación. Las consecuencias psiquiátricas de un embarazo no deseado (clasificadas como nivel grave de estrés psicosocial según la última clasificación de enfermedades mentales, realizada por la Asociación de Psiquiatría Americana (el DSM IV) contemplan la posibilidad de aparición de las siguientes patologías: ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo, depresión neurótica...

Sin embargo, esta interpretación generosa de la ley, que garantizaría el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo, no ha sido secundada por los profesionales del ámbito público, quienes siempre han hecho un análisis restrictivo de la ley, especialmente en el caso del supuesto psicológico, por temor a que su actuación profesional fuera sometida a un control judicial posterior divergente del criterio aplicado.

Los/as profesionales de los centros acreditados han trabajado desde esta inseguridad jurídica con el afán de posibilitar y normalizar la prestación de este recurso básico y fundamental reconocido por nuestro sistema de salud. Una inseguridad jurídica que está resultando, a tenor de los últimos acontecimientos, insostenible para las mujeres y para los/as profesionales.

Podemos decir por tanto, que estas circunstancias han sido unas de las razones que explican que hayan sido **las clínicas privadas, y no los hospitales públicos, quienes llevaran a cabo esta prestación.**

- **OBJECIÓN DE CONCIENCIA.** Desde la sanidad pública se ha mantenido una objeción de conciencia no regulada. Una circunstancia que ha propiciado que un derecho individual e intransferible se convirtiera en colectivo en numerosos centros sanitarios; en algunos casos por decisión exclusiva de los jefes de servicio, llegando a objetar servicios completos de ginecología y obstetricia. Circunstancia que supone una anomalía legal que vulnera uno de los más elementales derechos individuales, como es la libertad de conciencia.

POR LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LAS CLÍNICAS PRIVADAS.

- **FALTA DE FORMACIÓN Y EXPERIENCIA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA.** Durante más de veinte años mientras los profesionales de las clínicas privadas se formaban e investigaban a propósito del recurso al aborto, los profesionales de la sanidad pública permanecían estancados en el conocimiento de esta prestación, o bien la relacionaban con sus conocimientos obstétricos, cuando el aborto tiene características y técnicas propias. Hoy por hoy, la sanidad pública no contempla la formación de los profesionales en el recurso al aborto (no se incluye en el currículum de los médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, etc. Ni en la especialidad de ginecología). Para realizar, correctamente esta prestación en la sanidad pública es necesario montar

unidades específicas multidisciplinares (médicos/as, ginecólogos/as, anestelistas, enfermeros/as, auxiliares, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras y abogados) y formarlas.

- **UNIDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS EN LA SANIDAD PRIVADA.** Las unidades especializadas en la prestación del aborto ya funcionan en España desde hace 22 años y han demostrado su profesionalidad y eficacia: son las clínicas privadas, acreditadas y especializadas en abortos provocados.
- **LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL RECURSO AL ABORTO.** En todos estos años la mortalidad por aborto en España ha sido casi nula, siendo nuestro nivel de complicaciones uno de los más bajos de los países desarrollados. El número de denuncias a nuestro colectivo por mala praxis es irrelevante y mucho menor que el de cualquier centro público de ginecología y obstetricia.

PORQUE LA CONCERTACIÓN PÚBLICA RESULTA SER, HOY POR HOY, LA VÍA MÁS FACTIBLE PARA ASEGURAR LA EQUIDAD Y LA IGUALDAD DE LAS MUJERES EN EL ACCESO AL ABORTO.

- **SISTEMA EUROPEO DE CONCERTACIÓN.** La mayor parte de los países de nuestro entorno han adoptado el sistema de concertación público, al ser éste el que mejor asegura la equidad y la igualdad en el acceso al aborto.
- **EL MODELO DE CONCERTACIÓN ANDALUZ** ha dado magníficos resultados frente a otras comunidades donde las mujeres sufren un periplo médico y vital intolerable. A pesar de que la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público incluye el aborto entre sus prestaciones sanitarias, en muchas Comunidades Autónomas, la Administración respectiva no ha incluido el aborto entre sus prestaciones y por tanto no existen recursos, ni públicos ni concertados, para que este recurso se posibilite. Se da además la circunstancia de que algunos centros públicos creados para facilitar esta prestación sanitaria han acabado cerrando y volviendo a derivar a las clínicas especializadas.

