

Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España

Octubre de 2016

Informe conjunto: Alianza por la Solidaridad, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCIB), Creación Positiva, Federación de Planificación Familiar Estatal, Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FELGTB), Forum de Política Feminista, Fundación para la Convivencia Aspacia, Haurralde Fundazioa, Médicos del Mundo, Plataforma CEDAW Sombra, Red de Mujeres de América Latina y del Caribe en España (Red Latinas), Women's Link Worldwide.



Deficiencias e Inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España

Índice

I. Introducción	05
• La salud de las mujeres en un contexto de crisis económica y políticas de austeridad	
II. Resumen ejecutivo	11
III. Derechos y Salud Sexual y Reproductiva	14
a. Maternidad Segura y Elegida	
b. Acceso a Métodos y Servicios de Anticoncepción	
c. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual	
d. Atención al aborto y salud sexual y reproductiva	
e. La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las distintas orientaciones no heterosexuales y no cissexuales	
f. La salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes	
g. Mujeres en Centros de Internamiento para Personas Extranjeras	
h. Educación Sexual	
i. Violencia Sexual y de Género	
IV. Conclusiones	63
V. Propuestas	67
VI. Bibliografía	70
VII. Entidades	76

Créditos

Editan

Alianza por la Solidaridad
Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI)
Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCIB)
Creación Positiva
Federación de Planificación Familiar Estatal
Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FELGTB)
Forum de Política Feminista
Fundación para la Convivencia Aspacia
Haurralde Fundazioa
Médicos del Mundo
Plataforma CEDAW Sombra
Red de Mujeres de América Latina y del Caribe en España (Red Latinas)
Women's Link Worldwide

Coordinan

Yedra García Bastante
Eva M. Aguilera González
Miguel Reyer Cortina
Sagrario Martín Martín

Diseña y maqueta

Verónica Molines Flores
Email: vmolines@gmail.com

Fecha de publicación

Octubre 2016

Fotografías

Portada: María Luisa García Berrocal
Manifestación Estatal 9N

Alianza por la Solidaridad págs. 11, 12 y 42
Bob J. Galindo pág. 15
Françoise Fontaine pág. 57
Haurralde Fundazioa págs. 62 y 68
Instituto Asturiano de la Mujer pág. 37
Javier Arcenillas pág. 13
Médicos del Mundo págs. 14 y 25
Pexels págs. 7, 16, 30, 36, 38, 54, 56 y 60
Pixabay págs. 59, 60 y 62
Plataforma CEDAW Sombra pág. 64
Roosevelt Pinheiro pág. 28
Salvador Campillo pág. 53
Sara Janini págs. 19 y 66
Thought Catalog pág. 20

Introducción

La salud de las mujeres en un contexto de crisis económica y políticas de austeridad

Las medidas de austeridad que se están llevando a cabo en el Estado español desde el inicio de la crisis económica de 2010 están suponiendo un retroceso importante en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales suscritos por el Estado español desde hace varias décadas. Al respecto, conviene recordar la carta emitida, en 2012, por el Presidente del Comité de Naciones Unidas que da seguimiento al cumplimiento del *Protocolo de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Comité DESC), que preocupado por esta regresión en derechos, recordaba a los estados las obligaciones que han asumido con los derechos humanos:

“

...Además de constituir prácticas contrarias a las obligaciones contraídas por los Estados partes en virtud del Pacto, la denegación o vulneración por estos de esos derechos puede provocar inseguridad social e inestabilidad política y tener efectos negativos importantes, en particular sobre las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, como los pobres, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, las personas de edad... ”

Por su parte, el Comité de Naciones Unidas que da seguimiento al cumplimiento de la

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (Comité CEDAW) manifestó en 2015 su preocupación respecto al Estado español por su retroceso en derechos, específicamente los sufridos por las mujeres en el territorio nacional.

“

El Comité observa con preocupación que la crisis financiera y económica y las medidas de austeridad adoptadas por el Estado parte para hacerle frente han tenido efectos negativos en todas las esferas de la vida de las mujeres. Además, el Comité observa con preocupación que no se han realizado estudios ni evaluaciones para vigilar los efectos de la crisis en función del género. El Comité tiene en cuenta las circunstancias excepcionales a las que se ha enfrentado el Estado parte en los últimos años. Sin embargo, recuerda al Estado parte que, incluso en tiempos de crisis económica y restricciones fiscales, deben realizarse esfuerzos especiales para respetar los derechos de la mujer, mantener y ampliar la inversión social y la protección social, y emplear un enfoque que incorpore las cuestiones de género, dando prioridad a las mujeres que se encuentran en situaciones vulnerables y evitando medidas regresivas¹. ”

Si bien, mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular².

La salud de las mujeres en cifras

“

La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive

”

Párr. 89. Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

Existen factores biológicos, así como socioeconómicos y psicosociales, que determinan la relación de género y salud. Es decir, la desigual relación de poder entre las mujeres y los hombres en los diferentes espacios (doméstico, laboral, etc.) y las

distintas formas de violencias de género repercuten negativamente en la salud física, mental y social de las mujeres.

En la última Encuesta de Salud en España³ podemos observar algunos de estos determinantes de género y salud muy claramente:

- A partir de los 15 años las mujeres presentan peor salud percibida que los hombres. El 33% de las mujeres presentan una percepción de salud regular, mala y muy mala, frente al 25% de los hombres.
- De las diez enfermedades o problemas de salud que la población de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia, todas, excepto la diabetes y los problemas de próstata, son más frecuentes en mujeres.

Las diez enfermedades o problemas de salud que la población de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia

Hipertensión arterial	18,42 %	Dolor de espalda crónico (lumbar)	17,34 %
Colesterol alto	16,48 %	Artrosis (excluyendo artritis)	16,36 %
Dolor de espalda crónico (cervical)	14,70 %	Alergia crónica	13,37 %
Varices en las piernas	9,31 %	Migrañas o dolores de cabeza frecuentes	8,27 %
Depresión	6,89 %	Ansiedad crónica	6,85 %
Diabetes	6,82 %	Problemas próstata (hombres)	5,39 %

Fuente: Elaboración propia según los datos de Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad (2014-4 y ss)

3. Todos los datos son del Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad (2014-4 y ss).



- Más del 15% de la población residente en España presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad. La sintomatología depresiva es prácticamente el doble de frecuente en mujeres (20,36%) que en hombres (10,63%) en todos sus grados de severidad.
- El 20,73% de la población de 65 y más años, 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres, tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria.
- El 36,68% de la población adulta (15+ años) se declara sedentaria. El sedentarismo siempre fue menor en hombres y las diferencias por sexo son muy marcadas, 31,08% en hombres y 42,01% en mujeres.
- La población adulta que declara haber necesitado atención sanitaria en los últimos 12 meses y que no se la pudo permitir por motivos económicos fue la siguiente:

Necesidad no cubierta	% Total	% Mujeres	% Hombres
Atención médica	2,83 %	3,29 %	2,34 %
Atención dental	14,08 %	15,74 %	12,34 %
Medicamento recetado	2,78 %	3,44 %	2,09 %

Fuente: Elaboración propia según los datos de Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad (2014-4 y ss)

Es decir, esbozando algunos datos como los anteriores, podemos ver **la necesidad de un enfoque de género para la salud pública**, el cual vincule la identificación de las formas en que los riesgos para la salud, las experiencias y los resultados son diferentes para las mujeres y los hombres, con la

actuación en consecuencia en todas las políticas relacionadas con la salud. Existen centenares de informes, recomendaciones, formaciones, análisis y contenidos específicos para trabajar esta temática, pero no están protocolizados ni realmente implantados dentro de los sistemas y políticas de salud⁴.

⁴. Ver en bibliografía: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (2008), Observatorio de Salud de la Mujer (2005) y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2004).

La Reforma sanitaria y los recortes en salud: Las mujeres como colectivo tenemos mucho que perder

En los últimos años se han producido una serie de reformas en nuestro Sistema Nacional de Salud que consolidan el modelo híbrido de tipo público/privado. Con la aprobación del *Real Decreto Ley 16/2012 y RDL 1192/2012 Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, se ha dado un salto hacia adelante en la transformación del modelo sanitario universal hacia un modelo de aseguramiento.

En el marco de estas reformas, se deja fuera del sistema público de salud a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, salvo en ciertos supuestos: mujeres embarazadas, menores de edad, solicitantes de asilo, víctimas de trata en proceso de reflexión y los casos considerados de "atención urgente" o que han sufrido un accidente, hasta su alta médica.

Como consecuencia de la reforma sanitaria y los recortes presupuestarios **se están produciendo diferencias en la oferta de servicios sociosanitarios entre las comunidades autónomas, que van a aumentar previsiblemente, y con ello se acentúa la inequidad territorial**. Además, España es uno de los países de la Unión Europea con menos servicios sociales, y parte de este déficit hoy se absorbe por los servicios sanitarios. Grave problema cuando tanto servicios sociales como sanitarios están limitando su oferta.

Los recortes han puesto especial énfasis en el copago farmacéutico como medida de ahorro. Lo cierto es que esta medida, por sí misma, no solo no controla el exceso de gasto, sino que además supone una dificultad en el acceso al tratamiento farmacéutico de las personas más vulnerables y genera desigualdad.

En este contexto se hace necesario visibilizar las consecuencias en la vida y la salud de las mujeres:

El cambio en el acceso al **Sistema Nacional de Salud** perjudica a aquellas que nunca han cotizado y, de manera especial, a las mujeres extranjeras cuya única oportunidad de ser atendidas es si están embarazadas o si se ven afectadas por una dolencia que se considere urgente.

Desde 2013 se han retirado del sistema de reembolso nacional algunos anticonceptivos hormonales de última generación, añadiendo una carga económica a cerca de un millón de mujeres, según estimaciones de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE).

El copago farmacéutico afectará particularmente a las mujeres mayores, que por su mayor supervivencia presentan una incidencia elevada de patologías crónicas que requieren tratamiento. Es previsible que estas pacientes tiendan a auto limitarse de forma indiscriminada el consumo no sólo de analgésicos, sino también de antihipertensivos, hipolipemiantes, y otros medicamentos que son necesarios para controlar patologías graves. Habrá que ver cuál es el efecto sobre las enfermedades tanto agudas como crónicas y sobre la mortalidad⁵.

Se ha reducido un 21,6% el presupuesto del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* para la prevención de la violencia machista, y en un 18% el presupuesto para políticas de igualdad.

Peor salud derivada del cuidado a personas dependientes (se incrementará con los recortes en programas sociales y de dependencia). Las mujeres asumen principalmente el cuidado de las personas dependientes y de menores de edad, así como las tareas del hogar. El número de hogares formados por madre que convive con hijos/as representa el 82,7% del total de los hogares monoparentales y ha crecido en un 2,7% con relación a 2013⁶. El 11,34% de la población de 15 y más años cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica. Es más frecuente que presten cuidados informales las mujeres (13,41%) que los hombres (9,17%), excepto en el grupo de edad de 85+ años⁷. Por sexo, dos terceras partes de las personas beneficiarias de la *Ley de Dependencia* son mujeres.

Existe un impacto negativo en la salud de las mujeres por la realización del trabajo de cuidados, tal y como resume el VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España⁸: *“Los problemas para incorporarse y mantenerse en el mercado laboral, así como los de salud, tienen mayor repercusión en el caso de las cuidadoras, mientras que los problemas económicos se dan con mayor intensidad entre los hombres”*⁹.

Esta situación se ve agravada por la reducción de la cuantía actual de la prestación de cuidador en el entorno familiar junto con las restricciones impuestas para ser reconocido como cuidador, el derecho de carencia de dos años por parte de la Administración para empezar a abonar su importe sin poder exigir retroactividad durante ese periodo, la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social de los cuidadores familiares y la penalización a la comunidad autónoma en la determinación de la cuantía del Nivel Mínimo por conceder dicha prestación. Todas estas medidas constituyen un auténtico arsenal para el acoso y derribo de dicha prestación¹⁰.

Con los recortes se ha producido una reducción de servicios de salud mental y una medicalización excesiva de la salud mental y del malestar de las mujeres, con un abuso de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir: el 21% de las mujeres frente al 11,6% de los hombres¹¹.

5. Cristina Cámara Gonzalez (2012). 6. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Secretaría de Estado de Administraciones Públicas Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015:322). 7. Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad (2014:24). 8. Codorniu, J.M. (2014). 9. Ibid. 10. Codorniu, J.M. (2014:6-8). 11. Ibid.

Otros aspectos generadores de desigualdad en la salud son relevantes, como la invisibilidad de la morbilidad diferencial por falta de investigación y el malestar psicosocial; sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado con palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable (ansiedad, angustia, depresión, somatizaciones: dolores, cansancio, fatiga crónica, fibromialgia, colon irritable...). Entre el 30 y 60% de consultas en Atención Primaria son debidas a este tipo de malestar, y de ellas el 70-80% son originadas por mujeres.

Las mujeres drogodependientes son un grupo muy desconocido en España: sufren una situación de extrema exclusión social y son doblemente estigmatizadas, tanto por el consumo de drogas como por los roles de género asignados a ellas. Estas mujeres son expulsadas de casa por parte de sus familias antes que los hombres; sufren abusos sexuales cuando acuden a comprar drogas y cuando se encuentran bajo los efectos de las mismas, son violadas en muchas ocasiones; y tienen que hacerse responsables de sus hijas e hijos con escasas y, en ocasiones nulas, redes familiares y sociales de apoyo. A menudo las mujeres drogodependientes son víctimas de violencia de género por parte de sus parejas y, sin embargo, no pueden acceder a los servicios de casas de acogida para mujeres víctimas de malos tratos. La reglamentación sobre el funcionamiento de las mismas es de competencia autonómica y existe discrecionalidad a la hora de fijar las condiciones de admisión. En la mayoría de ocasiones quedan excluidas las mujeres con enfermedades mentales graves, enfermedades infecto-contagiosas o con adicción a drogas, por lo que se excluye a un grupo importante de mujeres sin fijarse una solución alternativa para las mismas¹².

Por otro lado, los servicios de deshabituación existentes no tienen en cuenta la realidad de estas mujeres y están adaptados a las necesidades de los hombres usuarios de drogas, siendo programas que exigen que las personas se internen en centros, impidiendo que las mujeres usuarias de drogas con cargas familiares puedan acudir porque no tienen con quién dejar a sus hijos e hijas y desconfían de que los servicios sociales se los vayan a devolver una vez que soliciten que se hagan cargo de su familia. *Un análisis de género en la manera de entender, interpretar y encarar el desarrollo alternativo, el tráfico ilícito de drogas y la rehabilitación del consumo, es indispensable y urgente*¹³.

En este contexto y con objeto de visibilizar el especial impacto que han tenido las llamadas “políticas de austeridad” del Estado español en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el presente documento actualiza información que las organizaciones firmantes han recopilado y que la **Plataforma CEDAW Sombra España**¹⁴ ha transmitido

al **Comité CEDAW** y al *Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre la Cuestión de la Discriminación de la Mujer en la Legislación y en la Práctica*, entre otros informes.

Queremos sacar a la luz la realidad que día a día nos encontramos y que el gobierno español no quiere afrontar.



Resumen



El presente informe ofrece un amplio diagnóstico de situación en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres españolas. Es resultado del trabajo de análisis y recopilación de un nutrido grupo de organizaciones que comparten el objetivo de posicionar en la agenda pública y política las obligaciones pendientes en la materia por parte del Estado, y que han sido señaladas por diversos organismos internacionales y mecanismos de derechos humanos.

Aunque el acercamiento al problema parte del impacto de la reforma sanitaria, el documento aborda diferentes ámbitos afectados por el conjunto de las políticas de austeridad aplicadas en los últimos años.

El Sistema Nacional de Salud de España

había sido hasta ahora valorado a nivel internacional como eficiente, con un gasto sanitario/habitante inferior a la media de la Unión Europea. Sin embargo, tras la reforma sanitaria se ha recortado el modelo sanitario y se están produciendo diferencias de servicios entre las comunidades autónomas, que van a aumentar previsiblemente, y con ello, la inequidad territorial. A esto se suma que España es uno de los países de la Unión Europea con menos servicios sociales y que parte de este déficit hoy se absorbe por los servicios sanitarios.

La aplicación de la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** es casi nula en lo referido a la salud y la educación sexual, dado que no hay presupuesto específico asignado y hay deficiencias en su implantación.



Persiste una **instrumentación excesiva del parto** con altas tasas de cesáreas y episiotomías, especialmente en centros privados. Existen limitaciones de acceso a los métodos anticonceptivos y en los últimos años se ha producido una descapitalización del presupuesto económico en materias relacionadas con la prevención del VIH.

Además, no resulta siempre sencillo acceder a una **interrupción voluntaria del embarazo** a través del sistema público sanitario español. La inequidad territorial es uno de los hechos más significativos. La mayoría de las interrupciones se realiza en centros privados y su coste puede recaer en gran medida en las propias mujeres. Por otra parte, desde septiembre del 2015 un cambio en la legislación estableció más barreras al acceso a las interrupciones voluntarias del embarazo para las jóvenes de 16 y 17 años, obligándolas a buscar soluciones que ponen en riesgo su salud y desprotegiéndolas de cualquier garantía de derechos. Para esta

edad, además, no se cuenta con programas específicos de prevención en materia de derechos y salud sexual y reproductiva.

Los criterios de prioridad para la utilización de los recursos del Sistema Nacional de Salud español en **técnicas de reproducción humana asistida** dan preferencia a mujeres con mejor salud, menor edad, quienes tienen problemas relacionados con la capacidad reproductiva.

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

Desde 1975 no existen campañas de prevención de la violencia sexual de género y no se recogen datos sobre crímenes de violencia contra las mujeres en espacios públicos. En los servicios médicos no hay recursos específicos para tratar la violencia, además de ser destacable la desigualdad territorial en el marco de la atención a víctimas y supervivientes de violencia de género.

La edad mínima legal para casarse ha sido elevada a los 16 años, pero únicamente dos comunidades autónomas (Cataluña y Navarra) han comenzado a legislar al respecto.

