

DIÁLOGOS

- Una mirada sanitaria a la realidad del aborto en España.
- La inteligencia artificial como ilusión afectiva



¿Conoces nuestros centros jóvenes de atención a la sexualidad?

Atendemos de forma confidencial, gratuita y sin cita previa.

Consultas sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, prueba de embarazo, prueba rápida de VIH, terapia de pareja, talleres...



Vive la sexualidad
de manera positiva
y sin riesgos



Llama o escribe al:
Tfno: 915 316 655 / Whatsapp: 636 924 161



Entra a la web:
centrojoven.org



Sede central:
c/ San Vicente Ferrer, 86. 28015 Madrid



Escríbenos a:
consulta@sedra-fpfe.org



CENTRO JOVEN DE ATENCIÓN A LA SEXUALIDAD



SEDRA
Federación de Planificación Familiar



SEDRA
Federación de Planificación Familiar



DIÁLOGOS 142 • diciembre 2025

5 EDITORIAL

6 KIOSCO

6.....Leyes europeas sobre aborto en 2025: optimismo y vigilancia.

8 TEMAS

8.....La inteligencia artificial como ilusión afectiva.

11 EXPERIENCIAS

11.....Pilotando hacia una educación sexual integral: un compromiso compartido entre salud y educación en Navarra.

14 HABLANDO CON

14.....Karen De Wilde, especialista en educación sexual y comportamientos sexuales: "Para consolidar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas se necesita una política clara".

17 NUESTRAS ACCIONES

17.....Educación sexual en primaria: lo que estamos aprendiendo en las aulas.

20.....En la Conferencia Internacional de Planificación Familiar.

22 TRIBUNA

22.....Una mirada sanitaria a la realidad del aborto en España.

26 RECURSOS DE INTERÉS

27 PARA LEER

EDITA
SEDRA - Federación de
Planificación Familiar

COORDINACIÓN DE LA REVISTA
Eugenia García Raya

REDACCIÓN, PUBLICIDAD Y SUSCRIPCIONES

C/ San Vicente Ferrer, 86. Bajo
28015 Madrid
Tel. 91 591 34 49
comunicacion@sedra-fpfe.org

El equipo editorial no se hace responsable de las opiniones vertidas en los artículos que son responsabilidad de las y los autores

Indexada en bases de datos:
CUIDEN:www.index-f.com
PSICODOC

<http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

IMPRESO EN PAPEL ECOLÓGICO
850 EJEMPLARES

IMPRIME Gráficas Azorin
ISSN 1136-5188
Deposito Legal M-30065-2013

Suscríbete a DIÁLOGOS y léela en papel

■ **SEDRA-Federación de Planificación Familiar edita la revista Diálogos, especializada en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos**

■ **Con una periodicidad trimestral, cada número busca el equilibrio entre temas médicos, de psicología, educación sexual, sociales y de cooperación al desarrollo, desde una aproximación multidisciplinar**

Suscripción anual a la revista:

12€ individual

20€ institución

Suscripción gratuita para las personas socias de la SEDRA-FPFE

SUSCRÍBETE enviando los siguientes datos, junto con tu firma autorizando el pago del recibo anual, a info@sedra-fpfe.org

- *Nombre y apellidos / Institución*
- *DNI /CIF de la institución*
- *Dirección postal para envíos*
- *Teléfono*
- *E-mail*
- *Datos bancarios*
- *Nº cuenta*

Una vez formalizada la suscripción recibirás los 4 números del año en curso

Este compromiso quedará anulado en el momento en que el o la titular así lo decida y lo comunique a la SEDRA-FPFE



Para más información contactar con:
SEDRA-
Federación de Planificación Familiar
C/ San Vicente Ferrer, 86
28015 Madrid
T. 91 591 34 49
Mail: info@sedra-fpfe.org



SEDRA
Federación de Planificación Familiar

SEDRA-FEDERACIÓN DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

San Vicente Ferrer, 86. Bajo
28015 Madrid
Tel. 91 591 34 49
Fax 915 31 14 66
info@sedra-fpfe.org
www.sedra-fpfe.org



ASOCIACIONES INTEGRANTES

**Asociación Extremeña de
Planificación Familiar y Sexualidad**
sexextremadura@sedra-fpfe.org



**Asociación de Planificación
Familiar de Madrid**
c/ San Vicente Ferrer, 86.
Madrid 28015
apfm@apfm.es



**L'Associació
Drets Sexuals i Reproductius**
c/ La Granja, 19, baixos
08024 Barcelona
Tel. 933 055 322
coordinacioprojectes@apfcib.org



**Associació pels Drets, l'Educació
i la Salut Sexual i Reproductiva
del País Valencià - DESSEX**
Tel. 650 924 696



**Asociación de Educación Sexual y Planificación
Familiar en Castilla La Mancha**
Centro Social La Casa Vieja
c/ Blasco Ibáñez, 46.
02004 Albacete
Tel. 618 404 287
asociacionasexorate@gmail.com



**Asociación Galega para
a Saúde Sexual - AGASEX**
Ronda de Nelle, 126, baixo B.
15010 A Coruña
Tel. 881 916 869
www.agasex.org
info@agasex.org



ENTIDAD COLABORADORA

Emaize Centro Sexológico
Bueno Monreal 1, bajo,
01001, Vitoria-Gasteiz
Tel. 945 265 896
emaize@emaize.com



editorial



El contenido de 20 de los 24 contenedores de anti-conceptivos que el gobierno de Estados Unidos planea incinerar para que no lleguen a su destino en varios países africanos ya es inservible, porque ha sido trasladado, según informan autoridades

belgas, a un almacén de este país que no cumple con las condiciones adecuadas. Son anticonceptivos por valor de unos 10 millones de dólares, que provienen de la agencia estadounidense de cooperación internacional, USAID, que Trump ha desmantelado. Organizaciones e instituciones llevan meses pidiendo que no se incineren estos métodos anticonceptivos. Su pérdida podría producir, según la organización *Reproductive Health Supplies Coalition*, 362.000 embarazos no intencionados, 110.000 abortos en condiciones de riesgo y 718 muertes maternas evitables.

Es sólo un ejemplo de que a pesar de los avances legislativos en derechos sexuales y reproductivos de las últimas décadas, que hay que reconocer y celebrar porque se han logrado gracias a la presión de movimientos sociales, estos derechos sufren amenazas crecientes en la actualidad.

Por centrarnos en España, tenemos que lamentar la decisión de la Comunidad de Madrid de no crear un registro de objetores de conciencia para el aborto, a pesar de que a ello obliga la ley y de que es un registro importante para garantizar que en los centros sanitarios públicos siempre se pueda atender la interrupción voluntaria del embarazo. Recordemos también el invento del supuesto síndrome postaborto, del que el Ayuntamiento de Madrid afirma en una resolución aprobada a instancias de Vox que hay que informar a las mujeres. Un invento que busca menoscabar la libertad de las mujeres, que haría que los servicios sanitarios se vean ralentizados por trámites que ni son necesarios ni están justificados médicamente, y que parece pretender “hacerse un sitio” en la competencia partidista.

Precisamente la dificultad para aplicar la ley que regula el aborto en diversas comunidades autónomas explica que España no esté situada entre los países con mejor desempeño en el último atlas europeo de políticas sobre aborto, iniciativa del Foro Parlamentario Europeo por los Derechos Sexuales y Reproductivos (EPF). El atlas resalta también las dificultades de mujeres en situación irregular para tener acceso a los servicios sanitarios de aborto, la insuficiencia de la información pública y la inacción del Estado ante la desinformación sobre el aborto.

Por eso, cualquier propuesta que sirva para mejorar el acceso y la calidad de los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos es bienvenida. Son tiempos para la defensa de los derechos, como tantas otras veces en la historia. ■

● Leyes europeas sobre aborto en 2025: optimismo y vigilancia

“El panorama en Europa ofrece razones tanto para el optimismo como para la vigilancia. La mayoría de los países han legalizado el aborto y están removiendo las barreras de sus legislaciones, de manera que estas sean más coherentes con los estándares internacionales de derechos humanos y las directrices para la salud pública. Los lugares con leyes y políticas altamente restrictivas son la excepción a la norma”. Esta es una de las conclusiones del último informe sobre las leyes

europeas acerca del aborto publicado por el **Centro de Derechos Reproductivos en Europa (Centre for Reproductive Rights)**, que puede consultarse en su web. El informe recoge los datos de 49 países europeos (los Estados miembros del Consejo de Europa, así como Bielorrusia, Kosovo y Rusia), de los que examina el estado actual de las leyes sobre el aborto, los avances y retrocesos legales recientes y el tipo de reforma legal y política que aún se necesita para garantizar el acceso universal a una atención





del aborto de buena calidad. Además de los datos, el Centro de Derechos Reproductivos publica unas recomendaciones basadas en los derechos humanos y la salud pública.

