



Acelerando la Igualdad de Género

LA PALANCA DE
LOS DERECHOS
SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS

PROPUESTAS DE
IMPLEMENTACIÓN
EQUITATIVA Y NO
DISCRIMINATORIA
DE LOS **DERECHOS
SEXUALES** Y
REPRODUCTIVOS

ÍNDICE



1. Introducción.
2. Los principales retos de salud sexual y reproductiva entre las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní.
3. PROPUESTA: La ruptura del silencio social respecto a la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes.
4. PROPUESTA: La mejora de las respuestas institucionales a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes.
5. PROPUESTA: El perfeccionamiento de la atención sanitaria a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes.
6. PROPUESTA: La promoción de la formación de los distintos profesionales para garantizar la mejor respuesta asistencial.



7. **PROPUESTA:** La mejora del conocimiento de las sinergias entre los avances en igualdad y la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes.
8. **Bibliografía.**
9. **Declaración de autoría y agradecimientos.**





1. Introducción

Los principales retos y problemas priorizados en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030 para España y en relación con la igualdad de género están descritos en el Reto País 3 - Cerrar la brecha de género y poner fin a las discriminaciones mediante la política aceleradora de mejora sustancial de la salud sexual y reproductiva, dando prioridad a los derechos sexuales y reproductivos y a la autonomía del propio cuerpo.

España se sitúa (2023) en la posición 18 del ranking mundial en la que se mantiene estable a lo largo de los tres últimos años según el Índice Global de la Brecha de Género publicado por el Foro Económico Mundial. Este Índice combina los resultados de cuatro subíndices como son: a) Participación Económica y Oportunidades, b) Logros educativos, c) Salud y Esperanza de Vida y d) Empoderamiento Político. Por otra parte, el Gender Equality Index (2023) que combina la puntuación de las desventajas en las dimensiones de salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral sitúa nuestro país en 76,4 puntos sobre 100 lo que nos coloca en cuarta posición y por encima de la media de la Unión Europea



aunque si contemplamos únicamente el ámbito de la salud hemos retrocedido a la sexta posición.

La Encuesta de Anticonceptivos en España (2022) que reporta los hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos y que viene realizando la Sociedad Española de Anticoncepción en la población de mujeres de 15 a 49 años nos informa que el 86,8% de mujeres ha mantenido relaciones sexuales siendo la edad media de inicio los 18,3 años aunque en la cohorte de 15 a 19 años es a los 16,2 años. La media de parejas sexuales anuales ha sido de 1,4 y el 31,4% de las mujeres han tenido que recurrir a la toma de la píldora del día después destacando entre estas consumidoras un 37,3% que no conviven con su pareja estable, así como las usuarias habituales del anillo vaginal (40%) y del preservativo (36%).

La ausencia de uso de métodos anticonceptivos se da con bastante frecuencia en un 24,9% de mujeres y casi nunca en un 20,2%. Este fenómeno es más habitual en el caso de mujeres que conviven con su pareja y entre las de nacionalidad española.



El 62,2% de las mujeres han acudido a algún servicio sanitario para que les indique el método anticonceptivo más idóneo para su caso aunque esta cifra acusa un descenso respecto a años anteriores. El comportamiento de no acudir a alguna consulta médica para planificar el uso de métodos anticonceptivos no muestra diferencias sensibles en función del nivel de estudios, pero si en función de la nacionalidad, los ingresos y la situación de pareja.

El 75,7% de las mujeres en edad fértil utiliza actualmente algún método anticonceptivo lo que supone un aumento respecto a encuestas realizadas en años anteriores y, aun cuando la ausencia de uso de anticonceptivos asciende a medida que aumenta la edad de las mujeres.

El preservativo continúa siendo el método anticonceptivo más utilizado (35,7%) seguido por la píldora oral (17%) y atendiendo a otro tipo de desglose, el 35,7% de las mujeres utiliza métodos de barrera, el 22,5% métodos hormonales y el 6,7% alguna modalidad de DIU. Casi el 37% de mujeres utilizan el método anticonceptivo de elección por iniciativa propia sin haber pasado por ningún prescriptor sanitario, aunque es el valor más bajo de los últimos años.



Las mujeres en riesgo de embarazo no deseado son aquellas que, pudiendo tener hijos, no quieren tenerlos en ese momento y mantienen relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo y, en la actualidad, suponen un 26,6% del total de mujeres en edad fértil que no usan anticonceptivos.

Por último, cabe señalar que siendo el preservativo el método anticonceptivo más usado, un 32% de las mujeres realizan un uso errático o inconsistente del mismo y un 29,1% un uso incorrecto pues se coloca una vez iniciada la relación coital.