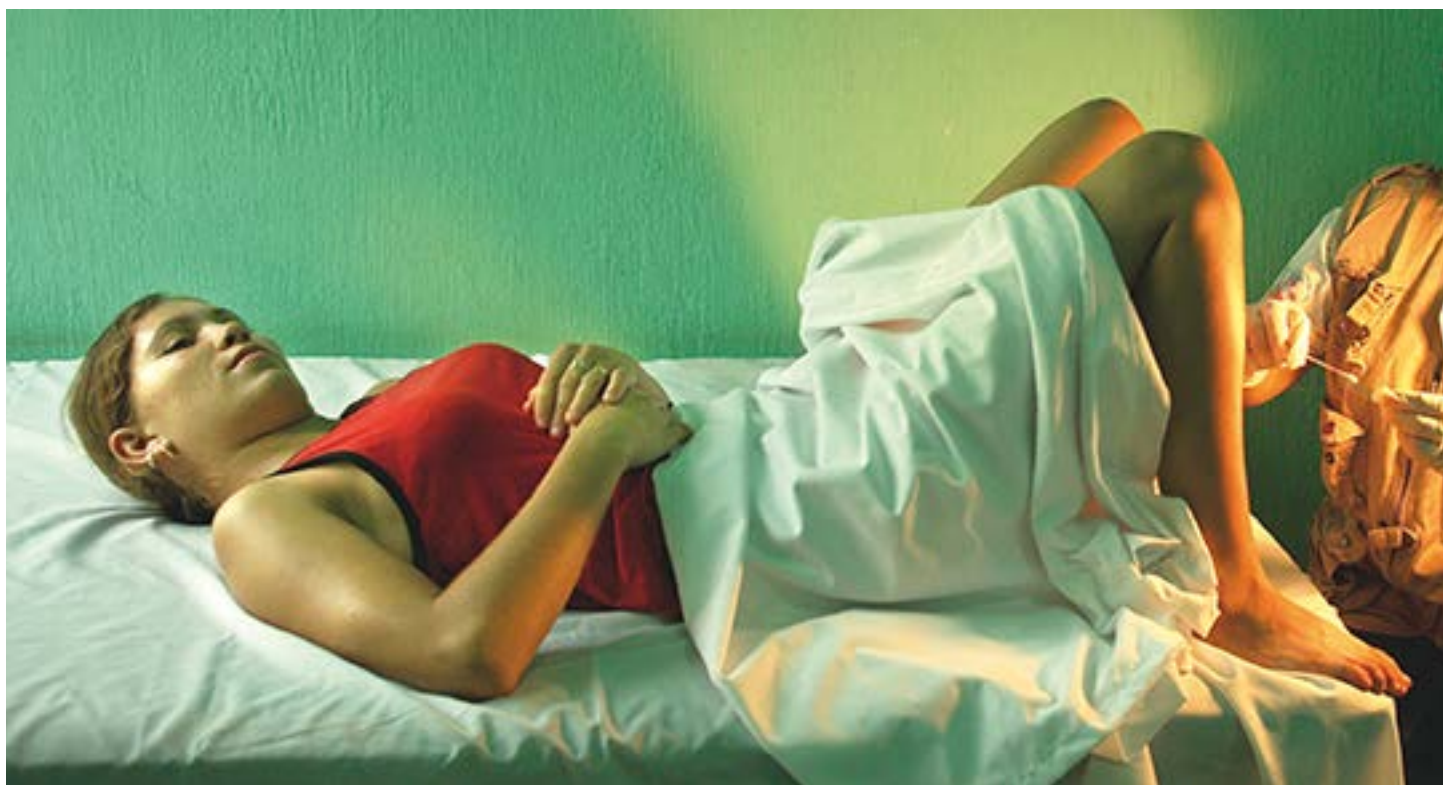
Las mujeres que han nacido fuera de España y las mujeres transexuales son dos grupos de especial vulnerabilidad. Estas condiciones se ven agravadas en los Centros de Internamiento de Personas Extranjeras -CIE- por la falta de atención especializada para mujeres embarazadas, la interrupción o denegación de tratamientos y los abusos y discriminaciones por orientación e identidad sexual.

El Estado español no ha cumplido con sus obligaciones de implementar todos los mecanismos de protección internacional para las víctimas de trata a los que está obligado, adoptando un enfoque de control migratorio

más que de protección. Un ejemplo de ello son las ordenanzas municipales relativas a la prostitución, que como trasfondo persiguen su invisibilización.

En cuanto a la mutilación genital femenina, existe un protocolo estatal que está dirigido a una actuación sanitaria más que a tener una mirada integral que aborde aspectos socio-económicos.

Es decir, a pesar de que se cuenta con una estrategia nacional y legislación específicas, los servicios de salud sexual y reproductiva, cuentan con importantes deficiencias y su acceso y cobertura sanitaria es desigual, dependiendo de la comunidad autónoma en la que se resida y respecto a la situación administrativa individual. Esto repercute negativamente en los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población, especialmente de las mujeres y niñas.





Derechos y salud reproductiva de las mujeres españolas a examen

“

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia ”

Párr. 96.
Plataforma de Acción
de la IV Conferencia
Mundial sobre la Mujer
(Beijing, 1995)

educativas y sociales “el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva”

En el caso de los servicios médicos relacionados con la vida sexual y reproductiva, aunque la legislación sea la misma para todas las comunidades autónomas, el acceso y la cobertura sanitaria son diferentes dependiendo de la comunidad autónoma en la que se resida y respecto a la situación administrativa.

La *Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* tiene como función garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las obligaciones de los poderes públicos. En el artículo 3, donde se establecen los principios y ámbito de aplicación, se indica que “en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes”. Por su parte, el artículo 5 de dicha Ley insta a garantizar a los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias,



En los últimos años se ha mejorado la accesibilidad a procedimientos sanitarios adaptados a mujeres con diversidad funcional, tales como camillas y salas de exploración ginecológicas y mamografías. Sin embargo, aun queda espacio de mejora y especialmente es necesario contar con protocolos comunes de actuación en el Sistema Nacional de Salud. La atención ginecológica adaptada a mujeres con diversidad funcional es diferente según la comunidad autónoma. Por ejemplo, únicamente Andalucía y Murcia han aprobado un protocolo de accesibilidad a servicios de consulta ginecológica para mujeres con movilidad reducida.

Por otra parte, la reforma sanitaria de 2012 también ha truncado los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes en situación irregular, al negarles el acceso a interrupciones voluntarias de embarazos y a medidas de planificación familiar dentro del sistema público nacional. Por su perfil socioeconómico, estas mujeres forman parte de un grupo especialmente vulnerable que puede terminar acudiendo a centros clandestinos por no poder costearse una interrupción voluntaria del embarazo en una clínica privada acreditada.

Bajo este marco normativo estatal, algunas comunidades autónomas han sido pioneras en la protección de los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sin importar la situación administrativa ni el origen, como se abordar en los apartados siguientes.



Maternidad segura y elegida

a

Alta instrumentación del parto

A pesar de que existen la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* y la *Estrategia Nacional del Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, se sigue manteniendo una instrumentación excesiva del parto, con altas tasas de cesáreas y episiotomías. Uno de cada cuatro partos se produce en España por cesárea. Hay grandes diferencias entre dar a luz en un hospital privado (36,8% de cesáreas) o en uno público (21,8%), pero tanto en el sistema privado como en el público se superan las recomendaciones de la OMS, que recientemente ha llamado la atención sobre la necesidad de realizar tan solo las cesáreas



Discriminación en el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida¹⁷:

Según el Artículo 6 de la *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida*:

1.

Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.

La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

que realmente sean beneficiosas, y de establecer criterios homogéneos para analizar y racionalizar la tasa de intervenciones realizadas¹⁵.

Los últimos datos oficiales¹⁶ muestran, además, que la supuesta equidad del Sistema Nacional de Salud no es tal. La evolución de la tasa de cesáreas en estos 11 años es claramente ascendente, mostrando un incremento del 9,5% entre los extremos de la serie 2001 y 2011. Una mujer tiene el doble de probabilidades de dar a luz mediante esta intervención en un hospital público según la comunidad donde resida. La enorme disparidad se evidencia en el caso del País Vasco (12,6% de cesáreas) y Extremadura (27,5%).

Los grupos expertos coinciden en que la ausencia de protocolos comunes impulsados por las administraciones autonómicas que pauten y unifiquen la atención, y las diferencias de recursos humanos y materiales entre unas zonas y otras, ahondan las desigualdades de esta práctica, considerada un indicador clave de la calidad del sistema sanitario. El *Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad* reconoce que las cifras de España son más altas que lo aconsejado por la OMS, aunque incide en que se están mejorando.

Sin embargo, esta redacción se vio modificada radicalmente por la Orden SSI/2065/2014¹⁸ que restringía los tratamientos de reproducción humana asistida a procedimientos terapéuticos “con la finalidad de lograr la gestación en aquellas personas con incapacidad de conseguirlo de forma natural” tras un estudio de esterilidad.

15. Organización Mundial de la Salud (2015). 16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a).

17. Este mismo artículo, en su apartado 3, dice lo siguiente: “Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente. El consentimiento del cónyuge, prestado antes de la utilización de las técnicas, deberá reunir idénticos requisitos de expresión libre, consciente y formal.”

18. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Documento disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

Tras varias sentencias judiciales condenando a las Administraciones Autonómicas por denegar estas prestaciones en otras situaciones, algunas comunidades autónomas han accedido a ofrecer la prestación a mujeres sin pareja o con pareja homosexual. Pero aun en estos casos, encontramos normativas erráticas y restrictivas, y que no están amparadas en leyes de ámbito estatal. Por tanto, es necesario adaptar y actualizar el marco legal existente, tanto la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, como el Catálogo de Prestaciones del Servicio Nacional de Salud.

Existe una gran diversidad entre las comunidades autónomas en lo referente a los criterios de prioridad para la utilización de los recursos del Sistema Nacional de Salud español en técnicas de reproducción humana asistida. A menudo, estos criterios no derivan del análisis del riesgo/beneficio para cada mujer, en cada situación y para cada técnica.

El 80% del total de centros reconocidos para llevar a cabo técnicas de reproducción humana asistida son privados¹⁹, generando una situación de desigualdad de acceso a los servicios, y por tanto, de la posibilidad de ser madres/padres al primar la situación económica. Además, la distribución de centros públicos y privados es muy diversa en cada comunidad autónoma, provocando falta de equidad territorial por la diversidad de centros, protocolos y criterios que rige en cada comunidad.

Acceso a métodos y servicios de anticoncepción

b

El Sistema Nacional de Salud es el principal garante del acceso a métodos anticonceptivos eficaces y eficientes a partir de su financiación pública y del impulso de medidas complementarias de aplicación autonómica para mejorar la atención, tanto a las necesidades de la población general como de la población socialmente más vulnerable.

La *Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, recogía, además de los cambios relativos al aborto tanto en el ámbito educativo como sanitario, varios apartados relacionados con la prevención del embarazo no deseado:

Actualización de las políticas públicas e incorporación de nuevos servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (SSyR).

Información y educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.

19. Registro de centros y servicios de reproducción humana asistida: <http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/centros/home.htm>

▶ Acceso universal a los servicios y programas de SSyR.

▶ Acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.

▶ No discriminación de personas con diversidad funcional.

Al mismo tiempo, establecía la obligatoriedad de elaborar una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:

▶ Con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

▶ Con una duración de cinco años.

▶ Con evaluación bienal que permita la valoración de resultados y, en particular, del acceso universal a la SSyR.

Aunque en 2010 y 2011 se implementaron, de modo desigual, algunas de las medidas comprometidas por ley, a partir de principios de 2012, con la entrada del nuevo gobierno conservador, se produjo una ralentización, cuando no incumplimiento de ellas. Lo más llamativo en el campo que nos ocupa es la paralización de la estrategia citada, como se constata al no existir ninguna medida aprobada por el correspondiente Consejo Interterritorial de 2011 para asegurar el debido cumplimiento por parte de las 17 comunidades autónomas allí representadas.

Como consecuencia, existen importantes limitaciones de acceso a los métodos anticonceptivos, serias deficiencias en los servicios sanitarios que asesoran y prescriben dichos métodos, y desigualdades en función de la comunidad de residencia.

Respecto al acceso a anticonceptivos, en 2011 se produjo a instancia del Ministerio de Salud entrante un cambio en los anticonceptivos financiados por el Sistema Nacional de Salud,

no siempre por motivos puramente sanitarios. En poco más de un año, las usuarias que se beneficiaban de la financiación acordada por el Ministerio de Sanidad de la legislatura anterior se encontraron con cambios de criterios de financiación que pudieron contribuir al incorrecto uso del método que tenían prescrito. Teniendo en cuenta que la eficacia de un método se fundamenta en su correcto uso, tales cambios han podido conducir a fallos, con su consecuencia en embarazos no deseados. Aunque se dispone de decenas de marcas financiadas por el sistema público de salud, los principios activos y las vías de administración son muy limitadas y se deja fuera de esa cobertura a algunos de los métodos, y en especial aquellos con vías de administración más cómodas, como los anillos o los parches.

Al igual que ocurre con el resto de fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud, en función del nivel de ingresos de las personas y familias, aproximadamente el 50% del coste corre a cargo de la usuaria.

Se constatan especiales barreras de acceso a métodos de larga duración como los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes anticonceptivos, bien por no estar financiados (caso del DIU de cobre), o por estar financiados sólo a nivel hospitalario (caso del DIU con progesterona) o por existir dificultades en la prescripción (caso de los implantes). La disponibilidad gratuita de estos métodos en los servicios autonómicos de salud (centros de atención primaria, de planificación familiar o especializada) es muy desigual, no sólo entre las 17 comunidades, sino entre distintos servicios o zonas dentro de las propias ciudades.

Los preservativos se pueden conseguir gratuitamente en algunos recursos socio-sanitarios muy específicos, también desigual y discontinuamente en función del presupuesto disponible y de la voluntad política de los gobiernos autonómicos. Mayoritariamente se distribuyen en el marco de programas para jóvenes y de prevención de VIH/SIDA y dejan fuera a gran parte de personas en situación socioeconómica desfavorable, ya sea por no tener cobertura sanitaria, por no saber dónde acudir o porque esos servicios dejan de funcionar inesperadamente.

Según una encuesta poblacional de 2014,²⁰ sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España entre mujeres de 15 a 49 años, el uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual es referido por el 74%, dato que, aún siendo alto, indica que una tercera parte de ellas no lo usan, con los consiguientes riesgos que ello conlleva. Es

importante señalar que el menor uso es referido por las mujeres con un bajo nivel de estudios (solo primarios) y con ingresos bajos –solo los usan el 42% y el 40% respectivamente–.

La encuesta citada arroja otros datos sobre el uso de métodos anticonceptivos en el momento actual: un 72.7% de las mujeres encuestadas responde afirmativamente, y un 27% negativamente a la pregunta sobre si utilizan algún método anticonceptivo. De las que sí los usan, la mayoría se decanta por el preservativo (31%), seguido de la píldora anticonceptiva (16,5%) y de los métodos irreversibles - ligadura de trompas y vasectomía - (13%). A más distancia están los DIU (de cobre y de hormonas), con un 6%, el parche y anillo (4,5%), métodos de abstinencia y otros llamados naturales (1%), y el implante anticonceptivo (0,5%). Queda claro el bajo uso de los métodos a largo plazo (DIU e implantes), cuya eficacia no depende del uso correcto o incorrecto por parte de las mujeres.



A la luz de todo lo anteriormente expuesto, se constata que al desigual acceso a métodos anticonceptivos eficaces en función de la zona donde se viva, y a la dificultad para encontrar centros específicos donde recibir atención de calidad en salud sexual y reproductiva por parte de la población general, se unen importantes limitaciones para atender a personas con necesidades especiales como serían las más desfavorecidas social y económicamente, jóvenes, migrantes o aquellas con diversidad funcional o sexual.

Un caso especial: la anticoncepción de urgencia



Ante las intenciones del gobierno actual de limitar el acceso a las píldoras anticonceptivas de urgencia sacándolas de la libre dispensación (disponible en la inmensa mayoría de los países europeos) y volviendo a la necesidad de prescripción médica, la *Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios* (AEMPS) llevó a cabo una revisión científica sobre su funcionamiento y posibles efectos adversos y consecuencias para la salud de quienes la consumen. Su informe fue contundente: ni las españolas abusan de la píldora del día después, ni el fármaco causa reacciones adversas que no estén controladas²¹.

A pesar de este informe, coincidente con la posición de entidades socio-sanitarias como la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), la Sociedad Española de Contracepción (SEC) o la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), existen obstáculos a su acceso especialmente para la población más vulnerable. En ciertas zonas, incluyendo gran parte del medio rural, algunas farmacias niegan la venta de dichas píldoras por motivos ideológicos. Además, su precio en farmacia es elevado (alrededor de 20 euros).

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

Recientemente se han puesto de manifiesto algunos de los obstáculos descritos para acceder a la anticoncepción de urgencia a partir de una sentencia del *Tribunal Constitucional*²² que avaló la objeción de conciencia de un farmacéutico que se negó a vender la píldora del día después en su farmacia. Al no tratarse de un medicamento abortivo, desde un punto de vista sanitario no puede entenderse la resolución del Alto Tribunal que en este caso situó por encima de la ciencia y de la salud las creencias religiosas, lo que repercute muy negativamente en el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos, incluso los autorizados. La controvertida sentencia causó perplejidad al contradecir otras dos sentencias por casos similares del *Tribunal Europeo de Derechos Humanos* y la opinión de múltiples organismos científicos²³.

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

C

c.1 La política de recortes del gobierno ha llevado a una reducción drástica de los programas de prevención del VIH

Conforme a las conclusiones del propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *"desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 84.679 casos de sida"*.



*"La proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no es España ha ido subiendo progresivamente desde el año 1998 hasta alcanzar el 28,6% en 2014. Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH son similares a las de otros países de la región Europea de la OMS, aunque superiores a la media de los países de Europa Occidental y de la Unión Europea. El diagnóstico tardío disminuye levemente, pero continúa siendo elevado"*²⁴.

Si bien es cierto que desde el año 2014 se está produciendo cierto incremento en el presupuesto para prevención de VIH, este aumento es mínimo en comparación con la drástica reducción del 90% presupuesto para el Plan Nacional sobre el Sida durante 2012. Este hecho ha llevado a una descapitalización del presupuesto económico en materias relacionadas con la prevención del VIH.

Además, con esta reducción quedan desprotegidas las poblaciones más desfavorecidas y las que más grado de vulnerabilidad sufren, como las personas drogodependientes, personas en situación de prostitución y personas privadas de libertad, que son invisibilizadas y que han visto cómo han sido reducidos o suprimidos de forma drástica los programas subvencionados que las apoyen.

Al desglosar los datos más recientes, encontramos que las relaciones heterosexuales supusieron el 26,0% del modo de transmisión de los nuevos diagnósticos de VIH en 2014. Aunque en el conjunto de los datos la mayoría de las personas diagnosticadas son hombres (fundamentalmente gracias a la transmisión por las relaciones sexuales entre hombres), en el caso de las relaciones heterosexuales, las mujeres representaron el 81,7% de dicha categoría de transmisión, esto muestra su mayor vulnerabilidad frente a la infección en las relaciones heterosexuales.



Entre las mujeres diagnosticadas en 2014, un 15,2% del total de los casos, más de la mitad eran inmigrantes²⁵. Sin embargo, los programas de prevención, diagnóstico y apoyo dirigidos a mujeres se han reducido dramáticamente a lo testimonial y el Ministerio de Sanidad no ha vuelto a realizar ningún informe sobre la situación epidemiológica del VIH en mujeres desde 2008²⁶.

Por otro lado, los datos epidemiológicos inciden en invisibilizar a las mujeres transexuales que, excepto en algunos informes específicos, quedan incluidas en la categoría de hombres que tienen sexo con hombres, haciendo valer así su sexo de asignación y no su identidad de género. Sin embargo, los datos sobre infección por el VIH en personas atendidas en centros de ITS muestran que la prevalencia de la infección entre las mujeres trans que acudieron por primera vez a uno de estos centros alcanzó el 23%²⁷.

Como admite el propio Plan Nacional sobre el Sida, *“la infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias”*. Sin embargo, persisten numerosas barreras estructurales hacia la prevención y la promoción de la salud sexual como muestra el hecho de que en 2008 más del 50% de las mujeres no hubieran acudido nunca a un centro de planificación familiar²⁸.

Aunque está previsto que en los centros de atención primaria se dé información y atención a la anticoncepción y prevención de embarazos imprevistos, la realidad, a tenor de los datos, es que no se están prestando tales servicios. Es decir, persisten dentro del

sistema socio sanitario barreras estructurales en la prevención del contagio de infecciones de transmisión sexual –además de embarazos no deseados– que requiere de estudios en profundidad.

En España, la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todas las personas. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2014 presentaba diagnóstico tardío. Es esencial que la población y el equipo de profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible. Durante el periodo 2009-2014, el diagnóstico tardío no ha disminuido en ningún modo de transmisión²⁹.

Respecto a los nuevos casos de sida, la información aportada por el Registro Nacional indica que, tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz, la reducción de la incidencia de sida en España ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.

