

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA TODAS, TODAS, TODAS

Apoya

colala
Fondo de Mujeres

♀ **Coordinadora Feminista**
Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas

**DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS PARA
TODAS, TODAS, TODAS**

INFORME 2016

**Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas
Diciembre de 2016**

Edita: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español
C/ Bravo Murillo 4-local 28015 Madrid
e-mail: coordinadora@feministas.org
Página Web: <http://www.feministas.org>
Twitter @CoordinadoraFem

Diciembre 2016

Esta publicación puede usarse total o parcialmente citando la fuente

ÍNDICE

Presentación	06
Capítulo 1: Introducción	08
Capítulo 2: Educación sexual	10
2.1 Normativas en las CC.AA. para regular la inclusión de la educación sexual en el ámbito escolar/educativo.....	12
2.2. Pero... ¿qué está pasando en la práctica en los centros escolares e institutos?.....	13
2.3 ¿Existe información y educación sexual fuera del aula?.....	16
2.4. Conclusiones y propuestas.....	19
Capítulo 3: Aborto	20
3.1 Datos de interrupciones voluntarias del embarazo por CC.AA.	22
3.1.1 Evolución de las Tasas de Aborto.....	23
3.1.2 Edad, estatus migratorio y distribución en algunas CC.AA.	24
3.2 Motivos IVE.....	28
3.3 Información IVE.....	29
3.4 Centros de IVE.....	30
3.5 Métodos que se utilizan para practicar IVE.....	34
3.6 La situación de las mujeres jóvenes y adolescentes.....	35
3.7 Resistencias: la “objeción” de conciencia y los grupos anti-elección.....	37
3.8 Conclusiones y propuestas.....	40
Capítulo 4: Reproducción asistida	42
4.1 Normativa y situación por CC.AA.	43
4.2 Centros de reproducción humana asistida en el estado español.....	46
4.3 Tiempos de espera.....	47
4.4 Conclusiones y propuestas.....	48

Capítulo 5: Derechos de identidades no normativas	50
5.1 Legislación Estatal.....	51
5.2 Legislación por comunidades autónomas.....	53
5.2.1 Contenidos y aplicación de las leyes.....	55
5.3 Conclusiones y propuestas.....	57
Capítulo 6: Violencia sexual	59
6.1 Protocolos sanitarios por comunidades autónomas.....	62
6.2 Datos de violencia sexual, mujeres y transexuales.....	65
6.3 El acoso sexual en el ámbito laboral.....	70
6.4 Conclusiones y propuestas.....	72
Capítulo 7: Atención en salud sexual y salud reproductiva	74
7.1 Dónde y con qué calidad se atiende la salud sexual y reproductiva.....	75
7.2 El acceso a los anticonceptivos las distintas zonas del estado español.....	77
7.3 ¿Existe atención universal en salud sexual y reproductiva?.....	79
7.4 Conclusiones y propuestas.....	80
ANEXOS	81
Anexo I: Referencias Bibliográficas.....	82
Anexo II: Fechas clave en la lucha del Movimiento Feminista por el derecho al aborto.....	84

PRESENTACIÓN

Durante los últimos años se han producido una serie de contrarreformas en el ámbito social de la mano de la aprobación de leyes que recortan y restringen nuestros derechos de manera drástica, coartando nuestra capacidad de decidir sobre nuestros propios cuerpos, nuestra libertad de expresión y las garantías básicas que supuestamente son responsabilidad del Estado para asegurar la igualdad y la equidad a todas las personas que residen en el Estado Español.

Para su elaboración, distintas organizaciones que conforman la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas han recabado y contrastado datos en varias Comunidades Autónomas, permitiendo aportar informaciones cercanas a las prácticas habituales y asentadas, constatando la falta de transparencia y las dificultades de acceso a una documentación que debería ser pública. En el informe analizamos la situación sobre la educación sexual, el derecho a la información, la decisión sobre la reproducción, la integridad sexual, el respeto a las diversas identidades y la atención en los servicios públicos de salud.

No pretende ser un estudio exhaustivo puesto que hay otros aspectos de la salud y derechos sexuales y reproductivos que no se abordan, como por ejemplo lo referente a la maternidad o no se abordan en toda su amplitud, como es el caso de las técnicas de reproducción asistida. Temas que iremos incorporando en sucesivas ediciones del informe.

Dada la ausencia o dispersión de información sobre algunos temas o de información no actualizada sobre otros, vimos la utilidad de agrupar y analizar la información existente y buscar la que no está fácilmente disponible para ofrecer un panorama actualizado y valorado sobre cada uno de los temas que trata el informe.

Esperamos contribuir así a dar una visión integral de lo que son cada uno de estos derechos, entendidos como derechos sociales y políticos.

Partimos de la conceptualización que el movimiento feminista, tanto en el Estado español como a nivel internacional, ha ido haciendo de estos derechos a lo largo de los años. Si miramos la historia más reciente de las luchas feministas, podemos ver cómo se han ido ampliando, haciéndolos también más inclusivos, recogiendo la diversidad de situaciones de las mujeres, en función de su situación migratoria, de su edad, de su pertenencia de clase, recogiendo la diversidad sexual y de identidades. Y esto ha llevado a formulaciones y propuestas más acertadas y ajustadas a las necesidades expresadas por las mujeres. En el estudio recogemos exigencias de las mujeres por su autonomía y libertad sexual y reproductiva, como parte de la exigencia de justicia social.

El estudio se divide en siete capítulos: a la introducción le siguen la educación sexual, la interrupción voluntaria del embarazo, la reproducción asistida, la violencia sexual, las identidades no normativas y la respuesta del sistema sanitario en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. En cada uno de ellos se aborda la consideración social de este derecho, la normativa existente (a noviembre de 2016), las prácticas sociales, y recursos y servicios existentes. También señalamos algunas conclusiones que nos parecen más relevantes. Por último, en Anexo, ofrecemos una relación de fechas clave en la lucha feminista por los derechos sexuales y reproductivos, y la bibliografía utilizada.

El estudio, realizado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, ha contado con el apoyo de “Calala” Fondo de Mujeres.

Capítulo 1: Introducción

Capítulo 1: Introducción

Para el patriarcado resulta fundamental el control del cuerpo de las mujeres, por eso desde la jerarquía católica y la derecha se realiza una constante presión para naturalizar a las mujeres, imponer normas sexuales, negar el derecho al aborto, volver a situar la maternidad como sinónimo de identidad femenina, cosificar nuestros cuerpos y hacerlos objeto de la violencia sexual. La consigna “las mujeres decidimos, la iglesia no se mete y la sociedad respeta” es una buena síntesis de lo que exigen los feminismos.

Pero a esos mecanismos de sometimiento se ha enfrentado la poderosa reacción de las mujeres. En el Estado español, desde mediados de los años 70, las demandas relacionadas con la sexualidad han formado parte de la agenda feminista. La política sexual se centró en un primer momento en desvincular la sexualidad de la reproducción, en el conocimiento del cuerpo y el derecho de las mujeres al placer sexual y a los métodos anticonceptivos como forma de evitar los embarazos no deseados. “Sexualidad no es maternidad” y “libertad sexual” figuraba en nuestros manifiestos y programas feministas. La crítica a la heteronormatividad tomó cuerpo en los manifiestos feministas de la mano de los colectivos de feministas lesbianas.

Y así las mujeres empezamos a expresar nuestros deseos, a visibilizarnos como seres sexuados con agencia propia, a expresar distintos proyectos de vida, de identidad sexual, de manera de vivir el cuerpo, la maternidad y la sexualidad, nuestra autonomía como seres sexuales, la maternidad como opción y el aborto como un derecho, y a vivir una vida libre de violencias. La vivencia de la sexualidad y el derecho a decidir tiene que ver con el cuerpo, con aspectos subjetivos y también con las condiciones sociales, culturales y económicas en las que se desarrolla la vida de las personas. De esta forma situamos nuestras necesidades y demandas en la agenda pública. Los feminismos lo han convertido en un auténtico desafío, y en algunas cosas hemos ganado.

En el intenso recorrido de denuncia, reivindicación y propuesta el movimiento feminista ha ido reconceptualizando, cada vez con mayor amplitud y claridad, el conjunto de derechos que tiene que ver con nuestra autonomía sexual y reproductiva y que hoy llamamos “derechos sexuales y derechos reproductivos”.

Partimos de que todas las personas, independientemente de su edad, situación migratoria, etnia, clase social, nacionalidad, sexualidad, identidad, situación administrativa, o diversidad funcional, tienen el derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos, sin sufrir ningún tipo de discriminación.

Esto está muy alejado de lo que sucede en la actualidad. No todas las vivimos igual ni todas tenemos las mismas posibilidades de ejercer los derechos porque estos derechos individuales solo son posibles en condiciones de justicia social. Hoy están limitados de forma particular a través de unas políticas que excluyen a las mujeres migrantes que no disponen de cartilla de la seguridad social, también lo ven limitados las jóvenes menores de edad que no pueden hacer valer su decisión de interrumpir voluntariamente un embarazo y a las que no se reconoce su sexualidad; a las personas lgtbi a las que no se reconoce muchos derechos, entre otros su derecho a la maternidad; y para las trabajadoras del sexo a las que se niega el derecho a la integridad física.

Los derechos sexuales suponen el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y placentera; a poder manifestar la orientación e identidad sexual y de género; a expresar y manifestar los deseos y el placer sexual, el derecho a la diversidad sexual, que han dado lugar a experiencias no hege-

mónicas de vivir el cuerpo y la propia identidad.

También integran el derecho a vivir libres de violencia machista, en sus distintas manifestaciones: el acoso, las agresiones, la violación; las actitudes y violencias LGTBfóbicas de quienes niegan la sexualidad como derecho para todas y todos, y estigmatizan y excluyen a quienes contravienen los mandatos de género y las normas sexuales hegemónicas.

Los derechos reproductivos contemplan el derecho a considerar la maternidad/reproducción como una opción y la capacidad reproductiva de las mujeres como una posibilidad que puede desarrollar o no. Por tanto, suponen el reconocimiento del derecho a adoptar decisiones sobre nuestra vida reproductiva, a decidir libremente si se quiere o no tener hijas e hijos, el número, el momento y con quien se quieren tener, y el derecho al aborto.

La ofensiva neoliberal y los consiguientes recortes de derechos y recursos ha reforzado el heteropatriarcado y ha dificultado aún más el acceso a nuestros derechos. Esperamos que este documento nos ayude a seguir trabajando y luchando por ellos.

¡Cuidado, Cuidado! ¡Os avisamos! Somos muchas más que cuando empezamos.



Foto: Manifestación 5 de abril de 2014 en Iruñea del Movimiento Feminista de Euskal Herria, por el derecho al aborto, Gure Gorputza Gure Erabakia.

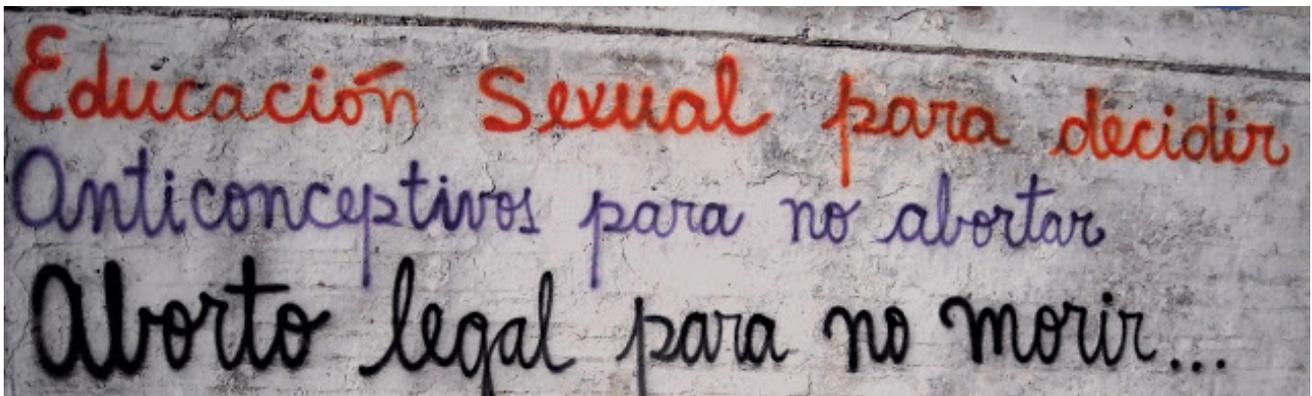
Capítulo 2: Educación sexual

Capítulo 2: Educación sexual

La educación afectivo-sexual es un derecho y una necesidad que debe ser cubierta a lo largo de toda la vida, para poder tener un desarrollo pleno de nuestros cuerpos y nuestras sexualidades, y para la construcción de una sociedad respetuosa, equitativa y sin violencias basadas en el género, en la orientación sexual, ni en la identidad de género.

Sin embargo las carencias (más bien, ausencias) en el ámbito de la educación afectivo-sexual tienen una larga trayectoria en el Estado español. Habiéndose integrado por primera vez en la LOGSE (1990), en la que se incorporó explícitamente la educación sexual en el currículo escolar, se favoreció la elaboración de módulos, guías y materiales didácticos específicos, y se impulsó el desarrollo transversal de la educación sexual, aunque con desigual éxito en su implementación.

La Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE, 2002) supuso un retroceso, al promover exclusivamente una visión reproductivista de la sexualidad. Con la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) desaparecen del texto las referencias a la educación afectivo sexual. Este vacío no lo cubrió, obviamente, la asignatura aprobada en el 2006 “educación para la ciudadanía”. Esta asignatura fue como un cajón de sastre para muchos temas, todos de gran importancia pero que cada uno de ellos requeriría un tratamiento más extenso y riguroso.



Por su parte la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, contiene en su “Título I. La obligatoriedad, por parte de los poderes públicos, de garantizar la información y la educación afectivo-sexual en los contenidos formales del sistema educativo”, pero en el Capítulo III del Título Primero en el que se aborda las medidas en el ámbito educativo, según la Ley, “el sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores” por lo tanto la Ley “insta” a garantizar información y formación en educación afectivo-sexual en todo el sistema educativo; paradójicamente ni traza unos contenidos mínimos ni reglamenta la asignación de partida presupuestaria para (garantizar) su aplicación. De este modo, como ya es de sobra conocido y como veremos a continuación, la articulación de actuaciones relacionadas con la educación sexual se configura como actividad extraescolar, de manera insuficiente, puntual y voluntaria. Finalmente, con la reforma educativa promovida por José Ignacio Wert (LOMCE, 2012), estos conocimientos han sido eliminados totalmente.

En este capítulo veremos, de manera global y específica en algunas CC.AA, qué grado de desarrollo de la legislación estatal se ha plasmado en forma de normativas autonómicas y locales; cómo se están aplicando estas directrices en el sistema educativo formal obligatorio; en qué otros espacios se están llevando a cabo actuaciones en la materia; y una valoración acerca de qué cambios se han producido o son susceptibles de producirse próximamente.

2.1 Normativas en las CC.AA. para regular la inclusión de la educación sexual en el ámbito escolar/educativo

Como hemos dicho anteriormente la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, pospone el diseño y la articulación de un conjunto de contenidos que permitan la implementación de la educación sexual y afectiva, que no tiene muchos visos de desarrollo en el plano de lo estatal, y veremos si desde los gobiernos de las comunidades autónomas, que tienen las competencias transferidas, se hacen cargo de su especificación, de partidas presupuestarias y de la ejecución.

Las comunidades autónomas analizadas no han elaborado normativas propias para la regulación, ejecución y seguimiento de la educación sexual en el ámbito educativo no tienen directrices de los gobiernos autonómicos ni locales en esta materia, sino que, como mucho están vinculadas a planes de actuación o a programas de implementación voluntaria.

Por ejemplo, en el **País Vasco** al igual que otras CC.AA. a través del programa de educación para la salud, las que lo tienen, incorporan algo relativo a la educación sexual. Así sucede cuando por ejemplo se dan charlas sobre higiene, incorporando solamente los aspectos biológicos.

En relación a **Castilla y León**, la administración de la Comunidad Autónoma ha realizado convocatorias para la promoción de la salud en centros educativos (colegios e institutos) entre los años 2005 y 2009; el objetivo de estas convocatorias era la selección y ejecución de actuaciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, cubriendo los ámbitos de alimentación y actividad física, salud sexual (embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual) y prevención de accidentes. La mayor parte de los proyectos subvencionados durante este período (73) se centraban en la promoción de la alimentación saludable y la actividad física regular.

Por otro lado, la Junta de Castilla y León ha elaborado el anteproyecto denominado *IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020*¹. Se contempla impulsar actuaciones y programas en el ámbito educativo para el fomento de hábitos de vida saludable²; entre otras cosas, se habrá de formar al profesorado en salud afectivo-sexual³, y al alumnado en el uso de internet para prevenir el ciberacoso y el acoso sexual⁴. Igualmente, otra de las medidas incluidas en el plan es la de la *promoción de cualidades positivas y fortalezas de las niñas y los niños referidos a los valores de respeto y buen trato, especialmente en las relaciones de igualdad y en la prevención de la violencia*⁵.

En **Andalucía** hay programas de educación sexual promovidos por distintas instituciones y que son de adscripción voluntaria; no hay ninguna normativa de la comunidad.

En la **Comunidad de Madrid**, no hay normativa, en lo que a desarrollo de contenidos concretos

¹ Ver <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>

² Objetivo 30 del IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020.

³ Medida 80: "Reforzar la formación de los profesionales de la educación en alimentación saludable, práctica regular de actividad física y salud afectivo-sexual para fomentar la educación para la salud, adaptada a los distintos niveles educativos".

⁴ Objetivo 30: "Impulsar actuaciones y programas en el ámbito educativo para el fomento de hábitos de vida saludables".

⁵ Medida 83 del IV Plan de Salud de Castilla y León, perspectiva 2020.

en relación con la educación afectivo-sexual en los centros de enseñanza. De hecho, este tipo de formación se relega al ámbito de la educación no formal y es desarrollada, dependiendo del centro, por entidades no gubernamentales y a solicitud de parte del profesorado. No está para nada estandarizada ni extendida en la educación reglada.

Navarra ha introducido recientemente una directriz en esta materia; el "Decreto Foral 103/20016, de 16 de noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva establece en su artículo 7, Formación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo", establece que el Departamento de Educación desarrollará las medidas necesarias para la inclusión de la Educación Afectivo-Sexual en el currículum de las enseñanzas no universitarias y por lo tanto en el Proyecto Educativo de Centro, con un enfoque integral que contribuya, de conformidad con lo previsto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

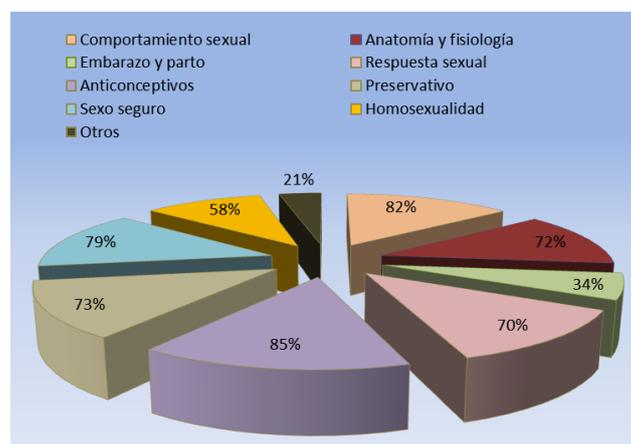
2.2 Pero...¿qué está pasando en la práctica en los centros escolares e institutos?

En casi todas las comunidades autónomas, lo que se va a explicar es lo generalizado, salvo algunas excepciones que veremos más adelante, allá donde se da algo de educación sexual.

En la medida que no existe normativa que marque pautas para todos los centros, la situación es enormemente heterogénea, con grandes desigualdades en el tratamiento en una misma comunidad autónoma, e incluso en una misma ciudad. Depende en última instancia de la implicación del profesorado y AMPAS de cada Centro escolar. Estas iniciativas son voluntarias y no sistemáticas; dependen en gran medida, por un lado, de la iniciativa de cada centro y, por el otro, de que las actividades sean proporcionadas por agentes externos y con carácter gratuito.

Bastantes de ellos ponen en marcha intervenciones breves, algunas impulsadas por las áreas de igualdad o juventud de los ayuntamientos que ofrecen acciones esporádicas y puntuales. Igualmente, existe oferta de servicios/actividades a bajo coste o coste cero prestadas por entidades del tercer sector con programas subvencionados de manera pública.

La realidad es que las intervenciones son puntuales, no sostenidas, no abarcan a todos los cursos del sistema educativo y no tienen los mismos perfiles de contenidos. Mientras que las que se fomentan desde las áreas de igualdad se centran en la prevención de la violencia machista, las relaciones afectivo-sexuales igualitarias, la diversidad sexual y el empoderamiento de las chicas, las intervenciones desde otras áreas o entidades lo hacen en prevención de enfermedades, información sobre anticonceptivos. Un ejemplo de esto lo encontramos en el estudio de "sexualidad en adolescentes de la **Comunidad Autónoma Vasca**"⁶.



En general, estas actividades son impartidas por profesionales con formación especializada, ya sean promovidas por entidades públicas, organizaciones del tercer sector, consultoras u otro tipo de empresas. El 73% de los centros contratan a profesionales externos para charlas, cursillos o seminarios cortos de educación sexual⁷.

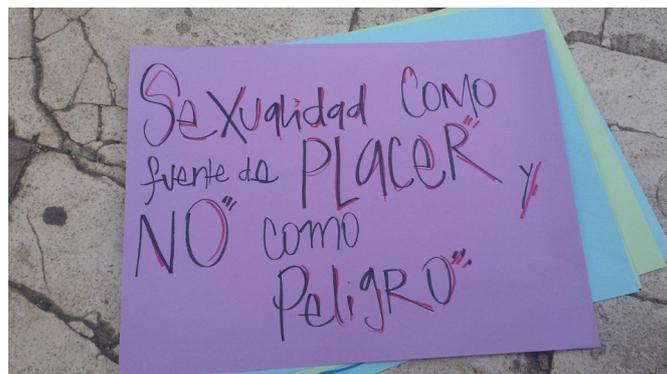
De manera más concreta, podemos señalar que el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco cuenta con un servicio de información y atención en temas de diversidad sexual y género (BERDINDU), que tiene un programa específico para las escuelas (Berdindu Eskolak), ofertando asesoramiento y formación tanto al profesorado como al alumnado en temas de diversidad sexual y género⁸.

Por su parte, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) tiene materiales educativos y guías con asesoramiento para su aplicación en temáticas de prevención del VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados⁹.

En los últimos años ha desarrollado el programa SEXUMUSU, con herramientas para trabajar con el alumnado de 3º y 4º de ESO mediante un videojuego online; esta aplicación tiene también materiales acerca de educación afectivo-sexual dirigidos al profesorado y a las familias¹⁰.

En **Castilla y León**, más allá de la carencia de normativas, se imparten acciones de educación sexual en centros escolares como parte de los proyectos de promoción de vida saludable; como comentamos anteriormente, estos programas están vinculados al Plan de Salud y los imparten profesionales del ámbito sanitario. Sus contenidos están enfocados desde la perspectiva de la salud sexual, y sus materias versan básicamente sobre prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

También en **Andalucía**, de la mano de ONG y programas de Promoción de Hábitos Saludables, se llevan a cabo intervenciones de educación sexual en el entorno escolar. Participan en su facilitación tanto profesionales de ONG como de la esfera sanitaria y educativa. Lo mismo sucede en la comunidad andaluza: el programa “Forma Joven” lleva unos 15 años implementándose. El carácter voluntario del mismo genera y tiene como consecuencia la gran disparidad de realidades en su aplicación en las distintas zonas.



⁶ La infografía se ha extraído de Sexualidad en adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca (p.50). Para ver el estudio completo: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85ckdrog02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/sexualidad_adolescencia.pdf

⁷ En el estudio “Sexualidad en adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca” participaron 161 centros educativos.

⁸ Trabajan aspectos como prevención de acoso y agresiones por motivos de identidad sexual y de género, y la incorporación de la diversidad sexual. Durante el año 2015, realizaron acciones formativas hacia profesorado adscrito a 21 centros (685 profesionales). Para más información, ver <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/informacion/berdindu-eskolak/r45-berdgtra/es/>

⁹ Guías para profesorado y jóvenes, preservativos masculinos y femeninos, sexo seguro, prevención, etc.⁴ Objetivo 30: “Impulsar actuaciones y programas en el ámbito educativo para el fomento de hábitos de vida saludables”.

¹⁰ <http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/ubberri/index.htm>

El hecho de que la realización de actividades e intervenciones que faciliten la educación sexual en todas las franjas de edad del proceso de educación formal obligatoria dependa del interés, voluntariedad y compromiso del profesorado implica la existencia una grave desigualdad en el derecho a la educación sexual.