Los datos procedentes del Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos (INE, 2022) muestran que el indicador coyuntural o sintético de fecundidad se situó en 1,16 siendo el valor más bajo desde el año 2000 y continuando el declive desde 2018. El número medio de hijos de madres españolas fue un 1,12 y el de madres extranjeras fue un 1,35. La tasa nacional de natalidad fue de 6,88 siendo de 6,03 entre las mujeres españolas y de más del doble entre las mujeres extranjeras, 13,01. En ambos casos la más baja desde el año 2000.

El indicador que mejor refleja los profundos cambios que se están produciendo en la fecundidad en España es la edad de la



madre en el momento del nacimiento del primer hijo que fue de 31,57 años en 2022, siendo 32,20 años entre las españolas y 28,53 años entre las extranjeras. En todos los casos se registra una tendencia a retrasar la edad de la madre y en la última década el número de nacimientos de madres de 40 o más años ha crecido un 19,3%.

En 2022, se practicaron 98.316 interrupciones voluntarias del embarazo en España, un 9% más que en el año 2021, siendo la tasa de aborto por cada 1000 mujeres en edad entre 15 y 44 años de 11,68. La Dirección General de Salud Pública apunta que este dato es acorde con las fluctuaciones de las tasas entre el 10 y el 12 por mil de los últimos años y una vez terminada la pandemia se ajusta a los parámetros de la última década. El 91,23% de los abortos tuvieron lugar sin que las mujeres tuvieran que ser informadas por ningún facultativo y solo dependieron de su propia decisión. Las Comunidades Autónomas que registraron las tasas más elevadas en relación con la media española fueron Cataluña (14,87) y Comunidad de Madrid (12,89). El perfil mayoritario de las mujeres que recurrieron al aborto fue: españolas convivientes en pareja con hijos, con niveles de educación secundaria o más bajos,



trabajadoras por cuenta ajena, sin ningún aborto voluntario anterior y que no usaban métodos anticonceptivos o usaban métodos de barrera.

La última Encuesta de Fecundidad realizada por el INE en 2018 se dirigió a un conjunto de personas de ambos sexos de 18 a 55 años que residían en viviendas familiares en España con el objetivo de identificar los factores determinantes de la fecundidad actual, reciente y esperada para el futuro así como los condicionantes de tener hijos o de no tenerlos y los motivos que llevan al retraso de la maternidad y de la paternidad. Entre los resultados descriptivos cabe destacar que en el momento de la encuesta: a) las mujeres menores de 30 años que habían tenido hijos suponían un 11,9% y los hombres de la misma franja de edad un 4,9%, b) las mujeres que deseaban tener hijos eran un 87,7% y los hombres un 84% y c) las mujeres que habían tenido menos hijos de los deseados un 21%.

Entre las mujeres que reconocían tener menos hijos de los deseados los motivos más importantes y con mayor incidencia fueron los motivos laborales o de conciliación de la vida familiar y laboral y las razones económicas y los hombres



manifestaban motivos parecidos aunque señalaban en mayor porcentaje que las mujeres que todavía querían tener más hijos.

Por otra parte, entre las mujeres que habían tenido su primer hijo más tarde de lo que consideraban ideal, los motivos más importantes y con mayor impacto fueron porque no tenían una relación sentimental estable, las razones laborales o de conciliación de la vida familiar y laboral y porque no se sentían preparadas para la maternidad y los hombres manifestaban motivos parecidos aunque señalaban con más frecuencia las razones económicas. El 57,15% de las mujeres y el 55,31% de los hombres tenían intención de tener hijos en los próximos tres años siendo el motivo más frecuente que los hijos siempre habían estado presentes en su proyecto de vida. En este grupo cabe señalar que un 54,56% de las mujeres de 45 años o más manifestaban su intención de ser madres frente al 46,78% de los hombres de la misma franja de edad. Nos encontramos pues, ante un fenómeno demográfico y social de "fecundidad retenida".

Este conjunto de resultados poblacionales muestra las corrientes de fondo, las fortalezas y las lagunas en el



ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos entre las mujeres en edad fértil residentes en España, principalmente la brecha existente entre el deseo de las mujeres de ser madres y la maternidad real, el desplazamiento de la fecundidad hacia edades maternas y paternas más tardías, la concentración de la fecundidad más significativa entre las mujeres inmigrantes, los motivos que se aducen entre las mujeres que reconocen tener menos hijos de los deseados o haber tenido su primer hijo más tarde de lo que consideran ideal entre los que destacan las dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral y no haber encontrado una relación sentimental estable.

Asimismo hay que señalar como lagunas, la insuficiente prevención del embarazo no deseado, la ausencia de utilización de métodos anticonceptivos en una de cada cuatro mujeres y el acceso y uso todavía minoritario de los métodos anticonceptivos de larga duración y alta eficacia.

La garantía del ejercicio efectivo, libre y equitativo de los derechos sexuales y reproductivos así como de la autonomía del propio cuerpo por parte de las mujeres es uno de los pilares principales para el desarrollo de la igualdad de género



en todos los ámbitos de la vida que abarcan los espacios personales, familiares, laborales, culturales y ciudadanos. Asimismo, la garantía de respeto e implementación de estos derechos es un factor determinante para la salud integral de las mujeres sin la cual no son viables los avances y la reducción de las brechas en la igualdad de género.

Esta publicación, fruto del proceso de diálogo intercultural promovido en el marco del Proyecto ACELERANDO LA IGUALDAD DE GÉNERO: LA PALANCA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, presenta los principales retos de salud sexual y reproductiva entre las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní y propone un conjunto de medidas de implementación equitativa y no discriminatoria de los derechos sexuales y reproductivos en España.



2. Los principales retos de salud sexual y reproductiva entre las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní



Los objetivos alcanzados por el Proyecto ACELERANDO LA IGUALDAD DE GÉNERO: LA PALANCA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS que nos han permitido identificar las áreas críticas y los consiguientes retos de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres residentes en España y especialmente para las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní, han sido:

- Conseguir dar voz, acompañar y conocer cualitativamente las discriminaciones específicas que sufren las mujeres en situación de vulnerabilidad y más en concreto las mujeres inmigrantes en relación a las brechas de igualdad de género conectadas a los derechos sexuales y reproductivos.
- Conseguir que emerjan propuestas de dimensión colectiva para transformar en la práctica las desigualdades de género y las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos mediante el diálogo intercultural con las mujeres inmigrantes y sus lideresas.
- Conseguir reforzar a mujeres referentes y lideresas de mujeres inmigrantes residentes en Madrid y Barcelona para que participen en la articulación de propuestas con criterios de viabilidad y realismo.



Los principales retos comunes a las mujeres en situación de vulnerabilidad y principalmente a mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní, son:

- Necesidad prioritaria de garantizar y ampliar la autonomía corporal de las mujeres en las decisiones relativas a la elección de pareja, las relaciones sexuales, el número de hijos deseados y el momento y los intervalos y la atención al embarazo y el parto.
- Las discriminaciones más relevantes que socavan la autonomía corporal de las mujeres son el matrimonio forzado, la falta de entendimiento y de práctica del consentimiento para mantener relaciones sexuales y los patrones rígidos sobre el número de hijos a tener, los intervalos entre embarazos y los cuidados durante el embarazo.
- Necesidad prioritaria de mejorar la información y la aceptación cultural de los métodos anticonceptivos modernos de larga duración y alto impacto y la interrupción legal del embarazo como elecciones propias de las mujeres.
- Las discriminaciones más relevantes que impiden el acceso a la información veraz sobre los métodos anticonceptivos modernos y disponibles y sobre la interrupción legal del embarazo en el seno de las comunidades inmigrantes, son: el sometimiento a las



decisiones masculinas, la presión religiosa y comunitaria contra los métodos anticonceptivos y el aborto legal y la información falsa y sesgada que circula entre las mujeres inmigrantes que carecen de interacción con mujeres autóctonas.

- Necesidad prioritaria de que las instituciones públicas, principalmente los sistemas sanitario y educativo, conozcan y reconozcan la legitimidad de las leyes españolas sobre igualdad de género, sobre la violencia de pareja y sobre la violencia sexual y las responsabilidades que se derivan para los profesiones sanitarios y educativos que consistirían en comprometerse a ofrecer respuestas equitativas y de calidad ante las problemáticas de salud sexual y reproductiva de las mujeres en situación de vulnerabilidad y en recibir formación permanente en este campo.
- Las discriminaciones más relevantes hacia las mujeres en situación de vulnerabilidad por parte de los sistemas sanitario y educativo, son: a) Una precaria interacción intercultural con las mujeres de origen inmigrante. b) Una falta de educación integral en sexualidad orientada al respeto al otro y la reciprocidad. c) Un déficit de habilidades para detectar el grado de empoderamiento para tomar decisiones por parte de las mujeres a favor de sí mismas, protegiéndose de la violencia y la dominación masculina y estimulando su propio desarrollo



como personas completas. d) Una ausencia de comprensión y conocimiento por parte de los profesionales de la interrelación entre los factores culturales que socavan la igualdad de género y una precaria salud sexual y reproductiva.

En España, el marco legislativo en su conjunto confluye en apoyar el derecho de las mujeres a tomar decisiones acerca de sus cuerpos y de su salud integral aun cuando persisten déficits de respuesta institucional y una implementación errática y en ocasiones sin perspectiva de género en los servicios públicos sanitarios y educativos. Por ello, los apartados de este Informe estarán centrados en desarrollar propuestas, en su mayoría de coste presupuestario moderado y factibles, si existe un modelo de gestión pública cada vez más enfocado a acercar la atención y el conocimiento de forma equitativa a una población de mujeres culturalmente diversa. Las propuestas que se detallaran son las siguientes:

- Romper el silencio social respecto a la autonomía sexual y reproductiva de todas las mujeres y especialmente de las mujeres inmigrantes.
- Mejorar las respuestas de las instituciones sanitarias y educativas a las necesidades de salud sexual y reproductiva de todas las mujeres y especialmente de las mujeres inmigrantes.



- Perfeccionar la atención sanitaria a las necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Promover la formación profesional continuada para lograr una respuesta asistencial apropiada en materia de salud sexual y reproductiva.
- Mejorar el conocimiento de profesionales, mujeres y decisores públicos acerca de las sinergias existentes entre los avances en igualdad de género y la promoción de la salud sexual y reproductiva.



3. La ruptura del silencio social respecto a la autonomía sexual y reproductiva



Tener derecho a la autonomía corporal significa tener el poder y la capacidad de actuación necesarios para tomar decisiones sin temor a la violencia y sin que alguien decida por nosotras. Significa poder decidir elegir pareja y si queremos tener relaciones sexuales, cuando y con quién. Significa que las mujeres puedan ejercer su derecho a la integridad física, puedan decidir si quieren quedarse embarazadas y cuando. Significa la libertad de acudir a un médico cuando sea necesario.

El derecho a la integridad física, en virtud del cual las personas pueden vivir libres de actos físicos, como la mutilación sexual femenina, el matrimonio forzado o las agresiones físicas y sexuales y los embarazos no deseados, a los que no dan su consentimiento es indisoluble del derecho a la autonomía corporal. Si bien, entre las mujeres en situación de vulnerabilidad y, en concreto, entre las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí i pakistaní existen bastantes mujeres cuyo arraigo en España ha ampliado su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo, son muchas más las que aún se enfrentan a limitaciones, algunas de ellas como la mutilación genital, el matrimonio forzado, el embarazo no deseado y la violencia sexual con consecuencias devastadoras para su salud, su bienestar y su potencial en la vida.



La salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen una relación directa con la autonomía corporal y la integridad física de las mujeres y las niñas pues el cuerpo es donde residen todas las funciones y opciones sexuales y reproductivas. Estas funciones y opciones están sujetas a poderosas presiones discriminatorias sobre los derechos de mujeres y hombres. Desde una perspectiva patriarcal, el control de las decisiones sexuales y reproductivas se convierte, de hecho, en el control de muchas otras esferas de la vida. Una mujer que no puede decidir su matrimonio, si toma anticonceptivos o si quiere tener hijos, cuándo y cuantos o que acepta la violencia sexual en el seno del matrimonio como un destino inevitable, tiene pocas posibilidades de ganar empoderamiento en la adopción de decisiones en el ámbito laboral, comunitario o cualquier otro. Esencialmente, pierde sus derechos, no solo en un plano de su vida, sino en muchos de ellos o incluso en todos.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentran estratégicamente situados entre los principales puntos de partida para la igualdad de género con independencia de las culturas y las comunidades en que conviven las mujeres. Existen tres dimensiones de la autonomía corporal como son el poder de decisión en materia de atención a la salud, anticoncepción y sexualidad. Para evaluar el grado de autonomía corporal, las Naciones Unidas, cuando aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo



Sostenible, establecieron indicadores para ayudar a los gobiernos a hacer un seguimiento del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos y sus metas. La meta 5.6 consiste en asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos en este ámbito y el indicador 5.6.1 tiene la función de medir la proporción de mujeres entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a su salud reproductiva. Del indicador 5.6.1 se desprenden las preguntas planteadas en las Encuestas Demográficas y de Salud y que son las siguientes:

- a) ¿Quién suele decidir sobre la atención de su salud?
- b) ¿Quién suele decidir sobre si usted debiera o no utilizar anticonceptivos?
- c) ¿Puede decir que no a su marido o pareja si no desea mantener relaciones sexuales?

Se considera que únicamente las mujeres que declaran tomar sus propias decisiones en estos tres ámbitos tienen autonomía para decidir sobre su salud sexual y reproductiva y están empoderadas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Las tendencias mundiales sobre estas tres dimensiones cruciales de la autonomía corporal son que se consigue incrementar rápidamente que las mujeres puedan tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud seguida a



distancia por la capacidad de tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos y siendo bajo o muy bajo el poder de oponerse a mantener relaciones sexuales.

Si exploramos estas tendencias entre las mujeres inmigrantes de procedencia latina, magrebí y pakistaní, a grandes rasgos encontramos: a) Las mujeres latinas disponen de un amplio grado de autonomía para tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud, tienen un grado medio de autonomía para tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos y presentan un poder bajo para oponerse a mantener relaciones sexuales b) Las mujeres magrebíes disponen de un grado medio de autonomía para tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud, tienen un grado bajo de autonomía para tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos y presentan un poder muy bajo para oponerse a mantener relaciones sexuales y c) Las mujeres pakistaníes disponen de un grado bajo de autonomía para tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud, tienen un grado muy bajo de autonomía para tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos y carecen de poder para oponerse a mantener relaciones sexuales.

Las fuerzas que subyacen a las tres dimensiones cruciales de la autonomía corporal son comunitarias, interpersonales, socioeconómicas y de acceso integral a los sistemas de salud.



En general, la persistencia de tabúes sobre el sexo y la sexualidad se ve reforzada por las normas y las actitudes sociales y en las comunidades que perpetúan una dinámica de poder desigual en las relaciones, las exigencias sexuales de los hombres se anteponen a las de las mujeres. Estudios cualitativos (UNFPA 2019) realizados en países en desarrollo muy dispares indican que las mujeres pueden aceptar las exigencias sexuales de los hombres como canje con el que lograr más independencia para sus proyectos económicos y personales y que no son pocas las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos sin que sus maridos o parejas lo sepan. Sin embargo, las mujeres que usan estas estrategias no se muestran satisfechas ni empoderadas.

Las normas y actitudes sociales desiguales o de doble rasero respecto a mujeres y hombres socavan las facultades de las mujeres para tomar sus propias decisiones. El nexo entre la desigualdad de género, la negación de la autonomía corporal y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos tiene efectos reales en la vida cotidiana de las mujeres y consecuencias negativas que, tal vez, duren toda la vida y se transmitan de una generación a otra. Las dinámicas de desigualdad de género adoptan muchas formas, entre ellas resultan especialmente flagrantes la mutilación sexual femenina y el matrimonio forzado que constituyen delitos tipificados en el código penal español.



Entre las mujeres inmigrantes de origen pakistaní y a una gran distancia entre las mujeres inmigrantes de origen magrebí, abundan los matrimonios forzados que obedecen a prácticas patriarcales institucionalizadas, como el pago de la dote por parte de la familia de la novia, el matrimonio de las supervivientes de violaciones con sus agresores y el matrimonio de las viudas con familiares políticos. En Madrid y Barcelona continúa existiendo en las comunidades pakistanís la práctica del pago de la dote por parte de la familia de la novia lo que provoca abusos y violencia intrafamiliar, perpetúa una marcada desigualdad de género y hunde a las familias en una situación de pobreza crónica.

Por otra parte, el concepto de violencia sexual en el seno de las relaciones de pareja no se ha reconocido como una vulneración de los derechos humanos de las mujeres hasta las últimas décadas. Las mujeres afectadas por este tipo de violencia padecen daños muy parecidos a los de las supervivientes de violaciones: daños psicológicos y lesiones físicas asociadas a las relaciones sexuales forzadas, embarazos no deseados, abortos espontáneos e infecciones de transmisión sexual. En España, la Ley Orgánica 10/2022 de Garantía Integral de la Libertad Sexual aborda ésta dimensión oculta de la violencia de género por la vía del imprescindible consentimiento de ambas partes a cualquier tipo de relación sexual, entendiendo el consentimiento como la manifestación expresa o tácita acerca de este hecho



específico. Asimismo, el artículo 178.2 del Código Penal considera que no hay consentimiento o al estar viciado es inválido cuando las relaciones sexuales se producen en cualquier situación en que la voluntad de la víctima está menoscabada o anulada. En lo que se refiere a los aspectos procesales de este tipo de violencia que se acostumbra a producir en la intimidad, la ley obliga el principio de inmediación, esto es, que las declaraciones de la víctima tengan valor de prueba testifical siendo suficientes por si mismas para desvirtuar la presunción de inocencia de la otra parte.

En el ámbito de mejorar la disponibilidad de servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo, la Ley Orgánica 1/2023 por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo ha removido barreras muy significativas en el acceso a este presentación como son eliminar los plazo de reflexión obligatorios, establecer medidas de contención a los acosadores que se sitúan en las proximidades de las clínicas de aborto y cancelar el requerimiento del consentimiento parental en las chicas menores con edades de 16 y 17 años.

Todo este conjunto de medidas, junto con otras en el ámbito de la igualdad salarial, han posibilitado que en la evaluación realizada en 2023 por Sustainable Development Solutions Network, destacan especialmente las mejoras en el ODS5 -



Igualdad de Género y avances en indicadores relativos al ODS3 - Salud y Bienestar.

El Reto País 3 - Cerrar la brecha de la desigualdad de género y poner fin a la discriminación precisa para seguir avanzando partir de las fortalezas mencionadas para desarrollar políticas palanca o aceleradoras con capacidad de acelerar la implementación bidireccional del ODS5 - Igualdad de Género y del ODS3 - Salud y Bienestar. La experiencia de evaluación del UNFPA (2021) en países con niveles de desarrollo dispar sobre las tres dimensiones de la autonomía corporal de las mujeres muestra que las inversiones en programas y servicios que se centran en una dimensión no provocan cambios positivos en las otras. Por ello, la propuesta que se deriva es que, en adelante, las campañas de sensibilización, el diálogo intercultural y los esfuerzos de penetración para la promoción de la salud sexual y reproductiva en colectivos de mujeres vulnerables alejadas de la corriente principal de la sociedad se lleven a cabo abordando simultáneamente las tres dimensiones de la autonomía corporal con el compromiso de las organizaciones y servicios de tratar de forma interrelacionada la autonomía para solicitar servicios sanitarios, para utilizar anticonceptivos y aborto y para dar consentimiento válido a las relaciones sexuales.

4. La mejora de las respuestas institucionales a las necesidades de salud sexual y reproductiva



La política aceleradora denominada por la Agenda 2030 en España "Vidas libres e iguales para todas" implica comprender y tener conocimiento por parte de las instituciones en general y principalmente de las instituciones educativas, sociales, sanitarias y de la administración de justicia sobre cómo se construyen y perpetúan las desigualdades entre mujeres y hombres.

Venimos de unas categorías sociales prefijadas que otorgan a los hombres más poder, visibilidad y oportunidades y relegan a las mujeres a roles y actividades que gozan de menor valor y reconocimiento que, además, impiden que las mujeres disfruten de sus derechos en igualdad de condiciones. Dichas categorías sociales desiguales se transmiten de forma estereotipada a través de la socialización familiar y educativa y en las interacciones diarias reforzando la construcción de las identidades femeninas y masculinas.

Las instituciones públicas tienen un papel de liderazgo que desempeñar al cumplir con las obligaciones que emanan de los tratados internacionales de derecho humanos y alterar las estructuras sociales, políticas, sanitarias y económicas que refuerzan las desigualdades de género.

La pandemia por la COVID-19 empeoró la situación de miles de mujeres, aumentando la violencia machista durante el confinamiento y creando nuevas barreras para el acceso a la



atención médica en general y también para la atención a la salud sexual y reproductiva. Las tres dimensiones de la autonomía corporal de las mujeres se vieron menoscabadas y relegadas como necesidades prioritarias de todas las mujeres y especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad como son las mujeres de origen inmigrante, las que padecen discapacidad y/o trastornos mentales y las socialmente excluidas.

Las instituciones mencionadas deberían operar en un marco de conocimiento, comprensión, protección y promoción del respeto a la autonomía corporal de las mujeres en las tres dimensiones internacionalmente reconocidas y este respecto debería figurar como principio básico en la misión de todas ellas.

Otorgar centralidad al marco de la autonomía corporal de las mujeres no es tan solo una aspiración sino el eje sobre el que deben girar la educación afectivo-sexual, la atención médica general y prioritariamente la atención sanitaria a la salud reproductiva y materno-infantil y los servicios sociales y el funcionamiento rutinario de la administración de justicia.

La negación de la autonomía corporal es una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y las niñas, supone una aniquilación de las mujeres como personas completas y debe terminar. En contraste, cuando una mujer tiene control sobre su cuerpo tiene más posibilidades de estar



empoderada en otros ámbitos de su vida, y se produce un efecto social de contagio en términos de autocuidado y educación, así como, mejoras de seguridad y mayor capacidad de generar ingresos.



5. El perfeccionamiento de la atención sanitaria a las necesidades de salud sexual y reproductiva



El indicador 5.6.2 del ODS5 - Igualdad de Género sirve para constatar la existencia en los diversos países de leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y que cierran las brechas de género en la protección, la promoción y la atención a la salud en general. En España, la legislación que se ha desarrollado a lo largo del siglo XXI apoya plenamente el derecho de las mujeres a tomar decisiones acerca de sus cuerpos pero las leyes no tienen vida propia y ahora están abiertos numerosos desafíos y oportunidades para los proveedores de atención sanitaria.

Entre los desafíos cabe destacar la necesidad de establecer y difundir: a) protocolos que abarquen en la atención directa individual las tres dimensiones de la autonomía corporal, b) campañas de sensibilización pública sobre el vínculo existente entre las tres dimensiones de la autonomía corporal, la salud integral de las mujeres y las niñas y la igualdad de género, c) cooperación permanente con las ONGs de mujeres, infancia y sociales para lograr un dinamismo de la sociedad civil organizada y de los poderes públicos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en línea con el modelo tridimensional de la autonomía corporal.



