

Cuestionario sobre “no discriminación e igualdad en relación con el derecho a la salud y la seguridad” (Grupo de Trabajo de la ONU sobre la cuestión de la discriminación de la mujer en la legislación y la práctica)

I. Prevención de la discriminación sexual en el disfrute del derecho a la salud y la seguridad

A. Salud

I. ¿Tiene su país regulaciones (en la Constitución, la legislación o en otros códigos legales) que garantiza:

[Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"]

El derecho a la igualdad de acceso de las mujeres y los hombres a todas las formas de cuidado de la salud, en el nivel más alto disponible, incluso el acceso a disposiciones sanitarias alternativas como la homeopatía, naturopatía, etc. (Si)

1. Constitución: La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su artículo 41, la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. A su vez, el artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye, dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social, "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo".

2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: Todos los españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley, quedando establecido así el carácter de universalidad del derecho a la atención sanitaria en España. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, a través de su disposición adicional sexta, complementaron la Ley.

3. 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 UE, alcanza niveles de salud y atención que están entre los mejores del mundo. Financiada a través

de los presupuestos generales del Estado, nutridos por los impuestos directos e indirectos de todas las personas.

4. El Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones transformó radicalmente el régimen del derecho a la salud en España. Limitó la titularidad sanitaria administrativa y dejó sin cobertura sanitaria gratuita a los y las inmigrantes en situación administrativa irregular.

El 2 de septiembre el gobierno presentó a los diferentes gobiernos autonómicos una propuesta en la que lleva trabajando desde marzo de 2015, la cual finalmente fue de nivel técnica y no con las consejerías de salud como se esperaba. En la misma se plantea que la población inmigrante en situación administrativa irregular, acceda “a la atención primaria a través de un documento acreditativo que deberá enseñar junto con su pasaporte o documento de identidad cada vez que necesite asistencia”.

Esta no se trata de una tarjeta sanitaria y para adquirirla deberían estar empadronados en ese territorio con una antigüedad mínima de seis meses y demostrar que no tienen recursos. De las declaraciones posteriores a la reunión, se infiere que estarían dispuestos a dar una cierta “flexibilidad” a las CCAA a la hora de determinar el alcance de ciertos requisitos (como el tiempo mínimo de empadronamiento) pero tienen ciertas líneas rojas (un empadronamiento mínimo es necesario – en su propuesta al final han puesto seis meses y no un año como se esperaba al principio -, en ningún caso se otorgará tarjeta sanitaria y se establecerá un registro paralelo).

El documento tendría una validez de un año y se tendría que renovar por este periodo en los plazos y la forma en que decida cada región.

Los inmigrantes, que tendrían que pagar el 40 % de los medicamentos en la farmacia, serían incluidos en un registro nacional¹”.

Esta propuesta limita la cobertura sanitaria al territorio donde se expida, multiplicando aún más las barreras administrativas de acceso – con la consiguiente burocratización - y la movilidad territorial. Hay mucha confusión sobre qué cobertura tendrían pues no hay información clara al respecto. Por otro lado, el crear un registro paralelo de inmigrantes en situación administrativa irregular, además de favorecer una ciudadanía de segunda que no tiene los mismos derechos que el resto, es una barrera importante puesto que quienes están en situación administrativa irregular no van a querer que se les “fiche”.

Para más información puede consultarse el artículo académico “La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular”, de Margarita Lema Tomé².

¹

² <http://eunomia.tirant.com/?p=2233>

5. El **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** han recortado el modelo sanitario, convirtiéndolo en un híbrido de tipo público/privado. Las medidas que se plantean son las siguientes:

Medida 1: El **RD Ley 16/2012** Introduce el cambio en el acceso al Sistema de Salud Público (SSP, hasta ahora público y universal desde la Ley de Sanidad de 1986), para pasar a ser solo por la vía del aseguramiento, abriendo el paso además a admitir distintos tipos de aseguramiento en el futuro.

Medida 2: El **RDL 1192/2012** regula la condición de “asegurado” y de “beneficiario”, a efectos de la asistencia sanitaria del SPS que depende de las posibilidades económicas y que provoca la inequidad en el acceso al Derecho a la Salud.

Sólo se atienden los casos considerados de “gran urgencia” o que han sufrido un accidente hasta su alta médica. No existe una definición acerca de qué se entiende por gran urgencia, provocando una gran discrecionalidad. Hace referencia a mujeres embarazadas, menores de 18 años, solicitantes de asilo y víctimas de trata en proceso de reflexión.

En la disposición adicional octava, en la que se habla sobre la asistencia sanitaria pública en supuestos especiales, el segundo párrafo insta a que las mujeres embarazadas no registradas ni residentes en España tendrán derecho a ser asistidas.

“2. Las mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a que el Sistema Nacional de Salud les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación de la usuaria para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo”

Desde la puesta en marcha de este Decreto el 1 de septiembre de 2012, los colectivos extranjeros afectados han dejado de asistir prácticamente a los centros sanitarios primarios por temor a represalias.

Medida 3: Se modifica la Cartera de Servicios de las Comunidades Autónomas, para establecer un nivel básico (reduciendo las actuales prestaciones, pendiente fijarlas en el Consejo Interterritorial de Salud), y estableciendo unas prestaciones como suplementarias (fármacos, prótesis, dietoterapia, transporte sanitario no urgente) y otras como accesorias (como pueden ser los absorbentes para incontinencia). Estos

dos grupos se financiarán por copago y/o a través de financiación voluntaria por las CCAA.

En cuanto a las evoluciones autonómicas, Asturias y Andalucía se negaron desde el primer momento a la aplicación del RDL y siguieron garantizando la asistencia en los mismos términos que antes de la Reforma, con la diferencia de que en Andalucía no se requiere empadronamiento y en Asturias sí (pero sin establecer un periodo mínimo). Por su parte además de Euskadi (como se indica en el cuestionario), Navarra también aprobó en su Parlamento la Ley Foral 8/2013 de 25 de Febrero por la que se garantiza acceso a los inmigrantes en situación irregular sin exigir empadronamiento.

A estas CCAA hay que sumar las que a raíz de las últimas elecciones han ido aprobando normativas propias en los últimos meses: Aragón, Valencia, Cantabria y Baleares. (Las tres primeras incluyen requisito de 3 meses de empadronamiento si bien en mayor o menor medida dependiendo del caso incluyen flexibilidades para que en los tres meses precedentes nadie se quede sin asistencia. En el caso de Baleares, el empadronamiento no es un requisito). Todas estas normativas incluyen tanto Asistencia Primaria como especializada y prestación farmacéutica.

Catalunya por su parte tiene un sistema más complejo, aprobado recientemente través de la Instrucción 08/2015 por la que se establece un sistema de acceso de dos niveles, el primero de efecto inmediato tras la solicitud (sólo programas de interés sanitario: drogodependientes, VIH y salud pública.), el segundo, tras aprobar la solicitud y acreditando 3 meses de empadronamiento es un programa más amplio aunque no queda muy claro el alcance total de la cobertura.

A estos hay que sumar los anuncios de Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia comunicando que se adoptarán medidas para garantizar el acceso a inmigrantes en situación irregular, pero sin definir aún el contenido de dichas propuestas.

El resto de CCAA, Galicia tiene un Plan Especial que ha demostrado muy poca eficacia en su alcance mientras que la Rioja continua aplicando el RDL. El caso de Castilla León es más particular ya que sin haber mostrado oposición frontal a RDL como hicieran Andalucía y Asturias parece ser que sí están atendiendo a inmigrantes en situación irregular.

En lo que concierne a la **Comunidad Autónoma Vasca**, se mantiene la atención universal de salud para todas las personas, incluidas las que se encuentran en situación irregular, siempre y cuando acrediten un año de empadronamiento continuo en esta comunidad y perciban ingresos inferiores a la Renta de Garantía de Ingresos. Las personas inmigrantes que no lleven un año empadronadas o las que cobren por encima de la RGI, solo serán atendidos en Osakidetza (sistema de salud del País Vasco) de manera gratuita en caso de urgencia o salud pública. La atención a embarazadas, parto, post parto, neonato y del bebe está garantizada por el Servicio Vasco de Salud sin restricción alguna. Regulado por la **Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las**

personas que no tienen condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión.

6. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En su disposición adicional octava, modificó la Ley General de Sanidad, añadiendo un nuevo apartado 4 al artículo 3 de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, que queda redactado en los siguientes términos:

«4. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.»

Se añade un nuevo apartado 2 al **artículo 6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, pasando su actual contenido a ser el apartado 1, en los siguientes términos:

«2. En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud.»

Se modifican los apartados 1, 4, 9, 14 y 15 del **artículo 18 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, y se añade un nuevo apartado 17, que quedan redactados respectivamente en los siguientes términos:

«1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres.»

«4. La prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres.»

«9. La protección, promoción y mejora de la salud laboral, con especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo.»

«14. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género.»

«15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres.»

«17. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo.»

Además integra la perspectiva de género en la actuación sanitaria en el ámbito de salud laboral, dándole una nueva redacción al inciso inicial del apartado I del artículo 21 de **la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, que queda redactado en los siguientes términos:

«1. La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral, que integrará en todo caso la perspectiva de género, comprenderá los siguientes aspectos.»

7. Homeopatía: Los medicamentos homeopáticos se encuentran regulados actualmente por el **Real Decreto 686/2013, modificación del Real Decreto 1345/2007 del 11 de Octubre**, por el cual se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Sobre la dispensación de estos medicamentos, es opción de los propios médicos de recetarla pero no entra dentro de la cobertura sanitaria universal.

8. Naturopatía: La Naturopatía está regulada como trabajo y hay opción de abrir centros privados pero no dentro de la cobertura sanitaria universal española. Regulada por la **Resolución del 4 de marzo de 2014, de la Dirección General de Empleo, en la que se registra lo relativo al Convenio Colectivo estatal de naturopatía y profesionales naturópatas**.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Si) y

Los derechos de las mujeres para tomar decisiones autónomas con respecto a su vida sexual y reproductiva (Si)

9. En España, actualmente la interrupción voluntaria del embarazo se regula por la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LOSSRIVE)**. 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, recoge la garantía “*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*”. En el título I sobre la salud sexual y reproductiva, dentro del capítulo I sobre las políticas públicas para la salud sexual y reproductiva, el artículo 5 insta a garantizar a los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales: “*El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva*”.

10. La **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo** sigue contemplando la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Código Penal, no protege a las mujeres en las que llevar a término el embarazo pueda suponer graves riesgos para su salud física y/o psíquica después de la 22 semana (artículo 15) .

11. La ley establece que el aborto se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las 14 semanas, y hasta las 22 semanas, si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Contempla 3 días de reflexión y permite la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales médicos intervinientes.

12. 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. En varias comunidades autónomas ningún establecimiento u hospital público ofrece el servicio y las mujeres son derivadas a clínicas privadas. Dicha derivación se da de forma muy variada en las diferentes comunidades autónomas y se han observado importantes obstáculos, entre otros: trámites administrativos de larga duración, traslado entre comunidades autónomas y/o provincias e incluso el adelanto de pago por la prestación por parte de las propias mujeres. En algunos casos las clínicas privadas concertadas se han negado a realizar más intervenciones por falta de pago por parte de las comunidades autónomas. Esta apreciable inequidad territorial implica un incumplimiento de la ley en cuanto a que no se garantiza el acceso equitativo a la interrupción voluntaria del embarazo a todas las mujeres por igual, con independencia del lugar de residencia, a través del sistema sanitario público. En la práctica, la mayoría de las interrupciones se realizan en centros privados, y su coste recae en gran medida en las propias mujeres.

13. La situación es especialmente grave para las mujeres inmigrantes no regularizadas y para muchas españolas pobres no aseguradas, que han perdido el derecho a la atención sanitaria pública gratuita a raíz de la reforma realizada en el año 2012. Dicha reforma reconoce el embarazo, parto y postparto como circunstancias especiales en las que se garantiza el acceso a la asistencia sanitaria, pero en algunas comunidades autónomas estas situaciones se interpretan de forma restrictiva, excluyendo al aborto de las prestaciones garantizadas. En la práctica las mujeres inmigrantes pueden interrumpir voluntariamente su embarazo, pero no siempre de forma gratuita a través del sistema público, como se establece en la LOSSRIVE.

14. La objeción de conciencia por parte las y los profesionales sanitarios constituye otra barrera para el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo en España, vulnerando el derecho a la salud de las mujeres, dándose incluso casos en los que se ha negado el aborto terapéutico a mujeres con graves problemas de salud.

15. La **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2011** pretende cumplir los objetivos establecidos en la Ley. A pesar de que existe la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva* y la *Estrategia Nacional del Parto Normal en el SNS*, se sigue manteniendo una instrumentación excesiva del parto por 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 la privada como en la pública se superan, y con creces, las recomendaciones sobre cesáreas que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que por encima del 15% no están justificadas.