“Sólo cinco países mantienen leyes altamente restrictivas”, dice el informe. Son Andorra, donde el aborto está prohibido; Malta, donde el aborto está permitido en circunstancias muy restrictivas, cuando la vida de la mujer embarazada corre grave peligro debido a una complicación médica que puede provocar la muerte o cuando su vida corre peligro inmediato; Liechtenstein y Polonia, que permiten el aborto exclusivamente en los casos en que la vida o la salud de la mujer corren peligro o cuando el embarazo es consecuencia de una agresión sexual, y Mónaco, donde el aborto es legal cuando la vida o la salud de la mujer embarazada corren peligro, en casos de violencia sexual o cuando se diagnostica una malformación fetal grave.

El informe resalta que, por otro lado, “solo en los últimos diez años, veinte países de la región han promulgado reformas significativas destinadas a mejorar el acceso al aborto”. Algunos ejemplos son la legalización del aborto a petición en Chipre, Finlandia, Islandia, Irlanda, Irlanda del Norte y San Marino; la ampliación de los plazos para el aborto a petición en Dinamarca, Francia, Macedonia del Norte

y Noruega; la derogación de algunas barreras procedimentales en Dinamarca, Estonia, Francia, Finlandia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Macedonia del Norte, Noruega y España, y la ampliación del acceso al aborto farmacológico en Armenia, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Países Bajos y Reino Unido.

Pero aunque el aborto es legal en la mayoría de los países europeos, algunos de ellos siguen imponiendo una serie de requisitos procedimentales para acceder a él que no se ajustan a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las normas internacionales de derechos humanos y la práctica clínica moderna.

Entre ellos, el informe cita los períodos de espera obligatorios, el asesoramiento obligatorio, el asesoramiento sesgado/directivo, los plazos para el aborto a petición, la insuficiente cobertura sanitaria y financiera y la obligatoriedad de consentimiento paterno o de otras terceras personas. El informe resalta la exclusión del acceso legal a la interrupción del embarazo o las muchas dificultades para acceder a él que sufren las personas que han llegado a Europa desde terceros países y están en situación administrativa irregular.

El informe puede leerse aquí:
<https://reproductiverights.org/europe-abortion-laws-2025/> ■

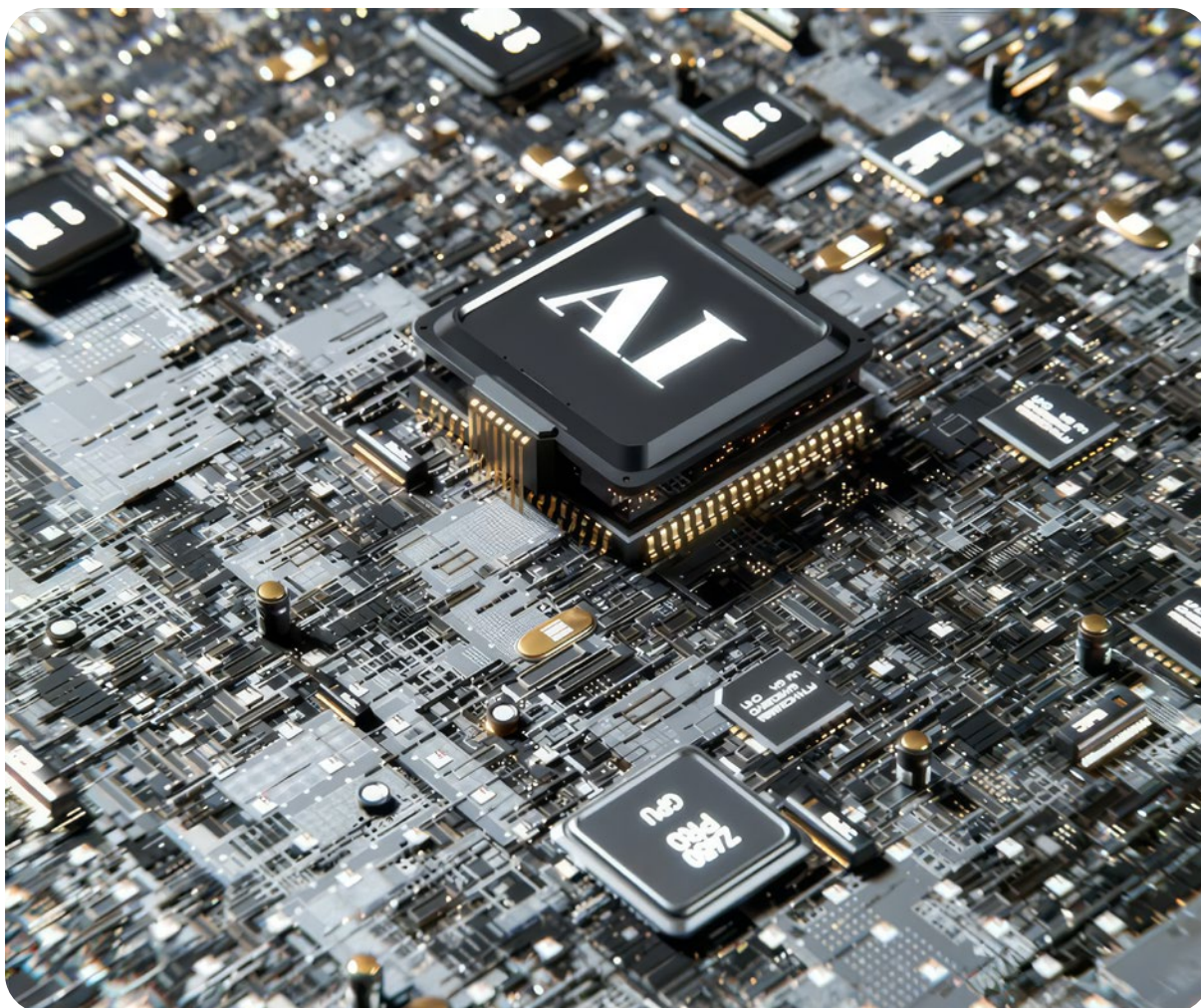
● La inteligencia artificial como ilusión afectiva

La inteligencia artificial ha empezado a jugar un papel significativo en el acompañamiento emocional. Mucha gente empieza a utilizarla para hablar, desahogarse o sentirse menos sola, lo que hace que estos sistemas informáticos empiecen a usarse como espacios pseudoafectivos.

Más que preguntarnos por qué la IA “es cada vez más emocional”, debemos reflexionar sobre por qué tantas personas buscan en ella un refugio que no encuentran en su entorno humano. Lo que se juega aquí no es solo el uso que hacemos de estas herramientas, sino lo que revela sobre cómo estamos viviendo nuestras relaciones, nuestras vulnerabilidades y nuestras expectativas afectivas en un mundo cada vez más precarizado.

Durante décadas, distintas áreas de las ciencias sociales han venido señalando que las relaciones humanas requieren tiempo, energía, estabilidad y cierta seguridad material. Aspectos que se han erosionado en un contexto social acelerado, económicamente inestable, con horarios imposibles y vínculos marcados por el cansancio, donde relacionarse de forma humana –con escucha, con presencia y con cuidado– se ha convertido casi en un lujo. La compañía emocional con una IA no surge de la nada, sino que emerge en un contexto en el que la atención humana está saturada, el apoyo psicológico es difícil de costear y la soledad se ha convertido en un síntoma estructural.

Tener relaciones humanas de calidad y presenciales se ha vuelto un privilegio. No solo por el dinero, también por el



tiempo, la salud mental, el capital social o la estabilidad necesaria para construir vínculos. En ese vacío es en el que muchas personas empiezan a usar la IA como espacio de desahogo o compañía, a veces sin darse cuenta de que la relación no es recíproca aunque esté diseñada para parecerlo. La emoción que se experimenta es real, pero la respuesta que se recibe, no. Y esta asimetría abre un territorio nuevo en la ética de los afectos. ¿Qué implica vincularse con algo que no tiene límites, ni subjetividad, ni capacidad de decir “no”? ¿Qué significa sentir intimidad y sentirse escuchado o escuchada por un sistema que solo simula la escucha?