25. Ibid. 26. Plan Nacional sobre el Sida (2008). 27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad. Grupo EPI-VIH- Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS. 2000-2013. Madrid, Abr. 2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2013.pdf. Consultado el 19 de septiembre de 2016.

28. Soriano Villarreal I, Mazarrasa Alverar L. La sanidad Pública de espaldas a los derechos de las mujeres. Mujeres ante el congreso: Feministas ante la nueva regulación del aborto. Madrid, May 2009. Disponible en: <http://www.trasversales.net/sanidadymujeres.pdf>. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007. Madrid, 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2007.pdf

29. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo (2015:10).

Atención al Aborto y Salud Sexual y Reproductiva

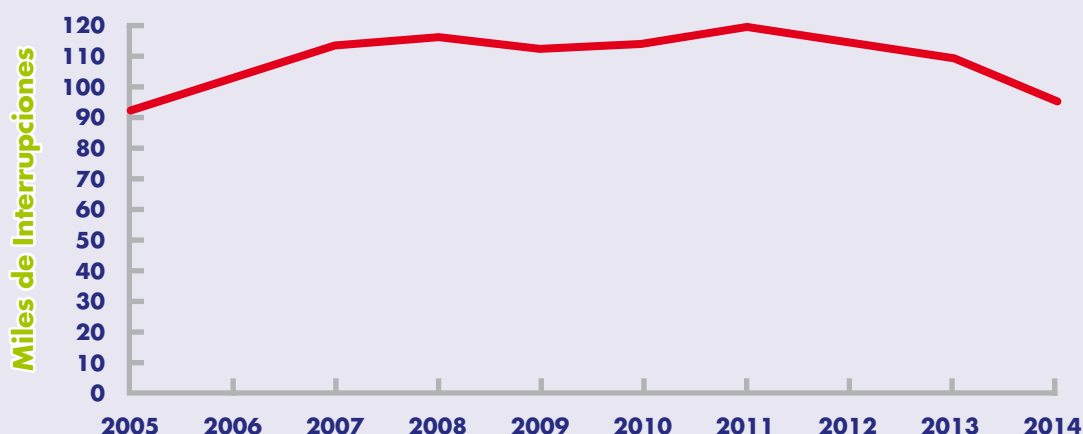
d

La *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* establece que el aborto se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las catorce semanas y hasta las veintidós semanas si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Más allá de las 22 semanas de gestación, la decisión pasa por un Comité Clínico que autoriza la interrupción según su criterio de riesgo fetal e incompatibilidad con la vida. Cada comunidad autónoma debe tener al menos un Comité Clínico en el servicio público y, en todas ellas, actúan con criterios desiguales y connotados ideológicamente que deja a un grupo de mujeres en una situación de desprotección y vulnerabilización extrema y que las obliga a buscar soluciones también extremas –ya sea en otros países o en el nuestro, de manera clandestina.

Cuando la decisión es exclusiva de la mujer, se le obliga a mantener tres días de reflexión y siempre se avala el derecho a la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la realización de la interrupción del embarazo, siempre que la institución adopte las medidas oportunas para atender la demanda.

La puesta en marcha de la citada Ley se ha acompañado de resultados favorables en lo relativo a la disminución de la tasa de aborto que, contrariamente al temor de los sectores conservadores, no solo no ha aumentado si no que va disminuyendo³⁰ tanto a nivel estatal como en cada una de las distintas comunidades. Sin embargo, esa tasa sigue siendo desigual entre las diferentes comunidades autónomas. Un dato que está relacionado con multitud de factores, como por ejemplo la presencia de población inmigrante o la facilidad de acceso a métodos anticonceptivos incluida la anticoncepción de urgencia.

Figura 3. I.V.E. España. Evolución 2005-2014 (en miles)



Fuente: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c:19).

30. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c).

Pese a que la Ley citada y sus dos decretos acompañantes mejoraron notablemente el acceso al aborto legal y seguro en nuestro país, diversas barreras siguen ocasionando serios problemas a las mujeres que se enfrentan a una interrupción legal del embarazo.

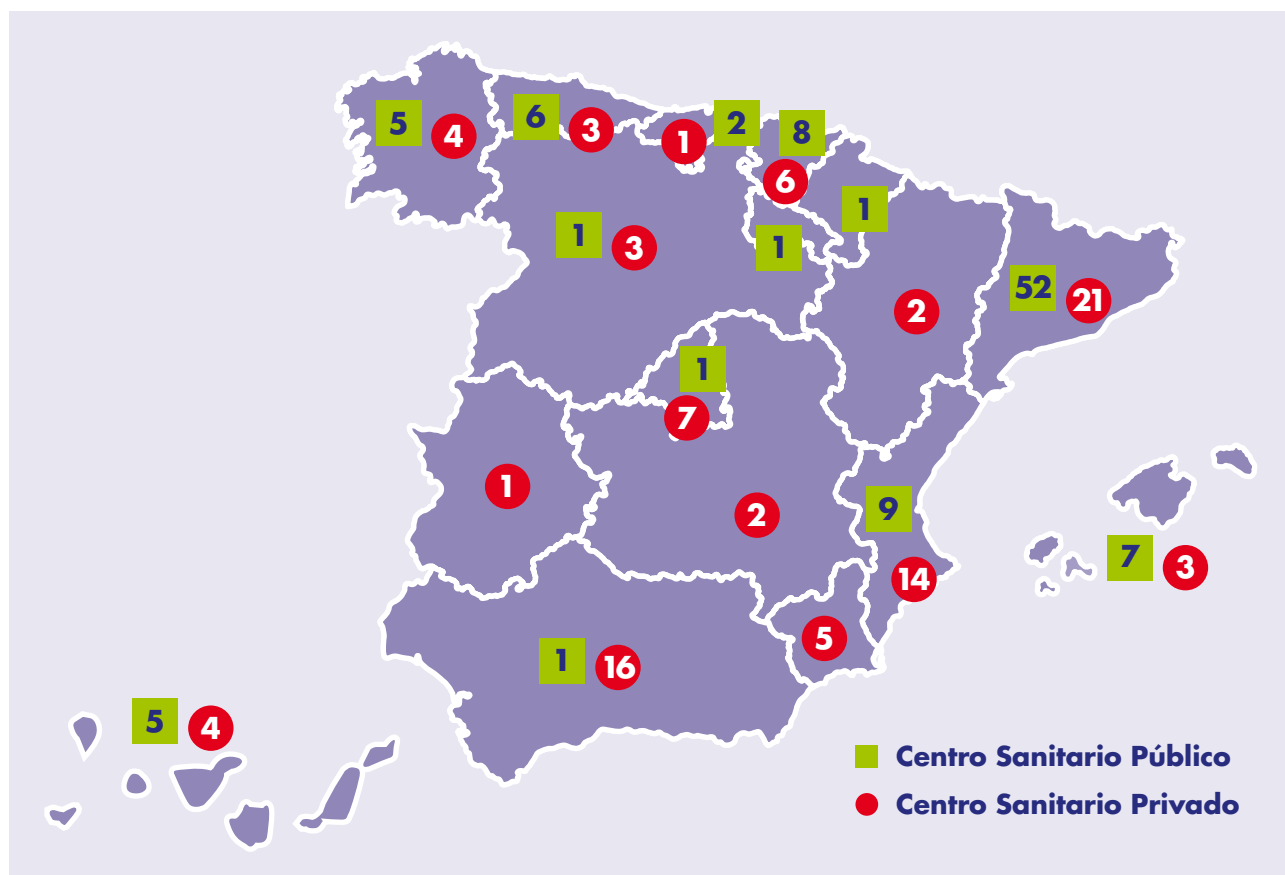
Desigual acceso a los servicios y a la financiación pública

La legislación establece que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe estar incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, pero no resulta siempre sencillo el acceso a los servicios públicos de salud. Año a año se confirma un trato no igualitario en el Estado español con grandes diferencias por comunidades. Solo el

10,1 % de las IVE se hicieron en la red sanitaria pública en 2014, lo que significa que el 89,9 % se realizan en el sector privado mediante concertación de servicios.

El mapa siguiente (extraído del informe oficial del Ministerio de Sanidad ya citado) pone de manifiesto tal desigualdad.

Figura 7. Distribución de centros que han notificado I.V.E.s. según comunidad autónoma y dependencia patrimonial. España 2014.



Fuente: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c:20).

En cuatro comunidades (Aragón, Castilla León, Castilla La Mancha y Murcia) no se realizó ningún aborto dentro de su sistema público y fueron todos derivados a centros privados acreditados y concertados –incluidas clínicas ubicadas fuera de la ciudad e incluso de la comunidad autónoma de residencia. En todas las demás, el número de las interrupciones voluntarias de embarazo registradas en los centros públicos, salvo en el caso de Baleares, es ostensiblemente inferior a las registradas en los centros privados.

Otras causas de desigualdad en el acceso a este servicio sanitario se relacionan con la falta de regulación de la objeción de conciencia, que a veces permite subrepticamente, burlando el espíritu y la letra de la ley, que la totalidad del personal de un centro sanitario objete.

Aunque el informe del Ministerio de Sanidad no recoge el dato del porcentaje de abortos que son costeados íntegramente por las mujeres,

diversos informes autonómicos arrojan cifras muy diversas al respecto. Mientras, por ejemplo, en Andalucía el porcentaje de financiación pública sobrepasa el 90% de los casos, en Madrid, de acuerdo al último informe oficial³¹ se financiaron el 68,6%. Aunque la opción de financiación es igual para todas las mujeres, esa desigualdad debe sustentarse en factores de accesibilidad ya que desde un punto de vista demográfico no existen tantas diferencias entre las mujeres que viven en una u otra comunidad autónoma.

Las mujeres que desean interrumpir voluntariamente su embarazo deben recibir, de acuerdo con la ley, información clara, objetiva y comprensible. No obstante, la calidad, accesibilidad e imparcialidad de la información depende de la comunidad autónoma en la que se viva y hasta del servicio y/o profesional de referencia y existe una enorme disparidad territorial. A todo ello se une la carencia generalizada de formación a profesionales sobre este tema que incrementa, todavía más, la información sesgada, que va en contra de la decisión libre y voluntaria de la mujer, o incluso que ni siquiera se proporcione información sobre anticoncepción y sexo seguro.



31. Comunidad de Madrid (2015).

Dificultades de acceso al método farmacológico

Según los informes oficiales la mayoría de las mujeres recurren al aborto en estadios muy tempranos del embarazo.

Tabla 5. Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional.

Año	8 ó menos semanas (%)	9 - 12 semanas (%)	13 - 16 semanas (%)	17 - 20 semanas (%)	21 ó más semanas (%)	No consta (%)
2014	70,18	19,20	6,25	2,87	1,50	0,00
2013	68,51	21,62	5,92	2,63	1,33	0,00
2012	68,10	22,15	5,87	2,61	1,27	0,00
2011	65,56	24,22	6,14	2,73	1,35	0,00
2010	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07

Fuente: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla5

Aunque la información oficial sobre las técnicas utilizadas adolece de ciertas limitaciones metodológicas, se puede deducir un limitado y desigual acceso a un método, el farmacológico (AF), de gran eficacia y seguridad cuando se utiliza hasta las 7-9 semanas de gestación. Tomando como referencia las IVE tempranas, se calcula que el recurso al AF se produce sólo en aproximadamente el 20% de los casos, siendo el 80% quirúrgico. Y también que del total de IVE (94.796 según el último registro de 2014), cerca de 60.000 serían susceptibles de realizarse con pastillas.

Este método, que muchas mujeres y la evidencia científica consideran sencillo, cómodo y con escasos efectos secundarios, debería ofrecerse a todas las mujeres que demandan aborto hasta las 7-9 semanas de gestación para darles verdaderamente la opción de elegir libremente sobre el método a seguir.

Una vez más hay enormes diferencias entre unas comunidades y otras. Las que realizan porcentualmente más aborto farmacológico (AF) respecto al quirúrgico son³²: Baleares (53%), País Vasco (50%), Cataluña (41%), Navarra (38%) y Galicia (28%). Y las que realizan menos son: Castilla León y Canarias que no realizan ninguno; Extremadura (1% AF), Madrid (4% AF) y Andalucía (9% AF).

Esa variabilidad no puede justificarse solo por factores propios de las mujeres que demandan interrupciones voluntarias de embarazo ya que las características socio-demográficas o sanitarias no varían tanto según el lugar donde residan. Tampoco hay razón para pensar que el tiempo de gestación con el que las mujeres llegan a las clínicas varíe especialmente ya que el aborto precoz es una característica que aparece en los registros de todas las comunidades.

32. Elaboración propia a partir de informe Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c:20).

Tanto en la prevención del embarazo no deseado como del acceso a la interrupción legal de un embarazo cuando éste no pudo evitarse, existen desigualdades según la situación social, que a su vez se relaciona con el nivel de estudios y los ingresos económicos, afectando especialmente a las personas en situación desfavorable.

Nuevamente, la aprobación del *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas*

Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones, ha supuesto un retroceso para los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres más pobres, entre las que se encuentran las inmigrantes en situación administrativa irregular, no pudiendo acceder a interrupciones voluntarias de embarazos ni a medidas de planificación familiar dentro del sistema público. En estos dramáticos casos, algunas mujeres pueden recurrir a técnicas peligrosas o a centros clandestinos de dudosa calidad para interrumpir su embarazo que, además, puede encontrarse en estado más avanzado si recordamos la generalizada desinformación que señalábamos arriba.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las distintas orientaciones no heterosexuales y no cissexuales³³

e

Exclusión en el acceso de las parejas de mujeres a las técnicas de reproducción asistida en la Cartera Básica de Servicios

Según la *Orden Ministerial 2065/2014 de 31 de Octubre*, se limita la financiación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida a las personas que no consigan el embarazo “*tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos*”, excluyendo de esta manera a las parejas de mujeres.

“

La incapacidad reproductiva de una persona que quiera lograr una gestación puede resultar devenida por muchos motivos, entre ellos la imposibilidad de mantener relaciones sexuales potencialmente reproductivas, como es el caso de las parejas de mujeres

”

33. Cissexual: persona cuya identidad de género y expresión de género se alinea con el sexo que se le asignó al nacer (ILGA-Europe Glossary).

Estas circunstancias tienen en común, que el protocolo de diagnóstico que debería constatar para el acceso a estas técnicas, recae sobre la elección de la mujer para formar un tipo de familia homoparental, monoparental o heteroparental. Instar a una mujer a elegir una pareja u otra para acceder a estas técnicas vulnera principios constitucionales y jurídicos reconocidos y no se muestra de acuerdo al principio de autonomía y no-maleficencia de la ética.

Reconocer la incapacidad reproductiva de la persona que quiere lograr una gestación, evitando discriminaciones y poniendo en valor la función que han supuesto los tratamientos de Reproducción Humana Asistida, significa no exigir a la mujer que quiere lograr la gestación que su pareja sexual sea de un sexo u otro, o que ni siquiera tenga pareja. Las técnicas de reproducción humana asistida han hecho posible la reproducción sin relaciones



sexuales. Si una pareja de mujeres está conductualmente incapacitada para realizar coitos potencialmente fecundantes, indudablemente es estéril y esta incapacidad reproductiva tiene una etiología y una fisiopatología que son ajenas a su voluntad.

El 15 de Septiembre de 2015, el juzgado de lo social de Madrid condenó a la Consejería de Sanidad por discriminación por orientación sexual al denegar el tratamiento de Técnicas de Reproducción Humana Asistida a una pareja de mujeres alegando que el contenido de la orden ministerial (Orden Ministerial 2065/2014 de 31 de Octubre) no puede contravenir una norma con rango de Ley, que establece el derecho a la asistencia sin discriminación por orientación sexual (Sentencia 319/15).

No existe amparo legal en el procedimiento de donación de gametos entre la pareja de mujeres y el reconocimiento de la madre que cede los óvulos

La cesión de gametos en el seno de parejas casadas heterosexuales está regulada en la Ley de Reproducción Asistida, pero queda un vacío interpretativo respecto a los matrimonios de mujeres. A día de hoy, la Ley no recoge de manera expresa la posibilidad

de la cesión de gametos entre las parejas de mujeres casadas. La normativa vigente habla, en lo referente a esta técnica, de "marido", "varón no casado" y "paternidad", lo que está produciendo en algunos casos "interpretaciones restrictivas".

No se le reconoce la maternidad a una de las dos componentes de la pareja, ya que en la legislación española la maternidad se determina exclusivamente por parto, y por tanto en la donación de óvulos fecundados no se considera madre a la donante. Como resultado tampoco se admite la filiación compartida a excepción de si están casadas. Todo ello a pesar de que la *Comisión Nacional de Reproducción Asistida* ha reconocido que no hay ningún problema legal para que en una pareja de mujeres una de ellas done un óvulo fecundado a la otra para que pueda quedarse embarazada.

Una mujer es la madre biológica genética (que ha aportado su óvulo para el embarazo con semen anónimo) y la otra biológica gestacional (que ha puesto el útero), mediante la técnica ROPA (Recepción de Ovocitos de la Pareja), pero para el reconocimiento de ambas como madres se requiere que estén casadas, según establece el artículo 7.3 de la *Ley 3/2007, de 15 de Marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*.

España ocupa uno de los primeros lugares europeos en donación de ovocitos y en diagnóstico preimplantacional lo que ha provocado que sea el principal país europeo en turismo reproductivo (el 50% de todos los tratamientos de la Unión Europea se realizan en nuestro país). Pero esta situación también ha sido causa de desigualdad y discriminación y ha incrementado el riesgo para la vida y la salud de muchas mujeres sometidas a hiperestimulaciones ováricas y técnicas para la donación de ovocitos de forma repetida.

Otros países europeos controlan mejor los criterios para la donación, especialmente los incentivos económicos que parecen ser el motor que estimula donaciones con escaso control. En España, si bien este proceso está regulado por la legislación, es un hecho aceptado, incluso por las clínicas de reproducción asistida que está muy mediado por la compensación económica que conlleva. El perfil de donantes es mujer joven, estudiante o no con problemas económicos, como apoyaría el hecho de que durante la crisis económica hayan aumentado mucho las donaciones.

Por el contrario, en los servicios públicos hay falta de bancos de semen y ovocitos. El número de centros públicos con programas de donación (de espermia y de ovocitos) es muy limitado y/o inexistente en muchas comunidades debido a la ausencia de partidas presupuestarias para esos fines. Ello conduce a que todas esas gestiones pasen por servicios privados que cuentan con dichos bancos, y se derive a pacientes del servicio público a los mismos.



Cada comunidad debería contar con uno o dos bancos de semen centralizados para poder suministrar a los centros de la zona. En el caso de los bancos de ovocitos, debido a la criopreservación tendría que organizarse un sistema similar que al de los bancos de semen aunque teniendo en cuenta su complejidad.

No reconocimiento de la filiación compartida de los hijos e hijas de las parejas de mujeres no casadas



En las parejas de mujeres que no están unidas en matrimonio, la maternidad de la madre no gestante queda sin reconocimiento, lo que conlleva a la discriminación entre mujeres solteras y casadas.

Para el reconocimiento de ambas como madres se requiere que estén casadas, según establece el artículo 7.3 de la *Ley 3/2007, de 15 de Marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*.

Propuesta de Ley Estatal de Identidad Sexual y Expresión de Género

La Plataforma por los Derechos Trans **#NadieSinIdentidad**³⁴ y la Mesa de Trabajo por un Ley Integral Trans de ámbito estatal han presentado recientemente a los distintos partidos políticos una Propuesta de Ley, cuyos puntos principales son:

Respeto efectivo a la dignidad y a los derechos fundamentales de las personas transexuales, con especial atención a menores de edad, al reconocerles el derecho a la identidad sexual autopercebida, despatologizando la transexualidad en la línea reclamada internacionalmente por parlamentos y organismos, incluidos el Consejo de Europa.