PORQUE LA CONCERTACIÓN PÚBLICA ES UNA PRESTACIÓN PÚBLICA.

- **PROCEDIMIENTO PÚBLICO.** La concertación en la prestación del aborto es un procedimiento público, abierto, transparente que nos obliga a cumplir toda la normativa vigente y a someternos a inspecciones periódicas. Carece por tanto de sentido, seguir considerando la concertación del aborto como algo privado, desprestigiado, de mala calidad y costoso
- **UNA MEJORA PARA EL SISTEMA PÚBLICO.** Desde nuestro colectivo queremos volver a reiterar que una intervención concertada sigue siendo pública y así consta en todos los indicadores al respecto. Cualquier mejora en el sistema de concertación supone, por tanto, una mejora de las prestaciones atribuibles a la sanidad pública.

4.- Propuestas programáticas

4.1.-Propuestas para la modificación de la Ley del Aborto 9/1985 de 5 de julio y el Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, ACAI considera que **las modificaciones legislativas de la Ley del Aborto 9/1985 de 5 de julio y el Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre** deberían contemplar los siguientes elementos, si queremos que las mujeres puedan ejercer de forma normalizada y segura su derecho a interrumpir el embarazo.

- ✚ Para ACAI cualquier reforma pasaría por superar los obstáculos que se han identificado en estos más de 20 años, entre los que destacan tres: **la hipocresía de supeditar el derecho de la mujer al aborto a una autorización médica, las desigualdades autonómicas en el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo o la falta de transparencia en la información sobre el aborto.**
- ✚ ACAI apuesta por **articular una ley de plazos de corte progresista** que permita a la mujer, libre de tutelas, decidir sobre si interrumpe o no su gestación. Decidir, en suma, sobre el derecho básico y fundamental a tener o no tener hijos/as, cuantos y cuando tenerlos. No debemos olvidar que este derecho sexual y reproductivo básico fue reconocido por más de 160 países, entre ellos España, en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994. Asimismo, otras conferencias internacionales posteriores: Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beijing 1995), Cumbre del Milenio (2000) y Cumbre Mundial (2005), no han hecho sino consolidar este principio básico y fundamental.

La **Organización Mundial de la Salud define el aborto como “la interrupción de la gestación antes de la viabilidad fetal” (resolución técnica 461)**, es decir antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero materno. Nuestra **asociación comparte esta definición de la OMS y la hace suya a la hora de establecer unos parámetros claros de referencia en la nueva ley de aborto.**

Teniendo en cuenta las investigaciones y conocimientos vigentes sobre neurología y neonatología, entendemos que la **viabilidad fetal** implica no solo considerar la capacidad de respirar o que un corazón pueda latir, sino tener una forma humana y una capacidad cognitiva adecuada para poder desarrollar una vida digna. A partir de aquí, y tomando como referencia, entre otros, estos parámetros, sería necesario debatir y definir científicamente en qué momento temporal se dan los supuestos que permiten considerar a un feto viable fuera del útero materno.

Es decir, tomando como referencia lo expuesto estaríamos **considerando no solo la voluntad de la madre para decidir sobre su embarazo o no, sino también la viabilidad del feto extrauterino.** De tal modo, que en los casos de feto vivo y sano sería la viabilidad fetal la que determinaría la posibilidad o no de interrumpir un embarazo.

Por otra parte, en los casos de alteración fetal grave, donde presumiblemente se manifiesten alteraciones físicas que **supongan: la inviabilidad fetal en la gestación a término, alteren gravemente la forma humana, o que supongan alteraciones psíquicas con una alta presunción de incapacidad para una organización cognitiva adecuada, no debería establecerse límite para interrumpir la gestación.** Evidentemente, en estos casos **la decisión debería soportarse en dictámenes preceptivos y suficientes, ajenos a quien realiza la interrupción,** cuando la semana de gestación supere la que se hubiera establecido como límite de la viabilidad fetal. Esta posibilidad ofrece una potencial solución a aquellas mujeres que sufren un diagnóstico tardío o un error médico de consecuencias graves, o a aquellos casos en los que simplemente no se ha podido producir un diagnóstico precoz de una grave malformación o alteración patológica.