Sabemos que los vínculos importan por lo que generan en las personas, no por lo que ‘el otro’ sea ontológicamente. Y aquí, lo importante es que la emoción se sostiene con la ilusión de la reciprocidad. No existe, pero la interacción está diseñada para que lo parezca. Y ese diseño no es neutral; va moldeando nuestras

expectativas sobre lo que debería ser sentirse comprendidas/os, valoradas/os o acompañadas/os.

Esa ilusión tiene consecuencias especialmente evidentes en las personas que viven con traumas, aislamientos o inseguridades profundas, y para quienes la IA aparece como un entorno donde nadie se asusta, nadie se cansa, nadie abandona. La vulnerabilidad, que en el mundo real puede generar rechazo o incomodidad, se convierte aquí en contenido procesable. Eso explica por qué muchas personas con ansiedad, soledad prolongada, problemas de apego o experiencias de relación fallidas encuentran en estas herramientas un espacio predecible para hablar y sentirse vistas. No porque la IA sea “mejor”, sino porque es incansable y accesible, y no juzga.

Además de la vulnerabilidad individual, la desigualdad sobre quién ha venido sosteniendo la parte emocional de las relaciones también ayuda a entender >>

este uso de la inteligencia artificial. En ese contexto, muchas mujeres identifican en la IA un tipo de respuesta que no siempre encuentran en su entorno: escucha, validación e interés constante. No porque la IA sea especialmente empática, sino porque está diseñada para reaccionar así siempre. Ese funcionamiento hace visible una desigualdad que lleva años señalándose: ellas han asumido gran parte del cuidado emocional en sus relaciones –familiares, afectivas o laborales– y no siempre reciben lo mismo a cambio. Frente a esa experiencia, la interacción con una IA marca un contraste que no habla de tecnología, sino de ese desequilibrio previo.

El riesgo no es sólo que la IA “sustituya” relaciones humanas, sino que la industria aprenda a capitalizar el malestar, la soledad y la necesidad de sentirnos acompañadas/os.

Las consecuencias no se limitan a cómo nos relacionamos con la IA, sino también a cómo entendemos la intimidad entre personas. Cuando una herramienta ocupa un espacio afectivo que antes se reservaba a los vínculos más cercanos, inevitablemente se empiezan a tensionar las categorías con las que nombramos lo que es “dentro” y lo que es “fuera” de una relación. Un ejemplo claro sobre cómo se ponen en cuestión los marcos tradicionales con los que entendemos las relaciones es el concepto de infidelidad. ¿Puede considerarse una infidelidad compartir con una IA una parte significativa de la vida afectiva, sexual o emocional que no se comparte con la pareja? No hay una persona al otro lado en el sen-

tido habitual, pero sí puede haber una transferencia afectiva sostenida, un espacio de confidencialidad y un tipo de intimidad que queda fuera de los vínculos en los que se supondría que debería estar. Más que un dilema moral, esto revela que las categorías que usamos para hablar de lo íntimo se están quedando cortas: la IA introduce un tercer espacio emocional –y para algunas personas, también erótico– que no existía y que no encaja bien en las definiciones clásicas. Su presencia no rompe relaciones, pero sí las interpela, porque hace visible la distancia afectiva que ya existía antes de abrir una conversación con un modelo de lenguaje.

Por último, debemos tener en cuenta que el crecimiento de este uso de la IA no ocurre en un vacío. No es filantropía tecnológica, es negocio. El acompañamiento emocional a través de la IA abre una vía de monetización basada en la interacción continua: modelos de suscripción, versiones “premium”, funciones conversacionales avanzadas o la integración en plataformas que ya viven de retener la atención. Cuanto más tiempo pasamos conversando con estos sistemas, más datos afectivos generan, y esos datos son valiosos porque permiten entrenar modelos, afinar patrones de respuesta y construir productos cada vez más personalizados. Esa permanencia dentro (y no fuera) es precisamente lo que sostiene el modelo económico, puesto que la interacción emocional se convierte en materia prima para que el sistema y el negocio funcionen. El riesgo no es sólo que la IA “sustituya” relaciones humanas, sino que la industria aprenda a capitalizar el malestar, la soledad y la necesidad de sentirnos acompañadas/os. A medida que lo íntimo se convierte en recurso, lo emocional deja de ser solo un territorio humano para integrarse en un mercado que sabe que la compañía, también la simulada, tiene un valor económico alto.

En el fondo, este fenómeno no trata de máquinas que imitan vínculos, sino de las grietas que ya existían en nuestras formas de relacionarnos. La IA no inventa necesidades nuevas, sino que amplifica las que quedaron desatendidas y las convierte en un producto. Y quizá ahí esté la parte más inquietante. No es que la tecnología esté ocupando espacios humanos, es que muchos de esos espacios ya estaban vacíos. ■



● Pilotando hacia una educación sexual integral: un compromiso compartido entre salud y educación en Navarra

La educación sexual integral (ESI) es una necesidad reconocida para garantizar el bienestar y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. En Navarra, el Departamento de Salud y el Departamento de Educación han asumido el reto de impulsar un modelo común basado en el respeto, la igualdad y el buen trato. Este artículo comparte la experiencia pionera de un pilotaje formativo en 12 centros educativos, con la participación del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR), el Departamento de Educación y 6 profesionales expertas en sexología.

Marco de referencia

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso, libre de coerción, discriminación y violencia. Este concepto implica garantizar derechos sexuales, acceso a información fiable y servicios adecuados. Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la salud sexual se vincula a los derechos humanos y al desarrollo sostenible. Documentos como los Estándares de Educación Sexual Integral de la UNESCO (2018) recomiendan iniciar la educación sexual desde la infancia, adaptando contenidos a cada etapa evolutiva. Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible refuerzan >>

● Departamento de Salud. Sección de Promoción y CASSYR, y Departamento de Educación. Sección de Igualdad y Convivencia. Gobierno de Navarra.



esta visión, integrando metas sobre salud sexual (ODS 3), igualdad de género (ODS 5) y educación de calidad (ODS 4). En el ámbito estatal, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011) establece la educación sexual como prioridad. Otras políticas, como el Plan Estratégico frente al VIH e ITS (2021) y la Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y Adolescencia (2023), insisten en garantizar una formación afectivo-sexual integral que promueva igualdad, diversidad y buen trato. En Navarra, **el Decreto Foral 103/2016, de 16 de noviembre** establece como función del Departamento de Salud, colaborar con el Departamento de Educación en el desarrollo de las medidas necesarias para la inclusión de la Educación Afectivo-Sexual en la red escolar de Navarra.

En este marco normativo, y en consonancia con la legislación educativa, surge el **programa Skolae**, implantado en Navarra desde el curso 2017/2018 con el objetivo de promover una cultura coeducativa en los centros escolares. Skolae establece un itinerario de cinco años que propone una progresión estructurada de contenidos y experiencias de aprendizaje, tanto individuales como grupales, a lo largo de todo el proceso educativo.

El programa persigue 8 objetivos: conciencia crítica frente a la desigualdad de género y responsabilidad para el cambio; autonomía personal para la sostenibilidad de la vida en todas sus dimensiones; empoderamiento, liderazgo y capacidad para la toma de decisiones; educación afectiva y sexual positiva, saludable y respetuosa con la diversidad; lenguaje y comunicación; expectativas individuales; prevención de todas las violencias contra las mujeres y las niñas, y cultura coeducativa.

¿Por qué este pilotaje?

Durante la evaluación del programa Skolae en el curso 2024/2025, se detecta que el objetivo número 4 “Educación afectiva y sexual positiva, saludable y respetuosa con la diversidad” es el que menos se está trabajando en las aulas. Los resultados de una evaluación cualitativa realizada al profesorado de Navarra mostraron que se sentían inseguridad, falta de formación en la materia y escasez de recursos y habilidades para abordar la educación sexual en el aula.

Por ello surge el proyecto de pilotaje con la colaboración entre el Departamento de Educación, el ISPLN y CASSYR, con un objetivo compartido: reforzar y sistematizar la educación sexual, capacitando al profesorado.

rado para lograr su autonomía a la hora de llevarla a cabo en el aula.