El Col·lectiu Lambda se encarga de impartir educación sexual en la **Comunidad Valenciana**, desde la perspectiva de identidades, diversidad sexual y familiar, y expresión de género. Su oferta se centra en intervenciones en colegios (también en el último curso de infantil), institutos (incluyendo ciclos formativos y FP básica) y formación para profesionales y futuros profesionales de la enseñanza. Como veremos en el siguiente apartado, los servicios que ofrecen están abiertos más allá de la comunidad educativa (docentes, educadoras/es sociales, trabajadoras/es sociales, orientadoras/es, psicólogas/es...).

En el caso de la **Comunidad de Madrid**, al igual que en otras comunidades autónomas donde no existe una oferta formativa por parte de la Consejería de Educación, la educación sexual está limitada a las intervenciones puntuales de ONGS y otras entidades. Y en el caso del municipios también de los Centros Jóvenes. En estos casos, las actuaciones se realizan a demanda de las AMPAS (Asociaciones de Madres y Padres) en el ámbito de la Educación Primaria y también por profesionales de Enseñanza Secundaria. La temática se centra en las enfermedades de transmisión sexual y la anticoncepción y se incluye la perspectiva de la diversidad y la coeducación. Los talleres y cursos se pagan bien por las AMPAS, bien a través de partidas presupuestarias propias de los centros escolares.

Para finalizar de definir la realidad en la **Comunidad de Madrid**, hay que señalar que la mayor parte de las intervenciones están centradas en la etapa de Secundaria puesto que los equipos de profesionales de docencia de estos cursos son los que más las demandan¹¹.

Hay algunas CC.AA. donde la educación sexual está más integrada en los centros.

Por un lado, en **Cataluña**, según la Conselleria d'Ensayament la educación sexual se considera un conocimiento de carácter transversal que suele materializarse en contenidos propios de la asignatura de Ciencias Naturales y en Valores Sociales y Cívicos (en la que no participa el alumnado matriculado en Religión) y/o tutorías; cada centro tiene autonomía para determinar cómo integrarla..., hay iniciativas en todas las etapas de la educación, en ellas se trabaja sobre aspectos distintos: descubrimiento del cuerpo, vocabulario de las partes del cuerpo y las diferencias entre sexos (infantil); aparatos reproductores (pre-adolescencia). También se realizan contrataciones de docentes externos para talleres específicos. En cualquier caso, el tratamiento de la materia no toca la temática de "relaciones sexuales" hasta 3º de ESO.

En **Navarra** el proyecto Con Mucho Gusto-Gozamenez¹² subvencionado por Departamento de Salud/ Osasunbidea trabaja sistemáticamente con Educación Primaria y Secundaria, PCA (Programas de Currículo Adoptado), PCPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial), Educación Especial, así como con las Escuelas Taller.

Durante estos años, el Programa ha creado unidades didácticas con contenidos adecuados a las diferentes etapas educativas. Se trata de materiales interactivos y atractivos para trabajar la educación sexual en las aulas. La propuesta ha ido siempre acompañada de otros recursos como el teatro, el cine, los cuenta-cuentos, páginas Web... para compaginar el trabajo de aula con otros espacios más lúdicos para el alumnado y que, al mismo tiempo, animen al profesorado a participar en la actividad.

¹¹ Para más información, <http://www.uhinbare.com/index.php/es>

¹² Sección de Políticas Sociales de la Federación de Trabajadores de la Enseñanza de UGT.

Las personas que han actuado de referentes en la Escuela, son las educadoras de los Centros de Atención a la Mujer del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea por ser este uno de sus ámbitos de actuación en materia de educación sexual.

También en la **Comunidad Valenciana**, a través de la consejería de sanidad se viene desarrollando el programa PIES¹³, un programa de Intervención en Educación Sexual que tiene como objetivo general la educación en valores que promuevan una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables. El programa va dirigido a población adolescente, concretamente a estudiantes de 3º de la ESO y de programas educativos específicos en este mismo rango de edad (PQPI, PDC, INTEGRA).

En **Asturias**, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la Consejería de Educación y Ciencia y el instituto Asturiano de la Mujer, se imparte el programa para la educación afectivo sexual en la ESO “Ni ogros ni princesas”¹⁴, propone un proceso, con una serie de acciones secuenciadas en el tiempo para que cada centro de secundaria desarrolle e incorpore la educación afectivo-sexual en su quehacer diario.

2.3 ¿Existe información y educación sexual fuera del aula?

En el plano de los municipios en **País Vasco**, en primer lugar, algunas Áreas de Igualdad o Juventud cuentan con servicios de información sexual y asesoramiento sexológico, orientados a la juventud y gestionados por consultoras subcontratadas, en general. Ofrecen actividades grupales y asesoramiento individualizado; en ocasiones, están en contacto con centros educativos¹⁵. En segundo, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) también oferta campañas, materiales y programas de prevención de VIH, infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados¹⁶. Terceramente, las Escuelas de Empoderamiento o las Áreas de Igualdad, desde la perspectiva del empoderamiento, brindan cursos puntuales sobre sexualidad y otros proyectos a mujeres de todas las edades. Por último, existen otras entidades y asociaciones que ofrecen intervenciones, talleres y otras actividades en esta materia: por ejemplo, en Bilbao, los módulos de atención psicosocial tienen una tarde de atención e intervención con personas jóvenes acerca de orientación e información sobre sexualidad y anticoncepción; aborto, métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.

En **Castilla y León**, la Junta y las distintas diputaciones disponen de charlas educativas sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual como actividad extraescolar que se ofertan a centros de primaria, secundaria. Además existe un teléfono no gratuito de consulta¹⁷ y una dirección de correo electrónico.

¹³ Formación del Área de la Federación de Enseñanza de CCOO.

¹⁴ En Infantil porque no se percibe como importante, y en Bachillerato por la ausencia de AMPAS y la falta de iniciativa del profesorado con alumnado adolescente.

¹⁵ Para acceder a más información y al listado de recursos ir a http://www.gazteukera.euskadi.eus/r582250/es/contenidos/informacion/salud_sexualidad/es_15016/sexualidad.html¹⁸ Trabajan aspectos como prevención de acoso y agresiones por motivos de identidad sexual y de género, y la incorporación de la diversidad sexual. Durante el año 2015, realizaron acciones formativas hacia profesorado adscrito a 21 centros (685 profesionales). Para más información, ver <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/informacion/berdindu-eskolak/r45-berditra/es/>

¹⁶ En este enlace están recogidos los materiales y recursos disponibles: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksida06/es/contenidos/informacion/sida_educativo/es_sida/programa.html

¹⁷ El 901 151 415 es para atención de viernes a domingo, de 19:00 a 24:00. El resto del tiempo salta un contestador. El coste de la llamada a este número de teléfono no es 100% gratuita. El email de contacto es infosexualidad@jcyl.es

A primera vista en **Andalucía** la oferta del programa “Forma Joven” de la Consejería de Salud sólo se desarrolla en el contexto educativo pero durante 2016-17 cuenta con la formación de la figura de mediador y mediadora joven que cumple la función de sensibilización en su entorno y asesoramiento individual y grupal (en colaboración con el Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ)).

En **Valencia**, el Col·lectiu Lambda tienen, entre los servicios que ofertan, actuaciones formativas y de sensibilización acerca de la prevención del VIH y SIDA, identidades, diversidad sexual y género para el personal voluntario, universidades, sindicatos y para la ciudadanía, en general. Además el colectivo está conformado por un equipo interdisciplinar de profesionales al que se puede acudir a ver en su sede (con una labor centrada más en temas de LGTBfobia e identidad de género y sexual).

Por su parte, en la **Comunidad de Madrid**, tanto el Centro Joven dependiente del Ayuntamiento de Madrid y otros Centros de otros pueblos, así como el dependiente de la FPFE, desarrollan programas específicos propios fuera de la red de centros educativos.

En **Cataluña** contamos con el recurso virtual “Sexe Joves”, un portal de orientación sexual de la Conselleria de Salut (desde 2006 hasta la actualidad) que cuenta con un “chat” vespertino como forma de aproximación a la formación en sexualidad. Además hay medio centenar de centros de anticoncepción orientados a adolescentes cuyo trabajo versa sobre la prevención de embarazos no deseados, el proceso del embarazo, sensibilización en temas de infecciones de transmisión sexual, prestando especial atención al VIH-SIDA. En relación a los contenidos de esta plataforma, en ella se puede encontrar información minuciosa acerca de temas como cómo llegar al orgasmo, qué es un encuentro sexual intenso sin penetración (“petting”), diferencias entre amor y enamoramiento, poluciones nocturnas masculinas y los puntos de estimulación y erotización.

Los Centros de Atención a la Mujer, actualmente denominados Centros de salud sexual y reproductiva, de **Navarra**¹⁸ tienen varios programas. Asimismo desde el Consejo de la Juventud está en marcha el programa joven “Gozamenez-con mucho gusto”¹⁹, que cuenta con la participación de más grupos e instituciones. Ambas tipologías de programa están orientados a profesoras, APYMAS (Asociaciones de Padres y Madres), jóvenes y colectivos específicos (mujeres en etapa de menopausia, grupos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual).

Siguiendo con las actuaciones desde el Instituto Navarro de Juventud, el Servicio de información y educación sexual para jóvenes²⁰ dirige sus intervenciones hacia jóvenes (14-30 años), asociaciones juveniles, profesionales que trabajan con jóvenes, entidades locales (a demanda), familias y APYMAS (asociaciones de padres y madres). Realizan asesoría sexual (presencial o telefónica) y talleres periódicos de formación y educación sexual. Todo ello se hace desde un enfoque de relaciones afectivo-sexuales igualitarias, sin entrar en las cuestiones médico-sanitarias.

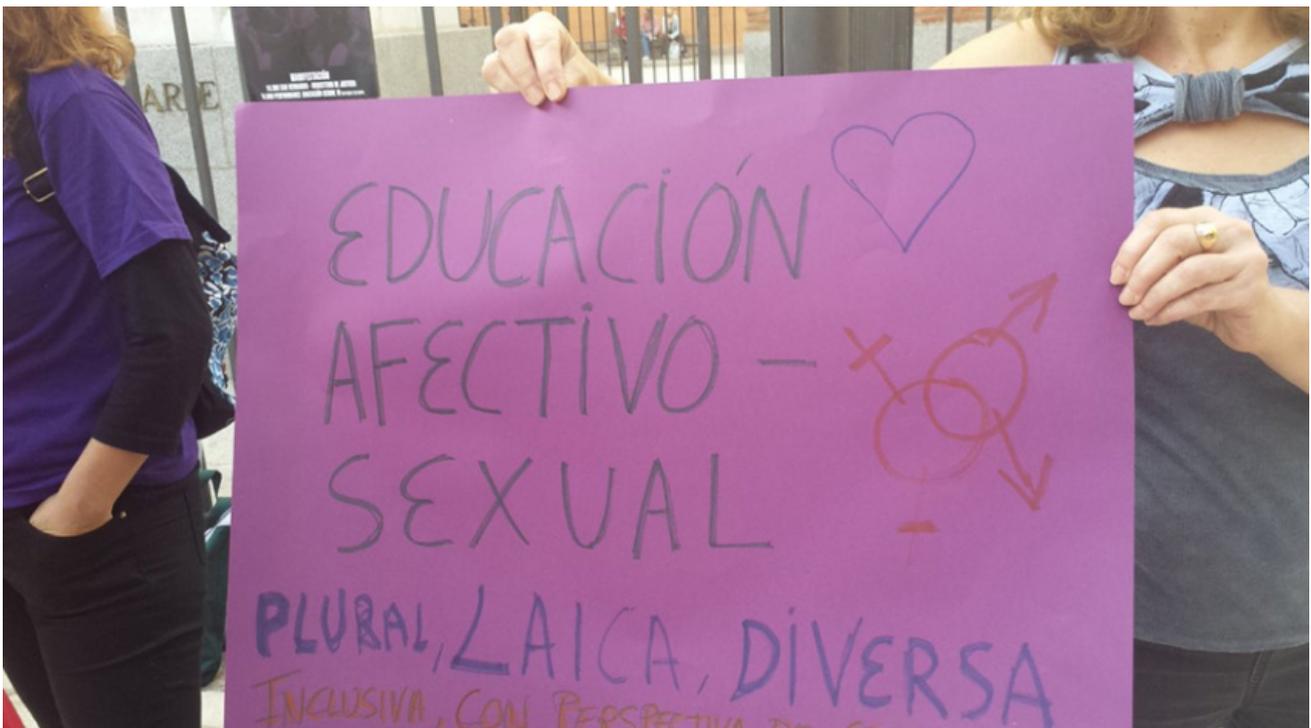
¹⁸ No se conocen datos significativos en atención sexológica.

¹⁹ Los temas concretos no se conocen en la actualidad, puesto que estos planes se están empezando a poner en marcha ahora.

²⁰ Especialmente el ubicado en Iruñea-Pamplona.

Por otro lado, si incluimos la sensibilización de la población en general como una parte de la educación sexual, hay que decir que en los últimos años el número de campañas no ha sido muy amplio y no todas las CC.AA. han implementado alguna. Prestando sólo atención al trabajo hecho en materia de sensibilización sobre la anticoncepción, en los últimos 5 años sólo 6 CCAA han puesto en marcha alguna campaña de sensibilización: Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Cataluña, Galicia y La Rioja²¹.

Como vemos la educación sexual sigue siendo abordada desde el plano de la educación no formal y por agentes fundamentalmente externos (ONG, consultorías, otras instituciones no vinculadas a la enseñanza...), a demanda de las y los profesionales de la esfera de la docencia (fundamentalmente de la etapa de ESO) y desde Centros Públicos. Continuamos teniendo una educación sexual deficiente y escasa que se intenta cubrir mediante charlas, talleres y otras actividades de carácter puntual; en muchos casos estas carencias son alarmantes, como lo son en las franjas de edad de Infantil y Bachiller, donde las intervenciones son prácticamente inexistentes.



²¹ Para más información ver: FPFE (2016): El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. FPFE. Madrid. (p.21-22).

2.4 Conclusiones y propuestas

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

Capítulo 3: Aborto

Capítulo 3: Aborto

La lucha por el derecho al aborto y el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos es una reivindicación constante por parte del movimiento feminista (Ver Anexo I). En los últimos años ha habido una fuerte contestación y grandes movilizaciones ante la propuesta de contrarreforma a la Ley 2/2010 liderada por Gallardón. Pero el Partido Popular no conforme con la retirada del proyecto de ley, aprueba la Ley 11/2015 de 21 de septiembre, también fuertemente contestada en las calles por el movimiento feminista así como por gran parte de la sociedad civil, a partir de la cual las menores de 16 y 17 años tienen que contar con la autorización de sus representantes legales para acceder a la IVE; la Comunidad de Madrid es la única de todo el territorio español que, llevando a cabo una interpretación excesivamente restrictiva de la norma, exige la autorización expresa de padre y madre para que una menor pueda realizar una interrupción de su embarazo.



Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, legisla el acceso a la IVE, combinando un sistema de plazos y supuestos que consisten en:

1. Hasta las 14 primeras semanas de gestación, podrá interrumpirse el embarazo a petición de la mujer y siempre que concurran los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

2.-Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindir del dictamen.

b) Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Este comité clínico estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

Seguimos denunciando, que se mantiene dentro del Código Penal la figura del aborto, por voluntad de la mujer, fuera de los plazos y supuestos señalados. Lo que es un derecho, no solo no se garantiza en su ejercicio, sino que se penaliza, y muy gravemente, y en mayor medida para el personal sanitario.

La ley no garantiza la práctica de las IVEs en los centros sanitarios públicos, de hecho el 90% de los abortos se realiza en centros privados.

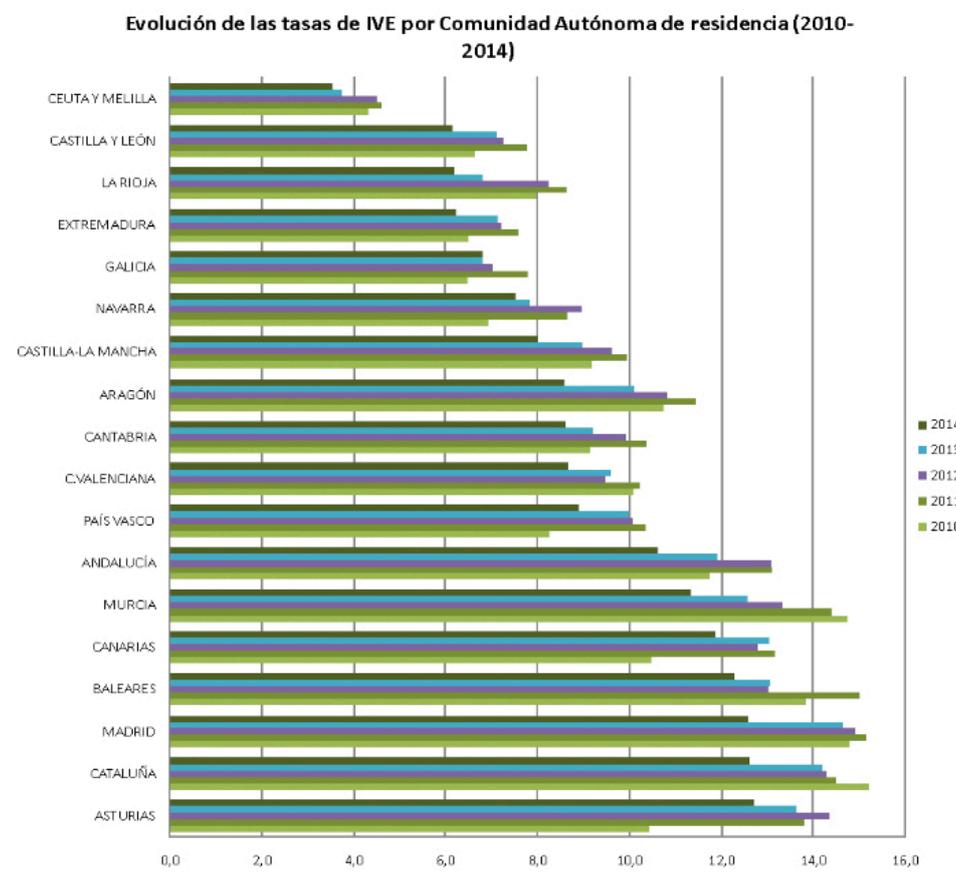
Y supeditar la práctica de la IVE al requisito de un “período de reflexión de al menos tres días”, es dar por supuesto que la mujer que acude a practicarse un aborto, ha tomado una decisión previa irreflexiva. Lo que supone un grave tutelaje a la mujer y un cuestionamiento de su capacidad y autonomía.

En esta parte del informe nos acercamos a la visión general, y con ejemplos de CC.AA. particulares, del estado de la cuestión tras seis años de aprobación de la Ley, mediante datos estadísticos hasta 2014, una aproximación a los itinerarios y a los centros que llevan a cabo IVE en función de la tipología, y los obstáculos de todo tipo con los que se encuentran las mujeres que van a abortar y profesionales del ámbito sanitario para la realización de su trabajo.

3.1 Datos de interrupciones voluntarias del embarazo por CC.AA.

En primer lugar hay que destacar el desfase con el que se publican los datos oficiales de aborto en España, durante las fechas en las que se ha elaborado este informe, aún no estaban publicadas las estadísticas correspondientes al año 2015, lo que supone un desfase notable con respecto a la aproximación a la situación presente.

3.1.1 Evolución de las tasas de aborto



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MSSSI (2016).

A lo largo del año 2010 se practicaron 113.031 abortos y durante el 2014, se realizaron un total de 94.796 abortos en el Estado Español, lo que supone una disminución del 16% de abortos. Hay tendencia de baja de las tasas durante 2012,2013 y 2014.

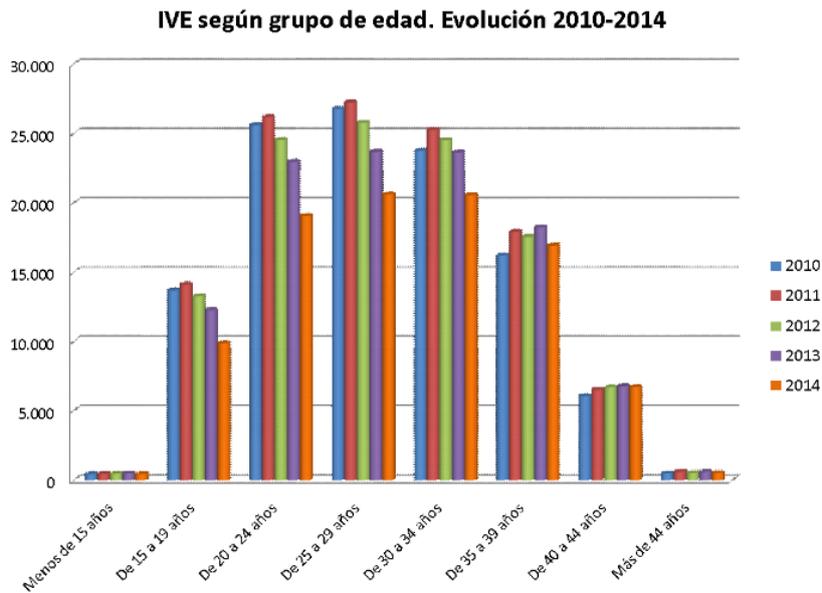
Tal y como muestra la ilustración de la ‘Evolución de las tasas de IVE por CC.AA. de residencia (2010-2014)’, aclarar que los datos se refieren a residentes en cada lugar, independientemente de donde han abortado.

- Las mayores tasas se dan en **Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Madrid y Murcia** que se sitúan por encima de 11 interrupciones por 1.000 mujeres.
- Las menores tasas²², se dan **Castilla-León, Extremadura, Galicia, La Rioja**, que se sitúan por debajo de 7 interrupciones por 1.000 mujeres, y en **Ceuta y Melilla, por debajo de 4 interrupciones por 1.000 mujeres**. Las mayores tasas se dan en **Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Madrid y Murcia** que se sitúan por encima de 11 interrupciones por 1.000 mujeres.^o

²² Para leer estos datos, hay que tener en cuenta los servicios operativos en las diferentes CC.AA. , que, en muchos casos, obliga a las mujeres a desplazarse a otra Comunidad Autónoma para recibir la atención que requieren.

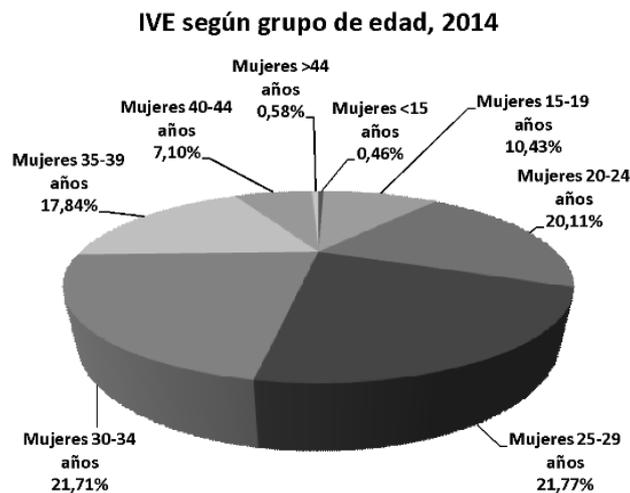
3.1.2 Edad, estatus migratorio y distribución en algunas CC.AA.

En relación a las edades de las mujeres que decidieron abortar, en general, en todos los grupos de **edad las cifras de IVES** han decrecido ligeramente a lo largo del período 2010-2014; aun así, como se puede ver en la imagen, el mayor número de abortos se realiza en mujeres que se encuentran en edades comprendidas entre los 20 y 34.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.

Siguiendo la información relativa a 2014, el 63, 59% de los 94.796 abortos que se llevaron a término fueron de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 34; más en concreto, la tasa de mujeres de 20 a 24 años (16,56) es la más alta y supera en más de 6 puntos la tasa media de abortos de mujeres de todas las edades (10,46), seguida de la tasa de mujeres de entre 25 y 29 años (15,34).



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

IVE EN MUJERES, SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES
TOTAL	93.279	1.517
EUROPA	67.938	606
España	59.027	16
Resto de Unión Europea	7.823	581
Resto de Europa	1.088	9
AFRICA	4.783	37
África del Norte	3.339	4
África Subsahariana	1.444	33
Resto de África	0	0
AMÉRICA	17.916	46
América del Norte	180	8
América Central y Caribe	3.419	2
América del Sur	14.316	36
Resto de América	1	0
ASIA	2.612	12
OCEANÍA	10	0
NO CONSTA	20	816

Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

La Ley para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo²³ significa una grave restricción de los derechos de las mujeres menores de 18 años y mujeres con discapacidad/es en la autodeterminación sobre sus propios cuerpos. En las últimas tablas publicadas por el Gobierno, vemos que, oficialmente, el porcentaje de menores de 15 años y de mujeres entre 15 y 19 años que recurren a hacerse un aborto es muy reducido (0,46% -440 abortos- y 10,43% -9.890-, respectivamente), pero el número de embarazos no deseados y su interrupción podrían serlo aún más con una educación sexual completa y orientada al conocimiento de nuestros cuerpos y nuestros derechos. Es más, si comparamos estos datos con los relativos a 2010, el número de IVE en menores de 19 años ha decrecido de 14.122 en 2010, a 10.330 en 2014, esto es que, mientras en 2010 los abortos en mujeres de estas edades representaban el 12,49% del total, en 2014 han pasado a representar el 10,90% de todas las mujeres que se sometieron a una interrupción de la gestación.