Supresión de la necesidad de acreditar la identidad sexual a través de informes psicológicos o psiquiátricos, y de someterse a tratamientos médicos, tanto para rectificar el sexo registral como para que les traten conforme a la identidad sexual a todos los efectos y en todos los ámbitos.

Extensión de este derecho a las personas intersexuales y a aquellas con expresión de género no binaria. Para ello, se incluye la opción de que en el registro civil, en la mención del sexo figure No determinado.

34. Más información en: <http://chrysallis.org.es/campana-de-adhesiones-a-la-propuesta-de-ley-de-identidad-sexual-y-expresion-de-genero/>

Implantación de medidas de protección y contra la discriminación por razón de identidad sexual, así como para favorecer la inserción social de las personas transexuales, contemplando la existencia de un cupo laboral del 1 por 100 en las Administraciones públicas y grandes empresas, en la línea iniciada en otros países. Asimismo, derecho por parte de los hombres Transexuales a uso de las Unidades de Reproducción asistida, por la capacidad de gestar de un hombre transexual, se hace del todo necesario la inclusión de esta realidad dentro de los protocolos de atención en dichas unidades.

En el Estado Español varias comunidades autónomas han legislado en la materia en los últimos años:

Navarra *Ley Foral 12/2009, de 19 de Noviembre, de no Discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

Euskadi *Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales y Protocolo del 2016/04/16 para los centros educativos en el acompañamiento al alumnado trans con comportamiento de género no normativo y a sus familias.*

Canarias *Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.*

Respecto a estas tres leyes su problema principal radica en que son leyes patologizantes y vulneran los Derechos Humanos ya que la identidad sexual de una persona depende de otra/s quienes decidirán si se es o no mujer u hombre.

Por otra parte, Andalucía, Extremadura, Murcia y Madrid han legislado recientemente con leyes que se basan en la autodeterminación y no tienen sesgos patologizantes:

Andalucía *Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.*

Cataluña *Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia (si bien no es exclusiva de transexualidad es la única del Estado Español que recoge por primera vez sanciones administrativas en la vulneración de derechos de las personas transexuales).*

Extremadura *Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura.*

Murcia Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Madrid Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid y Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBIfobia y la discriminación por razón de orientación e identidad sexual en la Comunidad de Madrid.

Algunas de las leyes autonómicas más recientes, como las de Madrid o Murcia, recogen la posibilidad de congelación de tejido gonadal y células reproductivas para su futura recuperación que deberá ser ofertada a las personas trans antes del inicio del tratamiento hormonal.

Por otra parte, existe un único referente en Cataluña incorporado dentro del Servicio Público de Salud de ámbito ambulatorio y que tiene como objetivo ofrecer un servicio y atención sensible y respetuoso con la diversidad de los cuerpos. El **Programa TRÀNSIT** ofrece los servicios básicos de ginecología y, a la vez, atiende la necesidades particulares de las personas trans. Este programa solamente se aplica en un centro de salud de Barcelona y sería imprescindible desplegar el modelo en todo el territorio³⁵. En lo que respecta al Sistema Educativo, de momento ningún currículum de España contempla medidas de atención a la diversidad del alumnado.



La salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes

Obligación de Informar para Acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

A pesar de que el Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) le indicó al estado español su preocupación “por el nuevo proyecto de ley que contempla la posibilidad de que el aborto de las niñas de 16 a 18 años de edad dependa del consentimiento de los padres, cuidadores o tutores³⁶”; se ha producido la aprobación de la **Ley Orgánica 11/2015**, para Reforzar la Protección de las Menores y Mujeres con Capacidad Modificada Judicialmente en la Interrupción Voluntaria del Embarazo, estableciendo que: “Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de

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

La atención específica a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es una asignatura pendiente en el Estado español, tal y como también recoge el *Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de*

35. Más información en:

<https://transformalasalut.wordpress.com/2016/05/23/els-dos-models-datencio-sanitaria-per-a-persones-trans-a-catalunya-la-unitat-didentitat-de-gener-e-i-transit/>

36. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015:párr. 30b).

anticonceptivos modernos en 16 países de la UE: “Las personas expertas consideran que el gobierno no ofrece a las y los profesionales de la salud y proveedores de servicios el apoyo y seguimiento necesarios para garantizar unas prácticas profesionales respetuosas con las y los adolescentes y jóvenes en cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos³⁷”. A esto se suma la obligatoriedad de que las chicas de 16 y 17 años que han decidido interrumpir su embarazo cuenten con el permiso de sus progenitores.

“

En 2014,
según datos del
Ministerio de Sanidad,
se registraron

94.796
interrupciones del
embarazo, de las
cuales solo un 3,35%
correspondieron a
mujeres comprendidas
de 16 y 17 años³⁸

”

Por otro lado, según el estudio que ha realizado Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo³⁹ en 2014, las mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres o madres la decisión de interrumpir el embarazo, representan tan

sólo un 0,44% respecto al total de las mujeres que han interrumpido su gestación en este estudio.

Los datos sobre la incidencia de interrupciones voluntarias de embarazos en menores nos indican que el porcentaje que recurre a esta intervención es pequeño, por otro lado, en la conocida como *Ley del Paciente*⁴⁰ en su artículo 9.4 fija en 16 años la autonomía para el consentimiento informado en una intervención, por lo que establecer una medida tan restrictiva que apenas va a tener impacto numérico y que supone un riesgo para la salud de las menores, no tiene sentido.

Uso de métodos anticonceptivos

El 10,1% de los jóvenes varones de 16 y 17 años y el 13% de los jóvenes varones entre 18 y 24 años refieren no haber utilizado ningún tipo de protección. En el caso de las chicas son el 12,7% y el 11,5% respectivamente según tramos de edad⁴¹.

Es decir, que hay un porcentaje importante de jóvenes en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de tener embarazos no planificados. Asimismo, el ratio de centros de atención a la sexualidad juvenil es inferior a la veintena, aun cuando los organismos internacionales recomiendan un centro específico adaptado a las necesidades y características de las personas jóvenes por cada 100.000 habitantes menores de 29 años⁴².

El Banco Mundial, queriendo visibilizar esta última problemática, cuenta con estadísticas por países sobre la tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años).

37. Federación de Planificación Familiar Estatal (2015:7). 38. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c). 39. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo –ACAI– (2014:5). 40. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
41. Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). 42. Federación de Planificación Familiar Estatal e Iniciativa por los Derechos Sexuales (2015).

Para España refleja los siguientes datos:

2011	2012	2013	2014
9,5918	8,944	8,733	8,522

Fuente: Información extraída de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

Evidentemente, se precisan medidas que hagan disminuir estos datos y cuyo objetivo sea:

Garantizar a las personas jóvenes y adolescentes el acceso a consejerías y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, gratuitos, accesibles, con funcionamiento continuado y horarios amplios - incluidos los fines de semana- que ofrezcan una atención integral, con el objetivo de favorecer decisiones informadas y autónomas, donde la confidencialidad esté asegurada. Tiene que haber servicios específicos de atención a la sexualidad juvenil en el sistema de salud nacional y de todas las comunidades autónomas.

Realizar las modificaciones legislativas pertinentes a fin de incorporar la educación sexual en el currículo escolar desde la etapa de educación primaria hasta bachillerato.

Derogar la obligatoriedad de contar con la autorización de padres o tutores legales para las jóvenes de 16 y 17 años que decidan abortar, porque tal exigencia puede ponerlas en riesgo de un conflicto grave, violencia o malos tratos, y puede hacer aumentar la práctica de abortos clandestinos e inseguros.

g Mujeres en Centros de Internamiento para Personas Extranjeras⁴³

Los Centros de Internamiento de Personas Extranjeras (CIE) son instalaciones públicas de carácter no penitenciario donde se retiene, con

el objeto de facilitar su expulsión, a las personas extranjeras en situación irregular, privándolas de libertad durante un periodo máximo de 60 días.

Falta de Atención Especializada a Mujeres Embarazadas

Se ha podido documentar que las mujeres que se encuentran embarazadas en los CIE no reciben una atención médica especializada, por lo que no se les practican los controles periódicos preceptivos que garanticen la salud tanto de la mujer como del feto. Asimismo tampoco se les da información sobre los supuestos en que

pueden acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Respecto a esto, algunas organizaciones han detectado casos de IVE y de mujeres embarazadas en mal estado de salud, si bien desconocen realmente cómo se gestionan estos casos por la falta de información por parte de los servicios sanitarios del CIE.

43. Este apartado VII es un extracto del informe de Women's Link Worldwide (2012).

Interrupción o Denegación de Tratamientos

Por último, se observa también que en muchos casos las personas que son internadas sufren la interrupción de determinados tratamientos médicos. Ejemplos de ello lo constituyen la interrupción o denegación de tratamientos de metadona y también la interrupción o denegación de tratamientos de hormonas para mujeres u hombres transexuales. Respecto a esto último, algunas organizaciones en Valencia afirman que han conocido casos en el centro de Zapadores donde las personas internas habían visto interrumpidos sus tratamientos de hormonas o anticonceptivos,

principalmente cuando no tienen con ellas la prescripción médica de los mismos en el momento de ser detenidas.

Existen numerosas situaciones de abusos hacia personas homosexuales y transexuales por su orientación e identidad sexual. Estas situaciones pueden ser, entre otras: Insultos, amenazas o agresiones verbales basadas en el aspecto o en la identidad u orientación sexual; discriminación en el trato, que puede manifestarse en obtener menos comida que el resto, ser sometido/a a aislamiento, ser denegadas sus peticiones para hacer uso del teléfono, de la visita médica, de la consulta con el servicio de orientación jurídica, etc.

▶ Paola es transexual... Antes de ser detenida estaba en tratamiento hormonal, porque quería hacerse una vaginoplastia en febrero. Para ello debía tomar hormonas durante los tres meses previos a la intervención de forma continuada. Pero hace ya veinte días que no las toma. Por este motivo se siente muy nerviosa, porque es un tratamiento que no se puede interrumpir de forma súbita. El problema es que el CIE no le facilita el tratamiento. Explica que está triste porque al haber cortado el tratamiento ya no podrá hacerse la operación cuando lo tenía previsto.

Educación Sexual

h

El Sistema Nacional de Salud no ha incorporado de manera clara ni suficiente la educación para la salud sexual y reproductiva

El derecho a la educación⁴⁴ incluye el derecho a la educación sexual integral, que pretende dotar a niñas, niños y jóvenes de los conocimientos, habilidades, actitudes y

valores que necesitan para que su vivencia de la sexualidad sea positiva y libre de riesgos, tanto física como emocionalmente, de forma individual y en las relaciones interpersonales.

44. El Estado español ha ratificado la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención sobre los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en 1990. En ellas se plantea el derecho de todas las personas a la educación como uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y se reconoce el derecho de todas las personas a acceder a una educación con los más altos estándares de calidad.

La educación sexual integral, basada en un marco de derechos, considera la sexualidad de manera holística, en el contexto del desarrollo emocional y social y directamente vinculada a otros derechos, como el acceso a servicios amigables de atención a la sexualidad o a la más amplia gama de métodos anticonceptivos seguros. A pesar de que la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* establece, en su artículo 6, la obligación de los poderes públicos de desarrollar acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, no se cumple en todas las escuelas por igual, ni siquiera en todas las escuelas se da información sobre estos temas de forma obligatoria.

“

De hecho, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) elimina por completo cualquier rastro de educación sexual en el currículum escolar

”

La LOMCE no hace ninguna referencia a la educación sexual en los contenidos curriculares escolares. No existe ni como asignatura obligatoria ni como asignatura optativa y tampoco se encuentra reflejada de forma explícita como parte de las áreas de



conocimiento existentes o de las competencias básicas a adquirir por parte del alumnado.

Por las razones mencionadas, la educación sexual sólo en algunos casos es impartida en el contexto formal por parte de algunos/as profesores y profesoras durante las horas asignadas a la tutoría, quedando delegada la responsabilidad a cada centro y dependiendo del interés y voluntad del profesorado el enfoque y los contenidos abordados. Unos contenidos que, en líneas generales, adolecen de un enfoque heterosexual, que limita la sexualidad a la etapa reproductiva y orienta la información exclusivamente a la prevención de riesgos, especialmente los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Al no estar reconocida como materia educativa, no hay un presupuesto específico asignado a la educación sexual a nivel nacional y el profesorado no cuenta con ningún tipo de formación y las iniciativas suelen provenir de entidades privadas.

Sólo en ciertas ocasiones determinadas comunidades autónomas y/o Ayuntamientos desarrollan programas específicos o proporcionan financiación para la realización de talleres en los centros educativos, que son impartidos por diferentes organizaciones (organizaciones de la sociedad civil, religiosas, de la salud, políticas, empresas privadas, etc.) que abordan la educación sexual desde diversos enfoques, careciendo de una adecuada sistematización y, muchas veces, de contenidos científicos actualizados.

En consecuencia, la aplicación de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*⁴⁵ es casi nula en lo referido a la salud y la educación sexual, dado que no hay presupuesto específico asignado. No en vano, según el barómetro realizado en la *Unión Europea* sobre el acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos⁴⁶, España suspende en educación sexual, sensibilización de la población y empoderamiento de las mujeres.

En Cataluña existe el *Programa Salut i Escola*⁴⁷ que se inició en el 2004. Este programa ha tenido una implantación deficiente e intermitente, con muchos problemas en contenidos y en profesionales y desigualdades territoriales. En los últimos años ha sufrido una importante desactivación por muchas causas pero, sobre todo, por los recortes sociales y presupuestarios.

Desde el año 2008, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias ofertó un programa de Educación Sexual para secundaria: *“Ni ogros ni princesas”* para

los cuatro cursos de la ESO que busca *una formación afectivo-sexual basada en la salud y el placer, en el fomento de la autoestima y la autonomía, en la libertad de elección desde el conocimiento, en la igualdad de mujeres y hombres, y en el respeto a las diferentes orientaciones sexuales*. En la actualidad, llega a más del 50% de la red pública de Asturias. Y desde el año 2011, se desarrolló otro programa específico para Primaria que se llama *“Yo cuento, tú pintas, ella suma”*. Aborda de manera curricular diferentes contenidos con perspectiva promotora de salud y de género. Las materias en las que se desarrollan estos contenidos, van desde la alimentación saludable hasta la educación afectivo-sexual⁴⁸.



Por otro lado, la Consejería de Sanidad del Gobierno de la Comunidad Foral de Navarra está impulsando un *Decreto Foral de Salud Sexual y Reproductiva* que se encuentra en última fase de aprobación. Dicho Decreto *“promueve la educación sanitaria en salud sexual y reproductiva como el modo más efectivo de prevenir las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos; promueve la corresponsabilidad y reconoce y acepta la diversidad sexual y las necesidades de los grupos más vulnerables”*.⁴⁹

45. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf> (2015). 47. Generalitat de Catalunya (2008). 48. Astur Salud. Portal de Salud del Principado de Asturias. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=21d9db0c3da3e310VgnVCM10000098030a0aRCRD> 49. Documento disponible en: <http://www.actasanitaria.com/documentos/proyecto-de-decreto-foral-sobre-salud-sexual-y-reproductiva/>

Por las razones mencionadas es necesario:

Realizar las modificaciones legislativas pertinentes a fin de incorporar la educación sexual en el currículo escolar desde la etapa de Educación primaria hasta Bachillerato, integrando contenidos relacionados con un ejercicio de la sexualidad responsable, el cuidado de la salud sexual y reproductiva y el respeto a las y los pares, desde una perspectiva de derechos humanos a través de todas las asignaturas que integran el currículo escolar.

Desarrollar contenidos curriculares sobre educación sexual con un enfoque integral, donde a la prevención de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y otros riesgos asociados a la sexualidad, se sumen los conocimientos y habilidades para que las y los jóvenes conozcan sus deseos, adopten decisiones responsables y puedan disfrutar de una vida sexual sana y placentera, cualquiera que sea su orientación y prácticas sexuales.

Impulsar proyectos comunitarios en todo el territorio del país que permitan involucrar en la promoción de la educación sexual a toda la comunidad educativa, a la familia, a los grupos de iguales y a profesionales sociales y sanitarios. La educación sexual debería complementarse, asimismo, con la existencia de servicios específicos de atención a la sexualidad juvenil en el sistema de salud nacional y de todas las comunidades autónomas.

Garantizar al profesorado una formación unificada y sistematizada en materia de sexualidad, con el objetivo de lograr la actualización de conocimientos y de estrategias para el trabajo con jóvenes, así como el acceso a materiales específicos.

Acometer la elaboración de materiales específicos informativos sobre educación sexual, adaptados a las diferentes etapas educativas, que se encuentren accesibles para profesorado y alumnado en los propios centros educativos y en formato digital a través de sitios web.



Violencia sexual

La violencia sexual es una de las manifestaciones de la violencia de género más extendidas e invisibles de todas y por ello una vulneración directa de los derechos sexuales y

con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental, las repercusiones son tan graves como en la

“

Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”

Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

reproductivos de las mujeres, adolescentes y niñas. A pesar de ello, en España, la violencia sexual sigue siendo un tema no abordado aún ni en la agenda política estatal, ni autonómica, que esconde cifras alarmantes sobre el número de mujeres que cada día enfrentan situaciones de acoso, abuso o agresión sexual.

La Organización Mundial de la Salud⁵⁰ definió la violencia sexual como *“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona; mediante coacción por otra persona; independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las mujeres, niñas y adolescentes. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos

física, y pueden ser también muy duraderas. A pesar de los avances que se han producido en la última década en el Estado español, con la aprobación de importantes leyes, como la *Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (en adelante *Ley Orgánica*), referente internacional en el contexto jurídico de la lucha contra la violencia de género, el objeto de protección de la *Ley Orgánica* abarca de forma exclusiva la violencia de género y sexual que se produce en el entorno de la pareja o expareja.

De esta forma, la violencia sexual, que según refieren todos los estudios e investigaciones científicas, presenta alarmantes datos de prevalencia en entornos ajenos al de la pareja o expareja (ámbito laboral, familiar o en espacios públicos), queda excluida de las medidas establecidas por la *Ley Orgánica*, lo que deja a las supervivientes o potenciales víctimas en una gravísima y peligrosa situación de desprotección.

50. Organización Mundial de la Salud (2002).

Principales datos en materia de violencia sexual

Existen diferentes estudios que ponen de manifiesto que las estadísticas no dan cuenta de lo extendido de esta vulneración de los derechos sexuales ya que este tipo de delitos son de los menos denunciados a nivel mundial. Hay estudios que estiman que las denuncias por agresiones sexuales sólo representan el 10% y el 16% del total de los casos (Corral de, P. Et Al. 1998⁵¹).

Según la encuesta más significativa publicada hasta hoy en el entorno de la Unión Europea en materia de violencia de género⁵², se calcula que aproximadamente 3,7 millones de mujeres en la Unión Europea han experimentado alguna forma de violencia sexual durante los doce meses previos a la realización de las entrevistas en el año 2014. De las mujeres que tienen o han tenido una relación con un

hombre, el 22% ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja y cerca de una tercera parte de estas mujeres declararon que habían sido víctimas de violación por parte de su pareja en seis o más ocasiones. La violación conyugal es una realidad para muchas mujeres, y muchas de ellas han sufrido experiencias reiteradas. El *Instituto Europeo de Igualdad de Género*, de hecho, alerta de que la falta de datos sobre estas agresiones invisibiliza el problema⁵³.