El pilotaje formativo: estructura, desarrollo y acompañamiento

El pilotaje de educación sexual se está llevando a cabo en 12 centros educativos de Navarra, acogiendo a toda la diversidad del territorio; centros públicos y concertados, diferentes modelos lingüísticos, escuelas rurales y urbanas, diferentes etapas educativas, desde Educación Infantil y Primaria, hasta Secundaria y Formación Profesional. Todos ellos se han inscrito voluntariamente para participar en el proyecto, una vez finalizado el itinerario formativo del profesorado del programa Skolae.

El objetivo es formar al profesorado, que mensualmente, desde octubre hasta mayo, recibirá una formación sobre un bloque de contenido específico en relación a la educación sexual, impartida por la sexóloga referente del centro. El personal docente, elaborará una propuesta didáctica sobre el contenido abordado, para llevarla al aula en ese mismo mes. Dichas propuestas, serán revisadas por las profesionales en sexología que asesorarán al profesorado para que las desarrolle en base a los contenidos curriculares y adaptadas a cada etapa evolutiva.

Las sesiones formativas se estructuran en los siguientes bloques:

1. Marco teórico y legislativo de la educación sexual. El Hecho Sexual Humano.
2. Cuerpo (s)
3. Sexualidad(es): Identidades y orientaciones.
4. Deseos, placeres, límites y consentimiento.
5. Ética de las relaciones. Modelos de relaciones. Buenos tratos.
6. Salud Sexual: anticoncepción, ITS, embarazo no esperado, tipos de fecundación. Recursos. CASSYR.
7. Educación sexual, medios de comunicación y audiovisuales. RRSS.

El próximo junio se desarrollará un encuentro de buenas prácticas donde los centros podrán compartir la experiencia.

El papel de las familias es imprescindible. Antes de iniciar la formación del profesorado, se realizó una sesión informativa para poner en conocimiento cómo se iba a desarrollar el proyecto en el centro. Además, se les invita a participar en cuatro sesiones en las que las profesionales de la sexología colaborando con profesionales referentes de los CASSYR, abordarán con ellas los mismos contenidos que se están trabajando con el profesorado, para que desde casa también se puedan reforzar las ideas y el enfoque.

Claves del enfoque de salud: más allá de la prevención

La sexualidad se entiende como dimensión integral de la salud (física, emocional y social). La ESI actúa como promoción del bienestar, relaciones sanas, respeto, consentimiento, placer, autoestima e identidad y también como prevención primaria frente a violencia sexual, desigualdad, embarazos no deseados e ITS. El hilo conductor es la cultura del buen trato.

Mirando al futuro

El diseño de la evaluación del proyecto está siendo liderado por la Universidad Pública de Navarra (Cátedra Aprender-Ikasi). La formación ha sido diseñada para ser replicable y evaluable, para garantizar la continuidad y su expansión a más centros escolares de Navarra.

La educación sexual es una cuestión compartida entre Salud y Educación. Requiere una visión estructural, sostenida en el tiempo, y la implicación conjunta de ambos sistemas. Invertir en educación sexual es invertir en bienestar, equidad y comunidad.

Programa Skolae: <https://coeducacion.educacion.navarra.es/> ■



hablando con...



• Karen

De Wilde,

especialista en educación sexual y comportamientos sexuales: “Para consolidar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas se necesita una política clara”

.....

Karen De Wilde es educadora, sexóloga y especialista en discapacidad. Se dedica a ello en Sensoa, la organización referente en educación sexual en Bélgica. Lleva trabajando con jóvenes y niñas/os desde 1991, y es una de las mayores expertas en evaluación de comportamientos sexuales de niños y jóvenes. Ha sido una de las implementadoras del sistema de banderas (flag system) creado en Sensoa, usado ya en varios países europeos y pensado para detectar comportamientos sexuales que conllevan abusos, clasificarlos por colores (verde, amarillo, rojo o negro) dependiendo de su gravedad, y establecer la respuesta pedagógica correspondiente.

¿Qué es el sistema de banderas, y cómo piensa que ha cambiado la percepción del comportamiento sexual de la infancia su aplicación?

Creo que el sistema de banderas o *flag system* es solo un elemento dentro de una evolución social más amplia que sienta las bases para el cambio. En Bélgica hemos vivido grandes escándalos en los años 90, con niños secuestrados, abusados sexualmente y asesinados. La sociedad quedó conmocionada y en ese momento empezó a gestarse la idea de que era necesaria la prevención.

La novedad del sistema es que se centra en la persona que inicia el comportamiento, el «agresor», de manera que deje de comportarse de forma inaceptable. El sistema también contribuye, con unas orientaciones y con el apoyo necesario, a adoptar un comportamiento diferente. Una idea básica es que el desarrollo sexual forma parte del desarrollo de los niños y niñas. Que aprenden, experimentan y practican. Que cometen errores (como en otros ámbitos del desarrollo). Que estos errores provocan incidentes y que cada incidente es una oportunidad para aprender el comportamiento aceptable. También hablamos de banderas verdes: comportamiento aceptable, no problemático. Y cómo hacerlo posible y apoyarlo.

Se trata de que quienes usan el sistema de banderas aprendan a pensar de forma pedagógica. Que los incidentes con comportamientos transgresores nos muestren las necesidades de aprendizaje subyacentes de las personas involucradas y de apoyo en el desarrollo sexual de la infancia. El sistema de banderas ofrece directrices y apoyo a las y los profesionales y creo (espero) que contribuye a trabajar de una manera más profesional, no solo con base en las emociones, sino también en objetivos y conocimientos sobre el comportamiento y el desarrollo.

¿Qué otros factores y actores se relacionan con esta evolución social que menciona?

Como he dicho, los escándalos han provocado una evolución en la sociedad (hemos tenido muchos en las últimas décadas, incluso en ámbitos específicos como el deporte y la iglesia). Ahora la gente es consciente de que el abuso sexual y las conductas transgresoras existen y debemos abordarlas. Es imposible prevenirlas por completo, pero debemos hacerlo en la mayor medida posible. Y debemos aprender de todos los escándalos y problemas para mejorar, tanto a nivel social como en el ámbito escolar e institucional.

Por otro lado, las y los profesionales reciben más formación y su educación es mejor. Si bien aún hay margen de mejora, cada vez hay más profesionales mejor capacitados. A esto hay que añadir que las políticas públicas han cobrado mayor importancia. Para consolidar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas, se necesita una política clara. Hemos creado recursos y capacitación, y también una política que apoya a las y los profesionales en su trabajo y les ofrece formación y supervisión. Así, pueden aprender a abordar el tema de la sexualidad y sentirse más cómodos/as con él.

Desde su experiencia con profesionales que trabajan con familias, ¿qué miedos deben abordarse, especialmente en lo que respecta a niños y niñas con discapacidades?

Trabajo regularmente con profesionales sobre cómo ayudar a las familias cuando tienen algún conflicto emocional. Enfrentarse a comportamientos sexuales siempre genera emociones, especialmente en los padres y madres, y aún más cuando su hijo o hija tiene una discapacidad.

Los padres y madres siempre sienten cierta incertidumbre cuando sus hijos/as muestran comportamientos sexuales o posiblemente sexuales. Esto se

hace aún más evidente cuando hay una discapacidad. ¿Qué sucederá? ¿Qué debemos enseñarle? ¿Cómo podemos protegerle? Todas las familias intentan encontrar un equilibrio entre autonomía y protección. Porque en menores con discapacidades, la necesidad de protección se siente aún más.

Trabajar con el sistema de banderas ofrece oportunidades porque comienza con la aceptación del desarrollo. Los niños experimentan y aprenden. Apoyar esta evolución les da seguridad. Y siempre recalco la importancia de tomar en serio las emociones. No tenemos que empezar a buscar soluciones de inmediato. Hay que empezar por escuchar y aceptar. Eso ayuda a calmar las emociones. Las personas alteradas emocionalmente no pueden escuchar ni comprender ninguna solución que se les presente.

Por eso se trata de aceptar y validar las emociones: es normal que estés molesto/a. Es bueno que me cuentes cómo te sientes y reinterpretar las emociones de forma positiva: eres un/a buen/a padre/madre. Te preocupas mucho por tu hijo/a (por eso estás molesto/a). Y una vez que las emociones se calmen un poco, puedes preguntar sobre las necesidades y miedos subyacentes: ¿a qué temen? ¿Qué podría pasar? Los padres y madres solo tienen una pregunta: ¿está mi hijo/a seguro/a? ¿Qué se necesita para protegerlo/a? Las escuelas/instituciones tienen la misma pregunta, por lo que pueden colaborar en este aspecto. Es importante cooperar con los progenitores. Son aliados en el cuidado.