16. La inequidad territorial es uno de los hechos más significativos. España, es un Estado Autonómico, que cuenta con diecisiete comunidades autónomas, además de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Las comunidades autónomas cuentan con autonomía de naturaleza política, mientras que las entidades locales, como municipios y provincias, gozan de autonomía de naturaleza administrativa. Las competencias legislativas en materia de salud están establecidas en base a esta organización político-territorial: con una Administración General representada por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (MSPS) y con los sistemas de las Comunidades Autónomas (CCAA) cuyas administraciones y competencias se encuentran en sus respectivos Estatutos de Autonomía.

17. 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 existe una enorme disparidad territorial. En algunas comunidades autónomas se brinda información sesgada, que va en contra de la decisión libre y voluntaria de la mujer, y en otras no se proporciona información sobre anticoncepción y sexo seguro.

18. En el País Vasco:

- **La Ley 4/2005 de 18 de febrero para la igualdad de mujeres y hombres.** En su artículo 44.4 establece que “*Las administraciones públicas vascas han de cubrir las necesidades derivadas del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de programas, tanto preventivos como asistenciales, dirigidos, entre otros aspectos, a facilitar la planificación sexual y a evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual*”.
- **Plan de Salud del Gobierno Vasco, 2013-2020.** Propone “*promover una vivencia de la sexualidad saludable, placentera e igualitaria y ofrecer una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo*”. Para alcanzar esta meta las líneas de acción fijadas son las siguientes: diseño de programas de información y educación sexual basados en la igualdad de género y el respeto a la diversidad sexual; la promoción de una atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales, teniendo en cuenta contextos de vulnerabilidad y diversidad; la mejora de la accesibilidad a la anticoncepción y garantizar un proceso asistencial integrado desde la fase pre-concepcional, y durante el embarazo, parto,

puerperio y atención al neonato, acorde a las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia posible.

18 bis. El caso de Catalunya:

La recién aprobada **Ley, del 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres** establece respecto a las políticas de salud lo siguiente:

Artículo 48. Políticas de salud y servicios.

1. Las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus competencias respectivas, tienen que tomar las medidas necesarias para:

- a) Prevenir y tratar las enfermedades que afectan especialmente las mujeres.
- b) Prevenir y tratar las enfermedades que tienen un impacto diferencial en las mujeres.
- c) Garantizar una detección precoz de las situaciones de violencia machista como fenómeno que afecta en grande mide la salud de las mujeres.

2. Las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus competencias respectivas, para garantizar de manera integral la salud afectiva, sexual y reproductiva, tienen que:

- a) Incluir en las políticas educativas, desde primaria, la difusión de contenidos relativos a la salud afectiva, sexual y reproductiva, con una atención especial a los adolescentes, jóvenes y grupos de población vulnerables.
- b) Garantizar la inclusión del consejo reproductivo dentro de la cartera de servicios de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva, y facilitar el acceso universal a los métodos contraceptivos seguros, con una atención especial a las adolescentes.
- d) Potenciar el apoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones respecto a la anticoncepción y las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- e) Favorecer la autonomía de las mujeres en el embarazo, el parto y la lactancia.
- f) Garantizar que las mujeres puedan recibir la prestación de la interrupción del embarazo, por medio de los centros de la red sanitaria de responsabilidad pública, según la normativa vigente.
- g) Tener una cura especial de las mujeres que viven solas y en precariedad económica.
- h) Trabajar porque la cura de las personas en el ámbito familiar sea compartida por hombres y mujeres, de acuerdo con el que dispone el artículo 47.c.1.º

3. Las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus competencias respectivas, tienen que tomar las medidas adecuadas para prevenir y detectar la mutilación genital femenina, e informar las mujeres afectadas, incluidas las menores de edad, sobre la posibilidad, si se tercia, de revertir o mitigar, por medio de mecanismos sanitarios de intervención quirúrgica, los efectos de la mutilación practicada.

4. Las encuestas de salud tienen que introducir como variables indicadores sensibles a la detección de desigualdades de salud por razón de sexo y género y tienen que tener en cuenta la diversidad de mujeres, tanto en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento como en el trato dispensado en los servicios.

5. Los instrumentos de planificación sanitaria y los planes de acción comunitaria tienen que incorporar la perspectiva de género en todas las fases, y también fomentar la participación de los diferentes colectivos de defensa de los derechos de las mujeres.

6. La formación de los profesionales de la salud tiene que garantizar que la práctica clínica dé respuesta a las necesidades y las expectativas en salud en cuanto al sexo y al género, y tiene que incluir el conocimiento de la fisiopatología de las mujeres en los diferentes sistemas orgánicos y la formación para detectar las situaciones de violencia machista y las prácticas de control sexual.

7. Las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus competencias respectivas, tienen que garantizar la información destinada a las mujeres con relación a la salud, y acompañarlas en las diferentes etapas vitales, con la mínima medicalización posible en el embarazo y el parto.

2. ¿Son los servicios médicos relacionados con la vida sexual y reproductiva y/o la violencia contra las mujeres asumidos por la cobertura universal de salud?

Si (x) No ()

En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicios médicos son gratuitos?

19. 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, (**Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo** y la **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010**, la cual todas las comunidades autónomas deben respetar), el acceso y la cobertura sanitaria es diferente, dependiendo de la comunidad autónoma en la que se resida y respecto a la situación administrativa.

20. **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.

21. La **Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública de Atención Primaria y de Atención Especializada del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, es una cartera de servicios universales para todas las comunidades del Estado Español. La cartera de servicios comunes de atención a la mujer es la siguiente:

- Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud. Se contempla la intervención.
- Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.
- Atención al embarazo y puerperio:
 - a. Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.
 - b. Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
 - c. Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.
 - d. Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.
- Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.
- Complicaciones del embarazo; parto y puerperio: Embarazo ectópico y molar, otro embarazo con resultado abortivo (incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos previstos en la legislación vigente), complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo, parto normal (incluida la anestesia epidural, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud) y otras indicaciones para cuidados durante el embarazo, trabajo de parto y parto, complicaciones que se presentan principalmente durante el curso del parto y complicaciones del puerperio.
- Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo.
- Realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas.
- Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) se realizarán con fin terapéutico o preventivo y en determinadas situaciones especiales.
- Atención a personas con VIH y enfermedades de transmisión sexual
- Interrupciones voluntarias del embarazo

22. En torno a este tema, es indispensable puntualizar que aunque todos estos servicios son universales, **no todos ellos son gratuitos**. En el caso de los anticonceptivos, las mujeres tienen derecho a la dispensación de los mismos, el/la ginecólogo/a lo recetará si lo necesitas, pero ninguno es gratuito, aunque estén financiados por el Sistema Nacional de Salud. Los métodos anticonceptivos que están financiados por el sistema sanitario público son los anticonceptivos hormonales, sin embargo el coste de otros anticonceptivos recae sobre las mujeres: preservativos, diafragma, DIUS, lo que constituye otra inequidad en relación al resto de la prescripciones farmacéuticas. Desde el 1 de agosto del 2013 se han retirado 8 anticonceptivos del Sistema Nacional de Salud lo que afecta a 1 millón de mujeres. La píldora postcoital no está financiada en 6 CCAA (Fuente: Informe sobre 2008-2013 sobre la aplicación en España de la convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres CEDAW, 61ª sesión del comité CEDAW-Naciones Unidas. <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/InformeSombraCEDAW16sep2014.pdf>)

23. Según la **Encuesta Nacional Salud Sexual 2009**³, hay un porcentaje de la población que no utiliza ningún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales en la primera relación sexual coital. Entre jóvenes de 16-17 y 18-24 años: El 10,1% y el 13% respectivamente de los chicos 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 edad. El no uso de métodos anticonceptivos implica un aumento exponencial en el riesgo de un embarazo no planificado. La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) ha realizado un estudio sobre la efectividad de la píldora y sus consecuencias en la salud de quienes la consumen. Su informe ha sido contundente: ni las españolas abusan de la píldora del día siguiente, ni el fármaco causa reacciones adversas que no estén controladas⁴.

24. Como se ha puntualizado anteriormente, todas las comunidades autónomas tienen cedida la gestión de los servicios de sanidad. Debido a esto, pueden ampliar la cartera de servicios aunque la básica este regulada por la Cartera de Servicios Comunes.

- La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, a partir del artículo 44, cede la gestión de la sanidad a las comunidades autónomas, la transferencia a todas las comunidades autónomas no se dio en la realidad hasta 2003.
- La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** es la que se encarga que no haya grandes diferencias entre los servicios de las diferentes comunidades autónomas. En la realidad, según el informe Fundación BBVA-IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) sobre *Servicios públicos, diferencias territoriales e*

³ MSPS – Centro Investigaciones Sociológicas, CIS: Estudio 2780.

⁴ Folleto: Píldora de Urgencia. Píldora del día Después. Información para usuarias. Disponible en http://www.msc.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf

Polis, Chelsea B., David A. Grimes, Kate Schaffer, Kelly Blanchard, Anna Glasier y Cynthia Harper. 2010. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 de marzo de 2010, (International).

igualdad de oportunidades, en el año 2013 el Principado de Asturias (Comunidad Autónoma con mayor gasto sanitario por habitante) invirtió un 45% más en sanidad por habitante que Andalucía (Comunidad con el menor gasto sanitario según ese criterio), lo cual suponen 532 euros por habitante de diferencia al año. Las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana acompañarían a Andalucía entre las comunidades con un menor gasto⁵.

¿Son los derechos de las mujeres a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, la autonomía y el seguro de salud, aplicados también a las niñas menores de 18 años?

Si No

Si "sí", por favor indique la legislación que los regula estos e indique los mecanismos de aplicación.

25. La **Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, establece que a partir de los 16 años, el menor tiene capacidad para prestar por sí mismo el consentimiento a una intervención médica, pero antes de esa edad permite que el menor pueda prestar su consentimiento si «es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención», es decir, recurre a las condiciones de madurez del menor. Esta situación se conoce como la doctrina del “menor maduro”. Aunque la Ley no habla expresamente de mayoría de edad sanitaria, sí se deduce la misma, según lo dispuesto en el artículo 9.3.C de dicha Ley.

26. El **1 de Julio de 2015 entró en vigor la reforma de la Ley Orgánica, 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal**, en la que se eleva la edad de consentimiento sexual de 13 a 16 años.

27. Teniendo estas dos leyes en cuenta se presupone que las chicas a partir de 16 años tienen un acceso completo a los servicios sanitarios en torno a la salud sexual y reproductiva, sin necesidad de ir acompañadas por una persona adulta.

28. El poder de decisión sobre su propio cuerpo de las menores entre 16 a 18 años se ha respetado por la *Ley Orgánica 2/2010 del 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* hasta julio de 2015. Las chicas de a partir de 16 años podían decidir sobre las interrupciones del embarazo, artículo 13 punto cuarto de la ley. En julio de 2015 se ha aprobado una reforma de esta ley mediante la cual las mujeres jóvenes siguen teniendo derecho a decidir sobre ello, pero necesitan que al menos uno de los progenitores de su consentimiento. Esta ley se presentará al Pleno del Senado a principios de Septiembre de 2015 para su aprobación. (*Proposición de Ley Orgánica para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción*

⁵ http://www.fbbva.es/TLFU/dat/INFORME_SERVICIOS_PUBLICOS_FUNDAMENTALES%20_FBBVA-IVIE.pdf

voluntaria del embarazo
http://www.senado.es/legis10/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_10_588_4039.PDF.)

“En el caso de las mujeres de 16 y 17 años el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad”.

“Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer”.

“Se prescindirá de esta información cuando la mujer alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”.

29. En 2013, según datos del Ministerio de Sanidad, se registraron 108.690 interrupciones del embarazo, de las cuales un 4% correspondieron a mujeres comprendidas entre 16 y 18 años. Los resultados del estudio de Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) sobre los casos de IVE de jóvenes realizados de enero a septiembre de 2014 en los Centros Asociados, con una muestra de 25.394 mujeres (sobre el total aludido de 108.690), arroja los siguientes datos, muy ilustrativos y representativos de esta franja de edad (16 y 17 años):

- Las mujeres en edades de 16 y 17 años que realizaron IVE fueron 913 (3,59%).
- Las mujeres que realizaron IVE sin la información previa de progenitores, por las situaciones descritas, fueron 113 (0,44% del total de casos y 12,38% del total de número de casos de mujeres de 16 y 17 años).