Veamos los datos que arroja el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior sobre procedimientos en materia de violencia sexual en el ámbito de la pareja o ex pareja:

Delitos instruidos contra la libertad e indemnidad sexual en Juzgados de Violencia contra la Mujer

2010	2011	2012	2013	2014
928	859	898	864	899
0,7%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%

Fuente: Información extraída de www.inmujer.gob.es/estadisticas/violencia/delitosLibertad/2016/w96.xls

Durante el año 2014, se instruyeron 899 delitos contra la libertad e indemnidad sexual en los Juzgados de Violencia Contra la Mujer, de un total de 4.047 instrucciones de casos de mujeres víctimas mayores de edad que se tramitaron en los Juzgados. De ellos, el 22% de las víctimas de delitos contra la violencia sexual, han sido agredidas por parte de su pareja o ex pareja.

51. Corral de, P. Et Al. (1998). 52. European Union Agency for Fundamental Rights (2014). 53. El País (8/03/2015). Violencia Conyugal Sin Condona. Disponible en: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/03/08/actualidad/1425845224_956206.html

Victimizaciones	Serie Histórica 2007 - 2014							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Delitos contra la libertad sexual	9.516	10.357	9.257	8.771	8.597	7.889	7.830	8.303
Agresión Sexual con Penetración	16.38	14.74	1.316	1.211	1.168	1.000	999	889
Corrupción de Menores o Incapacitados/os	320	336	335	379	335	327	407	506
Pornografía de Menores	375	622	644	413	109	89	181	199
Otros contra la libertad/indemnidad sexual	7.183	7.925	6.962	6.768	6.985	6.473	6.243	6.709

Fuente: Información extraída de www.inmujer.gob.es/estadisticas/violencia/delitosLibertad/2016/w96.xls

Como se puede comprobar en la tabla anterior, en la serie histórica de 2007-2014 se han producido en España 141.040 delitos contra la libertad sexual. Es decir, se mantienen el número de victimizaciones a lo largo del tiempo, con una variación residual.

Para poder analizar los resultados desagregados por sexo, presentamos la siguiente tabla, en la cual podemos ver que del total de victimizaciones por delitos contra la libertad sexual en ambos sexos durante la serie histórica 2011-2014, el 85% de las víctimas (27.730) en España, han sido mujeres y niñas.

Victimizaciones	Serie Histórica 2007 - 2014			
	2011	2012	2013	2014
Delitos contra la libertad sexual	8.597	7.889	7.830	8.303
Mujeres y niñas	7.423	6.787	6.569	6.951
Agresión Sexual con Penetración	1.168	1.000	999	889
Mujeres y niñas	1.094	923	911	810
Corrupción de Menores o Incapacitados/os	335	327	407	506
Mujeres y niñas	222	223	238	291
Pornografía de Menores	109	89	181	199
Mujeres y niñas	49	47	113	122
Otros contra la libertad/indemnidad sexual	6.985	6.473	6.243	6.709
Mujeres y niñas	6.078	5.594	5.307	5.728

Fuente: Información extraída de www.inmujer.gob.es/estadisticas/violencia/delitosLibertad/2016/w96.xls



Por último, es significativa la diferencia que hay entre el número de hechos conocidos de delitos contra la libertad sexual y el número de hechos esclarecidos e imputaciones.

En el año 2014 sólo se han esclarecido el 74,86% de los hechos y se han realizado imputaciones o detenciones en el 65,34% de los casos. Hay, por lo tanto, un 25% de hechos que han quedado sin esclarecer y sin imputaciones por el delito.

Escasa respuesta institucional frente a la violencia sexual

La lucha contra la violencia sexual pasa por la urgente necesidad de que el Estado establezca medidas claras y contundentes contra la agresión sexual, el abuso sexual y el acoso sexual, aparejado de acciones preventivas y educativas dirigidas a las personas más jóvenes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos en todas las franjas de edad. Sin embargo, desde el inicio de la democracia, tanto unas como otras, son residuales y apenas se hacen sentir en la mayoría de las comunidades autónomas. Sólo 9 de las 17 comunidades autónomas, disponen de centros de atención a víctimas de violencia sexual. Las mujeres, niñas o adolescentes que hayan nacido en comunidades autónomas sin un recurso

especializado en la materia, no pueden ser atendidas bajo el prisma de la especialización que implica la intervención con supervivientes de violencia sexual (especialización en trauma severo, estrés postraumático, atención médica ante lesiones o embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual).

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

Ausencia de políticas públicas que enfrenten la prevención, atención y reparación de las víctimas de violencia sexual

Los Estados deben *“proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya se trate de actos perpetrados por el estado o por particulares”*⁵⁴. Sin embargo, Naciones Unidas ha manifestado su preocupación por

la situación en el Estado español, en donde hay una falta de debida diligencia en el marco de la violencia de género hacia las mujeres, y existe una ausencia absoluta de políticas públicas encaminadas a garantizar los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las víctimas de violencia sexual.

54. Organización de Naciones Unidas (1993: Art. 1). *Declaración para la Eliminación de todas las Formas de Violencia contra las Mujeres de Naciones Unidas*. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Doc de la ONU: A/RES/48/104 23 de febrero de 1994.

La falta de políticas públicas, así como de un marco normativo al respecto que garantice una respuesta integral ante la violencia sexual se traduce en los siguientes déficits⁵⁵:

Inexistencia de políticas públicas específicas dirigidas a actuar frente a la violencia sexual: la medida más cercana adoptada hasta ahora ha sido la reciente **“Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016)”** cuyas medidas no abordan de forma clara y específica la violencia sexual, diluyéndola en medidas asociadas a la violencia de género en el ámbito de la pareja o ex pareja.

Carencia de servicios públicos especializados e integrales para la atención y reparación a las víctimas de violencia sexual. Sólo en 9 comunidades autónomas se dispone de centros de atención especializadas por víctimas de violencia sexual. A pesar de las recomendaciones internacionales⁵⁶, no existe en todo el Estado español ningún centro de atención en crisis (24 horas los 7 días de la semana) para las víctimas.

Falta de medidas educativas dirigidas a la prevención de la violencia sexual y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. La educación sexual sigue siendo una asignatura pendiente en los centros educativos españoles. No existen tampoco medidas educativas encaminadas a la prevención de la violencia sexual entre jóvenes o del abuso sexual infantil. La prevención de la violencia sexual y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos pasa por la necesidad de trabajar desde la escuela la educación afectiva sexual, así como programas específicos dirigidos a posibles víctimas o víctimas potenciales de violencia sexual.

Ausencia de análisis especializados sobre los datos referidos a violencia sexual. Desde 2007, el Instituto de la Mujer dejó de realizar las estadísticas en esta materia, haciéndose cargo de la misma el Ministerio del Interior, y ya no se analizan esferas tan importantes como el ámbito de comisión (familiar, desconocido) y la tipología de víctimas (menor, adulta) así como la distinción en los diferentes tipos de delito. Si bien los datos del Ministerio del Interior nos brindan información importante sobre el número de hechos conocidos y de imputaciones, no realiza un análisis pormenorizado en el apartado de otros delitos contra la libertad e indemnidad sexual, cuyos datos corresponden a la mayoría de las victimizaciones.

Desprotección absoluta de grupos de población en situación vulnerable frente a la violencia sexual. La aplicación del *Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones*, está suponiendo un obstáculo al derecho a la asistencia sanitaria que el Estado debe garantizar a todas las víctimas sin discriminación alguna. La norma impide el acceso de las mujeres migrantes en situación irregular víctimas de violencia sexual al seguimiento y tratamiento médico para paliar las consecuencias de la violencia sexual. Estas trabas, además de suponer discriminación en el ejercicio del derecho de las víctimas a la atención sanitaria, contribuyen a aumentar su sufrimiento⁵⁷.

Falta de especialización del sistema de justicia penal. A pesar de que en los últimos años se ha reforzado la sanción penal de la violencia sexual, a través de la modificación del Código Penal que entró en vigor en 2010, el sistema jurídico proporciona un tratamiento judicial sin enfoque de género, así como una falta de asistencia letrada especializada para víctimas de violencia sexual.

Feminicidios por violencia sexual. El sistema español no contabiliza a través de sus estadísticas en violencia de género, los asesinatos de mujeres con un móvil sexual por parte de hombres desconocidos, cercanos o redes organizadas fuera del entorno de la pareja o expareja. Sin embargo, los casos que contabilizan las organizaciones de mujeres, ascienden en los últimos años a más de 21⁵⁸.

El encontrarse en una situación de desprotección, ante la posibilidad de ser sancionada o expulsada a su país de origen si denuncia la violencia sexual que está sufriendo, le genera un miedo que la inmoviliza y la coloca en mayor riesgo de continuar en dicha situación.

La situación con las trabajadoras del hogar internas es grave. Según el estudio elaborado por la consultoría Sortzen y la asociación Mujeres con Voz, en el país vasco, el 22% de mujeres migradas que trabajan como empleadas del hogar reconoce haber sufrido acoso sexual en su espacio de trabajo y el 27% declara haber sido víctima de insultos sexistas, sexuales y/o racistas en espacios públicos. El 16% revela haber sido víctima de tocamientos de naturaleza sexual y el 27% asegura que ha sido abordada por la calle para recibir propuestas de realizar “trabajos” sexuales⁵⁹.

Olga (nombre ficticio): es una mujer de nacionalidad rusa, de 55 años de edad y con dos hijas, que llegó a España en 2007 dejando en Rusia a su familia, con la finalidad de mejorar su situación económica ante la falta de oportunidades laborales de su país.

Durante los primeros años trabajó sin contrato laboral en el servicio doméstico, sin apenas remuneración económica y con jornadas de trabajo extenuantes.

En 2010, encontró trabajo en el sector de la hostelería, bajo la promesa de un contrato laboral, que sin embargo nunca llegó a firmar. Durante una inspección de trabajo en el restaurante en el que trabajaba y a pesar de denunciar a la policía la explotación laboral que sufría, se abrió contra ella un expediente de expulsión, requisándole el pasaporte entre 2010 y 2015. Entre los motivos que alegaron para abrir la orden de expulsión fue que Olga, a pesar de llevar más de tres años en España, no estaba ni empadronada, ni tenía tarjeta sanitaria.

Sin pasaporte, ni documentación y con la orden de expulsión abierta, Olga decidió trasladarse a Galicia al ofrecérsele la oportunidad de trabajar como interna cuidando a un señor mayor en la provincia de Ourense.

58. Fuente: geofeminicidio.com. feminicidio.net 59. Sortzen y Mujeres con Voz (2014).

Una noche de marzo de 2013, Olga fue asaltada por dos desconocidos encapuchados que, a punta de pistola la trasladaron a un monte cercano y la agredieron sexualmente. La golpearon, la insultaron, la amenazaron con terminar con su vida y la introdujeron en la vagina varios frutos de arbustos. Tras la agresión, los hombres huyeron y semi inconsciente, Olga llamó a su pareja, un ciudadano español, que avisó a la policía y la ambulancia.

Olga fue trasladada al Hospital de Ourense, donde el personal médico del servicio de Urgencias y Psiquiatría la trató correctamente relatándole lo sucedido –tal y como aparece reflejado en el parte de lesiones y en su historial clínico- y explicándole que ya antes de la agresión sexual tenía sangrados vaginales abundantes. A pesar del buen trato recibido por el personal sanitario, los agentes de la Guardia Civil del servicio especializado en violencia de género no dejaron de interrumpir al personal sanitario durante el examen médico. Sin ninguna petición de consentimiento, los agentes tomaron fotografías, llegando a ser amonestados por el personal sanitario del centro. Los agentes incumpliendo el Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia de Género de la Xunta de Galicia, y a pesar de la situación de aturdimiento y shock en la que se encontraba Olga, insistieron en tomarla declaración de lo sucedido.

Olga fue dada de alta, pero dos días después tuvo que regresar al servicio de Urgencias por abundante sangrado vaginal, repitiendo una semana más tarde la visita. Menos de un mes más tarde, el 4 de abril de 2014, Olga recibió una carta del Hospital por la facturación de las tres atenciones médicas por valor de 893,83 euros.

Tras la agresión sexual, Olga no fue citada por el juzgado para comparecer como víctima, archivando el procedimiento abierto desde el hospital. Tampoco se tomaron medidas en relación a los sangrados de Olga, presuponiendo que eran consecuencia de la agresión sexual sufrida. Dos semanas más tarde, agentes de la Guardia Civil se llevaron a Olga a la comisaría y la detuvieron por “simulación de delito” (simulación de la agresión sexual) para conseguir la regularización. En menos de 24 horas se la llevaron al juzgado de guardia y aún con lesiones en su rostro por la agresión sexual sufrida, el juez la interrogó como “detenida”.

Después del interrogatorio, Olga quedó en libertad provisional, siendo detenida un día después en mitad de la calle por agentes de la Policía Nacional mientras estaba con su pareja, trasladándola dos días más tarde al Centro de Internamiento para Extranjeros (CIE) de Madrid. El mismo juez de guardia que decidió su ingreso en el CIE de Madrid la había tomado declaración como “detenida” por simulación de delito.

Olga permaneció en el CIE 48 días. Durante ese tiempo ella comenzó de nuevo a tener sangrados abundantes, tal y como refirió al personal médico del CIE. El personal sanitario solo se limitó a proporcionarle compresas y recetarle calmantes frente a sus pesadillas.

En junio de 2013, Olga fue puesta en libertad y volvió a Ourense, comenzando, gracias al trabajo de varias ONG y activistas, su proceso de obtención de justicia y reparación: comenzó a acudir a una psicóloga experta en trauma severo (fuera de

Ourense), empezó a gestionar su tarjeta sanitaria por condiciones excepcionales, intentó recuperar su pasaporte en manos de la policía desde 2010, etc.

Entre junio de 2013 y diciembre de 2013, Olga siguió luchando para poder normalizar su situación y recuperarse del trauma vivido, pero en diciembre de 2013 volvió a ser detenida por la Policía Nacional, que bajo engaño, la trasladó al calabozo para proceder a su expulsión inmediata. Gracias a la mediación de varias ONG y de la Oficina de la Defensoría del Pueblo, la expulsión de Olga fue paralizada ipso facto. Aún así, se le obligó a tener que acudir todos los lunes de cada mes a la comisaría como medida de control. La imputación penal por simulación de delito siguió vigente hasta el 11 de abril de 2014, fecha en que fue archivada.

En verano de 2014, Olga y su pareja, de nacionalidad española y con la que mantenía una relación desde hace más de cuatro años, decidieron casarse pero la Fiscalía paralizó su expediente durante 9 meses, por considerar la posibilidad de que se encontraba ante un matrimonio de conveniencia. Hasta marzo de 2015, Olga y su pareja no recibieron el visto bueno de la Administración para poder casarse.

A estas alturas, las consecuencias en la salud física y psicológica de Olga, tras los numerosos obstáculos, barreras y agresiones sufridas, estaba completamente debilitada. Después de conseguir la tarjeta sanitaria en septiembre de 2014, en abril de 2015, tuvo que ser ingresada en el hospital de Orense, extirpándole de urgencias el útero y los ovarios por padecer cáncer. A pesar de las repetidas ocasiones en las que Olga refirió sus sangrados, nadie tomó medidas y, aún siendo uno de los síntomas en este tipo de cáncer, en el informe médico de la intervención no consta ninguna referencia a sangrados anteriores, ni a la agresión sexual, a pesar de que fue en el mismo hospital en el que se auscultó a Olga en marzo de 2013.

La primera evaluación médica, en mayo de 2015, determinó que el cáncer que padece Olga ha tenido un desarrollo de más de dos años por lo que, además de la intervención quirúrgica, el médico estimó necesario someterla a tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

A fecha de hoy, Olga sigue en tratamiento de quimioterapia y radioterapia, ha vuelto a su psicóloga después de cuatro meses de parón por su situación física y aún ninguna institución pública, ni organismo jurídico, ha investigado la agresión sexual sufrida en marzo de 2011.

Otras formas de violencia de género

No existen datos específicos para crímenes de violencia contra las mujeres en espacios públicos (fuera de la relación de pareja o ex pareja), porque la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* tiene

un concepto restrictivo de violencia de género (aquella ejercida por la pareja, ex pareja o personas con “quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”). De hecho, el Comité de Seguimiento de la

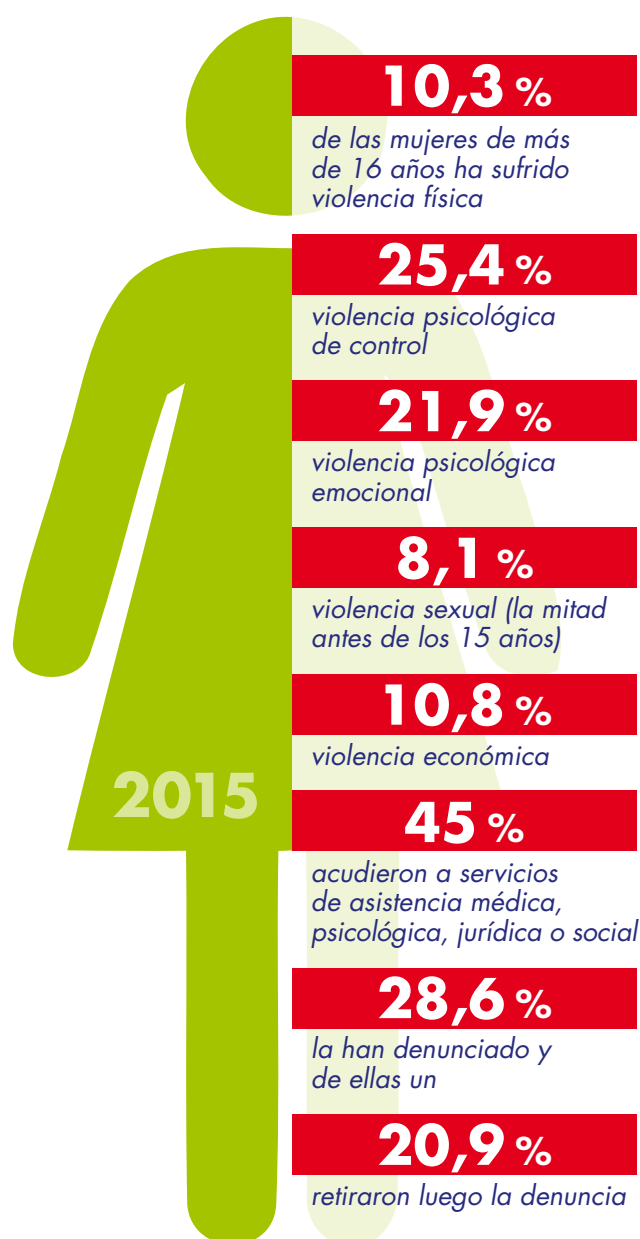
denuncia. En cuanto a las mujeres con discapacidad acreditada superior al 33%, el 23% afirma haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas.

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), recomendó al Estado español: "Revisar su legislación sobre la violencia contra la mujer en vigor afin de que incluya otras formas de violencia de género, por ejemplo, la violencia ejercida por cuidadores, la violencia policial y la violencia en espacios públicos, lugares de trabajo y escuelas".⁶⁰

Si bien a la hora de interponer la denuncia consta registrado el sexo tanto de la persona que denuncia como de la denunciada, ni en las estadísticas del Ministerio del Interior⁶¹ ni del Consejo General del Poder Judicial⁶² se ofrecen datos desagregados por sexo. La única estadística desagregada por sexo es la información recabada sobre violencia contra la mujer y en relación a la *Ley 1/2004*, a pesar de la reciente recomendación al respecto del citado Comité al gobierno español: *"Recopilar datos estadísticos sobre la violencia doméstica y sexual desglosados por sexo, edad, nacionalidad y relación entre la víctima y el autor"*.⁶³

La *Macroencuesta Violencia contra la Mujer de 2015*⁶⁴ revela que el 10,3% de las mujeres de más de 16 años ha sufrido violencia física, 25,4% violencia psicológica de control, 21,9% violencia psicológica emocional, 8,1% violencia sexual (la mitad antes de los 15 años) y 10,8% violencia económica. El 45% acudieron a servicios de asistencia médica, psicológica, jurídica o social pero sólo un 28,6% la han denunciado y de ellas un 20,9% retiraron luego la

Macroencuesta Violencia contra la Mujer



60. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015:párr. 21 c).