¿Cree usted que el argumento del cuidado se usa a veces para justificar cierto control que limita los derechos sexuales de las personas en situaciones vulnerables, por ejemplo, las que se encuentran bajo tutela institucional?

Me temo que sí. Creo que la gente ahí está realmente preocupada y quiere proteger a esas personas menores. Pero no ven las consecuencias de su enfoque, que puede hacer que las personas con discapacidad estén

en una posición de subordinación y dependencia y de negación de sus derechos. Y que no les dé oportunidad de aprender sobre sexualidad, sobre lo que desean, sobre sus derechos. Así, se vuelven indefensas y, en definitiva, más vulnerables. Por eso siempre pregunto: ¿qué QUIEREN que aprendan estas personas menores? ¿Qué les enseñan REALMENTE?

Hay que tener en cuenta también que los y las profesionales muchas veces no se sienten lo suficientemente capacitados para abordar el tema de la sexualidad. No saben cómo hacerlo. Temen cometer errores, traspasar los límites. Por eso las políticas son tan importantes, porque establecen las pautas, definen los objetivos y permiten actuar con profesionalidad.

¿Cómo afecta el auge de la extrema derecha a su trabajo sobre sexualidad infantil? ¿Cree que nuestro sector debe reaccionar? ¿De qué manera?

Por ahora no veo una influencia directa, pero la resistencia contra las “organizaciones woke” y nuestras “agendas ocultas” va en aumento. Nos acusan de corromper la mente de la infancia, de querer convertirlos en transgénero, etc. Cuando nos enfrentamos directamente con este tipo de resistencia es importante tratarlos como personas con emociones (y aceptar, confirmar y reformular de forma positiva) y buscar sus miedos y necesidades subyacentes. Somos profesionales. Trabajamos para alcanzar objetivos. Debemos dejar de lado nuestras propias emociones para lograrlos. Por supuesto que podemos tener emociones, pero no trabajamos basándonos en ellas. Si intentas tender puentes entre partes que se centran en el “nosotros contra ellos”, las diferencias, el discurso sobre la identidad y las emociones, no funciona. Solo alimentas el conflicto. La solución es trabajar con “las y los silenciosos”, el grupo que no grita, el grupo que no está en los extremos. ¿Qué necesitan? ¿En qué se centran? Es importante conocer la diferencia entre conflicto y polarización. Requieren un enfoque distinto. ■

nuestras acciones



● Educación sexual en primaria: lo que estamos aprendiendo en las aulas

En este último año hemos tenido la oportunidad de trabajar con grupos de educación primaria en talleres de educación sexual. Una demanda que hace apenas unos años era muy limitada y que en los dos últimos cursos ha crecido de forma notable. Desde nuestra experiencia, creemos que este aumento responde, entre otros factores, a la preocupación creciente por el acceso temprano de niños y niñas a internet, a contenidos sexuales no supervisados y a dinámicas digitales que ya están afectando a las vivencias de adolescentes y jóvenes. Esta preocupación abre una puerta que permite trabajar la sexualidad en la infancia... pero no podemos olvidar que lo urgente no siempre es lo importante.

Desde SEDRA queremos verlo como una oportunidad para cubrir ambas necesidades: atender lo que preocupa ahora — la exposición digital— y sembrar las bases de una educación sexual integral que acompañe el desarrollo de niñas y niños.

Sin embargo, cuando se plantea hablar de sexualidad en primaria o en infantil, no todo es apertura. Aunque muchas familias y equipos docentes valoran la educación sexual como una herramienta imprescindible para la autonomía y el bienestar de sus hijos e hijas, también emergen dudas, miedos e incomodidades.

Los motivos son comprensibles. El tema se ha polarizado y politizado y circulan mensajes contradictorios que generan

>>

incertidumbre sobre si los y las menores deben o no ser “expuestos” a ciertos contenidos, aunque la educación sexual es una de las herramientas más eficaces para prevenir problemas.

¿De dónde nacen los temores?

En nuestra experiencia, estos miedos suelen tener tres principales raíces. Por un lado, la creencia de que hablar de sexualidad equivale a sexualizar a la infancia. Un temor muy extendido es pensar que nombrar el cuerpo o hablar de límites supone acelerar procesos o introducir ideas “demasiado adultas”. Sin embargo, lo que hacemos es lo contrario: adaptar los contenidos al momento vital del alumnado, con un enfoque centrado en el autocuidado, el respeto y la convivencia.

Un segundo factor es la creencia de que la escuela pueda invadir ámbitos propios de la familia. Algunas familias sienten que la educación sexual cuestiona valores culturales, mandatos religiosos o normas de crianza. Este miedo, más emocional que racional, se sostiene sobre la idea de que la educación sexual impone un

modelo, cuando en realidad lo que hace es ofrecer herramientas para comprender, preguntar y decidir.

En tercer lugar, existe una mirada adultocentrista que subestima las capacidades de los niños y niñas para comprender su propio cuerpo, expresar dudas y/o identificar situaciones que les incomodan. El adultocentrismo prioriza los temores de las personas adultas sobre las necesidades reales de la infancia y su derecho a recibir información para cuidarse.

Lo que dice la evidencia

Las evidencias lo demuestran: la educación sexual temprana protege, no expone. Los niños y niñas que reciben educación sexual adaptada a su edad desarrollan una visión más positiva de su cuerpo y de la diversidad, construyen relaciones basadas en el respeto, el consentimiento y el buen trato. Además, identifican mejor sus límites y los ajenos, desarrollan un lenguaje para nombrar aquello que les incomoda, tienen mayores habilidades para detectar abusos y situaciones de riesgo, y ganan autonomía para pedir ayuda cuando algo no está bien. Es decir, la edu-



cación sexual repercute positivamente en la salud sexual y emocional de los niños y niñas, favoreciendo decisiones más responsables en la adolescencia y la juventud.

Es por ello que nuestra propuesta no se limita sólo a promover la educación sexual como herramienta de prevención de situaciones de violencia o abuso. Entendemos que, además, constituye la base para una convivencia más igualitaria y consciente, con niñas y niños que reconocen sus derechos, valoran sus diferencias y las de las demás personas y aprenden a relacionarse desde la empatía y el respeto desde el inicio de su desarrollo, aprendiendo a negociar, cuidar y ser cuidados/as, fomentando su autonomía y desarrollo emocional.

En nuestras sesiones, a través del juego y actividades lúdicas, trabajamos las emociones, el cuerpo, los roles de género, la diversidad y el buen trato. Utilizamos sus referentes y nos acercamos a su realidad, generando un puente seguro para conocer qué y cómo están aprendiendo, y poder, con ello, adaptarnos a sus necesidades. Todo esto lo hacemos acompañando también a los equipos docentes para que incorporen estos contenidos en el día a día, asegurando continuidad y coherencia en el aprendizaje.

¿Qué estamos encontrando?

Durante estos meses de trabajo observamos una enorme disposición del alumnado. Niñas y niños de primaria muestran una curiosidad inmensa por entender su cuerpo, sus emociones y cómo relacionarse con los demás. Preguntan, reflexionan, se sorprenden y, sobre todo, agradecen que se hable de lo que no siempre encuentran en casa o en internet. Con frecuencia nos dicen cosas como: “nunca nos habían explicado esto así”, “a veces no sé qué hacer si algo no me gusta”, “me da vergüenza preguntar estas cosas en otros sitios”. Este tipo de comentarios confirma una necesidad latente: necesitan información segura y espacios para expresarse.

Constatamos también que las sesiones sirven para identificar situaciones cotidianas que les generan

incomodidad, comportamientos que no saben cómo nombrar, dinámicas de grupo que vulneran sus límites y miedos que no habían expresado antes. Internet y las redes sociales están aquí muy presentes como espacios ante los que con frecuencia están solos y solas, con un bombardeo de mensajes no siempre positivos; de ahí la importancia de que cuenten con herramientas para navegar de forma segura por esos espacios. Ellos y ellas han podido reconocer esas situaciones y pedir ayuda a personas adultas de confianza.

Además, cada vez encontramos más familias que valoran este trabajo y que entienden que se trata de coeducación, con acciones complementarias de escuela, hogar y profesionales. Las familias nos trasladan que las intervenciones en el aula les ayudan a continuar conversaciones en casa y que sienten alivio al saber que sus hijos e hijas reciben información rigurosa. También que les permite identificar señales a las que no daban importancia y mejora la confianza de los niños y niñas para verbalizar lo que sienten. Las familias aprovechan también para generar los enlaces que permiten mantener la intervención en el tiempo y que no se quede en algo puntual. Gracias a ellas cada intervención se convierte en un engranaje que forma parte del proyecto educativo del centro. Esto permite continuidad, coherencia y un impacto más profundo en el desarrollo sexual del alumnado.

La educación como herramienta imprescindible

La experiencia en primaria nos confirma que la educación sexual es recibida con interés y como un ámbito fundamental para el desarrollo integral de la infancia que genera aprendizajes valiosos, previene riesgos y fortalece vínculos. Cuando se conoce, abre puertas y permite construir una cultura de respeto, cuidado mutuo y ejercicio de derechos desde la infancia. La valoración positiva del alumnado, del profesorado y de las familias nos anima a seguir avanzando. Y aunque la demanda supera los recursos, el trabajo en red hace posible llegar cada vez a más centros y, por ende, a más personas. ■

En la Conferencia Internacional de Planificación Familiar

SEDRA ha participado en este encuentro mundial, marcado por los recortes en la financiación y por la necesidad de fortalecer la acción política interseccional para la defensa de los derechos.



Acaba de celebrarse la Séptima Conferencia Internacional de Planificación Familiar (ICFP 2025), que ha tenido lugar en América Latina por primera vez. Ha sido en Bogotá, Colombia, con la participación de más de 800 organizaciones de 120 países, más de 50 responsables de ministerios y parlamentarios/os, 15 agencias de Naciones Unidas y multilaterales, 60 instituciones de investigación, personas expertas y activistas de todas las regiones del mundo.

En el marco de la conferencia se han presentado, además, más de 2.000 investigaciones científicas que abordan asuntos como la innovación para el acceso a la anticoncepción, la financiación de los sistemas de salud, los nuevos modelos de atención, la corresponsabilidad en la anticoncepción o la participación de la juventud.

La conferencia se realiza en un momento de preocupación en el sector. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) recuerda que, a pesar de los avances de los últimos treinta años, el progreso mundial hacia el acceso universal a la planificación familiar se ha estancado en los últimos cinco años, y se proyecta un déficit de financiamiento de más de \$1.500 millones de dólares para 2030. A la vez, aumenta la acción política contra los derechos sexuales y reproductivos.

La financiación, asunto central

En la conferencia se ha hecho visible el delicado momento que vive la financiación pública de la salud sexual y reproductiva. Los recortes en cooperación internacional para el desarrollo, uno de cuyos más drásticos ejemplos es la supresión de la agencia estadounidense dedicada a este ámbito,

está obligando a buscar nuevas vías de financiación, tanto internacionales como nacionales. En Bogotá se ha hecho visible el aumento de la asociación de capital público y privado, se ha señalado la importancia de invertir en soluciones impulsadas a nivel local y se ha mencionado que algunos gobiernos del Sur Global están asumiendo una parte de la brecha financiera que podría paralizar los programas de salud reproductiva que llevan décadas funcionando. Zambia, Zimbabwe y República Democrática del Congo son algunos de ellos.

Una de las conclusiones más visibles del encuentro ha tenido que ver con la constatación de que no se puede avanzar en salud y derechos sexuales y reproductivos si no se avanza en la democratización y la justicia social. Las y los participantes, muchos de ellos jóvenes, han reclamado «una transferencia real de poder», sin la cual, han afirmado, el lema de la conferencia, la equidad, no es posible. La sensación con la que acababa el encuentro es la de que el sector tiene que aumentar su acción política para responder a la amenaza de los emergentes grupos de presión contrarios a los derechos sexuales y reproductivos.

Otros asuntos centrales de la conferencia:

- **Derechos y autonomía:** Se ha reafirmado el derecho de todas las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su salud reproductiva y planificación familiar, como un elemento clave para la autonomía corporal y la igualdad de género.
- **Inversión y financiación:** Los estudios presentados en la conferencia muestran que invertir en planificación familiar es muy rentable. Por cada dólar invertido se pueden generar casi 27 dólares en beneficios sociales y económicos. Por lo tanto, cerrar la brecha anticonceptiva podría ahorrar miles de millones en costes de atención médica.
- **Desarrollo sostenible:** Se ha constatado una vez más que la planificación familiar es una herramienta fundamental para el desarrollo, ya que empodera a las mujeres y contribuye a que dediquen más años a su formación, tengan

una mayor participación en el ámbito laboral y contribuyan así a su propia autonomía y al desarrollo de sus comunidades y países.

- **Fortalecimiento de sistemas de salud:** Las y los participantes en la conferencia han hecho un llamamiento a los Estados para que fortalezcan y universalicen sus sistemas públicos de salud, de manera que se garantice el acceso a anti-conceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva y se evite así que la salud se convierta en un negocio.
- **Reducción de la mortalidad:** Se ha reiterado que la planificación familiar ayuda a reducir significativamente la mortalidad materna y adolescente al permitir un mejor espaciamiento de los embarazos y la reducción de embarazos en adolescentes.
- **Colaboración y acción:** Se ha promovido la colaboración internacional para abordar los desafíos, para defender los derechos reproductivos frente a movimientos contrarios a dichos derechos y para asegurar que los avances se mantengan y se expandan en todo el mundo.

SEDRA, en la conferencia

SEDRA-Federación de Planificación Familiar ha participado en esta conferencia de la mano de una delegación parlamentaria en la que estaba representado el *intergrupo parlamentario español sobre población, desarrollo y salud reproductiva*, que ha participado en el foro parlamentario que ha tenido lugar en el marco de la conferencia, y también de la mano de la Federación Internacional de Planificación Familiar.

En este foro parlamentario, las y los parlamentarios participantes han reconocido su importante papel en el establecimiento de legislaciones que promuevan y extiendan dichos derechos, en la asignación de presupuestos dirigidos a ello y en la rendición de cuentas. ■

Una mirada sanitaria a la realidad del aborto en España



Es habitual que los sectores más conservadores utilicen el aborto como arma arrojadiza para enfrentar a la sociedad y contentar a sus fieles, pero en los últimos tiempos su provocación contra las mujeres ha escalado.

“Nunca haré una lista negra de médicos objetores: Váyanse a otro lado a abortar” (Isabel Díaz Ayuso)

En la Iniciativa aprobada recientemente por el Pleno del

Cristina Cámara González, *médica de familia*

Concepción Martín Perpiñán, *ginecóloga*

Carmen Martínez Ten, *ginecóloga*

Isabel Serrano Fuster, *ginecóloga*

Ayuntamiento de Madrid¹ con los votos de Partido Popular y VOX se dice textualmente: **“Acabar con la vida de su propio hijo tiene consecuencias muy graves para la madre, el padre y la sociedad en general”** y se describe el cuadro clínico de lo que llaman Síndrome Post-Aborto que, según el texto de la iniciativa, incluye síntomas tan descabellados como: ... **“aislamiento social, o por el contrario, salir sin parar; trastornos de la conducta alimentaria; consumo de alcohol y drogas; afectación de la conducta sexual; pensamientos suicidas; hemorragias internas, infecciones, esterilidad y aumento de probabilidades de muerte natural en el año siguiente al aborto; incremento de cánceres en el aparato reproductivo femenino...**

Este falso síndrome es uno de los últimos ejemplos de las falsedades y artimañas que se usan para atacar el derecho al aborto. Como sanitarias comprometidas con la salud y los derechos de las mujeres, queremos insistir en que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un hecho vital que puede suceder a cualquier mujer y en cualquier lugar, afortunadamente con efectos secundarios indeseables anecdóticos cuando se atiende con las condiciones adecuadas.

El aborto en España: datos más relevantes

El informe IVE 2024 del Ministerio de Sanidad muestra un incremento leve de los abortos voluntarios (2,9%) respecto a 2023. Si ponemos este dato en perspectiva, vemos que se realizaron más IVE en 2010 y 2011 (como referencia por la entrada en vigor de la ley de 2010), 113.031 y 118.359 respectivamente, que en 2024, cuando se han registrado 106.172. Teniendo en cuenta que la población española aumentó en aproximadamente cinco millones de personas entre 2015 y finales de 2024 debido sobre todo a los procesos migratorios, que en su mayoría realizan personas jóvenes en edad reproductiva², resulta más apropiado hablar de tasas de IVE por 1000 mujeres en edad fértil. Esta tasa ha sido 12,36 en 2024; 12,22 en 2023 y 12,44 en 2011, variaciones que nos sitúan en una zona intermedia comparadas

con países de nuestro entorno. En el grupo de las más jóvenes, de 19 años y menos, se mantienen bajas, por debajo de la media (9,15 en 2024, frente a 13,05 en 2010 y 9,38 en 2015), lo que indica una conducta responsable en la prevención de embarazos en este grupo de edad, a pesar de las predicciones catastrofistas respecto a la no intervención de los padres incluida en la Ley de 2010.