Por tanto, más del 87% de las menores entre 16-18 años realizaron IVE con información previa y reconocida de sus padres y solamente una minoría lo hizo sin esta información previa por un conjunto de razones sociales fundamentadas. (<http://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf>)

3. ¿Existen disposiciones que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de salud?**En particular las que:***[Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"]***(No) Requieren el consentimiento de un familiar masculino/ marido para el examen médico de una mujer casada o tratamiento o acceso a anticonceptivos o al aborto.****(Si) Requieren el consentimiento de los padres en caso de acceso de los adolescentes a los anticonceptivos o aborto.****(Si) Permiten a los médicos que se nieguen a proporcionar un servicio médico legal por motivos de objeción de conciencia.****(...)Prohíben ciertos servicios médicos, o requieren que sean autorizados por un médico, aun cuando no se requiera intervención médica;****En particular:****(No, deben ser autorizados por un médico, anticonceptivos con receta) DIU** (dispositivos intrauterinos) o anticonceptivos hormonales.**(No, se puede comprar en las farmacias pero la farmacia puede abstenerse por objeción de conciencia) Los anticonceptivos de emergencia, incluyendo la píldora del día después.****(No, cubierta por la Seguridad Social aunque la reversibilidad no. La esterilización no terapéutica en el caso de personas incapacitadas es legal)** La esterilización solicitada (por favor incluya también información indicando si se permite la esterilización no terapéutica para los hombres).**(No, aunque es necesario que el médico lo autorice) Aborto temprano** (en el primer trimestre del embarazo) a petición de la mujer embarazada.**(No) La reproducción médica asistida** (por ejemplo, fertilización in vitro).*En caso afirmativo, indique por favor las normas legales pertinentes e indicar las fuentes.*

30. Aborto: Tras la reforma de la **Ley Orgánica 2/2010** aprobada en julio de 2015, en la que se dicta que las mujeres de 16 y 17 años deberán abortar con el consentimiento de sus progenitores, solo en casos extremos como el maltrato tendrán derecho a decidir por sí mismas. *(Se refiere a la Proposición de Ley Orgánica para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo aún no aprobada por el Senado)*

31. Sobre los anticonceptivos, se presupone que siendo 16 años la edad legal para el consentimiento sexual y que en los servicios sanitarios a partir de 16 años se escucha la voz de las jóvenes, que a partir de los 16 años pueden solicitar anticonceptivos sin ningún problema, si bien no se ha encontrado especificación legal al respecto.

32. Objeción de conciencia: El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial de España 30 de 10 de septiembre de 1999. Establece su artículo 26 que:

“1. El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia... a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes. 2. El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”.

33. Por su parte, el **Código Deontológico de la Organización Colegial de Enfermería, aprobado por Resolución nº 32/89**, establece en su artículo 22 que *“De conformidad con el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Colegio General y los Colegios velarán para que ninguna/o enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.*

34. Actualmente la **LSSR** en el artículo 19.2 señala que *“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.”*

35. Esterilización no terapéutica en casos de personas incapacitadas: Según el artículo 156.II del Código Penal, *“no será punible la esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla, tomándose como criterio rector el del mayor interés del incapaz, haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitado con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz.”*

36. Reproducción asistida: El acceso a las TRHA es derecho recogido por la **Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la IVE y por la Ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida**. Artículo 6. usuarios de las técnicas. I. *“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”. 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.”

37. Según la **Orden Ministerial 2065/2014**⁶, limita la financiación de las TRA 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 a lesbianas y a mujeres solas. En la práctica la reproducción asistida sólo se realiza a parejas heterosexuales con problemas de infertilidad, y se llega a exigir a las mujeres que demuestren que han mantenido relaciones con un hombre sin resultado durante un año. Además los criterios de prioridad para la utilización de los recursos del Sistema Nacional de Salud Español en TRHA es dar 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 las que tienen problemas relacionados con la capacidad reproductiva como la esterilidad e infertilidad.

38. Aunque la ley española no contempla un límite de edad para realizar tratamientos de fertilidad, los centros privados no realizan estos tratamientos a mujeres mayores de 50 años⁷.

39. **No reconocimiento de la filiación compartida de los hijos de las parejas de mujeres.** No se le reconoce la maternidad a una de las dos componentes de la pareja, ya que en la legislación española la madre 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. 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 las mujeres 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*. Por lo que si no están unidas en matrimonio la maternidad de la madre biológica genética queda sin reconocimiento, lo que conlleva a la discriminación entre mujeres solteras y casadas, a las de un ámbito geográfico dado que al no haber legislación a nivel estatal en materia de parejas de hecho, cada CCAA regula a su libre albedrío, así como en general a la discriminación de las mujeres fuera del “estatus matrimonial”.

⁶ La “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”. www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf

⁷ <http://www.serpadres.es/antes-del-embarazo/fertilidad/articulo/preguntas-frecuentes-fecundacion-in-vitro-fiv>

4. ¿Son criminalizados los siguientes actos?

Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"

(No) La transmisión del VIH u otras enfermedades venéreas sólo por las mujeres

(Si) Mutilación genital femenina

(Si) Matrimonio infantil

(No) Los partos en casa con una obstetra o partera

(Si) Aborto

En caso afirmativo, ¿existen excepciones a estas prohibiciones y bajo qué circunstancias se aplican excepciones?

Por favor, proporcione referencias legales y disposiciones.

40. **Mutilación genital femenina:** La *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, modificó el Art. 149 del Código Penal, mencionando expresamente en su nuevo apartado 2 la mutilación genital, en cualquiera de sus manifestaciones, como una conducta encuadrable entre las lesiones de dicho artículo, castigadas con prisión de seis a 12 años.

41. *Ley Orgánica 3/2005, de 8 julio de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina*, modificó la regulación del Poder Judicial, añadiendo un nuevo epígrafe que posibilita la persecución extraterritorial de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país.

42. Por otro lado, en materia de asilo, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad entre mujeres y hombres 14 la cual, en su Disposición Adicional vigésimo novena, modifica el Art. 3 ley de asilo que reproduce el artículo 1A (2) de la Convención de Ginebra, para incluir dentro de la definición de persona refugiada a “mujeres extranjeras que huyan de sus países de origen debido a tener temores fundados de sufrir persecución por motivos de género”. (La mutilación genital femenina, derecho de asilo en España y otras formas de protección internacional. Carmen Miguel Juan. The AIRE Centre . Disponible en: http://www.uv.es/cefd/17/carmen_miguel.pdf)

43. El Consejo de Ministros aprobó el 26 de julio de 2013, la **Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013–2016)**. Es un instrumento vertebrador de la actuación de los poderes públicos para acabar con la violencia contra las mujeres, y unifica en un mismo documento de forma coherente, coordinada y sistematizada 284 medidas de actuación, que implican a todas las administraciones y los poderes públicos. La Estrategia considera importante avanzar en la lucha de otras formas de violencia contra la mujer como son los matrimonios forzados, la trata de mujeres y niñas de explotación sexual, el acoso y las agresiones sexuales y la mutilación genital femenina. De este modo, la toma de conciencia

social sobre estas formas de violencia hacia la mujer impulsará su rechazo, persecución, sanción y, finalmente, su erradicación. Dentro del cuarto objetivo de la Estrategia Nacional, dirigido a la visibilización y atención a otras formas de violencia contra la mujer, se incluyen medidas dirigidas a la eliminación de la mutilación genital femenina articuladas en diferentes áreas:

- *Medida 164. Incluir información acerca de las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer en el Plan de Convivencia y Seguridad Escolar.*
- *Medida 165. Sensibilizar a los distintos profesionales implicados en la lucha contra la violencia de género acerca de estas formas de violencia contra la mujer.*
- *Medida 166. Elaborar un documento informativo sobre los matrimonios forzados, mutilación genital, agresiones sexuales y trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.*
- *Medida 167. Articular mecanismos de colaboración con asociaciones de inmigrantes para informar y sensibilizar acerca de estas formas de violencia.*
- *Medida 168. Realizar actividades de sensibilización sobre estas formas de violencia contra la mujer, con la colaboración de la Escuela Diplomática y la Oficina de Derechos Humanos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.*
- *Medida 169. Promover actividades de sensibilización sobre otras formas de violencia contra la mujer, tanto en sede como en terreno.*
- *Medida 176. Fomentar acciones para la conmemoración del Día Mundial de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina (6 de febrero).*
- *Medida 185. Promover la adopción de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.*
- *Medida 247. Instar a los distintos organismos competentes a recabar datos estadísticos sobre la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y otras formas de violencia contra la mujer.*
- *Medida 261. Promover el intercambio de buenas prácticas sobre violencia de género y otras formas de violencia contra la mujer.*

44. El Pleno del Observatorio de la Infancia aprobó, en su sesión de 9 de junio de 2014, la actualización del **Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar**, de 22 de noviembre de 2007, a los supuestos de los menores de edad víctimas de violencia de género y a algunas de las formas de violencia contra las niñas. En este sentido, se hace referencia a la mutilación genital femenina y a los matrimonios forzados como una forma de maltrato infantil intrafamiliar.

45. Existe un **Protocolo Común para la actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina**, aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del 14 de enero de 2015⁸.

En Catalunya en su LEY 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista incorpora la MGF como una manifestación de la violencia machista en concreto en su artículo quinto y lo hace como Violencia en el ámbito social o comunitario, d) Mutilación genital femenina o riesgo de padecerla: incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones en los mismos, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer.

Así mismo Catalunya es la CCAA donde se interviene en primer lugar para afrontar este fenómeno desde una perspectiva integral. El año 2001, el Parlamento de Cataluña aprobó una resolución sobre la adopción de medidas contra la práctica de la *MGF. Entonces se constituyó un grupo interdepartamental que desembocó en la primera edición del Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, el junio de 2001. La segunda edición, presentada el febrero del 2008, recoge la experiencia de los primeros cinco años de la Comisión de Seguimiento integrada por los departamentos de Bienestar Social y Familia, Enseñanza, Salud e Interior. También adapta los contenidos y actualiza las recomendaciones y acciones que hay que seguir en casos de sospecha de riesgo y en fases preventivas, a partir de los cambios normativos del nuevo Código penal, de la nueva Ley orgánica del poder judicial y del Proyecto de ley contra la violencia machista. Así mismo se han creado en todo el territorio Mesas locales de prevención de la mutilación genital femenina.

46. 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 Civil, en el Libro I “De las personas”, Título IV “del Matrimonio”, capítulo II “de los requisitos del matrimonio”, establece en su artículo 45 que “No hay matrimonio sin consentimiento matrimonial”.

47. El Código Penal recoge como delito en el artículo 172 bis el matrimonio forzado:

“El que con intimidación grave o violencia compeliere a otra persona a contraer matrimonio será castigado con una pena de prisión de seis meses a tres años y seis meses o con multa de doce a veinticuatro meses, según la gravedad de la coacción o de los medios empleados.

“La misma pena se impondrá a quien, con la finalidad de cometer los hechos a que se refiere el número anterior, utilice violencia, intimidación grave o engaño para forzar a otro a abandonar el territorio español o a no regresar al mismo”.

⁸ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

48. Sobre este tema en Cataluña ha habido una iniciativa muy importante que debería ser el ejemplo de España y de otros estados miembros de la Unión Europea. En Cataluña la Ley 5/2008 de 24 de abril de derecho a 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 y el Departament de Interior tiene un protocolo de actuación

49. **Los partos en casa con una obstetra o partera:** En España, a diferencia con otros países, el derecho a decidir de la mujer a elegir el lugar de parto no está cubierto por el Sistema Nacional de Salud. La mujer embarazada no tiene la opción legal de escoger entre el hospital, su domicilio o una casa de partos. En efecto, sobre la base de que la atención sanitaria pública es un derecho de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud relacionadas en la Cartera de Servicios Comunes de Salud Pública de Atención Primaria y de Atención Especializada del citado **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, resulta que nuestro sistema sanitario público solamente contempla en su cartera de servicios el modelo de parto hospitalario (véase su artículo 4, sobre las prestaciones sanitarias prestadas por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, y su Anexo III, sobre los servicios comunes de atención especializada). Por consiguiente, la mujer embarazada deberá recurrir a la oferta privada si desea parir en su domicilio con asistencia de profesionales o en una casa de partos, pero siempre y cuando tenga capacidad económica para hacer frente a los gastos económicos que esto supone, porque se trata de una prestación a la que se accede únicamente pagando. Gastos económicos que, además, no son reembolsables por el Sistema Nacional de Salud, porque —en virtud de la **Ley 14/1986**, de 25 de abril— «*las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a estos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos de aquellos que les correspondan en virtud de lo dispuesto en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las normas que aprueben las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus competencias*» (artículo 17), con excepción de las «*situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquel*» (el artículo 4.3 del **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, regula el reembolso para los «*casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital*»).

50. Como se ha comentado anteriormente, se sigue manteniendo una instrumentación excesiva del parto por 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 la privada como en la pública se superan, y con creces, las recomendaciones sobre cesáreas que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que por encima del 15% no están justificadas.

51. Los últimos datos oficiales (de 2011) muestran que la supuesta equidad del Sistema Nacional de Salud no es tal. Una mujer tiene el doble de probabilidades de dar a luz mediante cesárea en un hospital público según la Comunidad donde resida: La disparidad se evidencia en el caso del País Vasco (12,6% de cesáreas) y Extremadura (27,7%). 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. El Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, reconoce que las cifras de España son más altas que lo que aconseja que aconseja la OMS.

52. **Aborto:** Como se ha comentado más arriba, el aborto en España no es punible si se produce dentro de unos plazos, establecidos en la *Ley 2/2010 sobre salud sexual y reproductiva*. Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación a petición de la embarazada. Si es por motivos médicos, este plazo se amplía hasta las 22 semanas. Según el artículo 145 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre), es punible:

“1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.”