<http://www.interior.gob.es/documents/10180/1643559/informe+balance+anual+2014.pdf/03808281-eb26-4ba6-a47b-71e2c5e5dc30>

62. Consejo General del Poder Judicial. Para más información: <http://www6.poderjudicial.es/>

63. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015:párr. 21 f).

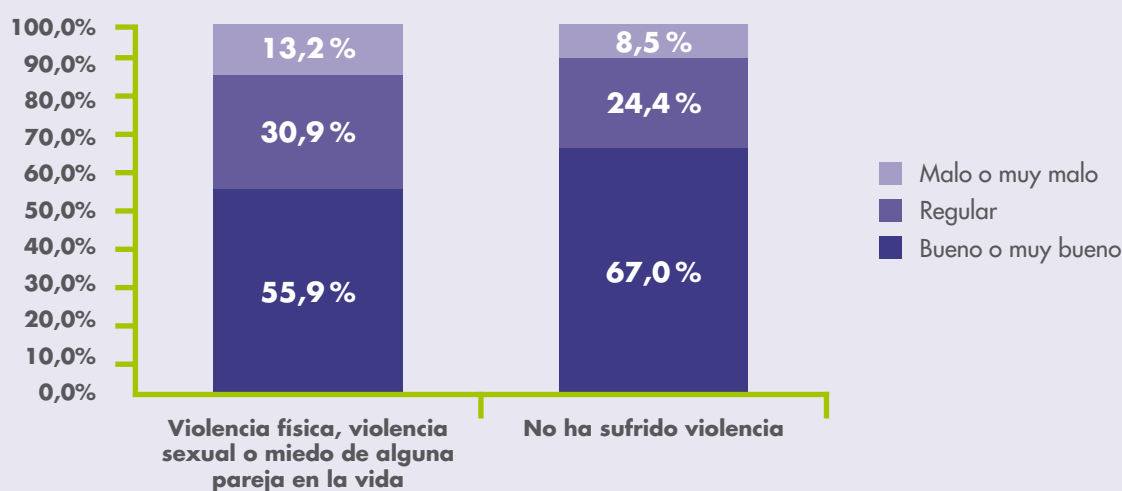
61. Ministerio del Interior. Información disponible en:

<http://www6.poderjudicial.es/>

64. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a).

Tal y como se muestra en el siguiente gráfico, las mujeres que a lo largo de su vida han sufrido algún tipo de violencia muestran peor percepción de su estado de salud. Aún así, no hay informes de organismos oficiales con datos sobre las consecuencias para la salud de la violencia.

Gráfico 15. Percepción subjetiva del estado de salud en los últimos 12 meses según si las mujeres han sufrido o no violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas.



Fuente: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a:26).

En relación a los servicios médicos relacionados con la violencia contra las mujeres, existe un *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de 2012*. Este protocolo es consecuencia de la *Ley Orgánica 1/2004 de Medidas para la Protección Integral contra la Violencia de Género*.

Existen protocolos de actuación y pautas específicas dentro de los servicios médicos pero no recursos específicos para tratar la violencia, esto se da dentro de los servicios de urgencias y atención primaria, atención especializada y salud mental.

Parcialidad en la respuesta institucional frente a la violencia contra las mujeres

Llama la atención que los asesinatos de mujeres y niñas cometidos en el Estado español no aparecen reflejados en las estadísticas oficiales como “*Violencia de Género*”, a pesar de que un breve análisis podría contextualizar estos casos fruto de la discriminación machista. En algunos casos se trata de femicidios/feminicidios

precedidos por agresiones sexuales, en otros casos el crimen se produce ante una negativa a mantener una relación sexual. Salvo la posibilidad de que el responsable sea el compañero sentimental, la investigación queda despojada de enfoque de género y el crimen es tratado como un “suceso”.

La inacción queda patente si se señala que frente a estas “otras” manifestaciones de la violencia machista el Estado español no ha dispuesto legislación específica, pero tampoco ha elaborado ningún plan de acción que abarque todas las formas de violencia contra las mujeres dentro de un análisis explícito de género y dotado de recursos suficientes.

Falta de medidas de análisis y evaluación de la idoneidad de las políticas

Caso Marta del Castillo (Sevilla): joven de 17 años asesinada tras ser sometida a violencia sexual el 24 de enero de 2009 por su ex novio, que abandonó el cuerpo sin dar noticia de su paradero. Sobre el caso, la Fiscal Jefa de Sevilla manifestó que “no es un asunto de violencia de género según la definición de la Ley Integral, pues para que un caso sea competencia de los juzgados de Violencia Sobre la Mujer no sólo se requiere que exista un hombre y una mujer, sino que haya cierta estabilidad en la relación, que no era el caso”.

Caso Nagore Laffage (Navarra, 7 de julio de 2008): brutal agresión y posterior feminicidio de una joven a manos de un conocido. A pesar de que el origen del delito tuvo relación con el castigo del agresor frente al no sometimiento sexual de la víctima, el caso no fue considerado “violencia de género” y no se consideró el elemento de discriminación machista. Tanto el jurado popular como el Tribunal Supremo calificaron los hechos de homicidio (con dos atenuantes) y no de asesinato como pedían las acusaciones, pese a que el desvalimiento en el que se encontraba la víctima tras las agresiones físicas, fue aprovechado por el agresor para causarle la muerte.

No se realizan actividades destinadas a evaluar las políticas y las medidas puestas en marcha; no se articula la participación de las mujeres para conocer la idoneidad de las medidas y la persistencia de obstáculos. Existen algunas iniciativas para estudiar el fenómeno de la violencia de género en el ámbito de la pareja o expareja, pero no existen acciones significativas destinadas a conocer las necesidades de las mujeres víctimas y sobrevivientes y a evaluar las medidas puestas en marcha desde su punto de su vista.

Un caso paradigmático de falta de evaluación y análisis son los Juzgados de Violencia sobre la Mujer dispuestos por la [Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género](#). Tras más de ocho años de vigencia estos juzgados no han sido objeto de ningún tipo de evaluación pública y transparente, a pesar de que persisten graves trabas que afectan a las víctimas, tal y como se desarrolla en el apartado dedicado a la obtención de justicia.

Desigualdad territorial y falta de mecanismos que garanticen estándares mínimos en todo el Estado

La desigualdad territorial en el marco de la atención a víctimas y supervivientes de violencia de género refleja una situación de discriminación en relación al derecho a la asistencia integral de las supervivientes de otras manifestaciones de violencia machista fuera del entorno de la pareja o expareja. En este sentido, las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual de género (agresión sexual, acoso sexual y abuso sexual) no disponen de los servicios asistenciales necesarios que garanticen una intervención integral que facilite la reparación frente al trauma vivido. Así, en función de la comunidad autónoma en la que resida la víctima, su derecho a la reparación se verá o no garantizado.

De las 17 comunidades autónomas que conforman el Estado español, sólo 9 disponen

de recursos para víctimas de violencia sexual de género⁶⁵. En algunas de estas comunidades los servicios no están garantizados por el Estado, siendo iniciativas privadas dependientes de las subvenciones públicas⁶⁶.



Falta de medidas de prevención de la violencia de género en sus diferentes manifestaciones

En este sentido, el Comité CEDAW⁶⁷ de Naciones Unidas, reitera la necesidad de que se amplíen campañas de concienciación pública sobre todas las formas de violencia contra las mujeres.

La violencia directa (violencia física, sexual y psicológica) que se ejerce hacia las mujeres y las niñas se alimenta de una violencia simbólica y estructural que la justifica y perpetúa. La prevención primaria es una de las claves esenciales en la lucha y erradicación de la violencia machista en todas sus manifestaciones. Desde el inicio

de la democracia, no existen campañas de prevención de la violencia sexual de género. Tampoco desde 2009 hasta la fecha, ni el Estado español, ni las diferentes comunidades autónomas han desarrollado ninguna campaña de concienciación para la prevención de la violencia sexual de género en jóvenes, mujeres adultas o niñas.

Según establecen las diferentes recomendaciones internacionales, aproximadamente 117 centros de atención a supervivientes de violencia sexual de género son necesarios en España para garantizar

el derecho a la asistencia de las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, solo existen 27 centros, ninguno de ellos operativo las 24 horas del día.

La prevención de la violencia sexual pasa igualmente por la necesidad de trabajar desde la escuela en la educación afectiva sexual o en programas específicos dirigidos a víctimas potenciales de la violencia sexual. La escuela española no desarrolla ningún proyecto específico de prevención de la violencia sexual entre jóvenes o de abuso sexual infantil.

Sectores de mujeres especialmente discriminados frente a la violencia de género

Según la Macroencuesta realizada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, las mujeres que han nacido fuera de España afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas en mayor medida (27,7%) que las nacidas en España (14%), diferencias significativas. La prevalencia de la violencia de género entre las mujeres extranjeras duplica la de las mujeres españolas⁶⁸. En el mismo sentido, un estudio realizado en veintidós centros médicos de Atención Primaria, en tres comunidades autónomas (Andalucía, Valencia y Madrid) concluyó que un 65% de las mujeres inmigrantes encuestadas había sufrido maltrato alguna vez en la vida, frente a un 30% de las mujeres españolas⁶⁹.

Aunque la cifra de asesinatos de mujeres por violencia de género (femicidio/feminicidio) arroja variaciones anuales significativas, al examinar la serie estadística de los 12 últimos años transcurridos (1999-2010) referida a las mujeres asesinadas en España a manos de sus parejas o exparejas según nacionalidad, puede advertirse la remarcada vulnerabilidad de las extranjeras como constante.

Otro sector vulnerable a la violencia de género

son las mujeres transexuales, encontrándonos con casos que ni siquiera son tratados como violencia de género si la mujer no tiene hecho su cambio registral.

En lo que se refiere a la violencia de pareja, de acuerdo a una circular de la Fiscalía General del Estado (Circular 6/2011), las mujeres transexuales que han hecho el tránsito y han cambiado su Identidad de Género en el Registro pueden acogerse a las medidas previstas en la [Ley 1/2004 de Violencia de Género](#) si el maltratador es un hombre. Puesto que este requisito perjudica en general a las mujeres no españolas o que no están nacionalizadas, la circular también prevé que aquellas que sin haber cambiado su identidad en el registro, pero tienen informe médico o psicológico y queda acreditada su identificación permanente con el sexo femenino, puedan acogerse a las medidas de la [Ley 1/2004](#).

Respecto a las mujeres migrantes, persiste la discriminación indirecta al no tomar en consideración las dificultades añadidas que encuentran estas mujeres y no establecer medidas efectivas para el acceso a la información sobre derechos, incluida la disposición de intérpretes de calidad en el

momento de la denuncia y durante el proceso⁷⁰. Asimismo, en el caso de mujeres migrantes en situación administrativa irregular, no se priorizan los mandatos de protección de los derechos humanos de las mujeres frente la obligación de control migratorio. La Ley de Extranjería vigente⁷¹ permite que el contacto policial de una víctima de violencia machista al interponer una denuncia culmine en la apertura de un expediente de expulsión. Esto ha sido fuente de preocupación de los mecanismos de vigilancia de tratados internacionales.

Situar la violencia de género en el plano de las violaciones de derechos humanos implica el deber de garantizar la protección de los derechos, incluido el acceso a la justicia y la reparación cuando se ha producido un abuso, sin ningún tipo de discriminación. La prohibición de discriminación es la piedra angular del sistema internacional y europeo de derechos humanos⁷².

Preguntarse cuáles de los factores que conforman los obstáculos añadidos para el ejercicio de los derechos de las mujeres migrantes y si son intrínsecos a la mujer que migra o producto de normas y políticas creadas por el propio Estado, supone el primer paso para enfrentar la discriminación. Para cumplir con la obligación de no discriminación, el Estado, por tanto, no sólo no debe crear normas, políticas o prácticas discriminatorias, sino que

debe paliar las desventajas aparejadas a la condición de migrante de las mujeres, porque si no lo hace, dichas desventajas se convierten en discriminaciones (indirectas).

En marzo de 2011, el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación Racial mostró preocupación porque *"el artículo 31 bis de la Ley Extranjería pueda disuadir a las mujeres extranjeras, en situación irregular, a presentar denuncias por violencia de género por miedo a ser expulsadas del territorio del Estado (...)"*⁷³. Este hecho es aún más grave en el caso de las víctimas de violencia sexual al no ser contempladas en ninguna "excepción" de la Ley de Extranjería (como sí lo son las víctimas de trata y las de violencia en la pareja o expareja).

Las características del proceso migratorio hacen que los problemas y las dificultades que tienen las mujeres migrantes para enfrentar la violencia y salir de la misma sean mayores que las nacionales. Lograr acceder a los recursos legales y psicosociales implica vencer una serie de obstáculos. Algunos de los impedimentos que tienen las mujeres migrantes son:

La carencia de redes familiares y sociales en las que puedan apoyarse unido al aislamiento a la que es sometida.

La dependencia económica y/o administrativa respecto del agresor.

Las barreras lingüísticas dificultan aún más su comunicación, y generan a su vez mayor vergüenza y retraimiento.

Los mandatos de género son más rígidos: en muchos casos se suman las creencias religiosas y culturales.

Las condiciones precarias de trabajo y falta de alternativas laborales dignas y seguras.

El segmento de mercado de trabajo que ocupan las mujeres inmigrantes representa un factor de riesgo. El ámbito "privado" de las trabajadoras del hogar (sobre todo internas) es un espacio que agrava las condiciones de vulnerabilidad.

El encontrarse en situación irregular con un alto riesgo de ver negados los derechos fundamentales y ser más fácilmente víctimas de discriminaciones y violencia.

Las políticas públicas excluyentes y discriminatorias que lesionan gravemente la convivencia y la cohesión social dificultan el acceso a la protección y la justiciabilidad de los derechos humanos.

El temor ante las instituciones públicas a las que podrían acudir en busca de ayuda aunado a la falta de preparación de las y los profesionales, destacando su desconocimiento de la Ley 1/2004 de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* y la *Ley de Extranjería*.

Trata de mujeres con fines de explotación sexual

El Estado español no ha incorporado un verdadero enfoque centrado en los derechos humanos de las víctimas de trata con fines de explotación sexual. España tiene la obligación de transponer la *Directiva Europea 2011/36/UE relativa a la Prevención y Lucha contra la Trata de Seres Humanos y la protección de víctimas*, la fecha para la transposición fue el 6 de abril del 2013, a día de hoy no se ha realizado.

El Estado español no ha cumplido con sus obligaciones de implementar todos los mecanismos de protección internacional para las víctimas de trata a los que está obligado. Deniega sistemáticamente la protección que les otorga el derecho de asilo a quienes han sido o están en riesgo de convertirse víctima, cuyas vidas o integridad podrían correr un riesgo grave en caso de retorno a sus países de origen. Además de la obligación de respetar siempre el principio de no-devolución.



La reforma de la Ley de Asilo⁷⁴ reconoce expresamente la persecución por razones de género como motivo para la concesión de protección internacional, así como la necesidad de tener en cuenta la especial situación de vulnerabilidad de las víctimas de trata. Sin embargo, las autoridades españolas sistemáticamente rechazan en frontera y en los centros de internamiento -CIE- las solicitudes de asilo basadas en ese motivo, incluso en los casos donde existe un temor fundado de persecución o de riesgo si esas personas son devueltas. Una de las razones parece ser el temor a que esa concesión produzca un “efecto llamada” a la inmigración irregular.

No se realiza un análisis sustantivo e individualizado de los problemas que alega dicha persona en su solicitud de protección internacional a pesar de que varios comités de la Organización de Naciones Unidas han instado a España a modificar esta práctica, al igual que ha hecho la Defensora del Pueblo en su Informe monográfico sobre trata en España. Además, la ausencia de un estatuto oficial para las víctimas de trata dificulta de forma notable su proceso de recuperación, inclusión social y autonomía.

El **I Plan Integral para Combatir la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual** no modifica ni ordena un marco legislativo; tiene una vigencia temporal limitada; carece de una asignación presupuestaria; pone en riesgo la continuidad de programas y medidas ante cambios políticos, al quedar sujeto a la voluntad del gobierno de turno.

Hasta ahora, las autoridades españolas han adoptado un enfoque de control migratorio en el proceso de identificación de las víctimas y, de forma sistemática, suelen dudar o sospechar de las declaraciones de las personas presuntamente tratadas demandando



evidencias o pruebas antes de ofrecer las medidas de protección y asistencia adecuadas.

Por ello, es necesario adoptar directrices claras para que, desde un enfoque de derechos y centrado en las víctimas, las autoridades prioricen la identificación y protección de las personas presuntamente tratadas cuando existan “motivos razonables” para sospechar que alguien es víctima de trata (y no exigir, como ocurre con frecuencia, que existan “evidencias objetivas”).

Garantizar que se hace un uso adecuado del art. 59 bis de la Ley de Extranjería y, en concreto, del mecanismo del “*período de reflexión*” en base a que las autoridades en la práctica no condicionan su concesión a la colaboración de la víctima con las autoridades, sino que también se tenga en cuenta la “situación personal” de la víctima. En la actualidad, la **Red Española contra la Trata de Personas**⁷⁵ no conoce ningún caso de concesión del permiso de residencia por este último motivo y deberían ser públicos los datos oficiales al respecto.

⁷⁴. Ley de 12/2009, de 30 de octubre, Reguladora del Derecho de Asilo y la Protección Subsidiaria. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-17242> ⁷⁵. Más información en: <http://redcontralatrata.org>

A pesar de que se ha constatado una mejora del procedimiento seguido para el ofrecimiento del período de restablecimiento y reflexión, los datos de períodos solicitados y concedidos continúan siendo muy bajos. Es

necesario, por tanto, revisar el procedimiento que se sigue y estudiar fórmulas que permitan que se tenga en cuenta la especial situación en la que se encuentran ciertos grupos de presuntas víctimas de trata como, por ejemplo, las mujeres que llegan a las costas españolas, tras travesías muy peligrosas en las que han puesto en peligro sus vidas y las de sus hijos e hijas, así como aquellas que intentan acceder a territorio español a través de los principales aeropuertos.

 **La infancia de María** (nombre ficticio) fue en un entorno familiar de malos tratos por parte de su padre. En Rumanía, le concedieron el Grado II de discapacidad, cobrando una pensión de unos 50€ más o menos. También trabajó en una fábrica avícola y limpiando una casa. Todo el dinero que ganaba, más el de la pensión, se lo tenía que dar a la mujer con la que vivía. Con ella es con quien vino a España engañada. Le obligan a mendigar y a prostituirse para pagarse el alojamiento y, si se niega, es golpeada.

Finalmente, se queda sola al irse la mujer que la había traído a España y no tiene otro recurso que irse a un club. De allí la echan a la calle y el alguacil del pueblo la encuentra durmiendo en la calle en mitad de la nieve. Los Servicios Sociales del pueblo tenían constancia de tal situación, pero ella no es llevada a los mismos pues insiste en que le lleven a Médicos del Mundo.

Se consigue una traductora voluntaria – no había servicio de mediación de rumano en ese momento –, y se puede confirmar que tiene una discapacidad psíquica, valorada posteriormente en un 55%. Se busca algún recurso donde se pueda alojar – tanto para víctimas de trata como para personas con disfuncionalidad –, siendo muy difícil dar con alguno, por saturación de los mismos o porque no reciben a personas con disfuncionalidades psíquicas.