Centrándonos en el **lugar de origen, residentes**, los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestran que de las 94.796 IVE, el 98,40% era residente y 1,60% no. Además, el 62,27% (59.027) son mujeres nacidas y con residencia en el Estado Español. El segundo gran grupo está representado por las mujeres Latinoamericanas y Caribe (19,21%). No hay datos a nivel estatal de la procedencia por países. Y los datos de algunas comunidades autónomas que si desagregan por países, muestran que de las europeas las de nacionalidad Rumana son las que más IVE realizan y de Latinoamérica, son las mujeres de Bolivia, Ecuador y Perú.

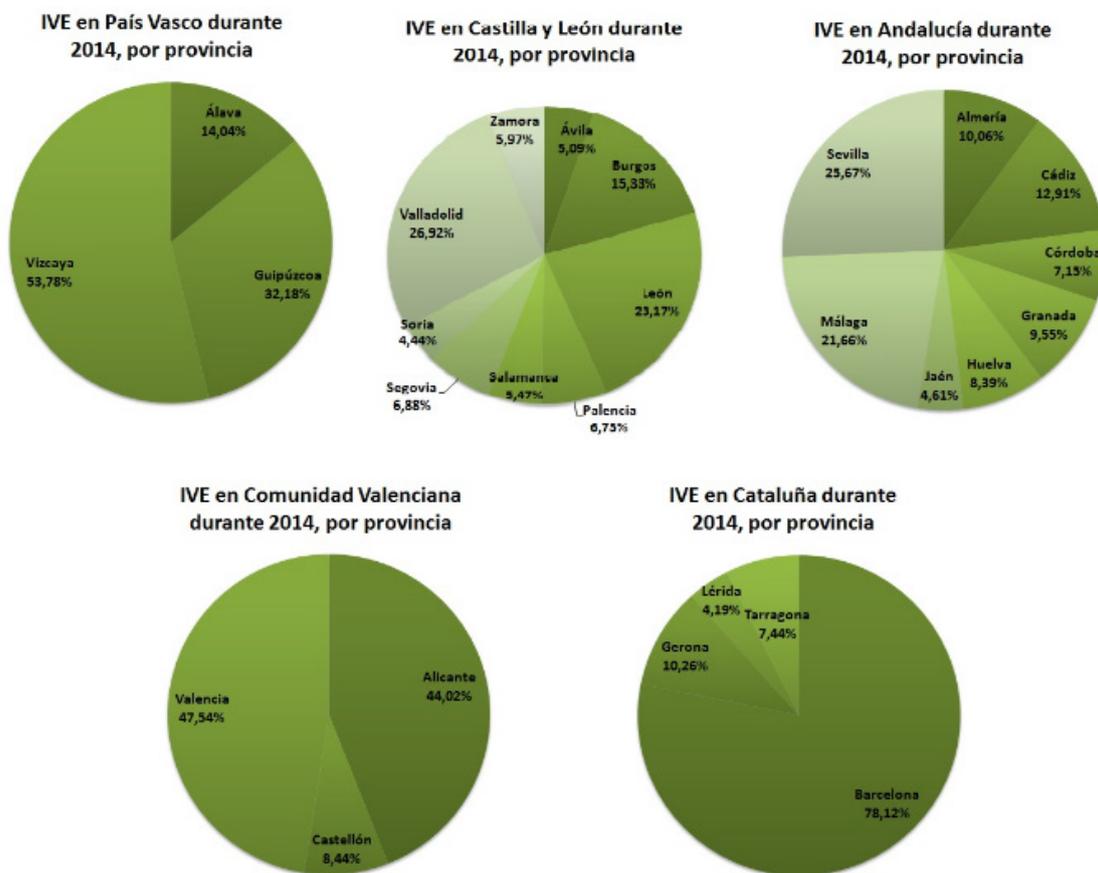
²³ Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Capítulo 3: Aborto

Referente a las que no son residentes que son el 1,60% del total de mujeres que ha realizado una IVE, el grupo más numeroso es el de mujeres con origen europeo en general, especialmente mujeres con alguna nacionalidad europea (el 38,30% del total de mujeres no residentes, 1.517).

Con anterioridad a 2012, se permitía a las mujeres en situación administrativa irregular, acceder al aborto gratuito dentro de las primeras 14 semanas de embarazo. Esto se elimina a partir del año 2012²⁴ cuando sólo será gratuito o subvencionado por la Seguridad Social en el caso de que el motivo del aborto tenga relación con cuestiones terapéuticas (grave riesgo para la salud de la madre o malformaciones fetales), o bien porque el embarazo haya sido el resultado de una violación.

Seguidamente pasamos a ver datos concretos de las realidades algunas comunidades autónomas. El Gobierno del País Vasco²⁵, la Junta de Castilla y León²⁶, la Junta de Andalucía²⁷, el Servicio Madrileño de Salud, el Departamento de Salud de Cataluña²⁸, la Dirección General de Salud Pública de Valencia²⁹ han publicado recientemente informes acerca de la situación de las IVE, los datos que



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

²⁴ Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas (2011): *Situación actual de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria de Embarazo en el Estado español, tras año y medio de aplicación.*

²⁵ Rodríguez Sierra, Nieves (2015): *Haurdunaldiaren Borondatezko Etendura Euskal Autonomía Erkidegoan 2014 / IVEs en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2014.* Departamento de Salud, Gobierno Vasco

²⁶ Junta de Castilla y León (2015): *La Mujer en Cifras 2014.* Junta de Castilla y León.

²⁷ Junta de Andalucía (2015): *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Andalucía 2005-2014.* Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Andalucía.

²⁸ http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_lembaras_ive/documents/informe_ive_2014.pdf

²⁹ http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/INFORME_IVE_2014.pdf

se incluyen en dichos documentos son muy heterogéneos entre sí y, por eso, seguimos el elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2016.

En **País Vasco**, en el 2016 se practicaron 3.390 IVE, más de la mitad se llevaron a cabo en la provincia de Vizcaya (53,78%). Según las estadísticas relativas a la **Comunidad de Castilla y León**, se han realizado un total de 2.625 IVE, siendo Valladolid (26,92%), León (23,17%) y Burgos (15,33%) las provincias en las que mayor número de abortos se han realizado durante el 2014. Por su parte, en **Andalucía**, Sevilla y Málaga son las provincias en las que se han registrado un mayor porcentaje de IVE, representando respectivamente el 25,67% y el 21,66% del total de los 18.032 abortos realizados. De las 8.273 interrupciones que se practicaron en 2014 en la Comunidad **Valenciana**, el 47,54% se asistieron en la provincia de Valencia y el 44,02% en la alicantina. El 78,12% de los 18.181 abortos registrados en Cataluña se concentraron en la provincia de Barcelona. Por último, en la Comunidad Foral de **Navarra** se practicaron 901 intervenciones y en la Comunidad de **Madrid** un total de 16.537; por tratarse de territorios uniprovinciales no se han incluido los gráficos relativos a las mismas.

IVE EN MUJERES RESIDENTES, POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y LUGAR DE NACIMIENTO							
	PAÍS VASCO	CASTILLA Y LEÓN	ANDALUCÍA	COMUNIDAD VALENCIANA	MADRID	CATALUÑA	NAVARRA
TOTAL IVE	3.390	2.615	18.032	8.273	16.537	18.181	901
EUROPA	2.185	2.236	15.402	6.630	9.411	11.790	557
España	2.000	1.949	13.504	5.633	7.570	10.538	467
Resto de Unión Europea	162	281	1.695	829	1.670	975	75
Resto de Europa	23	6	203	168	171	277	15
ÁFRICA	283	62	1.047	327	684	1.305	45
África del Norte	118	50	829	253	367	970	24
África Subsahariana	165	12	218	74	317	335	21
Resto de África	0	0	0	0	0	0	0
AMÉRICA	844	292	1.331	1.100	5.681	4.224	280
América del Norte	7	3	13	6	54	63	2
América Central y Caribe	185	84	177	106	1.100	980	59
América del Sur	652	205	1.140	988	4.527	3.181	219
Resto de América	0	0	1	0	0	0	0
ASIA	75	25	251	215	761	843	19
OCEANÍA	0	0	1	1	0	4	0
NO CONSTA	3	0	0	0	0	15	0

Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

De manera similar a lo que veíamos en los datos relativos a todo el estado de manera global, teniendo en cuenta el lugar de nacimiento en todas las comunidades autónomas que estamos viendo en detalle, al menos la mitad del total de las mujeres que abortaron en 2014 nacieron en el estado español, exceptuando la **Comunidad de Madrid**, donde estas mujeres representan el 45,78% del total de IVE realizadas en dicho año. Sin embargo, las distribuciones son desiguales entre las distintas zonas; las nacidas en el Estado Español representan el 59,03% en el **País Vasco** (de 3.390), el 74,53% en **Castilla y León** (de 2.615), el 74,89% en **Andalucía** (de 18.032), el 68,09% en la **Comunidad Valenciana** (de 8.273), el 57,96% en **Cataluña** (de 18.181) y el 51,83% en la Comunidad Foral de **Navarra** (de 901).

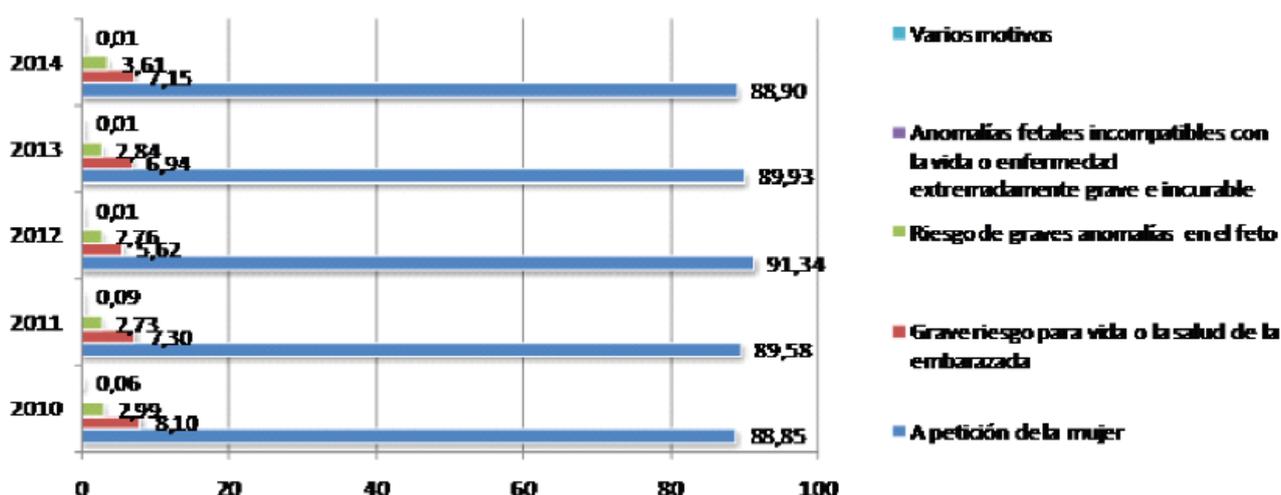
Así mismo, las mujeres residentes migrantes, que abortaron representan un 35,55% en el **País Vasco** (3390), el 14,49% en **Castilla y León** (de 2.615), el 14,59% en **Andalucía** (de 18.032), el 19,86% en la **Comunidad Valenciana** (de 8.273), el 35,15% en **Cataluña** (de 18.181) y el 38,18% en la Comunidad Foral de **Navarra** (de 901) y el 43,09% en la Comunidad de **Madrid** (16.537).

3.2 Motivos IVE

El Registro oficial de IVE de las CC.AA. no permite conocer la diversidad de motivos que llevan a una mujer a abortar, ya en la anterior ley sólo recogía los supuestos despenalizados a los que tenía que remitirse cualquier solicitud de aborto, (hasta 2010: “salud materna”, “riesgo fetal”, violación”, “varios motivos” y “no consta motivo”) ,a partir de 2010 se distingue entre los siguientes ítems: “a petición de la mujer”, “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada”, “riesgo de anomalías en el feto”, “anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable” y “varios motivos”.

Con lo cual seguimos en la misma situación, la categorización establecida por el Ministerio para registrar los motivos por los que las mujeres interrumpen el embarazo no aporta mucha información y no permite conocer realmente las razones por las que las mujeres toman la decisión.

Para entender el siguiente gráfico es necesario explicar que en la recogida de datos se distingue entre razones personales (a petición de la mujer), médicas (anomalías y riesgos para la salud) y la intersección de motivos personales y médicos (recogido como “varios motivos”, sin explicitar cuáles).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades

Durante la etapa 2010-2014, la práctica totalidad de los casos los abortos que se realizaron en el Estado Español se deben a que las mujeres así lo decidieron (88,85% en 2010, 89,58% en 2011, 91,34% en 2012, 89,93% en 2013 y 88,90% en 2014), seguidos de las situaciones en las que la continuación con la gestación supone riesgo para la vida de la mujer embarazada.

En **Valencia** el 93,71%, en **Cataluña** el 92,07%, en **País Vasco** el 92%, en **Navarra** el 90,79%, en **Andalucía** el 89,51%, en **Castilla y León** el 86,16% y en **Madrid** el 84,60% de las IVE realizados fueron a “petición de la mujer”. En un porcentaje muy elevado, en casi todas las CC.AA. las prácticas fueron llevadas a cabo en centros extra-hospitalarios de carácter privado, como veremos más adelante.

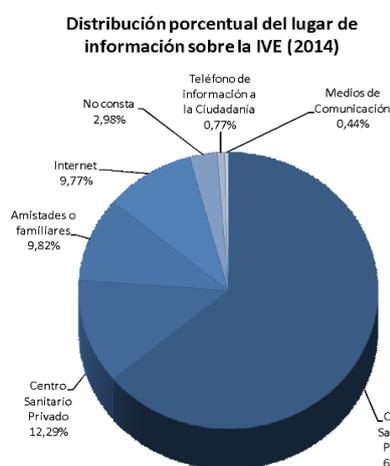
³⁰ Los datos correspondientes a 2010 están contabilizados desde julio de 2010, y la tabla de la que se ha extraído la información para la elaboración del gráfico, actualizada en enero de 2016. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Más información en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

³¹ Los datos correspondientes a 2010 hay que tomarlos de manera relativa al no contener información relativa al año completo

En **Madrid** (11,87%), **Andalucía** (6,92%) y **Castilla y León** (6,36%) son las CC.AA. en las que se registra mayor proporción de interrupciones de embarazos que suponen un riesgo para la salud o la vida de la mujer. Referente a aquellas que responden a motivos médicos que tienen que ver con la posibilidad de que el feto desarrolle anomalías graves, son el 6,85% de los motivos en Castilla y León y el 4,96% de los de País Vasco, representando porcentajes inferiores al 4% en el resto de las áreas revisadas.

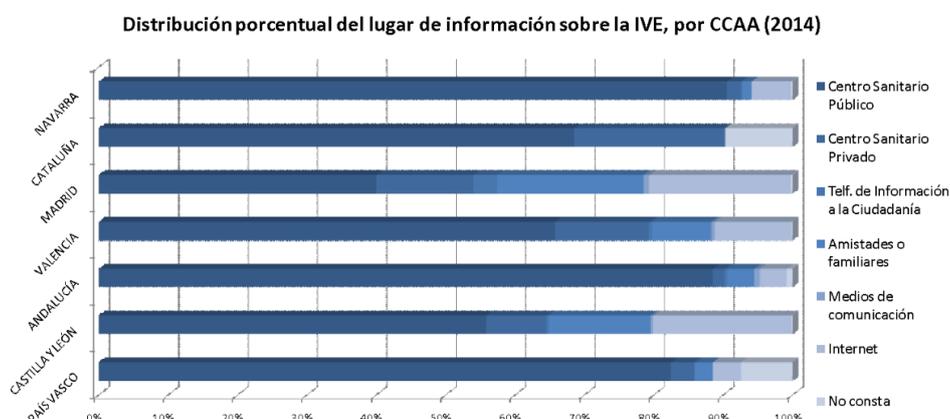
3.3 Información IVE

Las mujeres que solicitaron información relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo acudieron a un centro sanitario público para ello, frente a otras fuentes que les podían proporcionar indicaciones. Como podemos ver en la ilustración, en la que los diferentes lugares de información están ordenados de mayor a menor, los centros sanitarios públicos (63,93%) y, a mucha distancia, los privados (12,29%) son los espacios más elegidos, frente a los medios de comunicación (0,44%), que no parecen ofrecer gran información.



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

Prestando atención en función del grupo de edad, son las más jóvenes (menores de 19 años) en las que existe mayor diferencia en la elección del lugar al que acuden a informarse: el 74,77% de las mujeres menores de 15 años y el 73,32% de las que tienen edades comprendidas entre los 15 y los 19 van a un centro público sanitario a documentarse; para las mujeres que tienen 20 años y más esta opción está por debajo del 67,5% en relación a otras. Las menores de 15 años recurren a familiares o amistades como segunda elección (10,23%) y las mayores de dicha edad lo hace asistiendo a un



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

centro sanitario privado. Las mujeres de entre 30 y 44 años son las que más consultan en internet, tercera alternativa para estos rangos de edad (el 10,51% en el caso de las de 30-34 años, el 10,39% en el de las de 35-39 años y el 10,36% en el de las de 40-44 años). Referente a lo que sucede en distintas zonas, como se muestra en la gráfica, la alternativa de informarse en un centro público es, igualmente, la primera, destacando especialmente lo que sucede en **Madrid** y en **Castilla y León**, áreas en las que sólo el 40,05% y el 55,87% de las mujeres acude a estas instituciones para realizar sus consultas, respectivamente. Por su parte, las mujeres que residen en **Navarra, Andalucía y País Vasco** tienen esta opción como la primera con gran diferencia con respecto al resto de lugares de información (90,57%, 88,53% y 82,45% respectivamente y en relación a las sus IVE totales correspondientes).

Además, en el **País Vasco** el 3,42% de las mujeres que abortaron se informaron en un centro privado, el 4,01% a través de internet y el 2,57% por medio de la red familiar o amistosa. Concerniente a Castilla y León, sólo el 55,87% de las mujeres visitaron un centro sanitario público para pedir información, recurriendo el 19,92% a la Red y el 14,68% a familiares o amistades. **Andalucía** es el territorio que presenta menor porcentaje de mujeres que se informan en centros sanitarios privados (1,67%) en relación al resto de territorios. En la **Comunidad Valenciana**, tras los centros sanitarios públicos y privados, la tercera opción de consulta es también internet (11,12%). Las mujeres residentes en la **Comunidad de Madrid** son las que menos eligen realizar sus solicitudes de información en la sanidad pública (sólo un 40,05% de ellas lo hacen), realizando consultas a sus redes de confianza y en internet en proporciones bastante altas (21,15% a familiares y amistades y el 20,38% en espacios virtuales). Como ya se ha señalado antes, de todas estas Comunidades, **Cataluña** es la que presenta mayor porcentaje de mujeres que van a la sanidad privada para informarse acerca de la IVE (21,71% frente al 68,54% que acude a la pública. En la Comunidad Foral de **Navarra** la gran totalidad de las consultas se realizan en espacios sanitarios públicos (90,57%).

De manera más específica, en **Cataluña** en torno al 50% han utilizado los centros de planificación familiar para informarse frente a un 17% que han utilizado los centros privados, y ha disminuido desde 34,8% a un 29,1% las mujeres que no se han informado.

Además, las estadísticas muestran que el teléfono de información a la ciudadanía no es una herramienta usada por las mujeres para la cuestión que nos ocupa; en ninguna de estos territorios su uso supera el 0,42%. Asimismo los datos permiten ver claramente cuál es la realidad en relación a la

Asimismo los datos permiten ver claramente cuál es la realidad en relación a la tipología de centros en la totalidad del Estado, revelando que, en la práctica, una abrumadora proporción de los abortos son llevados a cabo por clínicas privadas (ver tabla “distribución porcentual de IVE registradas por tipo de centro sanitario”). Si bien es cierto que desde el año 2005, la atención por parte de los centros sanitarios públicos se ha incrementado notablemente, están lejísimos de cubrir las necesidades de la población demandante: el último dato publicado, correspondiente a 2014, es que sólo el 10% de los abortos fueron realizados en centros del Sistema Público de Salud.

3.4 Centros de IVE

El informe *Interrupción voluntaria del embarazo. El derecho de las mujeres a decidir*³² ponía de manifiesto la obligatoriedad de que la interrupción de la gestación esté cubierta de manera completa y con calidad por el Sistema de Salud. Debería estar incorporado como una práctica básica de atención a la salud de las mujeres, sin embargo, la legislación reconoce que la prestación sea ofertada tanto por hospitales públicos como por centros privados (con la acreditación pertinente).

³² Informe realizado en 2007 por grupos pertenecientes a la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas.

En concreto, en 2014, hay comunidades autónomas en las que no se han practicado abortos en centros hospitalarios o extra-hospitalarios de la red de sanidad pública (**Extremadura, Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla**).

Los datos recogidos por el Ministerio durante ese año dejan ver también las claras desigualdades entre zonas y el desequilibrio existente entre los servicios públicos y privados: sólo 1 centro sanitario público en **Andalucía** notificó haber llevado a cabo IVE, frente a los 16 centros privados que hicieron las mismas actuaciones; en **Cataluña**, por 52 centros públicos y 21 centros privados. En las Comunidades de **Galicia, Asturias, País Vasco, Baleares, Cantabria y Canarias** hay más centros públicos que privados que prestan esta atención.

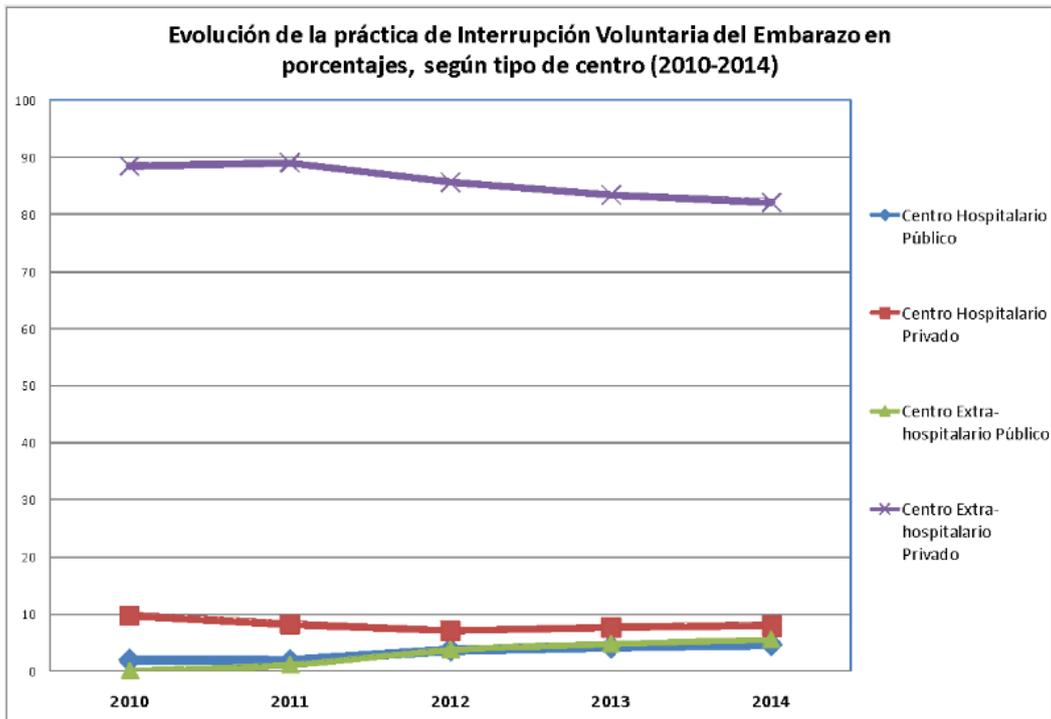
NÚMERO DE CENTROS SANITARIOS, POR CCAA Y TIPO (2014)		
	Centros Públicos	Centros Privados
TOTAL	99	92
Andalucía	1	16
Aragón	0	2
Asturias	6	3
Baleares, Illes	7	3
Canarias	5	4
Cantabria	2	1
Castilla-La Mancha	0	2
Castilla y León	1	3
Cataluña	52	21
Comunitat Valenciana	9	14
Extremadura	0	1
Galicia	5	4
Madrid	1	7
Murcia, Región de	0	5
Navarra, Comunidad Foral de	1	0
País Vasco	8	6
La Rioja	1	0
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas	0	0

Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE IVE REGISTRADAS POR TIPO DE CENTRO SANITARIO (2005-2014)						
Año	Centros públicos			Centros privados		
	TOTAL (%)	HOSPITAL (%)	EXTRA-HOSPITALARIO (%)	TOTAL (%)	HOSPITAL (%)	EXTRA-HOSPITALARIO (%)
2014	10,09	4,62	5,47	89,91	7,84	82,07
2013	8,96	4,22	4,74	91,04	7,62	83,42
2012	7,34	3,67	3,67	92,67	7	85,67
2011	2,89	1,86	1,03	96,6	8,15	88,45
2010	1,84	1,84	0	98,16	9,61	88,55
2009	2,03	2,03	0	97,97	10,25	87,72
2008	1,91	1,91	0	98,09	10,86	87,23
2007	2,08	2,08	0	97,92	10,55	87,36
2006	2,51	2,51	0	97,49	9,11	88,38
2005	2,91	2,91	0	97,09	9,88	87,21

Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

La siguiente ilustración elaborada con los datos de la tabla anterior muestra de manera muy visual el desfase existente en centros privados y públicos en el territorio español.