El artículo 145 bis del Código Penal, contempla lo siguiente:

“1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésima segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.”

53. En España más del 50% de las mujeres que se practicaron una IVE no habían acudido nunca a un centro de planificación familiar: 66.582. 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 es que no se está haciendo esta prestación a tenor de los datos. Estas cifras nos hablan de barreras estructurales hacia la prevención. Fuente: Informe sobre España, Octava Ronda del Examen Periódico Universal, mayo 2010. <http://www.mulabi.org/epu/octava%20ronda/Spain%20Report%20-%20SRI%20&%20Crea.pdf> .

54. No hay centros públicos donde se practique la IVE, solamente privados, en Aragón, Extremadura, Castilla la Mancha, Castilla y León. En algunas provincias no hay centros lo que supone traslados a otras provincias o CCAA a las mujeres y conflictos gerenciales entre CCAA. O solo hay centros para practicar IVEs hasta la 14 semana.

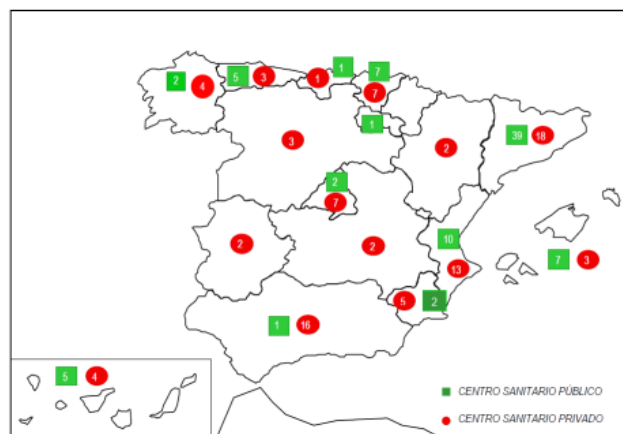
55. Los centros recogidos en el registro de autorización para realizar interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en el País Vasco a fecha de 13/08/2015 (según la Ley Orgánica 2/2010 artículo 14) son:

NOMBRE DEL CENTRO	TH
GINECOLOGÍA FLORIDA 6	Araba/Alava
HOSPITAL SAN JOSE	Araba/Alava
CENTRO GINECOLÓGICO DE LA CLÍNICA EUSKALDUNA	Bizkaia
CENTRO GINECOLÓGICO Y DE PL. FAMILIAR LASAITASUNA	Bizkaia
CENTRO GINECOLÓGICO CARLTON	Bizkaia
MÓDULO DE ASISTENCIA PSICOSOCIAL DE REKALDEBERRI	Bizkaia
ASKABIDE KLINIKA	Gipuzkoa
CONSULTA GINECOLÓGICA (PRADA LAYA)	Gipuzkoa

El Hospital de San José y el Centro ginecológico de la clínica Euskalduna son los centros autorizados para realizar IVEs según el artículo 15 de la presente ley.

56. Según el Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2013 fue de 4.348. El número de intervenciones realizadas en centros del País Vasco a mujeres residentes en otras CCAA fue de 452, este número ha disminuido respecto al año 2012. La

mayoría de estas mujeres que han venido a realizar la IVE a la CAPV residen en Comunidades limítrofes como Cantabria (84%) Navarra (7%), y La Rioja (5%). Las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE tanto en centros de nuestra comunidad como en centros de otras comunidades fueron 3.895 y a éstas se refieren los resultados que se presentan. http://www.osasun.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Ine errupcionesCAS_WEB.pdf



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2011

56bis. En **Catalunya** respecto al Aborto podemos observar según su último informe oficial⁹ publicado lo siguiente:

Durante el año 2014 el número de *IVE realizadas en Cataluña (de mujeres residentes y no residentes) ha estado de 19.130, lo cual representa una disminución del 13,4% respecto a las 22.083 IVE realizadas en 2013.

La tasa global de IVE (provisional) por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años residentes en Cataluña ha sufrido también una disminución (de un 11,6%). Este descenso de la tasa afecta todos los grupos de edad excepto el de las mujeres de 45 a 49 años, donde ha habido un ligero incremento. Esta disminución implica tanto las mujeres autóctonas (disminución de la tasa de un 11,7%) como las de origen extranjero (disminución de la tasa de un 8,3%). En cuanto a la relación entre el número de IVE por cada cien nacidos vivos, ha aumentado ligeramente tanto la razón global en mujeres de 15 a 44 años como en los diferentes grupos de edad.

⁹ Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció voluntària de l'embaràs. Catalunya, 2014. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, juliol de 2015

Con la implantación del tratamiento farmacológico, continúa incrementando el porcentaje de IVE realizadas en los ASSIR y en los centros hospitalarios y siguen disminuyendo en los centros extra hospitalarios, como en el año 2013. Las IVE realizadas en los ASSIR logran el 27,1% (el 2013 el porcentaje era del 23,3%), las llevadas a cabo en los centros hospitalarios representan el 9,1% (frente al 8,3% del año anterior) y las realizadas en los centros extra hospitalarios representan este año el 63,8% (68,4% el 2013).

La mayoría de las mujeres ha acudido (en los dos años anteriores al aborto actual) en un centro de planificación familiar público, y este porcentaje se ha incrementado ligeramente respecto al año 2013. Los centros de planificación privados, a pesar de ser menos utilizados, también han sufrido un aumento respecto al año anterior. En cambio, ha disminuido el porcentaje de mujeres que no van a ningún centro de planificación.

El perfil de las mujeres que se someten a una IVE es muy similar al de los años anteriores: la mayor parte de las mujeres que se someten a una IVE no tienen ningún hijo ni ningún IVE anterior. La mitad no conviven en pareja, y dos terceras partes son solteras. La media de edad de estas mujeres es similar a los años anteriores, con 29,3 años (desviación estándar de 7,3 años). El grupo con más casos es, como viene sucediendo en los últimos años, el de mujeres que han logrado el primer ciclo de educación secundaria, a pesar de que hay un pequeño incremento del porcentaje de mujeres con el segundo ciclo de educación secundaria logrado. Por otro lado, continúa bajando el porcentaje de mujeres que no tienen estudios. En cuanto a la situación laboral se incrementa el porcentaje de mujeres que están trabajando, puesto que el de las que están al paro ha disminuido ligeramente respecto al 2013

Como el año anterior, la media de tiempo de gestación en el momento de interrumpir el embarazo es de 8,0 semanas de gestación (desviación estándar de 3,8); en los ASSIR es de 5,9 semanas de gestación (desviación estándar de 0,9); en los centros extra hospitalarios es de 8,3 (desviación estándar de 3,7) y en los centros hospitalarios es de 11,7 (desviación estándar de 5,9). La media de las semanas de gestación es más elevada en los centros hospitalarios porque realizan más IVE por causas fetales.

El motivo de IVE más frecuente continúa siendo el que se practica a petición de la mujer, que representa el 88,7% de los casos. El riesgo grave para la vida o la salud de la embarazada ha sido del 7,7% y tanto las causas fetales como la combinación de motivos mantienen sus porcentajes bajos.

El método de IVE más utilizado continúa siendo la combinación de dilatación y aspiración, a pesar de que sigue disminuyendo año tras año: el 2014 un 54,7% de las IVE realizadas han usado este método (en 2013 fue el 62,0%). El tratamiento farmacológico (combinación de mifepristona y misoprostol) continúa aumentando y logra más de un tercio de las IVE realizadas(36,9%).

Se mantiene muy parecido a los años anteriores la proporción de mujeres residentes y no residentes entre las que han abortado en Cataluña (las no residentes representan alrededor del 5%) y también la distribución por provincia y comarca de residencia. De las residentes en Cataluña, va retrocediendo ligeramente el porcentaje de mujeres de origen extranjero que es el 39,9%. Aún así, este grupo tiene la tasa de aborto más alta (23,48 IVE por cada 1.000 mujeres de 15-44 años de origen extranjero) que las de origen autóctono (9,04 IVE por cada 1.000 mujeres de 15-44 años de origen autóctono). A pesar de que los países de procedencia de las mujeres son los mismos que los de los años anteriores, cambia la orden de frecuencia: Marruecos es el que tiene el porcentaje más elevado, seguido de Bolivia y Ecuador y además distancia se encuentran Rumanía y Perú. En global, la procedencia de América del Sur ha sufrido un ligero retroceso, a favor del resto de orígenes. Tan sólo la procedencia de Europa y la de África (el Magreb) mantienen porcentajes idénticos a los del año anterior. Según el año de llegada, al Estado español, se incrementa el porcentaje de mujeres que hace más tiempo que llegaron (un 32,8% han llegado antes del 2004), a pesar de que los años más frecuentes de llegada son entre el 2006 y el 2007.

57. Según 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**, los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes en situación irregular ha quedado truncada no pudiendo 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 IVE en una clínica privada acreditada. Este Real decreto Ley no se cumple en todas las comunidades.

¿Y quién es penalmente responsable? (por favor indique la respuesta apropiada)

La mujer, el médico, otras personas directamente o indirectamente relacionadas con el embarazo y / o el aborto.

Por favor, proporcione referencias legales.

58. Como se ha mencionado en la respuesta anterior, las personas sancionadas serían tanto la persona que produzca el aborto, como la mujer que produzca su aborto o consienta que otra persona se lo cause ex art. 145 del Código Penal.

6. ¿Están criminalizados los siguientes actos?

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) El adulterio

(No) La prostitución no está criminalizada, si lo está el proxenetismo o la inducción a la prostitución de menores o discapacitadas (artículos 187 al 194 del Código Penal).

(En caso afirmativo, ¿quién es penalmente responsable - por favor indique la respuesta apropiada: la trabajadora sexual, el proxeneta y/ o el cliente)

59. 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.”

60. 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.

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

(No) La orientación sexual y la identidad de género (la homosexualidad, el lesbianismo, el transgénero, etc.)

(No) Atentado al pudor (por ejemplo, no seguir el código de vestimenta).

Por favor, dar referencias legales y disposiciones.

7. ¿Hay alguna disposición en el derecho penal que trate a las mujeres y los hombres de forma desigual con respecto a:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) Al procedimiento para recoger pruebas.

61. En la práctica, persisten prejuicios y estereotipos negativos. La información relativa a este tema se recoge en la resolución de 18.07.14 del Comité CEDAW: CEDAW/C/58/D/47/2012.

No) La sentencia por el mismo delito, en especial la pena de muerte, la lapidación, latigazos, encarcelamiento, etc.

(No) Los llamados "crímenes de honor" (¿son tolerados para que el agresor pueda evitar ser procesado o ser menos severamente castigado si la mujer es asesinada?)

II. Diagnosticar y contrarrestar la posible discriminación basada en el sexo en la práctica en el área de salud y seguridad

A. SALUD

8. ¿Existe la obligación legal de proporcionar educación sobre la salud en la escuela?

Si (x) No ()

62. 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 “Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual”.

En caso afirmativo, se cubre: (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) La prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

(No) La prevención de los embarazos no deseados

(No) La promoción de un estilo de vida saludable, incluyendo la prevención de los trastornos alimentarios de adolescentes, incluyendo la anorexia y la bulimi

(No) Entrenamiento psicológico / psiquiátrico en el auto-control de la agresión, incluyendo la agresión sexual

Por favor, indique cualquier regulación legal o programas respecto a lo mencionado anteriormente.

63. No se cumple en todas las escuelas por igual, ni siquiera en todas las escuelas se da información sobre estos temas de forma obligatoria. Se hace a decisión del claustro y las AMPAs de cada escuela. Esto es debido a que la educación sexual y reproductiva no se encuentra dentro del currículum escolar, la ley LOMCE de 2012 elimina por completo cualquier rastro de educación sexual en el currículum escolar. (<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/03/27/noticias/1364379693.html>)

64. La **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**¹⁰, surgida de la obligación legal de la Ley Orgánica 2/2010, define como se debe implantar la intervención en educación sexual y de salud. Aun así no se cumple en ningún territorio del estado.

65. En Catalunya existe el **Programa Salut i Escola**¹¹ que se inició en el 2004, pero con una implantación deficiente e intermitente, muchos problemas contenidos y profesionales y

¹⁰ <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

¹¹ http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_escola/

desigualdades territoriales. En los últimos años ha sufrido una importante desactivación por muchas causas pero, sobre todo, por los recortes sociales y presupuestarios.

9. ¿Existen datos estadísticos desglosados por edad y/o sexo (recogido en los últimos 5 años) en relación con:

(Por favor, especifique en el espacio previsto fin "sí" o "no")

(No) La desnutrición

66. No hay datos oficiales sobre la desnutrición. Los estudios sobre desnutrición, están enfocados a la infancia y son informes de ONGS¹². Hay un el estudio de Save the Children sobre la “pobreza infantil en familia monomarentales”¹³.

(Sí) La mortalidad materna

67. El Instituto Nacional de Estadística recoge datos de las muertes en embarazo, parto y puerperio por edad y año. (Datos obtenidos 08I XV. Embarazo, parto y puerperio todas las edades. Los últimos datos son de 2013. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6609>)

2013	2012	2011	2010
------	------	------	------

18	10	14	20
----	----	----	----

Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea¹⁴.

(No) La morbilidad materna, incluyendo la fístula obstétrica

(Sí) Los embarazos adolescentes

¹² http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/08/01/actualidad/1406894417_148138.html

<http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/16/solidaridad/1318761634.html>

¹³ http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/829/Mas_solas_que_nunca.pdf

¹⁴ <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

68. El banco mundial proporciona la tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años)

2010	2011	2012	2013
11	11	11	10

Información disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>

(X) Las consecuencias para la salud de la violencia física, psicológica, sexual y económica basada en el género.

69. No hay informes de organismos oficiales con datos sobre las consecuencias para la salud de la violencia, si bien en la **Macroencuesta oficial España 2015** 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, que el 45% acudieron a servicios de asistencia médica, psicológica, jurídica o social y que sólo un 28,6% la han denunciado, y de ellas un 20,9% retiraron luego la denuncia, cifras que se incrementan un 33% en las mujeres con discapacidad.

Sobre la autopercepción de la salud, el 55,9% de las mujeres que han sufrido violencia perciben su estado de salud como bueno o muy bueno, el 30,9% como regular y el 13,2% como mala o muy mala. En cambio, el 67,0% de las mujeres que no han sufrido violencia creen que su estado de salud es bueno o muy bueno, el 24,4% regular y el 8,5% malo o muy malo, por lo que la percepción del estado de salud por parte de las mujeres que han sufrido violencia es peor.

(Información disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>)

(Sí) La incidencia del VIH / SIDA y enfermedades de transmisión sexual

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>

70. Existen datos aportados por el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España (actualización 30 de junio de 2014) en el que se incluyen el sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de Sida. En los datos de los nuevos diagnósticos de VIH, se han incluido todos los nuevos diagnósticos de VIH notificados en las comunidades autónomas (CCAA) de Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003; en Galicia

desde el año 2004; en Madrid desde el 2007; en Aragón, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el 2008; en Cantabria, Castilla León y Murcia desde el año 2009, en la Comunidad Valenciana desde 2012 y en Andalucía desde el 2013. Del Registro Nacional de Casos de Sida, se incluyeron los casos notificados por los Registros autonómicos de sida de toda España desde el año 1981 hasta la actualidad. Por razones técnicas, en 2013 no ha sido posible incorporar los datos de Andalucía a la base de datos nacionales.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf

71. En el 2008 se elaboró el informe “Situación Epidemiológica del VIH/Sida en mujeres”, por el Plan Nacional sobre el Sida, el cual no se ha vuelto a revisar.

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaMujeres2008.pdf>

72. En cuanto otras ITS, se hacen estudios epidemiológicos. Ver VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 1995-2013 http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2013.pdf

73. En España las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel nacional, desde 2013, son la gonococia, la sífilis y la sífilis congénita, la infección por Chlamydia, trachomatis, y el linfogranuloma venéreo, y se establecen nuevos protocolos de enfermedades de declaración obligatoria de la RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, en las que se incluyen también el VIH

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

(Sí) El abuso de drogas

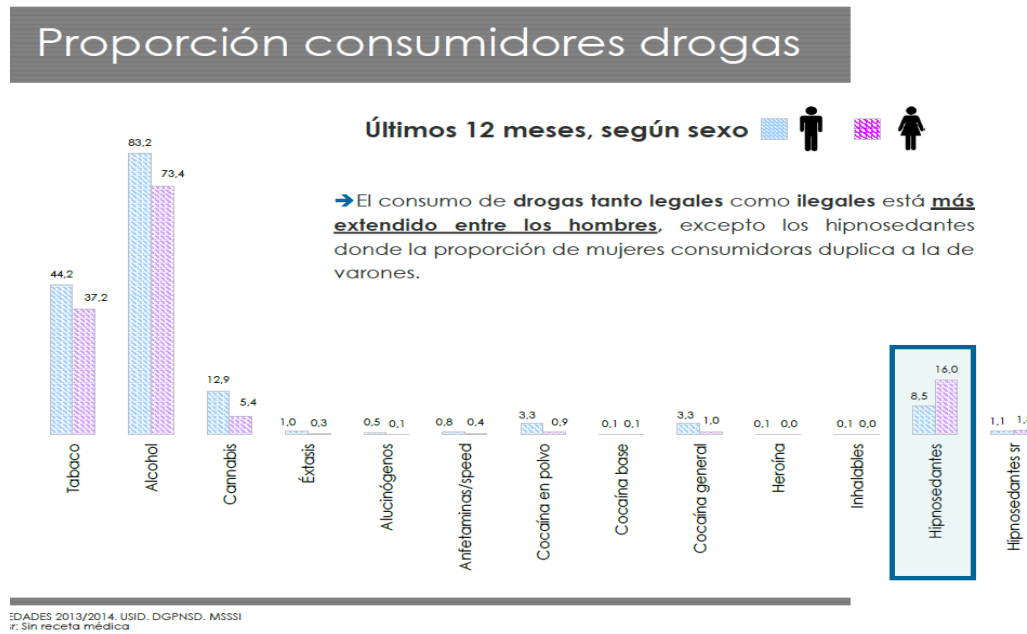
Existe el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

74. Hay datos recogidos en los indicadores claves de Indicadores clave del sistema nacional de salud (2013).

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

75. Y los datos del Plan Nacional Sobre Drogas:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>

**(Si) La adicción al alcohol**

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, elaboró un informe en 2013 sobre el alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/2_Informe_2013.pdf

Este informe arroja datos escalofriantes, como que el consumo de bebidas alcohólicas es prácticamente universal en nuestra sociedad. En 2011 el 90,9% de la población entre 15 y 64 admitió haber consumido alguna vez en la vida alcohol, el 76,6% durante el último año y el 62,3% durante el último mes. En todas las frecuencias temporales estudiadas y en todos los tramos de edad los hombres presentan mayores prevalencias de consumo que las mujeres.

(Sí) Los abortos legales

76. Con posterioridad a la publicación en el BOE de La **Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio**, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, sobre la práctica sanitaria de aborto en España, se reguló la obligatoriedad de la notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo, tanto con fines de estadística e información como de vigilancia. De esta estadística

oficial, publicada por el Ministerio de Sanidad y que contiene únicamente información sobre los abortos provocados legales, es la que sirve de fuente de información para el estudio de la frecuencia y distribución de las interrupciones voluntarias del embarazo en España fuentes: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO SEGÚN GRUPO DE EDAD

		2013	2012	2011	2010	2009
Número	TOTAL	108.690	112.390	118.359	113.031	111.482
	Menos de 15 años	503	460	455	426	456
	De 15 a 19 años	12.268	13.198	14.131	13.696	13.511
	De 20 a 24 años	22.963	24.339	26.195	25.596	26.275
	De 25 a 29 años	23.680	25.584	27.273	26.789	27.070
	De 30 a 34 años	23.647	24.298	25.266	23.766	22.747
	De 35 a 39 años	18.230	17.389	17.918	16.204	15.318
	De 40 a 44 años	6.794	6.600	6.523	6.060	5.624
	Más de 44 años	605	522	598	494	481
Tasa por mil mujeres de entre 15 a 44 años	TASA MEDIA	11,74	12,01	12,44	11,49	11,41
	19 y menos años	12,23	12,95	13,67	12,71	12,74
	De 20 a 24 años	19,43	20,36	21,34	19,82	20,08
	De 25 a 29 años	16,84	17,43	17,72	16,34	16,02
	De 30 a 34 años	13,42	13,28	13,36	12,09	11,63
	De 35 a 39 años	9,22	8,92	9,23	8,27	8,05
	40 y más años	3,92	3,84	3,86	3,50	3,36

FUENTE: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Más información en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>. Tabla actualizada a fecha 26 de enero de 2015.

(No) La muerte como resultado de abortos legales

(No) Los abortos ilegales								
(No) La muerte como resultado de abortos ilegales								
(No) El uso de anticonceptivos, incluyendo mecánicos y hormonales (incluidos los anticonceptivos de emergencia)								
		2011	2009	2007	2003	2001	1999	1997
% de Mujeres	TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Sí	75,2	79,0	79,9	71,2	69,1	60,7	49,1
	Preservativo	35,6	37,3	38,8	31,9	29,5	21,9	21,0
	Píldora	16,3	17,9	20,3	18,3	19,2	16,5	14,3
	Doble método (píldora + preservativo)	1,3	1,5	0,4				
	DIU	5,2	4,9	4,5	4,6	4,7	5,9	5,7
	Pareja vasectomizada	5,7	4,6	4,3	6,8	6,5	6,4	
	Ligadura de trompas	3,3	4,3	4,1	5,3	5,3	4,5	5,2
	Otros (anillo, parche, impl. ...)	5,3	5,7	4,5	1,1	0,7	0,5	0,5
	Coitus interruptus	2,2	2,2	2,5	2,9	2,6	4,3	1,5
Método ogino o naturales	0,3	0,6	0,5	0,3	0,6	0,7	0,9	
No	24,8	21,0	20,1	28,8	30,9	39,3	50,9	

FUENTE: Elaboración propia a partir de las Encuestas de Anticoncepción en España. Equipo DAPHNE. Bayer Health Care. Más información en:

<http://www.equipodaphne.es/encuestas.php>

Nota: Los datos de esta encuesta, que no tienen carácter oficial, se refieren a mujeres con edad comprendida entre los 15 y los 49 años

Tabla actualizada a fecha 21 de noviembre de 2012

Hay datos pero no actualizados <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do>

(No) La esterilización solicitada

Si "sí", por favor proporcione los datos y fuentes.

10. ¿Existen datos estadísticos y/o estimaciones sobre el número de casos reportados y convicciones y/o no declarados para:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(Sí) Mutilación genital femenina

77. Existe el Mapa de la mutilación genital femenina en España de 2012, el cual se encuentra disponible en: http://www.mgf.uab.es/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf

Si bien no cuenta con datos de la incidencia-prevalencia de la MGF, si estima que la población femenina en riesgo de sufrir MGF ronda las 17.000 niñas menores de 15 años. <http://www.elmundo.es/cataluna/2014/01/31/52ebede322601d79718b4578.html>

(No) Aborto voluntario ilegal

No existen datos, el siguiente es artículo al respecto de los abortos clandestinos.
<http://www.publico.es/espana/abortos-clandestinos-sobreviven-ley-del.html>

(No) Abortos forzados**(No) Esterilizaciones forzadas**

No se encuentran datos al respecto de las esterilizaciones forzadas pero se debe tener en cuenta que en el caso de personas con discapacidad están amparadas legalmente.

Como dato, existe un movimiento que pide la consideración de estas prácticas a mujeres con discapacidad como violencia de género:

<http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/cermi-pide-que-esterilizacion-forzosa-mujeres-con-discapacidad-considerere-violencia-genero-3656337>

(No) Malas prácticas en medicina estética**(No) La violencia obstétrica**

No existen datos al respecto pero si que la violencia obstétrica es una realidad en nuestro país. Para atajar este problema, desde la organización “El parto es nuestro”, se ha creado un Observatorio de Violencia Obstétrica. <https://www.elpartoesnuestro.es/tag/observatorio-de-violencia-obstetrica>

Si "sí", por favor, proporcione más referencias.

II. ¿Está incluida la perspectiva de género en las políticas nacionales relacionadas con la salud:

Si () **No (X)**

En particular: (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(No) En la planificación de la distribución de los recursos para el cuidado de la salud

(No) En la investigación médica sobre enfermedades generales, con las

adaptaciones adecuadas y necesarias a la diferente composición biológica de las mujeres y los hombres;

(No) En la prestación de servicios de geriatría

(No) En las decisiones de custodia del estado para institucionalizar los niños entre 0-3 años de edad

Explicación: La necesidad de un enfoque de género para la salud pública esté vinculada con la necesidad de identificar las formas en que los riesgos para la salud, las experiencias y los resultados son diferentes para las mujeres y los hombres y actuar en consecuencia en todas las políticas relacionadas con la salud.

78. Existen centenares de informes, recomendaciones, formaciones, análisis y contenidos específicos para trabajar esta temática pero sin estar protocolarizada y realmente implantada dentro de los sistemas y políticas de salud.

Informe del Observatorio de la Mujer, “Informe de revisión de guías sobre la incorporación de perspectiva de género a las políticas de investigación en salud”: [I43_informe-de-revision-de-guias-sobre-la-incorporacion-de-la-perspectiva-de-genero-las-politicas-de-inv.pdf](#)

Informe SESPAS 2004, “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”: http://www.sespas.es/ind_lib07.html

Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía: <http://si.easp.es/GYS/Productos.aspx>

B. SEGURIDAD

12. ¿Hay políticas nacionales en materia de seguridad de las mujeres en los espacios públicos?

Si () **No (x)**

Si "sí", por favor, proporcione referencias.

79. No existen políticas nacionales en materia de seguridad de las mujeres en los espacios públicos.

En cambio, la **Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana**, establece en su artículo 20 sobre **Registros corporales externos**:

1. Podrá practicarse el registro corporal externo y superficial de la persona cuando existan indicios racionales para suponer que puede conducir al hallazgo de instrumentos, efectos u otros objetos relevantes para el ejercicio de las funciones de indagación y prevención que encomiendan las leyes a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

2. Salvo que exista una situación de urgencia por riesgo grave e inminente para los agentes:

a) El registro se realizará por un agente del mismo sexo que la persona sobre la que se practique esta diligencia.

b) Y si exigiera dejar a la vista partes del cuerpo normalmente cubiertas por ropa, se efectuará en un lugar reservado y fuera de la vista de terceros. Se dejará constancia escrita de esta diligencia, de sus causas y de la identidad del agente que la adoptó.

3. Los registros corporales externos respetarán los principios del apartado 1 del artículo 16, así como el de injerencia mínima, y se realizarán del modo que cause el menor perjuicio a la intimidad y dignidad de la persona afectada, que será informada de modo inmediato y comprensible de las razones de su realización.

4. Los registros a los que se refiere este artículo podrán llevarse a cabo contra la voluntad del afectado, adoptando las medidas de compulsión indispensables, conforme a los principios de idoneidad, necesidad y proporcionalidad.”

80. Como ya se ha mencionado, el artículo 36.11 prevé como infracción grave: “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.

Los agentes de la autoridad requerirán a las personas que ofrezcan estos servicios para que se abstengan de hacerlo en dichos lugares, informándoles de que la inobservancia de dicho requerimiento podría constituir una infracción del párrafo 6 de este artículo”

81. Y según el artículo 37 es una infracción leve: “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”.

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.

Noticias:

<http://www.elmundo.es/espana/2015/07/28/55b7a55f46163fd61f8b4595.html>

<http://www.abogacia.es/2015/07/29/la-abogacia-pide-que-se-proteja-a-las-victimas-de-trata-y-no-que-se-las-sancione/>

http://politica.elpais.com/politica/2015/07/31/actualidad/1438363097_572665.html

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 .

Manifiesto:

Ante el anuncio de reforma de los artículos relativos al ejercicio de la prostitución en la llamada Ordenanza de Civismo de la Ciudad de Barcelona, que supondrá la prohibición de la actividad, como organizaciones y personas comprometidas con la defensa de los derechos de las personas, debemos denunciar:

Que no queda ya ninguna duda acerca de las consecuencias negativas de esta normativa de persecución y acoso al colectivo de mujeres que ejercen prostitución. Existen tanto informes internos: como el emitido por el área de Prevención y Seguridad del Ayuntamiento de Barcelona, como externos: de organizaciones especializadas, de atención a mujeres víctimas de prostitución forzada, de organizaciones feministas y de defensa de los DDHH, entre otras. No es posible apelar al desconocimiento acerca de los efectos devastadores que estas normativas conllevan en la vida de las mujeres, en profundizar su precariedad y vulnerar sus derechos ciudadanos.

Que durante los últimos seis años, la Ordenanza ha demostrado ser un instrumento inadecuado para abordar realidades sociales complejas tales como la prostitución. Ni tan siquiera sus argumentos, respecto a la mejora de la convivencia ciudadana, o de la supuesta lucha contra la explotación sexual, son ya posibles de esgrimir por parte del consistorio barcelonés para justificar su aplicación. En la práctica, esta nueva vuelta de tuerca comportará una mayor estigmatización de las mujeres y agravará su situación de vulnerabilidad, quedando

más expuestas que nunca a la violencia policial, a la violencia comunitaria y a la violencia de las organizaciones criminales.

Además, es necesario recordar que esta propuesta de reforma de la normativa hace nuevamente caso omiso a la Autoritat Catalana de Protecció de Dades que ha resuelto en más de una ocasión que el Ayuntamiento de Barcelona se encuentra vulnerando la Ley Orgánica de Protección de Datos al recabar datos personales especialmente protegidos como son los relativos a la vida sexual. Motivo de esta resolución es que a día de hoy exista un proceso judicial entre tal Organismo, garante de la protección de datos, frente al consistorio barcelonés que continúa incumpliendo su dictamen y rehúsa, pese a existir una resolución que le obliga a ello, a cesar en el tratamiento de datos en la aplicación de los artículos de la Ordenanza que se pretenden reformar.

Por lo tanto,

- Entendiendo que se trata de una medida adoptada en pleno conocimiento de las graves consecuencias que comporta y de su comprobada ineficacia.
- Entendiendo que la misma normativa se encuentra en estos momentos bajo un cuestionamiento respecto de la legitimidad jurídica de su aplicación.
- Entendiendo que la propuesta de reforma se enmarca en la continuidad de evitar todo proceso participativo real,
- Entendiendo que la crisis de derechos de ciudadanía es cada vez más profunda, Instamos al Ayuntamiento de Barcelona, a sus representantes y a los grupos políticos:
- A revisar en profundidad sus argumentos entendiéndolos que conllevan una vulneración de derechos de todas las mujeres que ejercen prostitución y una violencia institucional inexcusable frente a aquellas que se encuentran en situación de prostitución forzada.
- A iniciar inmediatamente procesos colectivos, que cuenten con la opinión de las mujeres que ejercen prostitución, para la mejora de su calidad de vida, para fortalecer el ejercicio de sus derechos como ciudadanas.
- A evitar abordar la realidad de la prostitución con el desarrollo de políticas de persecución policial, y destinar los limitados recursos públicos a otros fines.

82. Señalar que en la “Memoria de análisis de impacto normativo” realizada en su día en Julio de 2014, el informe del impacto de género declara que: “3) *Impacto por razón de género. La modificación propuesta tiene un impacto de género nulo, en la medida en que su contenido no incluye ningún tipo de medida que pueda atentar contra la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, al no contener disposiciones específicas relacionadas con el género*”.

13. ¿Ha habido encuestas de investigación de opinión pública sobre el miedo a la delincuencia entre las mujeres y los hombres (en los últimos 5 años)?

Si () No (x)

Si "sí", por favor, proporcione las referencias y los resultados de esas encuestas de investigación.

83. El Centro de Investigaciones Sociológicas realiza mensualmente encuestas (barómetros) para hacer el seguimiento de las opiniones y actitudes de la sociedad española ante distintas situaciones o acontecimientos de la actualidad. En dichos barómetros aparece como uno de los problemas la "inseguridad ciudadana", y puede verse la opinión desagregada por sexo. Sin embargo, no hay encuestas en los últimos 5 años sobre el miedo a la delincuencia (o criminalidad), si bien los hubo anteriormente.

Aquí se hace un extracto del barómetro de Mayo de 2015 a modo de ejemplo:

Estudio 3082
BARÓMETRO DE MAYO 2015

Estudios					Cuestionarios					Muestras					Preguntas					Índice de Preguntas					Consulta de Variables				
Variables																													
0008A.- Problemas sociales que personalmente afectan más (MR)																													
Problemas sociales que personalmente afectan más (MR)																													
Operaciones <input type="text" value="Mostrar %/(Columna)"/>																													
Cruce por SEXO DE LA PERSONA ENTREVISTADA <input type="button" value="Quitar"/>																													
Seleccione nueva variable <input type="text" value="-- Cambiar --"/>																													
o cruzar por variable adicional <input type="text" value="-- Ninguna seleccionada --"/>																													
	TOTAL	Sexo de la persona entrevistada																											
		Hombre	Mujer																										
El paro	48,0	47,6	48,3																										
Las drogas	0,2	0,2	0,2																										
La inseguridad ciudadana	1,4	1,1	1,7																										
El terrorismo, ETA	0,1	-	0,2																										
Las infraestructuras	0,3	0,5	0,1																										
La sanidad	11,6	8,0	15,0																										
La vivienda	1,2	1,2	1,2																										
Los problemas de índole económica	25,9	25,8	25,9																										
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	6,6	5,9	7,3																										
Los problemas de la agricultura, ganadería y pesca	0,6	1,0	0,2																										
La corrupción y el fraude	14,3	17,0	11,8																										
Las pensiones	4,6	3,9	5,3																										
Los/as políticos/as en general, los partidos y la política	6,4	7,4	5,4																										
La Administración de Justicia	1,0	1,1	1,0																										
Los problemas de índole social	6,1	5,1	7,1																										
El racismo	0,0	0,1	-																										
La inmigración	1,1	1,0	1,2																										
La violencia contra la mujer	0,1	-	0,2																										
Los problemas relacionados con la juventud	2,5	2,6	2,5																										
La crisis de valores	1,6	1,5	1,8																										
La educación	9,9	8,2	11,5																										
Los problemas medioambientales	0,2	0,4	0,1																										
El Gobierno y partidos o políticos/as concretos	0,8	0,8	0,8																										
El funcionamiento de los servicios públicos	0,1	0,1	0,2																										
Los nacionalismos	0,3	0,5	0,2																										
Los problemas relacionados con la mujer	0,0	-	0,1																										
El terrorismo internacional	0,2	0,2	0,2																										
Las preocupaciones y situaciones personales	3,7	3,4	3,9																										

14. ¿Existen medidas y programas emprendidos con el fin de aumentar la seguridad de las mujeres, por ejemplo en los espacios públicos urbanos, en el transporte público, etc.?

Si () No (X)

Si "si", por favor proporcione referencias.

84. No existen a nivel estatal, sin embargo algunos Ayuntamientos de ciudades del País Vasco (Donostia, Bilbao, Vitoria...) han realizado diagnósticos y “mapas de la ciudad prohibida” sobre ciudad, inseguridad y género.

15. ¿Hay estadísticas sobre crímenes de violencia contra las mujeres en los espacios públicos y / o la violencia doméstica?

Si (X) No ()

Si "sí", por favor proporcione referencias.

85. No existen datos específicos para crímenes de violencia contra las mujeres en espacios públicos, 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 (aquella ejercida por la pareja, expareja o personas con “quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”).

86. Sí que existen estadísticas sobre crímenes relacionados con dicho tipo de violencia (que incluye la violencia doméstica). El Observatorio contra la violencia doméstica y de género, del Consejo General del Poder Judicial, publica trimestralmente estadísticas desglosadas por Tribunales Superiores de Justicia, provincias y partidos judiciales sobre denuncias, órdenes de protección, medidas adoptadas, personas enjuiciadas y forma de terminación de los procedimientos en violencia de género (según la *Ley Orgánica 1/2004*)¹⁵.

87. También se realizó la mencionada “Macroencuesta Violencia contra la Mujer 2015”, realizada Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que recoge datos más allá de los “crímenes”¹⁶.

16. ¿Se indica el sexo de la víctima en los registros de la policía, los fiscales y los tribunales?

Si () No (x)

Si "sí", por favor proporcionar referencias.

88. Si bien a la hora de interponer la denuncia consta registrado el sexo tanto de la persona que denuncia como de la denunciada, en las cifras del Ministerio del Interior no constan datos desagregados por sexo.

¹⁵ <http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial--Primer-trimestre-de-2015>

¹⁶ <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>

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

89. Tampoco en la estadística del Consejo General del Poder Judicial los datos están desagregados por sexo. <http://www6.poderjudicial.es/>

90. La única estadística que consta desagregada por sexo es la información recabada sobre violencia contra la mujer y en relación a la Ley 1/2004.

C. SALUD Y SEGURIDAD

17. ¿Hay datos y/o resultados de la investigación sobre la influencia perjudicial de la sensación de inseguridad y la inseguridad en la salud mental de las mujeres?

Si (x) No ()

Si "sí", por favor, proporcione referencias.

91. Hay información pero incompleta. No hay datos de organismos oficiales sobre la influencia perjudicial de la sensación de inseguridad-inseguridad en la salud mental de las mujeres.

6.4 Sentimientos que producen los episodios de violencia de género

Cuando a las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas se les pregunta lo que sintieron tras los episodios de violencia, el 60,71% menciona la sensación de 'impotencia ante la situación', el 59,76% 'tristeza', el 58,37% 'rabia' y el 51,55% 'miedo' (Gráfico 17).

Gráfico 17: Sentimientos tras los episodios de violencia de género



* P25 y P34 Como resultado de lo que su pareja actual/ última pareja/ otras parejas anteriores le hicieron, ¿Ud. sintió...?

92. En la Macroencuesta se hace referencia a los "sentimientos que producen los episodios de violencia de género", el miedo entre ellos.

93. En “Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid (2014)”¹⁷ se preguntó a las mujeres si en los últimos 12 meses, algún médico u otro profesional de salud le diagnosticó un trastorno de ansiedad, a lo que el 15,3% (IC95%:14,0-16,6) respondió afirmativamente. Al analizar ansiedad según la incidencia de violencia doméstica, hay una mayor prevalencia en aquellas con VPM 26,3% (IC95%:20,6-32,1), en las mujeres que no presentaron violencia la prevalencia de ansiedad fue de 14,4% (IC95%:13,1-15,7).

94. Existen investigaciones académicas sobre los efectos de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres, como por ejemplo la realizada por Paulina Paz Rincón, Francisco Javier Labrador, María Arinero, María Crespo “Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico” (2004).