Entre las oportunidades cabe destacar como los avances significativos en la autonomía corporal de mujeres y niñas reducirán costes sanitarios asociados a la morbilidad femenina producto de la falta de decisiones propias y tempranas e incentivarán el autocuidado.

A título de ejemplo, si las mujeres tienen capacidad de decisión sin interferencias para acudir a los servicios sanitarios tempranamente, disminuirá drásticamente la conducta de relegar sus síntomas y tanto la diabetes, la obesidad como los trastornos musculoesqueléticos podrán ser abordados con medidas de bajo coste basadas en promover cambios en los estilos de vida, si las mujeres tienen capacidad de decisión propia para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva disminuirán los embarazos no deseados y se incrementará el uso de los anticonceptivos más avanzados y eficaces y disminuirá el recurso a la interrupción voluntaria del embarazo y si las mujeres tienen la posibilidad socialmente aceptada de mantener relaciones sexuales acordes con sus deseos disminuirán las enfermedades de transmisión sexual y se fortalecerá su salud mental.

6. La promoción de la formación de los distintos profesionales para garantizar la mejor respuesta asistencial



Una de las inversiones más importantes para aumentar la disponibilidad, la calidad y el alcance de los servicios sanitarios en general y en particular de los servicios de salud sexual y reproductiva, de los servicios educativos, sociales y de la administración de justicia es reorientar la formación de los distintos profesionales.

Es imprescindible reconfigurar los planes de estudio de formación profesional y universitaria así como la formación permanente colocando en el centro el modelo tridimensional de la autonomía corporal de las mujeres y las niñas e incidiendo en la comprensión de que es el pivote sobre el que gira la promoción de la salud femenina en general, la prevención directa de la morbilidad en el ámbito sexual y reproductivo y la disminución de las formas más atroces de violencia de género.

Actualmente los conocimientos que se imparten sobre la autonomía corporal en las facultades de medicina y de derecho y en las escuelas universitarias de enfermería y servicios sociales son mínimos, fragmentarios y sesgados hacia la utilización de herramientas tecnológicas imprescindibles pero descontextualizadas de las metas a las que sirven.

La formación en todas las profesiones mencionadas debe proporcionar contexto, perspectiva y propósito para que el



ejercicio profesional pueda conectarse y adaptarse a los cambios sociales, culturales, tecnológicos y económicos que van concatenándose de forma acelerada.

Los profesionales de estas disciplinas, que en todos los casos interaccionan con las/os ciudadanas/os tanto a nivel individual como grupal, necesitan una sólida base de conocimiento de los derechos humanos de las mujeres y de la desigualdad de género con objeto de que puedan sostener sus vocaciones y utilizar los avances tecnológicos en un mundo de fuerzas contrapuestas que desafían el sentido de coherencia y la salud de mujeres y hombres.



7. La mejora del conocimiento de las sinergias entre los avances en igualdad y la salud sexual y reproductiva



Las fuentes de inspiración para avanzar en igualdad de género y salud sexual y reproductiva no deben buscarse demasiado lejos pues son las propias voces, experiencias y deseos de las mujeres en general y más específicamente de las ciudadanas activas.

En España, las y los defensores de la igualdad de género, tanto jóvenes como veteranos, pueden y deben celebrar los logros conseguidos hasta la fecha y exigirse que la próxima generación de mujeres y hombres disfrute del cumplimiento de las promesas actuales.

Como se ha descrito a lo largo de este Informe, la promoción de la salud sexual y reproductiva y del modelo tridimensional de la autonomía corporal de las mujeres es la palanca básica de la igualdad de género. Por tanto, la falta de respeto a la autonomía corporal da lugar a profundas pérdidas personales para las mujeres y las niñas y contribuye a generar déficits más amplios como deprimir la productividad económica, desperdiciar competencias valiosas e imponer costes adicionales para los servicios de salud y judiciales.

Las consecuencias del déficit de autonomía corporal, de una precaria salud sexual y reproductiva y de la desigualdad de género resultan amplificadas entre las mujeres y las niñas en situación de vulnerabilidad por múltiples formas de



discriminación: por razones de edad, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, posición social e incluso, lugar de residencia. Cuando se entrecruzan diversos tipos de discriminación, las mujeres y las niñas se ven aún más expuestas al riesgo de no poder disfrutar de su autonomía corporal y sus derechos y se encuentran más lejos de lograr la igualdad de género.

Para las mujeres, ser capaces de decir "sí" ó "no" en las tres dimensiones de la autonomía corporal sienta las bases de una vida empoderada y digna. Podemos hacer plenamente realidad lo que somos y no debemos limitarnos a elecciones que no son nuestras ni contentarnos con menos. Dado que la autonomía corporal es fundamental para el disfrute de todos los demás derechos humanos, como el derecho a la salud o el derecho a vivir sin violencia, los poderes públicos, las instituciones sanitarias, educativas y judiciales están obligadas a investigar los desequilibrios que deben corregirse, a promover el conocimiento y la divulgación de las sinergias positivas y negativas y a prestar todo el apoyo y los recursos necesarios para que las mujeres tomen decisiones de manera significativa para sí mismas y para la sociedad.

La autonomía y la integridad corporales influyen en múltiples factores y aspectos de la salud, así como en la posibilidad de disfrutar de una vida decente y digna, por ello los avances hacia su consecución no solo permitirán alcanzar la salud sexual y reproductiva y el ODS5 - Igualdad de Género, sino



también muchos otros *Objetivos*, entre ellos los relacionados con la promoción de la salud, la reducción de las desigualdades sociales y económicas y la erradicación de la pobreza.



8. Bibliografía



- UNFPA (2021) Estado de la población mundial. "Mi cuerpo me pertenece. Reclamar la autonomía y la autodeterminación", Nueva York.
- BOE (2022) Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, BOE núm. 215 de 07/09/2022.
- BOE (2023) Ley Orgánica 1/2023 de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, BOE núm. 51 de 01/03/2023.
- BOE (2007) Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, BOE núm. 71 de 23/03/2007.
- BOE (2004) Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, BOE núm. 313 de 29/12/2004.
- SDSN (2023) "Informe de Desarrollo Sostenible 2023", París.
- Intered (2018) "Objetivos de Desarrollo Sostenible con enfoque de género y de cuidados", Madrid.



- La Mundial y Political Watch (2021) "Sistema Integral de Coherencia de Políticas para el Desarrollo Sostenible", Madrid.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023) "Informe de Progreso 2023. Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030", Madrid.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021) "Retos país para la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030", Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2019) "Encuesta de fecundidad, 2018", Madrid.
- Sociedad Española de Contracepción (2022) "Encuesta de anticonceptivos en España, 2022", Madrid.



9. Declaración de autoría y agradecimientos



COMISIÓN CONSULTIVA

- Sra. M^a Eugenia Andreu Vendrell. Economista y experta en Gestión Pública. Vocal de la Asociación Salud y Familia.
- Sra. Marianela Rosa Peña Lora. Responsable de Igualdad. Federación de Entidades LatinoAmericanas en Cataluña.
- Sra. Huma Jamshed. Presidenta de la Asociación Cultural, Educativa y Social operativa de mujeres pakistaníes.
- Sra. Hakima Ouabarab Essadek. Enfermera MPH. Coordinadora de agentes comunitarios de salud. Unidad de Salud Internacional Drassanes/Vall d'Hebron.
- Sra. Lorena Garrido Jiménez. Profesora de Derecho de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sra. Ariadna Quintero. Coordinadora de Programas, Derechos Humanos y Género. Asociación para las Naciones Unidas en España.



- Sra. Assumpta Baig Torres. Presidenta de la Asociación Salud y Familia.
- Sra. Carmen Flores Rodríguez. Presidenta de la Federación de Familias Monomarentales.
- Sra. Vivian Mariza Muñoz. Asociación Solidaridad con Madres Solteras.
- Sra. Amaia Echevarría. Directora de la Unión de Asociaciones Familiares.
- Sra. Malika Ben Radi Choukhab. Profesora de Derecho en la Universidad de Rabat.
- Sra. Samira Karmoun. Mediadora intercultural. Unión de Asociaciones Familiares.



La Sra. Elvira Méndez, médica especialista en medicina preventiva y salud pública y Directora de la Asociación Salud y Familia y la Sra. Ascensión Iglesias, licenciada en Humanidades y Presidenta de la Unión de Asociaciones Familiares son coautoras de este Informe y de su orientación.

Nuestro más sincero agradecimiento a las mujeres participantes en la Comisión Consultiva que, a su vez, han sostenido los Seminarios de Diálogo Intercultural y las Conferencias Finales en Madrid y Barcelona.





Este Informe Final se ha llevado a cabo en el marco del Proyecto ACELERANDO LA IGUALDAD DE GÉNERO: LA PALANCA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS cofinanciado por la Secretaria de Estado para la Agenda 2023 del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2023 y la Asociación Salud y Familia.



Diciembre 2023. Barcelona.

Composición de Portada: Asociación Salud y Familia.

Diseño y maquetación: Janeth Camacho.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada - 3.0 Unported Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