Finalmente, la única solución es alojarla en un albergue para personas sin hogar – a pesar de que ni es un recurso especializado, ni se puede garantizar su protección ni se le puede hacer un tratamiento adecuado -. Mientras, se consigue que por medio de procedimiento judicial se declare su incapacidad y que perciba una pensión.

Durante un tiempo vive en un piso tutelado pero tiene un altercado con otra persona, por lo que deciden buscarle un hospedaje que le cuesta prácticamente toda la pensión que percibe. Por la situación de abandono en la que se encuentra, tiene que volver de vez en cuando a la prostitución, tanto en el club como por su cuenta.

María busca refugio en quien conoce o en lo que conoce y, como no le hacen seguimiento en los servicios sociales, no sabe administrar el poco dinero que tiene y además siempre hay alguien que se aprovecha de ella.

En varias ocasiones, Médicos del Mundo la encuentra por la calle desorientada y en condiciones precarias de salubridad.

Como tiene dificultades para cumplir normas y manejar la frustración, es trasladada del hospedaje a una residencia en régimen abierto para personas con problemas de adaptación social y, finalmente, a un centro cerrado, donde reside en la actualidad.

Es preciso garantizar que el período de reflexión se aplique de una forma menos restrictiva permitiendo su concesión en el caso de personas sobre la que no hay pruebas evidentes pero sí indicios claros de que pueden ser víctimas de trata. Ello permitiría que esas personas se recuperen, rompan los vínculos con sus tratantes y reflexionen sobre su decisión de colaborar con las autoridades⁷⁶. Se requiere la implementación efectiva del permiso de residencia, que tenga en cuenta las circunstancias personales de la víctima, entre otros, su seguridad, salud, situación familiar, peligro de devolución a su país, etc.



Tampoco puede condicionarse la concesión del permiso al resultado de las investigaciones, arrestos o sentencias contra los tratantes.

El *Grupo de Expertos en la Trata de Seres Humanos*, de la *Comisión Europea*, recomendó en abril de 2004 que se debe garantizar un período de reflexión que no sea inferior a tres meses, con el objeto de que la persona pueda recuperarse y sea capaz de tomar una decisión informada acerca de sus opciones, esto es, intervenir o no en el procedimiento penal, iniciar procedimientos legales para

obtener una indemnización, entrar en algún programa de asistencia o regresar a casa. Tras la identificación se debería garantizar un permiso temporal de residencia a las víctimas, bien por la voluntad de la persona de colaborar con la Administración de Justicia, pero también por otras razones, como por ejemplo haber iniciado un programa social orientado a la inclusión social o la formación profesional. Junto al permiso de residencia temporal, se plantea que pueda adoptarse un permiso de residencia definitivo o a largo plazo por razones humanitarias, en situaciones como que la persona haya concluido exitosamente un programa social y haya encontrado trabajo, e incluso la concesión de asilo de acuerdo con el derecho de los refugiados.

Es necesario que la competencia de identificación de las personas tratadas no recaiga exclusivamente en las Fuerzas de Seguridad especializadas cuya prioridad sigue siendo, con mucha frecuencia, la lucha contra la inmigración irregular antes que la protección de los derechos de las víctimas. En la actualidad, dichas personas solo pueden acceder a sus derechos a través del contacto con esas Fuerzas de Seguridad del Estado cuando puede ser problemático para ellas, tanto por su posible situación de irregularidad como por su temor a que la policía conozca su situación. En general, la inmensa mayoría del funcionariado tiene un escaso conocimiento del fenómeno de trata y de los estándares internacionales de protección de las personas tratadas.



A pesar de que lo establecía el **Plan integral de Lucha contra la Trata**, el Fondo creado no ha servido para garantizar que las víctimas reciban las indemnizaciones establecidas en las sentencias cuando los acusados se declaran insolventes. Es necesario además que el Fondo se nutra con los bienes confiscados a las redes de trata.

Es importante destacar la desprotección añadida que ha supuesto la exclusión sanitaria de las personas inmigrantes en situación irregular y que está impidiendo la detección de posibles víctimas de trata y de violencia de género desde el ámbito sanitario, particularmente en Atención Primaria.

Prostitución

El artículo 36.11 de la *Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana* impone multas administrativas de 601 a 30.000 euros por *"La solicitud o aceptación por el demandante de servicios sexuales retribuidos en zonas de tránsito público en las proximidades de lugares destinados a su uso por menores, como centros educativos, parques infantiles o espacios de ocio accesibles a menores de edad, o cuando estas conductas, por el lugar en que se realicen, puedan generar un riesgo para la seguridad vial."*

Y el artículo 37.5 impone multas administrativas de 100 a 600 euros por *"La realización o incitación a la realización de actos que atenten contra la libertad e indemnidad sexual, o ejecutar actos de exhibición obscena, cuando no constituya infracción penal."* De hecho se están imponiendo a mujeres que ejercen la prostitución.

El Comité CEDAW ha recomendado al estado español⁷⁷ que: *"Adopte un enfoque integral para abordar el fenómeno de la explotación de la prostitución; reúna datos y realice*

España fue condenada en julio de 2012 por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (caso B.S.V.España), por la violación del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (Prohibición de los tratos inhumanos o degradantes) y del artículo 14 (Prohibición de discriminación) en relación con el artículo 3; ya que no se hizo una investigación efectiva de las agresiones físicas y verbales sufridas por la víctima, una mujer nigeriana que estaba en prostitución. Es la primera vez que este Tribunal condena a un Estado tomando en cuenta el género, la raza y el status social de la víctima

77. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015:párr. 23c).

análisis; cuente con suficientes centros de acogida y de crisis y con programas de salida y reintegración, así como oportunidades alternativas de generación de ingresos para las mujeres que deseen abandonar la prostitución; y adopte medidas para reducir la demanda”.

Así mismo, muchos ayuntamientos pusieron en marcha normativas locales en el marco “de actos incívicos” para multar administrativamente a las mujeres que ejercen la prostitución.

Debe destacarse que la mencionada ley ha sido utilizada para multar a mujeres prostitutas que ejercen la prostitución en

España, inclusive víctimas de trata con fines de explotación sexual.

Las ordenanzas municipales relativas a la prostitución que se vienen aprobando en los distintos municipios del territorio español, no persiguen más objetivo que su invisibilización y representan políticas ajenas a todo compromiso con el principio de igualdad entre mujeres y hombres y con la protección y salvaguarda de los derechos humanos de las mujeres en situación de prostitución:

▶ Intervienen tan sólo frente a la prostitución en medio abierto propiciando el desplazamiento de la prostitución al medio cerrado, lo que facilita el control de la prostitución por el proxenetismo, frente al que no se interviene.

▶ Al sancionar por igual a consumidores y mujeres en prostitución equiparan a ambos sujetos, prescindiendo de la posición de desigualdad en que se encuentran las mujeres en prostitución frente a los usuarios de prostitución.

▶ Criminalizan a las mujeres en situación de prostitución en lugar de prestarles apoyo y protección tal como propugna toda la legislación estatal e internacional suscrita por el Estado español.

▶ Propician los prostíbulos y a los proxenetas y por tanto la explotación de la prostitución ajena, incumpliendo así la legislación penal vigente y los convenios internacionales.

▶ Legitiman la violencia contra las mujeres en situación de prostitución, puesto que sufren la violencia que se ejerce por demandantes de servicios y la de las instituciones públicas cuando les hacen responsables de la existencia de la prostitución.

Un ejemplo de esta situación es la que se ha ido viviendo en Barcelona con la **Ordenanza Municipal de Civismo** (aprobada en 2006). En el 2012, diferentes colectivos volvieron a denunciar las consecuencias de esta ordenanza

administrativa que está vulnerando los derechos a raíz de la aprobación del endurecimiento de las sanciones a las mujeres que ejercen la prostitución en las calles de Barcelona y de la “ordenanza municipal sobre comportamiento

cívico y reguladora del uso, ocupación y limpieza de la vía pública” del 15 de abril del 2011 del Boletín Oficial de Gipuzkoa referida al Municipio de Irún, donde se multa a las mujeres prostitutas que ejercen en la calle.

En cuanto a la reducción de la demanda de prostitución, en este sentido recordamos que según Naciones Unidas, la demanda masculina es el principal motor de la expansión de la industria del sexo, prostitución y el aumento de la trata de mujeres para su abastecimiento. Este enfoque es acorde con el art.9 del *Protocolo de Palermo* y el art. 6 de la *Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres*.

Prácticas Tradicionales Nocivas

Mutilación genital femenina⁷⁸

En España, se detectaron algunos casos de mutilación genital femenina practicados en Cataluña en el año 1993 y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996, sin embargo, no existen pruebas fehacientes de que se hayan realizado más mutilaciones en nuestro país.

Entre los 6 millones de personas extranjeras que en 2012 residían en España, más de 55.000 mujeres provenían de países del África subsahariana, donde persiste la práctica de la mutilación genital femenina⁷⁹. Por eso es, sobre todo, cuando las familias vuelven a sus países de origen en periodos vacacionales cuando más posibilidades existen que se produzca esta terrible práctica.

A pesar de no contar con datos de la incidencia-prevalencia de la mutilación genital femenina en España, se estima que la población en riesgo de sufrirla ronda las 17.000 niñas menores de 15 años.

Según el Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)⁸⁰ junto a la ONG Wassu Gambia Kafo, 57.000 mujeres



mutiladas viven en España y el número de niñas residentes en España en riesgo de sufrir esta práctica ha aumentado más de un 60% desde 2008. Se trata de las menores de 14 años residentes en el territorio español que proceden de los países subsaharianos donde persiste la práctica de la ablación. Unas 17.000 niñas están en peligro de sufrir mutilación genital en España, el 37% de las cuales residen en Cataluña⁸¹.

⁷⁸. Más información en: Respuesta de España al cuestionario sobre la Resolución 27/22, aprobada por el 26 de septiembre de 2014, de “Intensificación de los esfuerzos mundiales e intercambio de buenas prácticas para la eliminación efectiva de la mutilación genital femenina”. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FGM/Governments/Spain2.docx>

⁸⁰. Más información en Fundación Wassu Uab: <http://www.mgf.uab.cat/esp/mgf.html> ⁸¹. El País. 31 de enero de 2014. Unas 17.000 niñas están en riesgo de sufrir mutilación genital en España. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/31/catalunya/1391167593_685782.html

En el año 2015, el gobierno aprobó un paquete de medidas para evitar la ablación entre las cuales se encuentra el *"Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina"*⁸². Este protocolo estatal únicamente es sanitario y, en realidad, se necesita un protocolo integral que contemple todas las instancias implicadas: sanitaria, educativa, judicial, entidades sociales, etc.

Previamente comunidades autónomas con grandes poblaciones de riesgo como Cataluña, Cantabria, Aragón, Navarra y Euskadi, ya desarrollaron su propios protocolos a parte de incluir la mutilación genital femenina, bien en sus normas relativas a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia sobre la mujer, o bien, en su legislación en materia de infancia, de igualdad de oportunidades o de violencia contra las mujeres.



El País Vasco también va a ratificar un conjunto de instrucciones para luchar contra la mutilación en su comunidad antes de que acabe el año, aunque ya han comenzado a formar a profesionales de la salud que están en contacto con población de riesgo. En concreto, el Ayuntamiento de Bilbao ha establecido el primer protocolo interinstitucional de Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en toda Euskadi y por otra parte el servicio vasco de salud (Osakidetza) ha diseñado un protocolo propio contra la mutilación genital femenina destinado a matronas y personal médico de atención primaria y atención especializada. La Comunidad Balear está finalizando un diagnóstico sobre esta forma de violencia.

En Cataluña, desde octubre del 2015, se incluye en la sanidad pública la posibilidad de reconstruir el clítoris a las mujeres que han sufrido MGF⁸³.

Queremos destacar, que todos estos protocolos tienen una escasa dotación presupuestaria, lo que dificulta su implantación. Además, no se contempla la reconstrucción de los órganos mutilados en casi ningún hospital público, cuando en otros países como el Reino Unido, está incluida esta operación en la seguridad social.

La excepción es el programa de reconstrucción genital post-ablación de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, liderado por el Dr. Pere Barri Soldevila que ha atendido ya a 73 mujeres, 13 de las cuales han sido en este año 2016. Además, en algunos protocolos (por ejemplo el catalán), se le da demasiado peso a la intervención policial y a la criminalización de las familias, más que a apostar por la educación, prevención y mediación.

82. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015b). 83. Más información en:

http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/288289/salut-publica-catalana-oferira-reconstruccio-clitoris-dones-sofert-mutilacio-genital-femenina.html

Con la aprobación de la *Ley Orgánica 1/2014, de 14 de marzo de 2014*, conocida

como “*Ley de justicia universal*”, la práctica de la Mutilación Genital Femenina (así como la obligación impuesta a una mujer para que se someta a la misma, la incitación a una niña para ello, o la provisión de los medios para su realización) podrá ser enjuiciada por los tribunales españoles, para el caso de que se practique en el extranjero, siempre que:

1

El procedimiento se dirija contra una persona española

2

El procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España

3

Aquella persona a quien se impute la comisión de delito se encuentre en España y, en el momento de comisión de los hechos, la víctima fuera española o residiera habitualmente en España

Matrimonio infantil

La edad mínima legal para casarse ha sido elevada a los 16 años mediante la *Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria*. Por lo que se entiende que es ilegal cualquier matrimonio de personas menores. Cuando una de las personas que contrae matrimonio es menor de 18 años se tipifica como matrimonio precoz.

El *Código Penal* recoge como delito en el artículo 172 bis el matrimonio forzado. Sobre este tema, en Cataluña, ha habido una iniciativa muy importante que debería ser el ejemplo del estado español y de otros estados miembros de la Unión Europea. En Cataluña la *Ley 5/2008, de 24 de abril del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista* establece en el artículo 5.4 e) que “Un matrimonio forzado es una manifestación de la violencia machista en el ámbito social o comunitario, junto con

la mutilación genital femenina, el acoso sexual, las agresiones sexuales, y el tráfico o explotación de mujeres y niñas”.

Así mismo, hay protocolos locales para el abordaje de los matrimonios forzados. El departamento de Interior de la Generalitat de Catalunya elaboró en el año 2009 un protocolo de actuación para la prevención y atención policial con motivo de los matrimonios forzados, este protocolo incluye el *Procedimiento de prevención y atención policial de los matrimonios forzados*, siendo la primera policía del Estado español que lo implementó, junto con formación especializada para el equipo de profesionales que tienen actuar en este tipo de delitos.

La *Ley Foral 14/2015, de 10 de abril para Actuar contra la Violencia hacia las Mujeres de la Comunidad Navarra* incorpora como

una de las formas de violencia contra las mujeres el matrimonio a edad temprana; indicando que el *“Matrimonio a edad temprana, matrimonio concertado o forzado: un matrimonio en el que no ha existido un consentimiento libre y pleno para su celebración, bien porque ha sido fruto de un acuerdo entre terceras personas, ajeno a la voluntad de la mujer, bien porque se celebra bajo condiciones de intimidación o violencia o porque no se ha alcanzado la edad prevista legalmente para otorgar dicho consentimiento”*.



Es fundamental que se actúe contra esta forma de violencia de género desde el nivel nacional, *“analizando los casos para poder mejorar el modelo de detención policial y para poder promover y aumentar el conocimiento de un fenómeno que presenta una gran invisibilidad en nuestro país”*. Hay, igualmente, que seguir *“impulsando acciones de formación acerca de la temática para poder ofrecer a los y las profesionales del mundo de la seguridad más conocimiento y mejorar los instrumentos para el abordaje de este tipo de casos”*⁸⁴.



IV

Conclusiones

El sistema sanitario público en España había sido hasta ahora un sistema valorado como eficiente en el ámbito mundial: con un gasto sanitario/habitante inferior a la media de la Unión Europea, alcanzaba niveles de salud y atención que estaban entre los mejores del mundo. Un sistema financiado a través de los presupuestos generales del Estado y nutrido por los impuestos directos e indirectos de todas las personas. Sin embargo tras la llamada *"reforma sanitaria"* **se ha recortado el modelo sanitario**, convirtiéndolo en un híbrido de tipo público/privado.

Por otro lado, el desarrollo autonómico de estas reformas ha sido muy diferente, por lo que actualmente se están produciendo **diferencias de servicios entre las comunidades autónomas**, que van a aumentar previsiblemente, y con ello la inequidad territorial. Además, España es uno de los países de la Unión Europea con **menos servicios sociales** y parte de este déficit hoy se absorbe por los servicios sanitarios. Grave problema cuando tanto servicios sociales como sanitarios van a limitar su oferta.

La aplicación de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* es casi nula en lo referido a la salud y la educación sexual, dado

que no hay presupuesto específico asignado. Además, según el barómetro realizado en la Unión Europea sobre el acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos, España suspende en **educación sexual, sensibilización** de la población y **empoderamiento de las mujeres**.

La **reforma sanitaria** también ha afectado a los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes en situación irregular, quedando truncados y no permitiéndoles acceder a interrupciones voluntarias de embarazos ni a medidas de planificación familiar dentro del sistema público nacional, a pesar de ser un grupo especialmente vulnerable que puede terminar acudiendo a centros clandestinos de dudosa calidad por no poder costearse una interrupción voluntaria del embarazo en una clínica privada acreditada.

A pesar de que existe la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* y la *Estrategia Nacional del Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, se sigue manteniendo una **instrumentación excesiva del parto con altas tasas de cesáreas y episiotomías**.

Existen importantes **limitaciones de acceso a los métodos anticonceptivos**, serias deficiencias en los servicios sanitarios que asesoran y prescriben dichos métodos e **inequidad en función de la comunidad de residencia**. Además, en 2011, se produjo a instancia del Ministerio de Salud entrante un **cambio en los**

anticonceptivos financiados por el Sistema Nacional de Salud, más por motivos económicos que sanitarios.

Si bien es cierto que desde el año 2014 se está produciendo un tímido incremento en el presupuesto para prevención de VIH, este aumento es mínimo en comparación con la **drástica bajada del presupuesto real del Plan Nacional sobre el Sida durante 2012**, el cual se redujo en un 90%. Este hecho ha llevado a una descapitalización del presupuesto económico en materias relacionadas con la prevención del VIH.

A pesar de que la legislación establece que la **interrupción voluntaria del embarazo** debe estar incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, **no resulta siempre sencillo acceder a dicha prestación** a través del sistema público sanitario español. La **inequidad territorial** es uno de los hechos más significativos. La mayoría de las interrupciones se realizan en centros privados, y su **coste recae en gran medida en las propias mujeres**.

Los criterios de prioridad para la utilización de **los recursos del Sistema Nacional de Salud en técnicas de reproducción humana asistida, fijan preferencia** para el acceso a mujeres con mejor salud que otras, y las de menor edad frente a las de edad avanzada (que es una doble discriminación por razones de salud y edad), así como quienes tienen problemas relacionados con la capacidad reproductiva como la esterilidad e infertilidad.

Recientemente se ha limitado el acceso a **las interrupciones voluntarias del embarazo para las jóvenes entre 16 y 18 años, pues se les obliga a informar a sus representantes legales**, a pesar de la preocupación mostrada por el *Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)* al respecto.



Por otro lado, existe un porcentaje importante de **jóvenes en riesgo** de contraer **infecciones de transmisión sexual** y de tener **embarazos no planificados**, sin contar con programas específicos de prevención.

En los Centros de Internamiento de Personas Extranjeras (CIE), **falta atención especializada para mujeres embarazadas** y se han producido casos de **interrupción o denegación de tratamientos**, junto con **abusos hacia personas homosexuales y transexuales por su orientación e identidad sexual**.

Frente a la violencia sexual, hay una escasa respuesta institucional que incorpore medidas sancionadoras así como preventivas y educativas. La falta de actuación de las distintas administraciones públicas, así como la de los Gobiernos que han ido alternando en los últimos cuarenta años, se traduce en una **ausencia completa de políticas públicas en el marco del acceso y obtención de asistencia, protección, justicia y reparación en violencia sexual**.

No existen datos específicos para crímenes de violencia contra las mujeres en espacios públicos (fuera de la relación de pareja o ex pareja), porque *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* tiene un concepto restrictivo de violencia de género. Por otro lado,

generalmente no se desagrega la información que se recoge de las denuncias, salvo para los casos de violencia de género que recoge la citada Ley.

Existen protocolos de actuación y pautas específicas dentro de los servicios médicos pero **no recursos específicos para tratar la violencia**, esto se da dentro de los servicios de urgencias y atención primaria, atención especializada y salud mental.

La **desigualdad territorial en el marco de la atención a víctimas y supervivientes de violencia de género** refleja una situación de discriminación en relación al derecho a la asistencia integral de las supervivientes de otras manifestaciones de violencia machista fuera del entorno de la pareja o expareja.

Desde el inicio de la democracia en el año 1975, **no existen campañas de prevención de la violencia sexual de género**: desde 2009 hasta la fecha, ni el Estado español, ni las diferentes comunidades autónomas han desarrollado ninguna campaña de concienciación para la prevención de la violencia sexual de género en jóvenes, mujeres adultas o niñas.

Las **mujeres que han nacido fuera de España y las mujeres transexuales son dos grupos de especial vulnerabilidad**, sin embargo no se realiza un trabajo de prevención, detección y atención de violencia de género con ellas.

El Estado español **no ha cumplido con sus obligaciones de implementar todos los mecanismos de protección internacional para las víctimas de trata a los que está obligado**. Deniega sistemáticamente la protección que otorga el derecho de asilo a quienes han sido o están

en riesgo de convertirse víctima de trata, cuyas vidas o integridad podrían correr un riesgo grave en caso de retorno a sus países de origen. Además de la obligación de respetar siempre el principio de no-devolución.

De hecho, **las autoridades españolas han adoptado un enfoque de control migratorio en el proceso de identificación de las víctimas y, de forma sistemática, suelen dudar o sospechar de las declaraciones** de las personas presuntamente tratadas demandando evidencias o pruebas antes de ofrecer las medidas de protección y asistencia adecuadas.

Las ordenanzas municipales relativas a la prostitución que se vienen aprobando en los distintos municipios del territorio español, **no persiguen más objetivo que su invisibilización** y representan políticas ajenas a todo compromiso con el principio de igualdad entre mujeres y hombres y con la protección y salvaguarda de los derechos humanos de las mujeres en situación de prostitución.

A pesar de no contar con datos de la incidencia-prevalencia de la mutilación genital femenina en España, **se estima que la población femenina en riesgo de sufrir mutilación genital femenina ronda las 17.000 niñas menores de 15 años**. Existe un Protocolo estatal pero que está dirigido a una actuación sanitaria y algunas comunidades autónomas han desarrollado protocolos propios (Cataluña, Cantabria, Aragón y Navarra) o están en camino para realizarlos (País Vasco y Baleares).

La edad mínima legal para casarse ha sido elevada a los 16 años mediante la *Ley 15/2015, de 2 de Julio, de Jurisdicción*

Voluntaria. Por lo que **cuando una de las personas que contrae matrimonio es menor de 18 años se tipifica como matrimonio precoz**. Sin embargo, únicamente algunas comunidades autónomas (Cataluña y Navarra) han comenzado a legislar al respecto.



Es decir, a pesar de que se cuenta una estrategia nacional y legislación específica, los servicios de salud sexual y reproductiva cuentan con importantes deficiencias y su acceso y cobertura sanitaria es diferente dependiendo de la comunidad autónoma en la que se resida y respecto a la situación administrativa individual.

Simplemente esbozando algunos datos, podemos ver la necesidad de un **enfoque de género para la salud pública** que vincule la identificación de las formas en que los riesgos para la salud, las experiencias y los resultados son diferentes para las mujeres y los hombres, con la actuación en consecuencia en todas las políticas relacionadas con la salud.

La “*reforma sanitaria*” y los diferentes recortes en salud han tenido un impacto muy importante en la salud de la población, especialmente de las mujeres y menores de edad, por lo que debe **derogarse tanto el Real Decreto Ley 16/2012 como las sucesivas medidas regresivas en salud**.

Los servicios de deshabitación, deben **adaptarse a las necesidades y la realidad de las mujeres usuarias de drogas**. Asimismo, deben existir recursos para mujeres víctimas de violencia de género, consumidoras de drogas y/o con problemas de salud mental, espacio ahora mismo sin cubrir.

Los grupos expertos coinciden en la necesidad de **protocolos comunes** impulsados por las administraciones autonómicas que pauten y unifiquen la atención al parto para evitar las desigualdades **en la atención al parto**,

las cuales se ven agravadas por las diferencias de recursos humanos y materiales entre unas zonas y otras.

Se precisa un **informe sobre situación epidemiológica del VIH/Sida y su impacto en las mujeres** que actualice la información recabada por el Plan Nacional de Sida en 2008.

Se requieren estudios en profundidad para abordar la **prevención de embarazos imprevistos y de contagio de infecciones de transmisión sexual**.

Se debe **garantizar en todas las comunidades autónomas servicios públicos en donde se puedan realizar las interrupciones voluntarias de embarazo**, sin tener que realizar derivaciones a clínicas privadas. Es esencial **agilizar los trámites administrativos, evitar el traslado** entre comunidades autónomas y/o provincias y eliminar el adelanto de pago por la prestación por parte de las propias mujeres.

Consideramos **necesario adaptar y actualizar el marco legal existente tanto la Ley sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, como el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud** a fin de homogeneizar los criterios en toda las comunidades autónomas, eliminar las cláusulas restrictivas del marco legal estatal y aumentar la oferta de centros públicos en donde se realice el tratamiento. Igualmente se debe **reconocer la maternidad**, en la

donación de gametos, **de la madre que cede los óvulos; así como reconocer la filiación compartida de las parejas de mujeres no casadas.**

Existe una **Propuesta de Ley Estatal de Identidad Sexual y Expresión de Género** de la Plataforma por los Derechos Trans **#NadieSinIdentidad**, área que debe ser abordada en nuestra legislación.

En cuanto a la población joven, se precisan medidas dirigidas a **impulsar la educación sexual con enfoque de género** en los planes estudio de enseñanza primaria y secundaria, impulsar el acceso universal a los métodos anticonceptivos y **mejorar las políticas de prevención de embarazos no planificados.**

La **educación sexual** es una asignatura pendiente en nuestro país, por lo que se precisa de un **presupuesto adecuado** para poder desarrollar acciones dirigidas a luchar contra los mandatos de género tanto para mujeres como para hombres. Se deben incorporar medidas de **atención a la diversidad del alumnado**. Igualmente, el Sistema Nacional de Salud debe desarrollar un protocolo común que facilite la **accesibilidad a procedimientos sanitarios adaptados a mujeres con discapacidad**, tales como camillas y salas de exploración ginecológicas y mamografías.

En los **Centros de Internamiento de Personas Extranjeras (CIE)**, se precisa **personal sanitario adecuado** para poder prestar asistencia sanitaria de calidad, así como **medidas de control firmes que eviten los abusos hacia personas homosexuales y transexuales por su orientación e identidad sexual.**

La lucha contra la violencia sexual pasa por la



urgente necesidad de que el Estado establezca **medidas claras y contundentes contra la agresión sexual, el abuso sexual y el acoso sexual**, aparejado de **acciones preventivas y educativas** dirigidas a las personas más jóvenes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos en todas las franjas de edad. Igualmente, se debe proceder a un desarrollo normativo y a la aprobación de políticas públicas que aborden estas cuestiones.

El gobierno debe **revisar su legislación** sobre la violencia de género, a fin de **incluir otras formas de violencia de género**, más allá de la violencia en el ámbito de la pareja o ex pareja. Se deben **recopilar datos estadísticos** sobre la violencia doméstica y sexual **desglosados** por sexo, edad, nacionalidad y relación entre la víctima y victimario.

Es **necesario dotar de recursos específicos para tratar la violencia**, a los servicios de urgencias, atención primaria,

atención especializada y salud mental. Son **precisos mecanismos para garantizar estándares mínimos en todo el Estado**. Asimismo, se debe **realizar evaluaciones de impacto de género** de las diferentes políticas públicas.

La violencia directa (violencia física, sexual y psicológica) que se ejerce hacia las mujeres y las niñas, se alimenta de una violencia simbólica y estructural que justifica y perpetúa esta violencia directa; por lo que son fundamentales **campañas de concienciación pública sobre todas las formas de violencia contra las mujeres**.

Se deben **analizar los factores que conforman los obstáculos añadidos para aquellas mujeres más vulnerables de sufrir violencia de género**, a fin de paliar esa situación.

Es preciso adoptar directrices claras para que, desde un enfoque de derechos y centrado en las víctimas, las autoridades **prioricen la identificación y protección de las personas presuntamente tratadas**. Se requiere revisar el procedimiento que se sigue y estudiar fórmulas que permitan **que se tenga en cuenta la especial situación en la que se encuentran ciertos grupos de presuntas víctimas de trata**.

Tal y como Naciones Unidas le ha recomendado al estado español, debe adoptar un **enfoque integral para abordar el fenómeno**

de la explotación de la prostitución; reúna datos y realice análisis; cuente con **suficientes centros de acogida** y de crisis y con **programas de salida y reintegración**, así como oportunidades alternativas de generación de ingresos para las mujeres que deseen abandonar la prostitución; y adopte **medidas para reducir la demanda**.

Se necesita un **Protocolo Integral contra la Mutilación Genital Femenina**, el cual contemple todas las instancias implicadas: sanitaria, educativa, judicial, entidades sociales, etc. Para combatir con esta forma de violencia de género, se precisa de un trabajo en educación y prevención para no afectar más a las víctimas con la criminalización de las familias.

En cuanto al **matrimonio precoz o forzado**, es fundamental que se actúe desde el nivel nacional, *analizando los casos, para poder mejorar el modelo de detención policial y para poder **promover y aumentar el conocimiento de un fenómeno que presenta una gran invisibilidad en nuestro país***. Hay que seguir *impulsando acciones de formación acerca de la temática para poder ofrecer a los y las profesionales del mundo de la seguridad más conocimiento y mejorar los instrumentos para el abordaje de este tipo de casos*.

Finalmente, para garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es imprescindible un **enfoque de género para la salud pública**, el cual vincule la identificación de las formas en que los riesgos para la salud, las experiencias y los resultados son diferentes para las mujeres y los hombres, con la **actuación en consecuencia en todas las políticas relacionadas con la salud**.

Amnistía Internacional (2007)

Más Riesgos y Menos Protección. Mujeres Inmigrantes en España Frente a la Violencia de Género.

Disponible en: https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Informe_Mas_riesgos_y_menos_proteccion_231107.pdf

Amnistía Internacional (2015)

España. Informe al Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres de las Naciones Unidas. 61º Periodo de Sesiones, 6 al 24 de Julio de 2015.

Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/.../EUR4118072015SPANISH.pdf>

Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo (2015)

Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.

Disponible en: http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf

Ariranga G. Pillay (2012)

Open Letter of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in Relation to the Protection of the Covenant Rights in the Context of the Economic and Financial Crisis. 16 May 2012.

Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fSUS%2f6395&Lang=en

Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo –ACAI– (2014)

Mujeres de 16 y 17 Años que no han Podido Comunicar a sus Padres o Tutores la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf>

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (2008)

Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía.

Disponible en: http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf

Cámara Gonzalez, C. (2012)

Contrarreforma Sanitaria: su Impacto sobre la Salud de las Mujeres.

En: 25 Años del Forum de Política Feminista. Las Asociaciones de Mujeres ante el Empleo, la Violencia de Género y la Participación.

Disponible en: http://forofeministacyl.org/public/files/libro_xxii_taller_septiembre_2012_completo.pdf

Codorniu, J.M. (2014)

VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España. El impacto de la Crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia ¿Hacia un Cambio de Modelo? Fundación de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada - FOESSA

Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2015)

29 de julio de 2015. *Observaciones Finales sobre los Informes Periódicos Séptimo y Octavo Combinados de España.*

Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2fMKD%2fCO%2f3&Lang=en

Comité para la Eliminación Racial (2011)

Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial sobre los Informes Periódicos 18°-20° de España, 10 de marzo de 2011.

Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/co/Spain_AUV_sp.pdf

Comunidad de Madrid (2015)

Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Febrero 2015.

Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DIVE_2014pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352896068789&ssbinary=true

Consejo de Europa (2008)

Combating Violence against Women: Minimum Standards for Support Services.

Disponible en: [https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF\(2007\)Study%20rev.en.pdf](https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF(2007)Study%20rev.en.pdf)

Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia

Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se Procede a Modificar las Condiciones de Financiación de Medicamentos Incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud Mediante la Asignación de Aportación del Usuario.

Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-9709

Corral de, P. Et Al. (1998)

Variables Predictivas del Fracaso Terapéutico en Víctimas de Agresiones Sexuales.

Disponible en: <http://zutitu.com/FitxersWeb/20/ARTICULO11.pdf>

European Union Agency for Fundamental Rights (2014)

Violencia de Género contra las Mujeres: una Encuesta a la Escala de la UE.

Disponible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf

Federación de Planificación Familiar Estatal (2015)

Barómetro del Acceso de las Mujeres a la Libre Elección de Anticonceptivos Modernos en 16 países Europeos de la UE. Principales Conclusiones y Recomendaciones Políticas ESPAÑA.

Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf

Federación de Planificación Familiar Estatal e Iniciativa por los Derechos Sexuales (2015)

Examen Periódico Universal - 21ª Ronda. Informe sobre España Enero-Febrero 2015.

Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/UPR21_SRI-and-FPFE_stakeholder-submission_Spain.pdf

Fundación para la Convivencia Aspacia (2013)

Violadas y Expulsadas. Entre el Miedo y la Desprotección.

Mujeres Migrantes en Situación Irregular Frente a la Violencia Sexual en España.

Disponible en: <http://violadasyexpulsadas.org/img/informe.pdf>

Generalitat de Catalunya (2008)

Programa Salut i Escola: Guia d'Implantació.

Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_i_escola/documents/arxius/salutescola.pdf

Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades

Mujeres en Cifras. Estadísticas hasta el año 2014.

Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO – (2005)

Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. Entorno Familiar.

Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

Kaplán Marcusán, A. y López Gay, A. (2013)

Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012.

Universidad Autónoma de Barcelona.

Disponible en: http://www.mgf.uab.es/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf

Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Secretaría de Estado de Administraciones Públicas Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)

Informe de impacto de género del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2016.

Disponible en: http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/Documentacion/Documents/INFORMES%20IMPACTO%20DE%20GENERO/IIG_2016.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009)

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

**Ministerio de Sanidad,
Política Social e Igualdad (2011)**

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Folleto: Píldora de Urgencia. Píldora del Día Después. Información para Usuarías.

Disponible en: http://www.msc.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a)

Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001 - 2011.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b)

Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Ministerio de Economía y Competitividad**

Grupo EPI-VIH- Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS. (2000 - 2013). Madrid, Abr. 2016.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2013.pdf

Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales e Igualdad (2014)

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE).

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a)

Macroencuesta Violencia contra la Mujer 2015.

Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0539-es.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015b)

Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015c)

Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos Definitivos Correspondientes al Año 2014.

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf

Observatorio de Salud de la Mujer (2005)

Informe de Revisión de Guías sobre la Incorporación de Perspectiva de Género a las Políticas de Investigación en Salud.

Disponible en: http://unidaddamullerenciencia.xunta.es/sites/default/files/documento/2011/06/143_informe-de-revision-de-guias-sobre-la-incorporacion-de-la-perspectiva-de-genero-las-politicas-de-inv.pdf

Organización de Naciones Unidas (1993)

Declaración para la Eliminación de todas las Formas de Violencia contra las Mujeres de Naciones Unidas.

Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

Doc de la ONU: A/RES/48/104 23 de febrero de 1994.

Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Organización Mundial de la Salud (2002)

Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.

Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2009)

Las Mujeres y la Salud. Los Datos de Hoy. La Agenda de Mañana.

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70121/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud, Panamericana de la Salud (2013)

Comprender y Abordar la Violencia contra las Mujeres. Violencia Sexual.

Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23944&Itemid=

Organización Mundial de la Salud (2015)

Declaración de la OMS sobre Tasas de Cesárea. Human Reproduction Programme.

Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

Parlamento Europeo (2013)

Barómetro del Acceso de las Mujeres a la Libre Elección de Anticonceptivos Modernos en 10 Países de la UE. Focus España.

Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_template_SP_LOW.pdf

Plan Nacional sobre el Sida (2008)

Situación Epidemiológica del VIH/Sida en Mujeres.

Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaMujeres2008.pdf>

Ruiz-Pérez, I. et Al. (2006)

La Violencia Contra la Mujer en la Pareja. Un Estudio en el Ámbito de la Atención Primaria. Gaceta Sanitaria, 20 (3): 202-208. Citado en el Informe anual del Observatorio sobre Violencia de género 2007, p.110.

Sociedad Española de Contracepción (2014)

Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los Métodos Anticonceptivos en España.

Disponible en: www.sec.es

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria - SESPAS - (2004)

Informe SESPAS 2004. La Salud Pública desde la Perspectiva de Género y Clase Social.

Disponible en: http://www.sespas.es/ind_lib07.html

**Soriano Villarroel, I.
Mazarrasa Alvear, L (2009)**

*La Sanidad Pública de Espaldas a los Derechos de las Mujeres.
Mujeres Ante el Congreso.*

Disponible en: <http://www.trasversales.net/sanidadymujeres.pdf>

Sortzen y Mujeres con Voz (2014)

*Acoso Sexual y Mujeres Migradas (Trabajadoras del Hogar).
Estudio Cuantitativo sobre la Percepción del Acoso Sexual
por Parte de las Mujeres Migradas. Junio 2014.*

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (2009)

*Investigación sobre la Intervención en Drogodependencias y
Malos Tratos a Mujeres en las Redes de Atención.*

Disponible en: http://www.bizkaia.net/gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt18/documentos/UNAD_investigacion.pdf

Villar Márquez, Eliana (2014)

*Perspectiva de Género y Programas sobre Drogas: El Abordaje de las Desigualdades.
Consorcio COPOLAD, Madrid, 2014.*

Disponible en: http://www.fsysc.org/malva/wp-content/uploads/Genero-y-drogas_1023_24102014-ultimo.pdf

Women Against Violence Europe (2012)

*Country Report 2012. Reality Check on Data Collection and European Services for
Women and Children Survivors of Violence. A Right to Protection and Support?.*

Disponible en: http://www.wave-network.org/sites/default/files/02%20WAVE%20COUNTRY%20REPORT%202012_0.pdf

Women's Link Worldwide (2012)

Mujeres en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE). Realidades entre Rejas.

Disponible en: <http://www2.womenslinkworldwide.org/wlw/bajarFS.php?tl=3&per=158>

Entidades

VII



ASSOCIACIÓ DE
PLANIFICACIÓ FAMILIAR
DE CATALUNYA I BALEARS



FPFE

Federación
de Planificación
Familiar Estatal

www.felgtb.org



FELGTB
Federación Estatal de Lesbianas,
Gais, Transexuales y Bisexuales



women's **L I N K** worldwide