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

En relación a la situación específica por zona, en **País Vasco** el 93,30% de las IVE fueron hechas en centros de tipo privado, en **Castilla y León** el 99,03%, en **Andalucía** el 99,93%, en la **Comunidad Valenciana** el 98,02% y en **Madrid** el 99,94%. Sólo **Cataluña** y **Navarra** presentan realidades más equilibradas, especialmente la última: las intervenciones voluntarias de embarazo realizadas durante el año 2014 en la red sanitaria privada fueron del 65,95% y el 20,31% respectivamente.

En **Castilla y León**, en la actualidad, no se realizan IVE en hospitales públicos de la Comunidad. A pesar de la solicitud de intervención en casos graves de salud, el sistema de salud no da respuesta a tiempo, teniendo que remitirse las interesadas a centros privados. Resaltar que no en todas las provincias de Castilla y León hay clínicas que realicen abortos, lo que incrementa las desigualdades y supone serias barreras y costes a las mujeres que así lo deciden, que tienen que desplazarse a otras provincias e incluso comunidades. En la actualidad, parece que de los “convenios” de la sanidad pública de esta demarcación con entidades privadas, sólo están en vigencia con 2 clínicas en Valladolid, 1 en Salamanca y 3 en Madrid. Las mujeres residentes en Ávila, Burgos, León, Palencia, Segovia, Soria y Zamora se ven abocadas a desplazarse.

En **Andalucía**, las IVE sólo se realizan en hospitales públicos en caso de que haya problemas de salud graves para la mujer embarazada, el resto se hace en la red de entidades privadas concertadas (ACAI), porque así es cómo está reflejado en la normativa andaluza.

En **Madrid** sólo se realizarían abortos en los hospitales de Leganés y Alcalá de Henares y sólo a las mujeres a las que les corresponde esas áreas sanitarias. Según la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI), en Madrid, entre el 80 y el 85% de las intervenciones se practican en centros privados, financiadas en su totalidad por el Sistema de Salud Madrileño. Sólo el 15% de las IVE que se realizan en clínicas privadas son afrontadas económica-mente por las propias usuarias.

En **Navarra**, los centros hospitalarios recibieron 915 solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en 2015, un 8% más que en 2014, cuando recibieron 884, según los datos aportados por el servicio de Ginecología y Obstetricia. Los datos que maneja el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestran una tasa de 7,53 abortos notificados por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años residentes en Navarra durante el 2014. Se trata de una incidencia inferior a la media estatal, que se establece en 10,46 intervenciones por cada 1.000 mujeres.

Es muy llamativo el porcentaje de mujeres que disponían, en el momento de interrumpir el embarazo, de información acerca de las posibilidades, condiciones y financiación en centros sanitarios públicos: sólo el 54% frente al 46% de mujeres que no fueron informadas.

Algunos ejemplos de circuitos que se ven obligadas a recorrer muchas mujeres para ejercer su derecho al aborto.

Siguiendo lo establecido por la ley a las mujeres se les entrega un sobre al que hemos podido acceder y en el que únicamente se entrega información relativa a políticas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad desde el punto de vista estatal y regional. Además de recibir esta información en un sobre cerrado (como si se tratara de algo sospechoso), las mujeres deben tomarse obligatoriamente tres días de reflexión antes de poder realizar el aborto. Desde nuestro punto de vista el establecimiento de estas jornadas obligatorias de reflexión supone el ejercicio de un tutelaje (cual si fuéramos menores y sin capacidad de tomar decisiones propias). Pero por si fuera menor la cuestión “ideológica” que está detrás de esta medida, en la práctica tiene consecuencias en ocasiones graves: las mujeres ven alargarse el proceso de la IVE una vez tomada la decisión, lo cual se agrava cuando las mujeres han de desplazarse desde otras localidades para abortar, obligándolas a tener que trasladarse al menos en dos ocasiones para cumplir con el periodo de reflexión.

Todo este circuito, repleto de dificultades, sobre el que tienen que transitar las mujeres que deciden abortar, representa un importante problema y abunda en la no normalización del aborto como una prestación sanitaria más con las mismas garantías para su realización en la red sanitaria pública, lo cual garantizaría la universalidad de la prestación y reduciría el estigma que experimentan las mujeres que abortan.

La red sanitaria pública en general deriva a los servicios privados todas las IVE que se encuentran hasta en la semana 14 de gestación. Una vez superado este plazo, entre las 14 y las 22 semanas son realizadas en hospitales públicos, siempre y cuando cumplan el requisito de la Ley (grave riesgo para la vida de la mujer o anomalías en el feto). A partir de la semana 22 de gestación, la legislación establece que la decisión de la IVE debe contar con la aceptación de un comité clínico. En caso de que la respuesta sea negativa, la única posibilidad es que las mujeres se dirijan a otro país que acepte el caso.

Todos estos obstáculos han sido puestos en evidencia por parte del informe de la ONU 2015 sobre la situación de las mujeres en España, a través del “Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica”³³ en el que se recomienda al Estado español a eliminar los obstáculos que dificultan el acceso de las mujeres a la IVE, garantizar su cobertura universal a todas las personas y revisar la tutela pública sobre las menores de 16 y 17 años que quieren abortar, entre otras cuestiones.

Las mujeres residentes en **Castilla y León** son automáticamente derivadas a un centro concertado para que la interrupción sea llevada a cabo y a la REDMADRE. En **Madrid**, las mujeres acuden en primer lugar a un centro privado que las deriva a la sanidad pública, donde son atendidas por personal de enfermería, que vuelve a hacer la derivación a una clínica privada, donde les facilitan la documentación e información alternativa al aborto, y obligan a cumplir el periodo de tres días de “reflexión” establecido por la Ley.

3.5 Métodos que se utilizan para practicar IVE

Las mujeres que deciden interrumpir el embarazo deberían tener acceso a información clara y suficiente sobre las características y la forma de acceso a los distintos métodos de IVE para poder decidir sobre cuál se adecua mejor a su situación personal y todos los métodos deberían estar accesibles de manera normalizada en la red sanitaria pública.

Básicamente existen dos tipos de métodos³⁴:

- El **instrumental o quirúrgico**: utilizan instrumentos ginecológicos que facilitan la interrupción de la gestación: Método Karman de dilatación y aspiración y Método de dilatación y evacuación

- El **farmacológico**: utilizan fármacos para conseguir una evacuación uterina completa, sin ninguna técnica instrumental complementaria.

La legalización de la **Mifepristona (RU-486)** en febrero del año 2000, ha permitido que el aborto farmacológico se convierta en otra de las técnicas utilizadas durante el primer trimestre, pero sólo hasta la 7^o semana de gestación.

Consiste en la toma de uno o más comprimidos de Mifepristona³⁵ por vía oral.

Transcurridas 36 ó 48 horas se deberá administrar otro fármaco por alguna de estas vías: oral, vaginal, bucal o sublingual para completar el proceso de interrupción de la gestación. El aborto puede tardar en producirse entre pocas horas a varios días. Las píldoras utilizadas en el método farmacológico sólo pueden ser suministradas en hospitales y en clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo.

El aborto farmacológico según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2014 está en torno a un 14% y el instrumental un 83%: del total de 94.796 IVE realizadas durante el 2014, el 71% de las IVE se hicieron mediante técnicas de dilatación y aspiración, el 16,63% con el uso de mifepristona (RU-486), el 11,68% por medio de técnicas de dilatación y evacuación, y el 1,49% con otras (y no contesta).

Número de IVE según método empleado en la intervención y CCAA (2014)								
TOTAL	PAÍS VASCO	CASTILLA Y LEÓN	ANDALUCÍA	VALENCIA	MADRID	CATALUÑA	NAVARRA	
TOTAL IVE	94.796	3.390	2.615	18.032	8.273	16.537	18.181	901
Dilatación y evacuación	11.073	86	2.274	115	1.102	3.721	610	25
Dilatación y aspiración	68.074	1.615	518	16.305	5.701	12.185	10.184	533
Mifepristona	15.768	1.665	131	1.102	1.869	173	7.045	314
Prostaglandinas	13.484	1.375	31	866	957	321	7.146	330
Otros métodos/NC	1.412	43	11	476	207	150	218	7

Nota aclaratoria: a veces se usan varios métodos para la realización de una IVE, por eso los sumatorios de métodos no se corresponden con los datos totales de IVE realizadas en 2014

Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

³³ <http://www.fsc.ccoo.es/cms/g/public/o/4/o201608.pdf>

³⁴ <http://www.acaive.com/tecnicas-aborto/>

³⁵ http://sec.es/descargas/PS_IVE.pdf

En relación a la semana de gestación en la que se llevó a término la interrupción, hasta las 16 semanas, el método más usado fue el de dilatación y aspiración. Las mujeres cuyos embarazos eran de 8 semanas o menos abortaron en un 72,33% de los casos por medio de dilatación y aspiración y en un 21,48% con mifepristona. Aquellas que se encontraban entre las 9 y las 12 usaron el primer método en un 88,58%, seguido del de dilatación y evacuación (37,29%). El 57,12% de los embarazos en la fase de 13-16 semanas se interrumpió igualmente por dilatación y aspiración y el 37,29% fue realizado mediante dilatación y evacuación. A las mujeres que se encontraban con embarazos de entre 17 y 20 semanas se les aplicaron en primer lugar el método de dilatación y evacuación (56,94%) y, en segundo, otras técnicas (19,57% de los procedimientos). Para finalizar con los estados más avanzados de embarazo (21 semanas o más) se usaron principalmente o bien prostaglandinas (43,99%) u otros métodos (34,57%).

Atendiendo a los datos facilitados para las distintas comunidades autónomas, la técnica de dilatación y aspiración fue la más usada con diferencia en **Andalucía** (90,42%), **Castilla y León** (86,96%) y **Madrid** (73,68%), superando la proporción de uso en todo el Estado. También fue la más utilizada en **Navarra** (59,16%), **Cataluña** (56,01%) y **Comunidad Valenciana** (68,91%) aunque en menor medida, en relación a las IVE totales de cada una de las zonas. En **País Vasco**, el 47,64% de las interrupciones se hicieron siguiendo este método, aunque en porcentaje algo mayor con mifepristona (49,12%).

En **Madrid**, el 22,50% de las IVE se llevaron a cabo mediante dilatación y evacuación, un porcentaje muy elevado en comparación con el resto de zonas reflejadas en la tabla insertada. La utilización del método farmacológico es mucho más inferior en esta comunidad, presentando desigualdades entre los distintos centros, con rangos de uso entre el 8% y el 1%.

Mifepristona está entre los métodos más usados, además de en **País Vasco**, en otras comunidades como **Cataluña** (38,75%) y **Navarra** (34,85%).

3.6 La situación de las mujeres jóvenes y adolescentes

Aunque en apartados anteriores hemos detallado informaciones específicas en función de la edad, resulta imprescindible hablar del escenario en el que se encuentran las mujeres jóvenes y adolescentes, especialmente las que tienen edades de 16 y 17 años a raíz de la elaboración por parte del Gobierno del PP y de aprobación de la *Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo*³⁶, para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

La introducción de esta restricción de la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años aumenta notablemente su situación de vulnerabilidad y riesgo, pudiendo generar mayor grado del conflicto y la violencia que previamente existiese.

No contamos aún con estadísticas posteriores a la aprobación de esta normativa y además hay que señalar que algunos de los datos que se reflejan en este apartado no pueden detallar la información relativa a las mujeres de 16 y 17 años porque en el informe publicado en 2016 por el

³⁶ B.O.E. del martes 22 de septiembre de 2015.

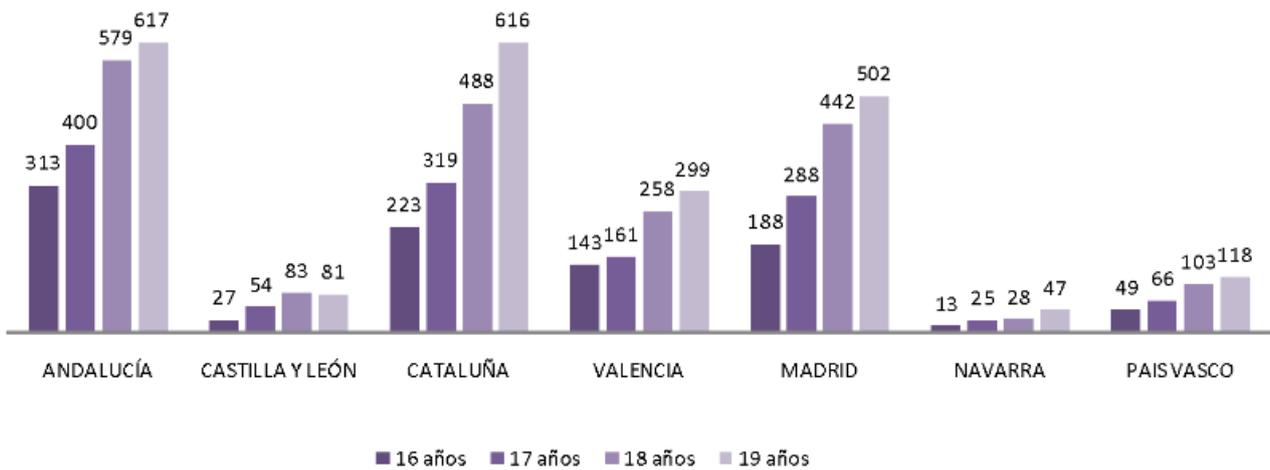
³⁷ Aunque se especificará en cada caso, en principio se hablará de la información referente a las mujeres de 15 a 19 años.

Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no todos los datos se encuentran desagregados por edad, sino por rangos de edad³⁷.

Durante el año 2014, el número de mujeres menores de 19 años que abortaron fue de un total de 10.330, es decir, el 10,90% del total de interrupciones practicadas, de las que el 87,92% correspondió a mujeres con edades entre los 16 y los 19 años. Concretando, el porcentaje de mujeres de 16 y 17 años que abortaron son sólo el 3,36% del total de la población de todas las edades (94.796).

En función del origen y de la situación administrativa, el 97,43% de las jóvenes y adolescentes es residente, siendo las más numerosas de este grupo las que nacieron en el Estado Español (70,59%), seguidas de las nacidas en algún país de Latinoamérica (16,50%) y las que lo hicieron en alguno de la Unión Europea (5,77%).

Número IVE de mujeres de 16 a 19 años, por CCAA (2014)



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

Prestando atención a lo que sucede en distintas CC.AA. como se puede ver en la ilustración correspondiente, la mayor parte de las IVE se realizaron en **Andalucía** (21,02% de las 9.082 IVE de mujeres entre 16-19 años en todo el Estado) y **Cataluña** (18,12%); el número de mujeres de estas edades que abortó en **Navarra** (1,24%) y **Castilla y León** (2,70%) son los más bajos. En ninguna de estas zonas, el porcentaje de mujeres de 16 y 17 años que interrumpió el embarazo representa más del 38% del total de mujeres con entre 16 y 19 que abortó en la misma comunidad autónoma (esto significa que en todas estas CC.AA. hay un mayor número de mujeres de 18 y 19 años que abortaron que de 16 y 17).

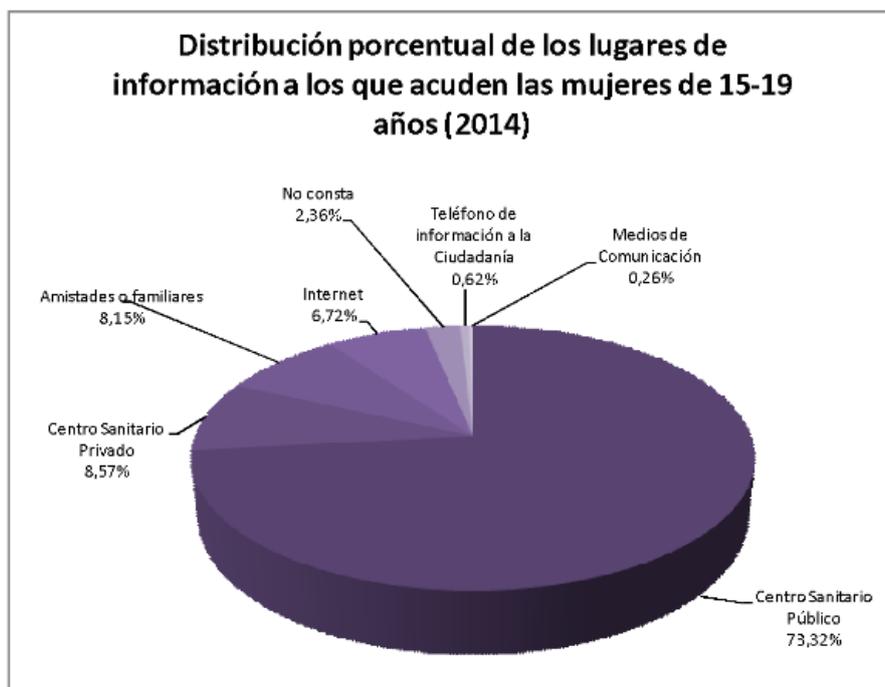
En relación al uso de los métodos anticonceptivos, el 47,38% utilizaban algún anticonceptivo, sin embargo el 32,22% de las mujeres de 15 a 19 años que se sometieron a una IVE en 2014 afirmaba no usar ningún tipo de método anticonceptivo³⁸.

Esta situación se agrava aún más cuando vemos que de las menores de 15 años que interrumpieron la gestación, el 41,82% tampoco utilizaba ninguno³⁹. Todo esto parece una consecuencia directa de las carencias en materia de educación sexual que tienen las personas jóvenes (por la falta de forma-

³⁸ En el 20,39% de los casos “no consta” si usaban o no algún método.

ciones de calidad en los colegios e institutos) y también de una falta de adaptación de los servicios sanitarios en atención a la población de estas edades.

En cuanto a las fuentes a las que acudieron para informarse acerca de la IVE, el 73,38% de las mujeres menores de 20 años acudieron a un centro sanitario público para hacerlo. Mientras que las menores de 15 recurrieron en segundo lugar a amistades y familiares para la consulta (el 10,23% de 440), las de entre 15 y 19 eligieron hacerlo en un centro sanitario privado (el 8,57% de 9.890).



Fuente: Elaboración a partir de datos del MSSSI (2016)

3.7 Resistencias: la “objeción” de conciencia y los grupos anti-elección

Una de las cuestiones reguladas por la Ley Orgánica 2/2010 es la posibilidad de que profesionales decidan que no realizan interrupciones del embarazo por motivos ideológicos o de creencias, sin que esto pueda menoscabar el derecho de las mujeres que quieren llevar a término su embarazo. En la práctica concreta, la objeción de conciencia está chocando con la necesidad de que desde el sistema sanitario público se atienda la demanda de aborto de las mujeres. La opción de la “objeción” no está suficientemente desarrollada en las legislaciones (ni estatal ni de las comunidades autónomas) y trae de la mano como consecuencia la realidad de que haya centros con personal médico y hasta centros sanitarios públicos completos (dirección/gerencia del centro) que objetan, obstaculizan y no realizan la práctica.

La objeción de conciencia es la negativa de un o una profesional del sistema público de salud a realizar un aborto basándose en razones de convicción moral. Es un derecho que surge de su relación con el derecho a la libertad ideológica, de pensamiento, que permite no cumplir una obligación por considerarla que atenta contra sus convicciones.

³⁹ Frente al 39,02% que usaba alguno y al 18,86% de casos en los que no se sabe.

La realidad es que la objeción de conciencia se ha constituido en un obstáculo para garantizar la prestación del aborto en la red sanitaria pública en aquellos países, como en el Estado español, donde está regulado el aborto. Su generalización en los hospitales públicos se produce bien porque los propios profesionales se declaran objetores o porque lo son los jefes de servicio. Esto, junto con la ausencia de cualquier normativa que regule la objeción, significa que, en la práctica, se está protegiendo más la conciencia del profesional sanitario que el derecho de la mujer a ser atendida.

Asimismo sirve de justificación para que el Estado se inhiba de garantizar un derecho al negarlo como servicio público, obviando así que el aborto es un tema de salud y que el pluralismo moral en el que se ampara la objeción de conciencia no puede justificar la omisión de atención a mujeres que acuden a los centros públicos de salud.

En el Estado español no existe una regulación específica de la objeción de conciencia, y mirando a los países de alrededor, la solución adoptada en algunos casos es la de establecer una reglamentación explícita por la que se hace pública la declaración de objeción del profesional sanitario, y la de considerar que en cualquier caso solo pueden acogerse a la objeción las y los profesionales que intervienen directamente en la práctica del aborto.

Del mismo modo se considera que las instituciones, los centros y hospitales del sistema público de salud tienen que garantizar que en todo momento pueden atender la demanda de una mujer para la interrupción voluntaria de su embarazo. Por tanto deben contar en todo momento con personal sanitario suficiente para garantizar las prestaciones sanitarias contempladas en la cartera de servicios, como el aborto, y garantizar que las mujeres pueden ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

Resulta particularmente interesante los principios establecidos en una sentencia del Tribunal Superior de Andalucía (que crea jurisprudencia) ante la solicitud de los médicos de atención primaria a efectos de que se les reconociera la objeción para no recibir en su consulta a las pacientes que buscan interrumpir su embarazo. En dicha sentencia se señala la obligación de dispensar tratamiento y atención médica a las mujeres antes y después de haberse sometido a un aborto: “El reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general a partir del artículo 16 de la Constitución, equivaldría en la práctica a que la eficacia de las normas jurídicas dependiera de su conformidad con cada conciencia individual, lo que supondría socavar los fundamentos del Estado de derecho.

La objeción de conciencia con el aborto no es un derecho fundamental, tiene que ser objeto de una regulación legal ordinaria a la que el interesado debe sujetarse en cada caso concreto excluida de la misma la atención médica anterior y posterior a la intervención propia de la interrupción voluntaria del embarazo⁴⁰.

Como excepción está el caso de Navarra, que ha aprobado recientemente el Decreto foral 103/2016, de 16 de noviembre, en cuyo Artículo 9 regula la Objeción de conciencia y confidencialidad, creando una base de datos de profesionales inscritos en el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo:

Las y los profesionales sanitarios que deseen ejercer el derecho de objeción de conciencia deberán presentar la declaración, especificando a cuáles de los distintos sujetos objetan, y ello con la finalidad de posibilitar que el Sistema Sanitario Público adopte las medidas organizativas precisas para garantizar la prestación. En el caso de que el o la profesional desee manifestar su objeción de conciencia únicamente en

⁴⁰ http://www.feministas.org/IMG/pdf/Informe_aborto_Justa_Montero-_Tribunal_derechos_de_las_mujeres.pdf

determinada situación o un caso concreto de interrupción voluntaria del embarazo, bastará con que lo ponga en conocimiento de su superior jerárquico con una antelación mínima de siete días hábiles respecto a la fecha prevista de la intervención, de manera que este pueda adoptar las medidas organizativas precisas para garantizar la prestación.

País Vasco es uno de los posibles ejemplos que ilustran esta realidad, donde nos encontramos con la dificultad de que haya profesionales que quieran dedicarse en exclusiva a hacer un equipo de IVE, reconocido por la Consejería de Sanidad en 2015 y, además, hay un nutrido número de miembros de los servicios de ginecología que alega motivos “éticos” para no llevar a cabo abortos.

Sumado a esto, las asociaciones de médicos católicos, que forman parte de los Colegios Profesionales de Médicos, constituyen un fuerte lobby con gran capacidad de influencia en la comunidad sanitaria y de presión en las prácticas que estos y estas realizan (así como en los temarios y contenidos propios de la formación universitaria, post-universitaria y de actualización a lo largo de la carrera profesional).