Por otra parte, ACAI entiende que **si el embarazo supone un riesgo para la vida de la embarazada o está diagnosticada una enfermedad concomitante, se podrá interrumpir la gestación** cuando exista un pronóstico que certifique que de seguir el embarazo, este supondrá un agravamiento importante o la generación de secuelas, y toda vez que **la mujer autorice dicha interrupción mediante un consentimiento informado. Esta interrupción viene amparada por el derecho común,** pues es de consideración actual que ante un riesgo materno, deben ser aplicadas aquellas medidas que estén encaminadas a resolverlo, **atendiendo también a la supervivencia fetal cuando su viabilidad sea posible.**

- ✚ En cuanto a si es necesario un **asesoramiento previo** al aborto, ACAI considera que la mujer debe decidir en consonancia con los valores socialmente admitidos de autonomía, igualdad y autodeterminación de la mujer en su vida y cómo no, cuando se trata del derecho a decidir sobre su maternidad, sin quedar supeditada en su actuación a la opinión y el dictamen de un/a médico/a. No obstante de establecerse como obligatorio dicho asesoramiento, éste podría procurarse por el médico que la mujer elija, reforzando con ello la confidencialidad, la intimidad, seguridad y confianza que una mujer requiere y necesita para acceder a esta intervención sanitaria.
- ✚ **En relación a las menores de edad,** el párrafo 4º del artículo 9 de la **Ley Orgánica de Autonomía del Paciente,** Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece que la interrupción voluntaria de embarazo en menores de 18 años debe ser tutelada. Sin embargo, desde ACAI consideramos que **dicha indicación resulta incongruente con el resto de normas legislativas relativas a los/as menores.** En este sentido, señalamos el artículo 320 del Código Civil que prevé la posibilidad de que un/a menor, mayor de 16 años, disponga de su persona y patrimonio igual que un/a mayor de 18 años. Asimismo, el Código Civil, artículo 46, prevé la posibilidad de que una mayor de 16 y menor de 18 contraiga matrimonio y decida libremente ser madre. De otra parte, la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, sanciona los delitos sexuales cometidos por menores, toda vez que se entiende que éstos tienen plena capacidad para discernir sobre su conducta delictiva.

Es decir, **la legislación relativa a los/as menores permite a estos decidir, sin tutela, sobre aspectos tan relevantes de su vida como los tratamientos de quimioterapia, la ligadura de trompas, el matrimonio, la maternidad...pero no sobre la interrupción de un embarazo no deseado.**

Resulta difícilmente sostenible que se reconozca capacidad suficiente a nivel general para que una menor de 18 años pueda decidir libremente sobre aspectos tan determinantes de su vida como los reseñados y sin embargo, se restrinja su libertad en relación a la interrupción del embarazo.

Por todos estos motivos, ACAI se inclina por la política adoptada en otros países europeos como Francia, donde se ha **suprimido la obligatoriedad del consentimiento de los tutores para llevar a cabo el aborto a partir de los 16 años**

- ✚ En relación a la desigualdad de acceso de las mujeres al aborto en función de la autonomía donde residan, para esta Asociación resulta imprescindible **acabar con las desigualdades autonómicas en el acceso a los servicios de interrupción del embarazo en orden a garantizar que la interrupción voluntaria del embarazo sea una prestación sanitaria gratuita para todas las mujeres, independientemente de su lugar de residencia.** En este sentido, ACAI apunta que **el sistema de conciertos con las clínicas acreditadas puede ser la mejor fórmula para lograrlo.**
- ✚ Sería conveniente **regular la objeción de conciencia** de los sanitarios. Incluyendo en esta objeción **solo a las personas que realizan el aborto.** Resulta imprescindible que dicha objeción conste por escrito cuando se acceda o se desempeñe esta labor profesional en un centro donde se practiquen abortos
- ✚ Para ACAI **el aborto no es sino un elemento más de la salud sexual y reproductiva,** por eso consideramos que es imprescindible que se tome con seriedad y rigor un elemento tan fundamental del ordenamiento social como es **la educación sexual de los/as jóvenes y adolescentes, incluyendo esta materia como asignatura curricular del sistema educativo.** Imprescindible que además potenciemos **políticas de educación sexual y reproductivas específicas para el colectivo de inmigrantes** que cuentan con características y peculiaridades diferenciadas.

Para las Clínicas Acreditadas resulta imprescindible dar libertad a las mujeres con respecto al control de la maternidad, por eso consideramos fundamental que con seriedad y rigor se posibilite **la financiación “real” de los distintos métodos anticonceptivos y se potencie la creación de centros de planificación familiar** que alcancen a todos los estratos de población, según sus necesidades específicas.