94.bis En Catalunya se ha realizado por parte SURT un programa llamado ALTRA: Apoyo y terapia en prisión para mujeres que han sufrido maltratos y para hombres maltratadores. El proyecto se desarrolló en el marco del Segundo Programa Daphne de la Comisión Europea. Como socios tuvo a Packhaus (Kiel, Alemania) y a MONA Foundation for the Women of Hungary (Budapest, Hungría). Donde además se pueden encontrar datos del 2005 ¹⁸ pero siguen siendo actuales las reflexiones sobre la situación de las mujeres presas en referencia a la violencia:

Violencia contra las Mujeres: Análisis de la Población Penitenciaria. Surt 2005

- o La relación entre la violencia y la comisión del delito.
- o Las oportunidades para **desarrollar estrategias de supervivencia formales** son muy escasas y es esta situación la que indirectamente se vincula con el delito.
- o El tipo de delitos que cometen mayoritariamente los sectores más deprimidos de la sociedad son aquellos más penalizados, más visibles y más perseguidos. Así defendíamos que la asociación que tan a menudo se hace entre exclusión social y delincuencia obviaba un aspecto clave que completaba el trinomio: la selección penal.
- o Las mujeres presas solo tienen suspendido el derecho a la libertad y, por tanto, tienen el mismo derecho que cualquier otra mujer que ha sufrido violencia de género de acceder a recursos que le permitan recuperarse. Actualmente, **este es un derecho que no pueden ejercer en los centros penitenciarios** y esta es una responsabilidad social y política ineludible.

¹⁷ <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+2.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true>

¹⁸ Violencia contra las mujeres. Análisis entre la población penitenciaria femenina. SURT 2005. http://issuu.com/fundaciosurt/docs/estudi_final_cat

- o Información cualitativa, debía ofrecernos información sobre las experiencias vitales, sobre las percepciones más subjetivas y sobre **las estrategias que las mujeres habían adoptado para afrontar las situaciones de violencia**. Nos permitía también ampliar la **información sobre el contexto específico en el cual tenía lugar la violencia**.
- o Cuando pretendíamos realizar entrevistas cerradas las propias participantes inevitablemente las transformaban en entrevistas en profundidad.
- o **La violencia institucional en situación de encarcelamiento** requiere una investigación específica.
- o Primero: en función de la frecuencia e intensidad determinábamos si se trataba de **agresiones muy graves, graves o de inicio**.
- o En la segunda parte de la entrevista queríamos **conocer qué recursos personales y comunitarios habían utilizado** para afrontar la situación de violencia, cual era su **valorización** y cuales eran **sus necesidades**.
- o En la tercera parte de la entrevista les **preguntábamos sobre los recursos con los que habían contado en los Centros Penitenciarios y su valoración**.
- o En la última parte de la entrevista nos interesaba conocer los **efectos traumáticos derivados de la violencia**, los daños psicológicos y emocionales que estas mujeres sufren.
- o Variables de nacionalidad, etnia, nivel educativo y adicciones a sustancias ilegalizadas. La acumulación de estas variables configura una situación de desventaja que se suma a las desventajas de género conformando una población que sufre una acusada posición de desigualdad. Y es precisamente a esta desigualdad a la que las mujeres entrevistadas se enfrentan en su día a día con **diferentes estrategias y recursos**.
- o **La mayoría de los delitos** por los cuales se juzga a las mujeres son **delitos económicos**.
- o El 92% de las mujeres encarceladas de origen latinoamericano están acusadas de atentar contra la salud pública. Ellas son lo que se conoce como “mulas”, último eslabón del tráfico internacional organizado.
- o Tanto en el caso de extranjeras como en el de gitanas no consumidoras acusadas de atentar contra la salud pública, se trata de mujeres con un modelo familiar matrifocal.
- o Dentro de estas nuevas iniciativas legales que atienden a las **reparaciones justas de las víctimas de violencia**, deberíamos plantearnos **¿cómo entendemos la reparación cuando hablamos de mujeres que están condenadas por la comisión de delitos relacionados con una situación de desventaja intensamente determinada por el género?**

- o El porcentaje de mujeres presas que han sufrido algún tipo de violencia asciende al **88,4%** del total de la población penitenciaria.
- o **La relación entre consumo y violencia** merece ser analizada con mayor profundidad.
- o **La tipología de violencia** que hemos establecido distingue cinco clases: **psicológica, sexual, física, social y económica**. Es importante ver cómo **los diferentes tipos de violencia que han sufrido estas mujeres se producen muchas veces de manera simultánea y con diferentes grados de intensidad**. Es evidente que analíticamente podemos establecer tipologías y diferenciar la intensidad y gravedad de la violencia. Pero estas diferencias son fruto de una reconstrucción analítica de la realidad que no se corresponde con las vivencias ni con la complejidad de estos episodios.
- o Retomando el alarmante impacto de la violencia contra las mujeres entre el colectivo de reclusas, tenemos que insistir en la **importancia del procedimiento elegido para la recogida de la información**.
- o Las entrevistas que realizamos eran entrevistas presenciales, hechas en un entorno de privacidad, en un espacio íntimo donde nadie podía oírlas, con el tiempo suficiente que respetase el ritmo de cada entrevistada, y con la posibilidad de establecer una comunicación de confianza y empatía para que la mujer pudiese explicar todo lo que había vivido y profundizar de forma individual según las respuestas.
- o Los daños psicológicos y emocionales que provoca la violencia contra las mujeres son bien conocidos. Desde el ámbito de la psiquiatría se habla de estrés postraumático, del síndrome de la mujer maltratada, de alteraciones en el comportamiento, de depresión, de pánico, fobia y miedo o deterioro de la autoestima.
- o El 53.1% de las entrevistadas que han sufrido violencia declara haber intentado suicidarse alguna vez.
- o **En el caso de las mujeres presas, además se añade el impacto psicológico que implica el encarcelamiento**. Por lo tanto, nos encontramos con un colectivo para el cual la atención psicológica es una necesidad imperativa. En el Centro Penitenciario de Brians cuentan con dos psicólogos para atender a las 250 internas. Lo que se subrayaba era la incompatibilidad de compartir un rol de ayuda y de control (en el caso de que el tratamiento psicológico lo desarrolle el personal de la administración penitenciaria). Se valoraba negativamente que la persona que evalúa la conducta de la interna para decidir permisos, accesos a tercer grado, etc. Fuera la misma con la cual se establece una relación terapéutica. Se trataba de una relación demasiado condicionante que jugaba en contra de la confianza, la voluntariedad y la confidencialidad que debe regir una relación terapéutica. Con estos argumentos, muchas de las entrevistadas solicitaban también la desvinculación del tratamiento psicológico del engranaje penitenciario. Y, por último, denunciaban reiteradamente la medicalización o sobre

medicalización psiquiátrica que rigen las actuaciones de atención psicológica en los C.P. en detrimento de una relación terapéutica. **Un tratamiento que se apoya básicamente o exclusivamente en la administración de medicación psiquiátrica no ayuda a las mujeres que han sufrido violencia a superar sus efectos.** En algunos casos, incluso no hacen otra cosa que reforzar un mecanismo que muchas mujeres víctimas de violencia utilizan para poderla soportar: el abuso del consumo de drogas.

o Es incuestionable que la atención psicológica es uno de los recursos más necesarios y básicos para afrontar su situación pero **la respuesta al problema de la violencia contra las mujeres es, principalmente, estructural.**

o Importante reconocer la relación entre: problemáticas sociales (violencia de género en éste caso), exclusión, delitos y selección penal.

o Tal y como sucede en la mayoría de las prisiones de Europa, el modelo penitenciario basado en la re-educación y rehabilitación de la mujer presa se instaura sobre un trabajo puramente criminológico en el que no se toma en consideración suficientemente aspectos como las necesidades de las mujeres o su situación cultural, social y económica. Se apoyan en la individualización de la responsabilidad del sujeto en la comisión del delito, sin contemplar ningún condicionante estructural o contextual y de esta manera se legitima la pena.

o Destacar que **el abuso de drogas como mecanismo de evasión es una de las consecuencias de la v. de g.** El uso de las drogas como efecto de la violencia agrava aún más una situación social y personal ya muy deteriorada. Es un deterioro en todos los ámbitos cotidianos de la mujer: en la salud física y psicológica, en el laboral, en el económico, en las redes sociales etc.

o **La percepción social de las adictas es mucho más negativa que la de los hombres,** especialmente si se trata de drogas ilegalizadas y si son madres. Esta mayor estigmatización y vacío social que reciben las mujeres que abusan de drogas las convierte en personas con más probabilidades de sufrir violencia. Por lo dicho, se puede apuntar que la relación entre abuso en el consumo de drogas y violencia se da en ambas direcciones. Importante subrayar **la necesidad de integrar una perspectiva de género en la atención a las toxicomanías.**

o La carencia en la atención y desarrollo de estrategias en la detección y el soporte. Hablamos de **derechos, apoyo y herramientas para las mujeres,** porque a lo largo de las entrevistas no solo se ha afirmado la falta de acceso e inadecuación, sino que también se nos ha hablado de injusticia, abandono y restricciones.

o El número de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia es altísimo, y este alto porcentaje nos obliga a **reflexionar desde una perspectiva social** y criminológica en qué medida y cómo se desarrolla la relación entre violencia y delito, y en qué medida y cómo se

tienen que empezar a repensar las actuaciones de la administración penitenciaria y judicial para hacerle frente.

o Eran pocas las que estaban en prisión por haber agredido a su agresor. Cuando esto se producía la relación entre violencia y delito era totalmente directa. ...en muchos casos por la **contradictoria sensación de seguridad que les da el encarcelamiento como única vía de estar protegidas de las agresiones continuas y de las amenazas.**

o Otro grupo más numeroso es aquel compuesto por mujeres que han sido forzadas y obligadas por parte de los agresores a cometer delitos, algunas veces, muchas veces o continuamente. Un aspecto relevante en la medida en que hablamos de las posibilidades de dar soporte dentro del marco penitenciario es que muchas de ellas no comunicaban esta situación al personal de los C. P. debido a **la distancia y la desconfianza a las relaciones entre las internas y el personal de los centros.**

o El último grupo es el de un gran número de mujeres de las que podemos decir que la irrupción de la violencia contra ellas no tiene una relación directa con el delito pero sí en el cuadro entre **violencia – exclusión – delito – selección penal.** La violencia sobre estas mujeres es un factor que se convierte en un agravante fundamental en la espiral de la exclusión social determinando y restringiendo las estrategias de supervivencia y elecciones personales antes de cometer el delito.

o Es necesaria la actuación penitenciaria al respecto dentro del tratamiento, teniendo en cuenta **las consecuencias de las experiencias de violencia anteriores al ingreso en los C. P.** y también en la actuación penitenciaria de custodia ante episodios de violencia simultánea con la privación de libertad, atendiendo al principio según el cual **la mujer presa mantiene todos sus derechos como ciudadana a excepción de los limitados específicamente por la sentencia condenatoria.**

18. ¿Existen medidas de protección de salud y seguridad específicas para las mujeres, y/o con disposiciones especiales para las madres con niños pequeños, en las instituciones "cerradas", incluyendo en:

(Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no")

(Si) Cárceles (por ejemplo, medidas similares a las Reglas de Bangkok).

95. Tanto en la Ley General Penitenciaria (art. 16, 29, 38) como en el Reglamento Penitenciario hay previsiones específicas para las mujeres y madres con niños (arts. 82.2, 133, 178, 209, 213, 254.3).

En concreto el art. 38 de la ley General Penitenciaria establece:

1. En los establecimientos o departamentos para mujeres existirá una dependencia dotada del material de obstetricia necesario para el tratamiento de las internas embarazadas y de las que acaben de dar a luz y se encuentren convalecientes, así como para atender aquellos partos cuya urgencia no permita que se realicen en hospitales civiles.

2. Las internas podrán tener en su compañía a los hijos que no hayan alcanzado los tres años de edad, siempre que acrediten debidamente su filiación. En aquellos centros donde se encuentren ingresadas internas con hijos existirá un local habilitado para guardería infantil.

La Administración penitenciaria celebrará los convenios precisos con entidades públicas y privadas con el fin de potenciar al máximo el desarrollo de la relación materno-filial y de la formación de la personalidad del niño dentro de la especial circunstancia determinada por el cumplimiento por la madre de la pena privativa de libertad.

3. Reglamentariamente se establecerá un régimen específico de visitas para los menores que no superen los diez años y no convivan con la madre en el centro penitenciario. Estas visitas se realizarán sin restricciones de ningún tipo en cuanto a frecuencia e intimidad y su duración y horario se ajustará a la organización regimental de los establecimientos.

96. Las Unidades de Madres son instalaciones cuya finalidad es que los niños y niñas hasta la edad de tres años, estén bajo el cuidado de sus madres que cumplen condena, vivan en unas condiciones favorables para su educación, en un ambiente diferente al que supone una prisión tradicional ¹⁹. En el territorio dependiente de la Administración General del Estado existen tres establecimientos exclusivos para mujeres; Brieva (Ávila), Alcalá de Guadaíra (Sevilla) y Madrid I, mujeres. En Barcelona existe otro módulo de madres, en el centro penitenciario de mujeres de Barcelona, dependiente de la Generalitat de Catalunya.

97. Las restantes dependencias son: módulos que se ubican dentro de los complejos penitenciarios, en departamentos separados de los hombres, y en algunos casos módulos mixtos en establecimientos para ejecutar programas específicos de tratamiento en módulos terapéuticos (Villabona y Valencia zona de penados) y en la Comunidad Terapéutica para el módulo experimental de formación profesional (Valencia zona de penados), y también para evitar la desestructuración familiar en un módulo de parejas con hijos e hijas en el establecimiento de Madrid VI - Aranjuez.

98. En todas las prisiones de España hay módulos de mujeres, excepto en los siguientes Centros Penitenciarios, que son exclusivamente para hombres: Puerto I, Sevilla II, Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, Teruel, Daroca, El Dueso, Lugo-Monterroso, Madrid-II, Madrid-III, Madrid-IV, Castellón II, Santa Cruz de la Palma, Segovia, Soria, Alcázar de San Juan,

¹⁹ <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/unidadesMadres.html>

Ocaña-I y Ocaña-II. Además, siete de los 14 Centros Penitenciarios y/o Secciones Abiertas de Cataluña, son también sólo para hombres. En 14 provincias y ciudades autónomas en que se dispone de instalaciones para cumplimiento penitenciario en semi-libertad, a través de secciones abiertas o centros de inserción social, no se dispone de equipamientos específicos para mujeres. Por lo que las mujeres tienen más dificultades para cumplir condena en centros y dependencias próximas a sus entornos de arraigo y/o afectos y, además, disponen de menores oportunidades materiales de cumplir las fases finales de sus condenas en régimen de semi-libertad, al carecer de dependencias adecuadas y cercanas en sus zonas de arraigo

99. Hay un “Programa de Acciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el ámbito penitenciario”²⁰.

(No) Celdas de detención policial

(No) Los hospitales psiquiátricos

100. La salud mental está transferida a las CCAA, no consta que haya unidades específicas para mujeres en las unidades de hospitalización psiquiátrica, al menos en las unidades hospitalarias agudas.

(Si, pero incompleto) Centros pre-deportación (Centros de Internamiento de Extranjeros)

101. En el Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros²¹ no se mencionan las medidas de protección de la salud y seguridad de las mujeres, si bien en relación a los derechos de los internos el artículo 16 establece:

“c) A facilitarle el ejercicio de los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las derivadas de su situación de internamiento, y en especial cuando se solicite protección internacional o cuando sea víctima de violencia de género, de trata de seres humanos o de violencia sexual.

d) A no ser objeto de discriminación por razón de origen, incluido el racial o étnico, sexo, orientación o identidad sexual, ideología, religión o creencias, enfermedad, discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social.

²⁰

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Programa_para_la_igualdad_accesible.pdf

²¹ <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/15/pdfs/BOE-A-2014-2749.pdf>

e) A recibir asistencia médica y sanitaria adecuada y ser atendido por los servicios de asistencia social del centro.

f) A recibir un seguimiento médico especial, para las mujeres de las que se tenga constancia que se hallan embarazadas”.

El artículo 30 prevé un reconocimiento médico y entrevista con el servicio de asistencia social.

http://www.eldiario.es/sociedad/CIE-samba-martine_0_80842295.html

102. En 2014 se reabrió la investigación por negligencia médica contra el Equipo médico del CIE de Aluche (Madrid), por la muerte de Samba Martine.

http://www.eldiario.es/desalambre/inmigracion/Imputados-CIE-Aluche-Samba-Martine_0_247775931.html

(No) Campamentos para las mujeres y las familias desplazadas (si procede).

(No) Conventos

(Si) Centros de acogida para mujeres

Si "sí", por favor proporcione cualquier información sobre las medidas de protección establecidas.

103. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en el artículo 19 el derecho a la asistencia social integral: “Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. La organización de estos servicios por parte de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, responderá a los principios de atención permanente, actuación urgente, especialización de prestaciones y multidisciplinariedad profesional. Son las CCAA las que tienen la competencia en esta materia, por lo que cada CCAA establece los diferentes servicios, así por ejemplo para el Servicio integral de Atención y Acogida a víctimas de violencia de género. En Cataluña, hay tres tipos distintos de centros: Centros de emergencia, Casas de Acogida o Pisos Tutelados. Gran parte de estos servicios están gestionado por entidades o empresas de servicios.

104. La Resolución de 9 de junio de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad de 21 de julio de 2014, por el que se aprueba el protocolo de derivación entre centros de acogida para las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas²².

²² <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/07/pdfs/BOE-A-2015-7620.pdf>

19. ¿Existen programas específicos de formación para los profesionales médicos y legales sobre la cuestión de la discriminación de género en el ámbito de la salud y la seguridad?

Si (x) No ()

¿Cubren? (Por favor, especifique en el espacio previsto "sí" o "no"):

(Sí) Las cuestiones relacionadas con necesidades específicas de las mujeres en el ámbito de la salud

(Sí) La vulnerabilidad específica de las mujeres como víctimas de la violencia de género o crímenes específicos, cubriendo por ejemplo los temas de:

(Sí) El tipo de violencia de género,

(Sí) Sus ocurrencias y síntomas

(Sí) Los métodos de detección

(Sí) Protocolos médicos

(Sí) La influencia de la violencia de género, en particular de la violencia sexual en los futuros comportamientos de las víctimas (los síntomas de estrés postraumático, etc.)

105. Se hacen formaciones pero, mayoritariamente, de forma voluntaria por parte de los equipos profesionales. No son obligatorias, ni están incluidas en las carreras universitarias ni son de obligado cumplimiento por los equipos de salud.

Una de las área temáticas en las que el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades intervenía mientras estaba en marcha era el área de Salud. Contaba con un Programa de Salud y Servicios Sociales que pretendía contribuir a incorporar en las políticas de salud y en la atención sanitaria una perspectiva biopsicosocial y de género que permitiesen abordar los modelos teóricos, las representaciones sociales sobre el hecho de ser mujer u hombre, las relaciones asimétricas entre ambos sexos, los factores que influyen en la subjetividad y aquellos socioculturales que dificultan a las mujeres el poder hacer efectivo el derecho a gozar del máximo estado de bienestar posible, bien porque no cuentan con recursos personales suficientes, o bien porque sus necesidades y demandas específicas quedan invisibilizadas o no son priorizadas.

En este marco y para contribuir a la consecución de estos fines, el Programa de Salud del Instituto de la Mujer seguía las siguientes líneas de actuación:

- Impulsar la implementación del mainstreaming de género en políticas de salud en coordinación con los ámbitos central y autonómico.
- Promover la sensibilización y formación de profesionales y personal técnico de salud.
- Promover programas de salud con colectivos de mujeres en situación o riesgo de exclusión.
- Fomentar la producción, publicación y difusión de conocimiento sobre la salud de las mujeres entre profesionales y personal técnico y de gestión de servicios socio

- sanitarios.
- Impulsar la elaboración de materiales dirigidos a las mujeres.
- Programas y actividades
- Publicaciones
- Formación

El Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, en el marco del Programa de Salud y Servicios Sociales, colaboraba, promovía y organizaba con diversas instituciones sanitarias de la Administración Central y de las Comunidades autónomas actividades formativas en el ámbito de la salud, fundamentalmente dirigidas a profesionales socio sanitarios y cuya finalidad era incorporar la perspectiva de género en las distintas actuaciones de salud: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/formacion/home.htm>

Además El Instituto de la mujer y para la Igualdad de Oportunidades, proporcionaba materiales didácticos para la formación especializada en Salud de las Mujeres. Publicaciones como la siguiente, que recoge los contenidos de la jornada organizada por la CAPS en el año 2008, en la cual se miró desde una perspectiva feminista la atención a la salud de las mujeres, centrada en dos grandes temas: la colonización del cuerpo de las mujeres y sufrimiento emocional y salud mental de las mujeres.

<http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/materiales/generoYSalud9Jornadas.htm>

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, creó “Criterios de calidad para la formación básica de profesionales” para la “Atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud”: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf>

III. ¿Podría por favor indicar cualquier reforma legal, política o práctica que tiene en cuenta las “buenas prácticas” en materia de salud y seguridad para las mujeres en su país:

Normativa de lucha contra la mutilación femenina

106. Parte de la información ha sido recogida 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: www.ohchr.org/Documents/Issues/.../Spain2.docx

107. En el ámbito autonómico son diversas las Comunidades Autónomas que han incluido la MGF, 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. Hasta el momento, la Comunidad Valenciana y la Generalidad de Cataluña, han incluido referencias a la MGF en sus normas propias de protección a la infancia:

- La *Ley de la Comunidad Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia*, dispone en su artículo 9.1 que La Generalitat adoptará las medidas pertinentes para proteger la integridad física y psíquica del menor frente a situaciones de maltrato, abuso, violencia, amenaza, mutilación genital.
- La *Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia*, regula en su artículo 76 la prevención de la ablación o la mutilación genital de las niñas y las adolescentes; y en su artículo 102.2 contempla como situaciones de riesgo, a los efectos de las actuaciones correspondientes por parte de la Comunidad Autónoma, el riesgo de sufrir mutilación genital.
- A su vez, varias Comunidades Autónomas han incorporado referencias a la MGF en sus normas autonómicas en materia de igualdad de oportunidades y de violencia contra las mujeres:
 1. La *Ley de la Comunidad Autónoma de Canarias 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género*, incluye en su artículo 3, relativo a las formas de violencia de género, la MGF.
 2. La *Ley de la Comunidad Autónoma de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*, incluye también, en su artículo 3, relativo a las formas de violencia de género, la MGF.
 3. La *Ley de la Comunidad de Madrid 5/2005, de 29 de septiembre, de Violencia de Género*, incluye en su ámbito de aplicación la MGF en cualquiera de sus manifestaciones. Dispone en su artículo 7.4 que, a efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en

esta materia. Además, dispone en el artículo 29 que la Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de mutilación genital.

4. La *Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón*, se refiere en el artículo 2 sobre formas de violencia ejercida contra las mujeres, a la MGF.
5. La *Ley de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia*, establece en su artículo 40 que se considera violencia de género, a los efectos de la ley, la MGF.
6. La *Ley de la Comunidad Autónoma de Cataluña 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista*, incluye la mutilación genital femenina o el riesgo de padecerla como una manifestación de la violencia en el ámbito social o comunitario (artículo 5). El artículo 57.3 prevé que los servicios de atención y acogimiento de urgencias se destinan, en todo caso, a las mujeres que sufren, entre otras formas de violencia, la MGF. Los servicios de acogida sustitutoria del hogar, regulados en el artículo 59.2, también se destinan a las mujeres que han sufrido MGF o están en riesgo de sufrirla. Y el artículo 75 enumera las medidas que debe adoptar el Gobierno autonómico.
7. La *Ley de la Comunidad Autónoma de La Rioja 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja*, incluye en su artículo 5 la MGF como una forma de violencia.
8. La *Ley de la Comunidad Valenciana 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana*, contempla en su artículo 3 que la MGF es una manifestación de la violencia sobre la mujer.

Por último, cabe destacar que las Comunidades Autónomas de Cataluña, Aragón y Foral Navarra han elaborado protocolos de actuación ante la MGF:

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina, de la Comunidad Autónoma de Cataluña de 2007²³.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, de la Comunidad Autónoma de Aragón de 2011²⁴.
- Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, de la Comunidad Foral de Navarra de 2013²⁵.

²³ http://benestar.gencat.cat/web/contenut/03ambits_tematicos/05immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Protocol_mutilacio_castella.pdf

²⁴ http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf

²⁵ <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio.pdf>

108. En todos estos protocolos se incluyen acciones específicas en materia sanitaria, tanto dirigidas a mujeres adultas a las que se le ha practicado la mutilación genital, como a niñas en riesgo de sufrirla, orientando las acciones a los pre-viaje y post-viaje (en el caso de que la práctica se haga fuera de España y luego regresen).

Transexualidad

109. A nivel estatal existe la *Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*²⁶, que exclusivamente trata de la rectificación de la mención registral del sexo.

110. La Comunidad Autónoma de Andalucía fue la primera región de Europa en reconocer el derecho a la autodeterminación de género, mediante la *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*²⁷. En el País Vasco también existe la *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*²⁸.

111. El objetivo de estas leyes es garantizar el derecho de las personas transexuales a recibir de las administraciones una atención integral y adecuada a sus necesidades médicas, psicológicas, jurídicas y de otra índole, en igualdad de condiciones con el resto de la ciudadanía. Además, proteger, en general, el ejercicio de su libertad en los diferentes ámbitos de la vida social y, en particular, en los distintos servicios públicos.

²⁶ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585

²⁷ <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2014/139/1>

²⁸ http://genet.csic.es/sites/default/files/documentos/biblioteca/BOE_LEY%2014-2012%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20y%20transex.pdf