Por ejemplo, en la **Comunidad Castilla-León** la objeción se hace mediante la derivación directa a los centros concertados privados, no procediendo a practicar IVE en la red pública. En Madrid también se aprecia que las y los profesionales se acogen a la objeción y esta es la razón por la que no se puede acceder a la IVE en muchos centros sanitarios públicos.

Entre las consecuencias de todo esto están la deficiencia (o ausencia) de formación de las y los profesionales a lo largo de sus procesos formativos en las universidades, que lleva a que, en general, las nuevas generaciones de profesionales del ámbito sanitario no hayan tenido una preparación suficiente y vacía de moral en lo relacionado con las intervenciones para la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo ha provocado la externalización de esta asistencia a empresas y centros sanitarios privados, con los que tienen convenios con el Sistema Público de Salud para derivar las necesidades a las que este no da cobertura.



Por otro lado, y como un factor seriamente condicionante de la libertad profesional del personal sanitario público a la hora de mostrar pro-actividad para la realización de abortos en su centro de salud, está la actuación de los grupos anti-elección, que ganan fuerza como agente de opinión pública y de presión social, manteniendo la imagen del aborto como una cuestión “inmoral”. Algunos ejemplos de las subvenciones que reciben estas organizaciones que tratan de impedir el derecho de las mujeres al aborto son las siguientes: en el País Vasco están activas Asociación Alavesa para la Defensa de la Vida, Fundación BetiGizartean (Álava), Asociación Pro Defensa de la Vida Bilbao, Centro Orientación Familiar Lagungo (Bizkaia), Asociación ProVida Vizcaya, Asociación Eskutik (Gipuzkoa) y Asociación ProVidaGizpuzkoa.

Añadido a todo esto, existe una gran presión social contra el derecho a decidir de las mujeres, y hacia estas y las y los profesionales de la sanidad, orquestada por grupos de corte religioso, que realizan numerosas acciones para imponer su ideología. Grave es que muchas de estas organizaciones además se encuentran “legitimadas” por los poderes públicos mediante la firma de convenios en materia de atención a la salud sexual y reproductiva, y reciben financiación pública para la realización de sus actividades. Este es el caso, por ejemplo, de la REDMADRE, a la que se derivan las consultas de las mujeres embarazadas y de las relacionadas con el aborto en Castilla y León; esta organización presta servicios asistencialistas en todo el territorio del Estado para promover que las mujeres lleven adelante la gestación.

Algunas de las organizaciones autodenominadas como “pro-vida”, como HAZTE OIR de carácter fuertemente anti-elección, además de LGTBfobia, reciben también subvenciones públicas para la realización de sus actividades y propaganda contra el aborto y contra la libre toma de decisiones de las mujeres. Algunas de estas actuaciones están fuertemente orientadas al adoctrinamiento de la sociedad en general y otras se centran en el desarrollo de acciones de acoso contra las mujeres y disuasión para que no interrumpan el embarazo y sean objeto de estigmatización.

3.8 Conclusiones y propuestas

En general, la atención en materia de interrupción voluntaria del embarazo es bastante preocupante; las inequidades de prácticas dentro y entre las comunidades autónomas suponen graves barreras a que las mujeres ejerciten sus derechos plenamente. No hay protocolos uniformes en el acceso a una prestación que supuestamente está garantizada en los Servicios Públicos por Ley.

En relación a los casos de interrupciones donde las gestaciones superan las 22 semanas, aun siendo pocos los casos, no hay transparencia en cuanto a la composición y el funcionamiento de los Comités Clínicos que establece la Ley.

Aunque el Sistema Sanitario Público garantiza en cierto modo que las intervenciones se lleven a cabo, lo hacen por medio de la externalización de los servicios, mediante la derivación a clínicas concertadas privadas, lo que produce un menoscabo de las capacidades de formación y actualización del personal sanitario de la red pública, aumentando el gasto público en atención a la salud sexual y reproductiva, e infra utilizando los recursos tecnológicos de los centros sanitarios, tanto de salud como especializados y hospitalarios.

El hecho de que un gran número de profesionales y equipos declaren su objeción y otros muchos no sientan que tienen el respaldo para poder llevar los procedimientos de aborto a cabo es profundamente alarmante. La normativa actual no define ni delimita la objeción de conciencia por cuestiones “morales”, dejando a las mujeres en situación de indefensión y vulnera su derecho a la atención sanitaria.



- Que se respete la autonomía de las mujeres de 16 y 17 años, sin la obligación de tener el permiso materno o paterno y mucho menos de jueces para ejercer su derecho al aborto, para ello que se modifique la ley orgánica 2/2010 y la ley 41/2002 que obliga a estas mujeres a obtener el consentimiento paterno/materno para interrumpir voluntariamente su embarazo.
- Acabar con las jornadas de reflexión obligatorias para las mujeres que deseen realizarse una I.V.E ya que van en contra de su libre autonomía y en la práctica se convierten en verdaderos obstáculos.
- Incluir educación afectivo-sexual de manera obligatoria en los curriculum escolares que se imparta en los centros educativos no estereotipada, que fomente la autonomía así como el ejercicio de una sexualidad (en sus diversas y plurales formas) exenta de coerciones ni violencias.
- El Estado debe garantizar la seguridad jurídica tanto de las mujeres como de las y los profesionales sanitarios/as por lo que el aborto debe estar fuera del código penal. Que se regule como un derecho de todas las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado sin ningún tipo de discriminación.
- Fomentar la puesta en marcha de cursos de formación profesional en las facultades de medicina que instruyan a futuros y futuras profesionales sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los derechos sexuales y reproductivos de manera que se eliminen los prejuicios que existen sobre la IVE y ésta sea concebida como una prestación más.
- Que el aborto se garantice como prestación en la red sanitaria pública, de forma accesible, gratuita, con todas las garantías de seguridad y calidad, independientemente de la situación administrativa. Para ello se tiene que regular la objeción de conciencia de forma que no sea un obstáculo para garantizar la prestación sanitaria de la Interrupción voluntaria de embarazo dentro de la sanidad pública.

Capítulo 4: Reproducción asistida

Capítulo 4: Reproducción asistida

4.1 Normativa y situación por CC.AA.

En la actualidad, en el Estado Español, la reproducción asistida se rige por la ley 14/2006⁴¹ de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. El art.6 de dicha Ley establece que la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

La reproducción asistida permite subvertir la heterosexualidad obligatoria a la hora de crear una familia y deconstruir categorías tradicionales como paternidad y maternidad, así como la concepción tradicional de parentesco. Por ello es que se fomenta un uso normativo enfocado a “curar” las parejas heterosexuales que sufren infertilidad, uso para el que están pensadas las leyes y los protocolos médicos⁴².

Con la ley de reproducción asistida, el Partido Popular aprobó una reforma para cercenar nuestros derechos, a través de la modificación de la cartera de servicios, en la OM 2065/2014 (Orden Ministerial)⁴³, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, bloqueando así el derecho de estos tratamientos, en su *apartado 5.3.8.1, los criterios generales de acceso a los tratamientos de RHA:*

- *Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.*
- *Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos.*

Así la Orden Ministerial, discrimina a todas las parejas de lesbianas, y mujeres sin pareja masculina, y también a mujeres heterosexuales con pareja que ya tengan un hijo o hija en común; resumiendo, sólo pueden acceder a las técnicas de reproducción asistida en la sanidad pública mujeres heterosexuales con pareja y problemas de fertilidad, las demás tendrán que recurrir a centros privados.

Sin embargo algunas comunidades autónomas obvian la orden ministerial de Sanidad y financian estos tratamientos. Este es el caso del País Vasco, cuyo Departamento de Salud, se negó a asumir el proyecto de orden que el Ministerio de Sanidad publicó en el BOE en 2014 para excluir a mujeres solteras y lesbianas de los tratamientos de fertilidad.

En Andalucía, también se negó a cumplir la orden ministerial, y ha seguido financiando los tratamientos.

La Comunidad de Madrid, por el contrario asumió la orden ministerial, provocando el bloqueo del proceso de reproducción asistida a algunas mujeres, que optaron por denunciarlo junto a colectivo

⁴¹ Para consultar la ley: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>

⁴² <http://www.feministas.org/campana-feminista-por-el-derecho-a.html>

⁴³ Para consultar la Orden Ministerial: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

feminista “Las Tejedoras” y la organización Women’s Link, en un litigio que finalmente se ganó. La sentencia señala que la *Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Asistida, donde se establece el derecho a los tratamientos de reproducción asistida con independencia de la orientación sexual, es de rango superior a la Orden Ministerial por lo que “las normas de rango inferior que se dicten no pueden ir en contra lo dispuesto en la Ley, se deben aplicar las normas según la jerarquía normativa.* El fallo judicial condenó a la Comunidad de Madrid y al Hospital, pero no así al Ministerio de Sanidad, por considerar que no es el responsable último de la asistencia de la pareja.

La presidenta de la **Comunidad de Madrid**, Cristina Cifuentes, declaró que no aplicaría la norma y que todas las mujeres podrían tener derecho a la reproducción asistida independientemente de su estado civil u orientación sexual⁴⁴, pero la norma sigue sin ser derogada, sin que parezca que haya intención de hacerlo, con lo cual actúa como una amenaza que puede activarse.

Además de los casos de discriminación en la Comunidad de Madrid, existen otros en el resto de comunidades autónomas.

En Catarroja (Valencia), la historia de Loli y Diana⁴⁵ evidencia las variaciones normativas que ha sufrido la orden ministerial. En 2012, Loli llevó a cabo un tratamiento público de reproducción asistida como mujer soltera, sin explicitar que era lesbiana y tenía pareja. De esta manera, nació la primera hija de la pareja. Sin embargo, a Diana, que quería iniciar las gestiones para tener el segundo hijo, le preguntaron por su marido y le denegaron el tratamiento al saber que no sufría problemas de esterilidad. Ante esta situación discriminatoria han decidido recurrir a la sanidad privada, en la que se incrementan notablemente los costes de la inseminación.

En la **Comunidad Valenciana**, a partir del 19 octubre de 2015 se devolvía el acceso a la reproducción asistida⁴⁶ a lesbianas y mujeres solas. Los tratamientos de reproducción asistida fueron restringidos en esta comunidad desde octubre de 2014.

También en el año 2012, el Defensor del Pueblo de Navarra recogía una queja de un matrimonio de dos mujeres al que se le había denegado el servicio de inseminación artificial por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbide. En la resolución de dicha queja se recomendaba al Departamento de Salud del Gobierno de Navarra que procediera “a prestar el servicio de fecundación in vitro a la señora por estar ante un caso de imposibilidad biológica de tener hijos comunes con su pareja, y ser su denegación un evidente caso de discriminación por razón de la orientación sexual, prohibido por el artículo 14 de la Constitución y el artículo 21 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea”⁴⁷.

En **Navarra** el Decreto foral 103/2016, de 16 de noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva ha incluido en sus servicios “los tratamientos de fertilidad y reproducción para mujeres que convivan en pareja del mismo sexo o sin pareja masculina sin necesidad de acreditar la existencia de indicación terapéutica reconocida”⁴⁸.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha garantizará el acceso gratuito a técnicas de reproducción asistida dentro del sistema sanitario público a todas las mujeres, indepen-

⁴⁴ http://www.eldiario.es/sociedad/Cifuentes-Madrid-reproduccion-asistida-mujeres_0_438856308.html

⁴⁵ <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/07/25/loli-pudo-noa-esposa-diana/1019412.html>

⁴⁶ <http://www.lavanguardia.com/local/valencia/20151014/54438097985/monton-devuelve-el-acceso-a-reproduccion-asistida-a-mujeres-solas-y-lesbianas.html>

⁴⁷ <http://www.defensornavarra.com/index.php/es/Resoluciones/2007-2012/2012/Resolucion-del-Defensor-del-Pueblo-de-Navarra-12-11-S-por-la-que-se-resuelve-la-queja-formulada-por-dona>

⁴⁸ DECRETO FORAL 103/2016, de 16 de noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva. <http://www.noticiasdenavarra.com/2016/03/13/sociedad/navarra/el-gobierno-foral-abre-la-puerta-a-la-maternidad-sin-varon-todavia-vetada-en-la-sanidad-publica>



dientemente de su orientación sexual, su estado clínico (sean fértiles o no) o de su situación afectiva (solas o con pareja). Con ello, se garantiza el acceso a esta técnica a lesbianas, bisexuales y parejas sin varón⁴⁹.

En **Asturias**, Andrea solicitó con su pareja en 2009 acceder a las técnicas de reproducción asistida a través de la sanidad pública asturiana. Aunque ya había iniciado el tratamiento, en 2011 le denegaron la prescripción para la medicación necesaria para la estimulación ovárica porque no constaba que hubiera “esterilidad en el varón”⁵⁰. También en 2011 Silvia acudió a un hospital público avilés por primera vez para someterse a un tratamiento de reproducción asistida, pero se lo denegaron por carecer de pareja masculina estéril. A diferencia del caso de Andrea, Silvia consiguió, después de dos años de pleitos, que el Tribunal Superior de Justicia de Asturias (TSJA) condenase a la Consejería de Sanidad y al Servicio de Salud del Principado (Sespa) por no haberle facilitado la reproducción asistida⁵¹.

En algunas Comunidades Autónomas, como Cataluña, Extremadura, Islas Baleares, Murcia, con una legislación más amplia sobre la igualdad de trato y no discriminación de personas de los colectivos LGTBI han insertado en su articulado “garantizar a las mujeres lesbianas la igualdad de acceso a las técnicas y a los tratamientos de reproducción asistida”. En Cataluña, “Cala Dona”, en abril de 2015, lanzaron una campaña feminista⁵² por el derecho a la reproducción de todas las mujeres, independientemente de su estado civil y orientación sexual:

Con esta iniciativa nos planteamos modificar la situación de discriminación y falta de derechos que sufrimos las mujeres solas y las parejas de lesbianas, tanto en el acceso a la reproducción asistida como en la forma en que se desarrollan estos tratamientos en relación a nuestras realidades.

También queremos que se corrijan los trámites administrativos y jurídicos que se derivan de esta filiación, que siempre son más complejos y discriminatorios para las familias que formamos.

No queremos dejar de lado otro tema importante: el trato poco respetuoso e incluso violento que recibimos las mujeres en los procesos de reproducción asistida, con protocolos y prácticas médicas paternalistas y machistas, que tienden a culpabilizarnos y a privarnos de autonomía.

⁴⁹ http://www.eldiario.es/clm/Castilla-La-Mancha-garantizara-reproduccion-bisexuales_0_590741430.html

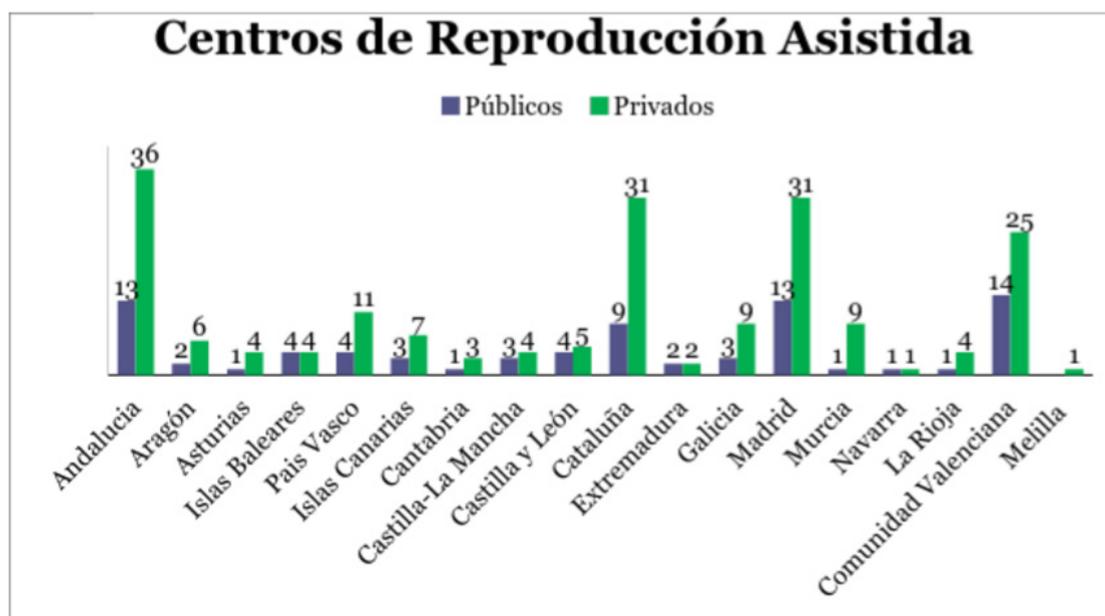
⁵⁰ <http://www.dosmanzanas.com/2011/04/la-inspeccion-sanitaria-asturiana-deniega-el-tratamiento-necesario-para-ser-madre-a-una-mujer-lesbiana-argumentando-que-no-es-esteril.html>

⁵¹ <http://www.lne.es/asturias/2013/07/21/tribunal-superior-obliga-principado-pagar/1444969.html>

La presión feminista consigue que se trabaje en un nuevo protocolo que amplía el acceso a todas las mujeres, que se aprueba en junio de 2016. Actualmente han iniciado una campaña para evaluar dicho protocolo, poniendo a disposición de las mujeres un formulario⁵³ para recoger aquellas situaciones que no se están aplicando en el protocolo o no están recibiendo una atención adecuada. En cuanto a la IAC, 19 de los 32 hospitales que han colaborado en el estudio de Adeces no presentan listas de espera, entre ellos, el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. En cuanto a la IAC,

4.2 Centros de reproducción humana asistida en el estado español

Actualmente los Centros de Reproducción Humana Asistida en el Estado Español⁵⁴, según el registro del Ministerio de Sanidad del 2014, son de 272, de los cuales son privados 193 (70,96%) y públicos 79 (29,04 %), distribuidos por las Comunidades Autónomas de la siguiente manera (ver tabla):



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de CNRHA

En el último estudio realizado por Asociación pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales (Adeces)⁵⁵ en el año 2015, hay una media de trece meses de espera para una reproducción asistida en los centros públicos.

⁵² <https://campanyadretreproduccio.wordpress.com/>

⁵³ <https://campanyadretreproduccio.wordpress.com/2016/11/17/atencio-sanitaria-no-adequada-en-relacio-a-procesos-de-reproduccio-humana-assistida-formulari-de-casos/>

⁵⁴ http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/InformeRegistroNacionalActividad_RegistroSEF2014.pdf

⁵⁵ http://www.adeces.org/wp-content/uploads/2015/05/Infertilidad_TRA.pdf

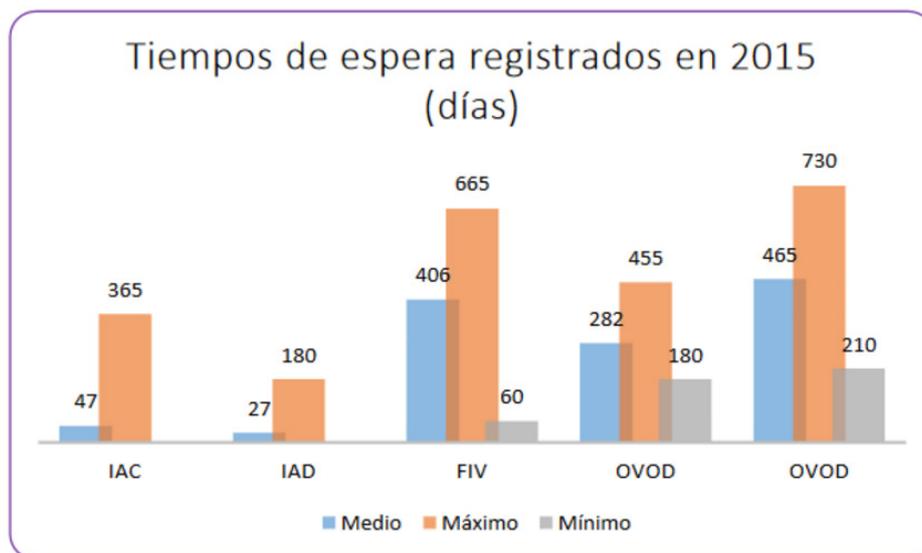
4.3 Tiempos de espera

Por un lado se empieza a garantizar el acceso a la reproducción asistida a todas las mujeres, pero los tiempos de espera en los centros públicos según el tipo de tratamiento, son elevadísimos, las unidades de reproducción asistida siguen estando, por lo general, escasamente dotadas en medios y en personal, tal como apunta el estudio de Adeces, que da datos de esos tiempos de espera:

El tiempo medio de espera para los tratamientos de FIV/ICSI (el proceso de la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide ocurre en el laboratorio) se sitúa en 406 días.

Por lo que respecta a la Inseminación Artificial de Cónyuge o de Donante (IAC, IAD, el proceso de la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide dentro del aparato reproductor femenino), los tiempos medios de 2015 se sitúan en los 47 y 27 días respectivamente

En último lugar, el tiempo medio de espera para el tratamiento de Ovodonación (es un procedimiento que se utiliza más que todo en mujeres en las que los ovarios ya han dejado de funcionar o funcionan de manera inadecuada) se establece en 465 días.



Fuente: ADECES

19 de los 32 hospitales que han colaborado en el estudio de Adeces no presentan listas de espera, entre ellos, el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

En el caso de las IAD no tienen listas de espera hasta un total de 13 hospitales. Se detecta un tiempo máximo de espera de 365 días para la IAC en el Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Este registro baja hasta los 180 días para las IAD en el Hospital Uni. Cruces (Bizkaia).

Fuera de estos casos, los tiempos de espera más prolongados para la IAC son los 180 días del Hospital Universitario Cruces, seguido de los hospitales Virgen de la Salud (Toledo), Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) y Galdakao Usansolo (Bizkaia), todos ellos con 150 días. En el caso de las IAD, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe y el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga) tienen una espera de 150 y 75 días respectivamente.

Por lo que se refiere a la FIV/ICSI, el tiempo máximo de espera se ha registrado en el Hospital Universitario La Paz (Madrid) con 665 días. Con una demora de 545 días, se sitúan los hospitales: Reina Sofía de Córdoba, Virgen de la Arrixaca (Murcia), Virgen de la Salud (Toledo) y La Fe de Valencia. El tiempo mínimo de espera se localiza en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid), con 60 días.

Por último, respecto a la Ovodonación, se disponen de los tiempos de 4 de los centros que la practican, la horquilla se sitúa entre los 180 y los 730 días.

La lista de espera para reproducción asistida llega a los 17 meses, la máxima en Andalucía.

Estas largas listas de espera provocan que las mujeres cercanas a la edad de 40 años no sean atendidas en el sistema público, ya que pueden tardar por lo menos un año en darte la primera cita, el tiempo de espera se prevé tan largo que algunos hospitales dejan de derivar posibles beneficiarias a partir de 35 años. Una realidad que se repite en comunidades como Catalunya, Madrid, Valencia...

4.4 Conclusiones y propuestas

- *Por todo lo anterior, se debe de garantizar el derecho de todas las mujeres al acceso a las técnicas de reproducción asistida en el sistema sanitario público, sin sufrir tratos discriminatorios por su estado civil y su orientación sexual. Por todo ello cualquier persona, independientemente de su situación personal y afectiva, pueda acceder a los tratamientos médicos que requiera, entendiendo la salud como un derecho universal no restringible en función del estado civil o la opción sexo afectiva de una persona*
- *Se debe de garantizar el derecho de autonomía reproductiva de todas las mujeres, a decidir cuándo y cómo queremos ser madres y a acceder a los recursos médicos disponibles para ejercer ese derecho.*
- *Se debe garantizar un trato no patologizador, respetuoso con los procesos físicos psicológicos y con la autonomía de la mujer y unos protocolos adecuados a las diversas realidades de las mujeres que se someten a técnicas de reproducción asistida*
- *Que se revisen los protocolos heteronormativos y medicalización innecesaria: los protocolos que se siguen son los mismos que para mujeres con pareja masculina, a las que se presupone que tienen algún tipo de infertilidad y se medicaliza (con pruebas agresivas, hormonaciones, in vitro...) los cuerpos de las mujeres de forma innecesaria. A no ser que se demuestre lo contrario, una mujer sola o con pareja femenina se plantea acceder a estas técnicas por la falta de esperma, no por sufrir misma infertilidad.*
- *Es imprescindible la formación integral para el personal sanitario, la adecuación de los protocolos médicos a la diversidad de familias y un trato no discriminatorio.*
- *Modificación de los formularios: en los formularios y tratamiento heteronormativo (y "biparentalnormativo"): identificamos una falta de formación sobre las diferentes realidades familiares por parte del personal sanitario y un tratamiento discriminatorio de la diversidad de opciones familiares, viéndonos obligadas a tener que rellenar formularios donde nos hacen encajar los roles en 'madre' y 'padre' en varias fases*

del proceso de reproducción asistida, pero también en las visitas ginecológicas anteriores y posteriores, así como en las pediátricas una vez ha nacido la criatura.