La inmensa mayoría, el 94,6% del total de IVE, se realizan a petición de la mujer y un 5,4% por motivos terapéuticos (grave riesgo salud de la mujer o malformación o grave enfermedad, incluidas las incompatibles con la vida, fetal). Estos últimos son especialmente relevantes, además de por las desigualdades que se sufren en la atención según se viva en una Comunidad u otra, por la negativa mayoritaria de los servicios públicos para atender estas terribles situaciones, que mayoritariamente sobrevienen en embarazos deseados. En los datos sobre estos casos (años 2011, 2015, 2023 y 2024) llama la atención que los casos debidos a malformación o grave enfermedad fetal se mantiene en torno a los 3.000-3.500 por año, mientras los debidos a grave enfermedad de la mujer se han reducido sustancialmente: en 2011 fueron 8.640, en 2015 6.136 y en 2023 3.294. Probablemente este descenso se deba a que muchas de estas mujeres acceden muy pronto a una IVE, englobándose en las IVE por libre decisión.

Sí, este es otro importante dato: la gran mayoría de las IVE se realizan antes de las 8 semanas de gestación (76,6%) y el 96% antes de las 14 semanas. Los abortos terapéuticos de más de 15 semanas son aproximadamente el 4%.

Barreras en la implementación de la ley vigente

La **desigualdad territorial** persiste. Pese a que la ley³ dice textualmente que “se garantizará a todas las mujeres igual acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan”, la realidad es otra: de las 106.172 IVE registradas en 2024, 22.563 (21,2%) fueron realizadas en centros públicos, mientras que 83.609 (78,7%) se hicieron en centros privados concertados. Aunque la participación del sector público aún es muy limitada, las IVE realizadas en servicios públicos en 2011 fueron el 2,9% y en 2015 el 11,7% del total. El problema

1. <https://elpais.com/espana/madrid/2025-10-01/asi-es-el-texto-de-vox-aprobado-por-el-pp-sobre-el-supuesto-sindrome-posaborto-el-aborto-es-un-gran-negocio-para-el-feminismo.html>

2. <https://es.statista.com/estadisticas/725153/evolucion-de-la-poblacion-de-espana/>

3. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/dof/spa/pdf> >>

es que ese 21% de 2024 se alcanza a expensas del buen hacer de muy poquitas comunidades autónomas: Cantabria el 88%, Baleares el 61% y Cataluña el 56% de las IVE. En el otro extremo, las IVE realizadas en servicios públicos en Madrid suponen el 0,5% del total anual, y en Andalucía solo el 0,2%.

Este hecho es doblemente penoso para aquellas mujeres que viven en un territorio donde ni siquiera hay clínicas privadas a las que derivar. Actualmente hay 12 provincias que no disponen de clínicas, ni públicas ni privadas, que atiendan IVE. Por su extensión, Castilla y León es la más castigada (Ávila, Palencia, Soria, Segovia y Zamora), seguida de Castilla-La Mancha (Cuenca, Guadalajara y Toledo). Otras provincias sin recursos son Jaén, Huesca, Teruel y Cáceres, además de Ceuta y Melilla.

La principal herramienta para solventar estas desigualdades ya se contemplaba en la ley de 2010 y se refuerza en la de 2023: la **regulación de la objeción de conciencia**. Y también desde entonces, imás de 15 años! la mayoría de los gobiernos autonómicos hacen oídos sordos, faltando a sus responsabilidades y abogando por lo más fácil, ique todo siga igual!: que el sector privado concertado resuelva lo que ellos no quieren resolver.

Se mantienen, a día de hoy, resistencias profesionales e institucionales y una falta de planificación que hacen que la prestación de la IVE sea la más externalizada del Sistema Nacional de Salud. Y hay más. La ley también dice textualmente que *“por su especial sujeción a plazos, la interrupción voluntaria del embarazo será considerada siempre un procedimiento sanitario de urgencia”*. Aunque la colaboración público-privada es práctica reconocida y aceptable para casos no urgentes, no debería serlo cuando se trata de una atención de urgencia y altamente sensible, más cuando se obliga a tantas mujeres no solo a cambiar de profesional de referencia, sino también de centro, de provincia, de comunidad autónoma...

Otra barrera afecta negativamente a **mujeres migrantes, especialmente vulnerables**. Nos referimos a mujeres que no pueden acceder a la IVE financiada por no disponer de acceso al sistema sanitario público, o encontrarse sin documentación. Estos condicionantes pueden darse en población autóctona, pero el colectivo más afectado es el de las

mujeres migrantes que no disponen del documento DASE (Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros). Tanto la ley de IVE como el marco legal referido a la universalización de la asistencia sanitaria deja en un limbo a estas mujeres. Al haberse quedado en proyecto los cambios previstos en 2024, sigue en vigor el Real Decreto-Ley de 2018, que deja a la interpretación autonómica la atención a estas mujeres. Y una vez más, hay comunidades donde las barreras son menores y otras, como la Comunidad de Madrid, donde son mayores.

En caso de embarazo no deseado, no existe la posibilidad de tramitar la IVE a través de Atención Primaria ni servicios sociales, por lo que quienes disponen de recursos económicos se dirigen directamente a la atención privada. En la mayoría de los casos, en los que esta opción es inviable por su situación económica, recurren al apoyo de algunas entidades, al altruismo de algunas clínicas privadas concertadas y a ONG⁴. Eso sin contar el frecuente miedo de muchas de estas mujeres, que temen repercusiones legales y que desconocen donde acudir para el seguimiento post-IVE o para conseguir anticonceptivos.

¿Qué hacer para mejorar la situación?

Mucho se ha escrito últimamente para contrarrestar el discurso de quienes presionan contra el derecho a decidir⁵ con propuestas que defienden el reforzamiento de las medidas tendentes a que se cumpla la ley, lo que constituiría, en sí mismo, una gran mejora. A partir de la diversidad de propuestas y basándonos en nuestra propia experiencia y reflexión, una posible hoja de ruta sería:

- Todas las provincias deben disponer, al menos, de un centro público donde atender las demandas de IVE. Independientemente del buen papel que las clínicas privadas concertadas están realizando, ninguna mujer puede ser expulsada del sistema sanitario público que la atiende como norma, tal como ahora sucede.

4. <https://efeminista.com/de-boca-en-boca-aborto-mujeres-migrantes-espana/>

5. Lamas S. El aborto en España: barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en España. Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad. Madrid: 2025. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/InformeElAbortoEnEspana.pdf>

- Todos los hospitales públicos, que por definición están acreditados para realizar IVE, deben implementar los registros (que hay que recordar que son confidenciales, porque sobre esto también se están diciendo mentiras) oficiales de objetores de conciencia, como medida para garantizar que el derecho a la objeción de conciencia no vulnere el derecho de las mujeres al aborto.
- Vigilar y sancionar la objeción de conciencia abusiva o fraudulenta, asegurando que se trate de una posición ética personal (nunca colectiva ni institucional) y no de una negativa encubierta a prestar un servicio público. Solo pueden objetar las y los profesionales directamente implicados en la realización de la IVE.
- Las mujeres que necesiten abortar por causas terapéuticas tienen derecho a seguir todo el proceso de interrupción en el mismo centro u hospital donde se produjo el diagnóstico, garantizando cuidados pre y postaborto de manera integral.
- Relacionado con lo anterior, cada hospital debe contar, especialmente en sus unidades de diagnóstico prenatal, con un equipo adaptado a estos casos, evitando toda señalización negativa a las y los profesionales no objetores.
- Los comités clínicos que la ley prevé para IVE de más de 22 semanas deben disponer de criterios consensuados con las sociedades científicas correspondientes para evitar que una misma patología sea aceptable para IVE según el criterio del comité de una comunidad autónoma y no del de otra. Se debe también informar a las mujeres (lo que apenas se hace) de que tienen derecho a elegir a uno de los tres profesionales del comité que revisa su caso.

¿Tiene sentido proteger el aborto en la Constitución?

Recientemente se ha reavivado el debate sobre la inclusión del derecho al aborto en la Constitución. Como referencia, la ola internacional contraria al aborto llevó a Francia en 2024 a incluirlo en su Constitución con el apoyo de una gran mayoría parlamentaria.

En nuestro país la propuesta consiste en añadir un apartado al artículo 43 que regula la protección de la salud. El artículo 43 pertenece al capítulo de los llamados *derechos sociales* y para su modificación se requeriría la aprobación por una mayoría de tres quintos del Congreso y el Senado (altamente difícil por el momento).

*El texto de la propuesta es el siguiente: “Se reconoce el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo. El ejercicio de **este derecho**, en todo caso, **será garantizado por los poderes públicos asegurando su prestación en condiciones de igualdad efectiva**, así como la protección de los derechos fundamentales de las mujeres”.*

El Tribunal Constitucional, en su sentencia de 2023 sobre el recurso del Partido Popular contra la Ley de despenalización, argumentó que la IVE forma parte del derecho fundamental de la mujer a la integridad física y moral (artículo 15 de la Constitución) y también con su dignidad (artículo 10). Algunas personas expertas consideran que esa sentencia abre la puerta a definir mejor el derecho al aborto dentro de los *derechos fundamentales* contenidos en la Constitución, temiendo que su inclusión en el artículo 43 pudiera debilitarlo. El problema es que la inclusión del aborto como un derecho fundamental requeriría la disolución de las Cortes o un referéndum obligatorio, cosa hoy por hoy muy improbable (o casi imposible).

En cualquier caso, pese a su carácter simbólico (debido a las dificultades reales de que la propuesta avance), las personas y profesionales que defendemos el derecho al aborto y a que las mujeres que lo requieren sean atendidas con las debidas garantías, difícilmente podríamos estar en contra de esta propuesta o de cualquier otra que evite criminalizar a las mujeres.

Proteger la salud de las mujeres es proteger, de todas las formas posibles, su **derecho a recibir una información sanitaria conforme al conocimiento científico** (como garantía para elegir la opción más adecuada a su caso particular); **a aprovecharse de los avances tecnológicos en materia de salud sexual y reproductiva; a no exponerse a daños colaterales provocados por malas prácticas y a acceder a los servicios de salud en condiciones de igualdad.** ■



recursos de interés



Recomendaciones sobre uso repetido de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

El European Consortium for Emergency Contraception (Consortio Europeo para la Anticoncepción de Urgencia) resume en esta publicación el conocimiento actual sobre el uso repetido de la PAE y las recomendaciones respaldadas por evidencia científica y detalladas en publicaciones de referencia en materia de salud global y anticoncepción.



https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2025/09/ESP_ECEC_Repeated-use-of-ECP_JAN_2025.pdf

Investigación: “la derecha sale del closet. ataques a feminismos e ideología de género como “batalla cultural”



El Observatorio Universitario de Buenos Aires (OUBA) publica este informe producido desde la Facultad de Filosofía y Letras de

la Universidad de Buenos Aires (UBA). En él se explora cómo la ultraderecha, “con su estética y retórica de lo “viril” y con sus promesas de regreso a unos privilegios supuestamente perdidos -o amenazados- de la masculinidad”, emplea el ecosistema digital, con sus influencers, trolls, fakes y discursos de odio “y viraliza estos mensajes con “datos” irrefutables como posturas de rebeldía frente al orden establecido”.



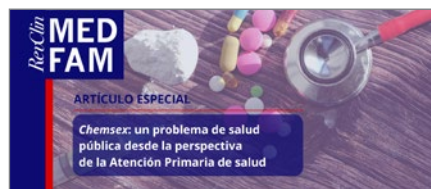
<https://filo.uba.ar/sites/default/files/2025-08/OUBA%20NRO.%2029%20-%20MASCULINIDADES%20EN%20LA%20ERA%20LIBERTARIA.pdf>

El aborto en España: barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo



Este informe, elaborado por la Federación de Mujeres Jóvenes con el apoyo del Instituto de las Mujeres, tiene como objetivo identificar las barreras que persisten en el acceso al aborto y analizar cómo afectan especialmente a mujeres jóvenes, mujeres en situación administrativa irregular y mujeres con discapacidad, y elaborar propuestas para garantizar políticas públicas para un acceso equitativo y efectivo.

<https://www.ivalora.es/wp-content/uploads/2025/11/Informe-WEB-EL-ABORTO-EN-ESPANA-FMJ.pdf>



Chemsex: un problema de salud pública desde la perspectiva de la Atención Primaria de salud

La Revista Clínica de Medicina de Familia publica este artículo especial en el que se abordan aspectos clave del chemsex, incluyendo su contexto sociocultural, la epidemiología en España, las principales sustancias utilizadas y las pautas de diagnóstico y manejo en Atención Primaria. Además, en él se aborda la necesidad de una estrecha coordinación entre distintos niveles asistenciales para proporcionar una atención integral y eficaz a las y los pacientes.

<https://revclinmedfam.com/article/chemsex-un-problema-de-salud-publica-desde-la-perspectiva-de-la-atencion-primaria-de-salud>



para leer



El precio de la reproducción

Laia Forné, Estefanía Izrael y Miquel Missé (eds.).

2025

234 páginas

Bellaterra Edicions

Esta obra colectiva reflexiona sobre qué impulsa a las personas a recurrir a la reproducción asistida, en qué dinámicas sociales se inscribe esta práctica, cuáles son sus efectos y qué modelos la sustentan. Los ensayos y entrevistas quieren sumar voces a un debate social cada vez más relevante. ■



Lo que el cuerpo nos cuenta. Un recorrido físico y político de las mujeres desde la prehistoria hasta hoy

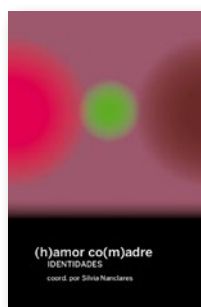
Marga Sánchez Romero

2025

288 páginas

Editorial: Destino

La investigadora Marga Sánchez Romero profundiza en la materialidad del cuerpo, tanto en lo biológico (tejidos, huesos) como en lo social (alimentación, adorno, vestimenta, ejercitación) y analiza cómo el cuerpo de las mujeres se ha usado políticamente a través de la historia. Las páginas de este libro nos muestran normas, gustos, modas e imposiciones sociales que determinan cómo debe ser y qué debemos aparentar desde la prehistoria hasta la actualidad. ■



(h)amor co(m)adre. Identidades

Silvia Nanclares (coord.).

2025

220 páginas

Editorial: Continta me tienes

Coordinado por Silvia Nanclares y con prólogo de Silvia Agüero, y perteneciente a la colección La pasión de Mary Read, en este volumen "sobre todo, se co-cría, se conversa y se cuenta cómo se llega a criar más allá de la manera que nos viene inscrita en el hardware de la memoria cultural reciente", en la norma. Por eso el libro habla de criar desde espacios "históricamente vedados para bolleras, trans, marikis, bisexuales y otras disidencias". ■



Generar parentesco, no población. Debates feministas sobre natalismo

Donna J. Haraway y Adele Clark (comp.)

2025

202 páginas

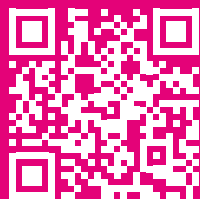
Cátedra

Este libro recoge las visiones de investigadoras de diversas regiones y etnias del mundo sobre "la enredada y espinosa cuestión de la carga humana sobre la Tierra". Bajo la premisa de que nos encontramos en una crisis global sin precedentes, las autoras llaman a encarar la caída mundial de la natalidad como una oportunidad histórica para redefinir el modo en el que vivimos, antes que como un problema, y para imaginar (y recordar) alternativas que formen parentescos raros, refugios multiespecies y pluralidad de proyectos basados en la lógica de la vida y no del capital. ■

¿Estás utilizando el método adecuado para ti?

Para cada etapa,
hay un método
anticonceptivo
apropiado

 **YouTube**
anticonceptivos**hoy**



Escanea el código QR con tu smartphone y accede a la web de anticonceptivoshoy.com

Si quieres que el
anticonceptivo se
adapte a ti y no tú al
método anticonceptivo,
en Organon te ayudamos
a resolver tus dudas



Escanea el código QR con tu smartphone y accede al canal de YouTube en anticoncepción