- *En el Registro Civil: Para registrar una criatura en el caso de una pareja de lesbianas se requiere que haya un acuerdo previo a la fecundación y posterior al vínculo de pareja, cuando no es así en el caso de parejas heterosexuales. En muchos registros se requiere una prueba documental de que la inseminación ha sido hecha en una clínica. En el caso de parejas de lesbianas casadas (y por tanto, con libro de familia) se requiere que comparezcan las dos en el registro con la excusa de que hay que elegir el orden de los apellidos. Que se establezcan protocolos específicos para el registro donde no se discrimine por razón de orientación sexual.*
- *Derecho al parto respetuoso y lucha contra la violencia obstétrica: Las campañas por el parto respetuoso han puesto de manifiesto cómo las mujeres hemos sido relegadas a un segundo plano a la hora de gestionar y decidir sobre nuestros procesos de embarazo y parto. En el proceso médico de la concepción se reproducen los mismos patrones y las mismas situaciones de violencia y todavía están más ocultos, ya que el deseo de tener un hijo o una hija hace que a veces seamos capaces de tolerarlos y minimizarlos.*



Capítulo 5: Derechos de identidades no normativas

Capítulo 5: Derechos de identidades no normativas

“Los derechos de las personas transexuales en el Estado español son el resultado de complejas negociaciones que tienen lugar en nuestra historia reciente, que alude a las libertades democráticas, los derechos sexuales y reproductivos, así como de cierta conformación identitaria de los movimientos sociales que sucede desde la transición democrática. En un tiempo record, aquellos considerados como vagos y maleantes, peligrosos sociales, pasaron a ser travestis, transexuales y más tarde activistas y sujetos de derecho.” Lucas Platero Méndez⁵⁶

5.1 Legislación Estatal

El reconocimiento institucional de la realidad trans⁵⁷ en el Estado español ha pasado por subsumir este reconocimiento dentro del marco de la biomedicina⁵⁸, a nivel estatal, a través de **Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas**.

Dicha Ley por lo tanto regula el tema de los cambios de nombre en el registro, en su articulado que dice así:

Artículo 1 Legitimación

1. Toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo.

La rectificación del sexo conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral.

2. Asimismo, la persona interesada podrá incluir en la solicitud la petición del traslado total del folio registral.

El Pleno del Tribunal Constitucional, por Providencia de 10 de mayo de 2016, ha acordado admitir a trámite la Cuestión de inconstitucionalidad núm. 1595-2016 planteada por la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo, en el recurso núm. 1583-2015, en relación con el artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, en cuanto que solo reconoce legitimación a las personas mayores de

⁵⁶ <http://www.feministas.org/movimientos-feministas-y-trans-en.html>

⁵⁷ <http://www.feministas.org/movimientos-feministas-y-trans-en.html>

Utilizamos la expresión “trans*” con un asterisco, como un concepto amplio que puede incluir diferentes expresiones e identidades de género, como son: trans, transexual, transgénero, etc. Lo que el asterisco añade es señalar la heterogeneidad a la hora concebir el cuerpo, la identidad y las vivencias que van más allá de las normas sociales binarias impuestas. Trans*, trans y transgénero son términos que tienen en común ser autoelegidos por sus protagonistas, frente a aquellos que provienen del ámbito médico y que señalan una patología. El asterisco quiere especificar que se pueden tener luchas comunes, al tiempo que reconocer que hay muchas otras cuestiones en las que no hay un consenso o una única visión de lo que supone ser trans, trans*, transexual o transgénero (Tompkins, 2014).

⁵⁸ <http://www.feministas.org/movimientos-feministas-y-trans-en.html>

edad para solicitar la rectificación de la mención registral del sexo y del nombre, por posible vulneración de los artículos 15, 18.1 y 43.1, en relación con el artículo 10.1 CE («B.O.E.» 19 mayo).

Artículo 4 Requisitos para acordar la rectificación

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.

2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.



Las campañas organizadas por colectivos trans, que han contado con el apoyo de numerosos grupos feministas, han denunciado que esta ley estatal, es patologizante, ya que por un lado tienen que estar dos años hormonándose y tiene que pasar por un psicólogo que les diagnostique y certifique que padecen una disforia de género, como si la transexualidad fuese una enfermedad y hay muchas personas que no quieren medicarse y no tienen por qué hacerlo.

Y mientras se trabaja por una Ley Estatal de las personas transexuales que no patologizante, y se reconozca la identidad de género, se han ido promulgando diferentes leyes por las Comunidades Autónomas, que reconocen derechos sin tener que recurrir necesariamente a un diagnóstico patologizador. En la mayoría de los casos está pendiente ver cuál va a ser su desarrollo y efectos prácticos.

5.2 Legislación por comunidades autónomas

Andalucía	● Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.
Aragón	● Presentada propuesta legislativa el 14 de junio de 2016, y se espera que para 2017 se apruebe Ley de Igualdad para el colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (LGTB).
Asturias	● En borrador trabajando Ley integral de transexualidad en Asturias y una ley por la igualdad de las personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, y contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
Islas Baleares	● Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia
País Vasco	● Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales y Protocolo del 2016/04/16 para los centros educativos en el acompañamiento al alumnado trans con comportamiento de género no normativo y a sus familias.
Islas Canarias	● Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales
Cantabria	● No Ley , están con una guía de servicios de atención socio sanitaria
Castilla - La Mancha	● Compromiso de impulsar una Ley contra la LGTBI fobia
Castilla y León	● No Ley , protocolo de atención socio sanitaria.
Cataluña	● Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia (si bien no es exclusiva de transexualidad es la única del Estado Español que recoge por primera vez sanciones administrativas en la vulneración de derechos de las personas transexuales).

Extremadura	● Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
Galicia	● Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia.
Madrid	● Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid y Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBIfobia y la discriminación por razón de orientación e identidad sexual en la Comunidad de Madrid.
Murcia	● Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
Navarra	● Ley Foral 12/2009, de 19 de Noviembre, de no Discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales
La Rioja	● Compromiso de aprobar de una Ley Integral de Transexualidad
Comunidad Valenciana	● Aprobado en el pleno del Consell en octubre de 2016, remitido a las Corts, se espera se apruebe para 2017, Ley Integral de Reconocimiento del Derecho a la Identidad y Expresión de Género de la Comunitat Valenciana.
Melilla	● No hay ninguna iniciativa.

De dieciocho Comunidades Autónomas, **diez ya tienen una Ley que regula situación jurídica de las personas transexuales**. Algunas de éstas leyes son específicas (Andalucía, País Vasco, Islas Canarias, Madrid, Navarra) y otras han insertado normativa específica, en una legislación más amplia sobre la igualdad de trato y no discriminación de personas de los colectivos LGTBI (Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia, Islas Baleares).

En el resto de Comunidades Autónomas, nos encontramos ya con **propuestas legislativas** en:

Aragón, tiene presentada una propuesta legislativa y se espera para 2017 se apruebe Ley de Igualdad para el colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (LGTB).

Comunidad Valenciana, se ha aprobado en el pleno del Consell en octubre de 2016, y remitido a las Corts, pasando a tramitarse como proyecto de ley. Se espera se apruebe para 2017, Ley Integral de Reconocimiento del Derecho a la Identidad y Expresión de Género de la Comunitat Valenciana. Y en **Asturias**, está constituida una mesa de trabajo, con representación de asociaciones y partidos políticos, que han elaborado ya un borrador que trabaja conjuntamente en dos leyes: una Ley integral de Transexualidad en Asturias y una ley por la igualdad de las personas lesbianas, gays, transexuales y bisexuales, y contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género.

En algunas hay compromisos de legislar, como:

Castilla la Mancha, hay un compromiso por parte del Parlamento Regional, para impulsar el desarrollo legislativo de una futura ley castellano-manchega contra la LGTBIfobia. Mientras tanto el

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha ultima un protocolo para menores transexuales como “paso previo” a la futura Ley LGTBI en la región.

La Rioja, hay un compromiso del Parlamento de La Rioja para la aprobación de una Ley Integral de Transexualidad.

Y en:

Cantabria, los colectivos piden una Ley Integral de Transexualidad y que también abarque un protocolo de actuación en los hospitales y que despatologice la transexualidad. Actualmente lo que han conseguido es que el Servicio Cántabro de Salud esté trabajando en una Guía de servicios de atención socio sanitaria.

Castilla y León, en diciembre de 2014, se consigue que se apruebe un protocolo para la atención sanitaria a la identidad de género.

Melilla, no se conoce ninguna iniciativa en marcha para legislar sobre las personas transexuales.

5.2.1 Contenidos y aplicación de las leyes

Los contenidos de las leyes, varían de una comunidad a otra, destacando que en Andalucía, Islas Baleares, Extremadura, Madrid, Murcia, Cataluña, el Derecho a la autodeterminación de género, es decir no es necesario acreditar la identidad de género manifestada mediante informe psicológico o médico. Si es necesario en Galicia, País Vasco, Navarra, Canarias, en donde en su articulado dicen que “A los efectos de esta Ley, se entenderá que es transexual tanto la persona que haya procedido o esté procediendo a la rectificación de la mención del sexo en el Registro Civil, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 3/2007”, si dejan abierta la posibilidad de realizar cambios en la documentación administrativa si estas en el proceso de transición. En general casi todas, tienen contenidos similares, medidas contra la transfobia, atención sanitaria, no discriminación en el ámbito laboral, atención educativa, atención social...

En el País Vasco la Ley se aplica a las personas extranjeras también, cosa que no recoge la estatal del año 2007 que únicamente pueden acogerse las personas de nacionalidad española, bien, tiene muchas limitaciones de aplicación porque es una norma autonómica que no puede regular materias de competencia estatal. También se ha implementado un Protocolo para los centros educativos en el acompañamiento al alumnado trans o con comportamiento de género no normativo y a sus familias⁵⁹.

En Islas Baleares, destaca la puesta en marcha de este curso con un Protocolo Trans para alumnado transexual y transgénero en los centros educativos de las Islas⁶⁰.

La Universidad de Barcelona⁶¹ ponía en marcha este curso un protocolo pionero para facilitar el cambio de nombre a las personas transexuales y transgénero de su comunidad universitaria. Permite al alumnado como al profesorado y al personal de administración y servicios escoger el nombre que los identifica, independientemente de lo que consta en su DNI.

⁵⁹http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r432459/es/contenidos/informacion/dig2/es_lgtb_fob/adjuntos/Protocolo_Trans_2016_c.pdf

⁶⁰ <http://www.caib.es/govern/pidip/dadesComunicat.do?lang=es&codi=8932930>

⁶¹ http://www.ub.edu/web/ub/es/menu_eines/noticies/2016/11/059.html

Se van poniendo en marcha diferentes protocolos y medidas que permiten se tenga en cuenta el sexo sentido de las personas transexuales sin tener que pasar por los trámites que la ley 3/2007.

Pero la aplicación de estas leyes va lenta, incluso inexistente en algunas comunidades autónomas.

En Cataluña, La Plataforma per un Nou Model de SalutTrans* critica en su informe “Reivindicación de un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans”⁶² que la ley 11/2014 presenta fallos en referencia a las necesidades concretas del colectivo trans* a la hora de enfrentarse al sistema registral. Y que después de dos años de la aprobación de dicha ley, aún siguen soportando protocolos de atención en la Unidad de Identidad de Género del Hospital Clínic (UIG) de Barcelona que vulneran sus derechos y que están sesgados por una visión biologicista-patologizante. En este servicio se mantiene el trato patologizador, estereotipado, claramente discriminatorio, con graves faltas de transparencia y calidad y actuaciones profesionales cuestionables y hasta atentatorias, tal y como muestran los testimonios recogidos en dicho informe. Como consecuencia del proceso de selección discriminatorio y patologizante de la UIG por el que no todas las personas pueden o están dispuestas a pasar, se vio la necesidad de crear un grupo alternativo de atención a la salud: el Servicio de Promoción de la Salud para personas trans (Trànsit), del Instituto Catalán de la Salud.

En Madrid, como sucede en otros casos, las personas trans denuncian, que su aplicación depende de cada profesional. De hecho, la vieja unidad de atención, la UIG, actúa en ocasiones como si la ley no existiera: las personas que allí llegan, son derivadas a psicología y psiquiatría de forma obligatoria, a pesar de que la ley excluye cualquier injerencia externa, como la petición de informes o itinerarios asistenciales obligatorios y a pesar de que ya no considera el examen psicológico como un requisito. Por otra parte, no se ha iniciado la formación de profesionales ni se han dotado los centros de proximidad, con lo que de hecho, la atención sigue estando centralizada. Esto llega hasta el punto de que solo un profesional opera en el ámbito de la Comunidad, que además tiene un largo historial transfóbico. La formación de profesionales está ausente y la visión dominante es patologizante.



⁶²<https://transformalasalut.files.wordpress.com/2016/09/reivindicaciac3b3n-de-un-nuevo-modelo-de-atencic3b3n-a-la-salud-de-las-personas-trans.pdf>

5.3 Conclusiones y propuestas

Se ha creado la Plataforma⁶³ por los Derechos Trans #NadieSinIdentidad, para aunar fuerzas y decidir estrategias que posibiliten una defensa común de las reivindicaciones trans, evitando el agravio comparativo de unas comunidades con respecto a otras. En la relación de conclusiones y propuestas se ha recogido algunas de las demandas formuladas por dicha Plataforma:

- Inclusión en la cartera de prestaciones del SNS (Sistema Nacional de Salud) la atención sanitaria de las personas transexuales, incluidas las cirugías de reconstrucción genital y la atención a los menores trans en la pubertad, para que puedan acceder desde cualquier punto del estado español, a una atención igualitaria, no patologizante ni segregadora.
- Modificación de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, eliminando de la misma los requisitos de informes médicos o psicológicos, diagnóstico de disforia de género, los dos años de tratamiento hormonal y la no limitación de la edad para ser persona beneficiaria de la ley. Siguiendo las recomendaciones del informe temático Derechos humanos e identidad de género del comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009) y la Resolución del Consejo de Europa 1728 (2010) sobre discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, en la que se afirma que el derecho al reconocimiento legal del género no debería ser restringido por ningún procedimiento médico obligatorio. En el mismo sentido, la OMS –Organización Mundial de la Salud– condenó a principios de junio 2014 la esterilización forzosa de las personas transexuales como paso previo a su reconocimiento legal y pidió su eliminación.
- Establecer un Protocolo de actuación sobre Identidad de Género en el Sistema educativo donde se garantice el libre desarrollo de la personalidad y la Identidad del sexo y género del alumnado trans.
- Una Ley Integral de Transexualidad Estatal, que garantice los derechos de las personas transexuales en los ámbitos sanitarios, educativos y laborales, fundamentada en los principios de despatologización y de la libre autodeterminación del género.
- Demandar una Ley contra la Violencia hacia el colectivo LGTBI a nivel de todo es estado español, que contemple sanciones por LGTBIfobia.

Asimismo:

- La despatologización en todos los ámbitos de la vida y en todas las caras del estigma.
- Una cobertura sanitaria totalmente pública y accesible para todes.
- Libertad absoluta para elegir nombres y sexo en los documentos (NIE, DNI, tarjeta sanitaria, etc.).

⁶³<http://chrysallis.org.es/plataforma-por-los-derechos-trans-nadiesinidentidad/>

- Que las leyes se acompañen de recursos, información y formación.
- Que las personas trans sean informadas del impacto del proceso de cambio de sexo en su capacidad fértil y tengan la posibilidad de congelar sus óvulos o esperma para poder ser madres y padres cuando termine el proceso.
- Que las leyes no estén sujetas al juicio moral particular de los actores encargados de su aplicación, sino que se provea de elementos y de procedimientos lo suficientemente prolijos como para que sea posible controlar su correcta aplicación, en definitiva de un procedimiento de aplicación.
- Admitir la identidad de género y sexual de las personas migrantes trans sin que tengan que esperar la nacionalidad española.

Capítulo 6: Violencia sexual

Capítulo 6: Violencia sexual

Durante varios años la violencia sexual ha estado ausente, no en la vida de las mujeres, pero sí en la agenda pública. La identificación de violencia machista con malos tratos a partir de la Ley de Violencia de Género ha hecho que desaparezca del imaginario colectivo otras violencias como las agresiones sexuales: la violación, el acoso sexual en los espacios de trabajo o enseñanza, entre otras. Tanto es así que la denuncia de las violaciones y el seguimiento sobre la atención

y recursos para las mujeres que han sido violadas han desaparecido de la agenda y debate público, mientras que el acoso sexual ha quedado circunscrito a los medios sindicales. Unos y otros, después de que fueran motivo de grandes campañas de denuncia por parte del movimiento feminista en los años 80⁶⁴. En los últimos años y al calor de la denuncia feminista de las violaciones particularmente en las fiestas empiezan a reincorporarse con fuerza dentro de la agenda feminista la lucha contra las agresiones sexuales.

EL movimiento feminista, consiguió que se tipificarán las agresiones sexuales, (hoy reguladas bajo el Título VIII. “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”), que el título del Código Penal de las agresiones pasaba a denominarse “delitos contra la libertad sexual” en lugar de “delitos contra la honestidad” (1989); desaparecía el perdón como posibilidad de hacer desaparecer la culpabilidad; se conceptualizaba la violación también cuando la penetración era anal o bucal, el delito ya tiene la consideración de público; es penalizada la violación por parte del marido...desde entonces se ha ido focalizando las luchas más en la violencia de género.



⁶⁴ Ponencias de las Jornadas Estatales y de las conclusiones de las comisiones antiagresiones, en 1989, la COF publica el cuadernillo “Ante la violación responde, reforma del código penal ¡ya!” que se difunde por todo el Estado y da pie a organizar una campaña de visibilización de las agresiones sexuales
https://dl.dropboxusercontent.com/u/33052893/agresiones/campana_reforma_codigo_penal.pdf

¿Y cómo estamos ahora?

Ya en el año 2009 Amnistía Internacional en su informe “Una vida sin violencia para mujeres y niñas, las otras víctimas de la violencia de género, violencia sexual y trata”⁶⁵ denuncia el vacío de políticas públicas dirigidas a la prevención de la violencia sexual contra mujeres y niñas, la falta de asistencia y protección integral. A día de hoy año 2016, ese vacío continúa.

Hemos querido adentrarnos en el sistema sanitario para conocer si existen protocolos específicos de violencia sexual, y tal como refleja el informe de Amnistía, el resultado es que sigue vigente la carencia de personal profesional especializado en la atención de urgencias de los hospitales “el ginecólogo o ginecóloga que haya de guardia”.

A nivel estatal, no existe un protocolo específico sino que en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del 2012⁶⁶, hay cinco páginas (de 115) dedicadas a la actuación ante las agresiones sexuales, pero no recoge que haya personal especializado y sí detalla la cadena de custodia de las muestras que se tienen que recoger si la mujer quiere interponer una denuncia:

*La toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos y debe realizarse lo más pronto posible. **La mujer debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras la agresión.***

Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer y dirigido a Medicina Forense del Juzgado de Guardia.

***De no ser realizada la toma por el Médico Forense, asegurar la cadena de custodia** para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses”.*

Es importante resaltar esto porque en este protocolo se indica a todo el personal de Atención Primaria y de centros sanitarios que la mujer que ha sufrido una agresión sexual debe ir sin lavarse ni cambiarse de ropas a un hospital, y que el hospital tiene la obligación de tomar las muestras bien por el forense u otra persona responsable, independientemente si la mujer va a denunciar la agresión o no. También recoge el protocolo la atención y seguimiento de infecciones de transmisión sexual que el agresor ha podido contagiar a la víctima, como el VIH y recibir la profilaxis del embarazo. Para recibir estos tratamientos no deben pasar más de 72 horas después de la violación.

Y es importante tener en cuenta todo esto, porque una de las problemáticas que hemos detectado en la primera atención que reciben las mujeres agredidas cuando van a centros de Atención Primaria es la falta de información correcta para derivarlas al Hospital de referencia que corresponda en cada comunidad autónoma, y cuando van al Hospital la falta de un protocolo actualizado y acorde con las necesidades de las mujeres que son agredidas sexualmente lo cual está generando no solo una revictimización sino que no son atendidas por el forense si no han presentado una denuncia.

⁶⁵ https://www.es.amnesty.org/uploads/media/Vida_sin_violencia_para_web.pdf

⁶⁶ <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

6.1 Protocolos sanitarios por comunidades autónomas

Por comunidades autónomas nos encontramos con diferentes protocolos, la mayoría han establecido como el estatal, algunas páginas de actuación ante las agresiones sexuales, dentro del protocolo de atención a las víctimas violencia de género, que reflejamos en el cuadro siguiente:

CCAA	Protocolos sanitarios	Agresiones sexuales
Andalucía	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_actuacion_sanitaria_Andalucia.pdf	Pág. 46
Aragón	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_atencion_sanitaria_Aragon.pdf	Pág. 36
Asturias	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Asturias.pdf	Pág. 27
Islas Baleares	http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=M-CRST456ZI204047&id=204047	Pág. 56
País Vasco	http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/protocolo_sanitario_2008.pdf	Pág. 15
Islas Canarias	http://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/galerias/ici_documentos/documentacion/Violencia/Protocolo_Agresiones-Sex_GC13.pdf	Específico 2013
Cantabria	http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloAgresionesSexuales.pdf	Específico 2007
Castilla y LaMancha	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/protocolo_actuacion_sanitaria_Castilla_La_Mancha.pdf	Pág. 48
Castilla y León	http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/documentacion-castilla-leon	Guía 2007

CCAA	Protocolos sanitarios	Agresiones sexuales
Cataluña	http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxiu/cast_femchist.pdf	Pág. 37
Extremadura	http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/saludpublica/protocolo_actuacion_sanitaria_ante_la_violencia_de_genero.pdf	Pág. 28
Galicia	http://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/G13Violencia.pdf	Pág. 13
Madrid	http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCMedios/noticias/2008/11Noviembre/26Miercoles/NotasPrensa/Protocolo%20actuaci%C3%B3n/ficheros/protocolo%20de%20violencia.pdf	Específico 2007
Murcia	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_primaria_Murcia.pdf	Pág. 20
Navarra	http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/117097/AcuerdoInstitucional2.pdf http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/173637/AcuerdowebDEFINITIVO1.pdf	Pág. 20
La Rioja	http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/protocolo_violencia_genero.pdf	Pág. 45
Comunidad Valenciana	http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf	Pág. 55
Melilla	http://www.melilla.es/melillaportal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_12080_1.pdf	Remite al protocolo estatal de VG

Solo en Cantabria, Madrid y Canarias hay protocolos específicos sobre agresiones sexuales, pero en las dos primeras data del 2007, y aunque en Madrid el Hospital la Paz, referente para la atención a víctimas de agresiones sexuales, elaboró un protocolo específico publicado en el 2011⁶⁷, con datos del 2008, nos consta que no ha habido evaluación, y que actualmente las mujeres que son violadas y acuden al Hospital. Si no han interpuesto denuncia, tienen muchas dificultades para recibir la atención adecuada, y si quieren poner denuncia tienen que desplazarse por su cuenta al UFAM, donde la policía centraliza las denuncias, esto está generando una autentica revictimación por parte de las instituciones.

⁶⁷ <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina6.html>

En otras comunidades como **Aragón**, en el protocolo explicita que “*el caso de que la mujer decida denunciar la agresión, el ginecólogo llamará al Juzgado de Guardia para solicitar la presencia del médico-forense. Si la mujer no se encuentra en condiciones de tomar una decisión (estado de inconsciencia, manifiesta dudas u otra situación), el ginecólogo se pondrá en contacto con la autoridad judicial con la finalidad de que se le indique la actuación a seguir desde el punto de vista legal.*”

En **Galicia** figura en el protocolo que “*realizan una comunicación inmediata a través del teléfono del Juzgado de Guardia para asistencia del médica/o forense y la realización de las actuaciones de forma conjunta con especialista en ginecología.*”

En el caso de **Navarra** “*existe una coordinación desde hace años, en los casos de agresiones sexuales entre los servicios ginecológicos del Hospital “Virgen del Camino” y la Clínica Forense, por el que, cuando una persona acude al Servicio de Urgencias, refiriendo una agresión sexual, se localiza al forense de guardia, con independencia de que la víctima hubiera o no denunciado la agresión. Esta actuación, tiene como finalidad recoger lo más rápidamente posible indicios biológicos para estudios posteriores. En este mismo acto, se realiza además de la exploración ginecológica, una exploración física con el fin de detectar lesiones en otras partes del cuerpo. Esta coordinación se hará extensiva al resto del Servicio de Urgencia del Servicio Navarro de Salud*”.

En el País Vasco las pautas de actuación ante agresión o abuso sexual:

A) Actuación ante agresión o abuso sexual reciente (menos de 72 horas)

En el caso de que hubiese tenido lugar agresión o abuso sexual reciente (menos de 72 h.), se remitirá a la víctima, lo más rápidamente posible, al hospital más cercano.

El hospital llamará siempre al médico o médica forense del Partido judicial correspondiente quien, tras recabar la autorización pertinente, acudirá al centro hospitalario.

Las comunidades Navarra y País Vasco, tienen implementados los recursos para mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual, y a través de los acuerdos institucionales que cada dos años evalúan, revisan sus protocolos. Cuentan con teléfonos de atención 24 horas, y asistencia jurídica, psicológica, especializada en diferentes tipos de violencias contra las mujeres como la violencia sexual e integrada en la cartera de Servicios Sociales.



En Navarra con un nuevo gobierno progresista nos encontramos con un Plan de acción contra la violencia sexista que recoge muchas de las demandas y exigencias del movimiento feminista en esta comunidad, un Plan con presupuesto, que se transversaliza por los diferentes departamentos implicados:

“Plan de acción de la Ley Foral 14/2015 para actuar contra la violencia hacia las mujeres en Navarra”⁶⁸

El protocolo de las **Islas Canarias** es el más actualizado, puesto en marcha desde el 2013 y es un referente de *Buenas Prácticas*⁶⁹ en el sistema de salud a nivel estatal, incorporando el acompañamiento a las mujeres agredidas. También recoge la protocolización ante las violaciones por Sumisión Química y pautando en detalle el proceso, y la coordinación entre los diferentes agentes que intervienen. Además cuentan con un Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (D.E.M.A.) se trata de un Servicio de atención inmediata y permanente, que proporciona: acompañamiento directo a las mujeres.

Sobre recursos y centros especializados en atención y asistencia ante las agresiones sexuales, aunque hay algunos específicos por algunas comunidades autónomas, la mayoría son gestionados por entidades privadas que dependen de los concursos de subvenciones.

Sobre las ayudas, Ley de Ayuda a Víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, la Ley 35/1995, exige como requisito para ser beneficiaria haber sufrido lesiones graves que se traducen en incapacidad permanente o laboral de más de 6 meses. De hecho apenas si se conceden ayudas, son sistemáticamente denegadas, como consecuencia de la taxatividad del artículo 4 de dicha norma a la hora de definir las lesiones y daños susceptibles de ser indemnizados, de forma que la situación específica en que se encuentran algunos testigos -sirvan de ejemplo las víctimas de prostitución forzada quienes, en muchas ocasiones, no han disfrutado de una actividad laboral reglada con carácter previo a sufrir el delito-, es difícilmente reconducible a los parámetros previstos en la legislación de la Seguridad Social (declaración de invalidez permanente en cualquiera de sus grados o situación de incapacidad temporal superior a seis meses)⁷⁰.

Esto es terriblemente perverso para la violencia machista. Se están utilizando los baremos de accidentes de tráfico para las víctimas de violencia machista y para las víctimas de tortura, con la gravedad que eso tiene en lo simbólico, pues se consideran delitos menores, accidentes imprudentes⁷¹.

6.2 Datos de violencia sexual, mujeres y transexuales

Resulta imposible todavía hoy cuantificar la magnitud de las agresiones sexuales, debido sobre todo a que se trata de un delito difícil de denunciar por sus víctimas, la mayoría de las agresiones sexuales son perpetradas por conocidos.

Los datos, por tanto, nos muestran las características de las agresiones sexuales que se denuncian, y aún así, los datos que se recogen por parte el Ministerio de Interior, invisibilizan las agresiones sexuales que se denuncian, ya que solo recoge este desglose de delitos, metiendo en otros, la mayoría de las agresiones sexuales, junto con otros delitos contra la libertad sexual.

⁶⁸ http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2016/240/Anuncio-4/

⁶⁹ https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Actuaciones_Sanitarias_VG/BBPP_VG_Canarias.pdf

⁷⁰ https://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/FISCALIA_SITE/recursos/fiscalias/superiores/madrid.pdf

⁷¹ <http://www.feministas.org/algunas-ideas-sobre-la-violencia.html>

Datos del Anuario estadístico del Ministerio del Interior 2015	Hechos Conocidos 2015
Contra la libertad sexual	9.869
Agresión sexual con penetración	1.229
Corrupción de menores o incapacitados	432
Pornografía de menores	748
Otros contra la libertad/indemnidad sexual	7.460

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos del Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2015.
(<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/anuario-estadistico-de-2015>)

Si nos fijamos en ambas tablas, el Ministerio de Interior, recoge 1.229 denuncias por violación, y la Fiscalía 357 expedientes incoados(que se ha iniciado la primera gestión en un proceso judicial). Datos dispares que sólo reflejan una pequeña parte de las violaciones que se producen, las que se denuncian.

De las denuncias presentadas en comisaría por violación, sólo llegan a incoarse en los juzgados un 20%, ¿Qué está pasando? ¿el 80% restante se archivan?, otro capítulo aparte merecen las agresiones sexuales y violencia institucional⁷², un auténtico calvario que sufren las mujeres que se atreven a denunciar.

En cuanto a las agresiones sexuales, la Fiscalía ha abierto diligencias en 5.872 casos, y 6.648 casos de abusos sexuales, mientras que en los datos del Ministerio, estas agresiones y abusos sexuales aparecen invisibilidades en el apartado “Otros”.

Datos Estatal de la Fiscalía -Memoria 2016 (Ejercicio 2015)	Incoados 2015
Contra la libertad sexual	17.335
Agresiones sexuales	5.872
Violación	310
Abusos sexuales	5.236
Abuso sexual con acceso carnal	132
Abuso sexual con engaño	107
Acoso sexual	675
Abuso sexual a menores de 16 años	1.173
Agresión sexual a menores de 16 años	311
Agresión sexual de menores de 16 años con acceso carnal (violación)	47
Otros	3.472

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos de la memoria de la Fiscalía 2016.
(https://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/FISCALIA_SITE/index.html)

⁷² <http://www.feministas.org/agresiones-sexuales-y-violencia.html>

⁷³ <http://violadasyexpulsadas.org/img/informe.pdf>

No hay datos de la violencia sexual contra las personas trans, la mayoría optan por no denunciar, principalmente por el trato que reciben y porque muchas si son migrantes sin papeles saben que les puede costar su expulsión como recoge el informe *Violadas y Expulsadas*⁷³, en teoría, cuando una mujer extranjera sin papeles va a comisaría a poner una denuncia, se debe tramitar su orden de expulsión o gestionar la propia expulsión en el caso de que ya exista un expediente, denuncia el informe. En la práctica, no lo hacen, pero la desconfianza y el miedo echa atrás a las víctimas.

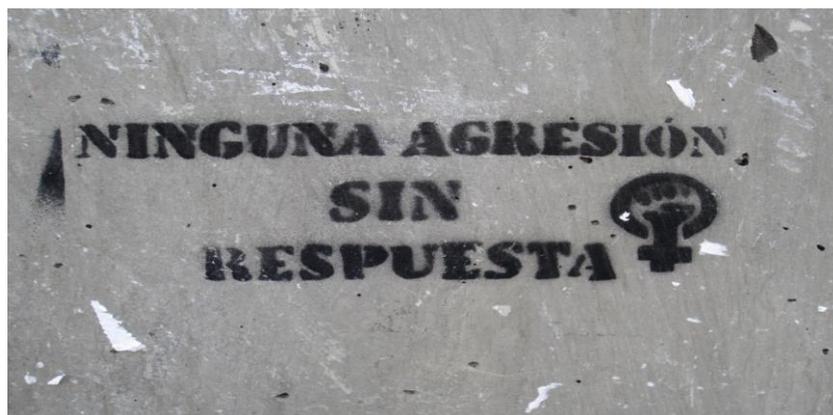
En el protocolo del Hospital la Paz, en Madrid, arroja en los datos del 2008, que la nacionalidad de las víctimas de los 200 casos registrados, se encontró que alrededor del 50% eran extranjeras, siendo en su mayoría de Latinoamérica, y con tendencia al alza.

La Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe en España ha elaborado un informe “El Derecho a una vida libre de violencias”⁷⁴ en el que visibilizan qué tipo de violencia sufren las mujeres migrantes, en los países “desarrollados”, por qué, y qué mecanismos jurídicos, institucionales, las protegen o por el contrario las excluyen de la protección.

Y queremos recoger que recientemente diversas leyes autonómicas en materia de derechos LGBTI* – las aprobadas en Catalunya, Andalucía, Canarias, Extremadura, Madrid y Murcia–recogen que las mujeres trans* pueden acceder a los recursos previstos en la Ley de violencia de género estatal en las mismas condiciones que las mujeres cis, así como a los que contemple la Ley propia sobre violencia machista, en el caso de comunidades que cuenten con una, como es el caso de Madrid. Una vez consolidado este reconocimiento formal, falta que se haga efectivo en la práctica judicial cotidiana⁷⁵

Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015

Por primera vez en el Estado Español se realizó una macroencuesta⁷⁶ de Violencia contra la Mujer en 2015, una serie de preguntas que nos permiten conocer la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja o expareja, con lo que podemos realizar una estimaciones de la violencia sexual que realmente se está produciendo. Hemos tomado como referencia los porcentajes que arroja la macroencuesta y los datos de la población mujeres del Instituto Nacional de Estadística en el Padrón de 2011, de mujeres de 16 y más años, y hallado el número de mujeres que han sufrido violencia sexual en el último año y a lo largo de su vida.



⁷⁴<http://redlatinas.blogspot.com.es/>

⁷⁵<http://www.pikaramagazine.com/2016/11/ley-contra-la-violencia-de-genero-protege-a-las-mujeres-trans/>

⁷⁶http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

Violencia sexual fuera del ámbito de la pareja o expareja

Población mujeres 16 y más años(Ine)	%	Mujeres	Violencia sexual, datos de la macroencuesta, 2015
20.000.000	7,20	1.440.000	El 7,2% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia sexual por parte de alguna persona con la que no mantienen ni han mantenido una relación de pareja en algún momento de su vida.
20.000.000	3,50	700.000	Un 3,5% de las mujeres de 16 años o más sufrió violencia sexual fuera del ámbito de la pareja o de la ex pareja antes de los 15 años.
20.000.000	4,20	840.000	Un 4,2% después de los 15 años.
20.000.000	0,60	120.000	La prevalencia en el último año es del 0,6%

Esta primera tabla arroja que unas **120.000 mujeres han sufrido violencia sexual, en el último año**, fuera del ámbito de la pareja o expareja. Si lo comparamos con los datos de Ministerio de Interior, solo se denuncia menos del 10% de las agresiones sexuales. Llama la atención el número tan elevado de mujeres que antes de los 15 años alguna vez han sufrido violencia sexual.

Violencia sexual datos conjuntos en el ámbito de la pareja o expareja y fuera de la pareja

Población mujeres 16 y más años(Ine)	%	Mujeres	Violencia sexual, datos de la macroencuesta, 2015
20.000.000	13,70	2.740.000	La violencia sexual ha afectado a un 13,7% de mujeres a lo largo de toda su vida.
20.000.000	1,90	380.000	La violencia sexual ha afectado a un 1,9% de mujeres en los últimos doce meses.

Fuente:Elaboración Propia a partir de los datos de la macroencuesta del 2015.

En el último año, **380.000 mujeres han sufrido violencia sexual, más de 1.000 mujeres al día están expuestas a sufrir violencia sexual, en el ámbito de la pareja, expareja y fuera de la pareja.**

Violencia sexual sufrida por mujeres lo largo de toda su vida, si ha sido por algún familiar, conocidos u hombres desconocidos.

Población mujeres 16 y más años(Ine)	%	Mujeres	Violencia sexual, datos de la macroencuesta, 2015
20.000.000	0,30	60.000	El 0,3% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido una violación de algún familiar masculino . Suponen el 23,9% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido una violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.
20.000.000	1,10	220.000	El 1,1% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido alguna otra forma de violencia sexual de algún familiar masculino . Suponen el 17,1% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido alguna otra forma de violencia sexual distinta de la violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.
20.000.000	0,80	160.000	El 0,8% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido una violación de algún hombre conocido . Suponen el 56,5% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido una violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.
20.000.000	2,70	540.000	El 2,7% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido alguna otra forma de violencia sexual de algún hombre conocido . Suponen el 41,2% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido alguna otra forma de violencia sexual distinta de la violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.
20.000.000	0,30	60.000	El 0,3% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido una violación de algún hombre desconocido . Suponen el 18,8% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido una violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.
20.000.000	2,70	540.000	El 2,7% del total de mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido alguna otra forma de violencia sexual de algún hombre desconocido . Suponen el 40,4% de las mujeres de 16 o más años que han sufrido alguna otra forma de violencia sexual distinta de la violación fuera del ámbito de la pareja o ex pareja.

Fuente:Elaboración Propia a partir de los datos de la macroencuesta del 2015.

Del **total de agresores** en el caso de **violaciones, los hombres conocidos o amigos suponen el 46,4% de los agresores**, seguidos de **otro familiar masculino** (cualquier familiar hombre menos el padre) que son el **20%** y los **hombres desconocidos el 18,6%**. **Un 66,4% de los agresores son hombres conocidos.**

Del **total de agresores** en el caso de **otras formas de violencia sexual distintas de la violación**, los más frecuentes son los **hombres desconocidos** que suponen el **39,6%** del total de agresores seguidos de los **hombres conocidos o amigos (31,1%)** y de **otro familiar masculino (12,9%)**.

El 97,5% de los agresores han sido hombres.

En la macroencuesta se echa en falta que no haya desagregado los datos por las tipologías de violencia sexual en el último año. Si así se hubiera hecho se tendrían datos actualizados de la prevalencia de las violaciones en el último año y si han sido agresiones sexuales producidas por medio de la sumisión química, que son, según datos forenses, entorno a un 20% y 30% de los delitos sexuales. A tener en cuenta que el 70% delitos sexuales por sumisión química se produce en menores de 30 años y el grupo de mayor riesgo es el de mujeres entre 15-19 años⁷⁷.

Con los datos que arroja la macroencuesta, vemos lo que las organizaciones feministas ya venían denunciando, que apenas si se denuncia un 10% de las agresiones sexuales, que la mayoría de los agresores son hombres conocidos, y que la violencia sexual fuera de la pareja y expareja en el último año es altísima, **120.000 mujeres han sufrido violencia sexual en el último año, esto es 328 agresiones sexuales al día, 13 agresiones sexuales cada hora.**

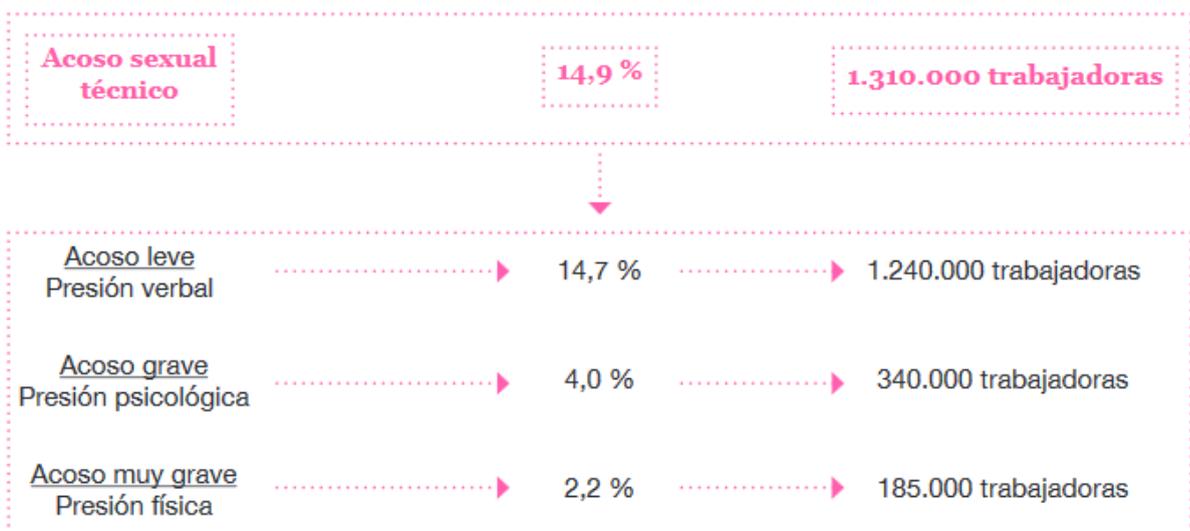
En el último año, 380.000 mujeres han sufrido violencia sexual, más de 1.000 mujeres al día, esto es 43 mujeres a la hora, están expuestas a sufrir violencia sexual, en el ámbito de la pareja, expareja y fuera del pareja.

6.3 El acoso sexual en el ámbito laboral

El último estudio realizado sobre el acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral, es el realizado por el Instituto de la Mujer en el año 2006⁷⁸. A nivel estatal, los resultados del estudio indican que el 14,9% de las mujeres trabajadoras asalariadas en España han sufrido alguna situación de acoso sexual en el último año (acoso técnico). Sin embargo, este porcentaje se reduce hasta el 9,9% entre las que perciben haber sufrido acoso sexual (acoso declarado).

Se define como acoso técnico el padecido en el último año por una trabajadora asalariada en cualquiera de las situaciones definidas como acoso sexual, independientemente de que ella lo considere o no acoso sexual.

Dimensionamiento del acoso sexual técnico en España

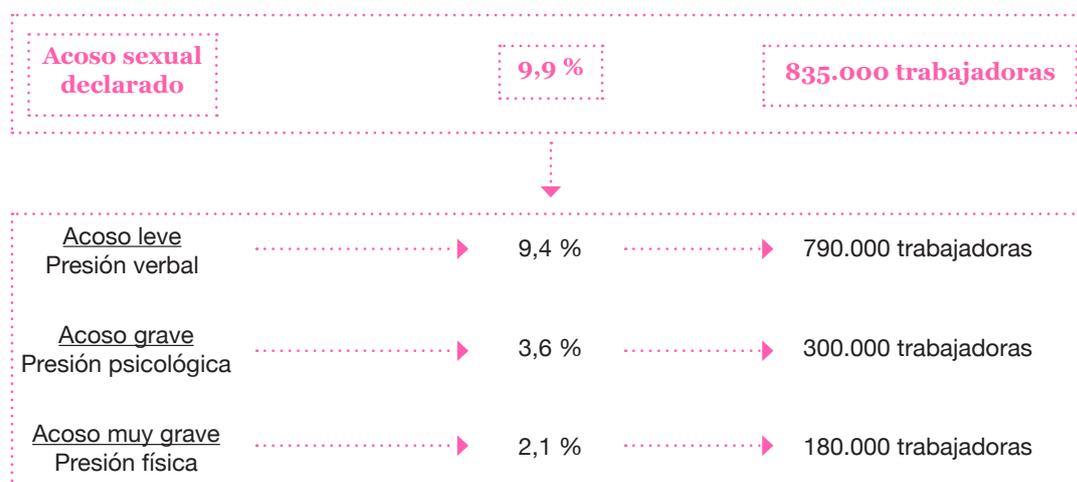


⁷⁷<http://www.publico.es/politica/crece-30-casos-violaciones-ayuda.html>

⁷⁸<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D91FE499-4898-4EDD-AA09->

Como acoso declarado se entienden aquellas situaciones sufridas por una trabajadora asalariada en el último año y que ella las considera como acoso sexual.

Dimensionamiento del acoso sexual declarado en España



Las tablas anteriores muestran la prevalencia del acoso sexual en el ámbito laboral, 1 de cada 10 mujeres han declarado haber sufrido acoso sexual, 835.000 mujeres han declarado haber sufrido acoso sexual⁷⁹. Los datos son del 2006, y en los últimos años se han puesto en marcha protocolos en las empresas, contra el acoso sexual, pero hay poca visibilidad de estos protocolos y sobre todo no hay un observatorio específico que recoja toda esta documentación, buenas prácticas, denuncias, y prevalencia del acoso sexual en el ámbito laboral, así como las medidas que se toman, campañas de denuncias etc.

Según los datos de Inspección de Trabajo y Seguridad Social⁸⁰ del año 2015, han recogido un total de 976 denuncias de acoso sexual, de las cuales tan solo ha habido infracciones sobre 7, el importe de las sanciones propuestas ha sido mínimo en comparación con otras infracciones, y las y los trabajadoras asalariadas afectadas han sido de 576.

En relación al acoso callejero, no hay datos para una evaluación de su prevalencia. Sin embargo el movimiento feminista realiza cada año acciones específicas, como los reclama o toma la noche⁸¹, ocupando las calles por la noche, exigiendo espacios y cuerpos libres de violencias machistas. Algunas acciones específicas por barrios, con pegada de carteles #StopAcoso #StopPiropos #no-mellamonena #NoesNo, y las marchas feministas con el lema “El miedo va a cambiar de bando”⁸².

“La violencia contra las mujeres es real y es simbólica, y la real pasa en muchos lugares, por parte de familiares y gente cercana a la familia, pero también en ascensores, en parques, en descampados, por la noche, por el día... No hablamos de violaciones solo, sino de toda la gradación de interpelaciones desde miradas que nos escanean, palabras que no nos respetan o nos intimidan, que marcan nuestros horarios y nuestros trayectos, actos que nos violentan... Es intolerable que esto suceda. Reivindiquemos el espacio público como propio. Empoderémonos caminando juntas. En los domicilios

⁷⁹ http://www.feministas.org/IMG/pdf/accion_sindical_contra_el_acoso_sexual.pdf

⁸⁰ http://www.empleo.gob.es/its/ITSS/ITSS_Descargas/Que_hacemos/Memorias/Memoria_2015_w.pdf

⁸¹ <http://www.feministas.org/25nov-dona-pren-la-nit-mujer-toma.html>

⁸² <http://www.feministas.org/manifestazioa-4dejulio-gaua-eta.html>
<http://www.feministas.org/manifestacion-nocturna-4-de-julio.html>

de cada uno no podemos hacerlo, hagámoslo en las calles, eso nos empodera a todas, a las que marchan y a las que miran”.(Dona Pren La Nit. Mujer, Toma La Noche, Asamblea de Dones d’Elx)⁸³.

Y para terminar nos parece interesante visibilizar este estudio: ¿La calle es mía?⁸⁴ Poder, miedo y estrategias de empoderamiento de mujeres jóvenes en un espacio público hostil, investigación se desarrolló durante los últimos meses de 2015 y la primera mitad de 2016, donde el análisis se centra en la relevancia que tiene la visibilidad del cuerpo sexuado en la calle y la forma cómo el patriarcado condiciona tanto las prácticas como la experiencia de estos .

6.4 Conclusiones y propuestas

- Urgen cambios en la ley para garantizar la protección, justicia y reparación a las mujeres, a todas las mujeres, a las que denuncian y a las que no, a las migrantes con y sin papeles, a las trabajadoras sexuales, a las jóvenes “menores de edad”; su acceso a servicios y recursos públicos, a la prevención, a la educación y a la laicidad⁸⁵.
- Las respuestas a nivel de las instituciones encargadas de la atención son fragmentadas, muchas veces desconocidas por las víctimas. Las respuestas a nivel de información y prevención son escasas y la educación en la eliminación de estereotipos para un cambio en el modelo cultural, es inexistente.
- Hay una evidente falta de respuesta institucional que siguen en la autocomplacencia y están cómodas, se sigue tratando como un problema de carácter policial y asistencial, sin atender a las causas estructurales, se habla de la violencia contra las mujeres, como si fuera un desastre natural ante el que no se puede hacer nada, las mismas instituciones que se echan las manos a la cabeza cuando hay violencia directa, son las responsables de las políticas que se están desarrollando desde lo social y lo económico (todas) y que están diseñadas para que todo siga igual, en ningún modo pensadas para cambiar lo estructural.
- Exigimos que los planes de acción y medidas que se tomen, vayan acompañados de una dotación presupuestaria.
- Revisión de la Ley 35/1995, de 11 de Diciembre, de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual, para esclarecer por qué no se conceden las ayudas previstas para víctimas de violencia sexual y abordar su modificación.
- Revisión de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre ya que el concepto de violencia de género como ejercida solo por parejas o ex parejas, excluye las otras formas de violencia que se ejercen contra las mujeres.

⁸³ <http://www.feministas.org/25nov-dona-pren-la-nit-mujer-toma.html>

⁸⁴ Emakunde Instituto Vasco de la Mujer. ¿La calle es mía? Poder, miedo y estrategias de empoderamiento de mujeres jóvenes en un espacio público hostil <http://www.feministas.org/la-calle-es-mia.html>

⁸⁵ <http://www.feministas.org/acabar-con-la-violencia-machista.html> <http://www.feministas.org/manifestacion-nocturna-4-de-julio.html>

- Es imprescindible conocer la incidencia o prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres, bien a través de estudios, y clarificando las denuncias proporcionando una desagregación de estas con la realidad de las diferentes tipos de violencia sexual.
- Garantizar la atención en todos los hospitales a las mujeres víctimas de agresiones sexuales, sin necesidad de interponer denuncia para que reciban la asistencia sanitaria adecuada, revisiones forense etc., para que puedan tomarse su tiempo en si quiere interponer denuncia o no.
- Necesidad de adoptar una perspectiva de empoderamiento y de derechos humanos, en la atención integral a mujeres que sufren violencia sexual, desde los recursos que existen es lo que falla muchas veces.
- Evaluar y actualizar los protocolos específicos de Agresiones Sexuales, formación y seguimiento de todos los agentes implicados en la atención.
- Garantizar la intimidad en los espacios de atención a las mujeres víctimas de agresiones sexuales en los distintos servicios, estableciendo ambientes adecuados que consideren la situación de vulnerabilidad de las víctimas, que la reparación del daño en la medida en la que sea posible, se haga de inmediato y con independencia del proceso penal.
- Proporcionar información rápida y completa, con un mapeo de recursos y apoyo para las víctimas. Difundir ésta información en campañas permanentes.
- Implementar un observatorio de violencia sexual y acoso callejero y laboral, que recoja las denuncias, atención personalizada, y sin tener que poner denuncias en la policía.
- Interpelar a la sociedad para que reaccione, ante la impunidad social de la violencia machista, el silencio cómplice, la justificación del control de baja intensidad sobre las mujeres, la falta de apoyo, solidaridad y protección.

Capítulo 7: Atención en salud sexual y salud reproductiva

Capítulo 7: Atención en salud sexual y salud reproductiva

“Oli, oli, ola, el feminismo triunfará; derecho a nuestros cuerpos y a la libertad sexual”.

Como consecuencia de las reformas en el Sistema de Salud y en la cobertura que se presta a una ciudadanía que ha sido también cercenada, con la limitación a las personas residentes de derecho – y no de hecho- se ha roto con la universalidad de la prestación que asegura el bienestar integral de la población en materia de salud. El efecto es tangible al constatar las diferencias de criterio y de comportamiento adoptadas desde la red sanitaria de las diferentes comunidades autónomas, que tienen transferidas las competencias en atención a la salud.

Entendiendo la salud como un bienestar integral y al Estado como agente garante del acceso universal e igualitario al conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar y la salud plena, la negación de este derecho a una parte de la población implica una discriminación directa, la inequidad y la promoción de la exclusión y el empobrecimiento social, además de un problema de salud pública.

En este apartado vamos a profundizar en varias cuestiones para evaluar qué atención en salud sexual y reproductiva en varias demarcaciones territoriales, empezando por la calidad de los servicios, y siguiendo con el acceso a los anticonceptivos, las discriminaciones en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva, para terminar con una valoración general de la realidad actual.

7.1 Dónde y con qué calidad se atiende la salud sexual y reproductiva

En **País Vasco**, el sistema sanitario presta atención desde las áreas de Medicina Primaria en las consultas de médicas y médicos de familia y matronas, en las áreas especializadas como Ginecología y Tocología, y en centros específicos (como los Módulos Psicosociales)⁸⁶ y algunos centros de Planificación Familiar adheridos al Servicio Vasco de Salud.

En el caso de **Castilla y León**, se ofrece atención igualmente desde las áreas de Atención Primaria (donde se facilita la píldora del día después) y en unos pocos Centros de Planificación Familiar (quedando varias provincias descubiertas de este servicio)⁸⁷. Añadido a esto, la Consejería de Sanidad de Castilla y León ha derivado y externalizado el servicio de asesoramiento en salud sexual y reproductiva orientada a chicas y chicos, corriendo a cargo del Comité AntiSida de Zamora durante los años 2016 y 2017⁸⁸, ésta organización se centra en proporcionar charlas y formaciones dirigidas a la población en general en prevención de enfermedades e infecciones (como la lipodistrofia)⁸⁹.

⁸⁶ En Bilbao, en concreto, hay tres centros cada uno en un barrio de la ciudad: La Vieja, Rekalde y San Ignacio.

⁸⁷ Centro de Planificación Familiar de León, Centro de Orientación Familiar de Ávila y Unidad de Atención a la Mujer de Burgos (sólo hay un teléfono de atención). En Las provincias de Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora no hay centros específicos.

⁸⁸ Orden, con fecha 13 de abril de 2016, para la adjudicación de la contratación del servicio de asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva orientada a los chicos y chicas jóvenes residentes en Castilla y León.

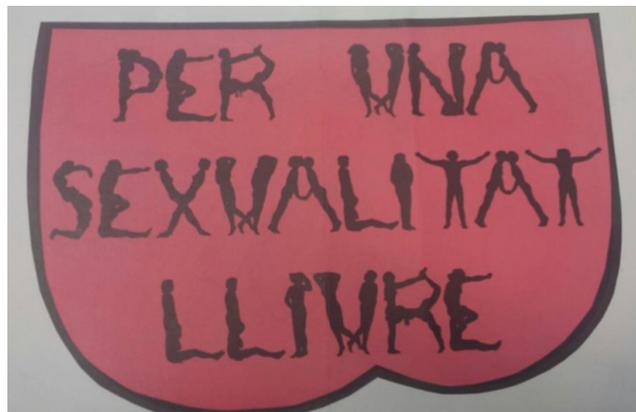
⁸⁹ Facilitan ayudas y asesoramiento jurídico y psicológico.

En **Andalucía**, desde las y los profesionales de Atención Primaria prestan atención en salud sexual y reproductiva, y los Centros Especializados, en enfermedades de transmisión sexual. De manera más concreta, la atención se da en los hospitales mediante las ramas de Ginecología y de Urología.

Los cambios realizados en el ámbito de la Planificación Familiar (PF), en Andalucía, han dado lugar a una diversidad de situaciones que, en conjunto, suponen un deterioro de la atención prestada. Esa diversidad contribuye a generar desconcierto entre la población que, en numerosas ocasiones, desconoce quién, dónde y cuándo se presta este tipo de servicio.

Esto no es de extrañar si recordamos que de los centros de planificación familiar se pasó a las consultas programadas (donde el profesional contaba con más tiempo para la consulta) y de éstas a las consultas a demanda. La filosofía de estos cambios era normalizar la atención a la anti-concepción, integrándola en los procesos cotidianos.

Otro cambio importante supuso el pasar de ser atendidas por médicos de atención primaria especializados, a serlo por todos los médicos de atención primaria (AP). Pero, hace más de 20 años que no se revisa la situación y poco a poco la atención a la salud sexual y reproductiva (SSyR) ha sido desterrada de los objetivos del SAS.



Parece que la PF es el 'patito feo' de la medicina y del SAS. No cuenta ni con tiempo, ni con profesionales especializados, ni con recursos específicos. Parece que se espera que la planificación familiar se haga en colaboración con el sistema educativo, con pequeñas aportaciones del sistema sanitario (modelo Forma Joven: cuentan con protocolos de actuación en anticoncepción de urgencia, prevención de enfermedades de transmisión sexual y atención a embarazos no deseados⁹⁰). Sin embargo, se insiste en la intención de bajar las tasas de aborto y se sabe que, para ello, la formación es tremendamente importante.

En el Ayuntamiento de **Madrid**, los Centros de Madrid Salud⁹¹ tienen competencias preventivas y de promoción de la salud; en algunos casos, asistenciales. Las actuaciones cubren a la totalidad de la población pero están especialmente dirigidas a las mujeres menores de 24 años y colectivos de mayor vulnerabilidad: personas con discapacidad/es, personas en situación de prostitución, personas con VIH, Comunidad Gitana, Comunidad Rumana, asociaciones de mujeres migrantes, centros de jóvenes, menores en centros de acogida... Las y los profesionales de la sanidad que prestan estos servicios cuentan con unos criterios/directrices del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, pero no con protocolos homogéneos que unifiquen criterios para todos los centros y todas las áreas médicas.

⁹⁰ Para más información ver: FPFE (2016): El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. FPFE. Madrid. (p. 17-19)

⁹¹ Hay 16 centros en el área metropolitana.

⁹² FPFE (2016), p. 17-19.

La red de atención catalana está conformada por Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) dentro de los equipos de Atención Primaria, además de los 46 hospitales de referencia con especializaciones en obstetricia y ginecología; esto es gracias al Plan Estratégico de Ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la Generalitat de Catalunya⁹².

Para finalizar, de las 15 CCAA de las que se ha obtenido información acerca de los programas de formación para profesionales en materia de anticoncepción, sólo los equipos de Andalucía, Asturias, Aragón, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura y Madrid han recibido acciones formativas y de reciclaje en los últimos 3 años. Por ejemplo, en Andalucía, los equipos de Atención Primaria⁹³ han tenido acceso al “Curso de formación para formar a formadores de AP en salud sexual y reproductiva” durante los años 2012-2014. En Cataluña, las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) tienen programas de formación continuada en métodos contraceptivos; y en Madrid, hay cursos presenciales sobre contracepción para los departamentos de Atención Primaria. Esto nos lleva a pensar que, si las profesionales y los profesionales de los servicios públicos no tienen formación continua, difícilmente la atención que reciben las usuarias estará ajustada a sus realidades y necesidades.

7.2 El acceso a los anticonceptivos las distintas zonas del estado español

De lo descrito en la Ley 2/2001 se desprende que los anticonceptivos, junto con otras medidas, son la forma más efectiva de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, y garantiza el acceso a los medicamentos, técnicas y métodos cubiertos por la cartera de servicios de la Sanidad. Los recortes plasmados en los decretos de 2012 relativos a la asistencia sanitaria, el número de medicamentos financiados se ha visto notablemente reducido y deja fuera a una parte importante de la población: las personas migrantes en situación administrativa irregular.

De manera más concreta, hablando de normativas y programas específicos de anticoncepción, hay 9 CCAA que tienen alguna normativa o algún plan que guía específicamente las actuaciones en materia de contracepción: Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra. Hay 7 CCAA que no disponen de ningún tipo de normativa: Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, La Rioja, Madrid. De la situación en País Vasco, Ceuta y Melilla se desconoce actualmente si hay normativa, programa o estrategia en la materia⁹⁴.

El estudio realizado por la Sociedad Española de Contracepción muestra respecto a la elección de método que el preservativo es más utilizado (28,4%), especialmente entre las mujeres de 15 a 29 años, seguido de la píldora (21,7%), sobre todo entre mujeres 20-39 años; un 7,8% de las personas recurren a la vasectomía y ligadura de trompas⁹⁵. Sin embargo, siendo el preservativo el método más usado, no está incluido en la cartera de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud ni se facilita en los servicios de salud, más que por medio de acciones esporádicas y fundamentalmente relacionadas con la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

⁹² FPFE (2016), p. 17-19.

⁹³ Ídem, p. 25-26.

⁹⁴ Ídem, p. 17-19.

⁹⁵ Sociedad Española de Contracepción (2016); Encuesta de anticoncepción en España

La mayor parte de los métodos anticonceptivos no son 100% accesibles desde el punto de vista del coste (coste 0 para las usuarias y los usuarios) ni hay que seguir el mismo procedimiento/itinerario para obtenerlos, como veremos a continuación.

En **País Vasco**, preservativos femeninos, masculinos y diafragmas no están incluidos en la cartera de la Sanidad Pública; pudiendo ser adquiridos en las farmacias, el precio total deberá ser asumido por la persona que los utiliza. Los métodos hormonales, requieren prescripción médica y están financiados parcialmente, a excepción del anillo vaginal. Los dispositivos intrauterinos y las distintas formas de esterilización voluntaria son de acceso gratuito por medio de las consultas médicas.

En relación a la compra de la “píldora del día después”, que no está financiada por la sanidad vasca, no hay muchas dificultades para acceder a ellos; podemos encontrarnos con algunas de las llamadas farmacias objetoras de conciencia, pero, en general, son accesibles y tienen un precio de 20€. Si bien es cierto que en algunos centros de salud y de urgencia de Osakidetza se pueden dispensar en algunas ocasiones, esta práctica es desigual y depende de la beneficiaria; lo común es que se remita a las farmacias para su adquisición.

Pasando a ver la realidad en **Castilla y León**, el Sistema Sanitario garantiza la accesibilidad al anticonceptivo de emergencia, de manera universal y asegurando la confidencialidad; pueden ser prescritos en los Centros de Atención Primaria principalmente, seguidos de los Centros de Urgencia y van acompañados (deberían) de información escrita acerca de los métodos anticonceptivos y de las alternativas en caso de fallo o no utilización de método de protección⁹⁶. Del mismo modo, la “píldora del día después” también puede adquirirse en farmacias sin necesidad de prescripción médica por unos 18€ (concretamente la PDD).

En **Andalucía**, los métodos que están financiados son el implante subcutáneo, el dispositivo intrauterino y los anticonceptivos orales; todos ellos suponen un coste cero para las mujeres cuando son facilitados por los centros sanitarios o si se cuenta con prescripción facultativa. Relacionado con la píldora anticonceptiva de emergencia, no se ha accedido a información suficiente para determinar si existen muchas barreras en su obtención ni si hay un gran número de farmacias que se hayan declarado objetoras a su venta. Afortunadamente, tanto los centros de salud como los servicios de urgencias de los hospitales las dispensan.

Lentitud en la provisión de algunos métodos anticonceptivos en teoría, para obtener un método anticonceptivo hormonal, el tiempo de espera se calcula, es inferior a 2 meses. La obtención del DIU a través de atención primaria necesita entre 1 y 2 meses. Si se necesita pasar al segundo nivel (en el caso de que el propio médico no ponga el DIU) de 1 a 2 meses se añaden a los 2 primeros (hay que acudir primero a atención primaria), es decir, 4 meses de proceso en total (en el mejor de los casos). En cuanto a los métodos irreversibles, legalmente la lista de espera debe ser inferior a 2 meses. Pero la gente no conoce este derecho y el tiempo de espera es superior.

En la **Comunidad de Madrid**, no se facilitan todos los tipos de métodos anticonceptivos puesto que no todos están cubiertos por el Sistema Sanitario Público, pero sí la información y la receta (si precisa) para que sea la usuaria que realice la compra. Las píldoras anticonceptivas cuentan con financiación pública, siendo accesibles por medio de los servicios de Atención Primaria o en las farmacias directamente (con un precio que oscila entre los 3 y lo 10€).

⁹⁶ La anticoncepción de emergencia se facilita cuando no se ha usado método contraceptivo durante un coito de riesgo, cuando el uso ha sido incorrecto o ha fallado, o cuando se ha producido un abuso sexual o una violación.⁹³ Ídem, p. 25-26.

Aunque los servicios sanitarios realizan la colocación del DIU (no de los especiales), sólo se cubren económicamente para las mujeres que no pueden costearlo (50-120€). En relación a métodos quirúrgicos como la ligadura de trompas o la vasectomía, se derivan a especialistas.

Con respecto a la píldora post-coital, desde la sanidad madrileña se dispensa gratuitamente (financiada por el **Ayuntamiento de Madrid**) a los grupos que se ha definido como en situación de vulnerabilidad; su demanda se ha reducido debido a que se puede adquirir directamente en las farmacias y se ha convertido en la práctica habitual al no requerir receta médica. Hay algunas farmacias en Madrid que no la venden pero, en general, no hay problema para comprarla.

7.3 ¿Existe atención universal en salud sexual y reproductiva?

No existe atención universal en el Estado español: la legislación estatal restringe el acceso a las tarjetas sanitarias a aquellas personas que estén nacionalizadas y/o tengan permiso de residencia; esto implica que las mujeres migrantes sin papeles no tienen acceso a la tarjeta sanitaria del lugar donde residen de facto y, por lo tanto, no tienen derecho a las prestaciones públicas en materia de salud.

En relación a población en **País Vasco**, todas las mujeres embarazadas tienen atención y asistencia sanitaria general y de urgencia desde el inicio de la gestación. Las mujeres migrantes sin papeles pueden encontrarse con barreras en el acceso a las consultas programadas; sin embargo, las direcciones de los centros de salud suelen proveer de servicios tanto a las mujeres con papeles como a las que no los tienen.

En **Andalucía** se atiende igualmente a todas las mujeres, independientemente de su situación administrativa.

Referente a **Castilla y León**, igualmente la atención está limitada igual que en el resto del Estado, entrando en confrontación con otras normativas que establecen la integración en igualdad de oportunidades. La problemática en esta comunidad se agrava al no existir asociaciones ni organizaciones para la atención a personas “sin papeles”, quedando la prestación de servicios sanitarios a la voluntad de profesionales (sin presión de agentes sociales)⁹⁷.

En la **Comunidad de Madrid**, conocemos que se prestan servicios de atención en salud sexual y reproductiva atendiendo a distintas características. 3 de los 16 Centros de Madrid Salud ofrecen información y atención especializada a mujeres prostitutas; en los centros de Vallecas, San Blas y Carabanchel se hace intervención específica con mujeres pertenecientes a la Comunidad Gitana, y en el Centro de Salud de Tetuán con mujeres rumanas. En relación a las personas trans, en Madrid está operativo un programa de asesoría sexual, para orientación y defensa de sus derechos a una atención especializada sin discriminación.

⁹⁷ No se conocen los datos concretos de los centros públicos en los que se facilita o se deniega asistencia gratuita en salud sexual y reproductiva a las mujeres sin tarjeta sanitaria.

En relación a las jóvenes y los jóvenes, parece que no tienen una gran tendencia a acudir al centro de salud para estas cuestiones; el Centro Joven ubicado en el Centro Madrid Salud del Distrito Centro-Moncloa da cobertura a todo Madrid desde la perspectiva de la difusión de la información y el empoderamiento para la toma de decisiones acerca de la propia salud sexual y reproductiva.

7.4 Conclusiones y propuestas

- Como se ha podido ver, la atención en salud sexual y reproductiva, así como la accesibilidad de los distintos métodos contraceptivos tienen a ser deficientes en todo el Estado. Es preocupante que no existan criterios de homogeneización dentro de las propias Comunidades e incluso de las Provincias de una misma comunidad; que en muchas ocasiones la atención dependa de la voluntariedad de la/el profesional de turno o de la dirección del centro.
- En los últimos años hemos visto cómo varios aspectos de los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las mujeres han empeorado. Entre ellos encontramos el espaciamiento en las pruebas de seguimiento ginecológico, que han pasado de ser anuales a alargarse más en función de la edad de la mujer. También apreciamos que las mamografías se empiezan a realizar en edades muy avanzadas (a menos que tengas antecedentes familiares de cáncer de mama); en el caso concreto del País Vasco, mientras que vemos que la incidencia del cáncer de mama afecta a mujeres menores de 45 años, no se realizan diagnósticos iniciales de control hasta una edad más avanzada (50 años).
- La Ley de Integración de los Inmigrantes en la Sociedad de Castilla y León⁹⁸ promueve y garantiza la integración de las personas inmigrantes en igualdad de oportunidades y en todas las esferas de la vida; sin embargo, en lo tocante al acceso a la salud, genera una clara desigualdad, discriminación y vulneración de derechos de partida si no cuentan con “papeles” (vecindad administrativa).
- La sanidad madrileña no cuenta con acuerdos y uniformidades en la atención y coordinación de esta parte de la salud; existen grandes diferencias en las actuaciones e intervenciones en función de si el hospital es público o concertado. Parece ser además que los hospitales están infradotados y por las deficiencias en coordinación entre áreas y centros se generan listas de espera excesivas (se pueden dar casos en los que las pacientes esperan hasta 5 años para una ligadura de trompas).
- En general, vemos que muchos colectivos tienen distintas barreras de acceso a los servicios, las coberturas son desiguales tanto entre comunidades autónomas como dentro de las mismas y no suele haber protocolos que guíen y permitan la homogeneización de las actuaciones por parte de los distintos equipos de profesionales.
- Consideramos que la salud sexual y reproductiva es un derecho universal y, por lo tanto, no puede ser limitado por tener o no el certificado de empadronamiento.

⁹⁸ Ley 3/2013, de 28 de mayo, de Integración de los Inmigrantes en la Sociedad de Castilla y León, modificada por la Ley 5/2014, de 11 de septiembre, de medidas para la reforma de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Anexos

Anexo I: Referencias Bibliográficas

- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas (2011): Situación actual de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Intervención Voluntaria de Embarazo en el Estado español, tras año y medio de aplicación. <http://www.feministas.org/situacion-actual-de-la-nueva-ley.html>
- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas (2007): Interrupción voluntaria del embarazo. <http://www.feministas.org/estudio-sobre-la-interrupcion.html>
- Federación de Planificación Familiar Estatal (2016): El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). Madrid.
- Gómez Zapiain, Javier; Ortíz Barón, María José; y Eceiza Camarero, Amaia (2013): Sexualidad en adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Donostia-San Sebastián.
- Rodríguez Sierra, Nieves (2015): Haurdunaldiaren Borondatezko Etendura Euskal Autonomia Erkidegoan 2014 / Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2014. Departamento de Salud, Gobierno Vasco.
- Junta de Castilla y León (2015): La Mujer en Cifras 2014. Junta de Castilla y León.
- Junta de Andalucía (2015): Interrupción Voluntaria del Embarazo. Andalucía 2005-2014. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Andalucía.
- ACAI (2014): Estudio comparativo del método farmacológico e instrumental en la interrupción del embarazo. Percepción de las usuarias antes los métodos. ACAI. Madrid.
- Mujeres en Cifras, Servicio de Estadísticas del Instituto de la Mujer. <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Ministerio de Sanidad estadísticas IVE. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm
- IVE País Vasco “Informe de IVEs 2014 en la CAPV” emitido por Osakidetza [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20IVEs%202014%20lunes%20\(1\).pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20IVEs%202014%20lunes%20(1).pdf)
- Dossier Aborto 2013-Derecho a nuestros cuerpos de la Asamblea por el Derecho al Aborto de Navarra http://www.feministas.org/IMG/pdf/dossier_aborto2013_asamblea_aborto_navarra.pdf

- Asamblea de Mujeres Yerbabuena-Córdoba 2013 Dossier Aborto.
<http://www.feministas.org/dossier-aborto-asamblea-de-mujeres.html>
- Plataforma de Mujeres Ante el Congreso 2012 Guía informativa sobre interrupción voluntaria del embarazo: <http://www.feministas.org/guia-informativa-sobre.html>
- Feminismos Sol 2013. Dossier sobre el Derecho al Aborto.
<http://madrid.tomalaplaza.net/files/2013/09/dossierabortodefinitivo2M.pdf>
- Memoria Fiscalía 2016 (Datos de 2015):
https://www.fiscal.es/memorias/memoria2016/FISCALIA_SITE/index.html
- Memoria Ministerio de Interior 2015 (Datos 2015):
<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/anuario-estadistico-de-2015>
- Estudio cualitativo exploratorio realizado en la Comunidad Autónoma de Euskadi, “Agresiones sexuales, cómo se viven, cómo se entienden y cómo se atienden”
<http://www.feministas.org/agresiones-sexuales-como-se-viven.html>
- Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe en España :El Derecho a una vida libre de violencias desde la perspectiva de la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe en España.
<https://drive.google.com/file/d/0Bwp-GKktzQtnWkwtbWY2dXZpZjA/view>

Anexo II: Fechas clave en la lucha del Movimiento Feminista por el derecho al aborto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **1979: Elecciones municipales.**

En las plataformas reivindicativas del movimiento aparece ya claramente:

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

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

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

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

En 1979 se da a conocer el procesamiento, en Bilbao, a 10 mujeres y un hombre acusados de la práctica de abortos. A iniciativa de la Asamblea de Mujeres de Bizkaia, el movimiento feminista del Estado español inicia una campaña por el sobreseimiento del juicio, la amnistía para las 11 mujeres de Bilbao, el aborto libre y gratuito. En el año 1982, por fin, se realiza

el juicio y en la práctica supone la absolución de todas las mujeres. Durante esos años el movimiento despliega una intensa actividad logrando generar un debate social y poniendo el aborto en la agenda pública.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **1985: Jornadas Feministas Estatales.**

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

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

La campaña “Estamos haciendo abortos”, organizada por la coordinadora estatal de organizaciones feministas, en la que se hace público en diferentes ruedas de prensa simultáneas (Barcelona, Oviedo, A Coruña, Bilbao, Pamplona, Madrid, Tarragona, Cantabria) la práctica de abortos por parte de grupos feministas, como forma de denuncia de la situación y los límites de la ley.

En Diciembre de este mismo año se celebra en Madrid, organizado por la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, el “tribunal contra las agresiones al derecho al aborto” con la participación de 3000 mujeres. Se publican los testimonios, las conclusiones y el veredicto del tribunal.

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

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

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

- **1990: Juicio de Pamplona.**

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

- **2000: Jornadas feministas estatales.**

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

- **2007: Redadas contra clínicas.**

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

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

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

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

- **2008: Manifestación por el derecho al aborto.**

- **2009 Manifiesto de la Plataforma de Mujeres ante el Congreso.**

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

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

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

- **2011: Presentación del informe:**

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

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

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

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

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

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

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

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español
C/ Bravo Murillo 4-local 28015 Madrid
<http://www.feministas.org>

Apoya
colala
Fondo de Mujeres

♀ Coordinadora Feminista
Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas